

Psicopatología y violencia de género

Trastorno de personalidad,
“Maltratador límite”

Anna Camarasa Darbra
Hospital Santa María. Lérida
18 de enero de 2012

Motivo de ingreso en Hospital de Día

- Paciente varón de 49 años con antecedentes de **dependencia de alcohol** y que tiene dos procesos judiciales pendientes por **denuncias de maltrato** a su pareja.

DERIVACIÓN

- Empeoramiento de estado anímico durante los 6 últimos meses.
 - Reaparición de ansiedad con episodios de heteroagresividad que se potencian por alta emoción expresada en la familia.
 - Tendencia a la rumiación obsesivoide.
 - Dificultad en el control de impulsos.
 - Aparición de ideas de muerte.
 - Insomnio de conciliación y de mantenimiento.
-

- **Objetivos:**
 - 1.- Realizar estudio diagnóstico.
 - 2.- Instaurar tratamiento a seguir.

Antecedentes I

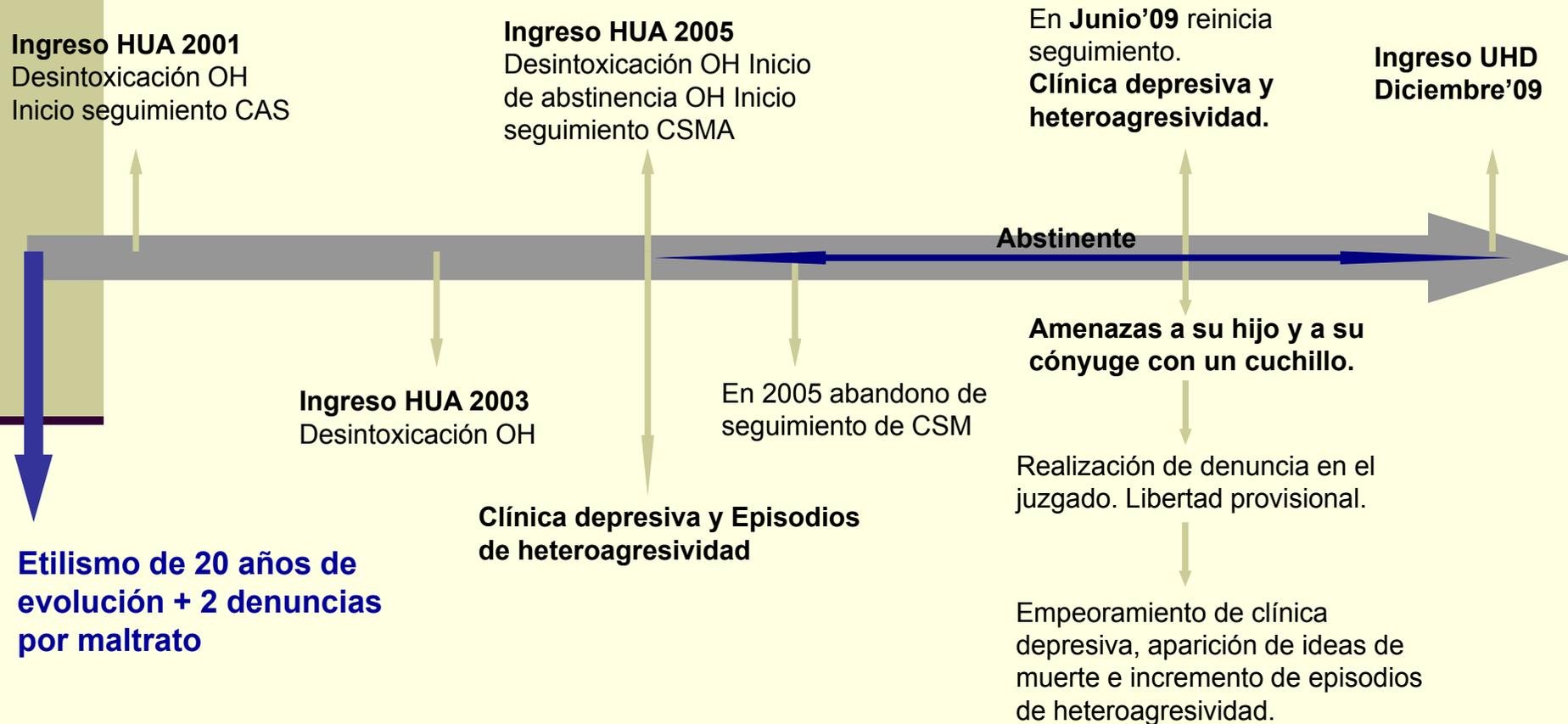
- **Tratamiento previo al ingreso a la UHD:** Paroxetina 20mg/d; Diacepam 15mg/d; Lormetazepam 2mg/sp y apoyo psicológico.
- **Médicos:** No alergias medicamentosas. Niega antecedentes médico – quirúrgicos.
- **Hábitos tóxicos:**

TÓXICOS

- Ex fumador desde hace 2 años.
 - Dependencia al alcohol de más de 20 años de evolución.
 - En 2001 inicia seguimiento en CAS con irregularidad.
 - Mantiene abstinencia desde 2005 hasta la actualidad .
 - Niega consumo de otros tóxicos.
-

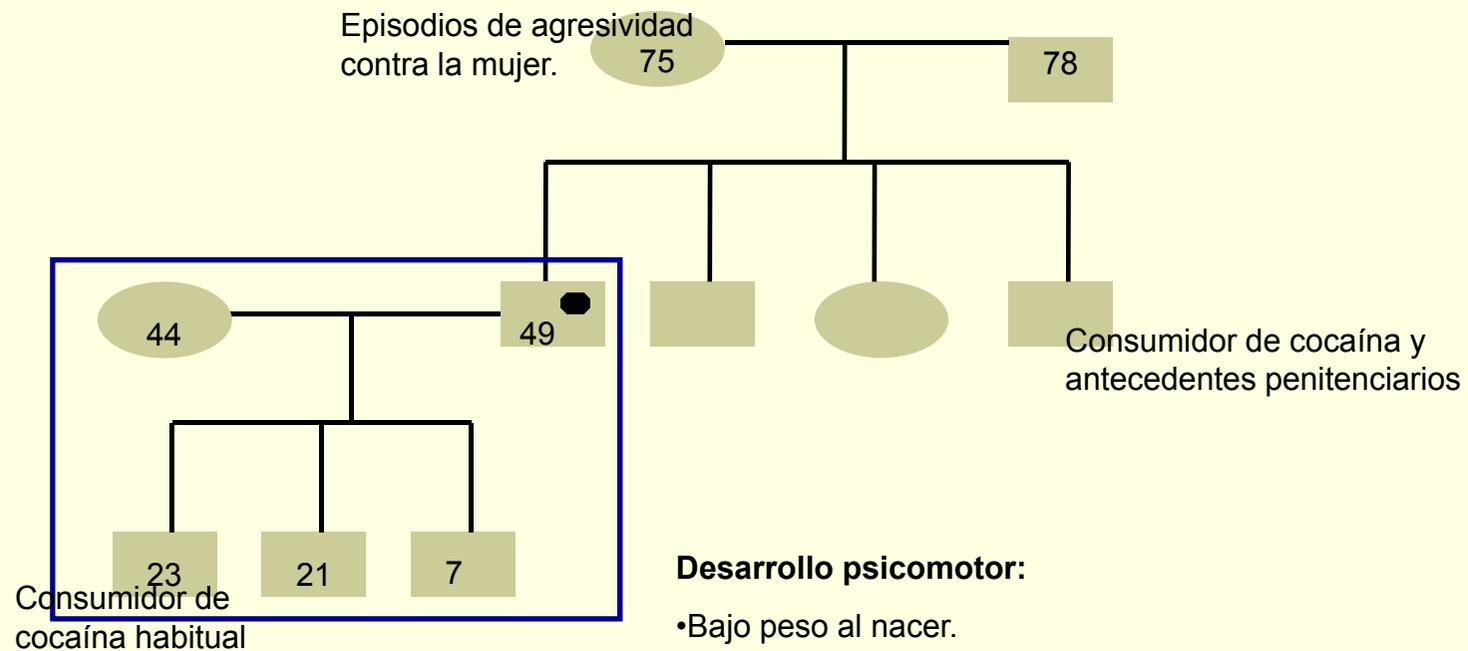
Antecedentes II

■ Psiquiátricos:



Antecedentes III

■ Psicobiografía breve:



Desarrollo psicomotor:

- Bajo peso al nacer.
- Rendimiento académico regular con repetición de un curso escolar. Dificultades para establecer relaciones en la escuela.

Ámbito laboral: Inicia a trabajar a los 14 años de edad como pintor.

Exploración psicopatológica

- Vigil y orientado en tiempo, espacio y persona.
 - Aspecto cuidado. No feto enólico. Feto poco higiénico.
-

- Contacto sintónico.
 - Lenguaje espontáneo, coherente. No alteración del curso ni contenido del pensamiento.
-

- Apatía parcial.** No abulia. No anhedonia. No dificultades en la concentración.
 - No clínica endogenomórfica. Normoréxia. Insomnio mixto corregido con hipnótico.
 - Labilidad** emocional.
 - No ideación de muerte ni intención autolítica en el momento actual.
 - Discurso circunstancial con tendencia al manejo del ambiente.**
 - Rumiación entorno a **sentimientos de minusvalía**: ¿qué he hecho con mi vida?
-

- Rasgos de **inmadurez emocional.**
 - Escasas estrategias de relaciones interpersonales.**
 - Tendencia a la **acumulación de rabia y agresividad contenida** que pueden desencadenar un episodio de heteroagresividad.
-

Exploraciones complementarias I

- **Analítica** (protocolo de ingreso):
 - Bioquímica, hemograma y hemostasia: parámetros dentro de la normalidad.
 - Básico de orina y sedimento: no patológico.
 - Perfil hormonal: TSH 4.53mU/L, Cobalamina **145 pmol/L, Folato **4.4nmol/L.
 - Serología: negativo para sífilis, VIH, VHB y VHC.
 - Negativo para tóxicos en orina.

- **ECG**: Ritmo sinusal, eje 60°, FC 85 bpm.

- **TC craneal**: moderados signos de involución parenquimatosa supratentorial global. Calcificaciones inespecíficas en ganglios de la base. No se observan otros hallazgos de interés.

Exploraciones complementarias II

- **MMPI:** Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota

Escala: 2	%: 109
Escala: 4	%: 92
Escala: 8	%: 91

- **IPDE:** Examen internacional de los trastornos de la personalidad.

Paranoide: 7	Narcisista: 3
Esquizoide: 3	Límite: 8
Esquizotípico: 7	Ob-comp: 6
Histriónico: 2	Dependiente: 5
Antisocial: 2	Evitativo: 7

- **Entrevista IPDE:** Examen internacional de los trastornos de la personalidad.
 - Trastorno de personalidad Cluster B [301.83]

Exploraciones complementarias III

- **EPQ-A:**

Neuroticismo	99%
Extroversión	5%
Psicoticismo	85%
Sinceridad	70%

- **BDI:** Índice de depresión de Beck: 26 puntos
- **Escala de riesgo suicidio:** 12 puntos
- **Escala de impulsividad:** 20 puntos.

- **WAIS III:**

- CI +/- 86: CI probablemente a la parte inferior del grupo medio.
- Se estima un CI premórbido situado en el grupo normal-bajo y no se objetivan déficits significativos respecto al actual.

Al alta

■ Diagnóstico multiaxial:

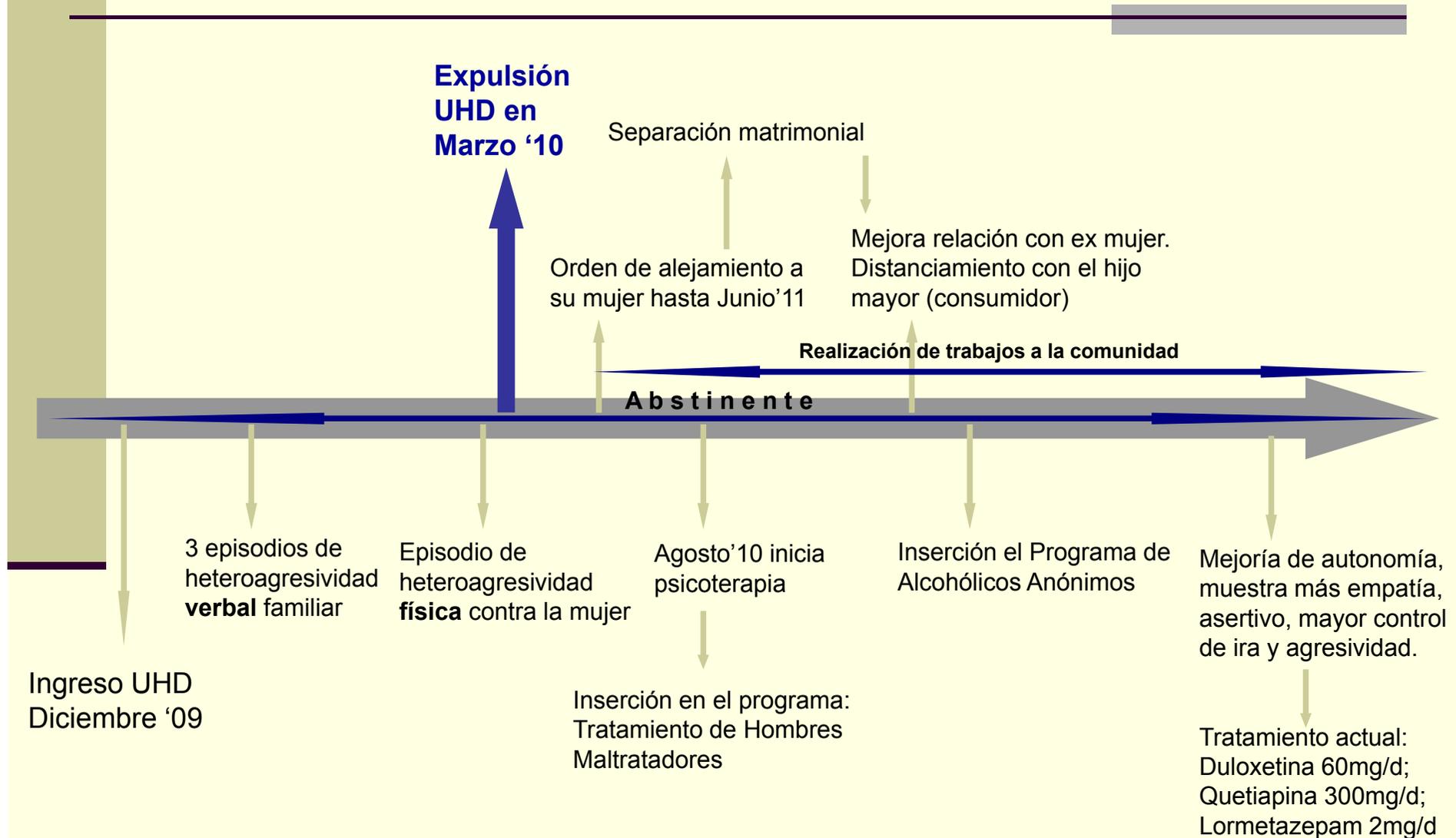
Eje I	Dependencia de alcohol en remisión total sostenida [303.90]. Trastorno depresivo no especificado, en remisión [311]
Eje II	Trastorno de personalidad tipo Cluster B [301.83].
Eje III	Los mencionados anteriormente.
Eje IV	Problemas de relación paterno-filiales [V61.20] y conyugales [V61.10].
Eje V	EEAG ingreso: 55 EEAG alta: 75

■ Tratamiento psicofarmacológico:

- Duloxetina 90mg/día.
- Quetiapina prolong 50mg/día.
- Lormetazepam 1mg/día.
- Folidoce 1comp/día.

■ Control por psiquiatra, psicólogo y trabajador social de zona.

Evolución desde la expulsión de la UDH hasta hoy



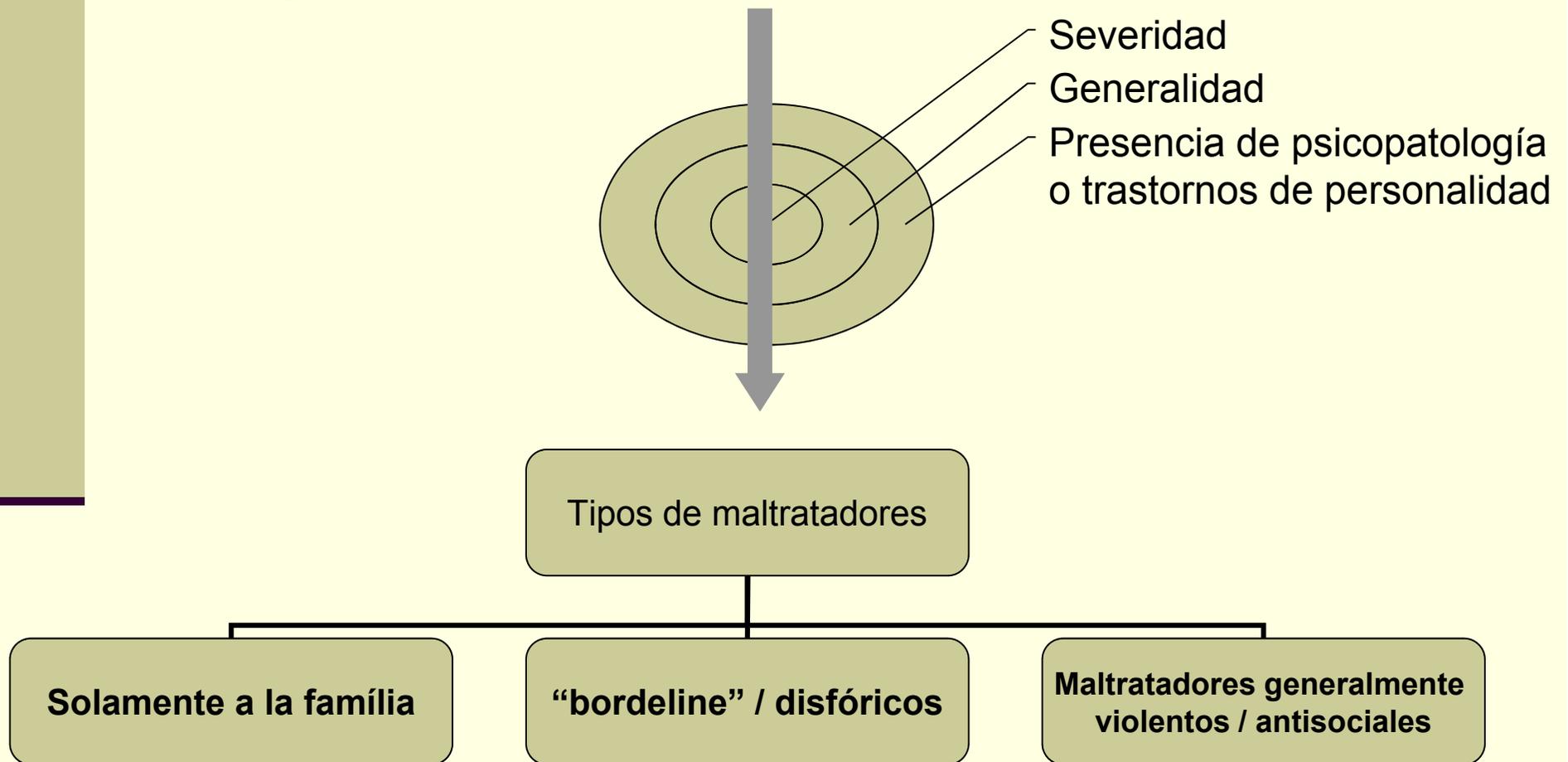
Introducción a la revisión bibliográfica

- La violencia contra las mujeres es un de los problemas más graves de nuestra sociedad¹.
- Múltiples modalidades¹: Maltrato psicológico, Acoso, Abuso sexual, Maltrato físico, Homicidio.
- La comparación entre dos estudios en 1999 y 2006 ha mostrado que las tasas de prevalencia en población han aumentado¹:
 - del 8,05% al 17,9% para agresión física,
 - del 11,48% al 30,1% para el abuso sexual.

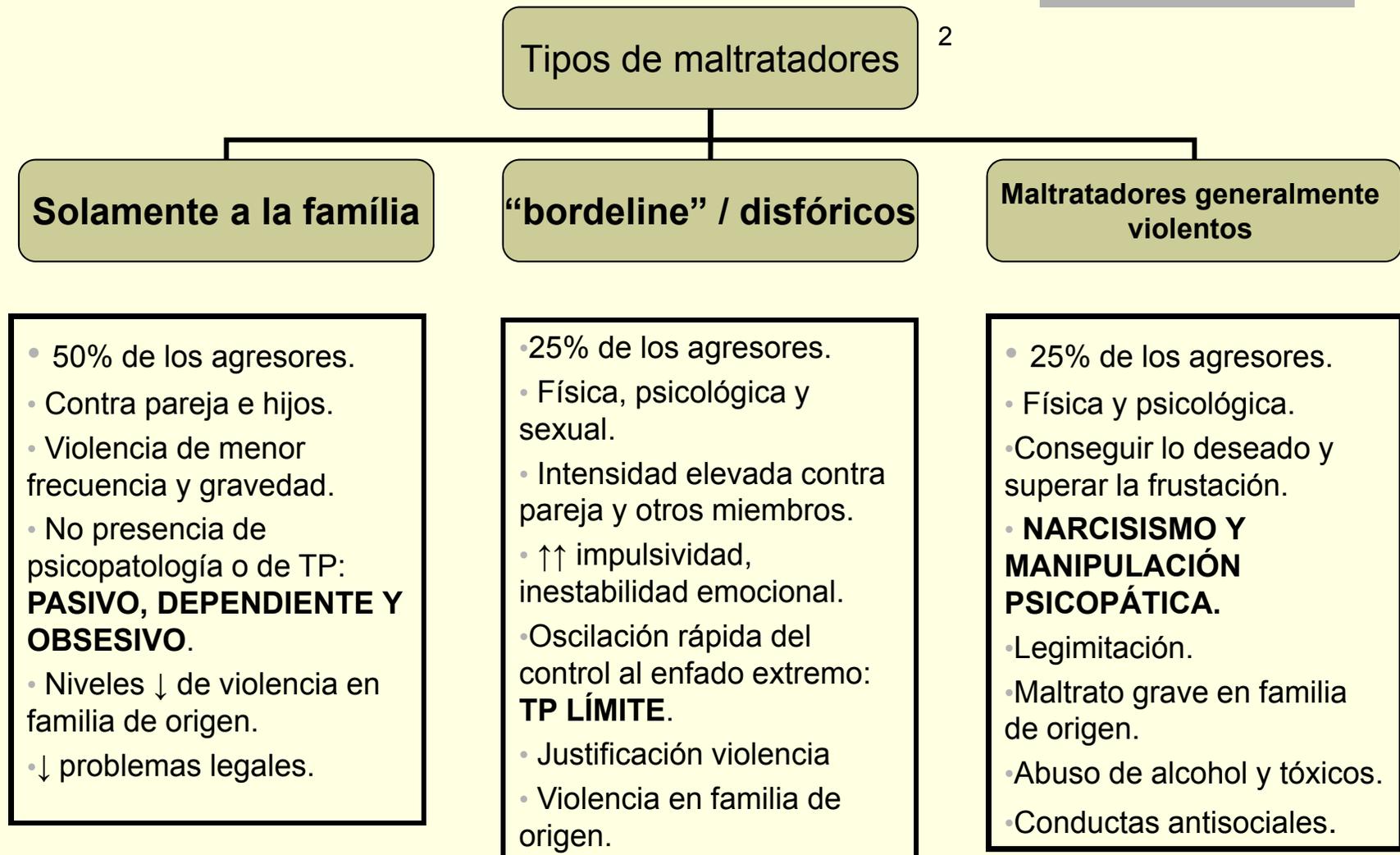
¹ Rev Esp Sanid Penit 2008; 10:49-56

Tipología I

- Según, Holzworth-Munroe y Stuart² (1994),



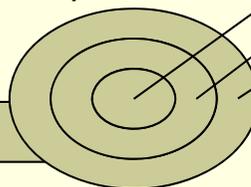
Tipología II



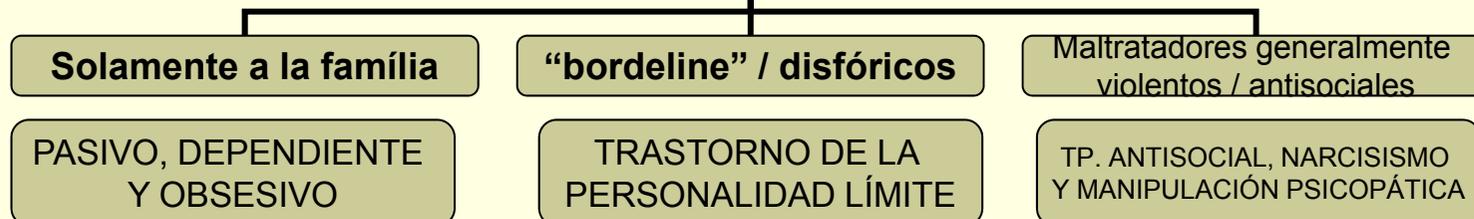
Paralelismos a la triple tipología

- Según, Holzworth-Munroe y Stuart2 (1994),

Severidad
 Generalidad
 Presencia de psicopatología
o trastornos de personalidad



Tipos



Gondolf (1988)

Tipo 3: Típico.

-

Tipo 1 sociopático.
 Tipo 2 antisocial

Hamberger y Hastings (1986)

Pasivo / dependiente / compulsivo

Bordeline / esquizoide

Narcisista / antisocial

Gottman (1995)

-

Tipo 2 (Pitbull)

Tipo 1 (Cobra)

Monson (1998)

Tipo 4: Limitado al ámbito familiar

Tipo 2: Obsesionado sexualmente.
 Tipo 3: borderline / disfórico

Tipo 1: antisocial o violento en general.

Johnson (2006)

Baja patología

Bordeline

Antisocial / narcisista

Variables analizadas en los estudios

1. Rasgos psicopatológicos:
 1. Síndromes clínicos.
 2. Trastornos de personalidad.
2. Distorsiones cognitivas.
3. Control de la ira.

1.- Rasgos psicopatológicos

	Muestras	Medidas	Resultados
Beasley y Stoltenberg (1992)	49 ♂ abusador 35 ♂ no abusador	MCMII-II Inventario de P. Narcisista STAI	Puntuaciones mayores en: Narcisismo , Personalidad antisocial , esquizotípica, bordeline y agresiva/sádica
Belfrage y Rying (2004)	164 maltratadores que cometieron homicidio	Entrevista para evaluar criterios DSM-IV PCL-SV	36% psicosis, 3% tr. Distímico, 11% TDM , 2% abuso de sustancias. TP: 1% paranoide, 5% antisocial , 4% bordeline , 1% histriónica, 6% narcisista
Gondolf (1999)	840 maltratadores remitidos judicialmente a tratamiento	MCMII-III	11% TDM , 40% Tr. de ansiedad, 90% puntuó positivo para al menos un TP: 25% narcisista , 24% pasivo- agresivo, 19% antisocial y 19% <i>depresiva</i>
Grann y Wedin (2002)	88 maltratadores en prisión	PCL-R	51% abuso o dependencia de alcohol o drogas , 27% psicopatía

2.- Distorsiones cognitivas⁴

- Roles sexuales y inferioridad de la mujer.
- Uso de la violencia.
- Culpabilización de la mujer.
- Aceptación de la violencia como forma de resolver conflictos.
- Minimización de la violencia / desculpabilización del agresor.

⁴ Psicothema 2010. Vol. 22, nº1, pp. 106-111

3.- Control de la ira ^{4,5}

Expresión de la ira

↑ Temperamento y reacción

↑ Expresión de ira

↑ **Control externo**

Control interno

↑ Control (en general)

CONTROL COGNITIVO: Calmar y reducir la ira.

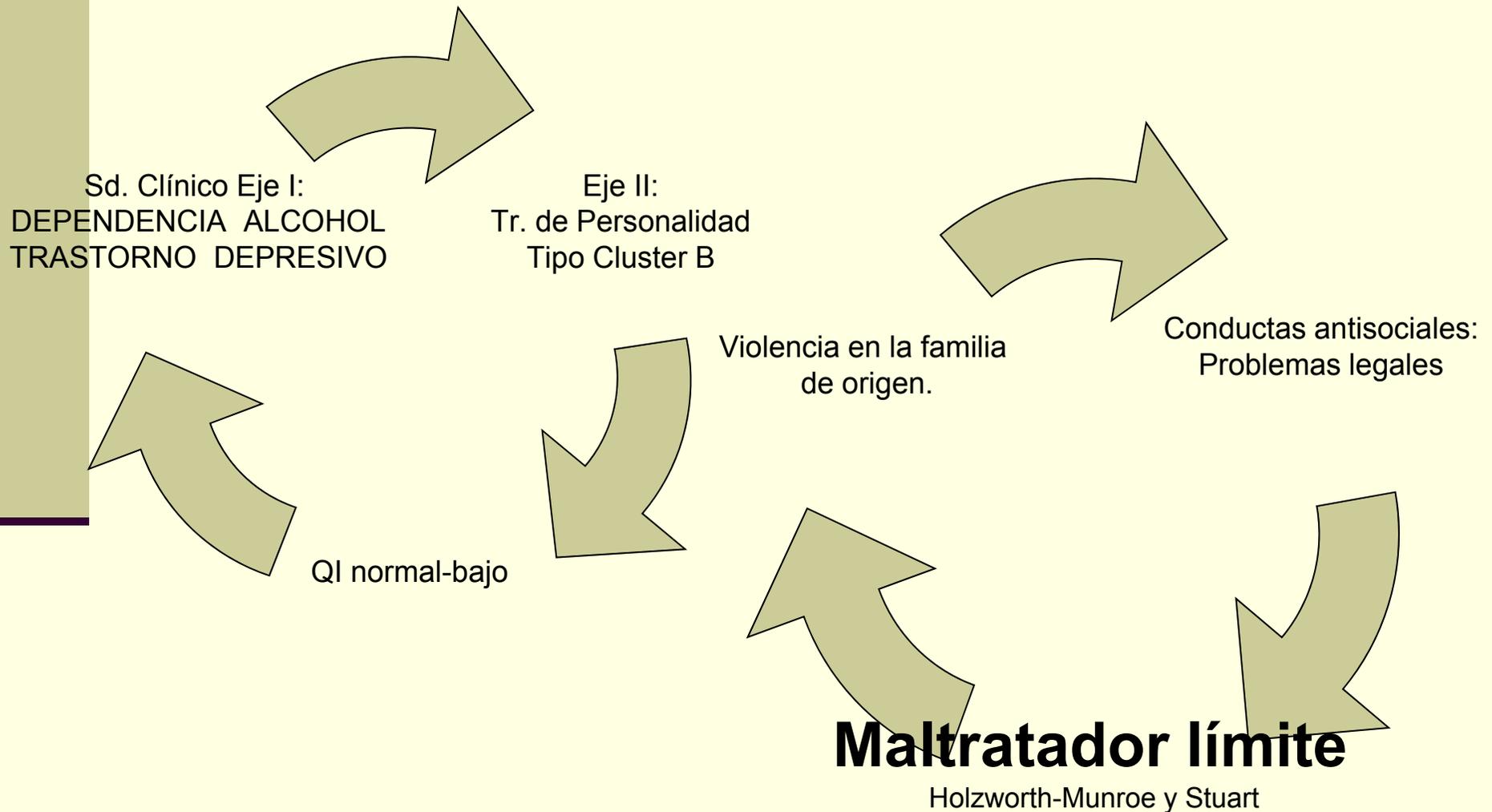
MAYOR CONTROL CONDUCTUAL:

**Evitar la manifestación de los
sentimientos de ira**

⁴ Psicothema 2010. Vol. 22, nº1, pp. 106-111

⁵ Int J Clin Health Psychol, Vol. 11. Nº 2

Y todo esto aplicado a nuestro caso ...



Muchas gracias por vuestra atención