

G. Agote; L. Thompson; X. Álvarez; N. Manterola, C. Marques; C. Rueda.

Justificación

Desde EL EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE GIPUZKOA dentro del programa de ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON ENFERMEDADES AVANZADAS, en el último tiempo, hemos detectado varios casos de maltrato en las familias atendidas, tanto a paciente, como a familiar. En el 100% de los casos tratados hasta la fecha, a pesar de la dificultad, la relación de pareja y los cuidados, han decidido mantenerse juntos hasta el final.

Desde el EAPS, hemos considerado importante ofrecer una atención más especializada, con el fin de mejorar la calidad de la atención, conseguir evitar o reducir los daños, paliar los ya ocasionados, y ofrecer un mejor acompañamiento en el proceso de enfermedad y una atención más especializada en duelo.

Objetivo

Crear un programa, tanto para agresor como para víctima, que se adapte a nuestro ámbito y se pueda ofrecer paralelo a la atención que ofrecemos en todos los casos, que permita cuidar y proteger al núcleo familiar y aportar una atención más específica.

Programa de intervención

Hemos realizado un programa de ocho sesiones para cada uno, dos de ellas conjuntas.

A la hora de realizar el programa de la víctima, se han tenido en cuenta sobre todo, los síntomas psicológicos del maltrato, Trastorno de Estrés Posttraumático TEPT, más los tres específicos de violencia de género, con el fin de repararlos, y empoderar a la víctima de cara al futuro. Hemos tomado de referencia el modelo psicoeducativo de Eleanor Walker, y lo hemos modificado, con el fin de que encaje en nuestro trabajo, y lo hemos ampliado con aportaciones propias.

Además, debido a la necesidad inconsciente de romper el periodo de acumulación (Lewis, 1980) y por otro lado, a un cambio de roles, específico de nuestro ámbito, que es el cambio de poder y control, de que puede darse, de víctima a agresor, y teniendo en cuenta el riesgo de ira acumulada y cambio de fuerza física y mental, hemos considerado importante, trabajar también con la víctima, el manejo de la ira, como hacemos habitualmente, y con una sesión específica, recogida y adaptada de C. Welland y D. Wexler.

En cuanto al agresor@, nos hemos fijado más en el histórico de modelos y hemos recogido de algunos de las aportaciones más convenientes. Aprovechando el vínculo que ya poseemos, hemos planteado una de las sesiones de modificación de ideas irracionales recogida del trabajo de Etxebarria y Corral, más cognitivo conductual. Por otro lado, hemos incluido la rueda de poder y control de un modelo más psicoeducativo, como es el de Duluth. Y hemos adaptado varias sesiones del modelo de C. Welland y D. Wexler, con el fin de completar el trabajo.

De cara a realizar un trabajo más integrativo y con cierta consistencia familiar, dando continuidad a la intervención, se han planteado dos sesiones conjuntas: la de ansiedad y el entrenamiento de Jacobson, que habitualmente utilizamos en nuestro trabajo, y la aconsejan varios autores como la más indicada tanto para agresores como para víctimas; y la última sesión, la de la autoestima, que cierra el programa en tono positivo, y trabaja un daño común en ambos miembros de la pareja, también adaptada de varios autores.

Metodología

Hemos realizado un programa de ocho sesiones para cada uno, dos de ellas conjuntas.

A la hora de realizar el programa de la víctima, se han tenido en cuenta sobre todo, los síntomas psicológicos del maltrato, Trastorno de Estrés Posttraumático TEPT, más los tres específicos de violencia de género, con el fin de repararlos, y empoderar a la víctima de cara al futuro. Hemos tomado de referencia el modelo psicoeducativo de Eleanor Walker, y lo hemos modificado, con el fin de que encaje en nuestro trabajo, y lo hemos ampliado con aportaciones propias.

Además, debido a la necesidad inconsciente de romper el periodo de acumulación (Lewis, 1980) y por otro lado, a un cambio de roles, específico de nuestro ámbito, que es el cambio de poder y control, de que puede darse, de víctima a agresor, y teniendo en cuenta el riesgo de ira acumulada y cambio de fuerza física y mental, hemos considerado importante, trabajar también con la víctima, el manejo de la ira, como hacemos habitualmente, y con una sesión específica, recogida y adaptada de C. Welland y D. Wexler.

En cuanto al agresor@, nos hemos fijado más en el histórico de modelos y hemos recogido de algunos de las aportaciones más convenientes. Aprovechando el vínculo que ya poseemos, hemos planteado una de las sesiones de modificación de ideas irracionales recogida del trabajo de Etxebarria y Corral, más cognitivo conductual. Por otro lado, hemos incluido la rueda de poder y control de un modelo más psicoeducativo, como es el de Duluth. Y hemos adaptado varias sesiones del modelo de C. Welland y D. Wexler, con el fin de completar el trabajo.

De cara a realizar un trabajo más integrativo y con cierta consistencia familiar, dando continuidad a la intervención, se han planteado dos sesiones conjuntas: la de ansiedad y el entrenamiento de Jacobson, que habitualmente utilizamos en nuestro trabajo, y la aconsejan varios autores como la más indicada tanto para agresores como para víctimas; y la última sesión, la de la autoestima, que cierra el programa en tono positivo, y trabaja un daño común en ambos miembros de la pareja, también adaptada de varios autores.

PROGRAMA CONTRA EL MALTRATO AL FINAL DE LA VIDA		
	VÍCTIMA	AGRESOR
Previo	Evaluación de peligrosidad y plan de seguridad	
Primera individual	Definir violencia doméstica	Creencias erróneas
Segunda individual	Efectos psicológicos y físicos	Tiempo fuera
Tercera individual	Creencias erróneas	Poder control
Cuarta individual	El ciclo de la ira	Definir violencia doméstica
Quinta conjunta	Estrés, entrenamiento Jacobson	
Sexta individual	Ira	Ira
Séptima individual	Asertividad	Asertividad
Octava conjunta	Autoestima	
Otros		
Efecto maltrato en niños		
Sexualidad		
Celos		



CONSECUENCIAS FÍSICAS

- El TEPT es una patología multisistémica que afecta al sistema límbico, al sistema endocrino, al SNA y al sistema inmunológico.
- El daño cerebral es efecto de esta violencia y no causa que la favorezca.
- Fallo en la capacidad corporal para combatir las enfermedades.
- Enfermedades crónicas como las **cardiovasculares, el asma, la diabetes y los trastornos gastrointestinales y ginecológicos, se han asociado al maltrato.**
- También se han asociado con el estrés posttraumático, **trastornos somáticos, como la fibromialgia, el síndrome de la fatiga crónica, el trastorno temporomandibular (TMI) y el síndrome del colon irritable.**

PERFIL AGRESOR@

MUCHAS CLASIFICACIONES:

- Jorge Corsi: Tipo A, perfil básico maltratador; tipo B, perfil psicopático, tipo C, Perfil hipercontrolador.
- Gottman y Jacobson: Pittbull y Cobra
-

Algunas características a trabajar en sesión:

- CONTROL
- Labia / encanto superficial
- Sentido grandioso de sí mismo
- Mentira patológica
- M manipulador@ /controlador@
- Preocupación excesiva o falta de empatía.
- Escaso control de la conducta
- Conducta sexual promiscua
- Impulsividad
- Irresponsabilidad
- Falta de responsabilidad por sus acciones
- Muchas relaciones esporádicas



A. Exposición a un acontecimiento traumático:

- ha experimentado acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
- ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B. Reexperimentación persistentemente

- recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar.
- sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
- el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios dissociativos de flashback incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
- malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan acontecimiento
- respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos recuerdan acontecimiento

C. Evitación persistente:

- esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motiven recuerdos del trauma
- incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- reducción excesiva del interés o la participación en actividades significativas
- sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
- sensación de un futuro desahogado

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación:

- dificultades para conciliar o mantener el sueño
- irritabilidad o ataques de ira
- dificultades para concentrarse
- hipervigilancia
- respuestas exageradas de sobresalto

Evaluación

Con el fin de corroborar situación de maltrato:

- Versión corta del Woman Abuse Screening Tool.

Victima:

- Escala gravedad de síntomas del TEPT.
- Escala de adaptación, Etxebarria Corral y Fernández Montalvo, 2000)
- BDI Beck Depression Inventory. Última adaptación Rincon 2003.

Agresor@:

- IPDE. Screening de trastornos de personalidad. Solo en caso necesario, en caso de duda importante y a modo de screener, debemos de recordar que por el ámbito en el que trabajamos no es importante la etiqueta, para nosotros es mucho más importante la capacidad de trabajo, las intenciones, valores, sentido de la vida, relaciones, aptitudes... que el hecho de que presente un trastorno de personalidad o no.
- Inventario de pensamientos distorsionados sobre el uso de la violencia (Etxebarria y Fernández Montalvo 1998).
- AQ Cuestionario de Agresión.
- URICA. Cuestionario sobre procesos de cambio. Nos sirve para evaluar el momento en el que se encuentra el paciente.

Ambos:

- Escala de autoestima (Rosenberg, 1965)