

La violencia intrafamiliar desde la perspectiva de una mujer adulta mayor: formulación de caso clínico.

María de Los Ángeles Colmenares Álvarez

Yesli Estefanía Fuentes Saavedra

**Programa de psicología
Universidad de pamplona
San José de Cúcuta
2022**

La violencia intrafamiliar desde la perspectiva de una mujer adulta mayor: formulación de caso clínico.

Trabajo presentado como requisito para optar a la aprobación del proyecto de grado

María de Los Ángeles Colmenares Álvarez

Código: 1005029990

Yesli Estefanía Fuentes Saavedra

Código: 1091964811

Director:

Yanis Eliana Ramírez Vera

Mg. en Psicología con profundización clínica

**Programa de psicología
Universidad de pamplona
San José de Cúcuta
2022**

Tabla de Contenido

| | |
|--|----|
| Problema de investigación | 9 |
| Título..... | 9 |
| Descripción del problema | 9 |
| Planteamiento del problema..... | 12 |
| Formulación del problema | 15 |
| Justificación | 15 |
| Objetivos | 17 |
| Objetivo general..... | 17 |
| Objetivos específicos | 17 |
| Estado del arte..... | 18 |
| Antecedentes | 18 |
| Antecedentes internacionales..... | 18 |
| Antecedentes a nivel nacional..... | 23 |
| Antecedentes a nivel local | 26 |
| Marco teórico | 29 |
| Adulto mayor | 29 |
| Familia | 30 |
| Violencia intrafamiliar..... | 32 |
| Efectos de la Violencia intrafamiliar en la mujer. | 34 |
| Marco contextual | 36 |
| Marco legal | 38 |
| Artículo 229. Violencia intrafamiliar..... | 38 |
| Ruta integral de atención a Mujeres víctimas de Violencia intrafamiliar..... | 39 |
| Metodología | 41 |
| <i>Alcance de investigación</i> | 41 |
| <i>Población</i> | 42 |
| <i>Muestra</i> | 42 |
| <i>Instrumento de recolección de datos</i> | 43 |
| <i>Proceso de intervención</i> | 48 |
| Análisis de resultados | 49 |
| Discusión..... | 63 |
| Conclusiones | 70 |
| Recomendaciones | 72 |

| | |
|---|----|
| Referencias bibliográficas..... | 73 |
| Anexos | 78 |
| Anexo 1. Consentimiento informado..... | 78 |
| Anexo 2. Historia clínica | 79 |
| Anexo 3 CEPER III | 85 |
| Anexo 4. Test de Yesavage (versión reducida). | 86 |
| Anexo 5. La escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck. | 87 |
| Anexo 6. Cuestionario de dependencia emocional..... | 89 |

Tabla de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Ficha técnica CEPER III..... | 44 |
| Tabla 2. Ficha técnica FCC..... | 45 |
| Tabla 3. Ficha Técnica Test YESAVAGE..... | 46 |
| Tabla 4. Ficha técnica CDE. | 46 |
| Tabla 5. Ficha técnica de Actitudes Disfuncionales | 47 |

Tabla de ilustraciones

| | |
|--|----|
| Ilustración 1. Genograma..... | 81 |
| Ilustración 2. Puntuaciones CEPER..... | 85 |
| Ilustración 3. CDE. | 90 |

Agradecimientos

A Dios, nuestra familia, padres, abuelos, hermanos, amigos y amigas, que nos han guiado y acompañado en cada paso y tropiezo de nuestras vidas.

A nuestra tutora Yanis Eliana Ramírez Vera, quien coloco ciegamente su corazón y fe en este proyecto, gracias por brindar dirección, confianza y convertirse en inspiración.

A nuestro estudio de caso, una mujer valiente y resiliente, gracias por permitirnos adentrarnos en su vida y llevarnos en la nuestra un mensaje de fortaleza.

A nosotras mismas por la perseverancia y esfuerzo. Por desistir frente a la adversidad y siempre volver a intentar

María de los Ángeles Colmenares Álvarez & Yesli Estefanía Fuentes Saavedra

Resumen

El proyecto presentado a continuación, titulado: La violencia intrafamiliar desde la perspectiva de una mujer adulta mayor: formulación de caso clínico, tiene como objetivo identificar los factores predisponentes, de adquisición y mantenimiento en una mujer adulta mayor víctima de violencia intrafamiliar a través de la formulación de caso clínico. El método de investigación implementado en este proyecto es de tipo mixto, integrando herramientas de evaluación cualitativa y cuantitativa con la finalidad de brindar mayor comprensión al estudio de caso. El análisis de resultados se llevó a cabo por medio del instrumento de formulación de caso clínico y de modo de conclusión se logra establecer una propuesta de intervención coherente con las conductas problema identificadas en la formulación de caso.

Palabras clave: *Violencia intrafamiliar, mujer adulta mayor, estudio de caso.*

Abstract

The project presented below, entitled: Intrafamily violence from the perspective of an older adult woman: formulation of a clinical case, aims to identify the predisposing, acquisition and maintenance factors in an older adult woman who is a victim of intrafamily violence through the clinical case formulation. The research method implemented in this project is of a mixed type, integrating qualitative and quantitative evaluation tools in order to provide greater understanding of the case study. The analysis of results was carried out by means of the clinical case formulation instrument and, as a conclusion, it was possible to establish an intervention proposal coherent with the problem behaviors identified in the case formulation.

Keywords: *Domestic violence, elderly woman, case study.*

Introducción

Los autores Sanhueza, Castro & Merino (2005) refieren que, en 1875, en Gran Bretaña, la Ley de Sociedades Amistosas promulgó la definición de vejez como "cualquier edad después de los 50 años", sin embargo, los planes de pensión generalmente usaban la edad de 60 o 65 años para la elegibilidad. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (2001) no ha adoptado un criterio estándar, pero generalmente utiliza 60+ años para referirse a la población de mayor edad.

Por otro lado, y teniendo en cuenta el carácter y dirección de esta investigación, sobre todo en la mujer adulta mayor; Acosta (2016) indica que la violencia intrafamiliar es toda aquella acción u omisión cometida en el núcleo familiar, por uno o por varios de los miembros, dirigida a ocasionar daño, vulnerando tanto los derechos como el bienestar y estabilidad familiar. De acuerdo con un boletín del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el mes de enero del presente año en Colombia, los casos de violencia intrafamiliar a mujeres es el de mayor índice, seguido con la violencia contra adultos mayores.

De acuerdo con la violencia intrafamiliar en la mujer adulta mayor se puede decir que son múltiples, serios y dolorosos todos los daños que produce en la identidad de las personas agredidas; el Dr. Saúl Franco (1992) refiere que la violencia casi se reduce en los registros cotidianos a los episodios sangrientos, explosivos y letales. Kessler et al. (2007) en una revisión de estudios familiares y comunitarios revelaron una mayor probabilidad de por vida de desarrollar MDD en las mujeres adultas mayores, debido a su rol de dependencia y vulnerabilidad y así mismo, los estudios transversales comunitarios más grandes sobre enfermedades mentales utilizan una metodología retrospectiva, donde informan un mayor riesgo de por vida de trastornos del estado de ánimo y específicamente, MDD en cada generación sucesiva.

Teniendo en cuenta lo anterior, se observa que esta investigación presenta una relevancia social, psicológica y metodológica, siendo de gran impacto para la población en seleccionada, como lo son las mujeres adultas mayores, así mismo, un gran impacto para las diferentes disciplinas y la sociedad en general; donde se pone en manifiesto que aun en este siglo, las mujeres adultas mayores siguen sufriendo de violencia intrafamiliar, pero sobre todo las mujeres en general sin importar su edad o condición.

A continuación, la presente investigación expone los diferentes capítulos de la siguiente manera; en el capítulo I se describe todo lo relacionado al adulto mayor, sus definiciones de acuerdo a los diferentes autores y sus características tanto físicas como mentales; en el capítulo II se describe la familia, sus conceptos, importancia en la vida de los seres humanos y efectos tanto negativos como positivos; en el capítulo III se describe la violencia intrafamiliar, la definición según autores, como se lleva a cabo y etapas de la misma; y en el último capítulo se exponen los efectos causados debido a la violencia intrafamiliar en la mujer de acuerdo a diferentes autores y estudios.

Problema de investigación

Título

La violencia intrafamiliar desde la perspectiva de una mujer adulta mayor: formulación de caso clínico.

Descripción del problema

En todos los países del mundo, las mujeres experimentan diversos tipos de violencia: simbólica, económica, institucional y ocupacional e incluso intrafamiliar, sin mencionar las categorías más conocidas de violencia física, mental y sexual, solo por ser lo que son: mujeres. Donoso, Rubio, y Vilá (2018) consideran que este problema relacionado con el género tiene un gran impacto en la salud y la calidad de vida de millones de mujeres en todo el mundo. En los países de ingresos altos, la violencia de género es la tercera causa más común de muerte en la adolescencia; también es una de las principales causas de muerte en todos los grupos de edad y países.

Por otro lado, autores como Plazaola y Ruiz (2004) describen una de las formas más extendida de violencia intrafamiliar, especialmente contra la mujer, siendo esta la violencia de pareja, que tiene consecuencias negativas en la salud de las víctimas. Si se considera la violencia doméstica contra los hijos y los cónyuges, las consecuencias psicológicas también son enormes, derivadas de la paradoja de que la víctima es abusada por un miembro de la familia con quien espera tener una relación de apoyo, amor y respeto.

Así mismo la violencia intrafamiliar que recae sobre la mujer adulta mayor, se considera un problema de salud pública y la investigación en todo el mundo ha destacado la importancia de su prevención y sus efectos negativos en la salud (Horner 2002); teniendo en cuenta que los bajos niveles de educación e ingresos están estrechamente relacionados con la violencia intrafamiliar,

siendo los sujetos testigos o víctimas. Estos estudios también indicaron que el comportamiento violento puede transmitirse de generación en generación (Vung, Ostergren, y Krantz, 2009).

Agregando que, otro factor relacionado al mantenimiento de la violencia esta influenciado con los procesos legales en Colombia, debido a la sobrecarga de casos, suelen quedarse en la etapa de recolección de información, permitiendo que no se concrete ni finalice el protocolo adecuado para la protección de la víctima, generando con esto que las personas ignoren el mismo peso de la ley y las consecuencias de estas (Martínez et al, 2021).

Es indispensable hablar sobre como el nivel educativo y el nivel socioeconómico limita a que las víctimas y los agresores sean ajenos a los conocimientos, conceptos y hasta los mismos derechos y deberes que permiten que la violencia intrafamiliar y de genero se mantenga (Cruz, 2019). Por otra parte, se evidenció en la revisión realizada que los aspectos desde el abordaje de la misma problemática han tenido gran impacto en el ámbito de la mitigación del fenómeno de la violencia, por ende, la información que se le entrega a los objetos de estudio, en estos casos que son mujeres vulneradas, es insuficiente y permite que desinformación y la poca orientación sean factores de mantenimiento en muchos casos (Mayor & Salazar, 2019).

Con base en lo anterior, es importante recalcar que los problemas vinculados con la violencia intrafamiliar o de género, se encuentran delimitados por la convivencia dentro del núcleo familiar, esto se vio reflejado en el aumento de violencia que para el año 2020 aumentó hasta un 175%, teniendo en cuenta que en este lapso fue el periodo de cuarentena debido al COVID-19 (Mayor & Salazar, 2019).

Es importante señalar que la prevalencia de violencia tanto de género como intrafamiliar en Colombia es multifactorial, debido a que existen muchos factores por los cuales se puede desembocar este acto en contra de una mujer, ya sea por la cultura, la crianza autoritaria, la

adaptación de patrones conductuales, la desinformación y hasta estilos de personalidad de cada persona, agregando que, en Colombia el núcleo familiar es considerado como un aspecto privado por ende, culturalmente se normaliza y se ignora.

La violencia familiar representa un grave problema social, puede ser interpretada como un acto reprobable, aceptable o relativo; de acuerdo con el juicio de argumentación en la parte social, cultural, familiar o individual que se le otorga, (Molas, 2016 a). Esta, en algunos casos puede ser aceptada o justificada por un sistema de creencias y valores normalizado en un determinado grupo humano. También, estaría asociada a la explicación del comportamiento violento; que se aprende y mantiene por medio de experiencias ambientales de manera directa o indirecta. Se suele decir, que a veces implica, que se presenta la agresión como la capacidad del organismo para defenderse de los peligros potenciales, procedentes del exterior y se considera como la respuesta adaptativa, bajo impulsos e instintos que responden a estímulos específicos. (Molas, 2016 b)

La violación y el feminicidio, las formas más extremas de dominación y violencia de género, son solo la punta del iceberg. Las mujeres soportan un continuo de violencia ejercida de manera progresiva y aumenta en muchos casos, ya sea por la normativa social, por la falta de conocimiento sobre vínculos sanos o por el tipo de crianza de ambas partes (López 2020). Hasta situadas en el extremo más sutil de este espectro no son menos efectivas para vulnerar los derechos de las mujeres a vivir una vida plena y digna.

Dentro de las consecuencias que genera la violencia se puede tener en cuenta el estudio realizado por Esther y Novo (2016), el cual concluyó que todas las formas de violencia tienen un impacto desproporcionado en la salud física y mental, incluida la morbilidad y la mortalidad, así como en consecuencias económicas y sociales a largo plazo, debido a que la violencia contra las mujeres y las niñas adopta múltiples formas, (matrimonio forzado, acoso callejero, acoso

cibernético, insinuaciones sexuales no deseadas, mutilación genital femenina, violencia de pareja íntima, violencia familiar) etc.

Según Rodríguez, Padilla, Rodríguez y Díaz (2010, pág. 359) “la familia es el primer agente socializador y sobre ella recaen las responsabilidades de la educación protección y crianza de los hijos, por lo tanto, juega un papel importante en el crecimiento y desarrollo y bienestar del individuo”, por lo tanto, no debe ser maltratada en ninguno de los ámbitos posibles, de lo contrario, se busca procurar el sumo cuidado de esta, y la plena integridad en su máxima expresión.

Es indispensable comprender que la violencia en contra de la mujer es un hecho que tristemente se vive diariamente, no solo en Colombia, sino en todo el mundo, siendo así una problemática mundial, agregando que históricamente se ha vulnerado más a la mujer, debido al estereotipo, pautas de crianza y patrones culturales que esta ha tenido a lo largo de los registros de la humanidad, muchos factores pueden influenciar en la aparición y mantenimiento de este tipo de maltrato, los cuales se abordaron a lo largo de la presente investigación.

Planteamiento del problema

La violencia intrafamiliar es toda acción protagonizada por uno de los miembros que conforman el grupo familiar, puede incluir distintas formas de maltrato, desde la intimidación hasta las agresiones físicas, la violencia se puede ejercer a uno o más miembros; pese a que este tipo de violencia se encuentra penado por la ley, estos delitos no suelen ser denunciados en su totalidad, debido al miedo que la víctima puede mantener en el ciclo de violencia (Porto y Merino, 2014).

Es importante tener en cuenta que los factores de riesgos asociados a la violencia interfamiliar, este tipo de violencia tiene un origen multicausal, numerosas teorías pretenden evidenciar aquellos factores de predisposición y mantenimiento, sin embargo, varía mucho, según el tipo de vínculo, crianza, personalidad de los sujetos, cultura y/ economía (Pueyo y Redonde, 2007). Sin embargo,

algo que se tiene muy en claro son aquellos altos índices de violencia intrafamiliar en los cuales predomina la mujer y el adulto según el Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses en el presente año.

Colombia es uno de los países de Latinoamérica en tomar medidas contra la violencia, llevando así a reformar leyes para el castigo oportuno de los mismos. Entre ellas, se tiene la Ley 1959 de 2019 la cual se refiere a la “Violencia intrafamiliar. Se decreta que el que maltrate física o psicológicamente a cualquier miembro de su núcleo familiar incurrirá, siempre que la conducta no constituya delito sancionado con pena mayor, en prisión de cuatro (4) a ocho (8) Años” (Ley 1959, 2019, art. 229). Asimismo, es importante mencionar las leyes que establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, la ley 1251 de 2008, además de la 1215 de 2009, la 599 del año 2000 y además de la ley 1279 de 2009, que penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono.

El maltrato intrafamiliar se ha convertido realmente en un problema social muy difícil de controlar; solo en Colombia, según Medicina Legal, en enero 3.819 personas fueron víctimas de violencia intrafamiliar en [...] [Colombia]. Se logra evidenciar un aumento en comparación con el año anterior, en el cual se registraron 2.844. El sexo femenino fue el que más sufrió lesiones no fatales, de causa externa en el ambiente familiar, con 2.914 casos. El masculino, por su parte, registró 905 casos.

Agregando a las cifras anteriores, los casos registrados en el presente año en el mes de enero según rango de edad, se presentaron 202 casos en la adultez mayor (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses, boletín estadístico, enero, 2022, p. 7), aunque existe una predominancia de violencia intrafamiliar en la etapa de adultez media (la cual va desde los 29 a los 59 años de edad), entendiendo que es en esta etapa donde se consolidan las relaciones de pareja, y pueden generarse conflictos con mayor frecuencia; las cifras de violencia en el adulto mayor no son menos

importantes, ya que el deterioro físico y emocional, los conflictos vitales y las redes de apoyo nulas pueden generar un nivel de vulnerabilidad que se puede asociar con problemas cognitivos, afectivos y somáticos reduciendo de esta forma la calidad y expectativa de vida. (Dalmau et al., 2018).

Con relación a lo anterior, según la ONU Mujeres, el informe de país: Colombia, registró que, durante el 2021, el 68% de las mujeres entrevistadas, experimentaron violencia física por parte de su pareja, el 81% experimentaron abuso verbal y un 54% de las mujeres investigadas manifestaron que sus parejas denegaron las necesidades básicas, mostrando así que, entre las 1.200 mujeres entrevistadas, más de la mitad mujeres han sufrido algún maltrato de parte de su conyugue o acompañante.

La Ciudad de Cúcuta no está ajena a esta situación, ya que es una de las ciudades de Colombia con mayor índice en esta problemática, teniendo como datos alarmantes que, por cada 110.000 habitantes, ocurrieron en Cúcuta 55 casos de violencia intrafamiliar en el mes de enero. Los principales actores afectados son las mujeres y los niños. (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses, 2022, p. 11 b). Con base al último reporte expuesto por la secretaria de la mujer, esta ciudad se encuentra frente a un elevado aumento en el número de casos por problemas en los núcleos familiares, aumentando el registro de feminicidios y mujeres atentadas por sus compañeros, convirtiendo la ciudad de Cúcuta en una representante de hogares de agresión y violencia.

Es importante tener en cuenta la magnitud de la problemática en nuestro país y aún más, dentro de la población vulnerable de la mujer adulto mayor, de igual forma, se hace indispensable la intervención continua y profesional en este tipo de violencia. En base a lo anterior, se busca con este proyecto de investigación reconocer los factores que predisponen y facilitan la adquisición de

comportamientos ligados a la violencia interfamiliar, así como también, identificar las conductas que mantienen a la mujer adulta mayor dentro e incapaz de la ruptura del ciclo de violencia, involucrando consigo su vida misma.

Formulación del problema

¿Qué factores predisponentes, de adquisición y mantenimiento facilitan la aparición de violencia en una mujer adulta mayor?

Justificación

La importancia de la presente investigación, radica en que se lograrán identificar los factores predisponentes y efectos psicológicos que la violencia intrafamiliar trae en una mujer adulta mayor. Primordialmente hay que tener en cuenta que como consecuencia del mejoramiento de calidad de vida en muchos países ha producido un aumento considerable en la duración de vida, en otras palabras, hay un incremento en la población de adulto mayor, lo cual ha causado una serie de dilemas en aspectos sociales, económicos y éticos, uno de estos es la violencia intrafamiliar que vivencian las personas de la tercera edad, en especial las mujeres.

La violencia intrafamiliar, como concepto viene gracias a los movimientos de mujeres que hicieron visible la violencia conyugal y con su contestación hicieron posible considerar que la violencia contra la mujer dentro del hogar, es una violación de derechos humanos. Hace parte de la visión culturalmente asumida en las sociedades sobre el matrimonio, la crianza de los hijos, las relaciones de pareja y varía de cultura en cultura, de contexto en contexto, pero está presente en todas las clases sociales. La violencia intrafamiliar puede consistir desde la humillación en público, hasta tratar mal a los familiares y amigos de ella, o la descalifica o se burla de sus opiniones, y marginándole o sacándola de su ámbito intelectual, social y laboral.

De este modo, este tipo de violencia se reconoce como parte de lo familiar, como un espacio que pertenece a la esfera de lo íntimo de cada persona, justificando los actos violentos como herramientas útiles que permiten educar, mantener el control, o como instrumentos legítimos para resolver, o mejor aún, poner fin a los conflictos. Según la Defensoría del Pueblo (2000), la violencia intrafamiliar constituye una afrenta a la dignidad; origina una lesión del derecho a la integridad personal hasta el punto que puede llegar a constituir tortura; genera un ambiente de miedo y angustia que normalmente es utilizada como método para reprimir el ejercicio de otros derechos fundamentales, como la intimidad, la libertad de expresión y la libre circulación.

Asimismo, la violencia intrafamiliar se trata de hechos que afectan la salud física, salud mental y la estabilidad emocional. Denominado también como daño físico, moral, o espiritual. Se manifiesta con golpes, maltrato físico, palabras soeces, amenazas y frases encaminadas a desconocer el valor y la estima de otras personas; incluye la ridiculización como forma habitual de expresión; encierro; alejamiento del núcleo familiar o del círculo de amigos; prohibición al acceso al estudio, el trabajo o la recreación; celos excesivos que coartan la movilidad, el uso personal del tiempo y las relaciones sociales; con el incumplimiento de las obligaciones económicas teniendo posibilidad para cumplirlas; recarga de todo el trabajo doméstico menospreciando su aporte a la economía familiar.

Con base a lo anterior, tenemos entonces una problemática compleja sobre la cual se viene actuando recientemente y que ha pasado por un proceso histórico que va desde el reconocimiento de especificidades en los derechos de las mujeres, que poco a poco han visibilizado el tema. El abuso, maltrato o violencia ocurre en todas las etapas del ciclo de la vida, sin embargo, A pesar de que el tema de la violencia ha sido tratado con bastante frecuencia, resulta inconcebible que los adultos mayores, débiles, dependientes, discapacitados sean objeto de conductas de maltrato en el

seno de la familia; Son las mujeres adultas mayores en quienes más recae la cifra alarmante de violencia intrafamiliar, siendo víctimas silenciosas y mayormente afectadas; no obstante, una de las principales dificultades para abordar la violencia intrafamiliar, ha sido dimensionarla: establecer sus causas, consecuencias, características específicas, para así poder centrar y concentrar acciones para erradicarlo.

La investigación puede aportar al diseño de estrategias de mejora para la protección a la mujer adulta y adultas mayores que sufren violencia intrafamiliar, además de identificar diversos factores esenciales en el comportamiento de las personas para así lograr el aumento en el conocimiento sobre que es la violencia intrafamiliar y directamente en el conocimiento sobre este fenómeno.

Objetivos

Objetivo general

Identificar los factores predisponentes, de adquisición y mantenimiento en una mujer adulta mayor víctima de violencia intrafamiliar a través de la formulación de caso clínico.

Objetivos específicos

Conocer experiencias del ciclo vital del sujeto en sus diferentes esferas de funcionamiento a través de la entrevista semiestructurada, que permitirá la construcción de la historia clínica.

Identificar rasgos, estilos o trastornos de personalidad en el sujeto de estudio a través del cuestionario de personalidad CEPER-III.

Aplicar instrumentos de evaluación cuantitativa con la finalidad de brindar una mayor comprensión acerca de los componentes del objeto de estudio.

Establecer una propuesta de intervención coherente con las conductas problema identificadas en la formulación de caso.

Estado del arte

En los últimos años ha incrementado el interés por realizar investigaciones sobre fenómenos que afectan, vulneran y atentan contra la sociedad como la violencia intrafamiliar. En base a esto, se presenta a continuación la información recopilada de investigaciones realizadas en el contexto internacional, Nacional y local, las cuales fundamentaran y aportaran conocimientos a la presente investigación.

Antecedentes

Antecedentes internacionales

En Pakistán, se encuentra el estudio “Violence against women: Affecting factors and coping methods for women” o en español “Violencia contra la mujer: factores que afectan y métodos de afrontamiento para las mujeres” Realizado por Duran & Fraslán (2017). El objetivo de este estudio fue determinar la exposición de las mujeres a la violencia intrafamiliar, los factores que las afectan y los métodos de afrontamiento.

Este estudio se realizó bajo el método de estudio descriptivo transversal, se dio lugar a su realización durante los meses de septiembre a diciembre de 2017 y comprendió la población de mujeres casadas que viven en Kesan, un distrito de la provincia turca de Edirne. Se aplicó un cuestionario autogenerado para recopilar datos sociodemográficos y la exposición de las mujeres a la violencia doméstica, junto con el SPSS 16 para analizar los datos y obteniendo como resultado que, de los 586 sujetos, 321 (55%) tenían hasta 40 años, mientras que 265 (45%) tenían 41 años o más. La violencia doméstica fue denunciada por 156 (26,6%) mujeres. Golpear ocupó el primer lugar entre los comportamientos de violencia física informados por 83 (14,2%) sujetos. Los

insultos y los gritos ocuparon el primer lugar entre los comportamientos de violencia verbal informados por 118 (20,1%).

Mantener a las mujeres a cierta distancia ocupó el primer lugar entre las conductas de violencia emocional, reportadas por 95 mujeres (16,2%). No comprar las necesidades fundamentales del hogar ocupó el primer lugar entre las conductas de violencia económica, relatadas por 38 (6,5%); finalmente, 14 (2,4%) informaron haber sido forzadas físicamente a participar en un acto sexual, que ocupó el primer lugar entre los comportamientos de violencia sexual. De entre las mujeres abusadas, 114 (66,7%) mujeres dijeron que la violencia ocurrió por el enojo instantáneo de sus parejas, y 69 (44. En conclusión, estableciendo que **las** mujeres prefirieron guardar silencio sobre la violencia intrafamiliar. Es necesario introducir programas urgentes de prevención para acabar con la violencia doméstica que se evidencio en la cultura y territorio de Kesan, donde se intensifique la creación de una ruta de intervención que erradique la normalización y permisividad de los comportamientos de violencia física en la población femenina del país.

En Virginia, se encuentra el estudio titulado “Violencia y abuso en la vida de las mujeres mayores rurales: una perspectiva del curso de vida” realizado por McCann y Roberto (2021) ambos de la Escuela de Medicina Virginia Tech Carilion. Este estudio habla sobre la violencia de pareja íntima en la vejez incluyendo abuso físico, psicológico, sexual y financiero; aunque se ha investigado cómo las mujeres en parejas violentas a largo plazo enfrentan el abuso, se sabe poco sobre la historia, las experiencias y las necesidades de las mujeres mayores que dejan relaciones abusivas. El objetivo del estudio fue identificar la violencia y abuso en la vida de las mujeres mayores rurales desde la perspectiva de curso de vida.

Por lo que se entrevistó a 10 mujeres que habían dejado a sus parejas abusivas más adelante en la vida. Se utilizaron métodos cualitativos para analizar los datos y se evidenciaron cuatro temas principales: (a) las mujeres usaron el pasado para dar cuenta del abuso en sus relaciones más adelante en la vida, (b) reconocer el abuso señalado a las mujeres para que se defendieran y abandonaran la relación, (c) el abuso y la explotación financiera afectaron la salud mental y física de las mujeres, y (d) la reconstrucción. El presente estudio fue especialmente desafiante ya que las mujeres enfrentaron su futuro solas con problemas financieros, físicos o de salud mental. Concluyendo que el abuso presenta desafíos únicos y duraderos para las mujeres mayores.

Por otro lado, el estudio titulado como “Impacto de la violencia histórica de la pareja íntima en el bienestar y el riesgo de abuso de personas mayores en mujeres mayores”, realizado en el año 2020 en Australia por Cationes, et al., a través de un estudio cohorte prospectivo tuvieron como objetivo evaluar los impactos psicológicos y el riesgo que las mujeres mayores tienen al estar asociada con la violencia histórica de pareja íntima, la muestra que usaron en el estudio fue un total de 12.259 mujeres entre un rango de edad de 70 a 75 años.

Los resultados evidenciaron efectos negativos en la etapa de adultez mayor debido a la relación violenta que las entrevistadas experimentaron en el transcurso de la vida, con un porcentaje del 6.4% (782), las mismas presentan un alto riesgo de incidentes de cuadros depresivos durante el estudio, la investigación concluye que las sobrevivientes de las relaciones violentas tienen un alto riesgo de presentar malestares psicológicos, asimismo, la revictimización, por lo que recomienda la continuación de apoyo tanto familiar como profesional a las víctimas de violencia.

En Canadá se realizó un estudio que tiene como título “iniciativas para apoyar a mujeres mayores que sufren violencia de pareja”, publicada en el año 2021, y realizada por Semanas, et al, con dos objetivos, el primero de ellos es el de contribuir a identificar las iniciativas, desarrollo de

las mismas y la población objetivo, el segundo de ellos identificar las fortalezas y desafíos que los involucrados experimentaron en la ejecución de actividades, el cual se realizó en tres diferentes fases, la primera fue identificar las necesidades de las mujeres que experimentan IPV, el cual se entiende como cualquier tipo de comportamiento abusivo; la segunda fase fue encuestar a aquellas personas encargadas de realizar este tipo de actividades y por último realizar un análisis temático con los resultados de la entrevista semiestructurada aplicada a 25 participantes.

Los resultados que arrojó la investigación según la categoría de iniciativa tales como el asesoramiento y apoyo individual en persona; apoyo por teléfono, líneas de crisis; apoyo educativo y/o terapéutico proporcionado en un entorno grupal y refugios y vivencias a corto y largo plazo, aunque hubo un gran porcentaje conocían las diferentes atenciones que sirven para la prevención y ayuda del IPV, desconocen en su mayoría como acceder o participar para estas líneas de atención en pro al bienestar de la adulta mayor. Se concluye la presente investigación en contribuir, no a la creación o búsqueda de más iniciativas, si no, a la correcta distribución de información sobre los servicios que pueden prestar para la protección de la mujer.

En Ecuador se encontró una investigación titulada “La Violencia Intrafamiliar; sus efectos en el entorno familiar y social” Estudio realizado por Ocampo, (2015). La violencia intrafamiliar está afectando a la sociedad en todo el mundo, ya que destruye la familia de forma física, psicológica, moral, e intelectual a quienes sufren estas agresiones siendo su principal efecto el bajo rendimiento escolar de los hijos que estudian y que deben soportar este mal accionar del o el agresor. Ante esto es necesario recalcar la importancia que tiene la familia en la sociedad, ya que de ella depende el crecimiento ordenado y saludable de quienes integran el grupo familiar de una sociedad.

El autor plantea en dicho estudio que la violencia intrafamiliar es una de las formas con las que ha venido acompañada la humanidad porque ha existido siempre por parte del hombre el equivocado criterio de superioridad frente al género femenino, género, que debía estar sometida al hombre, quien imponía su autoridad contra su mujer de forma violenta incluso atentando contra la integridad de sus hijos y la de toda su familia.

En cuanto a las víctimas el estudio señala que de la agresión familiar se considera que está conformado por la esposa, el esposo, la pareja, los hijos que son quienes directamente sufren y/o soportan los castigos, golpes y malos tratos provocándose en ellos desorden físico, psicológico, emocional dentro del seno familiar especialmente en el agredido(a), quien en muchas ocasiones se convierte en víctima voluntaria de la violencia debido a que tiene dependencia económica, emocional y afectiva ante el agresor por lo que al considera que es ella la que ha provocado la ira del agresor justificando el mal accionar de este, lo que causa que esto se convierta en un círculo vicioso que se refleja en los hijos que serán los futuros agresores o agredidos.

Así mismo el precitado antecedente encontrado en Ecuador considera que entre las formas de agresión intrafamiliar se ha podido identificar que existen muchas, las que van desde la agresión física ejecutada utilizando elementos contundentes u o cortantes, la flagelación con látigos o correas, quemaduras con cigarrillos u otros elementos, golpes de puño, agresión psicológica y verbal con insultos, gritos etc., que provocan en el agredido temor hacia el agresor, a esto se suma la violencia sexual, hechos con los que el agresor viola la integridad de la agredida, su dignidad, y autoestima provocando con estos actos, efectos colaterales que se reflejan en los hijos.

Se puede decir que los antecedentes a nivel internacional le brindan un excelente aporte a la investigación propuesta dentro del presente estudio, considerando que la violencia intrafamiliar es un mal que está presente a nivel de todo estrato social. Este tipo de acciones de violencia,

maltrato, familiar o de genero se ha transformado en un problema que exige atención urgente, por cuanto a pesar que en la actual Constitución de la República se refuerza el derecho a la mujer y la familia y se han creado centros de protección y asistencia a los agraviados, la incidencia de estos actos no se reducen sino que se mantiene, provocando daños irreparables en las victimas, provocado lesiones graves o muerte a manos del agresor que atenta contra la integridad de su esposa, sus hijos, la familia y la sociedad.

Antecedentes a nivel nacional

A nivel nacional se encontró un estudio titulado “Factores que generan el delito de violencia intrafamiliar en la comuna seis del municipio de pasto”, estudio realizado por Ruales, (2015). Dicho estudio se realizó en el municipio de Pasto, Departamento de Nariño, mediante el mismo se reconoce a la institución de la Familia, como espacio de vida social, para lo cual se pretende indicar los factores que originan la violencia intrafamiliar, en la comuna seis del Municipio de Pasto.

Agregando que, el aumento del núcleo poblacional de este sector, trajo como consecuencia un aumento en la problemática social, incrementando así la violencia en los hogares que conforman esta Comuna, investigando las posibles causas que originan esta problemática social y proponiendo alternativas, como el tratamiento para la reivindicación social de los agresores que les permita superar sus traumas, adicciones, conductas y comportamientos delictivos y como último recurso el punitivo que utiliza el Estado, para solucionar esta problemática. En la presente investigación se ha podido establecer una causal muy marcada de violencia en los hogares, en la referida Comuna, hace referencia al consumo de bebidas embriagantes y consumo de sustancias, posibles patologías que se desarrollan como potenciadores para la comisión de este punible.

De acuerdo con el autor el precitado estudio permitió analizar la forma en que la violencia intrafamiliar influye de manera negativa en los niños, como en otros casos de violencia se da una relación de vulnerabilidad. Claramente los menores muestran inferiores recursos para defenderse en relación con un adulto, dentro de este mismo contexto, se debe considerar el daño emocional y los efectos a corto y largo plazo que provocan los maltratos en los infantes en su desarrollo personal y la generación de esquemas mentales sobre la violencia.

El estudio aquí presentado y realizado en la ciudad de Pasto, es importante para la investigación propuesta, puesto que permite analizar la forma en que la violencia intrafamiliar compromete a los miembros de la familia y como esto influye en la toma de decisiones y adaptación al medio. De igual forma el estudio señaló que ante dicha problemática se debe tener en cuenta factores personales de cada miembro para comprender el funcionamiento de la dinámica dentro del núcleo familiar y como la interacción de estos compromete los procesos de los demás integrantes, un ejemplo de esto, es el cómo el consumo de sustancias de un individuo afecta la dinámica de los demás miembros de la familia.

Por tal motivo, se puede decir que antecedente nacional aquí citado es una guía que sirve de orientación para analizar todos aquellos factores que influyen en la violencia intrafamiliar y que se han de tener en cuenta al momento de querer investigar las causas y consecuencias que han llevado a que esta se esté dando en el municipio de Cúcuta.

Anexando, se encuentra el estudio titulado “Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el norte de Colombia” estudio realizado por Orozco; Ruiz, Torres, este estudio aborda la violencia intrafamiliar como una de las problemáticas que afecta en un alto nivel a la sociedad actual, siendo más frecuente de lo que se investiga, debido a la omisión de denuncias de muchas mujeres víctimas de violencia en el país. En este sentido, el objetivo principal de esta investigación es determinar el perfil sociodemográfico de mujeres

víctimas de violencia intrafamiliar en el Departamento del Cesar, Colombia. Al respecto, se lleva a cabo un estudio no experimental cuantitativo, de corte longitudinal retrospectivo y alcance descriptivo.

Los resultados permitieron identificar que se presentan hechos de violencia contra la mujer en frecuencias muy elevadas en comparación a los hombres; en cuanto al tipo de violencia se evidencia que en el departamento prima la violencia en contra de la mujer de parte de la pareja sentimental o conyugue. En conclusión, del estudio, los casos de violencia intrafamiliar se presentan más en el municipio de Valledupar y Aguachica, siendo los principales actores de estas conductas violentas las parejas de estas mujeres asociados a situaciones de celos, principalmente los fines de semana en los cuales se presenta alto consumo de alcohol.

En la ciudad de Barranquilla, Colombia, se presenta el estudio “Abordaje integral del adulto mayor ante diferentes formas de abuso: un acercamiento desde la medicina familiar en Colombia” realizado por Juliana Rojas Rodríguez, María Camila Barrios Martínez y Erwin Hernando Hernández Rincón, en la ciudad de Barranquilla (2019). Este estudio aborda el envejecimiento poblacional como un tema de gran importancia por su crecimiento rápido y progresivo en los últimos años. Así mismo, menciona que con el aumento de la edad crece el grado de dependencia funcional, por consiguiente, mayor probabilidad de maltrato en el adulto mayor; convirtiéndose en un problema social y de salud pública a nivel mundial.

El objetivo de este artículo es dar a conocer la importancia del abuso en el adulto mayor, sospecha y reconocimiento oportuno del mismo para realizar un abordaje integral desde la atención primaria. Se realizó una revisión narrativa que incluyó revisiones sistemáticas, revisiones de la literatura, reportes de caso y otros elementos, como noticias locales en Colombia, entre 2015 a 2019. No existe consenso alguno de la definición exacta, sin embargo, la más aceptada es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud y la Organización de los Estados Americanos. Se han identificado factores de riesgo individuales, relacionales, socioculturales y comunitarios

asociados a la violencia de pareja. Su clasificación está basada en dos grandes grupos: maltrato directo e indirecto. Existen diferentes herramientas de tamización de maltrato en el adulto mayor, dentro de estas la más utilizada es el Elder Abuse Suspicion Index (EASI), y estrategias que ayudan al médico de atención primaria al reconocimiento temprano y abordaje holístico del paciente.

Tanto en Colombia como a nivel mundial, el Médico Familiar está en la capacidad de establecer un contacto más cercano con el adulto mayor y su entorno, generando un clima de confianza y empatía, que permiten al profesional, desde la atención primaria, la detección temprana y prevención de cualquier tipo de abuso. En el presente estudio se hizo énfasis en los incrementos de maltrato que se presentan en la población de la mujer adulta mayor, realizando un acercamiento a todos los efectos que la violencia trae en sus diferentes áreas de desarrollo personal y algunas de las afecciones más comunes dentro de la población, incluyendo deterioro en la salud mental, cuidado de higiene y salud físicas.

Antecedentes a nivel local

En el municipio de Pamplona Norte de Santander, se encontró un estudio titulado “Causas y consecuencias de los casos de violencia intrafamiliar filio parental denunciados en la Comisaria de Familia de Pamplona Norte de Santander durante el primer semestre de 2015”, estudio realizado por Urrutia, (2015). Dicho estudio tuvo como objetivo principal analizar las causas y consecuencias de los casos de violencia intrafamiliar filio parental y que fueron denunciados en la Comisaria de Familia de Pamplona Norte de Santander. El estudio demostró que la violencia intrafamiliar es un fenómeno social que sido legitimado por décadas a pesar de su extensión y gravedad, no se le ha dado la importancia que merece, en gran parte porque hasta hace muy poco el espacio de lo familiar había sido reconocido como un espacio que pertenece a la intimidad, y

los comportamientos violentos se llegan a legitimar como herramientas útiles para educar, mantener el control, o como mecanismo válido para resolver sus conflictos.

Así mismo considera la autora que dicha conducta violenta se aprende y la primera oportunidad para aprender a comportarse agresivamente surge en el hogar observando e imitando la conducta agresiva de los padres de familiares, otros familiares e incluso personajes que aparecen en los medios de comunicación máxima.

Por otro lado, el precitado estudio señala que existen padres que premian la conducta agresiva de sus hijos y el maltrato infantil por parte de ellos, razón por la cual los niños aprenden a una temprana edad a expresarse en forma violenta, los progenitores de los niños violentos que el maltrato genera una multiplicidad de lesiones; en el campo físico se observan desde lesiones menores hasta la muerte; en el campo psicológico problemas de baja autoestima hasta condiciones disociativas; en el ámbito cognoscitivo, las consecuencias van desde problemas de atención y aprendizaje hasta síndrome cerebral y orgánico severo; en el área del comportamiento, las lesiones van desde problemas simples de relaciones interpersonales hasta la violencia.

Así mismo el estudio señaló que la conveniencia de regular jurídicamente la violencia familiar se fundamenta en la necesidad de encontrar mecanismos para proteger los derechos fundamentales de los integrantes del grupo familiar frente a los cotidianos maltratos, insultos, humillaciones y agresiones que se producen en el ámbito de las relaciones familiares.

Si bien es cierto que las manifestaciones de violencia familiar no se producen exclusivamente contra las mujeres, son éstas a lo largo de su ciclo vital las afectadas con mayor frecuencia. De este modo, la casa constituye un espacio de alto riesgo para la integridad de mujeres y niños, derivándose de ahí precisamente la denominación de violencia doméstica o familiar. Se concluyó dentro del estudio que la violencia intrafamiliar, particularmente al interior de la familia

es la que viven quienes conviven a manos de sus parejas o cónyuges, constituye un grave problema de violación de los Derechos Humanos, representando un obstáculo para el desarrollo de las sociedades democráticas.

El mencionado estudio realizado en Pamplona, brinda un aporte importante a la investigación aquí propuesta, porque se preocupa por la forma en la que se desarrolla la violencia al interior de las familias, y define el porqué de la aparición de la violencia, los incentivos para que ocurran y las sanciones que la desestimulan. De igual forma también insiste en la forma en que se relacionan los miembros de la familia y finalmente se concentra en los costos que tienen para el Estado colombiano y para la sociedad que la violencia intrafamiliar siga existiendo y sea tan frecuente en algunas de las familias, lo revisan respecto a los costos en bienestar económico de las familias en las que se presenta violencia y en los costos que se trasladan al Estado cuando esto ocurre.

A nivel local, se realiza el siguiente estudio titulado “Personalidad y factores de riesgo del comportamiento violento en mujeres investigadas por violencia intrafamiliar en la ciudad de Cúcuta” Mogollon y Patiño (2019), ambos pertenecientes a la universidad Simón Bolívar, sede Cúcuta. Esta investigación tiene como objetivo realizar un trabajo con mujeres investigadas por el delito de Violencia Intrafamiliar en la ciudad de Cúcuta.

Se abordaron las variables de personalidad y comportamiento violento en las mismas, esto en razón a que es un tema que muy poco se ha explorado con este tipo de población. La finalidad del presente trabajo es dar a conocer la criminalización femenina, cuestión que es poco creíble; en cierta parte por los estereotipos que se han inculcado en la cultura y se ve de forma clara que en la hora del crimen que estos no aplican. Por otra parte, con la presente investigación se analizó la relación entre personalidad y factores de riesgo de comportamiento violento presentes

en una muestra de diez mujeres investigadas por el delito previamente descrito, las cuales se obtendrán por medio del instrumento Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2), así mismo se verificarán los factores de riesgo de comportamiento violento de dicha población lo cual se realizará mediante la guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos (HCR20).

En conclusión, con la creación y elaboración de esta investigación, se logra conocer que la violencia en las mujeres es una de las problemáticas con mayor fuerza e incidencia en la ciudad de Cúcuta, afectando directamente la personalidad de cada mujer víctima de violencia y creando consigo un gran número de factores de riesgo que afectan y disminuyen directamente su calidad y bienestar de vida.

Marco teórico

Adulto mayor

La mayoría de los países del mundo desarrollado han aceptado la edad cronológica de 65 años como una definición de 'anciano' o persona adulta mayor. En 1875, en Gran Bretaña, la Ley de Sociedades Amistosas promulgó la definición de vejez como "cualquier edad después de los 50 años", sin embargo, los planes de pensión generalmente usaban la edad de 60 o 65 años para la elegibilidad (Sanhueza, Castro & Merino, 2005). La ONU no ha adoptado un criterio estándar, pero generalmente utiliza 60+ años para referirse a la población de mayor edad (ONU, 2001).

Según, García (2020) el proceso de envejecimiento es, por supuesto, una realidad biológica que tiene su propia dinámica, en gran medida más allá del control humano. Sin embargo, también está sujeto a las construcciones mediante las cuales cada sociedad da sentido a la vejez. En el mundo desarrollado, el tiempo cronológico juega un papel primordial. Se dice que la edad de 60 o 65 años, aproximadamente equivalente a la edad de jubilación en la mayoría de los países

desarrollados, es el comienzo de la vejez. En muchas partes del mundo en desarrollo, el tiempo cronológico tiene poca o ninguna importancia en el significado de la vejez.

Conforme a Castellanos (2016), otros significados de la edad construidos socialmente son más significativos, como los roles asignados a las personas mayores, en algunos casos es la pérdida de roles que acompaña al declive físico lo que es significativo para definir la vejez. etapas en el mundo desarrollado, se considera que la vejez en muchos países en desarrollo comienza en el punto en que ya no es posible la contribución activa (Gorman, 2000).

El envejecimiento y la vejez son dos aspectos de debate social, debido a las transformaciones demográficas y a un aceleramiento en el envejecimiento de la sociedad a nivel mundial. Por ello, según él (Ministerio de Salud y Protección Social, “Envejecimiento y Vejez” 2019), el envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible. La vejez, representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas.

Se considera fundamental velar por los adultos mayores, brindándoles facilidades para que lleguen a una vejez digna, sin discriminación, y que, a pesar de su edad, sigan siendo útiles en la sociedad hasta donde sus fuerzas y capacidades se los permitan.

Familia

La familia, es vista como aquella que constituye un conjunto jerárquicamente organizado con sus propias personalidades y de múltiples vías de influencia juegan un papel integral en la conceptualización de la dinámica familiar transaccional. Arranz (2000) señala que, en la familia, siempre van a influir sus miembros y que son estos los que pueden alterar la paz y tranquilidad en

su interior. Si bien hay varias variedades de enfoques teóricos que caen bajo el estandarte general de la teoría de los sistemas familiares, el hilo común es que dicha noción de que dicho sistema puede verse como una unidad funcional.

En concordancia con lo anterior, se puede decir la armonía familiar se altera cuando existen problemas como enfermedades mentales, violencia doméstica, dificultades económicas, necesidades de vivienda y residencia en entornos de vecindario peligrosos (Semidei, Radel y Nolan 2001). Esto concuerda con lo señalado por Schlippe y Schweitzer (2003) al mencionar que la familia forma un todo, dentro de un entorno complejo donde cada individuo cumple un rol integrador.

En efecto, la familia es analizada principalmente en los intercambios de comportamiento que tienen lugar en un momento dado de interacción entre sus miembros. Dicho enfoque, sostiene que los patrones de interacción provocan, mantienen y perpetúan tanto el comportamiento problemático como el no problemático. De acuerdo a Miellán y Serrano (2002) el comportamiento de cada miembro debe ser analizado dentro de este contexto, para luego concentrarse en su totalidad, observando la variable emocional y relacional, es decir, que todo individuo juega un rol importante dentro de su núcleo socio afectivo. Así mismo, es importante identificar y generar intercambios conductuales reconstituyentes entre los integrantes.

Según Serrano (2002) la familia aparece inmersa en la sociedad desde una cultura propia. Una característica importante es que estas se orientan a aquellos fenómenos sociales que influyen en la familia directa e indirectamente. Es decir, que se hace hincapié en identificar e interrumpir secuencias repetidas de intercambios conductuales de los que forma parte el comportamiento. Los eventos y problemas estresantes de un miembro individual afectan a todo el núcleo como una unidad funcional, con efectos en cadena para todos los miembros y sus relaciones. A su vez, los

procesos en relación y manejo de problemas contribuyen de manera significativa a la adaptación positiva o a la disfunción individual y relacional. Al respecto cabe citar lo siguiente: La familia es un grupo que tiene una estructura básica (padre, madre, hijos) habitando en un espacio durante diversos ciclos vitales, que tienen como fin cumplir funciones sexuales-reproductoras, económicas, socioeducativas y afectivas y que actúan como un sistema con sus propias reglas (Millán & Serrano, 2002 p. 254).

Lo descrito en párrafos anteriores permite, analizar la importancia de los individuos dentro de la estructura familiar, donde su comportamiento puede llegar a influir en la misma de manera negativa o positiva. Según Olhaberry y Farkas (2012) los comportamientos de las personas pueden generar un ambiente de paz y tranquilidad o por el contrario intranquilidad, angustia y dolor. En definitiva, es difícil determinar en qué medida las familias se ven afectadas negativamente por la violencia intrafamiliar por parte de un miembro de la familia. Por otro lado, los autores refieren que existen consecuencias como el abuso infantil, negligencia y violencia intrafamiliar e incluso problemas de adaptación en etapa de adultez, especialmente en el área de las relaciones íntimas, y una incapacidad general para ir más allá de experiencias adversas tempranas.

Violencia intrafamiliar.

La violencia intrafamiliar es toda aquella acción u omisión cometida en el núcleo familiar, por uno o por varios de los miembros, dirigida a ocasionar daño, vulnerando tanto los derechos como el bienestar y estabilidad familiar (Acosta, 2016). Debido al aumento en la calidad de vida, la adultez mayor es una etapa de vida que se ha extendido, es importante tener en cuenta la capacidad funcional y cognitiva del adulto mayor lo hace más vulnerable a vivenciar algún tipo de violencia.

La violencia es el uso deliberado de diferentes tipos de dominaciones, en este fenómeno se encuentran diferentes tipos de violencia, como lo es la violencia física, la cual se usa para amenazar o agredir a otra persona, la violencia psicológica, en la cual se presentan humillaciones, insulto y amenazas, asimismo, existe la violencia sexual, la cual es catalogada como cualquier acto lascivo en contra de una persona, la violencia económica, la cual es el desvío o mala administración de los ingresos del hogar. (Jurídicos penales, 2019). En Colombia, los casos de violencia intrafamiliar a mujeres es el de mayor índice, seguido con la violencia contra adultos mayores. (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses, boletín estadístico, enero, 2022).

Ahora bien, es importante mencionar que el ciclo de la violencia es un modelo que ha sido creado para dar una explicación a la compleja coexistencia del abuso en vínculos amorosos, (Shelter for Help in Emergency, 2022). Existen diferentes etapas, una de ellas es la fase de tensión, donde inicia una violencia sutil y progresivamente aumentará, normalmente se minimiza el peligro en esta etapa. Otra etapa es de crisis, en la cual la tensión ha aumentado, es un periodo en el que predomina la explosividad y actos impredecibles, que pueden resultar en lesiones serias o en algunos casos la muerte.

Siguiendo con lo anterior, otra de las etapas es la fase de calma o también conocida como “Luna de Miel”, la cual aparece luego de que el abusador pasa a un periodo de arrepentimiento, donde busca minimizar lo sucedido y ser perdonado. El abusador busca generar culpa en la víctima y responsabilidad para dirigir la atención en el bienestar del victimario. No todas las etapas aparecen de manera lineal o completa, en algunos casos suelen ser más cortas, varío según el tipo de relación y personalidad de la pareja. (Shelter for Help in Emergency, 2022 b).

Es importante comprender el papel de la familia en el desarrollo y comportamientos de las personas, dentro del medio familiar la violencia a las personas de la tercera edad se ha constituido

como una situación que se presenta con frecuencia, sin embargo, no existe una completa totalidad de la magnitud de este fenómeno social, debido a la negativa de muchas víctimas (Griñan, 2017), aunque existan cifras y boletines, no se tiene un completo conocimiento sobre la realidad de este tipo de violencia.

Efectos de la Violencia intrafamiliar en la mujer.

Son múltiples, serios y dolorosos todos los daños que produce la violencia intrafamiliar en la identidad de las personas agredidas. Con el tiempo y gracias a la sensibilidad del criterio investigativo y a un sabio sentido común que hacía evidente que el maltrato genera sufrimiento y pérdida de las capacidades para enfrentar mejor el mundo, se han llegado a generar nuevos conocimientos que confirman algo en específico, la violencia dentro de las familias no sólo genera graves consecuencias en el potencial vital de las personas, sino que se aprende de generación a generación a ser víctima o agresor.

Generalmente, la violencia casi se reduce en los registros cotidianos a los episodios sangrientos, explosivos y letales. Como si la vida sólo se alterara con su liquidación y no con una inmensa variedad de formas de entorpecerla, entristecerla, hacerla menos feliz, placentera y productiva.” (Franco, S, 1992) Se omite que la violencia intrafamiliar efectivamente se dirige contra el cuerpo de las personas del grupo familiar percibidos como más débiles y dependientes, pero ese cuerpo no es sólo físico, es un cuerpo psíquico y social, que se convierte en el ser de las personas, en una identidad que es dañada en su integridad, su imagen, su valor, patrimonio, aspiraciones, reconocimiento, sexualidad, sus relaciones interpersonales y su salud.

Con base a lo anterior, se hace indispensable hacer mención a uno de los efectos más habituales de la violencia intrafamiliar, un efecto relacionado con las creencias personales acerca de las habilidades, capacidades y relaciones sociales. La autoestima se define como un barómetro global

de autoevaluación que involucra evaluaciones cognitivas sobre la autoestima general y las experiencias afectivas del yo que están vinculadas a estas evaluaciones globales (Murphy, Stosny y Morrel, 2005). De la misma manera, Wang y Ollendick (2001) afirmaron que la autoestima implica una evaluación de uno mismo seguida de una reacción emocional hacia uno mismo. Los elementos evaluativos y afectivos están presentes en todas las definiciones y teorías existentes sobre la autoestima.

Rosenberg (1965), uno de los pioneros en este dominio, afirmó que la autoestima se refiere a una evaluación individual general positiva de sí mismo. Agregó que la autoestima alta consiste en que un individuo se respete a sí mismo y se considere digno. De manera similar, Sedikides y Gress (2003) afirmaron que la autoestima se refiere a la percepción o valoración subjetiva que tiene el individuo de su propia valía, los sentimientos de respeto y confianza en uno mismo y la medida en que el individuo tiene sentimientos positivos o negativos. opiniones negativas sobre uno mismo.

Al incidir en la identidad de las personas, la violencia intrafamiliar se convierte en una forma de ejercicio del poder de dominio mediante el empleo de la fuerza física, psicológica, económica, política, marcadas y construidas por el poder del que se considera superior sobre aquel designado como inferior. Es así como el ejercicio de este poder de dominio se transforma en graves formas de violencia que atentan constantemente contra la integridad y salud mental de cada mujer víctima de la misma; donde la mujer sufre la anulación constante de lo único que realmente se puede pensar que es de ella misma: su integridad física y psicológica.

Debido a lo anterior, se menciona con preocupación la incidencia que va en aumento con el tiempo en relación a las afecciones psicológicas que sufre la mujer por mantenerse dentro de un entorno violento. Al respecto, Hernández (2007), considera que, la depresión no es nueva, aunque

se desconoce su prevalencia a lo largo de la historia humana. La aflicción del dolor, el miedo y el desánimo exhibe una notable continuidad histórica desde la antigüedad hasta los tiempos modernos, en los cuales aún sigue siendo un estigma.

Una revisión de estudios familiares y comunitarios reveló una mayor probabilidad de por vida de desarrollar un trastorno depresivo mayor en las mujeres adultas mayores, debido a su rol de dependencia y vulnerabilidad. Los estudios transversales comunitarios más grandes sobre enfermedades mentales utilizan una metodología retrospectiva. Informan un mayor riesgo de por vida de trastornos del estado de ánimo (Kessler et al., 2007) y, específicamente, el trastorno depresivo mayor, en cada generación sucesiva (Andrade et al., 2003). Se encontró un efecto similar en la población de EE. UU. en la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS-R) (Kessler et al., 2003). Del mismo modo; se encuentran otros efectos que pueden incluir alejarse de otras personas, no disfrutar de las cosas que antes disfrutaba, no poder confiar en los demás y presentar cambios radicales en su personalidad.

Marco contextual

Durante el año 2021, según cifras del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML-CF) la violencia intrafamiliar ejercida por parejas dentro del hogar en contra de mujeres en Colombia aumentó en 11,89% con respecto al año 2020. Por cada hombre violentado por su pareja o expareja, cerca de 7 mujeres son víctimas de este tipo de violencia. Cifra que se plantea como un fenómeno que aumenta el riesgo de vitalidad en millones mujeres y expone que la población más afectada es la adulta mayor, relacionándose con cifras altas cifras de abusos físicos y psicológicos.

De este modo, se establece que entre las violencias que afectan mayoritaria y diferencialmente a las mujeres, se encuentra la violencia intrafamiliar. De estos casos, su principal

modalidad es la violencia ejercida por la pareja o expareja. Durante 2021, del total de casos de violencia intrafamiliar contra las mujeres registrados por el INML-CF, los casos en los que el agresor fue la pareja o expareja constituyeron el 73,92%. Se evidencia que, aunque exista conocimiento de la problemática, aún existe alto grado de desinformación y sumisión por parte de la población femenina de Colombia, corroborando la existencia de un conflicto relacionado con la conciencia de violencia por parte de las mujeres y las redes de apoyo que brinden soporte a la comunidad que decida delimitar su cercanía a los eventos de violencia.

De la misma forma, se expone que la violencia intrafamiliar es un problema generalizado y creciente en casi todas las sociedades, es usual que adopte muchas formas y aparezca en todos los ambientes. Existen factores individuales, familiares y sociales que sitúan a la mujer ante el riesgo de sufrir actos violentos en los cuales están implícitas las normas sociales y culturales que perpetúan la desigualdad entre las mujeres y los hombres. Debido a esto, cuando la mujer envejece, más aún si padece de algún tipo de discapacidad, aumenta su vulnerabilidad al fenómeno del maltrato, abuso y violencia.

Ahora bien, en relación con el presente estudio de caso, nos situamos en la ciudad de Cúcuta, dentro del departamento de Norte de Santander, donde la violencia ha estado arraigada con su historia y cultura. En el 2021 se presentaron 1338 casos de violencia intrafamiliar que ocurrieron específicamente en esta ciudad y puntualmente del total de casos, 1063 corresponden a mujeres, lo que representa el 79,4 % de la población, de igual forma, exponiendo la incidencia de violencia física y psicológica hacia la mujer adulta mayor sin limitar la comuna o estrato social; esto de acuerdo con las cifras reportadas por el Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Convencional y Operativo (Siedco) de la Policía.

En la actualidad, se debe tener en cuenta que el fenómeno de violencia dentro del ámbito familiar es un tema de bastante tiempo atrás que se caracteriza por tener lugar dentro de la dinámica en vida familiar, donde es tolerada y aceptada por la sociedad y logra generar afectaciones de salud que se reflejan por la violencia de pareja, produciendo cierto nivel de deterioro en la víctima, por lo general, en la población Cucuteña, las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar tienden a mostrar bajos niveles de autoestima y altos niveles de inadaptación; además, cabe mencionar que las mujeres, en especial la mujer adulta mayor se encuentra arraigada a un linaje cultural que normaliza este tipo de violencia a través de diferentes creencias que facilitan el sentimiento de sumisión y vulnerabilidad, facilitando el establecimiento de conductas de violencia dentro de su propio hogar e incrementando consigo los casos de maltrato físico y psicológico en la población colombiana.

Marco legal

La violencia intrafamiliar condujo al Estado colombiano a incorporar en la Constitución Política de Colombia de 1991, herramientas legales para su atención y protección, contemplando que "cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y será sancionada conforme a la ley" (Art.42). De igual manera, la Ley 248 de 1995 obliga al Estado colombiano a implementar acciones concretas de prevención, atención, eliminación y sanción de cualquier conducta que sea considerada como maltrato o violencia contra la mujer, ya sea de tipo físico, psicológico, sexual o patrimonial. De este modo, también se mencionarán otra serie de artículos del código penal colombiano que contribuyen a brindarle a las mujeres mayores de edad soporte legal para su protección e integridad.

Artículo 229. Violencia intrafamiliar.

El que maltrate física o psicológicamente a cualquier miembro de su núcleo familiar incurrirá, siempre que la conducta no constituya delito sancionado con pena mayor, en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años. La pena se aumentará de la mitad a las tres cuartas partes cuando la conducta recaiga sobre un menor, adolescente, una mujer, una persona mayor de sesenta (60) años, o que se encuentre en situación de discapacidad o disminución física, sensorial y psicológica o quien se encuentre en estado de indefensión o en cualquier condición de inferioridad.

Asimismo, se expone que el Estado colombiano, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, ha creado la ruta de atención integral en favor de las mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar, la cual se entiende “como el conjunto de acciones articuladas que responden a los mandatos normativos para garantizar la protección de las víctimas, su recuperación y la restitución de los derechos. Comprende las actuaciones internas de cada institución para abordar a la víctima de acuerdo con sus competencias y la coordinación de las intervenciones intersectoriales”. (Ministerio, 2015)

Ruta integral de atención a Mujeres víctimas de Violencia intrafamiliar

Primera Fase

Corresponde a la etapa de Identificación y Acompañamiento en favor de la mujer víctima de Violencia de Género y está a cargo o competencia de cualquiera de las siguientes entidades nacionales o territoriales: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Comisaría de Familia, Fiscalía, Puestos de Salud, Ministerio Público, Policía, Departamento Administrativo de Bienestar Social -DABS -, Instituciones Educativas, Direcciones Municipales de Justicia, Unidades de Medición y Conciliación, Inspecciones de Policía, Consultorios Jurídicos, Organizaciones no Gubernamentales.

Entre las instancias citadas, de manera enunciativa, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Comisaria de Familia y Fiscalía podrán proferir medidas de protección inmediatas y a su vez, podrán requerir el apoyo de otras instituciones, según la gravedad del asunto: Atención en Salud o remisión al Instituto de Medicina Legal.

Segunda Fase

Se refiere a la Noticia Criminal, la cual puede ser recepcionada ante una de estas entidades: Fiscalía, URI (SIJIN – CTI), Policía Nacional (Estaciones de Policía), Casas de Justicia, Comisarías de Familia, Cualquier personal con funciones de Policía Judicial. La Entidad que asume la noticia criminal puede requerir apoyo a las Instituciones de los servicios de Salud y/o al Instituto de Medicina Legal.

Tercera Fase

Hace referencia a la Indagación. Se trata de una fase preprocesar y reservada. Una vez recibida la noticia criminal el funcionario de policía judicial debe realizar el reporte de iniciación, momento desde el cual el Fiscal asume el control jurídico del caso. Las directrices de la investigación se encuentran contenidas en el programa metodológico. El fin de esta etapa se encuentra determinado, bien por la formulación de imputación, dando lugar a la etapa subsiguiente que es la investigación, o la prescripción de la acción penal que conllevaría al archivo de la actuación.

Cuarta Fase

Hace alusión a la Investigación. Es la primera fase procesal, se caracteriza porque en ella se busca fortalecer los elementos materiales probatorios, evidencia física o información legalmente obtenida que sirvieron de base para la formulación de imputación en busca de acusar, solicitar preclusión o dar aplicación al principio de oportunidad. Esta fase se inicia con la formulación de

imputación y se extiende hasta la presentación del escrito de acusación ante el Juez de conocimiento.

Quinta fase

Última fase referente al Juicio, donde se llevan a cabo la Audiencia de Formulación de Acusación y Audiencia Preparatoria para finalmente adelantar la Audiencia de Juicio oral, sentido del fallo e individualización de pena y sentencia.

Metodología

Enfoque de investigación

Se utilizará Se utilizará el método mixto, el cual se refiere a un único estudio que utiliza estrategias múltiples o mixtas para responder a las preguntas de investigación y/o comprobar hipótesis (Driessnack, Sousa y Costa 2007); de igual forma se expone que es el tipo de estudio donde el investigador mezcla o combinas técnicas de investigación, métodos, enfoques, conceptos o lenguaje cuantitativo o cualitativo en un solo estudio (Johnson y Onwuegbuzie 2004). El base a las demandas del presente proyecto de investigación se implementa el método mixto con la finalidad de integrar, en un mismo estudio, metodologías cuantitativas y cualitativas, con el propósito de brindarle al desarrollo del estudio de caso mayor comprensión acerca del objeto de estudio.

Alcance de investigación

Se utilizará la Investigación descriptiva debido a la demanda del proyecto de investigación, según Sampieri (2010), este tipo de investigación permite describir de mejor manera el tema con base a los datos recolectados; asimismo, Tamayo y Tamayo (2000) menciona que este tipo de investigación es la que comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la

Naturaleza actual, y la comprensión o procesos de los fenómenos”. Cabe destacar, que este será el tipo de investigación que las autoras consideran pertinente para la elaboración y ejecución del proyecto. Bernal (2000) afirma que la investigación descriptiva “es la capacidad para seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada de las partes, categorías o clases de dicho objeto”. De acuerdo con este autor este tipo de investigación pretende recoger de forma clara y explícita todos los factores directamente en los objetivos de estudio.

Técnica de Investigación

Para el proceso investigativo es indispensable prestar atención a las variables de interés, además, beneficia el desarrollo proposiciones teóricas que dan lugar a la recolección y análisis de datos. Asimismo, el estudio de casos suele considerarse como una instancia de un fenómeno como una de las partes de un amplio espectro, en este caso, la violencia intrafamiliar en una adulta mayor, estudiando por medio de esta técnica de manera individual un problema social. Stake (1994), plantea que el estudio de caso “es el estudio de la particularidad, no la generalización, y de la complejidad de un caso singular”, por ende, se ha decidido enfocarse en una sola adulta mayor.

Población

Gómez, (1999) define la población como “el conjunto de elementos para los cuales son válidos los hallazgos significativos determinados para la muestra”. En el presente proyecto de investigación se tendrá como población a las mujeres adultas mayor, se especifica que el estudio de caso se aplicará solo a una mujer víctima de violencia intrafamiliar.

Muestra

En el presente trabajo se realizará un estudio de caso, de una mujer adulta mayor tal cual como se especificó en la población, por lo tanto, el muestreo se realizó a conveniencia, entendiendo que el sujeto de manera voluntaria acepta participar del proceso de investigación.

Instrumento de recolección de datos

Inicialmente se utilizará el consentimiento informado, el cual más que un derecho y un deber, es un proceso que se establece entre el profesional y el usuario. Uribe (2021). El objetivo es aquella búsqueda de comprensión global de parte del paciente, una autorización para utilización de datos, que procuren no vulnerar el bienestar del usuario, garantizando así una autonomía y un acuerdo. Iniciando con la recolección de datos básicos, la cual se realizará por medio de la herramienta de Historia Clínica, tales como son la identificación, examen mental, de igual forma se tienen en cuenta los antecedentes, ya sea familiares, personales, aspectos relevantes en el proceso de desarrollo del sujeto en sus diferentes etapas, sirviendo como guía al profesional, permitiendo estudiar exhaustivamente la historia y problemática del sujeto, con el fin de explicar, comprender pensamientos y conductas(Machala, 2015).

Asimismo, se aplicará el cuestionario CEPER III, el cual está diseñado y validado para la población colombiana, mide estilos de personalidad, además, de criterios encontrados en el DSM-V, sin embargo, el cuestionario los toma en cuenta desde una perspectiva dimensional. En conjunto, se realiza la aplicación de la Escala de actitudes disfuncionales de Weissman y Beck, evaluando siete tipos de creencias que pueden predisponer a una persona a padecer algún trastorno psicológico. En continuidad al abordaje y búsqueda de soporte a las hipótesis del caso, se aplica la Escala de depresión geriátrica de Yesavage y el cuestionario de dependencia emocional CDE.

Por otro lado, para ampliar la recolección y análisis de información, generando hipótesis, en conjunto con los instrumentos anteriormente aplicados, se utilizará la Ficha de formulación de caso clínico de Muñoz y Novoa, la cual permite ordenar la información derivada de la evaluación, para describir y explicar la problemática, con base a ello, elaborar un plan de intervención (Caycedo et al, 2008).

Tabla 1. Ficha técnica CEPER III

| | |
|-------------------------------|---|
| Nombre | CUESTIONARIO EXPLORATORIO DE PERSONALIDAD-III (CEPER-III) |
| Autores | Caballo, Guillén, Salazar e Irurtia |
| Año | 2001 |
| Adaptación en Colombia | Carlos E. González Cifuentes Luis A. Vera Maldonado |
| Año | 2015 |
| Objetivo | Medir los estilos de personalidad, incluyendo muchos de los criterios diagnósticos del DSM-IV, pero con una perspectiva dimensional. |
| Aplicación | Auto aplicada. |
| Categorías evaluadas | La herramienta tiene como finalidad evaluar 14 estilos de personalidad, paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial, límite, por evitación, por dependencia, compulsivo, pasivo agresivo, sádico, autodestructivo y depresivo, y cuatro ítems que evalúan sinceridad. |
| Interpretación | T<60 Normalidad T 60-90 Características acentuadas T 70-79 Estilos de personalidad T=>80 sintomático |

Por otro lado, para ampliar la recolección y análisis de información, generando hipótesis, en conjunto con los instrumentos anteriormente aplicados, se utilizará la Ficha de formulación de caso clínico de Muñoz y Novoa, la cual permite ordenar la información derivada de la evaluación,

para describir y explicar la problemática, con base a ello, elaborar un plan de intervención (Caycedo et al, 2008)

Tabla 2. Ficha técnica FCC

| Nombre | Formulación clínica conductual |
|-------------------------------|---|
| Autores | Caycedo et al. |
| Año | 2000 |
| Adaptación en Colombia | Amanda M. Muñoz-Martínez Mónica Ma. Novoa-Gómez |
| Año | 2010 |
| Objetivo | La herramienta evalúa diferentes tipos de competencias: percepto-motora, afectivos/emocionales, académicas, cognoscitivas/verbales, interacción, autocontrol, sexual y salud de enfermedad. Además, existen otros 3 tipos de competencias de autoconocimiento, como lo es la autodescripción, autoevaluación y explicación del propio comportamiento. |
| Aplicación | Auto aplicada. |
| Categorías evaluadas | La herramienta evalúa diferentes tipos de competencias: percepto-motora, afectivos/emocionales, académicas, cognoscitivas/verbales, interacción, autocontrol, sexual y salud de enfermedad. Además, existen otros 3 tipos de competencias de autoconocimiento, como lo es la autodescripción, autoevaluación y explicación del propio comportamiento. |
| Interpretación | Unidad de análisis. Hipótesis Justificación y soporte de la hipótesis. |

En continuidad al abordaje y búsqueda de soporte a las hipótesis del caso, se aplica la Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Tabla 3. Ficha Técnica Test YESAVAGE

| | |
|-------------------------------|--|
| Nombre | Escala de Depresión de Yesavage (Versión reducida) |
| Autores | Brink y Yesavage. |
| Año | 1982. |
| Adaptación en Colombia | Angela M. Bacca. Ana F. Uribe |
| Año | 2005 |
| Objetivo | El instrumento es utilizado para el tamizaje de depresión en adultos mayores de 65 años en adelante, consta en su versión original de 30 preguntas, sin embargo, la versión validada en Colombia consta de 15 ítems, la cual conserva la validez de la original. |
| Aplicación | Auto aplicada. |
| Categorías evaluadas | La herramienta evalúa con las quince preguntas el nivel o rango de depresión en la actualidad en el que se encuentre el entrevistado. |
| Interpretación | 0 a 4 puntos: se considera normal, sin síntomas depresivos. 5 a 8 puntos: indica la presencia de síntomas depresivos leves. 9 a 10 puntos: indica la presencia de síntomas depresivos moderados. 12 a 15 puntos: indica la presencia de síntomas depresivos graves. |

En conjunto, se realiza la aplicación de la Escala de actitudes disfuncionales de Weissman y Beck, evaluando siete tipos de creencias que pueden predisponer a una persona a padecer algún trastorno psicológico y el cuestionario de dependencia emocional CDE

Tabla 4. Ficha técnica CDE.

| | |
|-------------------------------|--|
| Nombre | Cuestionario de dependencia Emocional (CDE) |
| Autores | Lemos y Londoño |
| Año | 2006 |
| Adaptación en Colombia | Lemos y Londoño |
| Año | 2006 |

| | |
|-----------------------------|--|
| Objetivo | Analizar seis componentes, por medio de 23 ítems, con una escala de 1 a 6, un alto puntaje es considerado como patológico y ausencia de dependencia emocional. |
| Aplicación | Auto aplicada. |
| Categorías evaluadas | Mide la ansiedad por separación, expresión afectiva de la pareja, modificación de planes, miedo a la soledad, expresión límite y búsqueda de atención |
| Interpretación | 1= Completamente falso de mí. 2= El mayor parte falso de mí. 3= Ligeramente más verdadero que falso. 4= Moderadamente verdadero de mí. 5= El mayor parte verdadero de mí. 6= Me describe perfectamente. |

Tabla 5. Ficha técnica de Actitudes Disfuncionales

| Nombre | Escala de Actitudes Disfuncionales |
|-------------------------------|---|
| Autores | Beck, Rush, Shaw y Emery |
| Año | 1979. |
| Adaptación en Colombia | Ruiz et al |
| Año | 2015 |
| Objetivo | El test mide aquellas creencias y el grado de problemática de esta, evidenciado esto en los procesos de interacción, interpretación propia, comprensión de los sentimientos y/o emociones tanto propias como ajenas |
| Aplicación | Auto aplicada. |
| Categorías evaluadas | La herramienta evalúa siete creencias, las cuales son: aprobación, amor, ejecución, perfeccionismo, derecho sobre otros, omnipotencia y autonomía. |
| Interpretación | Totalmente en desacuerdo = 0 Moderadamente en desacuerdo = 1 Dudoso = 2 |

Moderadamente de acuerdo = 3

Completamente de acuerdo = 4

Proceso de intervención

Dicho proceso se llevará a cabo mediante fases, en este caso son cuatro en total las que se proponen para el desarrollo y ejecución de la investigación:

FASE 1: En esta fase se realizó un proceso de revisión documental e intervención directa con la paciente, donde se evidenció la necesidad de investigar el tema de violencia interfamiliar en la adulta mayor.

FASE 2: En esta fase se recolectó información primordial sobre el sujeto de estudio, además, de aplicar herramientas de recolección de datos, para identificar factores importantes del caso.

FASE 3: Con los datos encontrados se generó un proceso de intervención diseñado para el sujeto de caso.

FASE: En la fase final se realizará la socialización de los resultados y las conclusiones, presentando una propuesta de prevención.

Análisis de resultados Modelo de formulación clínica

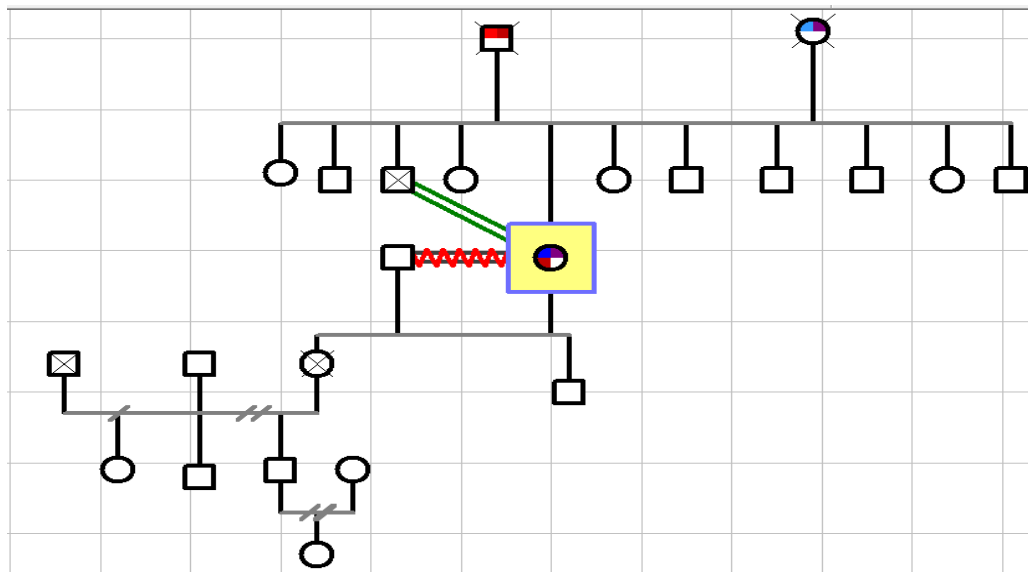
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD 68 años

ESTRATO 2

ESTUDIOS REALIZADOS: Primaria Secundaria ___ Universitario ___ - Otro ___ Cuál _____

GENOGRAMA



MOTIVO DE CONSULTA

“No quiero recaer, me da mucho miedo sentirme así de triste de angustiada como antes, porque antes todos los años sin falta me tenía que encerrar en el cuarto.”

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CASO CLÍNICO:

El primer paso incluye la descripción de la problemática del consultante, su historia y áreas de funcionamiento con base en la cual se plantearán las hipótesis de adquisición, predisposición y mantenimiento que guían el proceso de elaboración de juicios clínicos que permiten identificar la unidad de análisis.

| DESCRIPCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA | DESCRIPCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA IDENTIFICADAS | ESTADO ACTUAL – ANÁLISIS SINCRÓNICO | HISTORIA –ANÁLISIS DIACRÓNICO |
|--|--|---|---|
| <p>Consultante expresa temor por a perder el bienestar que ha podido mantener durante años anteriores. Sin embargo, por el momento no se logra evidenciar algún factor que predisponga o genere una recaída, debido a que actualmente tiene una red de apoyo estable, un ingreso económico y dice mantener una disciplina y compromiso en el proceso farmacológico en el que se encuentra desde hace años.</p> <p>Manifiesta que requiere de ayuda para controlar esos pensamientos catastróficos evitando así la temida recaída, buscando con esto un bienestar integral, debido a que está consciente que el proceso farmacológico ayuda en ciertos aspectos, necesita aprender a mantener la calma y disipar ideas o pensamientos intrusivos.</p> | <p>Cuando los pensamientos inundan la mente de la paciente relacionada con las experiencias de violencia y episodios depresivos, se evidencia preocupación y angustia, debido a estos pensamientos manifiesta sentir ansiedad, apareciendo así síntomas fisiológicos como hiperventilación, aceleración del ritmo cardíaco y psicológicas como labilidad afectiva.</p> | <p>El afecto ansioso que experimenta la consultante le impide estar tranquila en su vida cotidiana, debido a que los pensamientos evocan experiencias desagradables, generando con esto tendencia a retraerse y conductas evitativas, como retirarse cuando hablan de un tema incomodo, como violencia vivida o la muerte de su hija, generando conflictos con su pareja y nietos. Asimismo, la angustia y pensamientos sobre una posible recaída afectan en la alimentación o relacionarse por mucho tiempo con algún familiar. Debido a su consumo enumerado de medicamentos la paciente presenta ansiedad al pensar cuando será la próxima recaída, lo que genera sentimientos de angustia, pensamientos intrusivos e ideas disruptivas que no le permiten estar en calma.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Inicia con tener que laborar un cumplir “tarear” en la niñez para no ser castigada. (Fortalecimiento de creencias sobre la autoexigencia). 2. Visualiza agresiones verbales y físicas de parte del padre a la madre. (tendría entre 10 a 11 años, período de construcción de identidad). 3. Decide casarse a escondidas y escaparse de su casa a una temprana edad, dejando así sus estudios. (necesidad de afecto). 4. “Como no sabía antes y no había buenos métodos de planificación quede embarazada”. 5. Año 1990, presenta llanto fácil y extendido, miedo a salir de la casa, ansiedad, labilidad afectiva, (Posible depresión mayor). 6. En 1995 ejecuta su primer intento de suicidio, debido a los pensamientos de desesperanza y agobio. Es internada por primera vez en un hospital psiquiátrico. (Apoyo emocional y profesional). 7. En el 2012 se separa de su pareja debido a una infidelidad, en el mismo año su hija mayor fallece. (Fractura del núcleo familiar). 8. Es internada nuevamente e inicia proceso farmacológico con sertralina, quetiapina. 9. Comienza a trabajar como recicladora debido a que se sustenta sola, (sentimientos de soledad, vulnerabilidad y autosuficiencia). |

GRADO DE AFECTACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

Se trata de definir de manera clara, precisa y específica el grado de severidad de la problemática del/la consultante identificando la forma como los comportamientos problema afectan su funcionamiento en las diferentes áreas de su vida, así como la forma como esos comportamientos afectan a otras personas.

| Conducta problema (Nombre) | Áreas de funcionamiento afectado y gravedad | Afectación de otras personas |
|---|---|--|
| Conducta 1. Incapacidad de entablar relaciones interpersonales. | Área social, área personal y área familiar. | Familiares y pareja con quienes se relaciona. Hay dependencia emocional hacia su esposo por su carencia de habilidades sociales. |
| Conducta 3. Incumplimiento de responsabilidades laborales. | Área familiar, pérdida del vínculo y relaciones conflictivas, menciona que siente angustia al no cumplir y que pueda repetir los episodios de violencia de parte de su pareja al no finalizar tareas. | Esto afecta a su pareja, porque es con quien genera ingreso para vivienda y alimentación. |
| Conducta 3. Miedo a recaer | Área personal, refiere un constante miedo a presentar la sintomatología depresiva, por ende, rechaza cualquier relación o acercamiento con personas que puedan alterar su estado de ánimo. | Los seres cercanos, como lo son sus nietos y pareja, debido a que se preocupan por el bienestar de la consultante, debido a que perciben la angustia y ansiedad que la misma manifiesta. |

CONDICIONES BIOLÓGICAS DEL/LA CONSULTANTE: DESCRIBIR EL TIPO DE RELACION ENTRE LAS CONDICIONES Y LA CONDUCTA

Describe las condiciones biológicas de la persona, históricas y actuales, que se relacionan de alguna manera con el funcionamiento personal, social, académico, laboral, o sexual y con la problemática

| |
|---|
| Insomnio: Actualmente su patrón de sueño varía entre las 4 a 6 horas máximas, donde con anterioridad a los pensamientos, su ciclo de sueño duraba entre 8 a 10 horas. Menciona una pastilla de quetiapina 200 mg, en conjunto de 2 a 3 gotas de levomepromazina diarias. |
| Diabetes: Le restringieron alimentos y bebidas como la Coca cola, ningún dulce, café y chocolate. Actualmente su fórmula médica se compone de Metformina 850, carbedilol 12.5, atorvastatina 20 mg. |
| Tensión alta: Diagnosticada y medicada desde hace más de 20 años, toma una vez al día los siguientes medicamentos, carbedilol, ácido salicílico 100gr, atorvastatina 20 gr y furosemida 40 ml, teniendo sus cifras más altas entre 126/90 mmHg a 138/101 mmHg. Teniendo un control trimestral para el ajuste de medicación en conjunto con la diabetes. |
| Depresión: Diagnosticada desde hace más 10 años, inicialmente menciona que le recetaron clonazepam, sin embargo, los efectos secundarios le generaban malestar, actualmente toma una vez al día la Quetiapina 200g sertralina 50 g, levomepromazina 3 gotas y el ácido valproico 250 gr. |

CONTEXTOS DE FUNCIONAMIENTO

Por contexto de funcionamiento se entiende el conjunto de circunstancias de tiempo, lugar y personas que demandan de una persona comportamientos específicos. Se enumeran a continuación los contextos más comunes a la mayoría de las personas. Sin embargo, si el clínico identifica otros contextos debe incluirlos.

| DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO | COMPORTAMIENTOS QUE SE PRESENTAN |
|---------------------------------|---|
|---------------------------------|---|

| FAMILIAR | Familiar nuclear, sexta hija de doce hermanos. Formó familia nuclear, dos hijos de matrimonio, hija mayor falleció hace 10 años. | Paciente refiere que creció en una familiar nuclear, siendo la sexta de doce hermanos. Menciona que sus padres eran unidos, a pesar de la relación de violencia hacia la madre, agrega que la relación más íntima era con su hermano mayor Laureano, asimismo, en su adultez formó su familia igualmente nuclear, en la cual había dos hijos, una hija mayor quien falleció cuando la paciente tenía 58 años, y la hija 40, el segundo hijo del matrimonio. |
|-----------------|--|---|

| | | |
|----------------|--|---|
| ESCOLAR | <p>“Estudie en servicios comerciales, como en esos tiempos nos metían ya grandes, entré como a los nueve años a primaria, pero llegué hasta segundo bachillerato, me salí cuando tenía 17 años, porque me casé, así que como mis papás no me querían, nos escapamos por unos meses, a Bogotá y Piedecuesta, luego de eso volví, ellos me recibieron bien y forme mi familia”</p> | <p>La paciente manifiesta interés por la formación académica, lograba integrarse de manera óptima y cumplir de forma eficaz con las responsabilidades asignadas en el centro estudiantil. Abandona su formación académica por demandas económicas y de tareas del hogar, de la familia, debido a que al ser tantos miembros de la familia se necesitaba una mayor entrada económica para la manutención de los más pequeños y la progenitora iniciaba la sintomatología de Parkinson.</p> |
|----------------|--|---|

| | | |
|----------------|--|---|
| LABORAL | <p>“Trabajo con mi esposo, ayudo a espabilar que es ponerle el papel con pegante a la veladora, antes ayudaba a fundir, pero el calor me hacía mucho daño.... También trabaje como recicladora”.</p> <p>La paciente menciona alto interés en deberes laborales, se caracterizó por ser recursiva y aprender de forma rápida los oficios que en el trascurso del tiempo se le asignaban. Tiene amplia experiencia en la industria de velas y veladoras, en la cual estuvo inmersa durante su niñez, adolescencia y adultez debido a empresa familiar. Es responsable de los deberes del hogar y de ser necesario se adapta y aprende nuevos oficios. La paciente comenta que durante ocho años trabajo como recicladora y consigo logro subsistir sin el apoyo de su cónyuge.</p> | <p>Se evidencia comportamientos adecuados en su ambiente laboral, debido a que trabajó en su niñez procesos para un mismo fin (velas y veladoras), en su adultez pudo desarrollar tareas con eficacia. La interacción era buena debido a que trabaja con su pareja, se evidencian conflictos en su relato, como problemas relacionados con las diferentes adicciones de la pareja a lo largo de la relación, los cuales pudieron llegar a una solución, como lo es entrar en un proceso de rehabilitación en años anteriores,</p> |
|----------------|--|---|

RELACIÓN DE PAREJA

“Lo conocí cuando yo tenía 14 años en un baile, pero éramos conocidos, pero tres años después él volvió porque estaba prestando servicio no me acuerdo si en el ejército o policía, pero cuando volvió nos hicimos novios, pero tuvo un problema con mis papás, porque recibió algo de unos evangélicos, entonces lo sacaron a correr y no lo volvieron a dejar entrar, entonces nos casamos a escondidas, nos escapamos, nos fuimos a Bogotá, intentamos buscar trabajo, pero mi familia en Piedecuesta nos pidió que nos fuéramos para allá... cuando volvimos, nos recibieron normal, no dijeron nada, nos fuimos a vivir donde mi suegra... Nos separamos, porque se fue a vivir con una vieja, duró cinco años por fuera, se dio cuenta que no le sirvió vivir allá así que volvió, al principio no quería, pero me amenazó con vender la casa, así que hice un apartamento al lado, entonces él vivía en la casa y yo en el apartamentico... al principio peleábamos y hasta le tiré piedras a la puerta donde él vivía, porque no me quería dejar entrar, porque en esa parte estaba el lavadero y tenía mis medicamentos en la cocina, pero como que la rabia se me fue porque eso sí, no lo quería ni ver, luego comenzamos a trabajar de nuevo, se hizo cargo de mí. Después decidimos arrendar el apartamento así que yo dormía en el cuarto y él en el sofá, pero este año volvimos a dormir juntos porque el sofá y la sala se ocuparon así que dormimos en la misma cama, pero no tenemos relaciones ni intimidad”.

La paciente menciona que en la actualidad mantiene cercanía con su esposo; sin embargo, comenta con algo de nostalgia que aún se presentan problemas en la comunicación, haciendo referencia a gritos que recibía de parte de la pareja, comentarios que generaban en ella sentimientos de angustia al no cumplir las expectativas del conyugue, y abusos dentro del hogar relacionadas a la humillación y control económica. Asimismo, es refiere que su pareja mantiene comentarios donde constantemente la amenaza si ella se relaciona con otros hombres. “Él me dice que los mata y yo sé que lo haría” Dejando en evidencia que aún se siguen dejando pasar tipos de violencia en la relación, tales como la violencia económica, debido a que él es quien administra el dinero del hogar, la violencia psicológica y verbal con los comentarios dirigidos al trabajo y algunos casos a su aspecto y violencia físicos llegando al punto

| | | |
|------------------------------|---|---|
| | | de ser amenazando con empujarla o golpearla. |
| SOCIAL | “Cuando era pequeña pues jugaba con los de la cuadra y en el colegio, pero no era algo tan cercano, sino, nos reuníamos a jugar la lleva, la gallina ciega, en mi adolescencia tampoco tuve muchos amigos, y ya cuando me casé me centré en mi hogar. Nunca tuve un mejor amigo o amiga, pero no se me hace difícil hablar y saludar, pero algo muy superficial, como para ser amable”. | En la actualidad la paciente refiere no hacer parte de ningún grupo o mantener relación cercana con personas fuera del núcleo familiar. Comenta bajo interés y refiere que prefiere evitar problemas con su pareja. |
| RELIGIOSO/ESPI RITUAL | “Pues mi familia era católica y eso, pero nunca fuimos como tan entregados, íbamos a la iglesia, lo normal, soy muy agradecida con Dios, pero no soy de esas que rezan y rezan”. | La paciente se identifica como una mujer creyente y católica, sin embargo, no hace parte de ningún grupo religioso. Menciona su cercanía a los valores de la religión, mas no al templo cristiano. |

COMPETENCIAS

Una competencia es un conjunto de habilidades o destrezas que se ajustan (son efectivas) en relación con un criterio establecido. Una competencia incluye usualmente comportamientos de diferentes morfologías que son efectivos en cuanto se ajustan personal o socialmente. En este apartado también es importante identificar cuando las personas no son efectivas.

| TIPO DE COMPETENCIA | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------|--|
| PERCEPTO-MOTORAS | Adecuada capacidad motriz, sin limitaciones de movilidad, sin problemas visuales. |
| AFFECTIVAS/EMOCIONALES | Reconoce y comprende los sentimientos, pensamientos y valores de las personas que la rodean. Presenta habilidades de empatía, autoconciencia emocional y automotivación. |
| ACADÉMICAS | Estudios hasta séptimo grado. Facilidad de adquisición de conocimientos, mantiene interés en mantener cercanía con medios que informen y actualicen su conocimiento de entorno y realidad. |
| COGNOSCITIVAS/VERBALES | Lenguaje claro y fluido, tono de voz adecuado, buena comunicación y escucha activa, lógico, coherente, asertiva y receptiva, uso de palabras adecuadas en la expresión de la sintomatología, no se evidencia labilidad afectiva. |

| | |
|---------------------------|---|
| INTERACCIÓN SOCIAL | Comprensiva, empática, dificultad para entablar relaciones interpersonales trascendentes, sin embargo, no se evidencia dificultad para la interacción social superficial, refiere no sentir incomodidad en los entornos sociales. |
| AUTO-CONTROL | Se regula emocionalmente al vivenciar una situación que puede generarle estrés o ansiedad de manera social, sin embargo, menciona que al encontrarse sola los sentimientos fluyen y la inundan, evita conflictos usando la comunicación asertiva. |
| SEXUAL | Refiere no tener relaciones sexuales con su pareja desde la separación, no siente interés en satisfacer ese ámbito de su vida. |
| SALUD-ENFERMEDAD | Tensión alta, toma medicamentos para el control de la misma. Diabetes, no diagnosticada, sin embargo, el medicamento es preventivo debido a los antecedentes familiar y la falta de autocuidado que la misma tiene al consumir alimentos prohibidos. Dx psiquiátricos, toma medicamentos para la regulación de neurotransmisores, para la conciliación del sueño. |

COMPETECIAS DE AUTOCONOCIMIENTO

| | DESCRIPCIÓN HECHA POR EL CONSULTANTE | VALORACIÓN DEL TERAPEUTA (Aquí el profesional debe señalar las relaciones que establece entre el reporte del consultante y lo que observa) |
|------------------------|--|--|
| AUTODESCRIPCIÓN | <p>“Soy inteligente, trabajadora, me considero una persona muy comprensiva”.</p> <p>Se percibe de forma positiva, resalta habilidades y aptitudes, se visualiza como alguien capaz y bonito.</p> | <p>Se evidencia en la paciente capacidad de describir correctamente su aspecto físico, moral, e intereses particulares. Valora correctamente su rol dentro del contexto y con facilidad reconoce sus habilidades, defectos y aptitudes, sin embargo, se denota una percepción distorsionada acerca de las experiencias vividas, minimizando el impacto que estas han tenido en su vida, se evidencian conductas relacionadas con la dependencia emocional hacia su pareja.</p> |
| AUTOEVALUACIÓN | <p>“Si me pusiera una calificación, del uno al diez, me pondría un diez.</p> | <p>La paciente realiza con facilidad una recopilación de aspectos importantes que la caracterizan;</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | Confía plenamente en su proceso y en su búsqueda de paz, asimismo es responsable en sus propias acciones para mantener la estabilidad. | reconoce con rapidez su valentía, valores y principios con conforman el ser humano que es hoy. Menciona con seguridad un puntaje sobresaliente y lo justifica de forma concreta y lógica. |
| EXPLICACIÓN DEL PROPIO COMPORTAMIENTO | La consultante considera que su forma de ser está relacionada con la crianza y eventos vividos en su infancia, además de las experiencias con su esposo. | Se observa la influencia que tuvo la dinámica de pareja en sus padres en la búsqueda de pareja y su forma de pensar y actuar dentro de las relaciones afectivas. Al tener como única referencia y al decidir formar y mantener una única pareja tan joven, no tuvo otros puntos de referencia sobre relaciones hasta después de la adultez, asimismo, al trabajar en una única labor la cual es de velas y veladoras, predispone y mantiene esa relación afectivo-laboral con su pareja, la cual, trabaja en lo mismo. |

RECURSOS FACILITADORES DEL PROCESO TERAPEUTICO

Paciente demuestra una actitud resiliente, es consciente de su proceso psiquiátrico, así como de su diagnóstico, asimismo, otros recursos facilitadores son los seres cercanos que le demuestran la importancia del mantenimiento y búsqueda del bienestar.

FORMULACION DE HIPOTESIS

Se plantean las hipótesis que se han desarrollado hasta el momento con respecto a las relaciones consideradas entre los distintos problemas, las posibles causas, los datos encontrados que comprueban aprueban o falsean las hipótesis, la literatura científica al respecto y demás fuentes de hipótesis y/o verificación de las mismas.

| UNIDAD DE ANÁLISIS | HIPÓTESIS | JUSTIFICACIÓN Y SOPORTE DE LAS HIPÓTESIS |
|--|--|---|
| Miedo constante a ser víctima de violencia de parte de su pareja al no cumplir con las labores del hogar y el trabajo. | Hipótesis de predisposición: Se identifica en la paciente una serie de factores ligados a su historia de vida y desarrollo del área familiar y social; asimismo, se expone distorsión en la percepción de los roles familiares, integrando juicios permisivos de violencia | Con base a la información recolectada se aplican una serie de instrumentos que brindan soporte a la investigación, evaluando los acontecimientos evidenciados por diversos métodos y determinando con coincidencia y relación con la investigación. De este modo, se expone una aproximación multimodo en diferentes contextos, dando |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Necesidad de controlar y mantener una imagen de bienestar que genera problemas en relacionarse con sus familiares, por las conductas evitativas que este control genera.</p> <p>Dependencia y falta de autonomía, que se refuerza con los pensamientos intrusivos que le hacen evocar esos momentos depresivos y de crisis.</p> | <p>física y psicológica. Se evidencia en la paciente factores ligados a la codependencia, sumisión y servilismo. La mujer que no ha sido validada por su padre seguramente será una persona codependiente, que se siente incapaz de enfrentar el mundo y sus conflictos por lo que siempre terminará recurriendo a alguien o sintiendo la necesidad de estar con alguien (Stamateas, 2011)</p> <p>Hipótesis de adquisición: Facilitando el establecimiento de conductas problemas en la paciente se identifica afectación en su desarrollo afectivo y social. Se expone que la paciente al ubicarse en el trascurso de su vida dentro de un entorno violento, normalizo y adopto una serie de conductas que la ligaron al ciclo de violencia intrafamiliar. De esta forma, asocia a la paciente con el ciclo de violencia y el desarrollo de comportamientos ligados a la resignación y adaptabilidad del medio. Para Tello, (2015), la persona que genera dependencia emocional demuestra un patrón de pensar, sentir y actuar más o menos estable en su constitución, denota comportamiento de sumisión y subordinación a la pareja, necesidad de acceso a la misma, miedo a que la relación se termine.</p> <p>Hipótesis de mantenimiento: Haciendo referencia al planteamiento que establece la relación entre el comportamiento problema de la paciente y de los factores contextuales actuales que lo controlan, se identifica mediante la aplicación de un instrumento enfocado a la evaluación de tipo de creencias, que la paciente presenta conductas basadas en comportamientos ególatras que incluyen creencias de derechos sobre otros e incorporan pensamientos donde se establecen sentimientos inmodificables y completamente ligados a su interpretación sin tener en cuenta un correcto análisis de cada situación. La persona creará de manera egocéntrica (centrada en si misma) que tiene unos derechos que los otros deben corresponder, olvidándose de los propios derechos y deseos de los demás que no tienen por qué coincidir con los</p> | <p>lugar a la interacción y aplicación de herramientas que brindan valides y soporte a las hipótesis de este caso.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, en base al historial clínico y al desarrollo de las intervenciones con la paciente se realizó la aplicación de instrumentos relacionados a la evaluación de tendencias de comportamientos y escala de actitudes; tales como: formato de historia clínica, CEPER III, Escala de actitudes disfuncionales de Weissman y Beck, Escala de depresión geriátrica de Yesavage y el cuestionario de dependencia emocional; las cuales, se interrelacionaron para arrojar una serie de hipótesis exploradas y validadas que exponen la amplia afectación que ha tenido la paciente tras ser víctima y haber crecido en un ambiente compuesto por conductas de violencia intrafamiliar.</p> <p>De este modo, se brinda soporte específico a cada hipótesis con la aplicación de una herramienta que valide la evidencia planteada. Se expone en la hipótesis de predisposición el abordaje e intervención directa realizada a la paciente, mediante la estructuración del formato de hoja de vida y la aplicación del cuestionario exploratorio de personalidad (CEPER III) donde fue demostrado alto percentil en características: dependiente, depresivo, evitativo y obsesivo compulsivo de la personalidad de la paciente.</p> <p>En relación a la hipótesis de adquisición, fue propuesta la aplicación del cuestionario de dependencia emocional CDE, corroborando que la paciente presente un cuadro significativamente alto de dependencia emocional; arrojando como resultado del instrumento un percentil superior a 85.8 correspondiente a un nivel alto de dependencia emocional.</p> <p>Ahora bien, en dirección al soporte de la hipótesis de mantenimiento se realiza la aplicación de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage y la Escala de actitudes disfuncionales de Weissman y Beck, en búsqueda de validez para explicación de los constantes comportamientos problema de la paciente; siendo estos instrumentos clave para la resolución de varios enigmas. Se encuentra en el análisis de resultados de la escala de actitudes disfuncionales, mayor puntaje en creencias de derechos sobre otros, autonomía y omnipresencia; y en relación a los resultados de la escala de depresión, con un puntaje</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| | personales. Sera fácil presa de la ira. (Beck 1978) | de 9 puntos, se expone la presencia de síntomas depresivos moderados; de esta forma, se evidencia que la paciente adopto y normalizo las conductas problema que amenazan diariamente su bienestar y calidad de vida. |
|--|---|--|

HIPOTESIS EXPLICATIVA

Mujer de 68 años de edad, actualmente labora en conjunto con su esposo en la elaboración, producción y venta de velas y veladoras, presenta miedo y angustia por repetir los episodios depresivos que hace más de 10 años no reaparecen, ha aumentado la ansiedad por miedo a que el tratamiento farmacológico en algún momento sea insuficiente para el mantenimiento del bienestar que despliegue así con esto conductas violentas de parte de su pareja, las cuales ella asume que son debido al incumplimiento en sus labores del hogar y trabajo, generando con esto más temor a la recaída y aparición de sintomatología que le impida continuar con su cotidianidad.

Se evidencia en la paciente una serie de factores que predisponen, facilitan la adquisición y mantienen el ciclo de violencia, arrojando consigo una serie de comportamientos que limitan el correcto funcionamiento de sus áreas de desarrollo humano y evidencia la afectación en las mismas. Desde temprana edad, se identifica un modelo de crianza autoritario y violento, de esta forma, desde el modelo explicativo del aprendizaje social de Bandura (1973) sobre la violencia intrafamiliar podríamos decir que esta estaría asociada a la explicación del comportamiento violento que se aprende y mantiene por medio de experiencias ambientales, de manera directa o vicaria; en contraste, el aprendizaje de la agresión es controlado por experiencias de reforzamiento y castigo como el aprendizaje de cualquier otra conducta, es decir, que los niños y las niñas aprenden de los adultos y de sus pares a través de dos fenómenos básicos en su teoría: la observación y la imitación.

Asimismo, en base el contacto directo y concreto que se realizó con la paciente en los diferentes encuentros, se identificó el desarrollo o evolución del problema, exponiendo los factores que ligaron al mantenimiento del ciclo de violencia, mediante la aplicación de una serie de instrumentos que daban lugar al abordaje clínico, de este modo, se aplicó el instrumento CEPER III, la Escala de actitudes disfuncionales de Weissman y Beck, la Escala de Depresión geriátrica de Yesavege y el Cuestionario de dependencia emocional CDE, donde se evidencio de forma concreta la presencia de factores ligados a la dependencia emocional, control sobre otros, conductas egocéntricas y omnipotencia. Debido a esto, es importante mencionar que los casos donde la violencia ha sido marcada, se ha evidenciado que las secuelas se siguen presentando a lo largo de la vida, donde de víctimas han pasado posteriormente a ser agresores, determinando los contextos mediante relaciones abusivas y justificaciones equivocadas por parte de los padres; aumentando las condiciones de riesgo y de tendencia a la acción con daño, siendo estas variables relevantes a la hora de analizar las conductas agresivas que minimizan la autonomía y desencadenan sentimientos de frustración y baja autoestima (Arnosó, 2021).

Considerando lo anterior, se expone que la paciente presenta total resignación a su situación actual, denotando baja capacidad de conciencia frente a los eventos ligados a la violencia intrafamiliar que actualmente la rodean; su situación actual es amenazada por factores que atribuyen a la normalización de conductas provenientes por su cónyuge y a la no erradicación de las mismas. En base a lo anterior, se tiene gracias a la indagación que la paciente presenta predisposición a trastornos mentales relacionados con el estado de ánimo, bajos niveles de autoestima, sentimientos de vulnerabilidad y comportamientos ligados a la ejecución de violencia.

PLAN DE INTERVENCION

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES |
|--|--|
| <p>1. Reducir el malestar emocional por situaciones en las cuales no se tenga control.</p> <p>Indicador: Niveles de ansiedad y conductas evitativas.</p> <p>2. Fortalecer autoesquemas que mejoren procesos de autonomía y toma de decisiones.</p> <p>Indicador: Número de decisiones que la consultante tome de manera personal sin necesidad de obtener opinión de terceros.</p> <p>3. Continuar con el proceso psicológico que acompañe al tratamiento farmacológico.</p> <p>Indicador: Expresión de pensamientos e ideas, en el proceso terapéutico que va de la mano con el farmacológico.</p> | <p>Terapia Dialéctico Conductual: Aceptación del paciente sobre la condición, además de fomentar voluntad de cambio de conductas, asimismo, orientar a la consultante en la búsqueda de resolución de problemas y una adecuada adaptación a experiencias y situaciones. La TDC, permite ayudar al sujeto a desarrollar la autoestima, los autoesquemas, reducir los pensamientos autolesivos.</p> <p>Biblioterapia: Selección de textos o documentos que faciliten comprensión del consultante y faciliten la asimilación de términos y contextos del tema abordado en la consulta (Cobos y Gavino, 1997).</p> <p>Técnica de solución de problemas: se busca que la consultante incremente las opciones de respuesta ante una situación. (Rodríguez-Naranjo y Gavino, 1997).</p> <p>Orientación: se utilizará en cada sesión para incrementar reconocimiento de situaciones que refuerzan comportamientos negativos.</p> |

Discusión

El formato de historia clínica biomédica permite la exploración y recolección de datos de manera específica, dentro de la información obtenida con la herramienta mencionada, dejan como evidencia los datos sociodemográficos de la paciente, el estado psicológico y físico de la misma. El formato con el genograma permite ampliar y conocer información pertinente sobre antecedentes del núcleo familiar y de la paciente.

En cuanto a la información obtenida en conjunto con la formulación de caso se evidencia que la paciente en su niñez tuvo que trabajar en la fábrica de velas de la familia y cumplir tareas en el hogar, que forjó conductas que influyeron en el fortalecimiento de creencias sobre la autoexigencia, generando con esto ideas intrusivas sobre el factor económico.

Con base a lo anterior es importante tener en cuenta que la familia cumple tres funciones básicas, económica, biosocial y cultural-espiritual, en relación con la segunda función, cabe mencionar que influyen en la búsqueda, obtención y forma de distribuir ingresos monetarios, (Cuevas, 2000). La consultante mantiene la forma de generar ingresos la cual fue implementada en su crianza, asimismo, el mantenimiento del vínculo con el conyugue, debido a que la pareja ha trabajado durante toda la relación y vida la adulta mayor fabricando el mismo tipo de producto.

Al transcurrir los años, la paciente manifiesta sentimientos de soledad, al ser una gran familia, ambos padres trabajan diariamente, la atención hacía ella era muy mínima, a consecuencia de esto puede generar privaciones, ya sean afectivas, físicas y/o cognitivas, no basta con la presencia física, debido a que la consultante veía diariamente a los padres, sin embargo, en un ámbito laboral, la falta de afecto, amor o vínculo emocional influencia en como la consultante percibe el amor desde el núcleo familiar (Castro, 2022). Esta ausencia paternal puede ser la respuesta ante la búsqueda de afecto y priorización en su adolescencia, decide entablar una relación

con su actual pareja, en la cual se evidencia ausencia de dialogo y resolución de conflictos, que fueron el inicio a diferentes tipos de violencias, como son las agresiones verbales, el control económico y maltrato físico, tanto como a la mujer como a los hijos de la pareja, cabe resaltar que es la dinámica que la paciente pudo evidenciar de parte de la relación de los progenitores en su desarrollo personal, específicamente en su infancia.

Agregando que, la violencia inició desde el ámbito verbal, que se basaba en gritos, sarcasmos e ironías, produce un daño psicológico, forzando el mantenimiento de una personalidad pasiva. La violencia verbal hace referencia que el uso de expresiones agresivas, insultos, que generó una disminución tanto en la autoestima y en los autoesquemas, que dieron paso a conductas que mantuvieron la violencia ejercida, dando paso a otros tipos de violencia, al disminuir la propia autonomía y percepción de la misma, (labrador, 2004). La pareja pudo ejercer más control y poder sobre la adulta mayor en las primeras décadas de la relación, debido a que la paciente, al sentirse incapaz en muchos aspectos en ese primer escalafón de violencia que relata que sufrió, fue incapaz de apartarse o terminar la relación, por lo cual, permitió que el control aumentara.

La pareja al tener un negocio independiente no solo mantenía una relación afectiva sino, una laboral, el control abarcaba la mayoría de los aspectos biopsicosociales de la mujer, agregando que, debido a las creencias que mantenía de la infancia sobre la jerarquía familiar, la consultante permitía que fuese el hombre quien se encargara de la administración del dinero, generando con esto una violencia económica, la pérdida de autonomía en cuestión a gastos o compras personales, manifiesta la entrevistada que sentía que le debía pedir permiso a su pareja o dinero para satisfacer una necesidad básica, desde el jabón hasta pasta de dientes, ya sea para sí misma o los hijos.

Contradiciendo a aquellas teorías exponen que es poco probable que exista una violencia económica si la pareja emprende y mantienen un patrimonio unido, debido a que este tipo de

proyectos es por un esfuerzo mutuo. Según Rueda 2019, el crecimiento laboral y personal conjunta, maximiza el bienestar económico de la pareja, por ende, se toma en cuenta la aplicación del Cuestionario de Estilos de Personalidad, para lograr identificar aquellos patrones de personalidad marcados en la consultante, que pudieron influenciar en la predisposición de una relación violenta, demostrando con esta escala un estilo de personalidad dependiente (72), depresivo (71), evitativo (62), y obsesivo compulsivo (65).

Los anteriores resultados dan a entender que los primeros son estilos de personalidad y los siguientes se pueden clasificar como características de personalidad acentuadas, que no solo se evidencian en el relato e información obtenida con las herramientas cualitativas, sino confirman esos patrones conductuales que influyen en la adquisición y mantenimiento de este tipo de relaciones fundadas en la violencia, tales como es la falta de autonomía, constantes sentimientos de tristeza, conductas evitativas y la necesidad de control irracional.

Con lo anterior, es importante mencionar que existe una investigación realizada a un grupo de pacientes femeninas del Hospital Policlínico Arce ISSS, entre el año 2013 al 2015, que permitió identificar que las mujeres con un estilo de personalidad dependiente, en relación con los demás estilos, son más propensas a entablar una relación con personas violentas, la violencia más común es física, en un nivel moderado, seguida de la violencia económica y la verbal, además, los objetos de estudio solo tenían un nivel de educación básica, el estrato poblacional variaba entre el 1 y 2, aspectos que encajan plenamente con el perfil de la paciente y da claridad sobre la predisposición de una relación marital violenta.

En la recolección de datos cualitativos se encontró que el conyugue al tener el poder económico y la economía del hogar, dio paso a que este continuara con comportamientos abusivos, según el relato de la consultante, en ese momento, la pareja aumentó la cantidad de consumo de

sustancias psicoactivas, que influían en la dinámica familiar, violentando bajo los efectos de las mismas a la consultante e hijos, generando con esto el desplazamiento de los miembros fuera de su hogar.

Por otro lado, la violencia física inició después de que la consultante intentara defender la integridad de sus hijos, demostrando así la repetición del ciclo que vivenció en su infancia, en la cual sus hermanos en conjunto con ella debían visualizar los actos violentos y maltratos que recibía la progenitora de parte del padre. La paciente al no tener conocimiento sobre otro tipo de relación sentimental, normaliza estos comportamientos recibidos, pensando así, que es el tipo de conductas y situaciones que suelen suceder en un matrimonio.

La probabilidad de ser testigo de violencia durante la niñez, esto es con base en el módulo sobre violencia doméstica, realizado por las Encuestas Demográficas y de Salud, se estima que una mujer adulta es más propensa a experimentar violencia física si evidenciaron violencia en contra de la figura materna, (BID, 2021).

Se debe tener en cuenta que en los años que sucedieron estos eventos rodaban entre los 70 y 80's, teniendo esto como referencia la influencia cultural y las pautas de crianza que se profesaban en ese tiempo, se puede decir que la familia le orientó a mantener una actitud sumisa, obediente al hombre, al recibir algún tipo de maltrato habría que minimizarlo porque lo importante era mantener la relación y la familia unida. Walker 2012 menciona que a las mujeres se les impone un estereotipo comportamental que influye en el mantenimiento de personalidad pasiva, hecho que se ve muy reflejado en la información obtenida por las herramientas de recolección usadas en el presente estudio de caso.

Con la escala de Actitudes Disfuncionales, el cual es un instrumento que evalúa siete tipos de creencias, si los resultados arrojan un puntaje sobre 15, puede considerarse como una idea

errónea sobre los diferentes temas que aborda la presente prueba, la consultante obtuvo un siete (7) en su creencia de aprobación, el cual está dentro de los parámetros de la normalidad; en amor obtuvo un puntaje de diez (10), sobrepasando a la mediana del puntaje, lo que manifiesta una leve problemática en la dependencia y baja autoestima; en ejecución se mantuvo dentro de los niveles de normalidad, manifestando aceptación del fracaso, una adecuada limitación entre las actividades y el ocio, en la cuarta creencia que es el perfeccionismo arrojó un puntaje de once (11), con lo que se evidencia un nivel dentro de los parámetros de la normalidad, adecuada flexibilidad, pertinente limitación laboral y personal y buena autoevaluación.

Además, en derecho sobre otros obtuvo diecisiete (17) puntos, lo cual quiere decir que la persona presenta altos niveles de egocentrismo, problemas de ira, vulneración de los derechos de otros; esto se manifiesta conductualmente en aquellas situaciones donde la paciente al tener poco control emocional, vulnera y sobrepasa el límite en otros, al tener tan normalizado el patrón de violencia en el hogar, es ajena a que la respuesta conductual y verbal que resulta en situaciones desagradables para ella.

En omnipotencia tuvo un puntaje de trece (13), denotando con esto, un alto puntaje sin sobrepasar la normalidad, la creencia sobre la dependencia que tienen los demás sobre la persona, leve anulación de la opinión de los demás y por último, la creencia de la autonomía, la consultante obtuvo un puntaje de catorce (14), en autonomía, en el cual, aunque no sobrepase al puntaje que delimita los parámetros de problemática, que evidencia poca comprensión de sentimientos o emociones propio y/o ajenos, además de poco control emocional.

Por otro lado, la aplicación del Cuestionario de Dependencia emocional (CDE), tiene como fin evaluar seis componentes y por su preferencia de aplicación clínica e investigación en adultos, el sujeto en este caso obtuvo un alto nivel de dependencia emocional con 86 puntos, confirmando

con este instrumento los niveles con relación con el CEPER III, donde evidencia y se confirma esos patrones conductuales y de personalidad dependiente, que mantienen comportamientos que influenciaron en el mantenimiento del vínculo con el conyugue, aunque en este hayan existido episodios de violencia tanto física, como verbal y la respuesta de la ausencia de autonomía y búsqueda de aprobación.

Debido a esto, la mujer decidió mantener una relación sentimental con la esperanza que esas conductas violentas no volvieran a repetirse, sin embargo, el ciclo de violencia continuaba, el mantenimiento de la relación más allá del posible amor romántico que una vez pudo existir, se evidencia que la dependencia emocional, económica y el miedo debido a que en la época no era habitual el divorcio o rupturas, o ser juzgada por los seres cercanos y no ser apoyada en la decisión.

Por ende, la presión, el maltrato, el miedo fueron predisponentes para intentar acabar con su vida en el año de 1995, debido a la presión en el hogar, la falta de red de apoyo, los sentimientos constantes de soledad, la baja autoestima y el miedo de ser insuficiente para la pareja y que este respondiese de manera violenta como en ocasiones anteriores ha sucedido, en el mismo año en el cual fue internada por primera vez en un hospital psiquiátrico para tratar, de manera breve, estos episodios depresivos y autolesivos que comenzaban a presentar la entrevistada, manifiesta que la violencia económica, psicológica y física que recibía de parte del conyugue disminuyeron de manera drástica, denotando comportamientos comprensivos y guiados en busca del bienestar de la misma.

No obstante, la consultante menciona que hubo una ruptura en la relación, en un lapso de siete años, la pareja se fue del hogar con otra persona, en la cual, la entrevistada tuvo que ser su propia proveedora, pasar el duelo de la pérdida de su hija sola, ser ella quien debía velar por sí misma, hechos que produjeron un reingreso a un hospital psiquiátrico, esta vez inicia un proceso

farmacológico que ayude de manera orgánica esos pensamientos y cuadros depresivos que en el momento estaba retomando la entrevistada.

Sin embargo, la mujer decide permitir que su conyugue vuelva a convivir con ella, en su momento de vulnerabilidad al no encontrarse en condiciones ni físicas ni mentales para mantenerse ni proveer de ella misma, decide centrarse en su proceso de mejoría y en el duelo postergado de su hija, a pesar de la decisión de retomar la convivencia no retoman la relación afectiva ni la actividad sexual, deciden solo cumplir roles y actividades del hogar y del trabajo, esto con el fin y el conocimiento de no recaer ni a los cuadros depresivos ni a las conductas violencias que el conyugue ejercía en ella.

Para identificar el grado de depresión que actualmente está presentando la entrevistada, teniendo en cuenta los antecedentes, las pautas de crianza y el estado ansioso, así como también el motivo de consulta diligenciado tanto en el formato de historia clínica y la formulación de caso clínica, se utilizó la escala geriátrica de Yesavage, el cual se utiliza en personas mayores, así se identifica de manera cuantitativa los niveles de depresión, los resultados arrojaron una puntuación de 9 puntos, que indican la presencia de síntomas depresivos moderados, en conjunto con la información obtenida con las otras herramientas permite ver que si es un resultado adecuado con el discurso y las competencias identificadas en la entrevistada.

Es importante recalcar que la adulta mayor mantuvo la tranquilidad dentro del hogar, ignorando la violencia ejercida de parte del conyugue, buscando mantener una familia unida y un bienestar para los dos hijos que el matrimonio tuvo, asimismo se halló que los hijos tuvieron que intervenir para evitar que la pareja ejerciera una mayor y constante violencia en esas situaciones donde el hombre estaba bajo la influencia de diferentes tipos de sustancias, las cuales en su adultez los mimos hijos replicaron. A consecuencia de esto, la consultante, presenta distorsión en lo que

respecta la conceptualización de lo que es una relación sana, aún después de aceptar y relatar la violencia, normalizando la experiencia violenta recibida y negando los rasgos de personalidad acentuados que se fundaron desde el hogar.

Conclusiones

Dando alcance al objetivo general de este proyecto que es identificar los factores predominantes, de adquisición y mantenimiento en una adulta mayor víctima de violencia intrafamiliar a través de la formulación de caso clínico, se realiza la investigación desde el área de la psicología, analizando la experiencia de mujer expuesta en el estudio de caso y evidenciando las diferentes afectaciones que el tema en cuestión acarrea en las distintas áreas de desarrollo humano de la mujer adulta mayor.

En primera medida, es importante tener en cuenta que la finalidad de este estudio de caso esta direccionada a responder la totalidad de los objetivos planteados, dar abordaje al planteamiento del problema y respuesta a la formulación del proyecto de investigación; de este modo, se hace uso de una metodología que permitió recolectar información cualitativa y cuantitativa, conociendo las razones de la forma de actuar en lo cotidiano o en medio de un suceso irrumpe que predisponga una conducta anormal de la paciente; y en base a esto, se realiza la aplicación de una serie de herramientas de contacto directo y concreto con la mujer adulta mayor involucrada, como el consentimiento informado, la historia clínica y la formulación de caso clínico.

Asimismo, se llevó a cabo la implementación de instrumentos cuantitativos tales como, la escala de actitudes disfuncionales de Weissman y Beck, el cuestionario de personalidad (CEPER III) y la escala de depresión geriátrica de Yesavage y el cuestionario de dependencia emocional

(CDE), con la finalidad de confirmar diferentes hipótesis que surgieron en el transcurso del proceso investigativo, brindando dirección y soporte a los relatos y permitiendo la interpretación, análisis y construcción del plan de intervención.

Es importante mencionar que todos y cada uno de los instrumentos implementados para la construcción de este estudio de caso, fueron herramientas anteriormente validadas por profesionales del área de psicología clínica en Colombia.

Por consiguiente, en este proyecto de investigación se analizaron las diferentes áreas que enmarcan el desarrollo humano en la paciente, identificando consigo la directa afectación que han tenido los episodios de violencia intrafamiliar en el transcurso de toda su vida, exaltando problemáticas que integran directamente el bienestar de la mujer adulta mayor y haciendo mención al alto impacto en el área personal, física, emocional y social, donde se describen una serie de sucesos que se relacionan al contexto socioeconómico, cultural y familiar presenciado desde temprana edad y relacionando consigo el bajo desarrollo de estrategias de afrontamiento y habilidades que permitiesen el abandono de conductas ligadas al mantenimiento de violencia intrafamiliar.

De este modo, se conocieron las diferentes dimensiones y/o elementos que mantienen el ciclo de violencia en la experiencia de una mujer adulta mayor, enmarcando la presencia de apego y dependencia emocional evidenciados por medio de comportamientos relatados de sumisión, temor y desesperanza; A su vez, en el transcurso de la investigación se hacen presentes múltiples conductas alarmantes relacionadas con cambios en el estado de ánimo, acarreado consigo la intervención psiquiátrica en la paciente y el diagnóstico clínico del trastorno depresivo mayor y el trastorno afectivo bipolar; siento estos completamente relacionados a los sucesos repetitivos e intensos de violencia intrafamiliar padecidos por la paciente del presente caso.

Se evidencia en la entrevistada total resignación a su situación actual como víctima de violencia intrafamiliar, siento inexistente la toma de conciencia de la vivencia como aprendizaje vital y acarreando consigo total pérdida de oportunidad para la erradicación de conductas provenientes de su cónyuge hacia su integridad física, psicológica y social; De este modo, se expone en la investigación que la violencia intrafamiliar contribuye y afecta en gran escala a los niveles bajos de autoestima, sentimientos de vulnerabilidad y predisposición a trastornos mentales relacionado al estado de ánimo.

En conclusión, al relacionar los factores con el tipo de violencia junto con los instrumentos empleados para la recolección de información y el cumplimiento de los objetivos propuestos en el presente proyecto de investigación, se presenta la resolución al planteamiento del problema mediante herramientas que permitieron brindar veracidad al estudio de caso, y asimismo, se expone la creación de un plan de intervención coherente con las conductas problema identificadas en la formulación de caso y la importancia de abordar la temática de violencia intrafamiliar en la población de mujer adulta mayor, brindando acompañamiento, estudio e intervención con el fin de erradicar factores ligados a cultura y desinformación que predispongan a la población en cuestión a ser víctimas de este tipo de violencia.

Recomendaciones

Con base los resultados obtenidos en este proyecto se espera que la información obtenida sirva de base para temas de investigación relacionados con violencia intrafamiliar en la mujer adulta mayor; de este modo, contribuir a proyectos que aborden la violencia tanto a nivel individual como en poblaciones amplias, así como en el estudio de los factores que la precipitan, condicionan y mantienen.

Asimismo, se evidencia el aporte significativo de evaluar el impacto de violencia intrafamiliar en la mujer adulta mayor en relación al mejor desarrollo y desenvolvimiento de los psicólogos en formación dentro de su proceso investigativo; teniendo en cuenta las cifras de violencia intrafamiliar y la problemática psicológica, social, cultural y clínica que representa en nuestro país.

Se sugiere que el tiempo estimado para el proceso de investigación de este tipo de estudio de caso sobrepase la duración de un semestre académico, con la finalidad de elaborar un mayor abordaje a la temática de violencia intrafamiliar en la mujer adulta mayor y logrando consigo un desarrollo eficaz en relación al análisis de los fenómenos de violencia que se acarrearán en el desarrollo vital de una mujer y elaborando consigo la implementación de estrategias que contribuyan a la disminución de este tipo de violencia.

De igual importancia, se expone que la violencia intrafamiliar es un problema de salud pública, haciendo necesaria la constante intervención por las instituciones de educación superior para continuar fortaleciendo y velando por la mayor visibilidad, estudio, y futura erradicación del mantenimiento de factores que predispongan la violencia intrafamiliar en la mujer adulta mayor. Por último, se hace necesario incentivar a las futuras generaciones en el estudio de la presente temática, logrando mayor impacto, sensibilización y protección de los derechos y bienestar de la mujer adulta mayor en Colombia.

Referencias bibliográficas

- Andrade L, et al. (2003) The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*.
- ARCHER, DANE & ROSEHARY GARTNER. 1975. Violent acts and violent times: a comparative approach to postwar homicide rates. Paper read at the 1975 annual meeting of the Eastern Sociological Society.
- Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. (2002). Recommendation 1582 on Domestic Violence against Women.
- Banco Mundial. (1993). *World Development Report: Investing in Health*. New York, Oxford University Press.
- Bosch, E y Ferrer, V. (2000) La violencia de género: De cuestión privada a problema social. *Revista Intervención Psicosocial*. Vol 9, Nº 1
- Brown, JD, Dutton, KA y Cook, KE (2001). De arriba hacia abajo: Autoestima y autoevaluación. *Cognición y Emoción*, 15.
- Castellanos Ruiz, J. (2016). "Concepto de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado en el hospital geriatrico" "San Isidro" de Manizales".
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Ibergaray Pérez, M., & Rocha Zúñiga, M. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia Psicológica*, 28(1), 127–134. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082010000100012>
- DEEKE, L. P. et al. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 248-258, 2009

- Ferré Grau, C. (2008). Dimensiones del cuidado familiar en la depresión: Un estudio etnográfico. *Index de Enfermería*, 17(3), 178–182. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962008000300006>
- Forenses I. N. (2010) *Forensis Mujeres, datos para la vida*. Primera edición. Grupo de Apoyo Editorial INMLCF.
- García-Mejía, N. A. (2020). Indefinición del Concepto de Adulto Mayor Laboralmente Activo en Colombia. *Saberes*, 13(2), 63–67. <https://doi.org/10.25213/1794-4384/1302.0008>
- Gracia I., J. (2012). *El maltrato Familiar hacia las Personas Mayores-Análisis Sociojurídico*. Primera edición. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Hernández, O. M. (2007). Depresión en el adulto mayor. *Revista médica electrónica*, 29(5), 514–525. <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/444>
- J. Cooper (Eds.), *Manual de Sage de psicología social* (págs. 110-138). Londres, editorial Sabio.
- Kasser T, Cohn S, Kanner A, Ryan R. Some costs of American corporate capitalism: A psychological exploration of value and goal conflicts. *Psychological Inquiry*.
- Lara E., Martínez C., Penroz K. & Pino G. (1996). *Agresividad y aprendizaje*. México.
- Maldonado, María (1999). Conflictos y violencias: justificaciones en la familia. En memorias del Congreso Internacional sobre Violencia Familiar y Social. Una cuestión de derechos humanos. Universidad de Caldas Manizales.
- Moles J. J. *Psicología Conductual*. Editorial Greco. Caracas.
- Monárrez Fragoso, Julia. Las diversas representaciones del feminicidio y los asesinatos de mujeres en Ciudad Juárez, 1993-2005. Disponible en: https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/mujeres/menu_superior/Feminicidio/5_Otros_textos/9/6/vii.pdf

- Murphy, CM, Stosny, S. y Morrel, TM (2005). Cambio en la autoestima y agresión física durante el tratamiento de hombres violentos de pareja. *Revista de Violencia Familiar*, 20.
- Pollak R. (2002) An intergenerational model of domestic violence. NBER Working Paper, No. 9099, August.
- PUENTE-MARTÍNEZ, Alicia; UBILLOS-LANDA, Silvia; ECHEBURUA, Enrique y PAEZ-ROVIRA, Darío. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anal. psicol.* [en línea]. 2016, vol.32, n.1, pp.295-306. ISSN 1695-2294. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>.
- Revé J. (1994) *Motivación y Emoción*. Mc Graw Hill. España.
- Revista Semana (5 de diciembre de 2021). El S.O.S. de la justicia en Colombia por la impunidad en casos de violencias de género. Disponible en: <https://www.semana.com/nacion/articulo/el-sos-de-la-justicia-en-colombia-por-la-impunidad-en-casos-de-violencia-de-genero/202143/>
- Roberto, K. A., & McCann, B. R. (2021). Violence and Abuse in Rural Older Women's Lives: A Life Course Perspective. *Journal of interpersonal violence*, 36(3-4), NP2205–2227NP. <https://doi.org/10.1177/0886260518755490>
- Rodríguez Cely, L., Padilla Villarraga, A., Rodríguez, L., & Díaz Colorado, F. (2010). Análisis de la justicia restaurativa para atender casos de violencia intrafamiliar en el Centro de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar (CAVIF) de la fiscalía general de la Nación, Colombia. *Perspect. Psicol.*, 6(2), 355-373. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v6n2/v6n2a11.pdf>
- Rosenberg, M. (1965). *La sociedad y la autoimagen adolescente*. Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press.

- Ruales, O. J. (2015). Factores que generan el delito de violencia intrafamiliar en la comuna seis del municipio de pasto. Universidad Antonio Nariño. Obtenido de <http://biblioteca.udenar.edu.co:8085/atenea/biblioteca/90841.pdf>
- Ruiz, S., & Martín, M. (2012). Nuevas formas de familia, viejas políticas familiares. Más familias monomarentales. Redalyc, 18. Recuperado el 28 de mayo de 2020, de <http://www.redalyc.org/pdf/181/18123129009.pdf>
- SAGOT, M. Estrategias para enfrentar la violencia contra las mujeres: reflexiones feministas desde América Latina. *Athenea Digital*, Barcelona, n. 14, p. 215-28, 2008. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53701413>. Acceso en: 10 abr. 2013. » <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53701413>
- Sanchez, M. A. (2009). Intervenciones en prevención de la violencia intrafamiliar. Bogotá, D.C: Universidad Javeriana.
- Sanhueza Parra, M., Castro Salas, M., & Merino Escobar, J. M. (2005). Adultos mayores funcionales: Un Nuevo concepto en Salud. *Ciencia y Enfermería (Impresa)*, 11(2), 17–21. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532005000200004>
- Sarmiento M. (1996) Psicoprofilaxis familiar. La familia en Colombia. Ediciones USTA. Bogotá.
- Sedikides, C. y Gress, AP (2003). Retratos de uno mismo. En MA Hogg y
- UN Women. (2021). Measuring the shadow pandemic. Violence against women during Covid-19. Disponible en: https://data.unwomen.org/sites/default/files/documents/Publications/Measuring_-_shadow-pandemic.pdf

- Urrutia, V. (2015). Causas y consecuencias de los casos de violencia intrafamiliar filio parental denunciados en la Comisaria de Familia de Pamplona Norte de Santander durante el primer semestre de 2015. Universidad de Pamplona.
- Vargas, H. (2014). Tipo de familia, ansiedad y depresión. Redalyc, 25(2), 57-59. Recuperado el 28 de mayo de 2020, de <http://www.redalyc.org/pdf/3380/338034007001.pdf>
- Wang, Y. y Ollendick, TH (2001). Un análisis transcultural y de desarrollo de la autoestima en niños chinos y occidentales. Revisión clínica de psicología infantil y familiar, 4
- WHITING, BEATRICE B. 1965. Sex identity conflict and physical violence: a comparative study. American Anthropologist 67-2 (December): 123-140.
- Yuberto, S., Larrañaga, E., & Blanco, A. (2007). Convivir con la Violencia. Cuenca, España: Universidad de Castilla-La Mancha.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

ADULTOS

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____, actuando en calidad de paciente y en total uso de mis facultades mentales, manifiesto mi aceptación voluntaria del tratamiento psicológico ofrecido por la Psicóloga(o) en formación _____ del Programa de Psicología de la Universidad de Pamplona, el cual me ha sido claramente explicado.

Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y el tratamiento psicológico es confidencial, se mantendrá custodiada en la historia clínica y no será divulgada ni entregada a ninguna institución externa o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física, mental o la de algún miembro de la comunidad.

Autorizo a la Psicóloga(o) en formación _____ del programa de psicología de la Universidad de Pamplona, para que consulte mi caso con otros profesionales, si en algún momento se requiere, con el fin de brindar el mejor tratamiento posible. Igualmente, el resultado de dicha consulta me será comunicado en forma verbal o escrita.

En forma expresa manifiesto a usted que he leído y comprendido íntegramente este documento, por lo cual acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

Nombres y apellidos: _____

FIRMA

CIUDAD Y FECHA