UNIVERSIDAD CENTRAL

VICERRECTORÍA ACADÉMICA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TEMA DE LA INVESTIGACIÓN

"PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVA-CONDUCTUAL PARA EL ABORDAJE DE LAS SECUELAS PSICOLÓGICAS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, REFERIDAS DE UN GRUPO DE ADULTAS MAYORES RESIDENTES DEL HOGAR DE ANCIANOS LOS SANTOS, UBICADO EN SAN MARCOS DE TARRAZÚ. ESTUDIO COMPRENDIDO DE MAYO A DICIEMBRE 2025"

MODALIDAD DE TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON ÉNFASIS EN MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

ESTUDIANTE

Fátima Alexandra Ureña Román

TUTORA

MPs. Nancy Román González

SEDE ARANJUEZ

Diciembre, 2025

Contenido

Capítulo I: Problema 12
1.1 Planteamiento del Problema 12
1.2 Objetivos 15
1.2.1 Objetivo General 15
1.2.2 Objetivos Específicos 15
1.3 Justificación 16
1.4 Antecedentes 18
1.4.1 Internacionales 18
1.4.2 Nacionales 20
1.5 Proyecciones 22
1.5.1. Alcances 22
1.5.2. Limitaciones 23
Capítulo II: Marco Teórico 24
2.1. La tercera edad 24
2.2. La violencia doméstica o intrafamiliar 26
2.2.1. Tipos de violencia doméstica 28
2.2.2. El ciclo de la violencia doméstica 30
2.2.3. Secuelas de la violencia intrafamiliar 32
2.3. Terapia cognitivo- conductual 37
2.3.1. Técnicas de intervención cognitivo-conductuales 39
a) Reestructuración cognitiva 39
b) Psicoeducación 39
c) Entrenamiento en habilidades sociales 40
d) Técnicas de relajación y respiración 40
e) Exposición imaginaria 41
f) Activación conductual 41
2.3.2. La TCC en el abordaje de las secuelas de la violencia intrafamiliar 42
2.4. El Hogar de Ancianos Los Santos 44
Capítulo III: Marco Metodológico 44
3. 1 Enfoque de la Investigación 44
3.2 Método de la Investigación 45
3.3 Fuentes de Información 46
3.3.1 Fuentes primarias 46
3.3.2 Fuentes secundarias 46
3.4 Población 47
3.4.1 Muestra 47

3.4.2 Criterios de inclusión 48
3.4.3 Criterios de exclusión 48
3.5 Variables 48
3.6 Instrumentos 57
3.6.1. Validación del instrumento 57
3.7 Proceso para la Recolección de Datos 58
Capítulo IV: Análisis De Resultados 59
4.1. Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar 59
4.1.1 Aislamiento social 60
4.1.2 Cambios en hábitos de sueño y de alimentación 64
4.1.3. Tristeza prolongada y baja autoestima 68
4.1.4. Malestar emocional y preocupación constante 72
4.2. Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales 76
4.2.1. Reestructuración cognitiva 76
4.2.2 Psicoeducación 79
4.2.3. Técnicas de respiración 85
4.2.4. Entrenamiento en habilidades sociales 88
4.2.5. Exposición imaginaria y activación conductual 91
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones 96
5.1 Conclusiones 96
5.1.1. Objetivo 1: Identificar las principales secuelas psicológicas derivadas de experiencias de violencia intrafamiliar en mujeres adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, incluyendo síntomas emocionales, cognitivos y conductuales .96
5.1.2. Objetivo 2: Determinar las técnicas cognitivas-conductuales adecuadas para el abordaje de las secuelas psicológicas en personas adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, que son sobrevivientes de violencia intrafamiliar. 98
5.1.3. Objetivo 3: Elaborar una propuesta de intervención cognitivo-conductual adaptada a las necesidades de las mujeres adultas mayores, que permita la reestructuración, con el objetivo de mitigar las secuelas psicológicas derivadas de la violencia intrafamiliar. 100
5.2 Recomendaciones 101
5.2.1 Adultas mayores del Hogar Los Santos 101
5.2.2 Dirección del Hogar Los Santos 101
5.2.3. Recomendaciones a la Universidad Central 102
Apéndices 103
Apéndice 1: Documento de aprobación del proyecto por parte de la institución. 103
Apéndice 2: Consentimiento informado 104
Apéndice 3: Instrumento 107
Apéndice 4: Propuesta 117
Referencias 136

Índice De Tablas

Tabla 1 49
Variable 1: Secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar. 49
Tabla 2 53
Variable 2: Técnicas de intervención cognitivas- conductuales 53
Tabla 3 60
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de aislamiento social. Preguntas 4, 9 y 17. 60
Tabla 4 64
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de cambios en los hábitos de sueño. Pregunta 20. 64
Tabla 5 65
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de cambios en los hábitos de alimentación. Preguntas 21 y 22. 65
Tabla 6 68
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de tristeza prolongada. Preguntas 7 y 19. 68
Tabla 7 70
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de baja autoestima. Pregunta 3. 70
Tabla 8 72
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de preocupación constante. Pregunta 18. 72
Tabla 9 73
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de indicadores de malestar emocional. Preguntas 2 y 25. 73
Tabla 10 76
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de Reestructuración cognitiva. Preguntas 7 y 8. 76
Tabla 11 79
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de psicoeducación. Preguntas 1, 5, 6, 15 y 16. 79
Tabla 12 85
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de técnicas de respiración y relajación. Preguntas 23 y 24. 85
Tabla 13 88
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de entrenamiento en habilidades sociales. Preguntas 9 y 10. 88
Tabla 14 91

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de exposición imaginaria. Preguntas 11 y 12. 91
Tabla 15 93
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de activación conductual. Preguntas 13 y 14. 93
Tabla 16 117
Propuesta de intervención cognitiva-conductual 117

Índice De Figuras

Figura 1
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de aislamiento social. Pregunta 4.....61
Figura 2
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de aislamiento social. Pregunta 9.....62
Figura 3
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de aislamiento social. Pregunta 17.....63
Figura 4
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de cambios en los hábitos de sueño. Pregunta 20. 65
Figura 5
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de cambios en los hábitos de alimentación. Pregunta 21. 66
Figura 6
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de cambios en los hábitos de alimentación. Pregunta 22. 67
Figura 7
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de tristeza prolongada. Pregunta 7. 69
Figura 8
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de tristeza prolongada. Pregunta 19. 70
Figura 9
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de baja autoestima. Pregunta 3. 71
Figura 10
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de preocupación constante. Pregunta 18. 73
Figura 11
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de indicadores de malestar emocional. Pregunta 2. 74
Figura 12
Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de indicadores de malestar emocional. Pregunta 25. 75
Figura 13
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de Reestructuración cognitiva. Pregunta 7. 77
Figura 14
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de

Reestructuración cognitiva. Pregunta 8. 78
Figura 15
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de psicoeducación. Pregunta 1.....80
Figura 16
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de psicoeducación. Pregunta 5.....80
Figura 17
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de psicoeducación. Pregunta 6.....82
Figura 18
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de psicoeducación. Pregunta 15.....83
Figura 19 84
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de psicoeducación. Pregunta 16.....84
.....84
Figura 20 86
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de técnicas de respiración y relajación. Pregunta 23. 86
Figura 21 87
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de técnicas de respiración y relajación. Pregunta 24. 87
Figura 22 89
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de entrenamiento en habilidades sociales. Pregunta 9. 89
Figura 23
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de entrenamiento en habilidades sociales. Pregunta 10. 89
Figura 24
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de exposición imaginaria. Pregunta 11. 92
Figura 25
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de exposición imaginaria. Pregunta 12. 93
Figura 26 94
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de activación conductual. Pregunta 13. 94
Figura 27
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de activación conductual. Pregunta 14. 95

Agradecimientos

Agradezco profundamente a todas las personas que, de una u otra forma, han sido parte de este proceso. A quienes me han acompañado con una palabra de ánimo, con su tiempo, con su escucha o simplemente con su presencia. Cada gesto, cada apoyo, ha sumado para llegar hasta aquí.

A mi tutora, Nancy Román, gracias infinitas por tu paciencia, tu guía y tu compromiso. Tu acompañamiento constante fue fundamental para la realización de esta tesis. Tu vocación como profesional y tu calidez como persona marcaron una diferencia en este camino académico.

Y, sobre todo, agradezco a Dios, por darme la fortaleza, la sabiduría y la fe necesarias para seguir, incluso cuando el camino se volvió incierto. Gracias por abrirme puertas, por sostenerme y por recordarme que nunca estoy sola.

A todos y todas, gracias por ser parte de este logro.

Dedicatoria

A mí misma, por no rendirme, por sostenerme incluso en los momentos más difíciles, por la valentía de persistir cuando todo parecía cuesta arriba. Este logro es también una muestra de cuánto he crecido, aprendido y transformado a lo largo de este camino.

A mi mamá, que ha estado conmigo desde el principio, siendo apoyo, fuerza y amor incondicional. Gracias por cada palabra de aliento, por tu presencia constante y por enseñarme con tu ejemplo el valor de luchar por lo que uno sueña.

A mi hijo, que ha sido mi motor, mi luz y mi mayor inspiración. Gracias por recordarme cada día la importancia de seguir adelante. Este logro también es para ti, porque sin tu existencia, nada de esto hubiera tenido el mismo sentido

Resumen

Título de la investigación: *Propuesta de intervención cognitiva-conductual para el abordaje de las secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar, referidas de un grupo de adultas mayores residentes del hogar de ancianos los santos, ubicado en San Marcos de Tarrazú. Estudio comprendido de mayo a diciembre 2025.*

La presente investigación, tiene como objetivo general diseñar una propuesta de intervención cognitiva-conductual para el abordaje de las secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar, referidas de un grupo de adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, ubicado en San Marcos de Tarrazú. Es un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y alcance descriptivo. La población está conformada por 26 mujeres adultas mayores y la muestra es de 46.15%. El instrumento utilizado fue un cuestionario de 25 preguntas cerradas, aplicado mediante la técnica de encuesta. La principal conclusión es que las secuelas de la violencia intrafamiliar identificadas en la muestra requieren una intervención cognitivo-conductual que integre la reestructuración cognitiva con la enseñanza de estrategias de autorregulación y el desarrollo de habilidades sociales. Finalmente, se recomienda emplear los hallazgos de esta tesis para enriquecer el contenido curricular de la carrera de Psicología de la Universidad Central, dado que es fundamental que los futuros profesionales comprendan las interrelaciones entre envejecimiento, género y violencia, y cuenten con las herramientas teóricas y prácticas necesarias para atender las necesidades específicas de esta población.

Palabras Claves: *Violencia intrafamiliar, personas adultas mayores, técnicas cognitivo-conductuales, violencia intrafamiliar.*

Derechos De Propiedad Intelectual

La información compilada en este estudio sirve de referencia para otros estudios, actividades académicas o de acción social-laboral, tomando la autoría de Fátima Alexandra Ureña Román usando la cita bibliográfica. Por tanto, se recomienda utilizar:

Ureña, F. (2025). *Propuesta de intervención cognitiva-conductual para el abordaje de las secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar, referidas de un grupo de adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, ubicado en San Marcos de Tarrazú. Estudio comprendido de mayo a diciembre 2025*. [Tesis de Licenciatura en Psicología] Universidad Central de Costa Rica.

Capítulo I: Problema

1.1 Planteamiento del Problema

La etapa de la tercera edad es un proceso inevitable para todas las personas, por lo que debería existir un mayor interés hacia esta población, promoviendo la empatía y la conciencia sobre los cambios significativos que implica esta fase de la vida. Como explica Esmeraldas Vélez et al. (2019, p. 62), el envejecimiento no solo incluye los cambios ocurridos en el organismo en el orden biológico, y psicológico sino también los ocurridos en el aspecto social pues es en esta etapa de la vida donde el ser humano comienza una manera particular de relacionarse con la sociedad siendo en la mayoría de las ocasiones nueva para él y con disímiles retos relacionados con el desarrollo de nuevos roles.

Para muchas mujeres adultas mayores, este paso no es sólo la transformación de un ciclo de vida natural, sino, también el momento de confrontación con una experiencia pasada no resuelta que, como no se han abordado adecuadamente, por múltiples razones, deja secuelas psicológicas profundas y duraderas. Estos efectos pueden manifestarse por síntomas como la tristeza prolongada, la ansiedad, la falta de sentido o la culpa de cargar toda una vida con sufrimiento, la baja autoestima, la soledad (Colque Casas, 2020) e, incluso, la desesperación ante el futuro.

En el Hogar de Ancianos Los Santos, ubicado en San Marcos de Tarrazú, se ha identificado un grupo de mujeres adultas mayores quienes, al compartir sus experiencias pasadas, expresan haber atravesado momentos emocionalmente significativos y dolorosos, como duelos no resueltos, violencia intrafamiliar por sus parejas, abandono familiar, culpas, tristezas profundas, que nunca han sido sanadas y trabajadas en terapia psicológica. Lo vivido por estas mujeres y sus historias muestra el sufrimiento silencioso que han sufrido con los años y afecta

directamente su bienestar emocional, su interacción con los demás, su autocuidado y su percepción de sí mismas y la capacidad para experimentar un envejecimiento digno y plenitud.

El fenómeno de las secuelas psicológicas derivadas de la violencia intrafamiliar en mujeres adultas mayores constituye un problema relevante debido a su impacto prolongado en la calidad de vida y el bienestar emocional. Estas experiencias, vividas en etapas previas de la vida, pueden dejar huellas persistentes en la autoestima, la percepción de seguridad y las habilidades para establecer vínculos saludables (Rincón González, 2003). En la mayoría de los casos, estas secuelas no reciben un abordaje terapéutico adecuado, lo que contribuye a que se mantengan patrones cognitivos y emocionales disfuncionales. La situación se agrava cuando se considera que, en la vejez, existen factores adicionales como el aislamiento social, la dependencia física o la institucionalización, que pueden intensificar el malestar emocional. Esta combinación de elementos evidencia la necesidad de analizar e intervenir en este problema desde un enfoque especializado, que contemple tanto la historia personal como las particularidades del ciclo vital en el que se encuentran.

En Costa Rica, la violencia intrafamiliar constituye un problema social de creciente magnitud, afectando de forma desproporcionada a mujeres y personas adultas mayores. Entre 2021 y 2024, los casos reportados de violencia intrafamiliar incrementaron de manera alarmante: “mientras en el 2021 los casos de violencia intrafamiliar en el país llegaron a un total de 9.406, para el 2024 este número aumentó a 23.046; esto representa un aumento del 145%” (Cordero Parra, 2025, párr. 2). La forma de violencia más reportada en este periodo fue el abandono y la negligencia, que aumentó de 1.794 casos en 2021 a 5.786 en 2024, afectando especialmente a menores de edad y a adultos mayores de 75 años (Cordero Parra, 2025). Asimismo, los datos muestran que las mujeres continúan siendo el grupo más vulnerable, representando el 75,2 % de

las víctimas en 2021 y el 68,4 % en 2024 (Cordero Parra, 2025). Este panorama estadístico evidencia que la población femenina adulta mayor enfrenta una doble condición de riesgo: por su género y por su edad, lo que la convierte en un grupo particularmente expuesto a las consecuencias físicas y emocionales de la violencia doméstica.

Muchas de estas mujeres viven sus vidas marcadas por el abandono o violencia, y al final del ciclo de vida merecen ser cuidadas y acompañadas. Ignorar sus emociones o no brindarles un tratamiento profesional para expresarse y sanar es una forma de continuar con la negligencia que posiblemente vivieron durante años. Por esta razón, el presente trabajo sobre una intervención cognitiva-conductual para el abordaje de las secuelas psicológicas de violencia intrafamiliar no solo representa una propuesta académica, sino también un acto de compromiso ético y humano con una población que necesita y merece atención.

A nivel académico, este trabajo universitario de investigación se enmarca en la psicología clínica y se basa en el énfasis de un enfoque cognitivo-conductual, considerando que esta perspectiva ha demostrado eficacia al abordar secuelas y traumas psicológicos. En el caso de la población adulta mayor residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, la presencia de secuelas psicológicas derivadas de experiencias de violencia intrafamiliar plantea la necesidad de estrategias de intervención adaptadas a sus características y condiciones particulares, tomando en cuenta el factor de donde residen y sus edades. La falta de abordajes sistemáticos que integren técnicas específicas para este grupo etario evidencia un vacío en la atención psicológica, lo que convierte esta problemática en un área de interés prioritario para la investigación y la práctica clínica.

La presente propuesta plantea el desarrollo de una intervención psicológica con enfoque cognitivo-conductual dirigida a un grupo de mujeres adultas mayores residentes en el Hogar de

Ancianos Los Santos, en San Marcos de Tarrazú, durante el período comprendido entre mayo y diciembre de 2025. La intervención estará orientada al abordaje de las secuelas psicológicas derivadas de experiencias de violencia intrafamiliar, con el propósito de favorecer la expresión emocional, promover la reestructuración de pensamientos disfuncionales y facilitar la construcción de narrativas personales más adaptativas. Se busca que, a través de este proceso, la etapa de la vejez pueda resignificarse como un periodo de sanación, serenidad, pensamiento positivo y fortalecimiento de la autoestima. Así se define como pregunta de investigación:

¿Cómo debe ser el diseño de una intervención cognitivo-conductual para el abordaje de las secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar en mujeres adultas mayores del Hogar de Ancianos Los Santos, San Marcos de Tarrazú?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Diseñar una propuesta de intervención cognitiva-conductual para el abordaje de las secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar, referidas de un grupo de adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, ubicado en San Marcos de Tarrazú.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar las principales secuelas psicológicas derivadas de experiencias de violencia intrafamiliar en mujeres adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, incluyendo síntomas emocionales, cognitivos y conductuales.

- Determinar las técnicas cognitivas-conductuales adecuadas para el abordaje de las secuelas psicológicas en personas adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, que son sobrevivientes de violencia intrafamiliar.
- Elaborar una propuesta de intervención cognitivo-conductual para mujeres adultas mayores, que permita la reestructuración de las secuelas psicológicas derivadas de la violencia intrafamiliar.

1.3 Justificación

La presente investigación surge como una respuesta necesaria ante la invisibilización histórica que ha sufrido la población adulta mayor, particularmente las mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar. A pesar de que el envejecimiento forma parte del ciclo vital natural, para muchas mujeres adultas mayores esta etapa también representa una confrontación con heridas emocionales no resueltas, como lo son los efectos psicológicos de experiencias de violencia, abandono, duelo o maltrato vividas en el pasado y que nunca fueron abordadas de manera terapéutica. Esta situación impacta directamente en su bienestar psicológico, su calidad de vida y su capacidad para envejecer con dignidad.

El porqué de esta investigación radica en la urgente necesidad de atender a una población altamente vulnerable y frecuentemente olvidada dentro de los servicios de salud mental. A pesar de que la legislación costarricense, como lo establece la Ley N.º 7586, Ley contra la Violencia Doméstica (1996), reconoce el derecho de las personas adultas mayores a recibir protección y atención, en la práctica esta población continúa siendo marginada en cuanto a intervenciones psicológicas especializadas se refiere. Adicionalmente, la Ley N.º 10412, Ley Nacional de Salud Mental (2023), refuerza el marco legal al establecer objetivos para fortalecer el sistema nacional de salud mental y garantizar la protección de este derecho para todas las personas, incluyendo

adultos mayores. A pesar de estas normativas, la implementación efectiva sigue siendo un desafío, resaltando la necesidad de intervenciones focalizadas que aborden las secuelas psicológicas derivadas de la violencia intrafamiliar en esta población. Las mujeres residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, en San Marcos de Tarrazú, han expresado vivencias profundamente dolorosas asociadas a violencia intrafamiliar, duelos no resueltos y abandono, lo que evidencia la necesidad de una intervención profesional que les permita sanar emocionalmente.

El para qué de esta investigación responde al objetivo de contribuir al bienestar psicológico de estas mujeres adultas mayores mediante una propuesta de intervención cognitivo-conductual, que permita abordar las secuelas psicológicas derivadas de la violencia intrafamiliar. La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de síntomas como ansiedad, depresión, culpa y baja autoestima, todos ellos frecuentemente presentes en víctimas de maltrato. Además, este enfoque permite adaptar las intervenciones a las características individuales de las pacientes, promoviendo la reestructuración de pensamientos negativos y fortaleciendo habilidades de afrontamiento emocional.

Desde una perspectiva académica, el proyecto representa un aporte significativo al campo de la psicología clínica con énfasis en modificación de conducta, demostrando cómo las herramientas del enfoque cognitivo-conductual pueden ser adaptadas a poblaciones adultas mayores, generando efectos positivos en su salud mental. Asimismo, el estudio se alinea con los hallazgos de investigaciones tanto nacionales como internacionales, que evidencian la necesidad de estrategias terapéuticas especializadas y culturalmente contextualizadas para mujeres con experiencias de violencia.

Finalmente, el proyecto se justifica también desde un compromiso ético y humano. Ignorar el sufrimiento psicológico de estas mujeres implica continuar con una cadena de abandono institucional y social. Por lo tanto, esta propuesta no solo pretende aportar conocimiento académico, sino también representar una forma de reparación emocional, brindándoles la oportunidad de resignificar su historia y vivir su etapa de adultez mayor con mayor tranquilidad, autoestima y sentido de vida.

1.4 Antecedentes

1.4.1 Internacionales

Un estudio realizado en Irlanda del Norte por Lazenbatt et al. (2014) evidenció que las mujeres adultas mayores que experimentaron violencia intrafamiliar mostraron altos niveles de malestar psicológico y emplearon mecanismos de afrontamiento patológicos, como el abuso de sustancias. Este estudio destaca la necesidad de intervenciones psicológicas adaptadas a las características de este grupo etario para mejorar su bienestar psicológico.

Una revisión sistemática publicada en *Trauma, Violence, & Abuse* (2023) concluyó que la TCC es efectiva en la mejora de los síntomas de TEPT en mujeres sobrevivientes de violencia de pareja íntima. La revisión subraya la importancia de adaptar la TCC a las necesidades específicas de las mujeres adultas mayores para optimizar los resultados terapéuticos.

Un análisis de la efectividad de la TCC en el tratamiento de la violencia intrafamiliar indicó que, aunque la TCC mostró una pequeña mejora en los síntomas, su efectividad fue comparable a la del modelo de Duluth, que se basa en un enfoque psicoeducativo feminista (Babcock, Green, & Robie, 2004). Este hallazgo sugiere que la TCC puede ser una opción viable para abordar las secuelas psicológicas de la VIF en mujeres adultas mayores, aunque se requieren adaptaciones culturales y contextuales para maximizar su eficacia.

Espinoza Velepucha y Carpio Mosquera (2024) en su revisión sistemática titulada "Efectos psicológicos en mujeres que viven violencia intrafamiliar", realizada en la Universidad Técnica de Machala (Ecuador), se enfocaron en 35 investigaciones enfocadas en las consecuencias emocionales y psicológicas del maltrato. Los resultados evidenciaron que la violencia psicológica genera un sufrimiento profundo y está fuertemente asociada con trastornos de salud mental. Los autores concluyen que la violencia intrafamiliar no solo afecta gravemente la salud psicológica de las mujeres, sino que perpetúa dinámicas violentas en contextos familiares vulnerables. Este estudio respalda la necesidad de intervenciones preventivas y terapéuticas, como la que se propone en el presente trabajo para mujeres adultas mayores con antecedentes de maltrato.

El estudio de Colque Casas (2020), titulado "Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja", analizó los efectos emocionales del maltrato en 108 mujeres del Callao, Perú, que denunciaron a sus parejas entre 2018 y 2019. Mediante el uso del instrumento SCL-90-R, se evidenciaron altos niveles de síntomas psicológicos, especialmente en depresión, ansiedad, somatización y obsesión compulsión. Los resultados mostraron que estas mujeres presentaban mayor distrés psicológico que pacientes psiquiátricos ambulatorios. Este estudio destaca la gravedad de las secuelas del maltrato y respalda la necesidad de intervenciones especializadas, como la propuesta cognitivo-conductual que se plantea en esta investigación.

Acevedo y Yañez (2014), en su trabajo "Propuesta de intervención clínica cognitivo-conductual para personas que enfrentan problemas psicosociales", desarrollado en la Fundación Universitaria Los Libertadores de Colombia, plantean la necesidad de que los profesionales en psicología intervengan activamente ante las problemáticas derivadas de contextos de violencia, crisis políticas, desplazamiento y otras situaciones traumáticas. Su propuesta se estructura en tres

niveles de intervención: atención a la crisis, manejo del duelo y abordaje de las secuelas. Enfatizan la utilidad del enfoque cognitivo-conductual por su base científica, flexibilidad y eficacia, proponiendo además el formato grupal como estrategia eficiente para atender a poblaciones amplias con recursos limitados. Este antecedente sustenta la pertinencia de diseñar intervenciones dirigidas a las secuelas del maltrato, adaptadas a las necesidades emocionales y sociales de poblaciones vulnerables, como las mujeres adultas mayores.

1.4.2 Nacionales

La Ley N.º 7586 Contra la Violencia intrafamiliar en Costa Rica (Asamblea Legislativa, 1996.) establece medidas de protección para garantizar la vida, integridad y dignidad de las víctimas de violencia intrafamiliar, con especial atención a mujeres, niños, personas mayores y personas con discapacidad. Esta normativa enfatiza la obligación del Estado de proteger a las poblaciones vulnerables y de implementar herramientas para prevenir y tratar las secuelas del maltrato. Este antecedente es relevante para la presente investigación, ya que sustenta la necesidad de intervenir psicológicamente con mujeres adultas mayores residentes en el Hogar de Ancianos Los Santos, aplicando estrategias como la terapia cognitivo-conductual para mitigar las secuelas emocionales derivadas de la violencia intrafamiliar.

Pereira Retana (2018), en su artículo *Salud, mujeres y violencia intrafamiliar*, señala que la violencia intrafamiliar genera secuelas psicológicas significativas en las mujeres, además de las físicas. El estudio destaca que muchas víctimas no revelan el origen de su maltrato al sistema de salud, lo que dificulta una atención terapéutica adecuada. Este antecedente respalda la necesidad de diseñar intervenciones dirigidas específicamente a mujeres adultas mayores, considerando las dificultades de expresión de experiencias traumáticas y la importancia de herramientas que permitan abordar emociones no resueltas.

El II Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica (Universidad de Costa Rica & Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2020) reporta que aproximadamente dos de cada cinco personas adultas mayores han experimentado algún tipo de violencia. Esta cifra evidencia que la violencia contra personas mayores es un problema frecuente y que puede generar secuelas psicológicas profundas. Este antecedente justifica la intervención dirigida a un grupo de mujeres adultas mayores, resaltando la relevancia de estrategias psicológicas que promuevan bienestar emocional y mitiguen el impacto del maltrato prolongado.

El Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) de la Universidad Nacional (2025) reporta un incremento de casos de maltrato, abandono y estafas contra personas adultas mayores. Este antecedente muestra la vulnerabilidad de esta población y la necesidad de desarrollar programas de intervención psicológica adaptados a sus necesidades, como la propuesta cognitivo-conductual planteada en esta investigación, enfocada en reducir el sufrimiento emocional y fortalecer la autoestima de las participantes.

La Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, N.º 7935, establece medidas de protección jurídica y psicosocial frente a violencia física, sexual, psicológica y patrimonial. Esta legislación refuerza la obligación de brindar atención profesional a las personas mayores y protege su bienestar emocional. La relación con esta investigación radica en que las intervenciones cognitivas conductuales se alinean con los objetivos legales de esta ley, proporcionando estrategias terapéuticas para abordar secuelas psicológicas y promover la dignidad y seguridad emocional de las mujeres adultas mayores.

El Colegio de Trabajo Social (2025) indica que la violencia contra mujeres adultas mayores ha sido históricamente invisibilizada, y que esta población presenta una tasa de

victimización de 410 casos por cada 100.000 habitantes, según cifras de la Caja Costarricense de Seguro Social. Este antecedente destaca la necesidad de visibilizar y atender psicológicamente a las mujeres adultas mayores que han vivido violencia intrafamiliar. La investigación se relaciona directamente, ya que propone una intervención cognitivo-conductual para abordar las secuelas emocionales de estas mujeres y mejorar su bienestar psicológico.

1.5 Proyecciones

1.5.1. Alcances

Esta investigación busca contribuir al bienestar emocional de las mujeres adultas mayores mediante una intervención cognitivo-conductual centrada en la expresión de emociones, la modificación de pensamientos negativos y el fortalecimiento de la autoestima. Se espera que este proceso ayude a las participantes a desarrollar una visión más positiva de sí mismas y a resignificar sus experiencias de vida, promoviendo una etapa de vida más tranquila y digna.

Desde el punto de vista académico, la investigación aporta conocimiento sobre un grupo poco estudiado: mujeres adultas mayores que han sufrido violencia doméstica y presentan secuelas emocionales. El diseño y la implementación de esta intervención pueden servir como modelo para futuras investigaciones o programas clínicos en situaciones similares, especialmente en instituciones como hogares de ancianos.

En el ámbito institucional, se prevé un impacto positivo en la dinámica del Hogar de Ancianos Los Santos, al sensibilizar al personal sobre las necesidades emocionales de las residentes y fomentar prácticas de cuidado más humanas e integrales, donde la salud mental se considere parte fundamental del bienestar.

Finalmente, la investigación puede generar herramientas terapéuticas basadas en el enfoque cognitivo-conductual que sean aplicables en otros centros de atención a adultos

mayores, promoviendo un abordaje ético, empático y profesional frente al sufrimiento emocional no resuelto en la vejez.

1.5.2. Limitaciones

Una de las principales limitaciones es el tamaño reducido de la muestra, ya que la intervención se aplicará únicamente a un grupo específico de mujeres adultas mayores del Hogar de Ancianos Los Santos. Esto limita la posibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones, debido a que las condiciones personales, sociales e institucionales pueden variar en diferentes contextos.

Otra limitación tiene que ver con las posibles dificultades cognitivas asociadas a la edad, como problemas de memoria, lentitud en el procesamiento de información o confusión temporal. Estas dificultades podrían dificultar que algunas participantes recuerden con claridad sus experiencias o sigan el ritmo de la intervención.

A nivel práctico, el estudio depende de la disponibilidad de recursos y del apoyo del personal del centro, tanto para contar con los espacios adecuados como para respetar los horarios de las sesiones. Cualquier interrupción en estos aspectos podría afectar la continuidad y calidad del proceso.

Por último, aunque el estudio utiliza un enfoque cuantitativo con instrumentos estandarizados que permiten evaluar los efectos de la intervención sobre el bienestar emocional y los patrones de pensamiento, los resultados podrían verse influenciados por factores externos o contextuales que no se puedan controlar completamente. Esto limita la posibilidad de extrapolar los hallazgos a otras instituciones o grupos de mujeres adultas mayores.

Capítulo II: Marco Teórico

2.1. La tercera edad

La tercera edad es un proceso natural, multidimensional y progresivo que, tal y como apuntan Esmeraldas Vélez et al. (2019):

> En esta etapa de la vida, el ser humano comienza una manera particular de relacionarse con la sociedad siendo nueva para él y con disímiles retos relacionados con el desarrollo de nuevos roles. (p. 62)

Organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas (ONU) han establecido que el inicio de la vejez se da a los 60 años (World Health Organization: WHO, 2025; Zetina Lozano, 1999). Desde una perspectiva biológica, el envejecimiento

> Es el resultado de la acumulación de muchos daños moleculares y celulares en el tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, finalmente, a la muerte. (World Health Organization: WHO, 2025, párr. 4)

Sin embargo, la vejez es una etapa más de la vida humana, al igual que la niñez, la juventud y la adultez. Por lo tanto, aunque suele asociarse con el deterioro funcional, el envejecimiento es una fase inevitable del ciclo vital que no debe entenderse únicamente desde la perspectiva del deterioro físico o cognitivo, sino como una oportunidad para resignificar la vida y fortalecer la identidad. Puede representar una ocasión de crecimiento personal y de reinterpretación de la historia de vida, siempre que existan condiciones adecuadas de apoyo y acompañamiento emocional.

No obstante, en el contexto sociocultural actual, en el que se da primacía a la juventud, la belleza y la productividad,, “con frecuencia se ve a los ancianos como personas tristes, enfermas y con discapacidad” (Esmeraldas Vélez et al., 2019, p. 64) o como seres ya acabados, en los que “la misma aceptación de sentirse acabado genera, sin duda, un proceso que destruye las capacidades de un desarrollo psicosocial propio en varios sentidos” (Zetina Lozano, 1999, p. 25). Esto puede representar una crisis existencial en el individuo, ya que se crea un conflicto íntimo entre su “aspiración natural al crecimiento y madurez, y la decadencia biológica y social consecuente al avance de los años” (Zetina Lozano, 1999, p. 38). El anciano o anciana pierde su lugar en la jerarquía familiar y social, pierde capacidad de adaptación y se vuelve vulnerable a enfermedades físicas o a malestares emocionales como depresión o baja autoestima. Asimismo, puede experimentar otras situaciones vitales negativas que de igual forma pueden aumentar su vulnerabilidad física y psicológica, tales como la muerte de la pareja, muerte de amigos cercanos, retiro laboral, aparición de enfermedades, etc. Además, muchas personas adultas mayores enfrentan o han enfrentado situaciones de abandono, violencia, soledad y duelos no resueltos.

En el caso particular de las adultas mayores, esta etapa de vulnerabilidad puede implicar la reactivación de experiencias traumáticas no resueltas, silenciadas o invisibilizadas por contextos sociales y culturales que históricamente han minimizado su impacto emocional, entre las que se encuentra la violencia doméstica, la cual, cuando no es abordada desde una perspectiva terapéutica integral, produce secuelas psicológicas de larga duración que pueden acompañar a las víctimas durante gran parte de su vida, repercutiendo de manera significativa en la calidad de vida durante la vejez.

A pesar de la existencia de marcos normativos como la Ley Contra la Violencia Doméstica de Costa Rica, que establece medidas de protección y atención prioritaria para las víctimas (Asamblea Legislativa de Costa Rica, 1996, Ley N.º 7586, arts. 1-2), en la práctica muchas mujeres adultas mayores aún carecen del acompañamiento psicológico requerido. Esta ausencia de atención especializada refleja, de acuerdo con el Instituto Nacional de las Mujeres y el Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres de todas las edades (2023), una brecha entre el marco legal y la realidad social, perpetuando una cadena de negligencia institucional que afecta de manera directa su salud mental y calidad de vida.

2.2. La violencia doméstica o intrafamiliar

Toda persona, sin distinción alguna, posee el derecho fundamental a vivir libre de cualquier forma de violencia, y las mujeres no deben ser la excepción. Sin embargo, debido a la cultura machista y las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, muchas mujeres han sido y siguen siendo víctimas de violencia doméstica, sobre todo ejercida por sus parejas o exparejas.

Según organizaciones como la ONU y la Organización Panamericana de la Salud (2025), la violencia de género es considerada como un problema de salud pública. Es considerada como violencia contra la mujer todo acto “que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad” (Organización Panamericana de la Salud, 2025, párr. 1). En la mayoría de los casos este tipo de violencia es ejercida por las parejas o exparejas (aunque puede también ser ejercida en menor medida por padres, hermanos y otros familiares de consanguinidad o adopción), y ha sido particularmente complicada de afrontar

> porque se ejerce en el núcleo familiar y en una relación afectiva y de confianza. Este fenómeno ha existido siempre, pero se ha mantenido oculto, primero justificándose en el poder que el hombre tenía de disponer de la vida de su esposa y descendencia, y posteriormente, en el mito de la privacidad del hogar y la prohibición al Estado de entrar a ese ámbito interior. (Pereira Retana, 2018, p. 26)

Además, este tipo de violencia ha sido justificada por los roles tradicionales y estereotipos de género imperantes en la sociedad, en los cuales el hombre tenía el poder y el control de la vida de las mujeres, y en los que éstas eran sus subordinadas. De este modo, la violencia se convertía en "una forma de ejercicio del poder que facilita la dominación, opresión o supremacía a quien la ejerce y una posición de sometimiento o sujeción de quien la sufre" (Mayor Walton y Salazar Pérez, 2019, p. 97). Es decir, que esta violencia se ejerce para subyugar, controlar y dominar a la víctima, deshumanizando, viéndola y haciéndola sentir inferior.

Según Rincón González (2003), para que una situación de violencia sea categorizada como violencia doméstica, debe existir el ejercicio reiterado, es decir, habitual, de conductas abusivas, ya sea violencia física, psicológica, sexual o económica practicada por el cónyuge o ex cónyuge, pareja o ex pareja o cualquier otro miembro de la familia, en la que el agresor tiene dominio permanente sobre la víctima.

Cabe destacar que en la literatura consultada se han encontrado varios términos para definir este fenómeno: violencia de género, violencia intrafamiliar, violencia doméstica, violencia contra la mujer, etc.; sin embargo, en esta investigación se utilizarán *violencia intrafamiliar* y *violencia doméstica* indistintamente, ya que ambos términos "abarcan todas las

relaciones posibles independiente de los lazos de parentesco y de la cohabitación" (Rincón González, 2003, p. 9) y porque son los términos utilizados en los ámbitos internacionales.

2.2.1. Tipos de violencia doméstica

La violencia doméstica está categorizada en varios tipos: violencia psicológica, violencia física y violencia sexual. Algunos enfoques han propuesto categorías distintas como la violencia económica o patrimonial (control de los recursos financieros), la violencia espiritual, la violencia estructural y violencia social (estas dos últimas violencias legitiman la violencia ejercida en el ambiente familiar). Sin embargo, en esta investigación se considerarán la violencia económica y la violencia espiritual como subcategorías de la violencia psicológica, en vez de una categoría aparte. Esto se debe a que todas estas conductas comparten el objetivo de controlar a la mujer mediante la instauración de un profundo sentimiento de desvalorización e indefensión.

Violencia psicológica: Se define como un comportamiento tanto activo como pasivo que atenta contra la estabilidad emocional de la persona. Tiene como objetivo generar intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento en la víctima. Incluye conductas, humillaciones, descalificaciones, estigmatización, y ridiculización, en público y privado. También abarca el aislamiento social y económico, amenazas dirigidas a la víctima o a sus seres queridos, la destrucción de propiedades de valor sentimental (objetos o mascotas) y las advertencias recurrentes de abandono o divorcio. De igual manera, la negación de la violencia por parte del agresor y la atribución de la responsabilidad total de los conflictos a la víctima son consideradas formas de violencia psicológica. Según Colque Casas (2020), en la violencia psicológica

> se usan una serie de estrategias (la intimidación, desvalorización, los insultos, la limitación de acceso a los recursos, los celos, etc.) que se dan de forma continua y

> sistemática, cuyo objetivo es tener el control total sobre la víctima por lo cual el agresor debe destruir la autoestima y la seguridad. (p. 3)

De igual forma, Calvete et al. (2005) establecieron una tipología de las estrategias usadas en la violencia psicológica: el aislamiento hostil, que se manifiesta a través de comportamientos que buscan marginar a la víctima, como ignorarla deliberadamente o mantener una actitud fría y distante. También se incluyen las conductas de intimidación, acciones destinadas a generar miedo, como amenazar con el uso de violencia física o destruir pertenencias de la víctima. Otra estrategia es la denigración, que comprende actos que atentan contra la dignidad de la persona, tales como proferir insultos, utilizar su pasado para avergonzarla, humillarla en público o someterla al acoso moral. Finalmente, las conductas restrictivas, las cuales limitan la autonomía y libertad de la mujer, como impedirle el contacto con su familia y amistades, restringir su acceso a recursos económicos o prohibirle trabajar o continuar con sus estudios.

Asimismo, la violencia económica, que se considera como una subcategoría dentro de la violencia psicológica, consiste en usar el dinero como forma de chantaje o de control. Es decir, "esconder el dinero, no ser sinceros en las cuentas que se manejan, quitarle el dinero, obligarla a hacer alguna acción no deseada para que obtenga dinero" (Mayor Walton y Salazar Pérez, 2019, p. 100), etc.

Existe una mayor dificultad de identificación y evaluación de esta forma de violencia en comparación con la violencia física (Rincón González, 2003), ya que la violencia psicológica también puede darse de forma sutil por medio de conductas que pueden ser disimuladas para no ser reconocidas como abusivas. Por ello, se ha sugerido que su gravedad se estime considerando tanto la frecuencia de las conductas abusivas como el impacto subjetivo que estas generan en la víctima.

Violencia física: Rincón González (2003) define la violencia física como "la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar al organismo de otra persona de modo que encierre riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de dicha conducta" (p. 9). Es decir, acciones como golpear, patear, estrangular, empujar, escupir, abofetear; así como el uso de armas, objetos o sustancias químicas para causar daños físicos. No obstante, también la violencia física incluye conductas pasivas, tales como impedir el acceso a atención médica o la omisión intencionada de aviso ante situaciones de riesgo o peligro físico.

Violencia sexual: este tipo de violencia consiste en contacto sexual no deseado por la víctima y tiene como fin tener poder y dominio sobre la víctima, más que una búsqueda de gratificación sexual (Walker, 1989). Se manifiesta en conductas como "tocamientos no consentidos, penetrar con objetos a la víctima, la violación, presionar para ver fotografías o videos pornográficos, obligar a que use o no use un método anticonceptivo" (Mayor Walton y Salazar Pérez, 2019, p. 100), pero también el acoso sexual, conductas no deseadas en el acto sexual, acusaciones de infidelidad, etc. Si bien mucha de la violencia sexual en las familias es perpetrada por padres, padrastros, hermanos, tíos, abuelos, etc., también existe la violencia sexual perpetrada por el cónyuge o pareja, la cual estuvo invisibilizada por mucho tiempo, ya que "aún muchas personas consideran que es un 'deber' u 'obligación' realizar conductas sexuales en una relación de pareja, por lo que es poco frecuente que las víctimas estimen que han padecido maltrato sexual" (Rincón González, 2003, p. 10) por parte de sus cónyuges.

2.2.2. El ciclo de la violencia doméstica

Una vez que ocurre un episodio de violencia doméstica, es altamente probable que se repita, aunque la forma de maltrato puede variar. Para explicar esta dinámica, Walker (1989)

propuso su "Teoría del ciclo de la violencia", la cual postula que la agresión doméstica se desarrolla en un ciclo de tres fases recurrentes, cuya duración e intensidad varían entre diferentes parejas e incluso dentro de una misma relación.

1. Fase de acumulación de tensión: esta etapa se caracteriza por un incremento de la agresión psicológica, cambios de humor impredecibles por parte del agresor e incidentes de maltrato considerados "menores", como empujones o golpes leves (Walker, 1989, p. 697). La víctima, en un esfuerzo por apaciguar a su pareja, suele adoptar una actitud sumisa, ignorar los insultos y minimizar la gravedad de los hechos, atribuyéndolos a factores externos, como “un mal día en el trabajo". Sin embargo, esta estrategia resulta ineficaz, ya que la tensión y la frecuencia de los incidentes aumentan progresivamente. A medida que la tensión escala, la víctima pierde el control que pudo haber tenido al inicio, mientras que el agresor, “debido a la aparente aceptación pasiva que ella hace de su conducta, no intenta controlarse, se cree con derecho a maltratar y constata que es una forma efectiva de conseguir que la mujer se comporte como él desea” (Rincón González, 2003, p. 11). En la etapa final de esta fase, algunas víctimas pueden incluso provocar una confrontación para tener cierto control sobre el momento y lugar de la agresión, buscando así minimizar sus consecuencias.

2. Fase de explosión o incidente de maltrato agudo: cuando la tensión acumulada alcanza un punto crítico, se descarga a través de un episodio de maltrato psicológico, físico o sexual de alta gravedad. Esta fase se distingue por la pérdida total de control del agresor y su naturaleza altamente destructiva. Aunque el agresor pueda intentar justificar su conducta inicialmente, a menudo termina sin comprender la magnitud de sus actos (Walker, 1989, p. 697). El episodio concluye cuando él siente que la víctima "ha aprendido la lección", dejándola severamente

lastimada. Es durante esta fase que se producen los daños físicos más graves, que pueden incluso resultar en la muerte. Esta es la fase más breve del ciclo, con una duración de entre 2 y 24 horas.

3. Fase de arrepentimiento o "luna de miel": tras la explosión, el ciclo entra en una fase de calma caracterizada por la ausencia de tensión. El agresor muestra arrepentimiento, pide perdón y promete que la agresión no se repetirá, comportándose de manera afectuosa y encantadora (Walker, 1989, p. 697). Él genuinamente cree que podrá controlarse en el futuro, mientras que la víctima elige creer en sus promesas y percibe el episodio violento como una pérdida de control momentánea. Ella se aferra a la esperanza de que su pareja cambiará y que sus conductas amorosas actuales reflejan su verdadera personalidad. Según Rincón González (2003), "es en este periodo cuando es más difícil para la mujer tomar la decisión de dejar al agresor" (p. 12), a pesar de que es el momento en que suele tener mayor libertad y contacto con redes de apoyo. La duración de esta fase es variable y su final puede ser abrupto o progresivo, dando paso nuevamente a la acumulación de tensión y reiniciando el ciclo.

Según Walker (1989), las mujeres inmersas en esta dinámica a menudo no perciben la naturaleza cíclica de la violencia, interpretando los actos de agresión y de afecto como eventos aislados y aleatorios dentro de la relación.

2.2.3. Secuelas de la violencia intrafamiliar

Tal y como se mencionó en el apartado anterior, la violencia intrafamiliar es una forma de violencia ejercida en el ámbito familiar o íntimo, que incluye agresiones físicas, psicológicas y sexuales, y "es la principal causa de reducción en la calidad de vida, daño y muerte para la mujer y tiene serios efectos secundarios para la familia, la comunidad y la economía" (Rincón González, 2003, p. 29). Las secuelas de esta violencia pueden ser profundas y duraderas, especialmente cuando no son abordadas de manera oportuna. Tal y como apunta Colque Casas

(2020), la violencia intrafamiliar “se configura como una situación de estrés crónico, generando en la víctima, sentimientos de culpa y sufrimiento” (p. 8), así como otras consecuencias en la salud física y mental, las cuales varían según la frecuencia y severidad del maltrato.

Por ejemplo, en cuanto a secuelas físicas, las mujeres maltratadas pueden experimentar defensas bajas, dolores de cabeza frecuentes, presión arterial alta, problemas gastrointestinales como dolor estomacal, úlceras, gastritis, colitis; así como dolor crónico, fibromialgia, daño articular, enfermedades autoinmunes e incluso tumores cancerígenos o accidentes cardiovasculares (Pereira Retana, 2018; Rincón González, 2003). De igual forma, en el caso de agresiones físicas, pueden presentar secuelas físicas producto de golpes o ataques con armas blancas o de fuego, e incluso la muerte directa, es decir, feminicidio. Asimismo, algunas mujeres pueden presentar abortos debido a golpes o a situaciones de estrés producto de la violencia, o, por el contrario, embarazos no deseados.

En cuanto a secuelas psicológicas o emocionales, según Rincón González (2003), el 60% de las mujeres víctimas de violencia doméstica padecen de problemas psicológicos moderados o graves. La violencia intrafamiliar puede causar síntomas como

> sentimientos de tristeza, ansiedad, inseguridad, invalidez, desamparo, baja autoestima, sentimientos de culpa, frustración y miedo.
>
> …El aislamiento puede generar en la víctima dependencia y privación de apoyo social; el abuso verbal, la intimidación y las amenazas generan intimidación, miedo, ansiedad, terror y sumisión; el abuso emocional (desvalorización, tratar a la persona como una persona inferior, etc.), puede generar inseguridad y baja autoestima; la negación y la culpabilización pueden generar en la víctima inseguridad e indefensión; y el acoso genera intimidación, miedo y ansiedad. (Colque Casas, 2020, p. 8)

Además, pueden experimentar insomnio, fatiga, labilidad emocional, y llegar a desarrollar trastornos de alimentación, trastornos depresivos y de ansiedad, trastornos disociativos, trastorno de estrés postraumático, intentos de suicidio, alcoholismo y drogodependencia (Pereira Retana, 2018; Lazenbatt et al., 2014; Rincón González, 2003).

Las mujeres que han experimentado maltrato intrafamiliar suelen desarrollar patrones de pensamiento disfuncionales sobre ellas mismas y el mundo que las rodea, y sentimientos de minusvalía, pues, "la experiencia del abuso suele destruir el amor propio de la mujer, la pone en un estado de dependencia hacia su agresor y la expone al riesgo de problemas diversos de salud mental" (Pereira Retana, 2018, p. 32). Estos pensamientos disfuncionales o distorsiones cognitivas tales como la negación, la minimización o la disociación (Walker, 1989) les sirven como estrategias de adaptación para sobrevivir a la realidad violenta que viven. Como argumenta Rincón González (2003):

> Una explicación posible al desarrollo de una baja autoestima en las víctimas de violencia doméstica, se relaciona con la tendencia de ellas a culparse por lo sucedido, de manera tal que pierden la capacidad para confiar en sí mismas …A esto pueden sumarse las constantes críticas y descalificaciones a que son sometidas por parte del agresor y el aislamiento que suelen padecer. (p. 39)

Asimismo, muchas víctimas de violencia intrafamiliar llegan a desarrollar trastorno de estrés postraumático, sobre todo en casos de violación y abuso sexual. Tal y como argumenta Pereira Retana (2018), este trastorno tiene como síntomas: "revivir mentalmente el acontecimiento traumático mediante reminiscencias; tratar de evitar todo lo que le recuerde el trauma; quedar emocionalmente en estado de adormecimiento; experimentar dificultades para dormir y concentrarse, pérdidas de memoria y alarmarse o sobresaltarse fácilmente." (p. 33). De

igual forma, existe el llamado "síndrome de la mujer maltratada", denominado así por Walker (1989), el cual comparte la sintomatología del trastorno de estrés postraumático, sumado a otros síntomas como rabia, sentimientos de culpa y rencor, baja autoestima, problemas para establecer relaciones ya sea por codependencia o por evitación, disfunciones sexuales y conductas adictivas (Rincón González, 2003). A su vez, estas mujeres presentan indefensión aprendida, lo cual explica los cambios psicológicos que propician que "elijan" quedarse con su agresor o, más bien, pierdan la confianza en sí mismas y en su capacidad para escapar de la relación violenta. Aunque esto pueda ser percibido como "pasividad", Walker (1989, pp. 697-698) considera que más bien se debe al alto desarrollo de *coping skills* o mecanismos para lidiar con la violencia ya mencionados anteriormente, que, aunque nocivos para su salud física y mental a largo plazo, son altamente efectivos en lo inmediato.

Debido a la indefensión aprendida y a la violencia psicológica ejercida por el agresor, la víctima desarrolla dependencia hacia éste. Esta dependencia emocional, en palabras de Pereira Retana (2018), consiste en "la necesidad afectiva extrema que una persona siente hacia otra. No obstante, en su carácter crónico, quien depende emocionalmente presenta como una de sus características que no puede soportar la soledad" (p. 32). Sin embargo, al mismo tiempo que tienen esta relación de dependencia, se sienten solas, debido al aislamiento consecuencia del maltrato, lo cual las priva de relaciones sociales que puedan brindar soporte emocional o ayuda para salir de la relación abusiva (Lazenbatt et al., 2014, p. 18), pues, los efectos del aislamiento a largo plazo crean una dependencia mucho más profunda, que puede verse reflejada en falta de habilidades laborales, redes de apoyo mínimas o inexistentes y dependencia económica.

En el contexto de mujeres adultas mayores, las secuelas de este tipo de violencia incluyen incrementos significativos en los síntomas de depresión, deterioro del bienestar mental general y

persistencia de malestar psicológico incluso años después del abuso (Lazenbatt et al., 2014). Estas secuelas se acumulan con otras pérdidas vitales, como la viudez, el retiro laboral, el deterioro físico y el alejamiento de la familia, lo cual puede agravar la sintomatología. Colque Casas (2020) señala que muchas de ellas no hayan recibido atención psicológica al ocurrir los hechos aumenta la probabilidad de que persistan efectos emocionales debilitantes en su vejez.

Estas emociones producto de las secuelas del maltrato están arraigadas desde hace décadas, sin verbalizarse ni resignificarse, por lo tanto, son crónicas y afectan la calidad del vínculo que los residentes establecen consigo mismos y con el entorno. Asimismo, la expresión emocional restringida, común en contextos institucionales como los hogares de ancianos, refuerza el sufrimiento en silencio y limita las oportunidades de catarsis o conexión empática.

En particular, las mujeres adultas mayores han vivido bajo contextos socioculturales marcados por el patriarcado, el silencio y la invisibilización del sufrimiento emocional (Pereira Retana, 2018), lo cual las hace especialmente vulnerables a manifestar secuelas psicológicas por experiencias de violencia vividas a lo largo de su vida. En esta etapa, tales heridas no sanadas pueden emerger con fuerza, manifestándose en síntomas como tristeza profunda, culpa, desesperanza, baja autoestima y aislamiento.

Una vez identificadas las secuelas psicológicas, es necesario analizar los patrones cognitivos que las mantienen y las necesidades psicológicas subyacentes en estas mujeres. Desde el modelo cognitivo-conductual, los pensamientos automáticos negativos, las creencias disfuncionales y los esquemas centrales influyen directamente en las emociones y conductas que presenta una persona (Beck, 2006). En el caso de las mujeres adultas mayores víctimas de violencia, se identifican esquemas dominados por creencias como: “No valgo lo suficiente”, “Nadie me cuida”, “Estoy sola”, “Es mi culpa lo que me pasó”, o “Ya no tengo solución”.

Al mismo tiempo, se observa una necesidad profunda de reconocimiento emocional, escucha activa y validación afectiva. El deseo de ser vistas, comprendidas y acompañadas en su proceso de envejecimiento es una necesidad psicológica legítima y postergada. Además, muchas de estas mujeres requieren estrategias de afrontamiento adaptativas, que les permitan reemplazar el pensamiento rumiativo por procesos de resignificación, autocuidado y compasión hacia su propia historia.

2.3. Terapia cognitivo- conductual

El modelo cognitivo-conductual (TCC) surge en la segunda mitad del siglo XX, en las décadas de los años 60 y 70, con exponentes como Beck, Ellis, Grieger, Mahoney, Meichenbaum, Rush, entre otros (Ramallo, 1981). Este modelo

> trata de aunar los resultados experimentales, observacionales y clínicos obtenidos por Ia psicología científica en las últimas décadas, bajo el viejo supuesto de que los procesos cognitivos juegan un importante papel y merecen una investigación precisa tanto por sí mismos ...como por su poder causal en el cambio de conducta. (Ramallo, 1981, p. 94)

Se centra en la identificación y modificación de pensamientos automáticos negativos, que influyen significativamente en las emociones y conductas de los individuos.

En la década de 1960, Aaron Beck desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento breve y estructurado "centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales" (Beck, 2006, p. 17). Al principio este modelo fue usado para tratar la depresión, pero posteriormente fue adaptado para otros trastornos y para diversas poblaciones (Beck, 2006). De forma paralela, Albert Ellis introdujo la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), cuyo fundamento radica en la detección y confrontación de creencias irracionales que generan malestar emocional. Ellis

(1963, p. 36) propuso que las perturbaciones psicológicas o emocionales son en gran parte resultado de pensamientos ilógicos o irracionales, y, el malestar puede ser reducido si se eliminan o disminuyen estos pensamientos. El rol del terapeuta es trabajar con el paciente para mostrarle que su malestar es producto de pensamientos ilógicos y percepciones distorsionadas, y así ayudarle a reordenar sus percepciones y reorganizar su pensamiento.

Es a partir de estos aportes que la TCC se consolidó como un enfoque terapéutico empíricamente validado para el abordaje de múltiples trastornos psicológicos, entre ellos la depresión, los trastornos de ansiedad y el estrés postraumático.

Beck (2006) fundamenta la TCC en diez principios:

1. La terapia cognitiva está fundamentada en los problemas del paciente planteados en términos cognitivos.
2. Requiere de una alianza terapéutica sólida entre paciente y terapeuta.
3. Enfatiza la participación y la colaboración.
4. Se centra en problemas determinados y se orienta hacia objetivos.
5. Está centrada en el presente.
6. Está enfocada en la prevención de recaídas y tiene carácter educativo.
7. Es limitada en el tiempo.
8. Las sesiones son estructuradas.
9. Ayuda a identificar pensamientos y comportamientos disfuncionales, evaluarlos y actuar sobre ellos.
10. Hace uso de técnicas que ayuden a cambiar pensamientos, conductas y emociones.

Investigaciones posteriores, como la de Cox y D'Oyley (2011), han evidenciado que la TCC es adaptable a personas adultas mayores, y puede ser orientada hacia la resignificación de experiencias pasadas, la reestructuración de pensamientos disfuncionales y el fortalecimiento de la autoestima.

2.3.1. Técnicas de intervención cognitivo-conductuales

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se fundamenta en un conjunto de técnicas orientadas a modificar pensamientos desadaptativos y conductas problemáticas, promoviendo así el bienestar psicológico.

a) Reestructuración cognitiva

En el marco de la terapia cognitivo-conductual (TCC), una de las técnicas más relevantes es la reestructuración cognitiva, la cual se refiere al proceso mediante el cual los individuos aprenden a identificar y modificar pensamientos automáticos negativos y creencias irracionales, promoviendo interpretaciones más adaptativas de su experiencia vital (Cox y D'Oyley, 2011, p. 349). Esta se centra en identificar y modificar pensamientos distorsionados vinculados a la culpa, la baja autoestima y las creencias negativas sobre sí mismas. Beck (2006) explica que la reestructuración cognitiva constituye el núcleo de la TCC, dado que permite sustituir interpretaciones irracionales por percepciones más realistas y adaptativas.

b) Psicoeducación

La psicoeducación es una estrategia terapéutica que busca informar y enseñar a las personas sobre su condición emocional, síntomas, consecuencias y formas de manejo, con el fin de empoderarlas y mejorar su bienestar psicológico. Como señala Rosas Santiago (2015), es

> un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y sumariza información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y

> óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. (p. 31)

Esta intervención puede realizarse de manera individual o grupal y constituye un primer paso dentro de un proceso terapéutico cognitivo-conductual.

c) Entrenamiento en habilidades sociales

Otra técnica fundamental es el entrenamiento en habilidades sociales, el cual es "un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales" (Ruiz Fernández et al., 2012, p. 292). Además de fortalecer la capacidad de expresar necesidades y establecer límites. Ha demostrado eficacia en la reducción de la ansiedad social y en el fortalecimiento de la autoestima.

d) Técnicas de relajación y respiración

Las técnicas de relajación y respiración también se constituyen como recursos claves, ya que permiten disminuir la activación fisiológica relacionada con el estrés y la ansiedad. Ruiz Fernández et al. (2012) explican: "el control respiratorio puede contribuir a modular voluntariamente la acción del sistema nervioso autónomo e incrementar el tono vagal reduciendo la sobreactivación simpática que se produce en situaciones de estrés" (p. 264).

Las técnicas de control de la respiración representan el método más antiguo documentado para la reducción de los niveles de activación fisiológica. Su origen se remonta a las prácticas de meditación orientales, mientras que, en el contexto occidental, su relevancia se ha reconocido principalmente en conjunto con las técnicas de relajación y *mindfulness* (Ruiz Fernández et al., 2012). Tiene como objetivo enseñar a la persona a optimizar la capacidad funcional de sus pulmones y regular su ritmo respiratorio natural. Se busca que el individuo adquiera un control

voluntario sobre su respiración, de manera que pueda aplicarlo de forma consciente en situaciones que alteren su patrón respiratorio normal. Al lograr una respiración diafragmática y un ritmo lento y controlado, se produce una disminución significativa de la activación fisiológica y psicológica, lo que a su vez induce una sensación de tranquilidad y bienestar que reduce el malestar emocional.

e) Exposición imaginaria

Según Echeburúa et al. (2011), esta técnica "consiste en la exposición repetida a los estímulos (supuestamente) condicionados sin la presencia de los estímulos incondicionados aversivos y da por resultado, en última instancia, la desaparición de la respuesta (supuestamente) condicionada" (p. 262). Existe exposición imaginaria y exposición en vivo. En el caso de la exposición imaginaria, ésta se usa cuando la exposición en vivo es de difícil aplicación, como en el caso de ciertas fobias o en el estrés postraumático.

La exposición en modalidad imaginaria o narrativa resulta valiosa para procesar y resignificar experiencias traumáticas, disminuir la intensidad emocional de los recuerdos dolorosos y reducir los síntomas asociados al trauma.

f) Activación conductual

Finalmente, la activación conductual se considera una técnica eficaz para contrarrestar el aislamiento y los síntomas depresivos.

> Como premisa fundamental establece que determinadas situaciones —y la respuesta de los sujetos a esas— reducen la posibilidad de refuerzo desde el entorno. Por eso, las técnicas de tratamiento se dirigen a incrementar de forma sistemática la activación y a bloquear la evitación, a fin de que los sujetos logren un mayor contacto con las fuentes de recompensa.

> Se emplea como estrategia fundamental la monitorización a través de registros de actividades, la jerarquización de tareas y su programación. (Barraca Mairal, 2009, p. 33)

De esta forma, la activación conductual fomenta la participación en actividades gratificantes, incrementando el contacto con experiencias positivas que fortalecen el bienestar y la integración social.

2.3.2. La TCC en el abordaje de las secuelas de la violencia intrafamiliar

En contextos de violencia intrafamiliar, la TCC ha demostrado ser efectiva para trabajar con víctimas, pues, como argumentan González y Ramos (2025), "un enfoque integral, basado en la terapia cognitivo-conductual, puede no solo reducir la severidad de los síntomas, sino también empedrar a las personas en situaciones de vulnerabilidad" (p. 35). La TCC y sus respectivas técnicas han probado ser eficaces para la adquisición de herramientas para enfrentar las dinámicas de abuso, disminuir los síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático, cambiar patrones de pensamiento negativos (culpa, inutilidad, desesperanza, indefensión, falta de confianza en sí mismas) (Mera Vallejos y Ríos Vílchez, 2018; Rincón González, 2003), desarrollar motivación y autoconfianza, retomar actividades, establecer o retomar relaciones con otras personas, y reducir síntomas físicos como la fatiga y la tensión muscular (González y Ramos, 2025).

De igual forma, existe suficiente evidencia empírica que demuestra que la TCC es eficaz para el alivio de las secuelas de la violencia sexual en específico, ya que, como exponen Granda Gonzaga y Hernández Rodríguez (2021), este modelo tiene un impacto positivo en la reducción de síntomas ansiosos y depresivos, así como aquellos propios del estrés postraumático, convirtiéndose en uno de los enfoques más utilizados y recomendados. Las técnicas de desactivación fisiológica, psicoeducación, activación conductual, exposición imaginaria y en

vivo, el control de estímulos y técnicas cognitivas probaron ser particularmente eficaces para el tratamiento de los síntomas producto de violencia sexual.

Por otro lado, la aplicación de la TCC en modalidad grupal para tratar las secuelas de la violencia intrafamiliar es una estrategia útil, sobre todo en contextos institucionales como los hogares de ancianos, pues

> comprende un proceso que desplaza el problema individual hacia lo grupal, en donde a través de la interacción y las narraciones de los miembros les permite darse cuenta que otros también tienen similares problemas o conflictos, de tal forma poder reconstruir las realidades de los participantes, ya que es un espacio terapéutico que da la apertura a ver, pensar y sentir una visión social diferente a la conocida en el espacio familiar.
>
> (Villamarín Rodríguez y García Pazmiño, 2019, p. 49)

Al trabajar a la vez con varias personas, se genera apoyo mutuo, validación emocional y sentido de pertenencia. Además, se facilita el aprendizaje vicario, la identificación de patrones comunes y la práctica de habilidades emocionales en un entorno seguro.

En el caso de las mujeres adultas mayores víctimas de violencia doméstica, el trabajo grupal puede fomentar la apertura emocional, la identificación con otras historias, el empoderamiento colectivo y la resignificación de la experiencia de vejez como una etapa de recuperación emocional, y no como un cierre resignado o pasivo. Para ellas la TCC ofrece un camino hacia la sanación emocional, incluso en una etapa de vida donde muchas veces se considera que ya no es posible el cambio o la transformación personal.

Muchas de las mujeres adultas mayores víctimas de violencia doméstica, han vivido en silencio su dolor, sin poder compartirlo ni escucharlas de manera empática. Crear un espacio terapéutico seguro, donde puedan hablar acerca de sus historias sin temor al juicio y ser

reconocidas como sujetas valiosas, constituye en sí mismo un acto de reparación psicológica. Esta expresión emocional facilita la catarsis, el procesamiento de experiencias traumáticas y la resignificación de vivencias pasadas desde una mirada compasiva.

2.4. El Hogar de Ancianos Los Santos

La Asociación Hogar de Ancianos Los Santos, en el barrio Santa Cecilia, en San Marcos de Tarrazú, Zona De los Santos, es un centro de larga estancia que atiende a las necesidades de adultos mayores. Se fundó en 1978 por iniciativa de la propia comunidad y actualmente alberga a 62 adultos mayores (26 mujeres y 36 hombres) que reciben apoyo en distintas áreas de su vida, como la salud, la nutrición, la terapia física y ocupacional, para brindar la mejor calidad de vida posible.

Capítulo III: Marco Metodológico

3. 1 Enfoque de la Investigación

La presente investigación adopta un enfoque cuantitativo, el cual "se fundamenta en la medición de las características de los fenómenos, lo cual supone derivar de un marco conceptual pertinente al problema analizado, una serie de postulados que expresen relaciones entre las variables estudiadas de forma deductiva" (Bernal Torres, 2010, p. 60). Este enfoque es el más adecuado para el estudio, puesto que permitirá medir de manera objetiva las secuelas psicológicas asociadas a la violencia intrafamiliar en mujeres adultas mayores residentes en el

Hogar de Ancianos Los Santos, así como evaluar de forma sistemática los efectos de una intervención cognitivo-conductual diseñada para esta población.

Con un enfoque cuantitativo, la investigación está dentro del paradigma positivista. Como asegura Monje Álvarez (2011): “lo que importa para el positivismo es la cuantificación, la medición. A través de cuantificar y medir una serie de repeticiones, es que se llega a formular las tendencias” (p. 12). Este paradigma permite que los resultados obtenidos mediante instrumentos estandarizados, como cuestionarios con preguntas cerradas, puedan ser analizados estadísticamente, garantizando validez, confiabilidad y replicabilidad de los hallazgos.

De esta manera, el enfoque cuantitativo se relaciona directamente con los objetivos de la investigación: identificar las principales secuelas psicológicas derivadas de experiencias de violencia intrafamiliar, determinar cómo los pensamientos disfuncionales afectan el bienestar emocional y, finalmente, establecer un marco de referencia para el diseño de una propuesta de intervención cognitivo-conductual basada en evidencia empírica, que pueda ser evaluada de manera objetiva y sistemática (Hernández et al., 2014), lo que permite sustentar las decisiones metodológicas del estudio y garantizar la rigurosidad en la recolección y análisis de los datos.

3.2 Método de la Investigación

En cuanto al diseño, el estudio se desarrollará bajo un diseño no experimental, el cual “recolecta datos en forma pasiva sin introducir cambios o tratamientos” (Monje Álvarez, 2011, p. 24). Es de tipo descriptivo, cuyo propósito es “indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población” (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 155), pero sin manipular variables ni intervenir. Este diseño es relevante para la investigación, ya que permitirá medir objetivamente los síntomas emocionales, cognitivos y conductuales de las participantes,

así como identificar tendencias y frecuencias que fundamenten el desarrollo de una propuesta de intervención cognitivo-conductual.

3.3 Fuentes de Información

Para la presente investigación, las fuentes de información se seleccionaron con el objetivo de fundamentar teórica y empíricamente el estudio sobre las secuelas psicológicas de la violencia intrafamiliar en mujeres adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, San Marcos de Tarrazú.

3.3.1 Fuentes primarias

Como señalan Hernández Sampieri et al. (2014), las fuentes primarias "proporcionan datos de primera mano, pues se trata de documentos que incluyen los resultados de los estudios correspondientes" (p. 61). Por tanto, se consideran fuentes primarias los datos obtenidos directamente a través de la aplicación del cuestionario dirigido a las mujeres adultas mayores residentes en el Hogar de Ancianos Los Santos. Esta herramienta permitió recopilar información original y específica sobre las secuelas emocionales y cognitivas de los participantes y sus necesidades psicológicas actuales, de modo que las respuestas constituyen la base fundamental para formular la propuesta de intervención.

3.3.2 Fuentes secundarias

Las fuentes secundarias incluyen literatura científica, estudios académicos, artículos revisados por pares, libros especializados y documentos oficiales (Bernal Torres, 2010) que abordan temas relacionados con la violencia doméstica, el envejecimiento, la salud mental en la vejez y la terapia cognitivo-conductual. Asimismo, informes y estadísticas nacionales, como los

proporcionados por el Poder Judicial de Costa Rica y otros organismos oficiales, que sustentan el contexto legal y social de la problemática. Este tipo de fuentes respalda el marco teórico, la justificación y el diseño metodológico de la investigación.

3.4 Población

En una investigación, se entiende por población o universo al conjunto completo de individuos u objetos que poseen características comunes y sobre los cuales se pretende generalizar los resultados de un estudio (Monje Álvarez, 2011, p. 25). En el presente estudio, la población objeto de investigación está constituida por mujeres adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, ubicado en San Marcos de Tarrazú, quienes han referido experiencias de violencia intrafamiliar y presentan posibles secuelas emocionales no intervenidas. La identificación de esta población es fundamental para orientar la recopilación de datos y el diseño de estrategias de intervención cognitivo-conductual adaptadas a sus necesidades específicas.

3.4.1 Muestra

Una muestra es "la parte de la población que se selecciona, de la cual realmente se obtiene la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuarán la medición y la observación de las variables objeto de estudio" (Bernal Torres, 2010, p. 161).

Para esta investigación, la muestra estará conformada por 12 mujeres adultas mayores, lo que representa el 46.15% de la población total femenina de 26 mujeres residentes del Hogar de Ancianos Los Santos en San Marcos de Tarrazú.

El método de muestreo es no probabilístico, el cual permite seleccionar participantes con criterios de inclusión y disponibles para participar en la investigación (Hernández-Sampieri et

al., 2014). Este tipo de muestreo resulta pertinente en contextos donde la población es limitada o se requiere de características particulares para el estudio.

3.4.2 Criterios de inclusión

- Mujeres adultas mayores residentes permanentes en el Hogar de Ancianos Los Santos, en San Marcos de Tarrazú.
- Ser sobrevivientes de violencia intrafamiliar.
- Presentar secuelas psicológicas no tratadas, como ansiedad, tristeza, culpa o baja autoestima.
- Mostrar disposición para participar voluntariamente en la investigación y firmar consentimiento informado.

3.4.3 Criterios de exclusión

- Mujeres adultas mayores que no residan de manera permanente en el Hogar de Ancianos Los Santos.
- Mujeres que no hayan experimentado situaciones de violencia intrafamiliar.
- Presentar deterioro cognitivo severo diagnosticado que impida responder a la encuesta estructurada y poder colaborar con la investigación.
- No desear participar de la investigación.

3.5 Variables

En una investigación, una variable es “una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse” (Hernández Sampieri, et al., 2014, p. 105). Es decir, las variables se entienden como las características, propiedades o condiciones que pueden medirse, manipularse o analizarse para establecer relaciones entre ellas, con el fin de responder a los objetivos planteados y generar conocimiento científico. La identificación y definición clara de las variables es fundamental para organizar el estudio, seleccionar los instrumentos adecuados y determinar el tipo de análisis que se realizará.

En el presente estudio, la variable dependiente son las técnicas de terapia cognitivo-conductual. Esta variable refleja el efecto esperado de la intervención cognitivo-conductual sobre las mujeres adultas mayores participantes, permitiendo evaluar cómo los procesos terapéuticos inciden en su calidad de vida y en la percepción de sí mismas.

La variable independiente es secuelas emocionales derivadas de experiencias de violencia doméstica, las cuales repercuten en la vida diaria y afectan directamente el bienestar psicológico de las mujeres adultas mayores.

Tabla 1

Variable 1: Secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar.

Definición conceptual	**Definición operacional**	**Definición instrumental (Cuestionario)**
La violencia intrafamiliar es una forma de abuso ejercido en el ámbito familiar o íntimo.	**Indicadores de conducta depresiva:**	

Es considerada como violencia doméstica todo acto "que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad" (Organización Panamericana de la Salud, 2025, párr. 1). La violencia intrafamiliar puede causar síntomas como sentimientos de tristeza, ansiedad, inseguridad, invalidez, desamparo, baja autoestima, sentimientos de culpa, frustración y miedo. El aislamiento puede generar en la víctima dependencia y privación de apoyo social; el abuso verbal, la intimidación y las amenazas generan	**Aislamiento social:** El aislamiento consecuencia del maltrato priva a las víctimas de relaciones sociales que puedan brindar soporte emocional o ayuda para salir de la relación abusiva (Lazenbatt et al., 2014, p. 18), ya que los efectos del aislamiento a largo plazo crean una dependencia mucho más profunda, que puede verse reflejada en falta de habilidades laborales, redes de apoyo mínimas o inexistentes y dependencia económica. **Cambios en los hábitos de sueño:** La violencia intrafamiliar puede tener como consecuencia insomnio y otras alteraciones de sueño (Pereira Retana, 2018; Lazenbatt et al., 2014; Rincón González, 2003), las cuales	**Preguntas sobre aislamiento social:** 4, 9 y 17 **Preguntas sobre cambios en los hábitos de sueño:** 20

intimidación, miedo, ansiedad, terror y sumisión; el abuso emocional (desvalorización, tratar a la persona como una persona inferior, etc.), puede generar inseguridad y baja autoestima; la negación y la culpabilización pueden generar en la víctima inseguridad e indefensión; y el acoso genera intimidación, miedo y ansiedad. (Colque Casas, 2020, p. 8) Además, pueden experimentar insomnio, fatiga, labilidad emocional, y llegar a desarrollar trastornos de alimentación, trastornos depresivos y de ansiedad, trastornos disociativos, trastorno de estrés postraumático, intentos de	pueden ser manifestaciones de episodios depresivos. **Cambios en los hábitos de alimentación:** La violencia doméstica puede provocar pérdida o aumento del apetito, lo que puede llevar a cambios significativos en los hábitos alimenticios (Pereira Retana, 2018). **Indicadores de malestar emocional** **Tristeza prolongada:** El 60% de las mujeres víctimas de violencia doméstica padecen de problemas psicológicos moderados o graves (Rincón González, 2003). La violencia intrafamiliar puede causar síntomas como "sentimientos de tristeza, ansiedad, inseguridad, invalidez, desamparo, baja autoestima, sentimientos de culpa,	**Preguntas sobre cambios en los hábitos de alimentación:** 21 y 22 **Preguntas sobre indicador de malestar emocional:** 2 y 25 **Preguntas sobre Tristeza prolongada:** 7, y 19

suicidio, alcoholismo y drogodependencia (Pereira Retana, 2018; Lazenbatt et al., 2014; Rincón González, 2003).	frustración y miedo" (Colque Casas, 2020, p. 8). **Baja autoestima:** "Una explicación posible al desarrollo de una baja autoestima en las víctimas de violencia doméstica, se relaciona con la tendencia de ellas a culparse por lo sucedido, de manera tal que pierden la capacidad para confiar en sí mismas" (Rincón González, 2003, p. 39): **Preocupación constante:** La preocupación excesiva es un síntoma frecuente en las mujeres víctimas de maltrato que puede contribuir a un malestar emocional significativo: "el abuso emocional (desvalorización, tratar a la persona como una persona inferior, etc.), puede generar inseguridad y baja autoestima; la	**Preguntas sobre Baja autoestima:** 3 **Pregunta sobre Preocupación constante:** 18

	negación y la culpabilización pueden generar en la víctima inseguridad e indefensión; y el acoso genera intimidación, miedo y ansiedad" (Colque Casas, 2020, p. 8).	

Tabla 2

Variable 2: Técnicas de intervención cognitivas- conductuales

Definición conceptual	**Definición operacional**	**Definición instrumental (Cuestionario)**
La terapia cognitiva conductual se define como un tratamiento breve y estructurado "centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales" (Beck, 2006, p. 17). Las	**Reestructuración cognitiva:** Se refiere al proceso mediante el cual los individuos aprenden a identificar y modificar pensamientos automáticos negativos y creencias irracionales, promoviendo interpretaciones más adaptativas de su experiencia vital (Cox y D'Oyley, 2011, p. 349). Esta se	**Preguntas sobre reestructuración cognitiva:** 7 y 8

técnicas de intervención cognitivo-conductuales se fundamentan en la interrelación entre pensamientos, emociones y conductas, planteando que las distorsiones cognitivas y los patrones de pensamiento disfuncionales influyen en el malestar emocional y en las conductas problemáticas. El enfoque de la terapia cognitivo-conductual (TCC) busca, a través de técnicas estructuradas, identificar, cuestionar y reestructurar creencias negativas, promoviendo respuestas emocionales y conductuales más adaptativas (Beck, 2006).	centra en identificar y modificar pensamientos distorsionados vinculados a la culpa, la baja autoestima y las creencias negativas sobre sí mismas (Beck, 2006) **Psicoeducación:** La psicoeducación es una estrategia terapéutica en la cual "el facilitador detalla y sumariza información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y optimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema" (Rosas Santiago, 2015, p. 31) con el fin de empoderarlas y mejorar su bienestar psicológico.	**Preguntas sobre psicoeducación:** 1, 5, 6, 15 y 16

	Técnicas de relajación y respiración: Ruiz Fernández et al. (2012) explican: "el control respiratorio puede contribuir a modular voluntariamente la acción del sistema nervioso autónomo e incrementar el tono vagal reduciendo la sobreactivación simpática que se produce en situaciones de estrés" (p. 264). **Entrenamiento en habilidades sociales:** Es "un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales" (Ruiz Fernández et al., 2012, p. 292). **Exposición imaginaria** Esta técnica "consiste en la exposición repetida a los	**Preguntas sobre técnicas de relajación y respiración:** 23 y 24 **Preguntas sobre entrenamiento en habilidades sociales:** 9 y 10 **Preguntas sobre Exposición imaginaria:** 11 y 12

	estímulos (supuestamente) condicionados sin la presencia de los estímulos incondicionados aversivos y da por resultado, en última instancia, la desaparición de la respuesta (supuestamente) condicionada" (Echeburúa et al., 2011, p. 262). Permite disminuir la intensidad emocional de los recuerdos dolorosos y reducir los síntomas asociados al trauma. **Activación conductual** Tiene como objetivo incrementar de forma sistemática la activación y a bloquear la evitación, a fin de que los sujetos logren un mayor contacto con las fuentes de recompensa. …Se emplea como estrategia fundamental la monitorización a través de registros de actividades, la jerarquización de tareas y su	**Preguntas sobre Activación conductual:** 13 y 14

	programación. (Barraca Mairal, 2009, p. 33)	

3.6 Instrumentos

Los instrumentos de recolección de datos en investigación permiten obtener información precisa y confiable para el análisis del objeto de estudio. La técnica se refiere al procedimiento o estrategia empleada para recopilar la información, mientras que el instrumento corresponde al medio específico con el cual se recoge dicha información. (Hernández Sampieri et al., 2014).

En este estudio, la técnica seleccionada fue la entrevista estructurada, aplicada individualmente a las diez participantes voluntarias, residentes del Hogar los Santos, San Marcos de Tarrazú. Como instrumento, se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas, diseñado para evaluar las secuelas psicológicas derivadas de la violencia intrafamiliar. El cuestionario consta con preguntas distribuidas en dimensiones relacionadas con autoestima, secuelas psicológicas tras la violencia intrafamiliar, así como percepción de estabilidad emocional. Según Arias (2012), los cuestionarios son instrumentos estandarizados que permiten obtener datos comparables y medir de manera objetiva las variables de interés, facilitando así la sistematización y el análisis de la información en los procesos de investigación.

3.6.1. Validación del instrumento

El proceso de validación del instrumento se realiza mediante una revisión, corrección y análisis de tres expertos. Al respecto Robles y Rojas (2015) indican que “validez y fiabilidad son los dos criterios de calidad que debe reunir todo instrumento de medición tras ser sometido a la consulta y al juicio de expertos con el objeto de que los investigadores puedan utilizarlo en sus estudios” (p. 2) El instrumento validado se encuentra en el apéndice 3.

El cuestionario fue sometido al estudio de tres personas expertas en el campo de la psicología:

- MPs. Nancy Román González, con 20 años de trayectoria profesional en educación, psicología clínica y psicología laboral. Además, posee 15 años de experiencia en la docencia universitaria y 5 años en la dirección de Trabajos de Graduación (TFG). Su formación académica incluye una Licenciatura en Psicología, un Bachillerato en Administración en Recursos Humanos, Bachillerato en Trabajo Social y una Maestría Profesional en Psicología Laboral (Universidad Monterrey).
- Luis Márquez Zúñiga, licenciado en Psicología con énfasis en Modificación de la Conducta de profesión, con 13 años de experiencia trabajando en el sector privado en el área de Recursos Humanos.
- Michell González Duno, licenciado en Psicología con énfasis en Modificación de la Conducta, con veinte años de experiencia laboral en el área de Recursos Humanos y quince años de experiencia en docencia Universitaria a nivel de Pregrado y Postgrado.

3.7 Proceso para la Recolección de Datos

La recolección de datos se lleva a cabo de manera sistemática, con una planeación previa, siguiendo los lineamientos éticos y metodológicos establecidos para la investigación. Como afirman Hernández Sampieri et al. (2014), la recolección de datos "se fundamenta en la medición ...se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica. Para que una investigación sea creíble y aceptada por otros investigadores, debe demostrarse que se siguieron tales procedimientos" (p. 5).

Para la presente investigación, en primera instancia, se contactó a las encargadas del hogar, para pedir autorización de investigar en el Hogar Los Santos, en San Marcos de Tarrazú. Luego, se informó a las participantes de los objetivos del estudio, la confidencialidad de la información y su derecho a retirarse en cualquier momento, asegurando su consentimiento informado por escrito.

Posteriormente, se aplicaron las entrevistas estructuradas de manera individual, en un ambiente seguro y privado en el Hogar Los Santos, San Marcos de Tarrazú, garantizando la comodidad y tranquilidad de cada participante.

Capítulo IV: Análisis De Resultados

El análisis de los datos se realizó siguiendo un enfoque cuantitativo, para identificar patrones y tendencias en las respuestas de los participantes. Se usó la estadística descriptiva básica como método de análisis. Este proceso metodológico aseguró que la información recopilada fuera confiable, válida y relevante para los objetivos del estudio, contribuyendo así al desarrollo de estrategias de intervención cognitivo-conductuales efectivas, acordes con el propósito de promover el bienestar emocional y la modificación de patrones conductuales producto de las secuelas de la violencia intrafamiliar en la población participante.

Las 12 participantes de la muestra, correspondientes al 46.15% de la población femenina residente de la institución, respondieron las preguntas del instrumento el martes 30 de setiembre del 2025 en las instalaciones del Hogar de Ancianos Los Santos. Las 25 preguntas que constituyen el instrumento responden a las 2 variables de la investigación: “Secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar” (variable 1) y “Técnicas de intervención cognitivas-conductuales” (variable 2).

4.1. Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar

Tal y como se presentó en el marco teórico, las secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar afectan la calidad de vida de las víctimas y pueden incluir diferentes dimensiones dentro de las cuales se encuentran problemas de autoestima, síntomas depresivos o tristeza prolongada, preocupación constante, problemas alimentarios y de sueño, y malestar emocional general. Aquí se analizan los datos recopilados para cada una de estas dimensiones.

4.1.1 Aislamiento social

Tabla 3

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de aislamiento social. Preguntas 4, 9 y 17.

Pregunta	**Frecuencia**		**Porcentaje**	
	Sí	**No**	**Sí**	**No**
4. ¿Se sintió aislada o controlada emocionalmente por algún familiar en su hogar?	11	1	91.7%	8.3%
9. ¿Se sintió capaz de expresar sus necesidades o emociones frente a otras personas durante esa época?	0	12	0.0%	100.0%
17. ¿Recibió apoyo emocional de alguien cercano cuando se sintió mal o insegura?	2	10	16.7%	83.3%

Figura 1

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de aislamiento social.

Pregunta 4.



Figura 2

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de aislamiento social.

Pregunta 9.

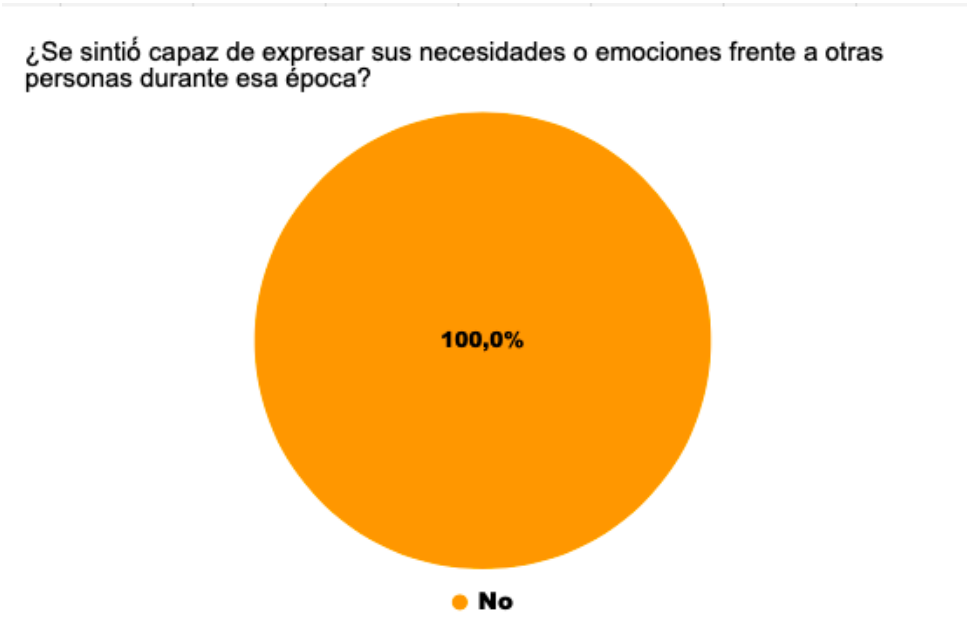


Figura 3

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de aislamiento social. Pregunta 17.



La dimensión de aislamiento social emergió como una secuela predominante. Un 91.7% de las participantes reportó haberse sentido aislada o controlada emocionalmente por un familiar, mientras que el 100.0% de la muestra indicó no sentirse capaz de expresar sus necesidades o emociones. De igual manera, un 83.3 % asegura no haber recibido apoyo emocional de ninguna persona en su entorno.

Los resultados evidencian un patrón de coerción psicológica en el entorno doméstico. El aislamiento reportado por las participantes se vio reforzado por una marcada inhibición emocional, ya que las encuestadas no pudieron expresar sus emociones ni pensamientos, lo cual sugiere un cuadro de desconexión social forzada, una táctica de control común en dinámicas de

violencia (Pereira Retana, 2018). La falta de redes de apoyo externas es igualmente notoria, ya que el aislamiento al que estuvieron sometidas las privó de relaciones sociales que pudieran brindarles soporte emocional o ayuda para salir de la relación abusiva (Lazenbatt et al., 2014, p. 18), ya que los efectos del aislamiento a largo plazo crean una dependencia hacia su agresor mucho más profunda.

4.1.2 Cambios en hábitos de sueño y de alimentación

Tabla 4

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de cambios en los hábitos de sueño. Pregunta 20.

Pregunta	Frecuencia		Porcentaje	
	Sí	**No**	**Sí**	**No**
20. ¿Padeció o ha padecido de insomnio, problemas para dormir o dormir demasiado?	9	3	75.0%	25.0%

Figura 4

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de cambios en los hábitos de sueño. Pregunta 20.

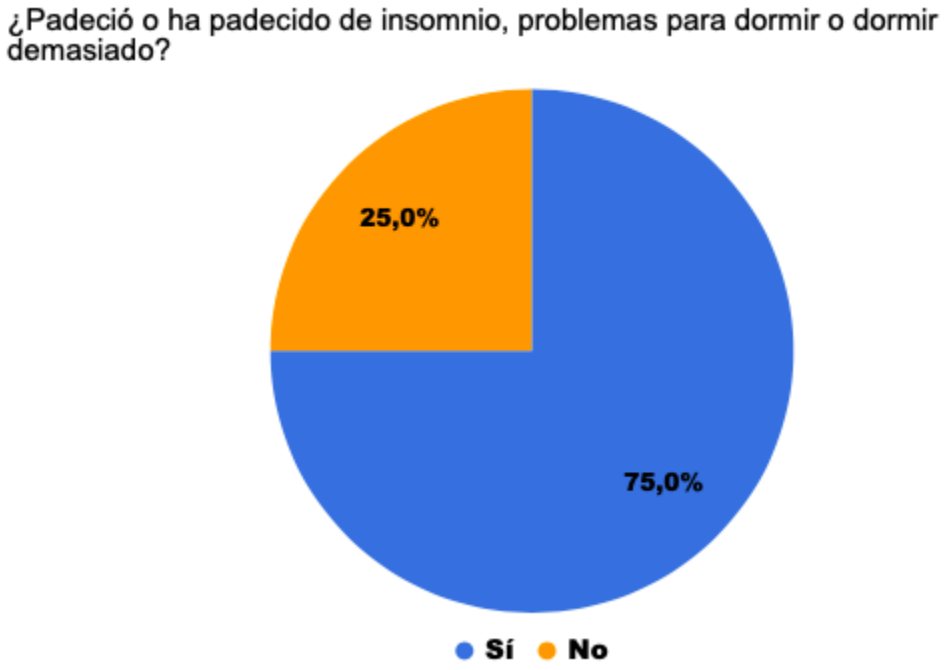


Tabla 5

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de cambios en los hábitos de alimentación. Preguntas 21 y 22.

Pregunta	Frecuencia		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No

21. ¿Ha dejado de comer cuando se sentía mal emocionalmente: triste, nerviosa, angustiada, enojada?	7	5	58.3%	41.7%
22. ¿Ha comido compulsivamente, en exceso, sin poder parar cuando se sentía mal emocionalmente: triste, nerviosa, angustiada, enojada?	4	8	33.3%	66.7%

Figura 5

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de cambios en los hábitos de alimentación. Pregunta 21.



Figura 6

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de cambios en los hábitos de alimentación. Pregunta 22.



En lo que respecta a las alteraciones fisiológicas y conductuales, los cambios en los hábitos de sueño y alimentación fueron significativos. El 75.0% de las participantes manifestó haber padecido o padecer insomnio o hipersomnia. En cuanto a la alimentación, se observaron patrones de desregulación emocional: un 58.3% reconoció haber restringido su ingesta alimentaria como respuesta a estados emocionales negativos, mientras que un 33.3% reportó episodios de ingesta compulsiva.

Los cambios en los hábitos de sueño son un indicador somático clásico de estrés crónico y malestar psicológico producto de la violencia intrafamiliar: el insomnio es uno de los síntomas

más frecuentes en las víctimas (Rincón González, 2003, p. 31), mientras que la hipersomnia está asociada con sintomatología depresiva. Por otro lado, la existencia de comportamientos alimentarios desordenados (restricción y atracón) en la muestra sugiere que la comida fue utilizada como un mecanismo disfuncional de afrontamiento para modular el malestar emocional derivado del contexto violento, lo cual concuerda con los hallazgos de Rincón González (2003) y Pereira Retana (2018) que encuentran que los trastornos alimentarios son secuelas comunes en las víctimas de violencia doméstica.

4.1.3. Tristeza prolongada y baja autoestima

Tabla 6

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de tristeza prolongada. Preguntas 7 y 19.

Pregunta	**Frecuencia**		**Porcentaje**	
	Sí	**No**	**Sí**	**No**
7. ¿Alguna vez tuvo pensamientos negativos que le generaron malestar debido a su situación familiar?	11	1	91.7%	8.3%
19. ¿Notó cambios en su estado de ánimo o salud por situaciones conflictivas con familiares?	11	1	91.7%	8.3%

Figura 7

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de tristeza prolongada. Pregunta 7.

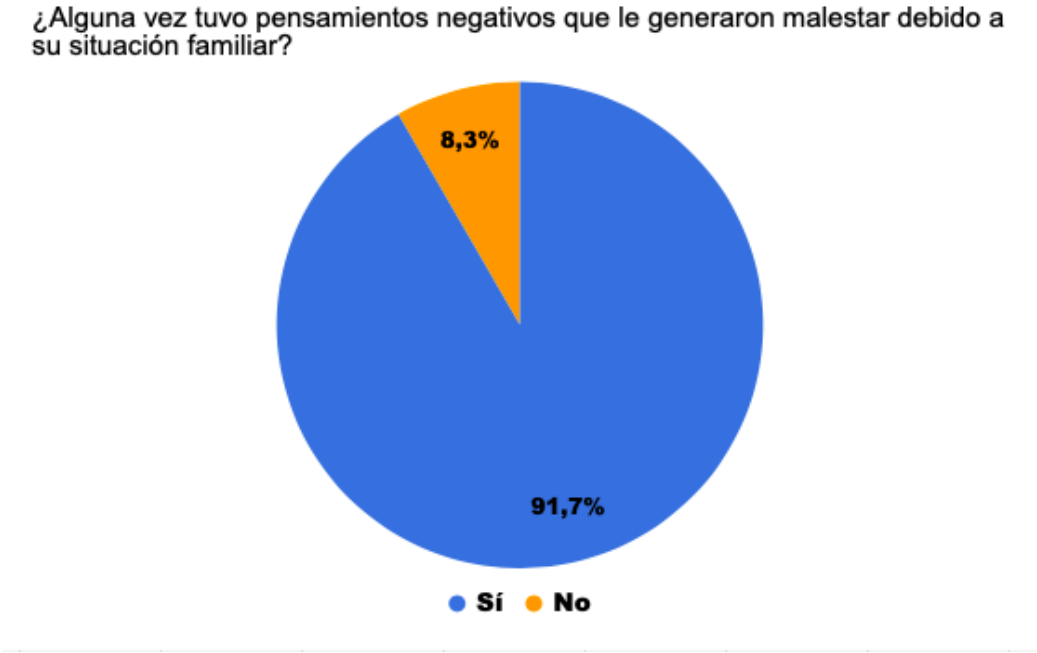


Figura 8

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de tristeza prolongada. Pregunta 19.



Tabla 7

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de baja autoestima. Pregunta 3.

Pregunta	Frecuencia		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
3. ¿Alguna vez un familiar la insultó, amenazó o humilló?	12	0	100.0%	0.0%

Figura 9

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de baja autoestima. Pregunta 3.



La prevalencia de cogniciones negativas en la muestra fue casi unánime, con un 91.7% de las participantes que admitió tener pensamientos recurrentes que les generaban malestar. De igual forma, un 91.7% notó cambios adversos en su estado de ánimo o salud como consecuencia directa de los conflictos familiares. Asimismo, el 100.0% de la muestra confirmó haber sido víctima de insultos, amenazas o humillaciones por parte de un familiar.

Los indicadores de tristeza prolongada y baja autoestima en la muestra revelaron la profundidad del impacto afectivo causado por el maltrato, ya que “la experiencia del abuso suele destruir el amor propio de la mujer, la pone en un estado de dependencia hacia su agresor y la expone al riesgo de problemas diversos de salud mental” (Pereira Retana, 2018, p. 32.), tales

como los sentimientos de tristeza y pensamientos negativos experimentados por el 91.7% de las participantes. Asimismo, la agresión verbal manifestada en insultos, amenazas y humillaciones sentó las bases para una autoimagen deteriorada, pues como señala Colque Casas: "el abuso emocional (desvalorización, tratar a la persona como una persona inferior, etc.), puede generar inseguridad y baja autoestima" (2020, p. 8), como se manifestó en los datos analizados.

4.1.4. Malestar emocional y preocupación constante

Tabla 8

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de preocupación constante. Pregunta 18.

Pregunta	Frecuencia		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
18. ¿Se sintió insegura o con miedo dentro de su hogar la mayoría del tiempo?	12	0	100.0%	0.0%

Figura 10

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de preocupación constante. Pregunta 18.

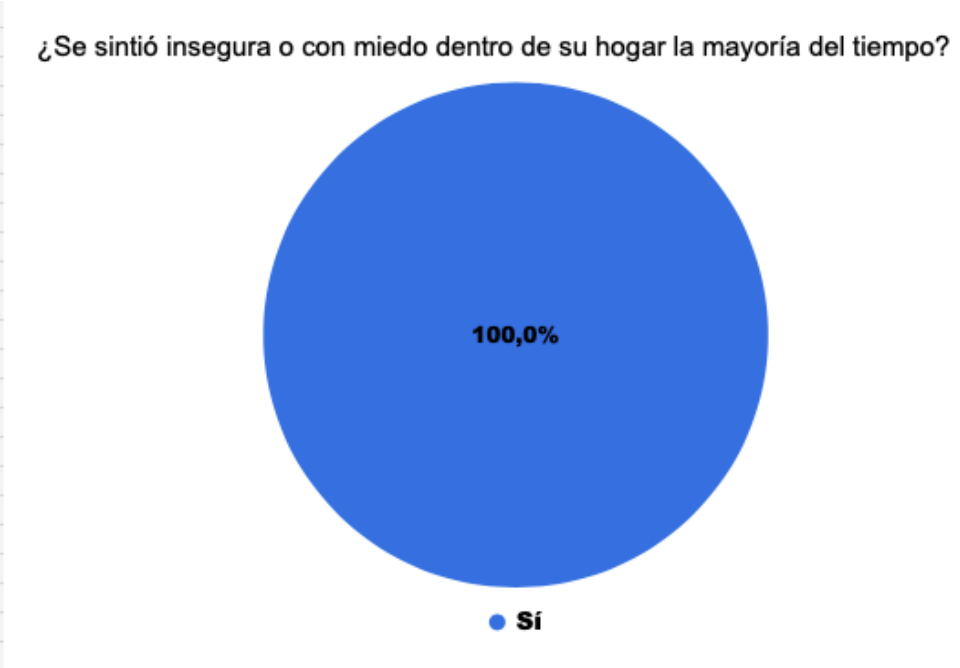


Tabla 9

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de indicadores de malestar emocional. Preguntas 2 y 25.

Pregunta	Frecuencia		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
2. ¿Alguna vez sintió miedo de sufrir daño físico por parte de algún familiar dentro de su hogar?	12	0	100.0%	0.0%

25. ¿Considera que hablar sobre sus experiencias pasadas le ayudó a mejorar su bienestar emocional?	8	4	66.7%	33.3%

Figura 11

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de indicadores de malestar emocional. Pregunta 2.

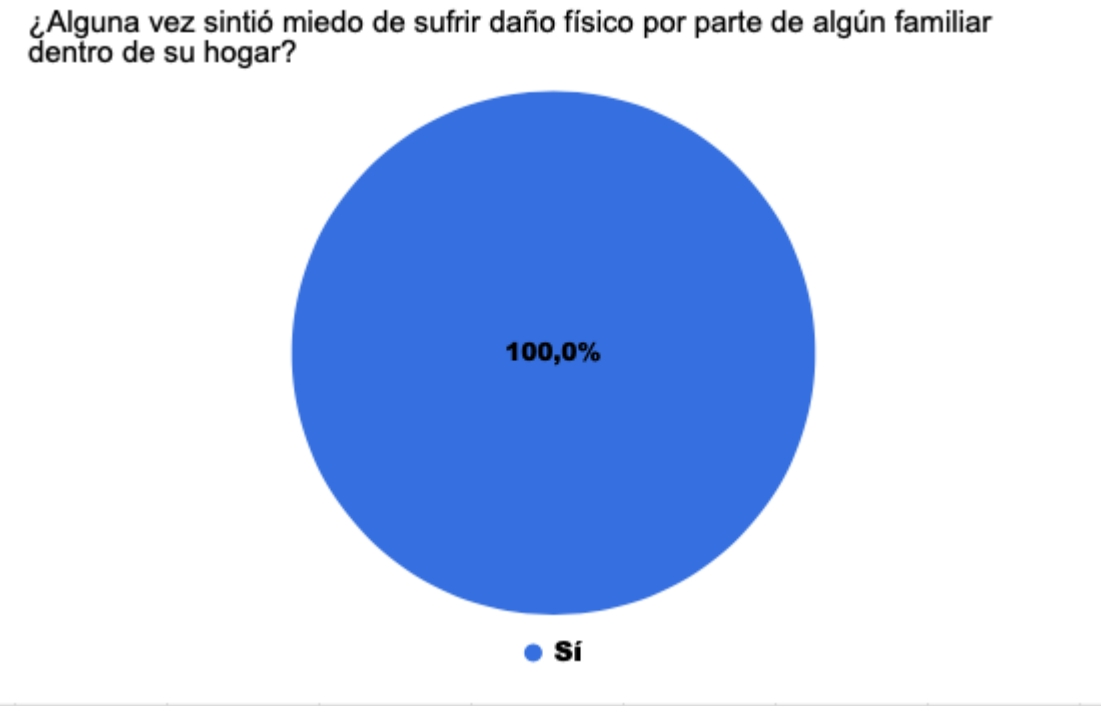
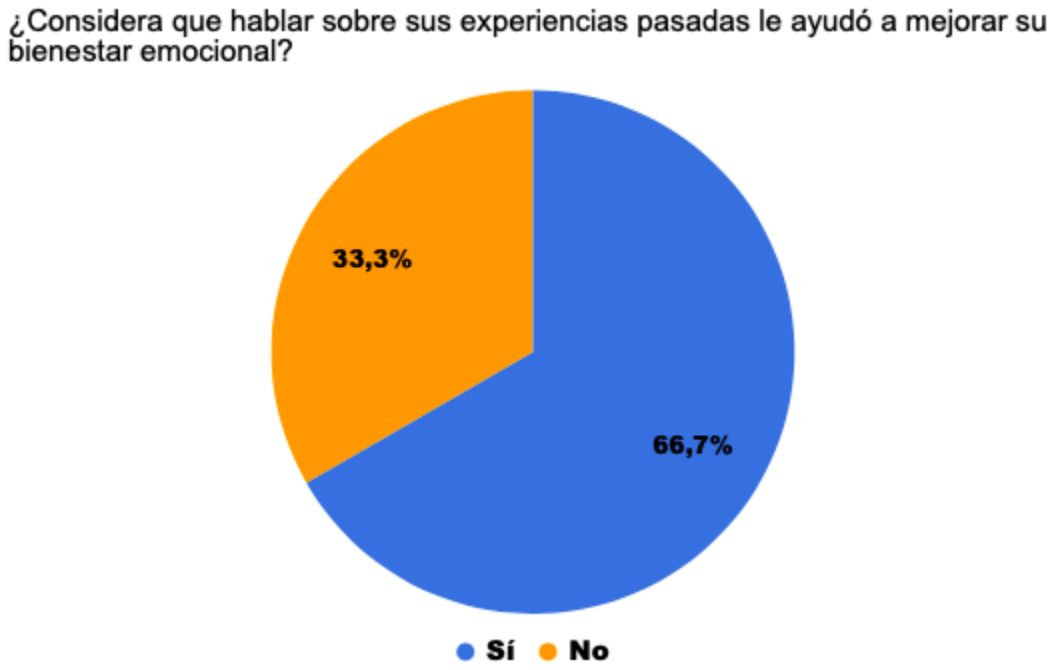


Figura 12

Variable 1: Secuelas Psicológicas por Violencia Intrafamiliar. Dimensión de indicadores de malestar emocional. Pregunta 25.



Los hallazgos encontraron que el 100.0% de las participantes reportó haberse sentido insegura o con miedo la mayor parte del tiempo dentro de su propio hogar y el 100.0% afirmó haber sentido miedo de sufrir daño físico. Mientras que un 66.7 % considera que hablar de su pasado ha sido beneficioso para su bienestar emocional.

Los resultados muestran que para estas mujeres el espacio doméstico era una fuente de amenaza en lugar de un refugio. La violencia experimentada “en el lugar que se supone fuente de seguridad y protección… desestructuraría más la visión del mundo como un lugar seguro y organizado” (Rincón González, 2003, p. 114), lo cual se tradujo en emociones negativas como el miedo y la preocupación constante. Pese a la cronicidad de estas experiencias, hablar sobre sus

experiencias pasadas mostró tener beneficios para ellas, lo que subraya la importancia de la verbalización y la resignificación como componentes terapéuticos clave para esta población.

4.2. Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales

De igual forma, la variable 2 trató de identificar las necesidades de una intervención cognitivo-conductual que presentaron las participantes de la muestra en las dimensiones de técnicas cognitivo-conductuales, tales como la reestructuración cognitiva, la psicoeducación, técnicas de respiración y relajación, entrenamiento en habilidades sociales, exposición imaginaria y activación conductual.

4.2.1. Reestructuración cognitiva

Tabla 10

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de Reestructuración cognitiva. Preguntas 7 y 8.

Pregunta	**Frecuencia**		**Porcentaje**	
	Sí	**No**	**Sí**	**No**
7. ¿Alguna vez tuvo pensamientos negativos que le generaron malestar debido a su situación familiar?	11	1	91.7%	8.3%
8. ¿Intentó cambiar estos pensamientos por otros más positivos o realistas?	7	5	58.3%	41.7%

Figura 13

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de Reestructuración cognitiva. Pregunta 7.

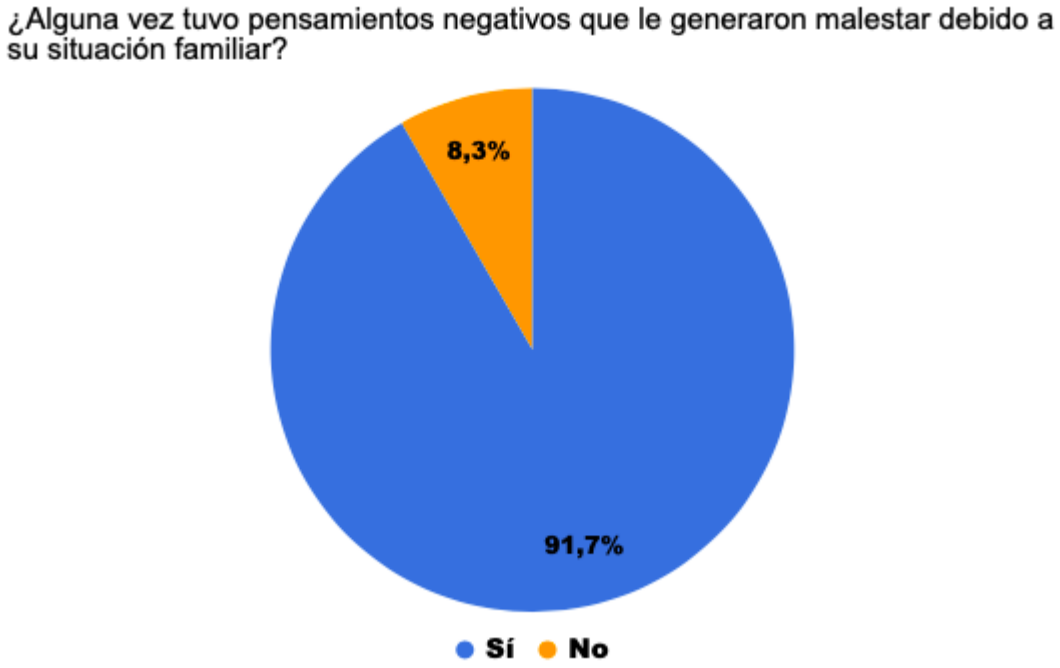


Figura 14

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de Reestructuración cognitiva. Pregunta 8.



Los datos relativos a la reestructuración cognitiva indican una clara necesidad de intervención. Si bien un 91.7% de las participantes identificó la presencia de pensamientos negativos que les generaban malestar, solo un 58.3% intentó activamente modificarlos por cogniciones más adaptativas.

Estos datos revelan que casi la mitad de la muestra (41.7%) carecía de estrategias metacognitivas para desafiar y transformar sus patrones de pensamiento disfuncionales. Este hallazgo justifica plenamente la inclusión de técnicas de reestructuración cognitiva en la propuesta, como señalan Cox y D'Oyley (2011), con el fin de dotar a las participantes de

herramientas que les permitan identificar y modificar pensamientos automáticos negativos y creencias irracionales arraigadas por la experiencia de violencia.

4.2.2 Psicoeducación

Tabla 11

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de psicoeducación. Preguntas 1, 5, 6, 15 y 16.

Pregunta	Frecuencia		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
1. ¿Alguna vez un familiar la golpeó, empujó o la obligó a ingerir sustancias nocivas?	5	7	41.7%	58.3%
5. ¿Alguna vez un familiar intentó o realizó actos sexuales sin su consentimiento?	9	3	75.0%	25.0%
6. ¿Alguna vez experimentó acoso o contacto sexual no deseado dentro de su hogar por parte de un familiar?	9	3	75.0%	25.0%
15. ¿Se sintió escuchada y respetada por los miembros de su familia durante esa época?	2	10	16.7%	83.3%

16. ¿Alguna vez un familiar limitó su libertad o sus decisiones dentro de su hogar?	11	1	91.7%	8.3%

Figura 15

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de psicoeducación. Pregunta 1.



Figura 16

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de psicoeducación. Pregunta 5.

¿Alguna vez un familiar intentó o realizó actos sexuales sin su consentimiento?

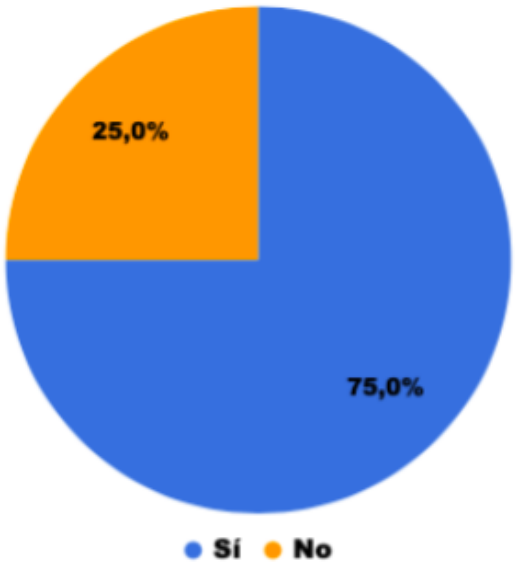


Figura 17

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de psicoeducación.

Pregunta 6.

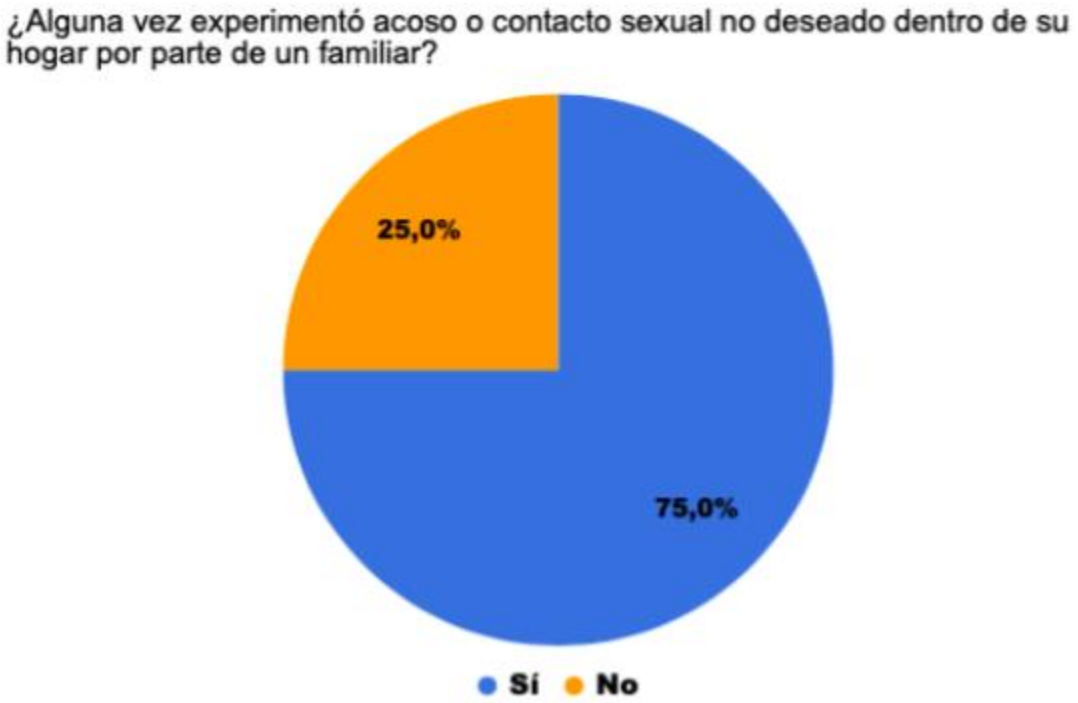


Figura 18

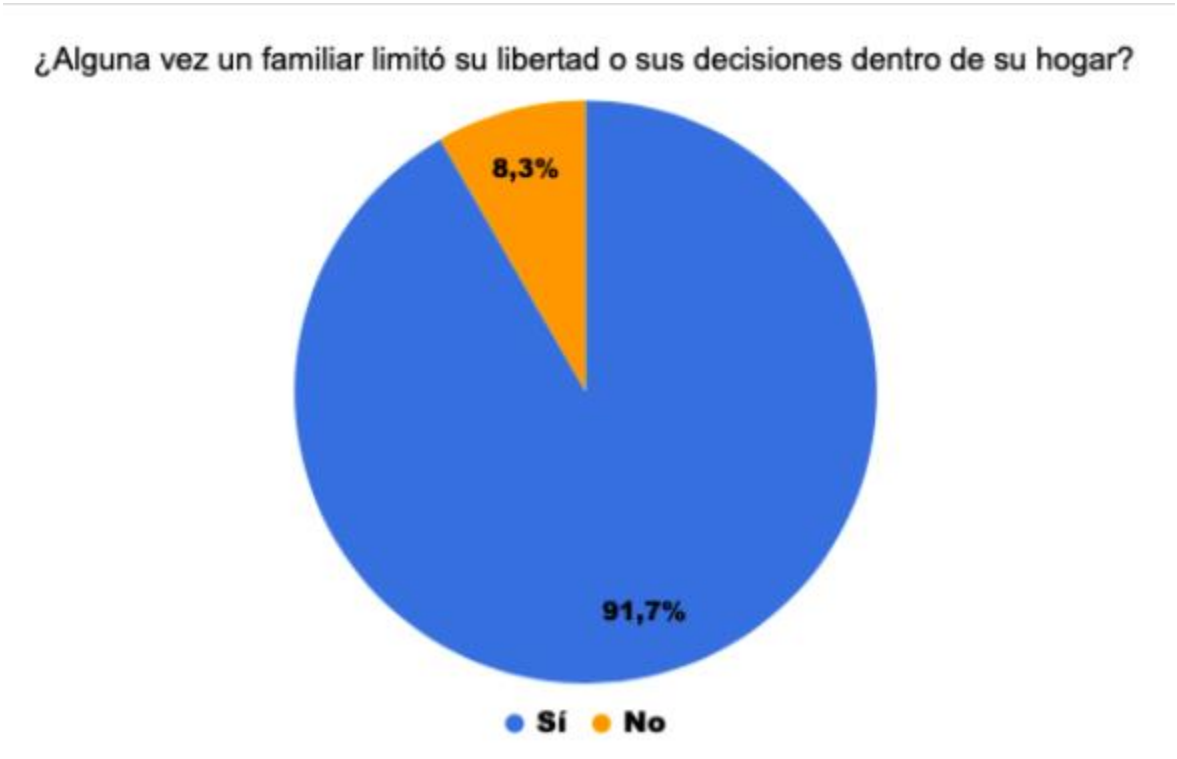
Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de psicoeducación.

Pregunta 15.



Figura 19

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de psicoeducación. Pregunta 16



Las experiencias de violencia psicológica fueron universales con un 91.7% que reportó limitación de libertad y decisiones en su familia y un 83.3% que reportó no haberse sentido respetada ni escuchada en su entorno familiar. De igual forma, la violencia sexual tuvo una alta prevalencia, ya que el 75.0% de la muestra experimentó abuso sexual, acoso o intento de abuso sexual por parte de algún familiar o pareja. Además, un 41.7% reportó haber sido víctima de violencia física.

Estos datos manifiestan que para estas mujeres el entorno familiar era un ambiente invalidante y violento, en el cual no tenían voz ni voto y en el que su integridad física y mental

se veía amenazada constantemente. Por tanto, es fundamental que se brinde "información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje" (Rosas Santiago, 2015, p. 31) de las secuelas que padecen por medio de la psicoeducación. Aunque la mayoría de las mujeres pudieron reconocer que fueron víctimas de maltrato, es necesario realizar un trabajo psicoeducativo para aprender sobre la violencia intrafamiliar y no normalizar estas conductas. Además, es necesario que las participantes puedan nombrar, conceptualizar y comprender sus experiencias, validando su sufrimiento y desligándose de sentimientos de culpa o vergüenza que les puedan hacer creer que los abusos sufridos eran merecidos o consecuencia de una falla personal.

4.2.3. Técnicas de respiración

Tabla 12

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de técnicas de respiración y relajación. Preguntas 23 y 24.

Pregunta	Frecuencia		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
23. ¿Es consciente de su respiración?	6	6	50.0%	50.0%
24. ¿Ha realizado ejercicios de respiración (respiración profunda y pausada) para relajarse o controlarse?	2	10	16.7%	83.3%

Figura 20

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de técnicas de respiración y relajación. Pregunta 23.

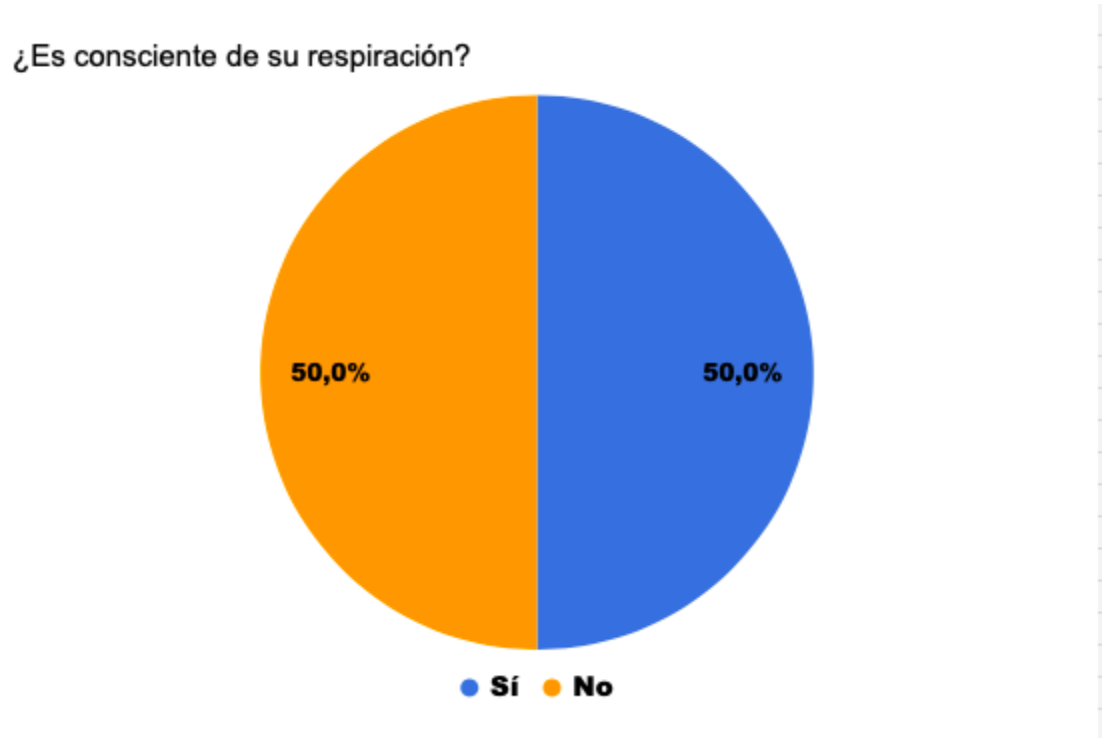


Figura 21

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de técnicas de respiración y relajación. Pregunta 24.



En cuanto a las técnicas de respiración y relajación, el 50.0% de la muestra no era consciente de su propia respiración, y un 83.3% nunca había utilizado ejercicios de respiración como método de autorregulación.

Estos datos indican una desconexión mente-cuerpo y la ausencia de herramientas básicas para la gestión de la ansiedad y el estrés fisiológico. La enseñanza de estas técnicas es una intervención de primera línea, de fácil aprendizaje y alta efectividad para reducir la sobreactivación del sistema nervioso simpático (Ruiz Fernández et al., 2012), tan prevalente en víctimas de trauma crónico.

4.2.4. Entrenamiento en habilidades sociales

Tabla 13

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de entrenamiento en habilidades sociales. Preguntas 9 y 10.

Pregunta	Frecuencia		Porcentaje	
	Sí	**No**	**Sí**	**No**
9. ¿Se sintió capaz de expresar sus necesidades o emociones frente a otras personas durante esa época?	0	12	0.0%	100.0%
10. ¿Participó en actividades o ejercicios que le ayudaran a mejorar su comunicación con los demás?	4	8	33.3%	66.7%

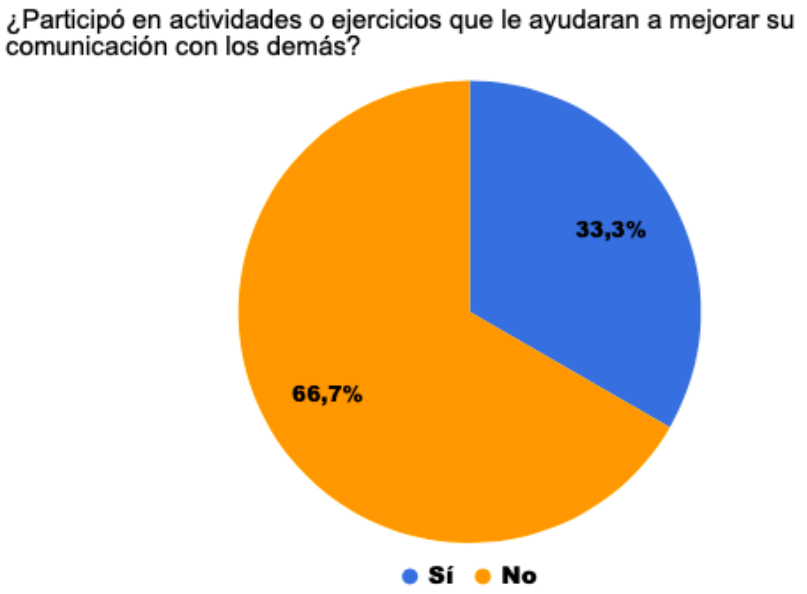
Figura 22

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de entrenamiento en habilidades sociales. Pregunta 9.



Figura 23

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de entrenamiento en habilidades sociales. Pregunta 10.



El 100.0% de las participantes reportó no haberse sentido capaz de expresar sus necesidades o emociones. Además, un 66.7% nunca participó en actividades para mejorar su comunicación con las demás personas.

Por tanto, el entrenamiento en habilidades sociales se perfila como otra área crítica de intervención. Se detecta de nuevo una prevalencia de inhibición emocional, la cual es coherente con la detectada en la primera variable. El asertividad, por tanto, no es una habilidad presente en el repertorio conductual de la mayoría. Un entrenamiento enfocado en la comunicación asertiva es esencial para "mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales" (Ruiz Fernández et al., 2012, p. 292), ya que estas habilidades fueron erosionadas por la dinámica de sumisión impuesta por la violencia.

4.2.5. Exposición imaginaria y activación conductual

Tabla 14

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de exposición imaginaria. Preguntas 11 y 12.

Pregunta	Frecuencia		Porcentaje	
	Sí	**No**	**Sí**	**No**
11. ¿Compartió experiencias o recuerdos difíciles con alguien para comprenderlos mejor o disminuir su malestar?	3	9	25.0%	75.0%
12. ¿Revivir recuerdos pasados le ayudó a sentirse más tranquila o entender lo sucedido?	6	6	50.0%	50.0%

Figura 24

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de exposición imaginaria. Pregunta 11.



Figura 25

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de exposición imaginaria. Pregunta 12.



Tabla 15

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de activación conductual. Preguntas 13 y 14.

Pregunta	Frecuencia		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
13. ¿Participó en actividades que le resultaran agradables o significativas para su bienestar?	4	8	33.3%	66.7%

14. ¿Notó que realizar estas actividades reducía sentimientos de tristeza o apatía?	5	7	41.7%	58.3%

Figura 26

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de activación conductual. Pregunta 13.

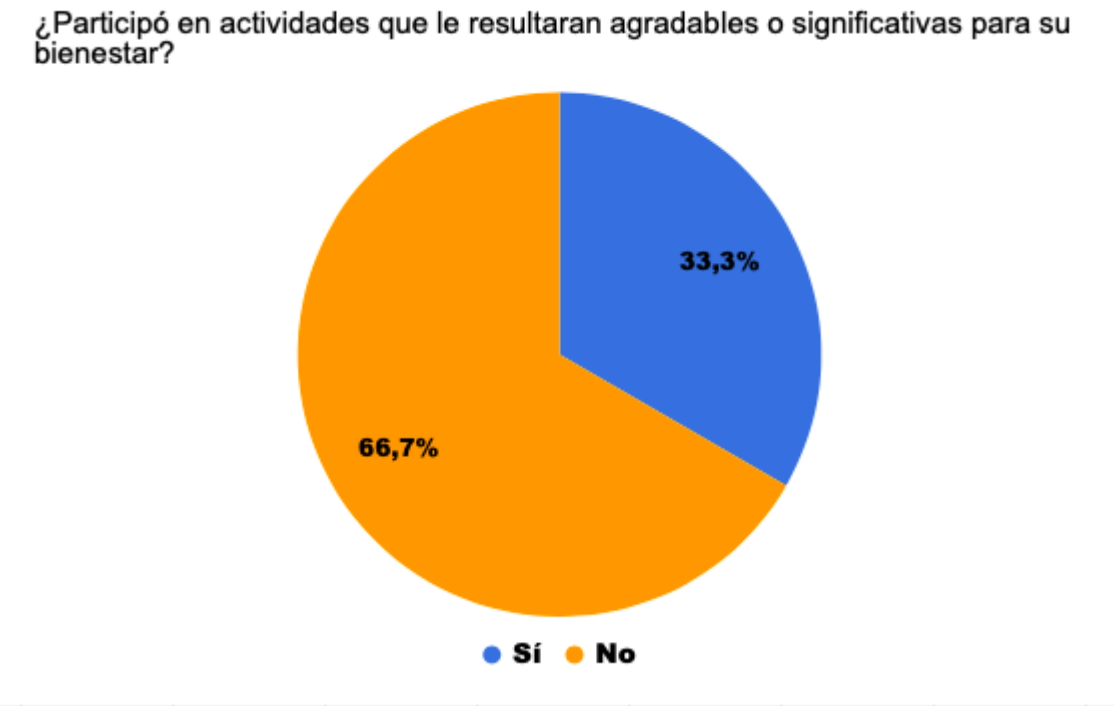
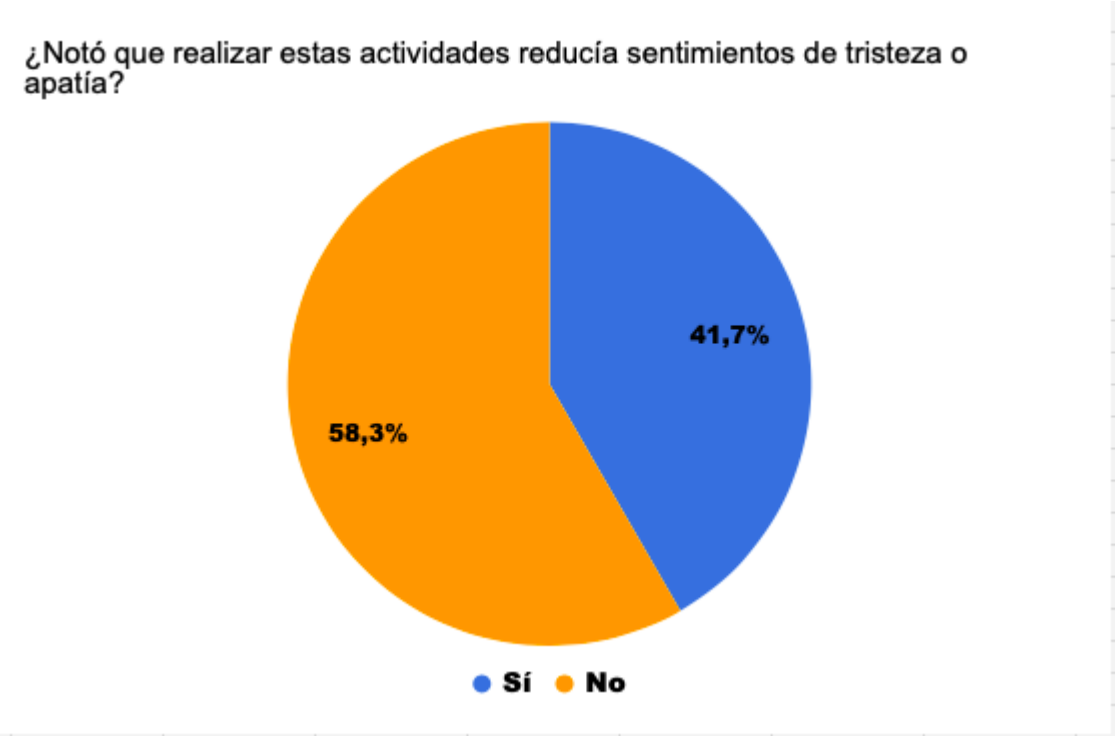


Figura 27

Variable 2: Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Dimensión de activación conductual. Pregunta 14.



Según los resultados encontrados, solo un 25.0% de la muestra compartió sus experiencias difíciles con el fin de procesarlas, mientras que la pregunta sobre revivir recuerdos pasados para entenderse o sentirse mejor no mostró una tendencia clara, ya que el 50% afirmó que la exposición a recuerdos asociados con el trauma o la violencia las han ayudado, mientras que el otro 50% afirmó que no.

Por otro lado, un 66.7% reportó nunca haber participado en actividades agradables o significativas para su bienestar. Mientras que el 58.3% afirmó que, aun participando de actividades, estas no reducían los sentimientos de tristeza o apatía.

Los datos de ambas dimensiones sugieren que tanto la exposición imaginaria como la activación conductual mostraron ser estrategias poco utilizadas. Asimismo, se aprecia un patrón

de evitación experiencial y conductual, donde las participantes evitan tanto los recuerdos dolorosos como las fuentes potenciales de refuerzo positivo. La terapia cognitivo-conductual puede guiar un proceso seguro de exposición para procesar el trauma (Echeburúa et al., 2011) y, a través de la activación conductual, "incrementar de forma sistemática la activación y a bloquear la evitación" (Barraca Mairal, 2009, p. 33) para ayudar a las participantes a reconectar con actividades valiosas, combatiendo la apatía y la anhedonia.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

En este capítulo se presentarán las principales conclusiones alcanzadas en la presente investigación. Estas se estructuran a partir de los objetivos específicos formulados en el capítulo 1 y de sus respectivas variables. En primer lugar, se expondrán las conclusiones relacionadas con las secuelas psicológicas identificadas en la muestra; en segundo lugar, se presentarán las conclusiones vinculadas con las técnicas cognitivo-conductuales más adecuadas para abordar dichas secuelas y, finalmente, se propondrá una intervención cognitivo-conductual orientada a ayudar a las adultas mayores del Hogar Los Santos a superar las consecuencias derivadas de la violencia.

5.1.1. Objetivo 1: Identificar las principales secuelas psicológicas derivadas de experiencias de violencia intrafamiliar en mujeres adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, incluyendo síntomas emocionales, cognitivos y conductuales

Se estima que el aislamiento social forzado y la invalidación emocional sistemática se configuran como la secuela psicológica central y más generalizada en la población estudiada. La experiencia de violencia intrafamiliar en las adultas mayores residentes del Hogar Los Santos no fue un evento aislado, sino un proceso crónico de control y coerción psicológica. Que un 91.7% se sintió aislada o controlada y un 100% no expresar sus necesidades y emociones evidencia un patrón sistemático de anulación personal. Este aislamiento, sumado a la falta de apoyo externo (83.3%), creó un entorno de dependencia y vulnerabilidad. Por tanto, la inhibición emocional forzada se convierte en una secuela cognitiva y conductual de largo plazo, que deteriora la capacidad de estas mujeres para conectar con ellas mismas y con los demás.

Por otro lado, también se encontró que la violencia intrafamiliar generó un cuadro complejo de desregulación somática y conductual, manifestado principalmente a través de alteraciones del sueño y el uso de la alimentación como mecanismo de afrontamiento emocional. La alta prevalencia de trastornos del sueño (75.0%) se presenta como un indicador somático del estrés crónico y la hipervigilancia sostenida en el tiempo. De igual forma, los hábitos alimentarios se vieron significativamente alterados, con un 58.3% utilizando la restricción alimentaria y un 33.3% usando la ingesta compulsiva como respuestas al malestar emocional. Estos comportamientos no son aleatorios, sino que constituyen intentos disfuncionales de regular emociones abrumadoras como la tristeza, la angustia o el enojo en un contexto donde la expresión verbal y el apoyo social eran inexistentes. Esto confirma que las secuelas de la violencia se manifiestan en conductas observables y medibles que afectan directamente la salud física y el bienestar general de las víctimas.

Por último, la exposición universal a la violencia verbal y la amenaza constante de daño físico provocaron secuelas emocionales y cognitivas caracterizadas por un estado de miedo

crónico, tristeza prolongada y una autoestima deteriorada: el 100% de las participantes fue víctima de humillaciones e insultos y vivió con miedo constante a sufrir daño físico. Esta agresión psicológica directa y la permanente sensación de inseguridad en su propio hogar son la raíz de las secuelas afectivas más importantes. El 91.7% de la muestra reportó pensamientos negativos recurrentes y cambios adversos en su estado de ánimo, lo que demuestra una internalización del maltrato que derivó en una autoimagen negativa y una tristeza persistente. La universalidad de estas experiencias en la muestra subraya que la violencia psicológica fue un componente central del abuso, dejando una herida profunda en la esfera emocional y cognitiva de las participantes. No obstante, el hecho de que un 66.7% considere beneficioso hablar de su pasado, valida la pertinencia de una intervención cognitivo-conductual que ofrezca un espacio seguro para la verbalización y la resignificación de dichas experiencias traumáticas.

5.1.2. Objetivo 2: Determinar las técnicas cognitivas-conductuales adecuadas para el abordaje de las secuelas psicológicas en personas adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, que son sobrevivientes de violencia intrafamiliar.

En cuanto a las técnicas cognitivo-conductuales pertinentes para la población estudiada, se llegó a las siguientes conclusiones:

La reestructuración cognitiva y la psicoeducación son técnicas prioritarias y fundamentales, ya que los datos revelan una necesidad imperante de intervención a nivel cognitivo por la presencia generalizada de pensamientos negativos disfuncionales, y una limitada capacidad para modificarlos. Aunque una abrumadora mayoría de la muestra (91.7%) identificó la existencia de pensamientos negativos generadores de malestar, casi la mitad de la muestra (41.7%) carecía de estrategias para desafiarlos. Esto demuestra que las participantes están

atrapadas en patrones de pensamiento tóxicos, probablemente internalizados tras años de abuso. Paralelamente, la alta prevalencia de violencia psicológica (91.7%), sexual (75.0%) y física (41.7%) justifica la necesidad crítica de la psicoeducación. Esta técnica es esencial no sólo para nombrar y validar las experiencias de violencia, sino también para deconstruir la culpa y la vergüenza, permitiendo a las participantes comprender que el abuso fue una falla del agresor, no propia. Ambas técnicas, por tanto, son la base para desmantelar las creencias nucleares negativas que sostienen el malestar psicológico.

En segundo lugar, la marcada desconexión mente-cuerpo y la inhibición comunicacional posicionan el entrenamiento en técnicas de respiración y en habilidades sociales como intervenciones esenciales para la autorregulación y la recuperación de la autonomía interpersonal. Que un 83.3% de las participantes nunca usara la respiración para autorregularse y que un 50% ni siquiera la sea consciente, evidencia una desconexión somática, característica en supervivientes de trauma. El entrenamiento en respiración y relajación emerge como una herramienta accesible y eficaz para gestionar la activación fisiológica del estrés y la ansiedad. Además, la incapacidad universal (100%) para expresar necesidades y la falta de experiencia en mejorar la comunicación (66.7%) señalan que el entrenamiento en habilidades sociales, con un foco en la asertividad, es crucial. Esta técnica no solo busca enseñar a comunicar, sino a reconstruir la capacidad de establecer límites y recuperar la agencia personal que fue anulada por la violencia.

Finalmente, la prevalencia de la evitación experiencial y conductual justifica la implementación guiada de la exposición imaginaria y la activación conductual como estrategias clave para procesar el trauma y combatir la apatía, ya que se encontró que las mujeres de la muestra presentan cuadros de repliegue emocional y conductual. Los resultados señalan la

necesidad de abordar directamente los patrones de evitación (un 75.0% de la muestra no compartiera sus experiencias difíciles y que un 66.7% no participara en actividades placenteras,). Aunque la exposición imaginaria a recuerdos dolorosos mostró resultados ambivalentes (50/50), su pertinencia dentro de un marco terapéutico seguro es innegable para procesar el trauma y reducir su carga emocional. De forma paralela, la activación conductual se vuelve indispensable para romper el ciclo de inactividad y anhedonia, ayudando a las participantes a reconectar con fuentes de refuerzo positivo y a reconstruir una vida con significado.

5.1.3. Objetivo 3: Elaborar una propuesta de intervención cognitivo-conductual adaptada a las necesidades de las mujeres adultas mayores, que permita la reestructuración, con el objetivo de mitigar las secuelas psicológicas derivadas de la violencia intrafamiliar.

Se elaboró una propuesta de intervención cognitivo-conductual en modalidad grupal diseñada específicamente para las mujeres adultas mayores sobrevivientes de violencia intrafamiliar residentes del hogar Los Santos. La propuesta tiene como título **“**Sanando las heridas, reescribiendo mi historia” y está estructurada en 6 sesiones (1 sesión por semana por 6 semanas) de 1 hora y 30 minutos de duración. La intervención busca mitigar las secuelas psicológicas del trauma asociado a la violencia doméstica, ofreciendo a las participantes un espacio seguro para la sanación, y brindándoles herramientas prácticas para mejorar su bienestar emocional, cognitivo y conductual. La propuesta puede ser consultada en el apéndice 4.

5.2 Recomendaciones

A partir de las conclusiones de esta investigación y de la propuesta de intervención diseñada, se realizaron las siguientes recomendaciones dirigidas a las partes interesadas, para promover y mantener el bienestar de las participantes y fomentar la aplicación del conocimiento generado.

5.2.1 Adultas mayores del Hogar Los Santos

Se sugiere mantener la práctica estrategias cognitivas- conductuales sugeridas como parte del autocuidado diario. En especial, realizar ejercicios de respiración profunda en momentos de tensión o antes de dormir, así como reconocer y replantear los pensamientos negativos con amabilidad.

Además, se recomienda continuar fortaleciendo la comunicación asertiva en las relaciones cotidianas, recordando el valor de expresar sus ideas y emociones. Participar en actividades que generen bienestar, por simples que sean, contribuye a prevenir la apatía y el desánimo, favoreciendo una vida más plena y significativa. Finalmente, se alienta a sostener el apoyo mutuo entre compañeras, promoviendo redes de contención emocional que refuercen el crecimiento personal y los avances alcanzados.

5.2.2 Dirección del Hogar Los Santos

Dado que el hogar constituye el principal entorno de las participantes, se sugiere que la dirección y el personal asuman un rol proactivo en la construcción de un ambiente terapéutico y sensible al trauma. Para ello, es fundamental ofrecer capacitación continua sobre violencia de género y sus efectos en la vejez, promoviendo la validación emocional, la escucha activa y una comunicación respetuosa que prevenga la revictimización.

Asimismo, se recomienda fomentar espacios de participación y actividades significativas que fortalezcan la autonomía y el sentido de control de las residentes, flexibilizando las rutinas cuando sea posible. Finalmente, se propone establecer convenios con universidades, centros de salud y organizaciones especializadas en violencia de género y salud mental, con el fin de asegurar supervisión profesional, apoyo interdisciplinario y actualización constante de los programas de intervención.

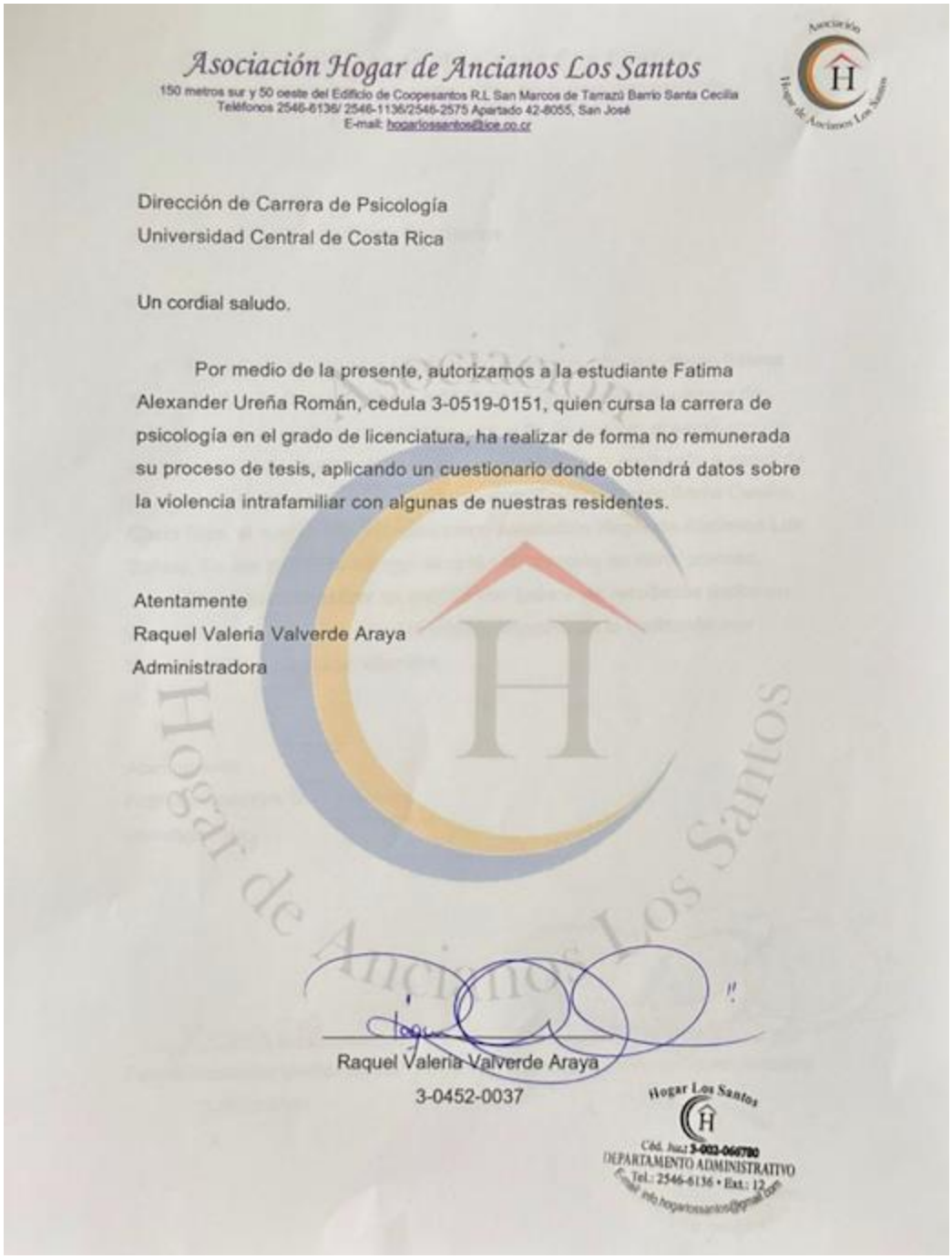
5.2.3. Recomendaciones a la Universidad Central

Se sugiere que la universidad incorpore los resultados de esta investigación en la formación académica de la carrera de Psicología, integrando contenidos que aborden las interrelaciones entre envejecimiento, género y violencia. De esta manera, los futuros profesionales podrán desarrollar competencias teóricas y prácticas para atender las necesidades de poblaciones adultas mayores en situación de vulnerabilidad.

También, se recomienda promover nuevas investigaciones que vayan más allá del diagnóstico de problemáticas y se enfoquen en el diseño, aplicación y evaluación de intervenciones basadas en evidencia, como la propuesta en este estudio.

Apéndices

Apéndice 1: Documento de aprobación del proyecto por parte de la institución.



Asociación Hogar de Ancianos Los Santos

150 metros sur y 50 oeste del Edificio de Coopesantos R.L San Marcos de Tarrazú Barrio Santa Cecilia
Teléfonos 2546-6136/ 2546-1136/2546-2575 Apartado 42-8055, San José
E-mail: hogarlossantos@ice.co.cr

Dirección de Carrera de Psicología
Universidad Central de Costa Rica

Un cordial saludo.

Por medio de la presente, autorizamos a la estudiante Fatima Alexander Ureña Román, cedula 3-0519-0151, quien cursa la carrera de psicología en el grado de licenciatura, ha realizar de forma no remunerada su proceso de tesis, aplicando un cuestionario donde obtendrá datos sobre la violencia intrafamiliar con algunas de nuestras residentes.

Atentamente
Raquel Valeria Valverde Araya
Administradora

Raquel Valeria Valverde Araya
3-0452-0037

Hogar Los Santos
Cód. Inst.: 3-003-066780
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
Tel.: 2546-6136 • Ext.: 12

Apéndice 2: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD CENTRAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA.

Nombre de la persona investigadora: Fátima Alexandra Ureña Román.

Nombre de la persona participante: _____

Medio para contactar: _____

I. **Propósito de la entrevista:** El fin del cuestionario es conocer su criterio y experiencia en cuanto, secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar en adultas mayores, por medio de entrevista. En el marco del Trabajo Final de Graduación denominado "Propuesta de intervención cognitiva-conductual para el abordaje de las secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar, referidas de un grupo de adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, ubicado en San Marcos de Tarrazú. Estudio comprendido de mayo a diciembre 2025", del estudiante Fátima Alexandra Ureña Román, de la carrera de psicología de la UC. El mismo dirigido por la MPs. Nancy Román González. Aunado, cuenta con el aval de realización en la institución por medio de aprobación de la administradora del Hogar de Ancianos los Santos. Raquel Valeria Valverde Araya, número de cédula 3-0452-0037.

II. **Metodología:** Se realizará un cuestionario, en la cual se indagará la percepción, experiencia y conocimiento sobre las secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar en la organización Asociación Hogar de Ancianos Los Santos, San Marcos de Tarrazú, 150 metros sur y 50 oeste del Edificio de Coopesantos R.L. San Marcos de Tarrazú, Barrio Santa Cecilia, Costa Rica.

III. **Riesgos:** La participación en el cuestionario, no ocasionará riesgo para la salud e integridad física.

IV. **Beneficios:** No existe un beneficio directo para la persona participante de la entrevista. Pero su contribución en el TFG, permitirá la elaboración de un documento y conocimiento, sobre la temática de intervención cognitiva-conductual para el abordaje de las secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar, específica para la organización Asociación Hogar de Ancianos Los Santos, San Marcos de Tarrazú.

V. **Voluntariedad:** La participación en la entrevista es voluntaria.

VI. **Confidencialidad:** Se garantiza el estricto manejo y confidencialidad de la información, no haciendo referencia del nombre de las personas participantes, en el documento final. Se recuerda que la confidencialidad de la información está limitada por lo dispuesto en la legislación costarricense, como cuando la ley obliga a informar sobre ciertas enfermedades o sobre cualquier indicio de maltrato o abandono infantil. Estas limitaciones y otras se prevén y señalan a los/las participantes. Los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en un círculo científico o académico, de forma anónima.

VII. **Información:** Antes de dar su autorización debe hablar con el/la estudiante responsable de la investigación sobre este estudio y el deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si requiere de más información, puede contactarlo al correo electrónico furena@edu.uc.ac.cr o bien con la tutora al correo electrónico nroman@edu.uc.ac.cr

VIII. ***Consentimiento:*** He leído toda la información consignada en este documento antes de firmarlo, se dio el espacio para hacer preguntas y han sido contestadas de forma satisfactorias; por lo que comprendo de que trata el estudio, las condiciones de la participación y accedo a participar como sujeto(a) de este trabajo final de graduación, el cual al ser un estudio académico se entiende que los resultados son de alcance público.

Nombre completo, firma y cédula del/la participante	Lugar y fecha
Fátima Alexandra Ureña Román Investigador/a	NANCY ROMAN GONZALEZ (FIRMA) Firmado digitalmente por NANCY ROMAN GONZALEZ (FIRMA) Fecha: 2025.08.27 12:21:29 -06'00' V°B°. Nancy Román González Tutora de TFG

Escuela de Psicología
Universidad Central de Costa Rica

Apéndice 3: Instrumento

UNIVERSIDAD CENTRAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación
Instrumento

INSTRUMENTO: CUESTIONARIO INTERVENCIÓN COGNITIVA-CONDUCTUAL PARA EL ABORDAJE DE LAS SECUELAS PSICOLÓGICAS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MUJERES ADULTAS MAYORES

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:	"Propuesta de intervención cognitiva-conductual para el abordaje de las secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar, referidas de un grupo de adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, ubicado en San Marcos de Tarrazú. Estudio comprendido de mayo a diciembre 2025".
Objetivos específicos a cumplir:	Identificar principales secuelas psicológicas derivadas de experiencias de violencia intrafamiliar en mujeres adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, incluyendo síntomas emocionales, cognitivos y conductuales. Determinar cómo los pensamientos disfuncionales afectan el bienestar psicológico y la capacidad de afrontamiento de las adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos.
Variables	Variable 1: Secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar. Variable 2: Técnicas de intervención cognitivas-conductuales
Persona entrevistada:	
Fecha de aplicación:	
Estudiante UC:	Fátima Alexandra Ureña Román.

UNIVERSIDAD CENTRAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación
Instrumento

Instrucciones generales: Se agradece su participación en el presente estudio. A continuación, se muestra una serie de consultas, donde debe de marcar con una equis (X) en solo una opción de lo que aplica en usted, según la siguiente escala del 1 al 2, siendo 1_ SI o 2_ NO.

Preguntas de clasificación/cerrada.

1. **¿Alguna vez un familiar la golpeó, empujó o la obligó a ingerir sustancias nocivas?**

   SI ( ) NO ( )

2. **¿Alguna vez sintió miedo de sufrir daño físico por parte de algún familiar dentro de su hogar?**

   SI ( ) NO ( )

3. **¿Alguna vez un familiar la insultó, amenazó o humilló?**

   SI ( ) NO ( )

4. **¿Se sintió aislada o controlada emocionalmente por algún familiar en su hogar?**

   SI ( ) NO ( )

5. **¿Alguna vez un familiar intentó o realizó actos sexuales sin su consentimiento?**

SI ( ) NO ( )

6. **¿Alguna vez experimentó acoso o contacto sexual no deseado dentro de su hogar por parte de un familiar?**

SI ( ) NO ( )

7. **¿Alguna vez tuvo pensamientos negativos que le generaron malestar debido a su situación familiar?**

SI ( ) NO ( )

8. **¿Intentó cambiar estos pensamientos por otros más positivos o realistas?**

SI ( ) NO ( )

9. **¿Se sintió capaz de expresar sus necesidades o emociones frente a otras personas durante esa época?**

SI ( ) NO ( )

10. ¿Participó en actividades o ejercicios que le ayudaran a mejorar su comunicación con los demás?

SI ( ) NO ( )

11. ¿Compartió experiencias o recuerdos difíciles con alguien para comprenderlos mejor o disminuir su malestar?

SI ( ) NO ( )

12. ¿Revivir recuerdos pasados le ayudó a sentirse más tranquila o entender lo sucedido?

SI ( ) NO ( )

13. ¿Participó en actividades que le resultaran agradables o significativas para su bienestar?

SI ( ) NO ( )

14. ¿Notó que realizar estas actividades reducía sentimientos de tristeza o apatía?

SI ( ) NO ( )

15. ¿Se sintió escuchada y respetada por los miembros de su familia durante esa época?

SI ( ) NO ( )

16. ¿Alguna vez un familiar limitó su libertad o sus decisiones dentro de su hogar?

SI ( ) NO ( )

17. ¿Recibió apoyo emocional de alguien cercano cuando se sintió mal o insegura?

SI ( ) NO ( )

18. ¿Se sintió insegura o con miedo dentro de su hogar la mayoría del tiempo?

SI ( ) NO ( )

19. ¿Notó cambios en su estado de ánimo o salud por situaciones conflictivas con familiares?

SI ( ) NO ( )

20. ¿Padeció o ha padecido de insomnio, problemas para dormir o dormir demasiado?

SI ( ) NO ( )

21. ¿Ha dejado de comer cuando se sentía mal emocionalmente: triste, nerviosa, angustiada, enojada?

SI ( ) NO ( )

22. ¿Ha comido compulsivamente, en exceso, sin poder parar cuando se sentía mal emocionalmente: triste, nerviosa, angustiada, enojada?

SI ( ) NO ( )

23. ¿Es consciente de su respiración?

SI ( ) NO ( )

24. ¿Ha realizado ejercicios de respiración (respiración profunda y pausada) para relajarse o controlarse?

SI ( ) NO ( )

25. ¿Considera que hablar sobre sus experiencias pasadas le ayudó a mejorar su bienestar emocional?

SI ( ) NO ( )

UNIVERSIDAD CENTRAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación
Instrumento

FICHA DE VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTO

I. Datos generales:

Nombre completo de la persona experta:	**Cargo o institución donde labora:**	**Nombre del instrumento de evaluación:**	**Estudiante y autora del instrumento:**
Michell González Duno	Gerente Psicólogo	Cuestionario Intervención cognitiva-conductual para el abordaje de las secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar en mujeres adultas mayores	Fátima Alexandra Ureña Román
Tema de investigación:	Propuesta de intervención cognitiva-conductual para el abordaje de las secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar, referidas a un grupo de adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, ubicado en San Marcos de Tarrazú. Estudio comprendido de mayo a diciembre 2025.		

II. Aspectos de validación:

Indicador	Criterios	Regular 0-1	Buena 2-5	Muy buena 6-8	Excelente 9-10
Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado para el perfil de la población meta.				10
Objetividad	Está expresado en conductas observables.				10
Organización	Existe una organización lógica de las consultas.				10
Coherencia	Entre los objetivos, variables y consultas.				10
Metodología	La estrategia responde al propósito y enfoque del estudio.				10
Intencionalidad	Adecuado para medir aspectos de la investigación.				10

III. Opinión sobre la aplicación:

Redacción acorde con las variables

San José, 23 de septiembre de 2025.

Firma: MICHELL YHONNATHE GONZALEZ DUNO (FIRMA)

Firmado digitalmente por MICHELL YHONNATHE GONZALEZ DUNO (FIRMA)
Fecha: 2025.09.23 09:24:40 -06'00'

UNIVERSIDAD CENTRAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación
Instrumento

FICHA DE VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTO

IV. Datos generales:

Nombre completo de la persona experta:	**Cargo o institución donde labora:**	**Nombre del instrumento de evaluación:**	**Estudiante y autora del instrumento:**
Lic. Luis Pablo Márquez	Psicólogo	Cuestionario Intervención cognitiva-conductual para el abordaje de las secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar en mujeres adultas mayores	Fátima Alexandra Ureña Román
Tema de investigación:	Propuesta de intervención cognitiva-conductual para el abordaje de las secuelas psicológicas por violencia intrafamiliar, referidas a un grupo de adultas mayores residentes del Hogar de Ancianos Los Santos, ubicado en San Marcos de Tarrazú. Estudio comprendido de mayo a diciembre 2025.		

UNIVERSIDAD CENTRAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación
Instrumento

V. Aspectos de validación:

Indicador	Criterios	Regular 0-1	Buena 2-5	Muy buena 6-8	Excelente 9-10
Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado para el perfil de la población meta.				10
Objetividad	Está expresado en conductas observables.				10
Organización	Existe una organización lógica de las consultas.				10
Coherencia	Entre los objetivos, variables y consultas.				10
Metodología	La estrategia responde al propósito y enfoque del estudio.				10
Intencionalidad	Adecuado para medir aspectos de la investigación.				10

VI. Opinión sobre la aplicación:

San José, 29 de setiembre de 2025.

Firma: _____
Lic. Luis Márquez Zúñiga

Apéndice 4: Propuesta

Tabla 16

Propuesta de intervención cognitiva-conductual

Nombre de la propuesta: **"**Sanando las heridas, reescribiendo mi historia"

Organización: Asociación Hogar Los Santos ***Estudiante:*** Fátima Ureña

Objetivo General: Intervenir desde el enfoque cognitivo-conductual las secuelas psicológicas derivadas de la violencia intrafamiliar, por un grupo de mujeres adultas mayores.

Objetivo específico	**Actividad**	**Responsable**	**Indicador de seguimiento/ logro**
Validar y normalizar la experiencia por medio de la creación de un entorno terapéutico seguro en el que las participantes puedan nombrar y comprender sus vivencias a través de la psicoeducación sobre la violencia, reduciendo	**Sesión1: Psicoeducación y creación de un espacio seguro** **Objetivo:** Establecer el encuadre terapéutico, crear un ambiente de confianza y utilizar la psicoeducación para validar las experiencias de las participantes.	Profesional en psicología de la institución	**Logro esperado:** Aumento en el uso reportado de técnicas de respiración para manejar el estrés; disminución en la frecuencia de síntomas somáticos de ansiedad.

sentimientos de culpa y vergüenza.	**Tiempo estimado:** 90 minutos. **Actividades:1. Presentación y encuadre (20 min):** El terapeuta se presenta, explica los objetivos del grupo, las reglas de confidencialidad y respeto mutuo. Se enfatiza que este es un espacio seguro. **2. Psicoeducación sobre el ciclo de la violencia (30 min):** Usando láminas visuales sencillas, se explica qué es la violencia intrafamiliar (física, psicológica, sexual, económica), sus fases y por qué es tan difícil salir de ella.		

	El objetivo es desculpabilizar y normalizar la experiencia. Se definen conceptos como "invalidación emocional" y "aislamiento social". **3. Ejercicio (25 min):** Se entrega a cada participante una tarjeta u hoja y se les invita a escribir o dictar una palabra que describa cómo se sintieron durante esos años. Las tarjetas se leen en voz alta (puede ser de forma anónima) y se colocan en un mural común, validando cada sentimiento. **4. Introducción a la**		

	respiración consciente (15 min): Se finaliza con un ejercicio simple sobre notar la propia respiración. Se guía al grupo para que, por un minuto, solo presten atención a cómo el aire entra y sale, sin intentar cambiar nada. Se busca iniciar la conexión mente-cuerpo.		
Entrenar a las participantes en técnicas de respiración y relajación para gestionar la ansiedad y el estrés crónico y para que desarrollen habilidades de	**Sesión 2: Técnicas de respiración y relajación)** **Objetivo:** Enseñar técnicas prácticas para reducir la activación fisiológica (ansiedad, estrés) y gestionar síntomas somáticos.	Profesional en psicología de la institución	**Logro esperado:** Aumento en el uso reportado de técnicas de respiración para manejar el estrés; disminución en la frecuencia de

autorregulación somática y emocional.	**Tiempo estimado:** 90 minutos. **Actividades:** **1. Repaso y chequeo emocional (15 min):** Breve discusión sobre la sesión anterior y cómo se han sentido durante la semana. **2. Psicoeducación sobre estrés y cuerpo (20 min):** Se explica de forma sencilla cómo el miedo y el estrés crónico afectan al cuerpo (problemas de sueño, tensión muscular, etc.). Se introduce la respiración como la "herramienta de emergencia" que		síntomas somáticos de ansiedad.

	siempre tenemos. **3. Entrenamiento en respiración diafragmática (30 min):** Práctica guiada. Se enseña a las participantes a colocar una mano en el pecho y otra en el abdomen para sentir la respiración profunda. Se realizan varias series de inhalaciones lentas por la nariz y exhalaciones largas por la boca. **4. Relajación muscular progresiva (Adaptada) (25 min):** Se guía una versión sentada y suave. Se enfoca en tensar y relajar grupos		

	musculares principales (manos, brazos, hombros, rostro, piernas), notando la diferencia entre tensión y relajación.		
Modificar patrones cognitivos disfuncionales por medio de la implementación de la reestructuración cognitiva para identificar, desafiar y modificar los pensamientos negativos y creencias limitantes sobre sí mismas, el mundo y el futuro, internalizados a causa del abuso.	**Sesión 3: Introducción a la reestructuración cognitiva** **Objetivo:** Introducir el modelo cognitivo-conductual (pensamiento-emoción-conducta) y comenzar a identificar pensamientos automáticos negativos. **Tiempo estimado:** 90 minutos. **Actividades:** **1. Práctica de**	Profesional en psicología de la institución	**Logro esperado:** Disminución en la puntuación de creencias negativas sobre sí mismas; aumento en la capacidad percibida para identificar y cuestionar pensamientos automáticos.

	respiración (10 min): Se inicia la sesión con 5 minutos de respiración diafragmática para centrar al grupo. **2. El triángulo cognitivo (30 min):** Con una pizarra o papelógrafo, se explica visualmente cómo lo que pensamos afecta cómo nos sentimos y lo que hacemos. Se usan ejemplos sencillos y relevantes para ellas (Ejemplo: "Pienso: 'Soy una carga' -> Me siento triste -> Me aíslo). **3. Cazando "Pensamientos**		

	grises" (35 min): Se introduce el concepto de "pensamientos automáticos negativos" como "nubes grises" que oscurecen nuestro día. En grupo, se identifican pensamientos comunes derivados del trauma ("No valgo nada", "Fue mi culpa", "Nunca estaré bien"). Se escriben en la pizarra o papelógrafo. **4. Tarea para la semana (15 min):** Se les entrega una libreta y se les pide que intenten cazar al menos un "pensamiento gris"		

	durante la semana, sin juzgarlo, solo anotándolo.		
Recuperar la agencia personal e interpersonales con entrenamiento en habilidades sociales y comunicación asertiva para reconstruir la capacidad de expresar necesidades, establecer límites y mejorar la conexión social.	**Sesión 4: Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad** **Objetivo:** Reconstruir la capacidad de expresar necesidades y establecer límites de manera respetuosa. **Tiempo estimado:** 90 minutos. **Actividades:** **1. Introducción y repaso de la tarea (15 min):** Se comparten (voluntariamente) algunos de los pensamientos	Profesional en psicología de la institución	**Logro esperado:** Aumento en la autoeficacia para la comunicación asertiva.

	"cazados" durante la semana. **2. Psicoeducación sobre estilos de comunicación (25 min):** Se explican los estilos pasivo, agresivo y asertivo con ejemplos claros y dramatizaciones sencillas. Se relaciona el estilo pasivo con la inhibición emocional vivida. **3. Ejercicio: "Yo merezco, yo necesito" (35 min):** Se practica la construcción de frases asertivas usando la fórmula "Cuando usted (conducta), yo me siento (emoción), por eso me gustaría		

	que (petición)". Se ensayan situaciones hipotéticas y seguras del día a día en el hogar (Ejemplo: "Cuando subes el volumen de la televisión tan alto, yo me siento nerviosa, por eso me gustaría que lo bajaras un poco, por favor"). **4. Cierre y refuerzo (15 min):** Se valida lo difícil que es empezar a usar la propia voz después de tanto tiempo de silencio forzado y se celebra cada pequeño intento.		

Facilitar un espacio para la resignificación de experiencias dolorosas y utilizar la activación conductual para romper el ciclo de apatía y reconectar con actividades valiosas y placenteras.	**Sesión 5: Activación Conductual** **Objetivo:** Combatir la apatía y el aislamiento, ayudando a las participantes a reconectar con actividades placenteras y significativas. **Tiempo estimado:** 90 minutos. **Actividades:** **1. Práctica de asertividad (15 min):** Se repasan brevemente las técnicas de la sesión anterior. **2. Lluvia de ideas de pequeñas alegrías (35 min):** Se realiza una lluvia de ideas grupal sobre actividades que	Profesional en psicología de la institución	**Logro esperado:** Aumento en la frecuencia de participación en actividades significativas o placenteras.

	antes disfrutaban o que podrían disfrutar ahora, por más pequeñas que sean (Ejemplos: escuchar una canción en la radio, sentarse al sol 5 minutos, regar una planta, leer una revista, conversar con una compañera). Se crea una lista de "alegrías" común. **3. Programación de actividades (30 min):** Cada participante elige una actividad de la lista para intentar realizarla durante la semana. Se utiliza el principio de empezar por lo más pequeño y fácil. El objetivo es		

	romper la inercia y experimentar una pequeña dosis de refuerzo positivo. **4. Anticipación de obstáculos (10 min):** Se discute brevemente qué podría impedirles hacer la actividad (por ejemplo, no tener ganas) y cómo podrían superarlo (Ejemplo: hacerlo solo por 5 minutos).		
	Sesión 6: Mi nueva historia: integración, resignificación y cierre **Objetivo:** Integrar las habilidades aprendidas, resignificar la	Profesional en psicología de la institución	**Logro esperado:** Las participantes utilizan el lenguaje de la terapia (ejemplo: "pensamiento gris", "ser asertiva") en las discusiones; se observa un aumento

	experiencia traumática como una parte de su historia (pero no su totalidad) y cerrar el proceso grupal. **Tiempo estimado:** 90 minutos. **Actividades:** **1. Repaso del camino recorrido (20 min):** Se utiliza una línea de tiempo visual en la pizarra para recordar los temas de cada sesión (Psicoeducación, respiración, pensamientos, asertividad, activación). **2. Ejercicio de exposición imaginaria guiada y**		en la interacción social espontánea dentro del grupo. **Medición:** Notas de campo y registro anecdótico del terapeuta durante las sesiones.

	resignificación (40 min): Esta es la actividad central. El terapeuta/facilitador guía una visualización donde las participantes se imaginan a sí mismas en el presente, visitando a su "yo" del pasado. No se busca revivir el trauma, sino ofrecerle a esa versión más joven la compasión, la fuerza y la sabiduría que tienen ahora. Se finaliza con una frase de empoderamiento, ejemplo: "Sobreviviste. Eres fuerte. Ahora estás a salvo". (Nota: Esta técnica debe ser		

	manejada con delicadeza y adaptada a la respuesta del grupo). **3. Carta a mi yo futuro (20 min):** Cada participante escribe una breve carta para sí misma, destacando una fortaleza que redescubrió y una habilidad que aprendió en el taller y que se compromete a seguir usando (también puede ser dictada o de forma oral). **4. Cierre y despedida (10 min):** Se refuerza la idea de que la sanación es un proceso continuo y se les anima a seguir usando las		

	herramientas aprendidas y a apoyarse mutuamente.		

Referencias

Barraca Mairal, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé*, *8*(1), 23-50. https://repositorio.ucjc.edu/bitstream/handle/20.500.12020/171/C00041413.pdf?sequence=1

Barraca Mairal, J. (s. f.). *Técnicas de modificación de conducta: Una guía para su puesta en práctica* [PDF]. Editorial Síntesis.

Beck, J. S. (2006). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.

Bernal Torres, C. A. (2010). *Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Pearson.

Calvete, E., Corral, S., & Estévez, A. (2005). Desarrollo de un inventario para evaluar el abuso psicológico en las relaciones de pareja. *Clínica y Salud*, *16*(3), 203-221. https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617759001.pdf

Colque Casas, J. L. (2020). Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Educa UMCH. Revista Sobre Educación y Sociedad*, *15*(1), 5-22.

Cordero Parra, M. C. (2025, 12 marzo). Casos de violencia intrafamiliar en Costa Rica crecieron más del doble en los últimos cuatro años • *Semanario Universidad*. https://semanariouniversidad.com/pais/casos-de-violencia-intrafamiliar-en-costa-rica-crecieron-mas-del-doble-en-los-ultimos-cuatro-anos/

Cox, D., & D'Oyley, H. (2011). Cognitive-behavioral therapy with older adults. *BC Medical Journal*, *53*(7), 348-352. https://bcmj.org/sites/default/files/BCMJ_53_Vol7_cog_therapy.pdf

Cuellar, J. F. O., & Briones, M. B. (2019). LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR. *Revista Cognosis*, *4*(4), 81. https://doi.org/10.33936/cognosis.v5i4.1876

Echeburúa, E., De Corral, P., & Ortiz, C. (2011). Técnicas de exposición. En *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 261-286). Ediciones Pirámide.

Ellis, A. (1963). *Reason and Emotion in Psychotherapy* [PDF]. Lyle Stuart.

Esmeraldas Vélez, E. E., Falcones Centeno, M. R., Vásquez Zevallos, M. G., & Solórzano Vélez, J. A. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *RECIMUNDO*, *3*(1), 58-74. https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74

González, M., & Ramos, J. (2025). *Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en una mujer víctima de violencia intrafamiliar por parte de su pareja y el incremento de síntomas de ansiedad y depresión durante la pandemia de Covid-19* [Tesis de maestría, Universidad de las Américas]. https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/17426

Granda Gonzaga, M. F., & Hernández Rodríguez, Y. (2021). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la salud mental de mujeres víctimas de violencia sexual. *ProSciences Revista de Producción, Ciencias E Investigación*, *5*(41), 91-102. https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss41.2021pp91-102

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

Lazenbatt, A., Devaney, J., & Gildea, A. (2014). Older women living and coping with domestic violence. *Current Nursing Journal*, *1*(1), 10-22. https://www.researchgate.net/publication/235884132_Older_women_living_and_coping_with_domestic_violence

Ley N° 7586. Ley contra la Violencia Doméstica. 2 de mayo de 1996. Gaceta N° 83.

Ley N.º 10412. Ley Nacional de Salud Mental. 19 de diciembre de 2023. Gaceta N° 235.

Mayor Walton, S., & Salazar Pérez, C. A. (2019). La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gaceta Médica Espirituana*, *21*(1), 96-105. http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v21n1/1608-8921-gme-21-01-96.pdf

Mera Vallejos, S., & Ríos Vílchez, L. (2018). *Propuesta de un programa cognitivo conductual en la autoestima en mujeres víctimas de violencia familiar* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/7025

Monje Álvarez, C. A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: Guía didáctica*. Universidad Surcolombiana.

Organización Panamericana de la Salud. (2025, 10 octubre). *Violencia contra la mujer*. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer

Pereira Retana, S. (2018). Salud, mujeres y violencia doméstica. *Revista Judicial, Poder Judicial de Costa Rica*, *123*, 25-39.

Ramallo, F. B. (1981). Las terapias cognitivo-conductuales: Una revisión. *Studies In Psychology Estudios de Psicología*, *2*(7), 91-114. https://doi.org/10.1080/02109395.1981.10821272

Rincón González, P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/ffe7234d-27b3-4577-a1ca-77ab2fd45df1/content

Robles Garrote, P., & Rojas, M. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija de Lingüística Aplicada*, *18*, 1-16.

Rosas Santiago, F. (2015). *Efectos de la Psicoeducación y la Terapia Cognitivo Conductual sobre los índices de sobrecarga percibida, afrontamiento y sintomatología asociada al estrés en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos* [Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología, Universidad Veracruzana]. https://cdigital.uv.mx/server/api/core/bitstreams/16bd59e0-3c00-4fc8-8493-1e1380284cfd/content

Ruiz Fernández, M. A., Díaz García, M. I., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* [PDF]. Desclée De Brouwer, S.A. https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-técnicas-de-intervención-cognitiva-conductuales.pdf

Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres de todas las edades & INAMU. (2023). *Informe de avance de cumplimiento de metas del*

año 2022. Secretaría Técnica de PLANOVI. https://www.inamu.go.cr/documents/37629/92932/Informe+final+de+cumplimiento%2C+2022+PLANOVI.pdf/4c9fdbfe-1aca-1322-391a-476834a7c72e?t=1734362283997

Villamarín Rodríguez, M., & García Pazmiño, M. A. (2019). Autoestima y violencia doméstica: intervención psicoterapéutica. *Revista Científica Retos de la Ciencia*, *3*(7), 48-55. https://doi.org/10.53877/rc.3.7.20190701.05

Walker, L. E. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, *44*(4), 695-702. https://doi.org/10.1037/0003-066x.44.4.695

World Health Organization: WHO. (2025, 1 octubre). *Envejecimiento y salud*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

Zetina Lozano, M. G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, *5*(19), 23-41. https://www.redalyc.org/pdf/112/11201903.pdf