

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DEL FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO EN UN
CASO DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EJERCIDA POR SU PAREJA QUE AUN
VIVE CON SU AGRESOR

ANGIE PAOLA BELTRAN BELTRAN ID: 373116

DEISSY LORENA FLOREZ DUARTE ID: 386949

TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE PSICÓLOGA

DIRIGIDO POR:

NOLLY NATALY CASTAÑEDA IBAÑEZ PS., ESP., MG

EVALUADO POR:

MAYERLI ANDREA PRADO RIVERA PS, MG

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BOGOTA D.C.

2018

Agradecimientos

En estas líneas, las autoras agradecemos a todas las personas que apoyaron nuestro proceso de formación académica, al programa de psicología, por generar espacios de discusión, de interacción académica y humana, que nos dieron para sembrar la semilla de la curiosidad por las diferentes realidades en que vivimos, en especial al semillero de Neurociencia Básica y Clínica Uniminuto por apoyar siempre la curiosidad y fomentar la disciplina en sus estudiantes, por tener un equipo lleno de estudiantes ejemplares ante el compromiso y el progreso personal; y docentes líderes como Diana Carolina Cárdenas y Alejandra rizo, siempre dispuestas a brindar un consejo académico y personal para nuestro avance profesional.

A todos aquellos docentes que nos brindaron las herramientas a lo largo de 4 años para estar cerca de éste título, a nuestra tutora Alexandra González y tutor Carlos Acosta por ser ejemplo y orientación profesional de nuestras acciones. A nuestra directora y lectora de trabajo de grado, Nolly Nataly Castañeda y Mayerli Prado, por confiar en nosotras, por labrar en nosotras la lucha con denuedo, coraje, entereza y por enseñarnos a luchar por éste trabajo de grado que nace desde un interés personal.

A nuestros amigos, amigas, compañeros y compañeras del proceso, por los momentos compartidos de construcción académica y social, que enriquecieron el camino del saber y el ser.

A nuestra familia, en especial a nuestras madres y padres por acompañarnos cada día, por sus voces de aliento cuando no podíamos seguir, ya que por ustedes conocimos el significado de la palabra esfuerzo.

La motivación brindada nos enseñó que en éste camino que iniciaremos como psicólogas el límite no es el cielo, porque más allá del cielo existen estrellas ocultas cuyo brillo aún espera por ser encontrado.

A todos ellos, muchas gracias.

Resumen

La violencia contra las mujeres es identificada como un gran problema de salud pública, que puede ocasionar graves problemas de salud física, mental y sexual, y que implica un elevado costo social y económico para la mujer, su familia y la sociedad. El presente estudio tuvo como objetivo conocer el desempeño de las funciones ejecutivas en una mujer de 25 años de edad que ha experimentado violencia de pareja y aún convive con su agresor. El tipo de estudio realizado fue de cohorte transeccional exploratorio, con base en un estudio de caso. Se aplicó un protocolo de evaluación neuropsicológica, un cuestionario de Evaluación a Víctimas de Violencia de Pareja y la prueba Perfil de estrés (Nowack, 2002), luego de la firma y aceptación del consentimiento informado. Los resultados indicaron que la mujer cuenta con un bajo desempeño en las funciones ejecutivas asociadas a la corteza orbito frontal, vinculadas a la emoción, además de un perfil de desempeño variable asociado al funcionamiento dorsolaterales del lóbulo frontal y la gravedad de la violencia que evidenció la mujer frente al agresor fue leve a nivel físico y psicológico. Según el perfil de estrés, la mujer tiene un adecuado estado de salud física y psicológica, una baja red de apoyo social y vulnerabilidad ante el consumo alto de alcohol junto a factores de hostilidad al enfrentar situaciones de estrés. Se concluye la pertinencia de éste tipo de estudios para los profesionales en salud mental en Colombia debido a sus implicaciones a nivel psicológico, jurídico y social; de este modo se invita a continuar con investigaciones desde el ámbito neuropsicológico para la comprensión cognitiva, comportamental y biológica del funcionamiento ejecutivo en mujeres que viven violencia y aun conviven con su agresor.

Palabras clave: Violencia contra la mujer, evaluación neuropsicológica, funciones ejecutivas.

Abstract

Violence against women is identified as a major public health problem, which can cause serious physical, mental and sexual health problems, and which implies a high social and economic cost for women, their families, and society. The purpose of this study was to determine the performance of executive functions in a 25-year-old woman who has experienced intimate partner violence and still lives with her aggressor. The type of study carried out was an exploratory transactional cohort, based on a case study. A neuropsychological assessment protocol, a Questionnaire for Victims of Partner Violence for the diagnosis of manifestations and severity of violence, and the Stress profile test (Nowack, 2002) were applied after informed consent was accepted. The results indicated that women have low performance in executive functions associated with the frontal orbital cortex (linked to emotion) and a variable performance profile associated with dorsolateral frontal lobe function and the severity of the violence that woman shows against the aggressor on a physical and psychological level. According to the stress profile, the woman has an adequate state of physical and psychological health, a low social support and vulnerability for alcohol consumption alongside hostility when facing stressful situations. The relevance of this type of studies for mental health professionals in Colombia is concluded due to its psychological, legal and social implications, to continue with neuropsychological research in favor of cognitive, environmental and behavioral understanding in women they live in violence and still live with her aggressor.

Keywords: Violence against women, neuropsychological evaluation, executive functions.

Tabla de Contenido

Portada.....	I
Agradecimientos.....	II
Resumen	III
Lista de Tablas	VI
Lista de Figuras.....	VII
1. Justificación	1
2. Planteamiento del problema	6
3. Pregunta problema	9
4. Objetivo General	9
4.1. Objetivos específicos	9
5. Marco teórico y conceptual	10
5.1. Violencia	10
5.2. Violencia de pareja	12
5.2.1. Tipos de violencia	15
5.2.2. Ciclo de violencia	17
5.3. Violencia contra la mujer	18
5.3.1. Consecuencias de la violencia contra la mujer	20
5.3.1.1. Consecuencias físicas	20
5.3.1.2. Consecuencias sociales	21
5.3.1.3. Consecuencias psicológicas	22
5.3.1.4. Consecuencias neuropsicológicas	25
5.4. Evaluación neuropsicológica y violencia contra la mujer	26
5.5. Funciones ejecutivas	28
5.5.1. Definición	28
5.5.2. Modelo de explicación Stuss/Benson.....	32
5.5.3. Evaluación neuropsicológicas de las funciones ejecutivas.....	33
6. Marco metodológico	35
6.1. Estudio de caso	35
6.2. Instrumentos	38
6.3. Procedimiento	43
6.4. Plan de análisis	44
6.5. Consideraciones éticas	45
7. Resultados.....	45
8. Discusión	53
9. Conclusiones	65
10. Referencias Bibliográficas	67
11. Anexos.....	84

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Relación entre procesos cognitivos y regiones frontales según Stuss, 2002</i>	34
Tabla 2. <i>Propuesta exploración funciones ejecutivas según Cespedes Tirapu- Ustárroz, 2004</i>	34
Tabla 3. <i>Antecedentes médicos personales</i>	37
Tabla 4. <i>Antecedentes médicos familiares</i>	37
Tabla 5. <i>Índices de confiabilidad de los instrumentos utilizados para la evaluación de las funciones ejecutivas</i>	40
Tabla 6 <i>Resultados atención sostenida y dividida</i>	46
Tabla 7. <i>Resultados procesos de flexibilidad cognitiva y razonamiento perceptual no verbal- conceptualización</i>	46
Tabla 8. <i>Resultados procesos de pensamiento abstracto y asociativo</i>	47
Tabla 9. <i>Resultados de planeación y solución de problemas además de memoria de trabajo</i>	48
Tabla 10. <i>Resultados de inhibición de respuesta</i>	49
Tabla 11. <i>Resultados procesos de fluidez verbal y fonológica</i>	49
Tabla 12. <i>Resultados del cuestionario de evaluación a víctimas de violencia de pareja. Sección V. Diagnóstico de manifestaciones y severidad de la violencia (Zuñiga, 2015)</i>	50

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Resultados perfil de estrés</i>	52
--	----

1. Justificación

La violencia contra las mujeres dentro de las relaciones de pareja es un tema que en la actualidad está presente en medios de comunicación, áreas jurídicas, espacios públicos, familias e incluso en espacios académicos. Es identificado como un gran problema de salud pública y una violación a los derechos humanos que ocurre en todo el mundo y en distintas condiciones (Organización Mundial de la Salud, 2015) así como contextos.

El 38% de los homicidios a mujeres a nivel mundial han sido cometidos en el marco de las relaciones de pareja. En América, las cifras de violencia contra la mujer ejercida por su pareja o expareja representan el 30% (Organización Mundial de la Salud, 2015), mientras que, en Colombia, sus cifras aumentan cada año. Por ejemplo, en 2016 representó el 86% de los casos de violencia según lo notificó el Instituto Nacional de Medicina Legal (Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses, 2017) y en 2017 de 37.158 exámenes médicos legales a personas que denunciaron haber sido violentadas por su pareja o ex pareja, 31.971 corresponden a mujeres, es decir, el 86,4% del total (Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses, 2017).

No obstante, la violencia de pareja contra la mujer no sólo aumenta en cifras documentales del Estado sino también ocasiona graves problemas de salud física, mental, sexual (Cáceres, 2012) y reproductiva a corto y largo plazo, que implican un elevado costo social y económico para la mujer, su familia y la sociedad, por las repercusiones que deriva en un aspecto visible y externo, y otras que se desarrollan con el tiempo, tales como afectaciones en su salud mental.

La violencia de pareja puede conllevar a homicidio o suicidio, lesiones físicas tales como traumatismos y/o politraumatismos (el 42% de las mujeres víctimas de violencia de pareja refieren alguna lesión a consecuencia de dicha violencia)(Organización Mundial de la Salud, 2015), embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos,

problemas psicológicos como depresión, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios e intento de suicidio; problemas físicos como cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y deterioro de la salud en general (González Moreno, 2017).

A pesar que la información disponible es valiosa porque aporta claves que resultan útiles para disponer de al menos una parte del retrato de la violencia que se ejerce contra las mujeres en la relación de pareja (Álvarez-Dardet, Pérez Padilla y Lorence Lara, 2013); algunas de las evidencias disponibles muestran los efectos de la violencia una vez se ha identificado o ha tenido consecuencias graves en la mujer, y son pocos los estudios que se interesan en indagar la invisibilidad que le rodea mientras se convive con el agresor debido a la demora con la que éstas dejan de ser invisibles.

Parafraseando a Álvarez-Dardet et. al. (2013), la información estadística disponible permite conocer lo que le sucede en solo una parte de las mujeres que viven violencia: aquellas que denuncian su situación o bien las que son conscientes de ella y acuden a diversos dispositivos de apoyo y ayuda; pero existe un colectivo de víctimas invisibles cuya situación y realidad permanece oculta, por circunstancias particulares de estas mujeres y/o por la pasividad y la tolerancia de su entorno más cercano.

Tal como menciona Medina (2002, citado por Álvarez-Dardet, Pérez Padilla y Lorence Lara, 2013), para abordar este problema, es preciso desencadenar actuaciones y recursos por parte de los diversos profesionales implicados (ámbitos tales como el social, sanitario, legal o policial) con el fin de disponer de información sobre su incidencia y las características que presentan en un entorno cultural determinado.

En el contexto colombiano, la comprensión de la violencia cuenta con límites difusos y su explicación o identificación es poco clara en espacios médicos y jurídicos. Y si bien la

violencia ha sido estudiada desde secuelas psicológicas-comportamentales hasta físicas o biológicas, como ya se ha mencionado, es poco el estudio que abarque ambos componentes.

Kwako, Glass, Campbell, Melvin, Barry Gill (2011) muestran que una lesión cerebral traumática mantenida en el tiempo puede aumentar el riesgo de deterioro para la salud general; a pesar de ello, actualmente no se realizan evaluaciones que asocien las funciones psicológicas superiores y sus efectos comportamentales en mujeres que han vivido violencia de pareja cuando ha existido exclusivamente maltrato psicológico (no físico); tomando en cuenta que las secuelas psicológicas en víctimas de violencia contra la mujer, especialmente el estrés postraumático, también pueden producir alteraciones en el funcionamiento cerebral (Fonzo et al., 2010; Simmons et al., 2008) que repercuten en áreas como la atención, las funciones ejecutivas y el procesamiento del dolor (Strigo, Simmons, Matthews, Grimes, Allard, Reinhardt, Paulus y Stein, 2010).

La literatura reporta un caso que relaciona la violencia contra la mujer, el desempeño de funciones psicológicas superiores y sus efectos comportamentales usando herramientas neuropsicológicas resaltando la relevancia de las funciones ejecutivas para los tribunales de justicia en las personas presuntamente responsables de un delito (Shaw y Porter, 2015).

Torices, Hidalgo-Ruzzante y García, (2016) documentaron una evaluación neuropsicológica en un caso de violencia de pareja en el que la mujer llegó a asesinar a su esposo y en la evaluación realizada la mujer mostró problemas de atención y funcionamiento ejecutivo (memoria de trabajo, flexibilidad y toma de decisiones) que fueron asociados a los continuos golpes en la cabeza que obtuvo por parte de su esposo mientras vivían juntos; dicha evaluación fue de suma importancia para resolver el proceso jurídico que se estaba llevando a cabo.

El uso de una evaluación de funciones psicológicas superiores desde la neuropsicología ha aportado información valiosa para el diagnóstico de aspectos

neurofuncionales con relación a discapacidades y potencialidades (Monti, Saffi, Martins de Barros, Machado Dias, Teruo Akiba, de Pádua Serafim, 2015) cognitivas (Kumar y Sadasivann, 2016), y desde el ámbito clínico y funcional las secuelas neuropsicológicas ha tenido relevancia en asuntos de indemnización (Kumar y Sadasivann, 2016; Monti et al., 2015) e incapacidad laboral, inclusive en aquellos casos en los que no necesariamente se ha presentado un Trauma Cráneo Encefálico (TCE) (Monti et al. 2015).

Adicionalmente, como lo reporta en México, Monry-Vite y García-López (2017), la evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas interviene desde el ámbito civil en casos relacionados con habilidades parentales y de guarda y custodia (Leonard, 2015), así como en evaluación del testimonio (Coppola, 2015, citado por Ostrosky, 2016) y asuntos relacionados con la valoración de la competencia de un individuo para participar y tomar decisiones en su defensa durante el proceso legal, expresándose en términos de porcentaje de discapacidad cognitiva (Kumar y Sadasivan, 2016; Ostrosky, 2016).

La importancia de evaluar las funciones ejecutivas recae en el hecho que definen la experiencia humana (Monroy-Vite y García-López,2017) puesto que incluyen aspectos relativos a la intencionalidad, otorgamiento de significado con relación a experiencias previas, retención de conceptos en la memoria de trabajo, reconocimiento y resolución de problemas complejos (Freedman y Brown, 2011, citado por Woods, Freedman y Greenspan, 2012), formación y mantenimiento de relaciones sociales, además de la facultad de percibir el contenido emocional de las relaciones sociales, juicio social e insight (Monroy-Vite y García-López,2017). Más aún, la utilidad del conocimiento neuropsicológico no se limita al profesional en Neurología y al psicólogo, si no que su interés se extiende a diversas áreas cercanas de trabajo, como la psiquiatría, la neurocirugía, la rehabilitación, la pedagogía, la gerontología y la psicología del desarrollo (Ardila y Rosselli, 2007).

Una búsqueda a partir de la neuropsicología permitiría a futuro contar con alternativas integrales desde lo profesional para identificar, comprender y obtener una caracterización de un perfil neuropsicológico en una mujer que ha vivido violencia de pareja y continúa viviendo con su agresor.

En el campo clínico permitiría conocer el estado neurocognitivo de una mujer para así mismo brindar intervenciones eficaces y en campos jurídico-forense, permitiría que los actores legales como el juez y la fiscalía brinden una información precisa y completa sobre la existencia de la violencia, la gravedad de las consecuencias, el riesgo de repetición o de intensificación y el descarte de posibles casos de simulación (Martínez-León, Irurtia, Crespo, Calleja, Martínez-León y Queipo, 2011).

A nivel institucional, en la Corporación Universitaria Minuto de Dios UNIMINUTO, un estudio con tal índole en el programa de Psicología, permitiría evidenciar un producto de investigación que desde una postura crítica y reflexiva da cuenta de un satisfactorio proceso de formación en sus estudiantes de pregrado, con una responsabilidad social en continua acción-reflexión-acción, fundamentado en su enfoque praxeológico; partiendo de la comprensión de la violencia contra las mujeres en el país y brindando alternativas de investigación para el desarrollo humano y social desde una disciplina científica. Además que aporta pruebas basadas en evidencia al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (2013) ante la necesidad de adecuación de los servicios de salud con perspectiva de género, atención humanizada y de calidad acatando a necesidades diferenciales.

Por esto, se propone un estudio que describa el funcionamiento ejecutivo en una mujer que ha vivido situaciones de violencia de pareja y aún convive con su agresor, a partir de la evaluación y la aplicación de sub pruebas o test neuropsicológicos, para la obtención de un perfil como el primer paso para caracterizar a futuro el perfil ejecutivo en mujeres con dichas características.

2. Planteamiento del problema

La violencia de pareja es una de las manifestaciones más comunes de violencia en contra de la mujer, además de considerarse como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial (WHO, 2012 citado por Zapata, Parra, Barrios y Rojas, 2016) y la principal causa de reducción en la calidad de vida, daño y muerte de la mujer con efectos secundarios para la familia, la comunidad y la economía (APA, 2002; Centro Reina Sofía, 2003).

La gravedad de los efectos de la violencia de pareja se caracteriza por las lesiones que ocasiona, y el particular contexto en el que se producen: el ámbito doméstico y familiar, además de la relación entre la víctima y el autor de dichas lesiones (Lorente-Acosta y Lorente-Acosta, 1998), y las lesiones físicas y psicológicas que perpetúan en el tiempo hasta llegar, en ocasiones, a una forma crónica (Lorente 1998, citado por Hidalgo-Ruzzante, Gómez, Bueso-Izquierdo, Jiménez, Martín Del Moral y Pérez-García 2012).

En Colombia, según el Boletín Epidemiológico del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de 2016- 2017 (Cifuentes y Moreno, 2017) durante los meses de enero a octubre de los años 2016 y 2017 se realizaron 1.489 necropsias médico legales a mujeres cuya manera de muerte fue el homicidio. El mayor número de casos se presentó en mujeres con edades entre los 25 a 29 años (213 casos). El arma de fuego fue el mecanismo más utilizado con el 54% de los casos, seguida por el arma corto punzante 23% y los generadores de asfixia con un 9%.

En el caso específico de violencia de pareja, el compañero permanente fue el principal agresor en un 57% de los casos, seguido del ex compañero en un 34 %; además se realizaron 10.169 valoraciones de riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o expareja de las cuales 3.934 (39%) se encontraban en riesgo extremo y 2.139 (21%) en riesgo grave (Cifuentes y Moreno, 2017). Adicional a ello, del primero de enero al 30 de septiembre

del 2017 cada 12 minutos una mujer fue agredida por su pareja (SISMA, 2017) sin dejar de lado las mujeres que, por diferentes razones, no denunciaron o no accedieron a los servicios que ofrece el estado.

Retomando los efectos de la violencia de pareja en las mujeres, en los años anteriores, investigadores sobre la violencia de pareja como Rincón (2001), Amor, Echeburúa, De Corral, Zubizarreta, y Sarasua, (2001) citados por Carvajal Zúñiga, (2015), encontraron que, en algunos casos, la violencia continuaba a pesar de que la mujer se hubiese separado, evidenciando que no es imprescindible que convivieran en el mismo domicilio para el mantenimiento de la violencia, sino que es suficiente con tener o haber tenido un lazo afectivo como pareja en algún momento.

Esto podría incrementar las repercusiones como las secuelas invisibles en la individualidad de la mujer a varios niveles, incluyendo las neuropsicológicas, considerando que en perfiles de evaluación neuropsicológica en víctimas de violencia, se ha determinado que puede existir una afectación en la triada (cognición-emoción-conducta) que dificulta la convivencia, transgrede la integridad, los aspectos personales y los vínculos afectivos (Cáceres Durán, Salas Picón y Gutiérrez de Piñeres, 2017).

Por su parte, la Defensoría del Pueblo en Colombia (1995) ha identificado que la violencia de pareja causa efectos psicológicos como estados depresivos, pérdida de la motivación y de volición, dificultades para evaluar los hechos y tomar decisiones con relación a los mismos, inhibición ante la acción y pérdida de autonomía en la que la mujer se desvaloriza y se culpa por la agresión perpetrada.

En relación con lo anterior se puede decir que las consecuencias de la violencia pueden derivar en condiciones psicopatológicas (trastornos de ansiedad, depresión, estrés posttraumático, baja autoestima), físicas (hematomas, heridas, magulladuras), daños sexuales, sociales, incluso neuropsicológicas, debido a posibles daños directos como traumatismos

craneoencefálicos, daño cerebral y/o daños indirectos a partir de los elevados niveles de cortisol segregados ante situaciones de estrés crónico (Rincón y Fernández, 2015).

En concreto, en el síndrome de Estrés Post Traumático (TETP) según Stein, Kennedy y Twamley (2002) existen diferencias en mujeres diagnosticadas con TETP por violencia de pareja y mujeres no diagnosticadas en funciones cognitivas como memoria de trabajo, habilidades viso constructivas, velocidad de procesamiento y funcionamiento ejecutivo.

En consideración con lo anterior, los estudios encontrados sobre la prevalencia de déficits neuropsicológicos (Rincón y Fernández, 2015; García, 2014; Stein, Kennedy y Twamley, 2002) muestran dificultades cognitivas graves que tienen una clara relación con el funcionamiento cotidiano de las mujeres, tales como trastornos de memoria, atención y concentración, el recuerdo de acontecimientos cotidianos, habilidades viso constructivas, velocidad de procesamiento motor, velocidad de fluidez y función ejecutiva en lo que respecta a la toma de decisiones e inhibición de respuesta (Hidalgo et al., 2012).

Algunos trabajos de tesis realizados en ciudades de Centroamérica y Europa (Gilbert, Bird y Burgess, 2008; Lezak, 2004), refieren que a partir de evaluaciones neuropsicológicas, mujeres que han vivido situaciones de violencia de pareja tienen un rendimiento inferior en el área visoespacial (percepción visual y orientación espacial), área del lenguaje (habla receptiva y habla expresiva), área de la memoria (memoria inmediata y memoria lógica), área intelectual (dibujos temáticos y actividad conceptual) y en la prueba de atención (control atencional) (Pérez, Velasco, Torres y Conde, 2006). A la fecha existen descripciones que son ambiguas y poco claras de su funcionamiento ejecutivo a partir de la generación, supervisión, regulación, ejecución y reajuste de conductas adecuadas para alcanzar objetivos complejos.

Es por ello que la función ejecutiva resulta relevante, considerando que varios de sus componentes se ven implicados en una variedad de situaciones tales como la toma de decisiones, la planeación y secuenciación para la solución de problemas, el control inhibitorio

ante situaciones que lo requieran, la metacognición y el control atencional (Lezak, 2004, citado por Verdejo-García y Bechara, 2010).

Así pues es pertinente explorar desde una perspectiva neuropsicológica el perfil cognitivo de mujeres que han sufrido violencia de pareja y aún convivan con su agresor, identificando si existen déficits en el funcionamiento ejecutivo debido a sus posibles implicaciones en la vida diaria y repercusiones para profesionales que trabajen con dichas mujeres desde el ámbito social, familiar, jurídico y clínico.

Debido a la falta de estudios que caractericen mujeres que aún se encuentren en un ciclo de violencia con su pareja, es pertinente efectuar un primer paso descriptivo para dar continuidad a más estudios de la misma índole desde la academia.

3. Pregunta Problema

¿Cuál es el desempeño neuropsicológico de las funciones ejecutivas de una mujer que vive violencia de pareja que aún convive con su agresor?

4. Objetivo General

Identificar el desempeño de las funciones ejecutivas de una mujer de 25 años de edad que ha experimentado violencia de pareja y aún convive con su agresor.

4.1. Objetivos específicos

Evaluar el desempeño neuropsicológico de la función ejecutiva en una mujer de 25 años de edad que ha experimentado violencia de pareja y aún convive con su agresor.

Definir el desempeño neuropsicológico de la función ejecutiva en una mujer de 25 años de edad que ha experimentado violencia de pareja y aun convive con su agresor.

Comparar el desempeño neuropsicológico de la función ejecutiva en una mujer de 25 años de edad que ha experimentado violencia de pareja con su grupo normativo.

5. Marco teórico y conceptual

5.1. Violencia

Para entender un término tan ambiguo como la violencia, es necesario partir desde su concepción general. El origen etimológico de la palabra violencia es vis: fuerza (Botello, Caballero y Vera, 2018), y en la actualidad se tipifica según el daño que produce en quien la sufre. La Organización Mundial de la Salud (OMS), comenta que la violencia está compuesta por un uso intencional de fuerza o poder con consecuencias que abarcan desde daños físicos y psicológicos hasta la muerte (Krug, Dahlberg, Mercy y Zwi, 2003). El diccionario de la Real Academia, señala que violencia significa “cualidad de violento; acción y efecto de violentar o violentarse; acción violenta contra el natural modo de proceder; (o) acción de violar a una persona” (RAE, 2001; p. 2304). Más concisa y a la vez completa, resulta la definición elaborada por Savater (1995), quien indica que la violencia es un “ejercicio de fuerza de parte de instituciones, grupos o individuos sobre otros grupos o individuos con un propósito instrumental –obtener algo de quienes padecen el ejercicio de fuerza- y/o con un propósito expresivo –poner de manifiesto el poder y las convicciones del ejecutor de fuerza” (p.120).

Ante estas definiciones, la violencia se caracteriza como un conjunto de acciones donde se somete de forma intencional a un otro. Sin embargo, es destacable que el uso cotidiano y académico del término es poco diferenciado de la agresión y el maltrato (en ocasiones uniendo los términos para referirse a un mismo acto). Por un lado, el maltrato se define como toda acción con la intención de hacer un daño inmediato en la persona agredida (Pinheiro, 2006), en éste, la persona agresora concibe el daño como el fin principal de su agresión y se puede presentar en tres formas: físico, emocional y psicológico, donde las

lesiones causantes llegan a la muerte o daño severo (Pinheiro, 2006). El término de maltrato es usado con mayor frecuencia ante casos de agresiones hacia niños y, se diferencia de la violencia, en cuanto que ésta última está mediada por un rol de poder donde la principal causa de daño es por dicho rol que no es equitativo. Adicionalmente, aunque ambos términos son equiparables, la diferencia de la violencia con el maltrato se centra también en la intensidad y la intención (UNICEF, 2011).

Por otro lado, el concepto de violencia es más amplio que el de agresión y, teóricamente, todo acto al que se aplique una dosis de fuerza excesiva puede ser considerado como acto violento. El término de agresión es definido por autores como Lorenz (1963), Eibl-Eibesfeldt (1993) y Sanmartín (2002), como un instinto, un rasgo seleccionado por la naturaleza que aumenta la eficacia biológica de quien lo posee y desde una mirada más social, Hacker (1973) define la agresión como esa disposición y energía expresadas en diversas formas tanto individuales como colectivas de autoafirmación. En el mundo animal, cuando dicha agresividad se da entre especies distintas suele estar relacionada con la supervivencia, con la necesidad de cubrir las necesidades más básicas como la alimentación; sin embargo, cuando la agresividad está presente entre miembros de la misma especie suele ser defensiva u ofensiva (Sanmartín, 2004).

La diferencia principal radica en la intencionalidad de este ejercicio de fuerza, donde la violencia es la alteración del instinto de agresividad (Sanmartín, 2004) motivada por factores tanto biológicos (determinación biológica o genética) como ambientales (origen social o cultural), factores que interactúan para incidir en un rasgo o sobre un carácter que sea hereditario.

Debido a la multiplicidad de factores implícitos en la concepción de la violencia, es importante tener en cuenta una serie de variables presentes que van a diferenciar un tipo de violencia de otro, ya sea la edad de inicio (infancia, adolescencia, edad adulta o vejez), forma

de manifestarse (físico, psicológico, sexual), nivel de gravedad (leve, grave, severo), frecuencia y duración (días, meses, años) y hacia quién va dirigida (niños, mujeres, ancianos, etc.) (Torres García, 2014).

Para ello la OMS propone en su informe mundial sobre la violencia y la salud (Krug, Dahlberg, Mercy, y Zwi, 2003) una clasificación de violencias siendo una tipología que divide los comportamientos violentos en categorías, dependiendo de quién ha cometido el acto, quién es la víctima y a qué tipo de violencia ha sido sometida, categorizadas según el autor del acto violento en violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva. La violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones como la automutilación; la violencia interpersonal por su parte se divide en dos subcategorías: violencia intrafamiliar o de pareja y violencia comunitaria, es decir, la proveniente del contexto social (institución, barrio, lugar de trabajo, entre otros) del cual es parte una persona; y la violencia colectiva es el uso instrumental de la violencia de miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos con objetivos políticos, económicos o sociales; por ejemplo, conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos, genocidio, represión, terrorismo y crimen organizado (OMS, 2003).

5.2. Violencia de pareja

Osorio-Gutiérrez y Moreno-Bernal (2016) definen la violencia de pareja como una variable conformada por una serie de sucesos o características tanto culturales, sociales y económicas que afectan y condicionan la conducta de las personas, que por lo general se presenta en todos los entornos y grupos socioeconómicos, religiosos y culturales. La OMS realizó un estudio Multipaís o Multicentro (Organización Panamericana de la Salud, 2013) recolectando datos sobre la violencia de pareja en 10 países (Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, República unida de Tanzania, Samoa, los estados antes unidos de

Serbia y Montenegro y Tailandia), representando diversos entornos culturales, geográficos, urbanos y provinciales, mostrando que la violencia (física, sexual, psicológica, emocional) de pareja, específicamente en contra de la mujer, está extendida en todos los países con una prevalencia del 13% al 75%, presentando variaciones entre países y entre entornos dentro de un mismo contexto en función de la edad, el estado civil y el nivel de escolaridad.

En Colombia, la magnitud de la prevalencia no es tan diferente. El Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) cada año presenta un informe con el número de casos de violencia intrafamiliar y de pareja que se presentan en el país. Respecto al año 2016, se reportó que de enero a septiembre se presentaron 58.674 casos, 12.741 más que el año 2015; caracterizando la violencia de pareja cuya cifra llegó a 38.107 casos (Palomino, 2016) que aumentó en el año 2017 a 49.423 (El País, 2018).

Si bien la violencia de pareja se tipifica en muchas ocasiones dentro de la violencia doméstica, es necesaria una distinción resaltando la causa del hecho violento, se considera que, mientras la violencia doméstica apunta a la familia como sujetos de referencia, y la mujer puede vivir el hecho de violencia, también lo puede vivir el padre o los hijos, y su contexto es exclusivo del hogar (Abreu, 2006).

En cuanto al sexo, en general se evidencia una brecha muy grande entre el número de casos de violencia de pareja cuando la víctima es hombre o mujer. En Colombia, la diferencia más alta se registra en el año 2009, donde los hombres representaron 6.895 casos mientras que las mujeres lo hicieron en 53.799, en resumen, las mujeres son las víctimas del 89% del total de casos registrados (Osorio-Gutiérrez y Moreno-Bernal, 2016). Sin embargo, este fenómeno no es exclusivo en Colombia o en países en vía de desarrollo; algunos datos en Estados Unidos muestran que 1.5 millones de mujeres son violentadas o atacadas físicamente por su pareja cada año y en el mundo se reporta que 5.3 millones de mujeres son víctimas de este tipo de violencia (Tjaden y Thoennes, 2000).

De este modo, la violencia de pareja en muchas condiciones está dirigida contra la mujer, la cual se ve enmarcada en una serie de estereotipos basados en género. En una pareja es necesario cumplir con algunos roles establecidos por la sociedad, por ello, cuando se presenta un hecho de violencia en una relación sentimental, está bajo un discurso patriarcal que, por lo general, configura el dominio del hombre sobre la mujer, así pues, el hecho de violencia ocurre hacia la víctima por el simple hecho de ser mujer. Según Agoff, Rajsbaum y Herrera (2006), el que un hombre realice actos violentos contra una mujer aún se concibe como un acto “normal” y “natural” en algunas culturas y resulta "invisible" aún para las propias mujeres que viven la violencia.

Se ha visto que esquemas rígidos sobre los roles de género tienden a una mayor tolerancia a la violencia dentro de la pareja (Rodríguez, Lameiras, Faílde y Carrera, 2009). Y particularmente, Barón (2008) describe que haber experimentado violencia cuando niño, incide positivamente en la probabilidad de experimentar violencia en sus propias relaciones.

Debido a su gran contexto colombiano, el estrato bajo está asociado a una complejidad social, cultural e histórica, otro de los factores influyentes es el nivel socioeconómico; a pesar que la violencia puede estar presente en cualquier pareja independientemente de sus ingresos económicos, en el proporción de casos más altos respecto al resto de la población como sucedió en los años 2009 y 2014 según reportan Osorio-Gutiérrez y Moreno-Bernal (2016).

Después de todo, se documenta que diferentes tipos de violencia física, emocional y sexual se encuentran implicadas en la violencia de pareja. En el Estudio multipaís de la OMS, los resultados confirmaron que las personas entre el 4% y el 49% comunicaron que habían sido víctimas de violencia física grave infligida por su pareja; del 6% al 59% indicaron que en algún momento de sus vidas sufrieron violencia sexual perpetrada por su pareja; y entre el 20% al 75% notificaron que en el transcurso de su vida, habían sufrido uno o más actos de

maltrato emocional perpetrados por su pareja (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

5.2.1. Tipos de violencia

En la práctica clínica o en la investigación no se encuentra un tipo de violencia puro, es decir apartado o independiente de los otros tipos de violencia, lo habitual es que los diferentes tipos se presenten de manera conjunta y en distintos niveles de gravedad (Torres García, 2014). En la literatura, se describen tres tipos de violencia, clasificados según el tipo de conductas que realiza quien lleva a cabo la agresión, estos son: violencia psicológica o emocional, violencia física y violencia sexual.

La violencia psicológica se manifiesta de diversas formas: mediante el lenguaje verbal como gestual, ausencia de expresiones afectivas, chantajes afectivos, aislamiento económico y social (Carvajal Zúñiga, 2015); abarca diversas formas de acoso, insulto, amenaza, menosprecio, ignorancia, sometimiento, dominación, humillaciones, expulsión del hogar, infidelidades, agresión verbal, amenazas de abandono o el deterioro de bienes, además de la amenaza directa o indirecta a seres queridos (Espinar, 2003; Martínez-León et al., 2011). Si bien es frecuente la violencia psicológica en mujeres que viven violencia de pareja, ésta es de difícil detección debido a que se presenta como forma encubierta de agresión y coerción, sumado a que puede ser poco observable y deja secuelas poco comprobables en la mayoría de los casos (Pérez Martínez y Hernández Marín, 2009), y aún más si no se reporta en tiempo real.

En la violencia física se ejercen conductas intencionales que representan algún riesgo de lesión física, daño o dolor hacia el cuerpo de otra persona (Villavicencio, 2001). Comprende acciones que van desde un empujón, hematomas, fracturas, abortos, lesiones

internas hasta heridas graves que llevan a lesiones irreversibles o a la muerte (Mujer Ahora, 2017).

En la violencia de tipo sexual, se implica al mismo tiempo violencia física y el ultraje psíquico que atentan principalmente contra la libertad sexual de la víctima (Alberdi y Matas, 2002). Incluye cualquier comportamiento sexual impuesto contra la voluntad de una persona, que se produzca por parte de su pareja sexual o por otras personas. Tourné-García, Ruiz-Hernández, Escribano-Sabater, Gea-Serrano y Salmerón-Arjona (2007) subdividen la violencia sexual en: agresiones sexuales sin contacto corporal y/o con contacto corporal y agresiones sexuales con penetración (o tentativa de penetración). Cabe resaltar que muchas mujeres no consideran el sexo forzado con sus parejas como una violación, más bien lo adjudican a su papel como esposas considerado desde lo normal o posiblemente esperado (Yañez y Macassi, 2009; Provoste Fernández, 2007).

Desde otra perspectiva, en el contexto colombiano, la tipología de la violencia contra la mujer ejercida por su pareja está descrita según el tipo de daño que provoque, así pues, la ley 1257 de 2008 en su artículo 3 reglamenta el daño psicológico destinado a degradar o controlar por medio de un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal; el daño físico que disminuye la integridad corporal; el daño sexual consistente en obligar a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de cualquier mecanismo que anule o limite la voluntad personal; y daño patrimonial dirigido hacia la pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer.

5.2.2. Ciclo de Violencia

Particularmente, muchas víctimas de violencia de pareja no delatan a su agresor por temor a represalias o a empeorar la situación y mantienen una relación violenta que, con el tiempo, aumenta los malos tratos en frecuencia e intensidad (Cuervo Pérez y Martínez Calvera, 2013). Debido a ello, la psicóloga norteamericana Leonor Walker en 1979 estableció una teoría para explicar la dinámica cíclica de la violencia de pareja, según un patrón de comportamientos agresivos o coercitivos y conductas de intimidación, amenaza, acoso, aislamiento social forzado, dominación sexual, económica o espiritual hasta abuso físico o psicológico (Markowitz, 2013, Choo y Houry, 2014 y Gunter, 2007 citado por Sánchez, 2016).

El ciclo de violencia se caracteriza por tres fases, iniciando con una etapa de calma aparente (Fase 1) en la que se acumula la tensión por continuas discusiones, culpabilidad o celos, las cuales se alternan con fases de arrepentimiento, brindando esperanzas de cambio por parte de las mujeres y/o las retiradas de denuncia que se hayan impuesto (Álvarez-Dardet, Pérez Padilla y Lorence Lara, 2013). Dicha tensión escala hacia una fase de explosión o incidente agudo (Fase 2) donde se presenta la violencia (amenazas verbales, abuso sexual, maltrato físico, uso de armas, entre otros) para finalmente avanzar a una fase de "luna de miel" (Fase 3) caracterizada por excusas, regalos y/o negación, que eventualmente lleva a la pareja a ubicarse de nuevo en la posición inicial y con ello reiniciar el ciclo, que se puede perpetuar por años (Gunter, 2007; Bogantes, 2008). Característico es que con el paso del tiempo la violencia es cada vez más intensa y frecuente y las fases de acumulación de tensión y de arrepentimiento se acortan (Labrador et al., 2004; Matud et al., 2004; Medina, 2002 citado por Álvarez-Dardet, Pérez Padilla y Lorence Lara, 2013).

5.3. Violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública importante debido a su creciente incidencia, lesiones físicas y psicológicas irreversibles y cifras de mortalidad. Aproximadamente, un tercio de las mujeres de todo el mundo son víctimas y/o supervivientes de maltratos, violaciones y asesinatos (Sans y Sellarés, 2010). La Asamblea General de las Naciones Unidas en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, en su artículo 1, define la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, producidas tanto en la vida pública como en la vida privada. (Comins Mingol, 2008).

Según la anterior declaración, la violencia contra la mujer abarca la violencia física, sexual y psicológica, incluyendo acciones como palizas, abuso sexual de niñas, la violencia relacionada con la dote, la violación marital, la mutilación genital femenina, la violencia no conyugal, la violencia relacionada con la explotación, el acoso sexual y la intimidación, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada, entre otras (Ruiz-Pérez, Blanco-Prieto y Vives-Cases, 2004).

En Colombia, la ley 1257 (2008) en su Artículo 2 entiende la violencia contra la mujer como actos u omisiones que causen muerte o daño psicológico, físico, sexual o patrimonial por su condición de ser mujer. En el contexto nacional, el conflicto armado ha creado enormes desigualdades y, en el caso de la mujer, le ha posicionado en una condición de “vulnerabilidad” y que es visible en las altas cifras de mujeres que viven situaciones de violencia. A pesar de las cifras, sólo el 24% de las mujeres con violencia física deciden reportarlo a las autoridades y, ante implicaciones nacionales, se estima que el costo de la violencia contra la mujer en contexto de pareja podría alcanzar el 4% del Producto Interno

Bruto (Ribero y Sánchez, 2004). A nivel regional, existen diferencias en la probabilidad de que una mujer experimente violencia de pareja en su contra. Para una mujer en Bogotá es más probable experimentar violencia física por parte de su esposo o compañero, que en otras regiones del país (Barón, 2010). Por tal panorama, en Colombia en el año 2008 se dictó la ley 1257 con el fin de prevenir y sancionar toda forma de violencia y discriminación contra las mujeres.

En general, la violencia contra la mujer por parte de su pareja tiene su origen en las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres (Abreu, 2006). Según las Naciones Unidas, hasta 1991 sólo 22 países del mundo habían concedido a las mujeres iguales derechos que a los hombres en cuestión de matrimonio, divorcio y propiedad familiar (Ruiz-Pérez et al., 2004). Y en la actualidad, esta problemática aún cuenta con estereotipos negativos que afectan en gran medida a las redes de apoyo formales e informales a las que acude la mujer en algún momento, pues aún terminan siendo victimizadas por los organismos que deberían prestarles protección y apoyo (Medina, 2002).

Las cifras relatadas de la violencia contra la mujer son provenientes de datos nacionales a partir de los informes de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado; sobre el número anual de muertes y de denuncias por violencia contra la mujer; macro encuestas periódicas nacionales sobre violencia contra la mujer; estudios e investigaciones realizados con mujeres con violencia que son atendidas en centros de apoyo y ayuda; estudios e investigaciones realizados con agresores condenados por violencia de género; y estudios e investigaciones a partir de información aportada por los profesionales (habitualmente miembros de la policía y personal de salud) (Álvarez-Dardet, Pérez Padilla y Lorence Lara, 2013).

Todos estos datos judiciales o epidemiológicos se refieren a la información aportada sólo por los casos detectados o, como dice Álvarez-Dardet et. al (2013) la punta del iceberg, a

la que hace referencia Gracia (2002, 2003, 2009), o bien sólo a las características del fenómeno en sus últimas fases (una vez que la víctima ha denunciado su problema o ha solicitado ayuda en un centro, con o sin denuncia), pero no en el curso y desarrollo del mismo (cuando aún no se han dado los pasos para terminar con la situación) mientras se convive con el agresor.

5.3.1. Consecuencias de la Violencia Contra la Mujer

5.3.1.1. Consecuencias físicas

Las lesiones físicas se clasifican por su trascendencia médica, lo que implica hacer un marco amplio de posibilidades traumatológicas que van desde contusiones simples hasta heridas por el uso de diferentes tipos de armas (Lorente, 2008 citado por Martínez-León et al. 2011). Dichas lesiones se pueden clasificar como erosiones, equimosis y hematomas, lesiones osteoarticulares leves o pequeñas y heridas, además de contusiones diversas en diferentes grados evolutivos que indican que la violencia es ejercida de manera habitual. Siguiendo a Martínez-León et al. (2011) se pueden encontrar también heridas por armas blancas punzantes, cortantes, corto-punzantes, y/o corto contundentes conocidas como “heridas defensivas” como consecuencia de la reacción de la víctima que intenta protegerse o desarmar al agresor, tales como cortes localizados en el palmar de las manos o en los antebrazos. Las víctimas también pueden presentar quemaduras de distintos grados producidas por agentes térmicos y cáusticos, asfixias mecánicas por estrangulación a mano, o sofocación, siendo habitual la oclusión de orificios respiratorios; además, la localización de las lesiones suelen ser lugares de fácil acceso como la cabeza, la cara o los brazos (Martínez-León et al., 2011), además de lugares físicos que pueden pasar desapercibidos como la ruptura del tímpano luego de golpes intensos sobre la cabeza.

Un estudio realizado por García (2014) identifica que la localización de las lesiones relacionadas con la violencia de pareja más comunes son los hematomas faciales con un 83% de los casos, laceraciones faciales con un 44% y daño a la dentadura en el 20% de la muestra. Por su parte Echeburúa, Corral y Amor (2004) mencionan que la exposición a situaciones de estrés derivadas del maltrato produce un estrés crónico asociados a altos niveles de cortisol, que originan una serie de repercusiones negativas para la salud como dolores de cabeza frecuentes, problemas gastrointestinales (colon irritable), bajo nivel de defensas del sistema inmunológico, sensación de fatiga crónica y un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

5.3.1.2. Consecuencias sociales

La violencia contra la mujer en contexto de pareja tiene sus secuelas históricas por la desigualdad, dominación y poder del género masculino sobre el femenino (Martínez-León et. al. 2011; Sanz-Barbero, Rey, y Otero-García, 2014). Entre tanto, se ha identificado como principal consecuencia social en las mujeres que han sufrido violencia de pareja el aislamiento social (Coker, Smith, Thompson, McKeown, Bethea y Davis, 2002) y los bajos índices de calidad de vida (De Lucena, Vianna, Nascimento, Campos y Oliveira 2017). Por ejemplo, en España, en una muestra de 250 mujeres de centros de asistencia psicológica para víctimas de violencia familiar, alrededor del 48% mostró carencia de apoyo social por parte de familiares y amistades siendo su pareja sentimental el único apoyo con el que contaba. Tal panorama repercute en sentimientos de inseguridad por parte de la mujer lo que repercute en mantenerse lejos de todo y cortar comunicación con sus seres queridos (Plazaola-Castaño, Ruiz-Pérez, Montero-Piñar y Grupo de Estudio para la Violencia de Género, 2008).

Adicionalmente, existen factores de desempleo que se unen a los motivos por los cuales las mujeres no abandonan a su pareja; algunas investigaciones resaltan que al no tener

ingresos propios y depender económicamente de su agresor el ciclo de violencia se continúa, temiendo que la denuncia desencadene consecuencias más graves en la violencia sufrida, tanto sobre ellas, como sobre sus hijos (Buvinic, 2008).

5.3.1.3. Consecuencias psicológicas

Por lo general, las primeras reacciones de la mujer víctima de violencia de pareja se caracterizan por sentimientos de humillación, vergüenza y preocupación, además de la percepción de pérdida de control, confusión, sentimientos de culpa y miedo (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa, y Corral, 2007 citados por García, 2014). Las secuelas psicológicas de la violencia por parte de la pareja tienen un efecto a corto y largo plazo ante el impacto emocional que ejerce la violencia prolongada en el tiempo; la mujer vive con la incertidumbre sobre cuándo y por qué se podría producir otra agresión, que se puede traducir como un estado de ansiedad prolongado desencadenando posibles situaciones de pánico (Hilberman, 1980).

Después de situaciones de violencia, las mujeres pueden convertirse en personas dependientes y sugestionables siendo muy difícil para ellas tomar decisiones o hacer planes para el futuro (García, 2014). A lo largo del proceso de control por parte del agresor se van manifestando la caída de la autoestima y la autoeficacia (Buchbinder y Eisikovits, 2003; Echeburúa y de Corral, 1998; Orava, McLeody Sharpe, 1996 citados por García-Martínez, Orellana-Ramírez, Guerrero-Gómez, 2012). Golding (1999) analiza la violencia de pareja como factor de riesgo para diferentes psicopatologías como el TEPT (Patrón Hernández, Corbalán Berná y Limiñana Gras, 2007; Hidalgo-Ruzzante Et al., 2012; Janneth Elizabeth y Moreno Méndez, 2015), trastornos de ansiedad (García, 2014), trastorno de depresión, trastornos alimentarios y del sueño, trastornos psicosomáticos, conducta sexual insegura, tabaquismo, abuso de alcohol y drogas, y conductas suicidas o autodestructivas.

En cuanto a conductas adictivas de alto riesgo en relación al alcohol y drogas ilegales, se ha encontrado mayor consumo de éstas por mujeres maltratadas en un 8,5% frente a un 1,5% de las no maltratadas; administración de psicofármacos como antidepresivos en un 44,9% frente al 26% en mujeres no maltratadas, y consumo de tranquilizantes un 50,6% frente a un 46,7%, que pueden derivar en situaciones clínicas de abuso, dependencia o intoxicación (Martínez-León et al., 2011).

Según Paz, Labrador, Arinero y Crespo (2004) citados por Sequeira Solís y Vásquez Vargas (2015) el TEPT parece ser la categoría diagnóstica que mejor describe los síntomas observados en la mayoría de las mujeres que han vivido situaciones de violencia de pareja y que comienza a considerarse en las modificaciones realizadas a partir del DSM-IV en donde comenzaron a incluirse acontecimientos estresantes habituales en la experiencia humana, como el caso de la violencia doméstica o el abuso sexual. Santandreu y Ferrer (2014) identificaron que la prevalencia del TEPT en mujeres que han vivido violencia estaba entre un 31% y un 84% en una muestra de 175 mujeres con antecedentes de agresión física, sexual y psicológica, al considerar la gravedad y duración del maltrato. Mostraron que los síntomas del TEPT aparecen en mayor medida en los casos donde ha existido violencia física y sexual y no tanta en los casos de violencia psicológica.

Según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) puede iniciarse a cualquier edad y puede tener un curso variable, así como presentarse en tipos de modalidades: estrés agudo (no dura más de tres meses), estrés crónico (dura más de tres meses) y de inicio demorado (aparece seis meses o más después del trauma) (Santandreu y Ferrer, 2014). Aguirre, Cova, Domarchi, Garrido, Mundaca, Rincón y Vidal (2010) sitúan la prevalencia del TEPT en un 60% en una muestra con 42 mujeres chilenas utilizando la Escala de gravedad de estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Amor y Zubizarreta, 1997). Sin embargo, remarcan que prácticamente el 100% de las mujeres

víctimas de violencia de pareja manifiesta algún tipo de sintomatología postraumática subclínica.

De otra manera, Sharhabani-Arzy, Amir y Swisa (2005) estudiaron la asociación entre la intensidad del trastorno de estrés postraumático y los estilos de personalidad autocrítico (tendencia a la preocupación y autodevaluación sobre aspectos asociados a la autoestima, fracaso o culpa) y dependiente (tendencia a depender de otros, miedo al abandono y tendencia a la indefensión) según el modelo de estilos de personalidad de Blatt (1990) Citado por Sharhabani-Arzy et al (2005).

Algunas de las características específicas del TEPT en mujeres maltratadas en relación con lo que planea Labrador y Alonso (2007) son: a) el curso y la reiteración de la violencia, b) aumento de la inseguridad en el hogar relacionado con la inminencia de nuevas agresiones, c) la vivencia de la violencia como un fracaso personal al afectar diversas áreas de ajuste de la persona lo que ocasiona además sentimientos de culpa y pérdida del autoestima, d) aislamiento personal, e) sentimientos de indefensión, f) estrategias de afrontamiento que no son efectivas como el uso de alcohol o drogas, g) la desorganización en diferentes áreas de ajuste que provoca una inadaptación a nivel social y pérdida de las redes de apoyo de la persona.

Por otro lado, la depresión también cuenta con alta incidencia en mujeres que han vivido violencia de pareja (Walker, 1999, Dutton, 1993 citados por Patró Hernández et al., 2007) con una prevalencia del 52,5% a nivel mundial (Riggs, Caulfield y Street, 2000). Según Zubizarreta y col. (1994) un buen predictor de la aparición de este trastorno son las humillaciones y desvalorizaciones constantes, las agresiones y castigos incongruentes, el refuerzo de conductas de sometimiento, la disminución del refuerzo positivo o el progresivo aislamiento social y la frecuencia, severidad, duración y combinación de tipos de violencia (Campbell, Kub y Rose, 1996; Villavicencio, 1999 citados por Patró Hernández et al., 2007).

5.3.1.4. Consecuencias neuropsicológicas

Se ha demostrado que las secuelas psicológicas en mujeres víctimas de violencia, especialmente el trastorno de estrés postraumático, pueden producir alteraciones en el funcionamiento cerebral y su consecuente repercusión en procesos cognitivos como la atención, las funciones ejecutivas y el procesamiento del dolor (Strigo, Simmons, Matthews, Grimes, Allard, Reinhardt, Paulus y Stein, 2010), habilidades visoconstructivas, velocidad de procesamiento motor y fluidez verbal (Kwako et al., 2011). Un estudio de caso español realizado por Torices, Hidalgo-Ruzzante, Sabio y García (2016) muestra una evaluación neuropsicológica a una mujer víctima de violencia de pareja que asesinó a su agresor, identificando alteraciones específicas en procesos cognitivos de coordinación visomotora, memoria episódica visual, memoria episódica verbal y función ejecutiva en sus componentes de memoria de trabajo, inhibición, flexibilidad y razonamiento abstracto. Los datos proporcionados por esta investigación permitieron que la mujer fuera puesta en libertad al corroborarse que sus alteraciones eran derivadas de la violencia de pareja sufrida por aproximadamente 3 años consecutivos.

En algunos países de Iberoamérica, los déficits neuropsicológicos no establecen la imputabilidad o las compensaciones jurídicas en caso de violencia de pareja en contra de la mujer (Torices et al, 2016), por consiguiente no se ha considerado que una lesión traumática mantenida en el tiempo pueda aumentar el riesgo de deterioro para la salud e incrementar la probabilidad de aparición de un síndrome pos conmocional (Kwako et al., 2011 citados por Torices et al, 2016).

A nivel cognitivo la literatura destaca los efectos de la violencia contra la mujer en lo que se conoce como funcionamiento ejecutivo (Strigo, Simmons, Matthews, Grimes, Allard, Reinhardt, Paulus y Stein, 2010), concepto que ocupa un papel central en la conducta humana, sobre todo en lo que respecta al comportamiento dirigido a metas, el control de la

cognición, la resolución de problemas y las capacidades mentales esenciales para llevar a cabo conductas de una manera eficaz, creativa y aceptadas socialmente (Tirapu et al. 2012 citado por Sequeira Solís y Vásquez Vargas, 2015). Rincón y Fernández (2015) identificaron que se observa un menor desempeño en procesos como la memoria inmediata y lógica, las praxias constructivas y la actividad conceptual, además de alteraciones en el control atencional, asociadas al funcionamiento ejecutivo en mujeres que han sufrido situación de violencia de pareja frente a aquellas que no lo han sufrido, haciendo uso de la Batería Luria DNA-Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos creada por Manga y Ramos (2000).

5.4. Evaluación neuropsicológica y Violencia contra la mujer

La evaluación neuropsicológica parte de las secuelas cognitivas y comportamentales (Ardila y Ostrosky, 2012) que describen anormalidades asociadas a diferentes patologías que afectan el sistema nervioso central, adicional a un análisis detallado de la topografía, extensión y evolución del diagnóstico y un pronóstico de la evolución (Ardila y Ostrosky, 2012). De esta manera la neuropsicología se define como el estudio científico de las relaciones cerebro-conducta y como disciplina se vale del desarrollo de técnicas de imágenes diagnósticas y medición electrofisiológica desde las cuales se pueden observar los cambios en el encéfalo y que sirven de soporte para estudiar lesiones como las evidenciadas por un daño directo por golpe físico (García, 2014).

Adicionalmente, este tipo de evaluación permite una valoración objetiva de la conducta en el contexto de la capacidad para la ejecución de tareas básicas desde el punto de vista funcional (Leonard, 2015; Woods, Freedman y Greenspan, 2012), y cuando una batería compuesta por diferentes test se aplica de manera correcta, permite comprender las aptitudes cognitivas y conductuales además de las debilidades que presenta una persona en un contexto específico (García, 2014), en relación con alteraciones cognitivas, emocionales o

conductuales producidas por un daño directo o indirecto (Pérez, Puente, y Vilar-López, 2009).

En la actualidad, las mujeres que han vivido una situación de violencia de pareja no son evaluadas de manera rutinaria para el diagnóstico de un posible deterioro cognitivo, y menos aun cuando han sido víctimas de violencia psicológica (García, 2014). En muchas ocasiones se evalúan los agresores dejando de lado el perfil o desempeño de quien vivió el hecho de violencia o hace a su vez el papel de víctima.

Uno de los protocolos de evaluación neuropsicológica que aún se encuentra en proceso de aplicación en mujeres que han vivido situaciones de violencia de pareja, fue descrito por Hidalgo-Ruzzante et al. (2012), a partir del cual se pretende evaluar: Organización visoperceptiva y Coordinación visomotora por medio de Hooper Visual Organization Test (Hooper, 1958; revisada en 1983), Trail Making Test (TMT) (Forma A) (Wilson, 1997); atención sostenida y selectiva por medio de: El Test de Atención (d2), de Brickenkamp (1962); memoria verbal, visual y memoria de trabajo con: El Test de Aprendizaje Verbal España- Complutense (TAVEC), de Benedet y Alejandre (1998), el Rey Complex Test, Figure Test and Recognition Trial (TFCR) (Figura compleja de Rey) de Meyers y Meyers (1995), Letras y Números del WAIS-III (Wechsler, 1999). Además, la función ejecutiva fue evaluada por medio de: Mapa del Zoo (BADS) (Wilson et al., 1996), Test de la llave (BADS) (Wilson et al., 1996), Test de Colores y Palabras STROOP (Golden, 1978), Tarea Go/ No Go (Verdejo-García, Perales y Pérez-García, 2007), Test de los Cinco Dígitos (Sedó, 2007) y Trail Making Test (TMT) (Forma B) (Wilson, 1997).

El protocolo, hasta la fecha no cuenta con los resultados completos o una publicación disponible de los mismos tras su aplicación; los autores solo han descrito resultados parciales en memoria y en atención, mostrando un rendimiento bajo en ambas funciones de las mujeres víctimas de violencia relacionados con golpes en la cabeza que pudieron sufrir dichas

mujeres, así como por el consecuente estrés y trauma psicológico que provocó la situación de violencia mantenida en el tiempo (Hidalgo-Ruzzante et al., 2016).

5.5. Funciones ejecutivas

5.5.1 Definición

Las funciones ejecutivas se han convertido en un elemento clave para la comprensión de la racionalidad y la conducta social humana, ya que algunos de los componentes de las funciones ejecutivas se encuentran solamente en la especie humana, por ende las funciones ejecutivas pueden ser importantes a la hora de comprender fenómenos tan complejos como la cultura, la ciencia, la tecnología y la misma civilización (Ardila, 2008).

Entre las definiciones encontradas en la literatura sobre el funcionamiento ejecutivo, se encuentra la que realizan Tirapu-Ustároz, Muñoz-Céspedes, Pelegrín-Valero y Albéniz-Ferreras (2005) que entienden la función ejecutiva referida a un conjunto de procesos y mecanismos que permiten el control conductual del ser humano, y modulan varias operaciones y subprocesos cognitivos que regulan además su propia dinámica para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente (Lezak, 2004).

Anderson (2002), establece que los procesos asociados a las funciones ejecutivas incluyen subprocesos como la anticipación, planeación, autorregulación, la flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio, cada uno de los cuales coinciden con aquellas funciones que involucran valores afectivos y también motivacionales (Zelazo y Müller, 2002 citado por Gutiérrez y Solís (2011). Por otro lado, Rosselli, Matute y Jurado (2008) mencionan procesos cognitivos asociados con el control de la atención, autocontrol, habilidades de planeación, organización y solución de problemas, inteligencia, personalidad, el juicio ético, la toma de decisiones y la capacidad de resolver situaciones novedosas, considerando el desempeño de pacientes que han tenido lesiones en los lóbulos frontales.

Al abordar el termino Funciones ejecutivas es necesario mencionar a Alexander Luria (1974) ya fue uno de los primeros en describir las funciones ejecutivas, ya que propuso tres unidades funcionales en el cerebro, la primera en asociada a la alerta y motivación (sistema límbico y reticular); la segunda relacionada con la recepción y el procesamiento de la información (áreas cerebrales post-rolandicas) y la tercera asociada a la programación, control y verificación de la actividad (corteza prefrontal) (Ardila y Solís, 2008). Estas tres unidades funcionales, interactúan entre si constantemente.

El termino tal como se entiende en la actualidad fue acuñado por Muriel lezak (1982) en su artículo "*The problem of assesing Executive Funtions*". (Tirapu- Ustárroz, Molina, Lario y García, 2012). Lezak define cuatro componentes esenciales en el funcionamiento ejecutivo, la formulación de metas: entendida como la capacidad de generar y seleccionar estados deseables en el futuro, la planificación: que consisten en la selección de las acciones, elementos y secuencias necesarias para alcanzar un objetivo, desarrollo: habilidad para iniciar, detener, mantener y cambiar entre acciones planificadas además de la capacidad para monitorizar y corregir actividades (Tirapu et al, 2012).

Existen dos habilidades asociadas al lóbulo prefrontal diferentes pero que están relacionados entre sí (Fuster, 2002; Happaney, Zelazo y Stuss, 2004 citados por Ardila y Solís, 2008) la primera en relación con la solución de problemas, inhibición de respuestas, desarrollo e implementación de estrategias y memoria de trabajo, funciones relacionadas sobre todo con el área dorsolateral de la corteza prefrontal y para las cuales se han realizado generalmente las pruebas de medición neuropsicológica neutras emocionalmente (Stuss & Knight, 2002).

La segunda tiene que ver con la coordinación de la cognición y la emoción, y está asociada a la habilidad de satisfacer impulsos básicos siguiendo estrategias socialmente aceptables (Ardila y Solís, 2008), dichas estrategias de expresión y control de las conductas

instintivas estas vinculadas a áreas ventromediales de la corteza prefrontal. (Fuster, 2002). En la cotidianidad las situaciones presentan un contenido emocional, las acciones humanas sociales no son emocionalmente neutras por que los beneficios personales y diversas motivaciones de tipo biológico están potencialmente involucrados (Ardila y Solis, 2008).

Derivado de lo anterior se puede decir que existen dos tipos de funciones ejecutivas, unas metacognitivas o “cool” relacionadas a la resolución de problemas, conceptualización, memoria de trabajo, secuenciación, etc., y otro tipo de funciones ejecutivas emocionales o “hot”, que dependen de áreas prefrontales relativamente diferentes.

Como se ha mencionado con anterioridad anatómicamente las funciones ejecutivas se han vinculado al funcionamiento de los lóbulos frontales y la corteza prefrontal, considerada como la región cerebral con un desarrollo filogenético y ontogénico más reciente (Tirapu-Ustárrroz et al, 2005; Lázaro, 2006; Peña-Casanova, 2007). La corteza prefrontal realiza un control supramodular a través de las funciones ejecutivas, sobre las funciones mentales básicas localizadas en estructuras basales o retrorrolandicas (Tirapu-Ustárrroz, Muñoz-Céspedes y Pelegrín, 2002 citados por Muñoz-Céspedes y Tirapu- Ustárrroz, 2004). Sin embargo las funciones ejecutivas no solo se encuentran relacionadas con la corteza prefrontal, ya que a través de técnicas de neuroimagen se ha identificado que los procesos ejecutivos son asumidos por circuitos o redes neuronales distribuidas, más que por estructuras cerebrales únicamente. (Céspedes y Tirapu- Ustárrroz, 2004).

Las Funciones ejecutivas básicamente se consideran “el control ejecutivo” ya que a la corteza prefrontal llegan aferencias del resto del cerebro: áreas de asociación sensorial para cada modalidad, del hipocampo, del sistema límbico y del núcleo medio dorsal del tálamo (Rains y Campos, 2004). En pocas palabras la corteza prefrontal recibe información acerca del mundo externo, las experiencias pasadas y los estados fisiológicos, emocional y motivacional internos del organismo, a través del funcionamiento ejecutivo que permiten

desarrollar las formas más complejas de conducta características de la especie humana (Ardila y Rosselli, 2007).

Ahora bien, basados en una correlación neuroanatómica en los humanos, la corteza prefrontal se divide en cuatro regiones: corteza premotora, corteza prefrontal dorsolateral, corteza prefrontal medial y corteza prefrontal orbital, también llamada ventral (Rains y Campos, 2004; Casey y Cols, 2001 citados por Lazaro, 2006). Cada área a su vez presenta propiedades funcionales y características específicas.

La corteza premotora participa en la planeación, organización y ejecución secuencial de movimientos y acciones complejas (Luria, 1986) mientras que la región más anterior de la corteza motora suplementaria se relaciona con la selección, preparación y ejecución de los movimientos (Passingham, 1995).

La corteza orbitofrontal (COF) participa en la regulación de las emociones, las conductas afectivas y sociales, y en la toma de decisiones basadas en estados emocionales y afectivos (Damasio, 1998), por lo cual se conoce como el sistema “Hot” (Kerr y Zelazo, 2003). Además, está asociada con el procesamiento de la información relacionada con la recompensa, que permite identificar cambios en las condiciones de reforzamiento para realizar ajustes y cambios durante el desarrollo de una actividad.

Por medio de una imagen por resonancia magnética (IRM), Gur y Cols (2002) citados por Lázaro (2006), encontraron que las mujeres presentan mayor tamaño en la corteza orbitofrontal que los hombres, resultando en un mayor rango de diferencia COF-Amígdala, considerando que esta diferencia anatómica puede tener implicaciones en el procesamiento emocional entre hombres y mujeres, sugiriendo una ventaja neurobiológica para inhibir respuestas agresivas.

Estudios como el de Alcázar-Córcoles, Verdejo-García, Bouso-Saiz y Bezos-Saldaña, 2010, dan cuenta de un correlato neuroanatómico entre las conductas agresivas tanto

premeditadas como impulsivas estrechamente correlacionadas a la corteza prefrontal, sobre todo en su porción orbito frontal (Picón & Duran, 2017).

La corteza fronto-medial (CFM) soporta procesos como inhibición, detección y solución de conflictos, al igual que el esfuerzo atencional y participa en la regulación de la agresión y de los estados motivacionales (Fuster, 2002), una función importante atribuida a esta zona son los procesos de habituación y aprendizaje, que tienen que ver con el mantenimiento de las respuestas conductuales durante periodos de tiempo consistentes.

La corteza prefrontal dorsolateral (CPDL) es la estructura cerebral más compleja y desarrollada funcionalmente en los humanos, las zonas prefrontales dorsolaterales se consideran regiones de asociación supra modal o cognitivas ya que no procesan estímulos sensoriales directos. Dicha zona está relacionada con los procesos cognitivos como lo son la memoria de trabajo espacial y verbal, planeación, secuenciación, abstracción, fluidez (diseño y verbal), solución de problemas complejos, flexibilidad, generación de hipótesis y criterios cognitivos (Tirapu-Ustárróz, 2011) correspondiendo al aspecto “Cool” .

Es importante considerar que el desarrollo de las funciones ejecutivas es un proceso de maduración complejo a nivel biológico y anatómicamente inicia en la etapa de la lactancia y se prolonga durante años incluso hasta la adultez (Roselli et al, 2008) o entrada la tercera década de la vida e inclusive, a pesar de estar desarrollados, pueden verse modificadas por factores como el estrés, la fatiga, sustancias psicoactivas y temporalidad (Golden y Lashley, 2014).

5.5.2 Modelo de explicación Stuss/ Benson del funcionamiento ejecutivo

Siguiendo a Tirapu-Ustárróz et al 2012 en los años 80s Stuss y Benson (1980) propusieron un modelo jerárquico de funciones mentales, según este modelo, la corteza prefrontal realiza un control supramodal sobre funciones mentales básicas, las funciones

ejecutivas a su vez, se distribuyen también de manera jerárquica y presentan una relación continua entre ellas.

En la parte más alta de una pirámide cognitiva se encontraría la autoconciencia o el autoanálisis, desde los cuales se representan las experiencias subjetivas, a partir de estas se controla la actividad mental, además se utiliza el conocimiento para resolver problemas y guiar eficazmente la toma de decisiones. Los autores mencionan que en un segundo nivel se hallarían funciones que realizan el control ejecutivo cognitivo del resto de funciones mentales, como por ejemplo los procesos de anticipación, selección de objetivos, formulación y planificación previa; en un tercer nivel se encuentra el impulso que engloba la capacidad de iniciar y mantener una actividad mental y una conducta motora, además de la organización temporal que hace referencia a la capacidad de mantener secuencias de información y percibir el orden temporal de los sucesos.

5.5.3 Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas

Como se ha mencionado con anterioridad, las funciones ejecutivas no son una función unitaria, sino que constituyen un concepto, formado por múltiples componentes cuyos límites no siempre están bien delimitados entre sí (Portellano y Alba, 2014). Por ende, no existe una única prueba que permita evaluar de forma unitaria las funciones ejecutivas en su totalidad, considerando que los distintos componentes de las funciones ejecutivas se encuentran estrechamente relacionados a su vez que integran otras funciones mentales.

Por consiguiente son diferentes las pruebas cuya ejecución se han relacionado con la corteza prefrontal como estructura y el funcionamiento ejecutivo. Como función en ese sentido, los trabajos de Stuss (2002) citados por Céspedes y Tirapu-Ustárriz (2004) establecen asociaciones entre diferentes estructuras de la corteza prefrontal, procesos cognitivos y pruebas neuropsicológicas. (Tabla 1) y (Tabla 2).

Tabla 1

Relación entre procesos cognitivos y regiones frontales según Stuss (2002)

Regiones prefrontales	Proceso cognitivo	Pruebas Neuropsicológicas
Dorsolateral izquierdo	– Procesamiento verbal	– Fluidez verbal
	– Activación	– Wisconsin (WCST)
	– Iniciación	– Denominación Color Stroop
	– Alternancia	– Reconocimiento lista de palabras
Dorsolateral derecho	– Alternancia	– Trail Making Test
	– Atención sostenida	– Fluencia semántica
	– Monitorización	
	– Inhibición	
Medial Inferior	– Mantenimiento	– Reconocimiento de lista de palabras
	– Inhibición	– Fluencia semántica
	– Memoria explícita	
Medial superior	– Activación	– Fluidez Verbal
	– Iniciación	– WCST
	– Alternancia	– Interferencia Stroop
	– Mantenimiento	– Trail Making Test
		– Fluencia semántica.

Fuente: Rehabilitación de la función ejecutiva Céspedes y Tirapu- Ustárroz (2004)

Tabla 2

Propuesta exploración funciones ejecutivas según Céspedes Tirapu- Ustárroz (2004)

Sistema ejecutivo central (SEC) o subsistema atencional supervisor (SAS)		
Región cerebral	Proceso cognitivo	Pruebas Neuropsicológicas
Prefrontal Dorsolateral	– Codificación	– Paradigma Stenberg
	– Mantenimiento	– Letras y números (Escala de memoria de Wechler)
	– Manipulación	– Copia de figura de Rey
	– Ejecución Dual	– Fluencia verbal
Orbital y cingulado	– Inhibición	– Stroop
		– Tareas go/no go
Giro frontal inferior, el córtex cingulado anterior y giro supramarginal	– Alternancia de sets cognitivos.	– Test de clasificación de tarjetas Wisconsin (WCST)
Prefrontal, ganglios	– Planificación	– Torre de Hanói

basales y cerebelo		– Mapa del Zoo
Frontal, ventromedial y orbito frontal	– Toma de decisiones.	– Gambling Task

Fuente: Rehabilitación de la función ejecutiva Céspedes y Tirapu- Ustároz (2004)

Las funciones ejecutivas son analizadas utilizando diversas estrategias de investigación, en relación con la solución de problemas, buscar semejanzas entre palabras y objetos, dar una respuesta que requiere de la inhibición de otra, a su vez que se realizan medidas de actividad eléctrica cerebral, registrando el nivel de activación en regiones específicas (Ardila y Solís, 2008) además de analizarse en pacientes con daño cerebral.

Marco metodológico

El tipo de estudio realizado es de cohorte transeccional exploratorio en el que se pretende recolectar la información de un solo momento y en un tiempo único (Hernández, Fernández, Baptista, 2010), con el objetivo de describir procesos psicológicos superiores (particularmente el funcionamiento ejecutivo) de forma no experimental.

La investigación ha sido contemplada como un estudio de caso con instrumentos de medición cuantitativa, además de instrumentos de tipo cualitativo como la entrevista semiestructurada, a partir de la cual se recolecta la información de la historia clínica de la participante.

5.6 Estudio de caso

Mujer de 25 años de edad, nacida en la ciudad de Bogotá, y residiendo actualmente en el municipio de Soacha, Cundinamarca, quien aceptó participar voluntariamente en el proceso de evaluación neuropsicológica de sus funciones ejecutivas. Refirió un proceso de formación académica interrumpida en el año 2011 cuando cursaba décimo grado en una

institución educativa distrital de la localidad Kennedy en la ciudad de Bogotá, debido a dificultades de tipo económico y a una relación conflictiva y distante con su mamá.

Mencionó desde muy pequeña no tener contacto con su papá. Decidió dejar de estudiar e irse de su casa materna para vivir con su pareja sentimental de ese momento; indicó que dicha relación fue “complicada” debido a que vivió situaciones de violencia verbal y física motivo por el cual terminó la relación después de mantenerla por un año aproximadamente. Cuando regresó a su casa comenzó a desempeñar diferentes ocupaciones laborales como vendedora, mesera, camarera y oficios varios.

En el año 2012 quedó en embarazo de su pareja actual. Indicó que durante el periodo de gestación de su hija vivió situaciones de estrés y tristeza, ya que el bebé no fue planeado. Durante ese periodo de gestación vivió un tiempo fuera de Bogotá sin tener apoyo emocional ni económico por parte del padre de la menor. Después del nacimiento de su hija decidió convivir junto a su pareja y desde entonces mantienen una relación conflictiva; cuando se presentan situaciones de violencia verbal su pareja le dice cosas como “esa niña no es mía, no tengo por qué darle plata” además de presentarse situaciones de maltrato verbal de ambas partes. También indicó haber vivido situaciones de violencia física como golpes y estrangulamiento en presencia de su hija. “El problema es discutir y no saber manejar la relación en frente de la niña”, menciona.

Hace aproximadamente 3 meses decidió terminar la relación con su pareja sentimental, por lo cual los episodios de violencia psicológica de él hacia ella se han incrementado, presentándose situaciones de chantaje en relación con la publicación de fotos íntimas de la pareja en diferentes redes sociales. Después de un proceso de conciliación la mujer decidió regresar con su pareja sentimental y convivir nuevamente con él desde hace aproximadamente 2 meses.

En el momento en que se realizó la evaluación neuropsicológica la participante trabajaba en un hotel como camarera.

Se abordó además su higiene del sueño, hábitos alimenticios y de consumo de sustancias, con el objetivo de identificar factores que interviniesen en su desempeño en las distintas pruebas realizadas. La mujer no mencionó alteraciones en estas áreas abordadas. Es independiente en actividades básicas cotidianas y de la vida diaria, no presenta antecedentes patológicos relevantes (Tabla 3), durante la entrevista manifestó contar con una buena salud en general, e informa no tener antecedentes patológicos, traumatológicos y exámenes de neuroimagen (Tabla 4).

Tabla 3

<i>Antecedentes médicos personales</i>	
Toxico/Alérgicos:	No refiere alergias a ningún medicamento, presenta consumo de alcohol y cigarrillo (Dicho consumo presenta una frecuencia moderada y se da en situaciones sociales.)
Qx. /Hospitalarios:	(2001) Qx. Apendicitis

Tabla 4

<i>Antecedentes médicos familiares</i>	
Línea Materna:	Abuelo - Hipertensión, Abuela - Enfermedad pulmonar

Respecto a antecedentes familiares médicos, se comentó únicamente aquellos procedentes de la línea materna, ya que refirió no tener contacto con su padre ni con familiares de la línea paterna, desconociendo antecedentes médicos relevantes.

Al abordar formas de interacción relevantes, mencionó tener una relación conflictiva con su mamá, quien tiende a relacionarse de la misma manera con sus parejas y familia extensa; reportó además que su abuela materna vivió situaciones de violencia física prolongada perpetrada por su esposo con quien mantuvo una relación de más de 50 años.

En cuanto a su configuración familiar, actualmente convive con su pareja sentimental de 27 años de edad. Su hija de 6 años de edad vive con su abuela materna y su tío materno en otro municipio de Cundinamarca.

Dentro de su familia extensa se encuentra su mamá de 52 años de edad, su hermano menor de 12 años de edad con quien también lleva una relación de malos tratos de tipo verbal, y su hermano mayor de 30 años de edad con quien no tiene mucho contacto debido a la decisión de haber regresado con su pareja sentimental. Indicó que se ha alejado aún más de su familia, ya que siente que ellos no la apoyan y la juzgan por querer a su pareja.

Durante el proceso de entrevista y evaluación neuropsicológica se encontraba alerta y orientada en sus tres esferas; sin embargo, refirió fatiga por su trabajo e indicó tener un ojo irritado; adicional a ello, presentaba una laceración en la mano derecha, reportando que se había cortado hace pocos días con una lata.

5.7 Instrumentos

Las funciones ejecutivas fueron evaluadas con un protocolo de evaluación neuropsicológica que consistió en la recopilación de diferentes pruebas y subpruebas de baterías neuropsicológicas (Anexo 1) de acuerdo a la literatura revisada, con el fin de evaluar procesos cognitivos en relación al funcionamiento ejecutivo y su correlación neuroanatómica con la corteza prefrontal, orbito frontal, dorsolateral y ventromedial, respectivamente.

Debido a que no todas las pruebas presentan baremos colombianos, se recurrió a proyectos como *Neuronorma* (Tamayo et al., 2012) de origen español, algunas subpruebas del *Neuropsi de atención y memoria segunda edición* (Solís, Gómez, Villaseñor, Roselli, Ardila y Pineda, 2003) de origen mexicano y validada para población hispano hablante, subpruebas de la *Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales 2* *BANFE 2* (Lázaro, Ostrosky y Lozano, 2012) también de origen mexicano, además de

pruebas validadas en población colombiana por Arango y Rivera (2015), dentro de las cuales se encuentran:

Trail Making Test (TMT A y TMT B): Es una medida de velocidad visomotora, rastreo visual, atención, función motora, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y función ejecutiva. El test tiene dos partes, en la parte A se obtiene información sobre atención sostenida y velocidad de coordinación ojo-mano; y en la parte B sobre alternancia y flexibilidad mental (Aranciva et al, 2012). La confiabilidad del TMT-A está entre .76 y .89 y la del TMT-B entre .86 y .94 según Rabin, Barr y Burton (2005).

Test de tarjetas WCST: Tiene como objetivo evaluar el razonamiento abstracto, la habilidad para cambiar las estrategias cognitivas y los criterios de clasificación como respuesta a eventuales modificaciones ambientales (Arango y Rivera, 2015; Soprano, 2003). Los resultados de fiabilidad se han dado en diferentes países y fluctúan en .49 y .83 (Strauss, Sherman & Spreen, 2006).

Test de copia y reproducción de memoria de la Figura geométrica compleja de Rey: Proporciona datos sobre percepción visual, capacidad viso constructiva gráfica, memoria visual y capacidad de planificación y organización (Arango y Rivera, 2015).

Fluidez verbal y fonológica FAS: Prueba utilizada para evaluar el conocimiento individual y previamente aprendido sobre el vocabulario de la lengua, conocido como almacén léxico, el cual permite que se representen acciones, situaciones y objetos a través de palabras. Este acceso al nombre del objeto depende en parte de habilidades fonológicas y funciones ejecutivas (Vaucheret Paz, Puga, Básalo, José, Pintos, Trossero y Agosta, 2017).

Laberintos - BANFE 2: Permite evaluar la capacidad de anticipar de forma sistemática (planeación) la conducta viso espacial y el seguimiento de reglas (Lázaro, Ostrosky y Lozano, 2012).

Cubos en regresión del proyecto Neuronorma: Subprueba encargada de evaluar la memoria de trabajo-visoespacial (Tamayo et al., 2012).

Torre de Londres: Esta prueba estima la capacidad para anticipar de forma secuencial acciones tanto en orden progresivo como regresivo al requerir de flexibilidad para cambiar de estrategias (Tamayo et al., 2012).

Funciones motoras (Neuropsi): Utilizada para identificar el control inhibitorio, la secuenciación y memoria de trabajo (Solís, Gómez, Villaseñor, Roselli, Ardila y Pineda, 2003).

Formación de categorías (Neuropsi): Utilizada para evaluar actitud abstracta y conceptualización (Solís, Gómez, Villaseñor, Roselli, Ardila y Pineda, 2003).

Selección de refranes – BANFE 2: Permite estimar la capacidad para comprender, comparar y seleccionar respuestas con sentido figurado (Lázaro, Ostrosky y Lozano, 2012).

En relación con las pruebas de evaluación neuropsicológica mencionadas, se identificaron más estudios con valores estimados de fiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach, test - retest, etc., para diferentes tipos de muestras poblacionales (Tabla 5) en relación al ejercicio de meta-análisis realizado por Arango y Rivera (2015) y artículos consultados para este ejercicio académico.

Tabla 5

Índices de confiabilidad de los instrumentos utilizados para la evaluación de las funciones ejecutivas.

<i>Prueba</i>	<i>Artículo validación</i>	<i>Año</i>	<i>Tipo de muestra</i>	<i>Tipo Fiabilidad</i>	<i>Valor</i>
	A randomized controlled trial of cognitive training using a visual speed of processing intervention in middle aged and older	2013	>50	d de Cohen	A= 0.204 a - 0.265 B= -0.225 a - 0.320
	Trail Making test:	2009	>50	Test- retest	A= 0.78

Test del trazo TMT A y B	Normative data for Turkish elderly population by age, sex and education				B= 0.73
	Neuropsychological testing of high school athletes. Preliminary norms and test- retest indices	2003	Población sana	Test- retest	A=0.41 B= 0.65
Test de Fluidez verbal semántica y fonológica.	Verbal fluency tests reliability in a Brazilian multicentric study, Elsa Brazil	2011		Coeficiente de correlación	Semántica: 0.983 Fonológica: 0.983
	Monitoring cognitive changes: psychometric properties of six cognitive test	2004	39-75 años	Test- retest	F: 0.63 Animales: 0.56
Figura compleja de Rey	Scoring Neuropsychological test using the Rash model: An illustrative example with the Rey osterrieth complex figure	2010	Control TCE	Alfa cronbach	0.83 control 0.84 TCE
Test de colores y palabras Stroop	Standarization of the victoria stroop color- word test among iranian Bilingual Adolescents	2013	Adolescentes	Test- retest	Color: 0.86 Palabras: 0.86 Pc: 0.93
	Test retest reliability of different versions of stroop test	1997	Mujeres universitarias	Test- retest	Palabra= 0.84 PC= 0.86
Test de clasificación de tarjetas	Monitoring cognitive changes: psychometric properties of six cognitive test	2004	39-75 años Controles sanos	Test- retest	0.34 errores NP 0.38 Perseveraciones 0.16 Categorías
	Modified Wisconsin Card Sorting Test: M-WCST; professional Manual	2010	Controles sanos	Test- retest	0.65 Categorías 0.64 Perseveraciones
Torre de Londres	Adaptación y validación del test Torre de Londres en	2013	Adulto mayor sano	Alfa de cronbach	Los índices más altos se dieron en

	mexicanos adultos mayores de 60 años				tiempo de inicio y tiempo total con un $\alpha =$.794 y $\alpha =$.650 respectivam ente.
BANFE 2	Datos normativos de la batería original	2014	300 sujetos normales de entre 6 y 85 años	Coeficiente confiabilidad	0.80

Además de la aplicación del protocolo, se realizó una entrevista semiestructurada a partir de la cual se realizó la recolección de la información de la historia clínica de la participante, acompañada del consentimiento informado (Anexo 2).

Se consideraron las variables violencia de pareja y perfil de estrés en relación a la literatura consultada con el fin de brindar diferentes vías de análisis y descripción del fenómeno investigado, los datos aportados por estos instrumentos a la investigación permitieron describir aspectos en relación al ciclo de violencia que ha vivido la participante, además de información cuantitativa en relación a hábitos de riesgo y factores protectores asociados al factor de estrés que estuviesen relacionados conceptualmente con la violencia de pareja experimentada y a su vez con los posibles efectos en el funcionamiento ejecutivo de la mujer.

Cuestionario de Evaluación a Víctimas de Violencia de Pareja. Sección V.

Diagnóstico de Manifestaciones y Severidad de la violencia: La variable violencia de pareja se consideró cuantitativa de razón (Anexo 3) y fue medida a través de la aplicación parcial (Sección V) del Cuestionario de Evaluación a Víctimas de Violencia de Pareja creado en República Dominicana por Zúñiga, Valdez y López (2015), el cual ha sido usado en estudios de tesis de pregrado con población de la ciudad de Bogotá en la Universidad de la Sabana (García Rodríguez, 2017).

Este cuestionario permite identificar la presencia de violencia de pareja y en qué modalidad está dada: física, sexual o psicológica (Zúñiga, 2015). Sus preguntas están divididas según el tipo de violencia, siendo 7 preguntas en el caso de violencia física, 4 en el caso de violencia sexual y 10 para medir violencia psicológica. Estas preguntas se deben responder según frecuencia de ocurrencia teniendo como opciones de respuesta una vez, algunas veces o muchas veces. La primera opción suma 1 punto, la segunda 2 puntos y la última 3 puntos. Las puntuaciones en los 3 tipos de violencia tienen un mínimo de 0 que indica no presencia de violencia. En el caso de violencia física las puntuaciones de 1 a 4 indican violencia leve, de 5 a 8 violencia moderada, y de 9 a 13 violencia severa o grave; para la violencia sexual de 1 a 4 indican violencia leve, de 5 a 8 violencia moderada, y de 9 a 12 violencia severa o grave; y en el caso de violencia psicológica de 1 a 10 indican violencia leve, de 11 a 20 violencia moderada, y de 21 a 30 violencia severa o grave.

Perfil de estrés (Nowack, 2002): El perfil de estrés (Anexo 4), proporciona una evaluación amplia del estrés y del riesgo para la salud que incluye todos los factores clave que han demostrado regular la relación entre estrés y enfermedad. Evalúa 15 áreas relacionadas con el estrés y el riesgo para la salud, y consta de 123 reactivos que permiten abordar áreas como: hábitos de salud, conducta tipo a, estilo de afrontamiento, bienestar psicológico, red de apoyo social, etc., además de contar con una medida de sesgo y un índice de inconsistencia en las respuestas. Los usos del *perfil de estrés* son múltiples: para los clínicos, proporciona información sobre estilos de vida y conductas relacionadas con la salud que pueden estar contribuyendo a la presencia de enfermedades y trastornos físicos o psicológicos vinculados con el estrés. Evalúa personas de 20 a 68 años de edad.

6.3 Procedimiento

Fase 1: Se procedió al diligenciamiento del consentimiento informado realizado de acuerdo con la lista de chequeo establecida por el Colegio Colombiano de Psicólogos en el

año 2015, después de haber comunicado a la participante el objetivo del estudio y las diferentes pruebas a aplicar, seguido del diligenciamiento de la historia clínica para conocer antecedentes con una duración aproximada de 30 minutos.

Fase 2: Se realizó la aplicación de la prueba Perfil de estrés, seguido del Cuestionario de Evaluación a Víctimas de Violencia de Pareja. Sección V. Diagnóstico de Manifestaciones y Severidad de la violencia para finalizar con la aplicación del protocolo de evaluación neuropsicológica de funciones ejecutivas teniendo una duración aproximada de 90 minutos.

Fase 3: Se analizaron los datos obtenidos y a partir de estos se elaboraron informes del perfil neuropsicológico de funciones ejecutivas y el informe psicológico asociado a identificar hábitos saludables y de riesgo en la participante así como la comparación de dichos resultados con los antecedentes de historia clínica para realizar discusión y conclusión de resultados.

Fase 4: Proceso de devolución a la participante, de acuerdo con las especificaciones mencionadas en el consentimiento informado que consta del informe neuropsicológico.

6.4 Plan de análisis

Se realizó una tabulación de datos teniendo en cuenta la puntuación natural o directa obtenida por la participante y su puntuación esperada según las diferentes pruebas aplicadas. Las medidas utilizadas con mayor frecuencia para el análisis de los datos obtenidos son las siguientes: Percentil (Pc), Puntaje Escalar (PE), Puntuación T (PT) y Puntuación Normalizada (PN) según baremos de cada una de las pruebas aplicadas, es decir, para el protocolo de Evaluación Neuropsicológica (Arango y Rivera, 2015; Lázaro, Ostrosky y Lozano, 2012; Solís et al, 2003; Tamayo et al., 2012) y el perfil de estrés (Nowack, 2002).

6.5 Consideraciones éticas

Para el desarrollo del estudio de caso se tuvo en consideración garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a partir de la ley 1616 de 2013 y el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 (de Salud Pública, 2013), partiendo desde dimensiones prioritarias para la vida, y en éste caso, enfatizando la valoración en vulnerabilidad asociada al género. Se tuvo en cuenta la Ley 1090 de 2006, emitida por el Congreso de la República de Colombia, que exige al profesional en Psicología a guardar completa reserva sobre la persona y situación analizada, haciendo uso apropiado del material psicotécnico, comunicando las intervenciones a practicar y los riesgos o efectos favorables o adversos que puedan ocurrir, su evolución, tiempo y alcance.

Este estudio generó riesgo mínimo en la participante puesto que se utilizó el registro de datos a través de la aplicación de pruebas. Se contó con la previa autorización de la participante por medio de un consentimiento informado (Anexo 2) donde aceptó su participación libre y voluntaria con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos de la evaluación neuropsicológica.

6 Resultados

De acuerdo con la evaluación de los procesos cognitivos superiores en la participante, en la Tabla 6 se pueden observar las puntuaciones directas obtenidas en los diferentes componentes del funcionamiento ejecutivo evaluado. En primer lugar, en la evaluación de procesos atencionales se observa un rastreo perceptual y una velocidad de procesamiento dentro de lo esperado; sin embargo, respecto al sostenimiento de su atención y auto monitoreo del ejercicio, se observan alteraciones considerando que durante su ejecución presenta dos (2) errores no autocorregidos en la secuencia numérica 5-6-7. Dicho desempeño

da cuenta de dificultades para sostener su atención y para inhibir de manera adecuada estímulos distractores irrelevantes.

En relación con la atención dividida y alternante, se observa un rastreo perceptual y una correcta secuencia numérica y alfabética alternando entre las mismas, con capacidad para resistir a la interferencia generada por el ejercicio y re direccionar de manera correcta la atención frente a requerimientos ambientales.

Tabla 6
Resultados atención sostenida y dividida

Función evaluada	Subpruebas	Puntuación			Análisis
		PDO	PDE	Pc/N	
Atención sostenida y dividida	TMT A (Arango y Rivera)	C: 23 E: 2 O: 1 t: 57"	C: 24 E: 0 - O: 0 t: 57"	Pc 50	<u>Normal-Bajo</u> t: Normal
	TMT B (Arango y Rivera)	C: 24 E: 0 O: 0 t: 164"	C: 24 E: 0 - O: 0 t: 150- 169"	Pc 50	Normal t: Normal

Nota: PDO (Puntuación Directa Obtenida), PDE (Puntuación Directa Esperada), Pc (Percentil), N (Puntuación Normalizada), Correctas (C), Errores (E), Omisiones (O), Tiempo (t).

Respecto a procesos de flexibilidad cognitiva, conceptualización y razonamiento perceptual no verbal, los resultados del Test de tarjetas WCST presentados en la Tabla 7 muestran que la mujer presenta un bajo rendimiento considerando que genera dos (2) secuencias de respuestas consecutivas correctas de las seis (6) que se pueden realizar, con un alto número de respuestas y errores perseverativos.

Tabla 7
Resultados procesos de flexibilidad cognitiva y razonamiento perceptual no verbal- conceptualización

Función evaluada	Subpruebas	Puntuación			Análisis
		PDO	PDE	Pc/N	
Flexibilidad cognitiva	Test de Tarjetas WCST (Número total de Errores)	26	14 – 15	<u>Pc 20</u>	<u>Bajo</u>
Y razonamiento perceptual no verbal	Test de tarjetas WCST (Errores perseverativos)	18	5 – 6	<u>Pc 10</u>	<u>Bajo</u>

(Arango/Rivera)					
Test de tarjetas WCST (Categorías) (Arango y Rivera)	2	3 – 4	<u>Pc 20</u>	<u>Bajo</u>	

Nota: PDO (Puntuación Directa Obtenida), PDE (Puntuación Directa Esperada), Pc (Percentil), N (Puntuación Normalizada).

En la Tabla 8 se presentan los resultados de la evaluación del pensamiento abstracto, asociativo y relacional a través de la subprueba de Refranes de la BANFE 2 y la subprueba Formación de Categorías del Neuropsi. La participante realiza una adecuada formación de conceptos, distingue entre características esenciales y secundarias de la información presentada, y genera de manera autónoma conceptos en relación al uso y categoría semántica de los elementos presentados.

Tabla 8
Resultados procesos de pensamiento abstracto y asociativo

Función evaluada	Subpruebas	Puntuación			Análisis
		PDO	PDE	Pc/N	
Pensamiento abstracto y asociativo	Selección de refranes Aciertos (BANFE 2)	4.5	PD 3 – 4	N 11	Normal
	Selección de refranes Tiempo (BANFE 2)	101”	52”– 118”	N 9	Normal
	Formación de categorías (Neuropsi)	14	14 – 24	N 7	Normal

Nota: PDO (Puntuación Directa Obtenida), PDE (Puntuación Directa Esperada), Pc (Percentil), N (Puntuación Normalizada).

Las capacidades para la resolución de problemas descritas en la Tabla 9 a partir de los resultados de la subprueba de la copia de la Figura Compleja de Rey-Osterrieth indican que la participante organiza y jerarquiza la información visualmente presentada en un todo inteligible y estructurado teniendo un rendimiento que la ubican por encima del 85 % de la población. Lo anterior se relaciona también con las fortalezas que se identifican para retener y manipular información visoespacial, considerando su desempeño en la Subprueba Cubos de Corsi; sin embargo, al aumentar la dificultad de las tareas y al incluir elementos que requieran de la secuenciación y el cumplimiento de normas fijas como en el caso de la subprueba Torre

de Londres, se identifican errores en relación a lo mencionado con la flexibilidad con que la evaluada responde a la exigencia ambiental, requiriendo de un mayor número de ensayos para conseguir una meta establecida.

Si bien su desempeño se encuentra dentro de lo esperado requirió de direccionamiento constante para el cumplimiento de las reglas establecidas inicialmente. En relación con dichas dificultades al observar los errores de planeación tenidos durante la subprueba laberintos, la participante tiende a dar respuestas de manera rápida, pero con poca planeación, lo que afecta su desempeño.

Tabla 9
Resultados de planeación y solución de problemas además de memoria de trabajo

Función evaluada	Subpruebas	Puntuación			Análisis
		PDO	PDE	Pc/N	
Planeación y solución de problemas y memoria de trabajo visoespacial	Torres de Londres correctas (Neuronorma)	2	1	PE 8 Pc 19-28	Normal
	Laberintos tiempo (BANFE 2)	35,4"	16" – 43"	N 9	Normal
	Laberintos Planeación (BANFE 2)	5	1 – 3	N 3	<u>Bajo</u>
	Laberintos Atravesar BANFE 2)	0	0	N 10	Normal
	Copia Figura de Rey (Arango y Rivera)	36	31	Pc 85	Alto
	Cubos de Corsi Orden inverso (Neuronorma)	6	3 – 4	PE 12 Pc 72-81	Normal

Nota: PDO (Puntuación Directa Obtenida), PDE (Puntuación Directa Esperada), Pc (Percentil), N (Puntuación Normalizada), PE (Puntuación Escalar).

En relación con la tendencia observada en la participante para generar respuestas rápidas pero no tan eficaces, a partir de su desempeño en la Subprueba Stroop – interferencia (Tabla 10), ella presenta una ejecución menor que los resultados de palabra y color por separado, lo cual es compatible con alteraciones aisladas del lóbulo frontal como lo menciona Cáceres Duran y Salas Picón (2017) con relación a hábitos de consumo de sustancias como alcohol mencionadas durante la historia clínica y corroboradas en los hábitos de riesgo evaluados a través del perfil de estrés.

Por otro lado, en la evaluación de la planeación de secuencias de actos motores, y procesos de control inhibitorio ante tareas dicótomas o de menor complejidad, la participante presenta una ejecución dentro de lo esperado, exponiendo una adecuada planeación y manipulación de la información presentada.

Tabla 10
Resultados de inhibición de respuesta

Función evaluada	Subpruebas	Puntuación			Análisis
		PDO	PDE	Pc/N	
Inhibición de respuesta	Test de STROOP – Palabra (Arango y Rivera)	93	81 – 83	Pc 65	Normal
	Test de STROOP – Color (Arango y Rivera)	58	57 – 59	Pc 50	Normal
	Test de STROOP – Palabra/Color (Arango y Rivera)	26	31 – 32	Pc 35	Normal
	Test de STROOP – Interferencia (Arango y Rivera)	-10	0	Pc 10	<u>Bajo</u>
	Funciones Motoras (Neuropsi)	20	18 – 20	N 13	Normal

Nota: PDO (Puntuación Directa Obtenida), PDE (Puntuación Directa Esperada), Pc (Percentil), N (Puntuación Normalizada).

Finalmente, en la evaluación de los procesos de fluidez de tipo fonológica y semántica las puntuaciones descritas en la Tabla 11 indican que la mujer presenta mayor dificultad para acceder a información fonológica teniendo tiempos de respuesta prolongados, sin embargo y en lo que respecta a fluidez semántica, presenta un alto rendimiento, dicho desempeño se puede estar asociado a lo mencionado con anterioridad en relación al control inhibitorio y la memoria de trabajo exigidas por los ejercicios de fluidez verbal fonológica.

Tabla 11
Resultados procesos de fluidez verbal y fonológica

Función evaluada	Subpruebas	Puntuación			Análisis
		PDO	PDE	Pc/N	
Fluidez verbal fonológica	Letra F (Arango y Rivera)	6	10	Pc 20	<u>Bajo</u>
	Letra A (Arango y Rivera)	8	10 – 11	Pc 30	<u>Bajo</u>
	Letra S (Arango y Rivera)	7	10	Pc 25	<u>Bajo</u>
Fluidez verbal Semántica	Frutas (Arango y Rivera)	15	13	Pc 70	Normal Alto
	Animales (Arango y Rivera)	23	16	Pc 90	Normal Alto

Nota: PDO (Puntuación Directa Obtenida), PDE (Puntuación Directa Esperada), Pc (Percentil), N (Puntuación Normalizada).

De acuerdo con la información registrada en la historia clínica y respecto a los resultados obtenidos por la mujer en el Cuestionario de Evaluación de Violencia de Pareja observados en la Tabla 12, se identificó un patrón de violencia en la relación. Según las respuestas obtenidas se estimó que el nivel de peligro que ha vivido la mujer en situaciones de violencia física por parte de su agresor es leve ya que expresó que su pareja la había empujado, arrinconado, sacudido o tirado del pelo, golpeado con el puño o con algo que pudo hacerla, la pateó, arrastró y la intentó estrangular en una ocasión. Así mismo, a nivel psicológico declaró que su pareja ha tratado de impedirle ver a sus amistades y familiares, en la actualidad la trata con indiferencia o la ignora y le acusa de serle infiel.

Tabla 12

Resultados del cuestionario de evaluación a víctimas de violencia de pareja. Sección V. Diagnóstico de manifestaciones y severidad de la violencia (Zuñiga, 2015)

Tipo de Violencia	Codificación	Puntuación	Gravedad de la Violencia
Física	1-4: Violencia leve. 5-8: Violencia Moderada. 9 o más: Violencia Severa o grave.	3	Violencia leve
Sexual		0	NA
Psicológica	1-10: Violencia leve. 11-20: Violencia Moderada. 21-30: Violencia Severa o grave.	6	Violencia leve

A partir de lo anterior, considerando que la mujer ha vivido diferentes situaciones de violencia (física y psicológica), hechos que provocan respuestas de estrés, se identificaron las repercusiones que esto ha tenido en su salud física y psicológica a partir de los resultados obtenidos del Perfil de Estrés (Figura 1) con puntuación T normalizada, cuyo desempeño normal se encontraba entre el rango T40 Y T60, que arrojaron una perspectiva general del estado del riesgo actual para la salud de la mujer relacionado con una frecuencia promedio en

la experimentación de estrés (T52) en los últimos tres meses, en las esferas de salud, trabajo, finanzas personales, familia, obligaciones sociales y preocupaciones ambientales.

Se identificó que la participante obtuvo un puntaje T dentro de lo esperado en hábitos de salud (T51) que indica que practica de manera regular conductas que conducen tanto al bienestar físico como psicológico; ejercicio (T46) con un nivel y frecuencia promedio de actividad física; alimentación / nutrición (T46) resaltando una alimentación balanceada y nutritiva; prevención (T56) comentando que pone en práctica estrategias preventivas de salud e higiene, evitando personas enfermas, realizando evaluaciones médicas regulares y tomando medicamentos de acuerdo con las prescripciones.

En cuanto a estrategias de afrontamiento en situaciones de estrés da cuenta de un uso promedio de la valoración negativa (T51) fijándose en los peores aspectos o consecuencias de una situación, y la concentración en el problema (T51) mostrando que desarrolla un plan de acción específico para enfrentar una situación, pidiendo a otros que hagan cambios determinados para aliviar las circunstancias estresantes.

Por su parte la fuerza cognitiva está en un límite bajo (T41) dentro de la puntuación esperada mostrando atribuciones, actitudes y creencias un tanto alienadas en situaciones de la vida y el trabajo. Puede llegar a ver los cambios como amenazas sintiendo que no tiene el control sobre los acontecimientos. Los recursos protectores que mantienen su estado de salud estable son el descanso (T61), contando con adecuadas horas de sueño y espacios de relajamiento, y bienestar psicológico (T64) orientado hacia la satisfacción consigo misma y capacidad de disfrutar la vida a gusto con su familia, trabajo, relaciones interpersonales y logros. Por su parte tiene alta puntuación en las estrategias de afrontamiento minimización de la amenaza (T60) y valoración positiva (T73).

En minimización de la amenaza, también conocida como evitación, afronta los estresores mediante la mitigación de su significación o sin extenderse en ellos; y en

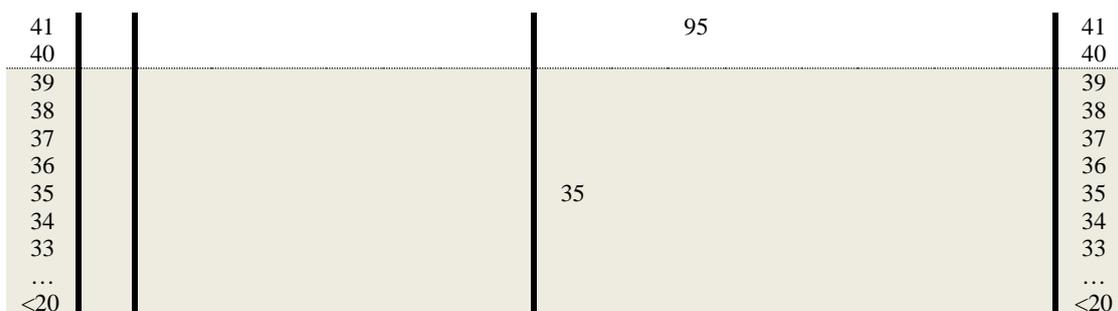


Figura 1. *Resultados perfil de estrés*

Nota: T: Puntuación T. Los resultados del Perfil de Estrés están convertidos de Puntuación Natural a Puntuación T, cuentan con Media de 50 y Desviación Estándar de 10. La puntuación igual o mayor a T60 indican puntuaciones altas mientras que la puntuación igual o menor a T40 son indicios de una puntuación baja. *Puntuaciones T elevadas en éste reactivo sugieren un riesgo para la salud. Para el resto de las escalas, esto significa fortaleza, mientras que puntuaciones T bajas significan riesgo elevados.

La red de apoyo social es una alerta de riesgo para la salud debido a su baja puntuación (T34) mostrando que siente poca satisfacción con la calidad y cantidad de su red de apoyo. Muestra vulnerabilidad ante un posible consumo alto de alcohol, drogas recreativas y/o cigarrillos según lo evidencia su puntuación en ARC (T66) y Conducta Tipo A (T62) junto a ira internalizada, ira expresada, premura de tiempo, conducción ruda de vehículos, conductas competitivas, desconfianza, enojo y hostilidad al enfrentar situaciones de estrés.

En general no se encontró inconsistencia en las respuestas; sin embargo, se identificó un bajo patrón de distorsión debido a factores externos, ya sea negación de problemas físicos o emocionales y/o respuestas al azar.

7 Discusión

En relación con el perfil neuropsicológico del funcionamiento ejecutivo se consideraron inicialmente pruebas que hubiesen sido usadas con poblaciones de mujeres que han vivido situaciones de violencia de pareja en estudios previos, por un lado el protocolo creado por Hidalgo-Ruzzante et al. (2012); El inventario de la clasificación del comportamiento de la Función ejecutiva (Brief-A) utilizado por Sequeira Solís y Vásquez Vargas (2015) y la Ineco Frontal Screening (IFS), una escala de cribado de alteraciones en los

lóbulos frontales con alta sensibilidad para la detección temprana de la demencia frontotemporal y enfermedades asociadas al daño de regiones prefrontales (Leonard, 2015; Woods, Freedman y Greenspan, 2012; Torralva, Roca, Gleichgerrcht, Lopez, Manes, 2009), que permitió que los resultados facilitaran una descripción de las fortalezas y los daños neuropsicológicos que pudiera tener la mujer según su desempeño.

En términos generales, la participante de este estudio presenta un desempeño dentro de lo esperado y que la ubican dentro del rango de lo normal dentro de su grupo poblacional de referencia por edad y escolaridad en procesos de atención dividida, abstracción, jerarquización, organización, manipulación y velocidad de procesamiento de la información para responder a diferentes demandas ambientales de manera eficaz, presenta además un desempeño superior al rango de normalidad en lo que respecta a memoria de trabajo viso espacial y fluidez verbal semántica.

Respecto a las fortalezas o potencialidades encontradas en los diferentes dominios de funcionamiento ejecutivo se puede mencionar inicialmente aquellos relacionados con la organización secuencial de movimientos y acciones complejas (Luria, 1986) orientadas a un fin en relación con su desempeño en la subprueba Funciones motoras del Neuropsi de atención y memoria y más específicamente en su desempeño en la copia de la figura de Rey (Arango y Rivera, 2015). Considerando que la participante presenta una adecuada integración de los elementos que componen la figura, se identifica una organización y jerarquización de la información de manera eficaz. Dichos resultados se contraponen a los hallazgos realizados por Hidalgo-Ruzzante et al. (2012) en donde uno de los componentes con alteraciones significativas eran las praxias constructivas relacionadas con la coordinación mano-ojo, ya que en este caso particular se observó que la participante se beneficia de información presentada por el canal visual.

Se encontraron hallazgos significativos que podrían sugerir ciertas debilidades en procesos de atención sostenida y selectiva, flexibilidad ante el cambio en la resolución de problemas y auto monitoreo de su ejercicio (Sequeira Solís y Vásquez Vargas, 2015), además de una disminución en el control inhibitorio ante requerimientos ambientales restringidos o con reglas; y fluidez verbal fonológica, procesos que tienen directa relación con el funcionamiento de la corteza prefrontal dorso lateral (Stuss & Knight, 2002) y orbito frontal (Fuster, 2002) respectivamente.

Según lo reportado por Rincón y Fernández (2015) que identificaron que se observa un menor desempeño en procesos relacionados al funcionamiento ejecutivo como la actividad conceptual y el control atencional en mujeres que han sufrido situación de violencia de pareja, los resultados de la mujer son consistentes con los obtenidos en este estudio, adicional a ello la mujer presenta dificultades en relación con la coordinación visomotora compleja asociada a procesos de planeación, secuenciación de pasos y memoria prospectiva considerando su desempeño en la subprueba de Laberintos de la BANFE 2 . Resultados también consistentes con lo reportado por Hidalgo-Ruzzante et al. (2012) quienes identificaron alteraciones específicas en estos procesos cognitivos.

Respecto a las funciones ejecutivas metacognitivas vinculadas al funcionamiento del lóbulo frontal dorsolateral (Ongur y Colos, 2003 citados por Lázaro, 2006) y asociada en términos generales a procesos de planificación a través de pasos y secuencias, procesos de flexibilidad cognitiva, de metacognición y conducta social (Gutiérrez y Solís, 2011) y que se evaluaron en la mujer a través del test de tarjetas de Wisconsin, se identifica procesos de flexibilidad cognitiva disminuidos frente a la utilización de estrategias que le sean óptimas para responder a diferentes demandas ambientales de acuerdo con Hidalgo-Ruzzante et al. (2012) quienes presentan resultados similares y afirman un deterioro significativo en procesos de flexibilidad cognitiva e inhibición.

Durante la ejecución de la mujer en la subprueba Torre de Londres que evalúa procesos de planificación y resolución de problemas, se evidencia que presenta adecuadas capacidades para generar y organizar secuencialmente pasos necesarios para realizar una tarea a partir de una meta propuesta (Lezak, 1995) en relación también con su desempeño en la copia de la figura compleja (Arango y Rivera, 2015), sin embargo, se evidencia en ella un bajo control inhibitorio al presentarse una gran cantidad de errores en relación a reglas definidas con anterioridad, asociadas a zonas más anteriores de la corteza prefrontal medial y orbito frontal (Fuster, 2002) o de procesamiento “Hot”.

En consideración con las funciones ejecutivas asociadas a áreas orbito frontales que participan en la regulación de las emociones, las conductas afectivas y sociales, y la toma de decisiones basadas en estados emocionales y afectivos (Damasio, 1998), como por ejemplo ante efectos de recompensa desde la cual se realizan ajustes conductuales en relación con la retroalimentación ambiental (Lázaro, 2006), el bajo desempeño de la mujer en la prueba de flexibilidad cognitiva y razonamiento perceptual no verbal, permite concluir que al parecer mujer presenta dificultades para cambiar de estrategias aun cuando estas no son efectivas y no le generan ningún tipo de refuerzo, dicha información sigue siendo consistente con lo reportado por Hidalgo-Ruzzante et al. (2012).

Teniendo en cuenta que Gur y Cols. (2002) citados por Lázaro (2006) encontraron que las mujeres presentan mayor tamaño en la corteza orbito frontal que los hombres, y un mayor rango de diferencia COF-Amígdala que le permiten tener una ventaja neurobiológica para inhibir respuestas agresivas; cabe preguntarse si los efectos de vivir hechos de violencia pueden repercutir en la manera en las cuales las conexiones neurológicas funcionan.

Los bajos resultados obtenidos en las pruebas de flexibilidad e inhibición son consistentes con las dificultades que ha presentado ante acciones impulsivas y conductas

agresivas premeditadas, correlacionadas a la corteza prefrontal, sobre todo en su porción orbito frontal (Alcázar, Verdejo, Bouso y Besos, 2010).

En solución de problemas, las respuestas reguladas por la corteza fronto-medial (Fuster, 2002), cuentan con un puntaje normalizado en la prueba de Laberintos y Torre de Londres, que determina una adecuada función ante el mantenimiento de las respuestas conductuales durante periodos de tiempo consistentes.

Es necesario mencionar además que los resultados obtenidos por la participante en procesos de atención sostenida pudieron estar asociados a posible fatiga al momento de realizar la evaluación o por secuelas cognitivas según las características que cumple en TEPT, puesto que, como menciona Strigo, Simmons, Matthews, Grimes, Allard, Reinhardt, Paulus y Stein (2010), las secuelas psicológicas en mujeres víctimas de violencia, pueden producir alteraciones en el funcionamiento cerebral y su consecuente repercusión en procesos cognitivos como la atención.

Las dificultades observadas durante el proceso de evaluación neuropsicológica del funcionamiento ejecutivo corresponden en su mayoría a procesos de inhibición, memoria prospectiva asociada a una baja capacidad de prever resultados al generar una conducta específica y flexibilidad cognitiva. En relación con ello y generalmente cuando se habla de dificultades y consecuencias en las actividades de la vida diaria de las mujeres que han vivido violencia de pareja, se hace referencia a su capacidad para formular, discernir, planificar, implementar y ejecutar planes, ideas y/o metas. (García, 2014).

Sin embargo, es necesario traer a consideración el principio de validez ecológica (Tirapu-Ustaroz, 2012) ya que muchas de las pruebas utilizadas si bien aportan información valiosa acerca del perfil ejecutivo de la mujer, no dan cuenta de su desempeño real y cotidiano, motivo por el cual se debe ser cuidadoso al generar cualquier tipo de interpretación.

En cuanto los tipos de violencia reportados por la participante, para el análisis del estudio de caso se partió de la identificación de factores basados en acciones ejercidas por parte de la pareja sentimental con un propósito instrumental desde una posición de poder basada en género. Ésta se basó, tal como lo menciona Torres García (2014), en la edad de inicio de la violencia (i.e. edad adulta); la forma de manifestarse a nivel físico, psicológico; el nivel de gravedad: violencia leve; y la duración de la violencia dirigida hacia la mujer: 5 años.

En el estudio de caso que no se encontró un tipo de violencia específico, al contrario, son diversos los tipos que se pueden presentar de manera conjunta y en distintos niveles de gravedad (Torres García, 2014). Se encontró un solapamiento entre lo psicológico y lo físico cuya frecuencia no concuerda con lo que verbalizó durante la entrevista (5 años de convivencia con su pareja sentimental donde se ha presentado y presenta violencia) y lo que contestó en el Cuestionario de Evaluación de Víctimas de Violencia de Pareja (mencionando que los hechos marcados sucedieron una sola vez).

Respecto al tipo de violencia y sus consecuencias, los resultados del Cuestionario de Evaluación de Violencia de Pareja identificaron aspectos descritos por Espinar (2003) y Martínez-León et al. (2011), tales como acoso, insulto, amenaza, menosprecio, ignorancia, sometimiento, dominación, humillaciones, expulsión del hogar, infidelidades, agresión verbal, celos, amenazas con el abandono o con el deterioro de bienes, además de la amenaza directa o indirecta a seres queridos.

La mujer manifestó que a nivel psicológico su pareja ha tratado de impedirle ver a sus amistades y familiares; que la trata con indiferencia, la ignora y le acusa de serle infiel. Su magnitud la manifiesta como leve aunque durante la entrevista manifestó problemas constantes con relación a acusaciones de infidelidad usando insultos verbales e indiferencia en varias ocasiones desde el inicio de su relación, ya que al quedar embarazada de su hija no

recibió ayuda económica ni emocional por parte de él. Según comenta Pérez Martínez y Hernández Marín (2009), la violencia psicológica es de difícil detección debido a que se presenta como forma encubierta de agresión y coerción, además que puede ser poco observable y dejar secuelas poco comprobables en la mayoría de los casos.

Ante los resultados del Cuestionario de Evaluación de Violencia de Pareja pudo influir el ciclo de violencia en el cual puede estar inmersa la mujer (Cuervo Pérez y Martínez Calvera, 2013). Al contrario de lo que dicen los autores en cuanto a que las víctimas de violencia de pareja no delatan a su agresor por temor a represalias o a empeorar la situación, la mujer del estudio manifestó en la actualidad sentirse bien, razón por la cual no ha llevado a cabo una denuncia legal contra el agresor. Según el ciclo de violencia (Alvarez-Dardet, Pérez Padilla y Lorence Lara, 2013), la mujer ha comentado varias etapas de calma aparente (fase 1) donde a lo largo de 5 años, se han acumulado tensiones por continuas discusiones en la relación, sentimientos de culpabilidad y celos, alternados con arrepentimiento, momento en el que se encuentra la relación sentimental en la actualidad.

Aunque se han presentado ocasiones de explosión (fase 2) con manifestaciones de violencia seguido de momentos de luna de miel (fase 3) caracterizado por continuas excusas, regalos y/o negación, la mujer continúa en la relación y comenta “nos queremos así la gente no lo entienda”; es un ciclo que se ha mantenido, ha vuelto a la fase 1 y que, como menciona Gunter (2007) y Bogantes (2008) se puede perpetuar por años.

La reacción de la mujer ante la violencia de pareja concuerda con la idea desarrollada por Farmer y Tiefenthaler (1996, 1997), quienes encontraron que aunque las mujeres que han vivido situaciones de violencia de pareja buscan refugio temporal con familiares o en entidades estatales, poco tiempo después regresan a convivir con el agresor. Los autores sostienen que la mujer agredida busca refugio temporal fuera del hogar no solo para inducir la disminución de los episodios violentos sino también para dar a entender al agresor que lo

puede abandonar. Por su parte Harding y Helweg- Larsen (2009) señalan que dentro de las razones que utilizan las mujeres para regresar con el maltratador se encuentran promesas de cambio por parte de él, disculpas porque es la persona que ama y que extraña, y miedo a estar sola, lo cual es consistente con lo reportado por la participante de este estudio.

Aunque Labrador y colaboradores (2004), Matud y colaboradores (2004) y Medina (2002) citado por Alvarez-Dardet et al. (2013), mencionan que con el paso del tiempo la violencia es cada vez más intensa, frecuente y las fases de acumulación de tensión y de arrepentimiento se acortan, el ciclo de violencia en la participante de este estudio se ha mantenido constante y al parecer no cambia desde el momento de inicio de la relación, lo cual parece ser un ciclo repetido con otras parejas sentimentales.

En relación con la violencia física los actos que describió haber vivido la mujer por parte de su pareja sentimental, no han repercutido en un nivel de gravedad severo. Sin embargo, aunque la violencia física es repetitiva según lo manifiesta en la entrevista, su nivel de gravedad puede que se haya mantenido sobre el tiempo y sus consecuencias no hayan cambiado desde el inicio de su relación.

En este apartado, se puede decir que el presente caso evaluado, es uno de los tantos en Colombia que cumple con criterios de violencia contra las mujeres infringida por la pareja, dentro de los daños descritos en el artículo 3 de la ley 1257 de 2008, desde el nivel psicológico como acciones destinadas a degradar controlar y desde el lado físico aquellas que disminuyen la integridad corporal; y que no cuenta con un seguimiento profesional o el inicio de un proceso de intervención legal según lo comenta la participante cuando indica el interés por acercarse a un profesional en psicología para su caso y la falta de herramientas, tiempo y recursos para hacerlo, como dice Álvarez-Dardet et al. (2013) la punta del iceberg a la que hace referencia Gracia (2002, 2003, 2009).

Además, aunque su descripción de la violencia vivida está dentro del marco legal, la mujer desconoce la existencia de la ley, además las definiciones conceptuales de los tipos de violencia. Una situación que debe cuestionar a la divulgación y la acción de profesionales para que tal información esté al alcance de las mujeres en general, no sólo las víctimas de violencia por parte de su pareja sentimental.

Desde un punto de vista, para el análisis de la salud física y psicológica de la participante, y tomando en cuenta que una situación de violencia tiene grandes repercusiones por su alto contenido de estrés, que afectan la forma en la cual una persona mantiene el control ejecutivo de su diario vivir; se tomó en consideración aplicar el Perfil de Estrés para tener una perspectiva general del estado del riesgo actual para la salud física y psicológica relacionado con el estrés en la mujer evaluada e identificar factores asociados a los resultados que abarcan las pruebas neuropsicológicas.

Según en el estado de salud de la mujer del estudio de acuerdo a los resultados del Perfil de Estrés, Echeburúa (2004) menciona que la exposición a situaciones de estrés derivadas de la violencia producen un estrés crónico asociado a altos niveles de cortisol, que originan una serie de repercusiones negativas para la salud; no obstante, los resultados muestran que la mujer cuenta con hábitos de salud que conducen al bienestar físico, ya que reporta realizar actividad física, indica una alimentación balanceada y nutritiva, pone en práctica estrategias preventivas de salud y da cuenta de un promedio adecuado de descanso y horas de sueño.

A nivel psicológico existen estrategias de afrontamiento favorables para evitar efectos adversos tras la situación de violencia, la mujer de este estudio, según los resultados del Perfil de Estrés, evidenció un uso constante de estrategias de afrontamiento de valoración positiva y minimización de la amenaza, lo cual muestra que aunque puede evidenciar percepción de pérdida de control, confusión, sentimientos de culpa y miedo (Sarasua, Zubizarreta,

Echeburúa, y Corral, 2007 citados por García. 2014), sus estrategias mitigan las consecuencias de los hechos de violencia, usando en cambio, constantes comentarios de apoyo y motivación auto dirigida, que tras un uso excesivo no le permiten ajustarse a las demandas de la situación, magnificando las consecuencias negativas de las experiencias de violencia. Adicionalmente, el perfil de estrés también muestra una baja fuerza cognitiva mostrando actitudes y creencias alienadas, por lo cual puede llegar a ver los cambios contextuales como amenazas, sintiendo que no tiene el control sobre los acontecimientos.

Por su parte, la percepción que tiene respecto a sus redes de apoyo con una baja puntuación en el Perfil de Estrés, puede ser debido a los estereotipos sociales negativos en relación con la violencia que afectan en gran medida a las redes de apoyo formales e informales a las que acude la mujer, pues aún terminan siendo victimizadas por los organismos que deberían prestarles protección y apoyo (Medina, 2002), así pues, una de las razones de su distanciamiento puede estar asociada al rechazo tanto de profesionales como de familiares ante sus experiencias, lo cual sustenta el aislamiento social que se reporta en la mayoría de casos de mujeres que han sufrido violencia de pareja (Coker, Smith, Thompson, McKeown, Bethea y Davis 2002), donde alrededor del 48%, según el estudio realizado por Plazaola-Castaño, Ruiz-Pérez, Montero-Piñar y Grupo de Estudio para la Violencia de Género (2008), tienen poco apoyo social por parte de familiares y amistades, siendo su pareja sentimental el único apoyo con el que cuentan.

La situación que vive y percibe la mujer participante respecto a su red de apoyo, repercute en sentimientos de inseguridad y propende a mantenerse lejos de todo y cortar comunicación con sus seres queridos, no obstante, desde una visión crítica cabe discutir si los resultados o la respuesta de las mujeres ante el aislamiento social o la escasa red de apoyo es una percepción debido a la reiteración de volver a la relación conflictiva, considerando que la experiencia de violencia aumenta significativamente los estresores en la mujer y con ellos la

disminución del nivel de percepción de recursos disponibles a su alcance (Gracia, Herrero, Lila & Fuente, 2009) o es una realidad en donde las personas que le rodean la re victimizan haciendo que la mujer se aleje.

Los resultados de la prueba de estrés en relación con lo referido en la historia clínica, muestran un alto contenido de consumo de alcohol, lo cual concuerda con el reporte violencia de pareja como factor de riesgo para tabaquismo, abuso de alcohol y drogas, y conductas suicidas o autodestructiva (Patrón Hernández, Corbalán Berná y Limiñana Gras, 2007; Hidalgo-Ruzzante et al., 2012; Janneth Elizabeth y Moreno Méndez, 2015; Martínez-León et al., 2011).

Los hechos de violencia han desencadenado hasta el momento consecuencias a nivel social y familiar, sin embargo, aunque la duración de la violencia sea de 5 años, esto en la actualidad no tiene repercusiones en su salud física. Los efectos de vivir un hecho de estrés pueden ser mitigados por otros factores ya sea desde estrategias de afrontamiento psicológico o hábitos de vida saludable, pueden estar involucrados en una circularidad cuya multiplicidad de factores implicados dan cuenta de la gran complejidad con la que cuenta la violencia contra la mujer ejercida por la pareja.

A partir de la información sociodemográfica, y realizando un análisis de componentes socio culturales cabe destacar que la participante es una mujer perteneciente de la ciudad de Bogotá, región que, como lo dice el estudio realizado por Barón (2010), cuenta con más probabilidad de experimentar violencia física por parte de su esposo o compañero. Además, su estrato socioeconómico es bajo, un dato relevante según un estudio realizado por Osorio-Gutiérrez y Moreno-Bernal (2016) mostró que, en el contexto colombiano, el estrato bajo está asociado una mayor proporción de casos de violencia contra las mujeres ejercida por su pareja respecto al resto de la población como sucedió en los años 2009 y 2014.

Las características del caso cumplen las descritas por Osoro-Gutierrez y Moreno-Bernal (2016) a nivel cultural, puesto que la mujer fue parte de un contexto en el cual se enmarcaron diferentes pautas de relación con sus parejas, esto evidenciado desde los antecedentes de violencia vividos desde su línea materna (violencia entre abuelos maternos y madre-padre), dato relevante con un análisis de transmisión de violencia intrafamiliar transgeneracional en Colombia basado en modelos de aprendizaje (Luz Magdalena, 2005).

Las características sociales dan cuenta de un caso donde se evidencia una serie de repeticiones por parte de la mujer en la forma de relacionarse con sus parejas, asociado a esquemas cognitivos sobre los roles de género compuestos desde la infancia según lo menciona en su manera de concebir una relación de pareja, presentando los mismo conflictos de pareja a lo largo de los años, independiente mente de la persona (esto ya que la participante menciona que en su bachillerato también vivió hecho de violencia verbal y física con otra pareja diferente a la actual), y lo cual se argumenta por lo que menciona Rodríguez, Lameiras, Faílde y Carrera (2009) citados por Herrera Hidalgo (2015).

Barón (2008) sostiene que haber experimentado violencia durante la infancia incide positivamente en la probabilidad de experimentar violencia en sus propias relaciones; si bien la mujer del estudio de caso no manifestó vivir violencia directa por parte del padre, sí mencionó un distanciamiento y continuas discusiones entre ella y él, y por la parte de la madre comentó que siempre ha mantenido una relación difícil donde le hace sentir culpable por sus acciones y su trato verbal es acompañado de malas palabras y críticas negativas.

Respecto a la variable económica como un factor de permanencia con el agresor, algunas investigaciones resaltan que al no tener ingresos propios y depender económicamente de su agresor, las mujeres continúan en el ciclo de violencia temiendo que la denuncia desencadene consecuencias más graves en la violencia sufrida, tanto sobre ellas como sobre sus hijos (Buvinic, 2008), así pues, contar con bajos recursos o la dificultad de un ingreso

económico se ha descrito como una limitante para que una mujer tome la decisión de terminar la relación conflictiva que lleva. Sin embargo, la mujer del presente estudio ha contado con una economía/ingresos estable y propia, donde a pesar de durar algún tiempo en conseguir un trabajo estable, tiene ingresos económicos propios que no le han impedido ni facilitado salir de la relación sentimental, información que reafirma lo argumentado por García (2014), ya que en su estudio la dependencia económica no parece ser una variable que haga permanecer a las mujeres con su parejas, sino es sobretodo el vínculo afectivo que generan con ella.

8 Conclusiones

Según los resultados obtenidos, se puede identificar que la participante según su edad y nivel de escolaridad, presenta un bajo funcionamiento en las funciones ejecutivas asociadas a la corteza orbito frontal vinculadas a la emoción como lo son flexibilidad, control inhibitorio y planeación, resultados que concuerdan con el perfil que obtuvo Torices, Hidalgo-Ruzzante y García (2016). Presenta además, dificultades en su fluidez verbal fonológica y control atencional tal como lo indica Rincón y Fernández (2015) en mujeres que han vivido una situación de violencia de pareja.

Se evidencian como fortalezas neuropsicológicas en la participante la atención dividida, abstracción, jerarquización, organización y manipulación de información visual y verbal, velocidad de procesamiento, memoria viso espacial y fluidez verbal semántica, fortalezas contradictorias con el funcionamiento ejecutivo de mujeres que han vivido violencia y han sido diagnosticadas con TEPT (Stein, Kennedy y Twamley, 2002).

Sin embargo, no existen antecedentes de evaluaciones neuropsicológicas con las cuales contrastar los actuales resultados y observar los cambios a través del tiempo en población colombiana de violencia contra la mujer mientras se encuentra viviendo con su pareja agresora, ni tampoco neuroimágenes de la participante que permitan correlacionar los

resultados obtenidos con anormalidades en regiones neuroanatómicas, y estas a su vez con lo hallado en la literatura, por lo cual se sugiere la inclusión de más mujeres en este tipo de estudios, además de realizar mediciones longitudinales para determinar si los déficits encontrados son propios de la violencia o si se corresponden con características propias de la historia de la mujer o incluso características de personalidad.

Este estudio beneficiaría a Colombia con relación a que la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública, en donde cada 12 minutos una mujer es agredida por su pareja (SISMA, 2017), sin dejar de lado las mujeres que, por diferentes razones, no denuncian o no acceden a los servicios que ofrece el estado, además de las altas cifras de homicidios anuales de mujeres que conviven con su agresor.

Para la Neuropsicología, este estudio genera un aporte significativo en la medida en que las investigaciones realizadas de las funciones ejecutivas en casos de violencia contra las mujeres que aun conviven con su agresor son escasas. Así pues, esta investigación da pie para ampliar otros estudios con repercusiones en trabajos interdisciplinarios como la psiquiatría, la neurocirugía, la rehabilitación, la pedagogía, la gerontología y la psicología del desarrollo (Ardila y Rosselli, 2007).

Los aportes conceptuales del presente estudio son importantes en cuanto a la contribución y generación de nuevo conocimiento para la comprensión de la violencia de pareja ejercida contra la mujer desde la mirada neuropsicológica, ya que no sólo se da dentro del marco de un contexto social, clínico y teórico si no también biológico y comportamental.

A nivel psicológico, permite cuestionar qué sucede ante los casos donde una mujer vive violencia de pareja y aún convive con su agresor, si las estrategias de afrontamiento que desarrollan las mujeres son beneficiosas o, al contrario, dañinas para tomar decisiones.

Se genera un aporte académico y clínico para futuras investigaciones que deseen plantear una estrategia de evaluación neuropsicológica de funciones ejecutivas entendiendo las

características cognitivas, biológicas y sociales propias de las mujeres, teniendo en cuenta que su funcionamiento neuropsicológico según el tipo de violencia, la edad de inicio de la violencia, la gravedad y duración de la violencia. Además en un campo jurídico permite detectar las características de un síndrome posconmocional o realizar informes a mujeres que viven éste tipo de situaciones para intervenciones del ámbito civil (Monry-Vite y García-López, 2017).

Se aporta a la academia ya que no se cuenta con estudios de este corte en esta población; lo que permite fomentar y crear nuevos espacios para la generación de nuevas hipótesis a través de este. En consecuencia, este estudio aportaría también la formación de muchos estudiantes como futuros académicos con habilidades investigativas para la producción de nuevos conocimientos en relación con la violencia contra las mujeres.

Para terminar, las instituciones educativas como la Corporación Universitaria Minuto de Dios tendrán el beneficio de contar con estudios diferentes e innovadores donde se pueda continuar con esta línea de investigación, gracias al primer acercamiento de la realización de una caracterización neuropsicológica de una mujer que ha vivido violencia y aun convive con su pareja agresora en la ciudad de Bogotá, Colombia.

10. Referencias Bibliográficas

- Abreu, M. L. M. (2006). La violencia de género: Entre el concepto jurídico y la realidad social. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, (8), 2.
- Acosta, M. L., Acosta, J. A. L., & Acosta, M. J. L. (1998). *Agresión a la mujer: maltrato, violación y acoso: entre la realidad social y el mito cultural*. Ed. Comares.
- Agoff, C., Rajsbaum, A., & Herrera, C. (2006). Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Salud pública de México*, 48, s307-s314.

- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M., Garrido, C., Mundaca Ll, I., Rincón, P., ... & Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(2), 114-122.
- Alberdi, I., & Matas, N. (2002). *La violencia doméstica: informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. "Fundación La Caixa".
- Álvarez-Dardet, S. M., Pérez Padilla, J., & Lorence Lara, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosocial Intervention*, 22(1), 41-53.
- Alcázar-Córcoles, M. Á., Verdejo-García, A., Bouso-Saiz, J. C., & Bezos-Saldaña, L. (2010). Neuropsicología de la agresión impulsiva. *Revista de Neurología*, 50(5), 291-299.
- Anderson, P. (2002). Assessment and Development OF Executive Function (EF) During Childhood. *Child Neuropsychology*, 8 (2), 71-82.
- Ardila, A. (1982). *Psicofisiología de los procesos complejos*. México: Trillas.
- Ardila, A. A., & Solís, F. O. (2008). Desarrollo histórico de las funciones ejecutivas. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 1-21.
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Florida: American Board of Professional Neuropsychology.
- Ardila, A. (2008). *Revista Neuro psicología, neuropsiquiatría y neurociencias* 8(1).
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. Editorial El Manual Moderno
- Aranciva, F., Casals, M., Calvo, L., Manero, R., Rognonia, T., Sánchez, G., Palomo, R., y Peña, J., Quintana, M., Tamayo, F. (2012). Estudios normativos españoles en población adulta joven (Proyecto NEURONORMA jóvenes): normas para las pruebas span verbal, span visuoespacial, Letter-Number Sequencing, Trail Making Test y Symbol Digit Modalities Test. *Neurología*, 27(6). 319-329.

Art.1 Ley 1616 2013. Congreso de Colombia. Diario Oficial No.48680 del 21 de enero de 2013.

Asociación Americana de Psicología [American Psychological Association] (2002). Violence and the Family: Report of the APA presidential task force on violence and the family – Executive summary. Recuperado de: <http://www.apa.org/pi/pii/viol&fam.html>).

American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagny Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.

Baron, J. (2008) Contemporary Social Policy: An Analysis of Economic and Social Disadvantage in Australia and Colombia., Chapter The determinants of partner abuse in Colombia. ANU PhD Thesis.

Barón, J. D. (2010). *La violencia de pareja en Colombia y sus regiones* (No. 128). Banco de la República de Colombia.

Bogantes, J. (2008, Septiembre). Violencia Doméstica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 25 (2).

Botello, F. O., Caballero, R. D. L., & Vera, S. M. P. (2018). Aspectos descriptivos de la violencia escolar en las mujeres de la ESCOM del IPN/Descriptive aspects of school violence in the women of the ESCOM of the IPN. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 5(9).

Bueso-Izquierdo, Burneo-Garcés, Hidalgo-Ruzzante, Moreno-Ramos, Ruz Fernández, Berzosa Sáez & Pérez-García, M. (2012). El papel de la neurociencia en la violencia de género. In Trabajo presentado en el 3. er Congreso para el Estudio de la Violencia contra las Mujeres Justicia y Seguridad. Nuevos retos, Granada, España. Recuperado de <http://www.congresoestudioviolenda.com/2012/articulo23.php>.

- Buvinic, M. (2008). Un balance de la violencia en América Latina: los costos y las acciones para la prevención. *Pensamiento iberoamericano*, (2), 37-54.
- Cáceres Duran, I. R., & Salas Picón, W. M. (2017). Funciones ejecutivas en la violencia de pareja: una perspectiva neurocriminológica.
- Cáceres Durán, I. R., Salas Picón, W. M., & Gutiérrez de Piñeres, C. (2017). Neurocriminología de la violencia de pareja: funciones ejecutivas y cognición social.
- Cáceres, E (2012). Tratamiento psicológico centrado en el trauma en mujeres víctimas de violencia de pareja. (Tesis de doctorado) Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología, Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos.
- Carvajal Zúñiga, A. (2015). Eficacia de un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja con estrés postraumático: resultado de un estudio piloto.
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2003). Informe Internacional. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja: Estadísticas y legislación. Informe redactado por Sanmartín, J. y otros, Valencia, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Chow, T. W. & Cummings, J. L. (1999). Frontal subcortical circuits. En B. Miller & J. L. Cummings (Eds.), *The human frontal lobes, functions and disorders*. New York: The Guilford Press.
- Cifuentes, S. L., & Moreno, S. L. (2017). Violencia contra las mujeres Colombia, comparativo años 2016 y 2017 (enero a octubre). Retrieved from <http://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/boletines-epidemiologicas>
- Coker, P.H. Smith, M.P. Thompson, R.E. McKeown, L. Bethea, K.E. Davis (2002) Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health

- Comins Mingol, I. (2008). Los derechos humanos y la eliminación de la violencia contra la mujer.
- Cuervo Pérez, M. M., & Martínez Calvera, J. F. (2013). Descripción y caracterización del Ciclo de Violencia que surge en la relación de pareja. *Tesis Psicológica*, 8(1).
- Damasio, A. R. (1998). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. En A. C. Roberts, T. W. Robbins & L. Weiskrantz (Eds.), *The prefrontal cortex, executive and cognitive functions*. New York: Oxford University Press.
- De Lucena, K. D. T., de Toledo Vianna, R. P., do Nascimento, J. A., Campos, H. F. C., & Oliveira, E. C. T. (2017). Associação entre a violência doméstica e a qualidade de vida das mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 2901.
- De Salud Pública, P. D. (2013). *Pública 2012–2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Ministerio de Salud y Protección Social, 124.
- Defensoría del Pueblo (1995). *Mecanismos de protección de la mujer víctima de la violencia intrafamiliar y sexual*. Santa Fé de Bogotá.
- Echeburúa, E., de Corral Gargallo, P., Amor, P. J., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2(1), 7-19.
- Echeburúa, E., & Corral, P., & Amor, P. (2004). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud*, 15 (3), 273-292.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1993). *Biología del comportamiento humano. Manual de etología humana*. Madrid: Alianza Psicología
- El País. (2018). *Medicina Legal entregó estadísticas sobre violencia en el país en 2017*. El País [Bogotá]. Retrieved from <http://www.elpais.com.co/judicial/medicina-legal-entregó-estadísticas-sobre-violencia-en-el-país-en-2017.html>

- Espinar-Ruiz, E. (2003). *Violencia de género y procesos de empobrecimiento: Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja o ex-pareja sentimental*.
Recuperado de: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9905/1/Espinar-Ruiz-Eva.pdf>
- Farmer, Amy y Jill Tiefenthaler (1997) An Economic Analysis of Domestic Violence. *Review of Social Economy* Vol. LV No. 3 Fall 1997
- Farmer, Amy and Jill Tiefenthaler. (1996) Domestic Violence: the value of services as signals. *American Economic Review*, Vol. 86, No. 2. May 1996, pp 274-279
- Fonzo, G. A., Simmons, A. N., Thorp, S. R., Norman, S. B., Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2010). Exaggerated and disconnected insular-amygdalar blood oxygenation level-dependent response to threat-related emotional faces in women with intimate-partner violence posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 68(5), 433-441.
- Fuster, J. (2002). Frontal lobe and cognitive development. *Journal of Neurocitology*.
- Gracia, E., Herrero, J., Lila, M. & Fuente, A. (2009). Perceived neighborhood social disorder and attitudes toward domestic violence against women among Latin-American immigrants. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1(1), 25-43.
- García Rodríguez, A. M. (2017). *Comparación del Perfil Emocional de Mujeres Víctimas y No Víctimas de Violencia de Pareja en la Sabana de Bogotá Colombia* (Master's thesis, Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia). Retrieved from <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/30817/Ana%20Mar%C3%ADa%20Garc%C3%ADa%20Rodr%C3%ADguez%20%28Tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García, A. V. T. (2014). *Evaluación neuropsicológica en mujeres víctimas de violencia de género* (Doctoral dissertation, Universidad de Salamanca).

- García-Martínez, J., Orellana-Ramírez, M. C., & Guerrero-Gómez, R. (2012). Relaciones entre la estructura cognitiva y la intensidad de la sintomatología en dos subgrupos de mujeres maltratadas: un esbozo de tipologías de las víctimas de la violencia contra la pareja/relations between the cognitive structure and the intensity of the symptomatology in two battered women's subgroups. An outline of typologies of battered women. *Acción Psicológica*, 9(1), 47-60. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1460848032?accountid=48797>
- Gilbert, S.J., Bird, G., Brindley, R., Frith, C.D., y Burgess, P.W. (2008). Atypical recruitment of medial prefrontal cortex in autism spectrum disorders: An fMRI study of two executive function tasks. *Neuropsychologia*, 46, 2281-2291.
- Golden, C. J. & Lashley, L. (2014). Designing a Neuropsychological Test Battery. En V. B. Van Hasselt, V (Ed.). *Forensic Neuropsychological Evaluation of the Violent Offender* (pp. 33-51). s/d: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-04792-8_3
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Gonzalez Moreno, P. (2017). Violencia machista. Retrieved from <https://www.efesalud.com/violencia-machista-depresion-fibromialgia-insomnio/>
- Gracia, E. (2002). Visibilidad y tolerancia social de la violencia familiar. *Intervención Psicosocial*, 11, 5-15.
- Gracia, E. (2003). El iceberg de la violencia familiar: ¿Otro caso de inhibición social de ayuda? *Encuentros en Psicología Social*, 1, 52-55.
- Gracia, E. (2009). The context of domestic violence: social and contextual factors associated with partner violence against women. In Pearlman, K. S. (Ed.), *Marriage: Roles, stability and conflict* (pp. 95-109). New York: Nova Science Publishers.
- Gunter, J. (2007). Intimate partner violence. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 34, 367-388.

- Gutiérrez, A. L., & Solís, F. O. (2011). Desarrollo de las Funciones Ejecutivas y de la Corteza Prefrontal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11(1), 159-172
- Hacker, F. (1973). *Agresión*. Barcelona: Grijalbo
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México, D. F., México: McGraw-Hill.
- Hidalgo-Ruzzante, N., Gómez, P., Bueso-Izquierdo, N., Jiménez, P., Martín Del Moral, E., & Pérez-García, M. (2012). Secuelas cognitivas en mujeres víctimas de violencia de género. In Congreso para el estudio de la violencia contra las mujeres.
- Hilberman, E. (1980). Overview: the «wife-beater's wife» reconsidered. *The American journal of psychiatry*, 137(11), 1336-1347.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses (2017) *Violencia contra las mujeres. Colombia, comparativo años 2016 y 2017 (enero a octubre)* Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/57992/Violencia+contra+las+mujeres.pdf>
- Juliao, C. (2011). *El enfoque praxeológico* (1st ed.). Bogotá, Colombia: Corporación Universitaria Minuto de Dios – Uniminuto.
- Medina, G. (2002) en *Visión Jurisprudencial de la Violencia Familiar*, Rubinzal Culzoni Editores, Buenos Aires
- Mujer ahora. (2017). *Guía temática I*. Uruguay. Recuperado de: http://www.mujerahora.org.uy/sites/default/files/guia_tematica1_0.pdf
- Janneth Elizabeth, M. R., & Moreno Méndez, J. H. (2015). Percepción de la experiencia de violencia doméstica en mujeres víctimas de maltrato de pareja. *Universitas Psychologica*, 14(3) Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1795936111?accountid=48797>

- Kerr, A. & Zelazo, P. D. (2003). Development of “hot” executive functions, the children’s gambling task. *Brain and cognition*.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., & Zwi, A. B. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud.
- Kumar, J. K. & Sadasivann, A. (2016). Neuropsychology in India. *The Clinical Neuropsychologist*, 30 (8): 1252- 1266. doi: 10.1080/13854046.2016.1197314
- Kwako, L. E., Glass, N., Campbell, J., Melvin, K. C., Barr, T. y Gill, J. M. (2011). Traumatic brain injury in intimate partner violence: a critical review of outcomes and mechanisms. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12, 115-126.
- Lázaro, J. C. F. (2006). Neuropsicología de los lóbulos frontales. Univ. J. Autónoma de Tabasco.
- Labrador, F., Rincón, P., Estupiña, F., Alonso, E., & Lignon, S. (2007). Violencia doméstica e intervención psicológica. *Guía del Psicólogo*, 266, 5-7.
- Leonard, E. L. (2015). Forensic neuropsychology and expert witness testimony: An overview of forensic practice. *International Journal of Law and Psychiatry*, 42-43: 177-182. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.08.023
- Ley 1257 del 2008. Diario Oficial 47193 de Diciembre 4 de 2008
- Ley 1616 del 2013 Congreso de Colombia Enero 21 del 2013
- Ley 1090 del 2006 Congreso de Colombia Septiembre 6 del 2006
- Lezak, M.D. (2004). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Lezak M.D. (1995) *Neuropsychological assessment*. 3 ed. New York: Oxford University Press
- Lorenz, K. (1963). On aggression.
- Lucena KDT, Vianna RPT, Nascimento JA, Campos HFC, Oliveira ECT. (2017) Association between domestic violence and women’s quality of life. *Rev. Latino-Am.*

Enfermagem;25:e2901. [Access ____ _ ____]; Available in:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2901.pdf . DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901>.

Luria, A. R. (1974). *El cerebro en acción*. Barcelona: Fontanella.

Luria, A. R. (1986). *Las Funciones Corticales Superiores del Hombre*. México: Fontamara.

Luz Magdalena, S. B. (2005). Transmisión intergeneracional de la violencia intrafamiliar: evidencia para las familias colombianas. *Revista desarrollo y sociedad*, (56), 285-337.

Martínez-León, M., Irurtia, M. J., Crespo, M. T., Calleja, M. I., Martínez-León, C.,

Queipo, D. (2011). Maltrato psicológico en las víctimas de violencia de género. *Evaluación médico-legal y forense*. *Psicología Conductual*, 19(1), 133-155. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/927743560?accountid=48797>

Manga, D., & Ramos, F. (2000). *Batería Luria-DNA: diagnóstico neuropsicológico de adultos: manual*. Tea.

Monroy-Vite, N., & García-López, E. (2017). Neuropsicología forense, una aportación al sistema de justicia en México. *Revista Criminalidad*, 59(3), 163-181.

Monti, C., Saffi, F., Martins de Barros, D., Machado Dias, A., Teruo Akiba, H., de Pádua Serafim, A. (2015). Forensic neuropsychological assessment: clinical case of depression and working incapacity. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64 (1): 86-89. doi: 10.1590/0047-2085000000061

Nowack, K. (2002). *Perfil de estrés*. México: El manual moderno.

Organización Mundial de la Salud (2015). *La violencia contra la mujer. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer*. Washington.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*.

- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Violencia infligida por la pareja.
- Osorio Gutiérrez, M. A., & Moreno Bernal, V. A. (2016). Violencia intrafamiliar de pareja en Colombia: dinámicas y programas para su atención 2004-2014.
- Ostrosky, F. (2016). Neuroley, cognición y cerebro. En E. García (Ed., Coord.). Psicopatología Forense. Derecho, Neurociencias y Sistema de Justicia Penal (pp. 99-162). Madrid: Bosch.
- Palomino, S. (2016). Aumenta la violencia de pareja en Colombia y las víctimas reclaman justicia. El País [Bogotá]. Retrieved from https://elpais.com/internacional/2016/10/19/colombia/1476891277_126356.html
- Passingham, R. (1995). The Frontal Lobes and Voluntary Action. U.S.A: Oxford University Press.
- Patró Hernández, R., Corbalán Berná, F. J., & Limiñana Gras, R. M. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de psicología*, 23(1).
- Peña-Casanova, J. (2007). Neurología de la conducta y neuropsicología. Ed. Médica Panamericana.
- Pérez Martínez, Víctor T, & Hernández Marín, Yadira. (2009). La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(2) Recuperado en 17 de abril de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200010&lng=es&tlng=pt.
- Pérez, M., Velasco, D., Torres, A., & Conde, O. (2006). Afectación Neuropsicológica en Mujeres Víctimas de Malos Tratos. Recuperado de http://campus.usal.es/gabinete/comunicacion/afectacion_neuropsicologica_prensa.pdf.

- Pérez-García, M., Puente, A., & Vilar-López, R. (2009). Definición conceptual y profesional de neuropsicología clínica. *Manual de neuropsicología clínica*. Madrid: Pirámide, 19-29.
- Pinheiro, P. S. (2006). Acabar con la violencia contra los niños, niñas y adolescentes. In *Acabar con la violencia contra los niños, niñas y adolescentes*. UNICEF.
- Portellano, J & Alba, J. G. (2014). Neuropsicología de la atención, las funciones ejecutivas y la memoria. Síntesis.
- Provoste Fernández, P. (2007). *Violencia contra la mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en Santiago de Chile*. CEPAL.
- Rabin, L. A., Barr, W. B., & Burton, L. A. (2005). Assessment Practices of Clinical Neuropsychologists in the United States and Canada: a Survey of INS, NAN, and APA Division 40 Members. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 33-65.
- Rains, G. D., & Campos, V. (2004). *Principios de neuropsicología humana*. México: McGraw-Hill.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.aed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Riggs, D. S., Caulfield, M. B., & Street, A. E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of clinical psychology*, 56(10), 1289-1316.
- Rincón, B. R., & Fernández, M. (2015). Evaluación del deterioro neuropsicológico en una muestra de mujeres víctimas de violencia de género. Salamanca.
- Rincón, P. (2001). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de programas de intervención. Proyecto DEA. Universidad Complutense de Madrid.

- Ribero, R., y F. Sánchez (2004), «Determinantes, efectos y costos de la violencia intrafamiliar en Colombia.», Documento cede 2004-44, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia
- Rodríguez, Y., Lameiras, M., Faílde, J. & Carrera, M. (2009b). La violencia de género y las actitudes sexistas en una muestra de población gallega. *Investigación, Cultura, Ciencia y Tecnología*. 1(2), 32-37.
- Roselli, M., Matute, E. and Jurado, M. (2008). *Las Funciones Ejecutivas a través de la Vida*. [online] Dialnet.unirioja.es. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987451>.
- Ruiz-Pérez, I., Blanco-Prieto, P., & Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta sanitaria*, 18(5), 4-12.
- Sánchez, G. A. (2016). Violencia de pareja y la responsabilidad del personal de salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 33(1), 133-144.
- Sanmartín, J. (2002). *La mente de los violentos*. Barcelona: Ariel.
- Sanmartín, J. (2004). (Coord.). *El laberinto de la violencia. Causas tipos y efectos*. Barcelona: Ariel.
- Santandreu, M., & Ferrer, V. A. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Psicología Conductual*, 22(2), 239-256. Retrieved from
<https://search.proquest.com/docview/1560678536?accountid=48797>
- Savater, F. (1995). *Ética para Amador*, Barcelona, Editorial Ariel.
- Sanz-Barbero, B., Rey, L., & Otero-García, L. (2014). Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 102-108.
- Sans, M., & Sellarés, J. (2010). Detección de la violencia de género en atención primaria. *Revista Española de Medicina Legal*, 36(3), 104-109.

- Sequeira Solís, A., & Vásquez Vargas, M. (2015). Psicopatología y funcionamiento ejecutivo en mujeres que han experimentado violencia en sus relaciones de pareja.
- Sharhabani-Arzy, R., Amir, M. y Swisa, A. (2005). Self-criticism, dependency and posttraumatic stress disorder among a female group of help-seeking victims of domestic violence in Israel. *Personality and Individual Differences*, 38, 1231-1240
- Shaw, J. & Porter, S. (2015). Constructing rich false memories of committing crime. *Psychological Science*, 26 (3): 291-301.
- Simmons, A. N., Paulus, M. P., Thorp, S. R., Matthews, S. C., Norman, S. B., & Stein, M. B. (2008). Functional activation and neural networks in women with posttraumatic stress disorder related to intimate partner violence. *Biological psychiatry*, 64(8), 681-690.
- Sisma Mujer (2017) Violencias 2016 A partir de Forensis. Realidad en cifras. Recuperado de: <http://www.sismamujer.org/new/violencias-2016-a-partir-de-forensis-18-07-2017/>
- Solís, F. O., Gómez, M. E., Villaseñor, E. M., Roselli, M., Ardila, A., & Pineda, D. A. (2003). Neuropsi atención y memoria 6 a 85 años. American Book Store.
- Soprano.(2003).*Evaluación de las funciones ejecutivas en el niño.REVISTA DE NEUROLOGÍA*,37(1).44-50.
- Strauss, E., Sherman, E. & Spreen, O. (2006). A Compendium of neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary, Third Edition. New York: Oxford University Press.
- Stein, M. B., Kennedy, C. M., & Twamley, E. W. (2002). Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 52(11), 1079-1088
- Strigo, I. A., Simmons, A. N., Matthews, S. C., Grimes, E. M., Allard, C. B., Reinhardt, L. E., Paulus, M. P. y Stein, M. B. (2010). Neural correlates of altered pain response in

- women with posttraumatic stress disorder from intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, 68, 442-450.
- Stuss, D. T., & Knight, R. T. (2002). *Principles of frontal lobe function*. New York: Oxford University Press.
- Tirapu-Ustárroz, J., Muñoz-Céspedes, J. M., Pelegrín-Valero, C., & Albéniz-Ferreras, A. (2005). Propuesta de un protocolo para la evaluación de las funciones ejecutivas. *Revista de neurología*, 41(3), 177-186.
- Tirapu-Ustárroz, J.,(2011). Estimulación y rehabilitación de las funciones ejecutivas. *Catalunha: Universitat Oberta de Catalunya*, 74.
- Tirapu- Ustárroz, J., Molina, A. G., Lario, P. L., & García, A. V. (2012). Corteza prefrontal, funciones ejecutivas y regulación de la conducta. *Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas*, 87-117.
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000). Extent, nature and consequences of violence against women: Findings from the National Violence Against Women Survey. *The National Institute of Justice and the Centers for Disease Control and Prevention*.
- Torices, M. I. M., Hidalgo-Ruzzante, N., Sabio, V. T., & García, M. P. (2016). NEUROPSICOLOGÍA FORENSE EN UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO. *Psicología Conductual*, 24(2), 361-376. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1818003109?accountid=48797>
- Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., LOpez, P., & Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia—CORRECTED VERSION. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(5), 777-786.
- Torres García, A. V. (2014). Evaluación neuropsicológica en mujeres víctimas de violencia de género.

- Tourné García, M., Ruiz Hernández, M., Escribano Sabater, M., Gea Serrano, A., & Salmerón Arjona, E. (2007). Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en atención primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria (SMS).
- UNICEF (2011). Estudio sobre maltrato infantil en el ámbito familiar Paraguay. *UNICEF. Asunción.*
- Vaucheret Paz, E., Puga, C., Básalo, G., José, M., Pintos, P., Trossero, I., & Agosta, G. (2017). Verbal fluency: A rapid neuropsychological test for the detection of cognitive disorders in pediatrics. *Acta Neurológica Colombiana*, 33(3), 142-147.
- Verdejo-García, A., & Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22(2).
- Villavicencio, P. (2001). Barreras que impiden la ruptura de una situación de maltrato. La violencia contra las mujeres: Realidad social y políticas públicas (pp. 35- 51). Madrid: UNED Ediciones.
- Walker, L. E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer.
- Woods, G., Freedman, D. & Greenspan, S. (2012). Neurobehavioral assessment in forensic practice. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35: 432-439. doi: 10.1016/j.ijlp.2012.09.014
- Yáñez, G. y Macassi I. (2009). Informe encuesta poblacional: Percepciones y opiniones sobre la Comisaría de Mujeres de Villa el Salvador. Manuela Ramos.
- Zapata Yance, L., & Parra De La Rosa, K., & Barrios, D., & Rojas Santiago, M. (2016). Efecto de la Violencia y Esquemas Cognitivos en el Cortisol de Mujeres Violentadas por sus Parejas. *Universitas Psychologica*, 15 (5)
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-5.evec>

Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. y Emparanza, I. (1994).

Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (Ed.),

Personalidades violentas (pp. 129-152). Madrid: Pirámide.

Zúñiga, C., Valdez, C., & López, N. (2015). Cuestionario de Evaluación a Víctimas de

Violencia de Pareja. Recuperado de:

http://www.observatoriojusticiaygenero.gob.do/documentos/PDF/buenas_practicas/D

BP_ cuestionario_evaluacion_victimas_PGRMM.pdf

Anexo 2. Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos del participante:

Nombre: _____
 Documento de Identidad CC () CE () N°: _____ De: _____
 Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Dirección de Residencia: _____ Teléfono: _____
 Barrio/Ciudad: _____ Departamento: _____
 Convive con: _____

Psicólogo Investigador (Docente): _____
 Documento de Identidad CC () CE () N°: _____ De: _____

Psicólogo en formación: _____
 Documento de Identidad CC () CE () N°: _____ De: _____

Psicólogo en formación: _____
 Documento de Identidad CC () CE () N°: _____ De: _____

Participación: Identificación, evaluación y descripción Neuropsicológica.

El propósito de este estudio para la obtención del título de Psicólogo es realizar un “*Perfil de estrés y funcionamiento ejecutivo en violencia contra la mujer ejercida por su pareja: Estudio de caso*”, cuyo principal objetivo es identificar la relación entre el perfil de estrés obtenido y la evaluación neuropsicológica de funciones ejecutivas realizada.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO Y RIESGOS POTENCIALES

Se harán uso de una escala para la obtención de un Perfil de estrés y la aplicación de un protocolo de evaluación neuropsicológica que incluye: Figura de Rey, Funciones motoras (Neuropsi), Stroop, Fluidez verbal y fonológica FAS, TMT A Y B, Semejanzas - WAIS IV, Cubos en regresión, Formación de categorías (Neuropsi), Test de clasificación de tarjetas WCST y Laberintos - BANFE 2, pruebas y tareas que no representan ningún riesgo físico ni emocional y por el contrario permitirán conocer el estado cognitivo referente a la edad y lo esperado. La Adaptación del Cuestionario de Violencia de Pareja que se aplicará está constituido por acciones fuertes que pueden despertar la susceptibilidad de la participante.

BENEFICIOS DE SU PARTICIPACIÓN

Al finalizar la participación en el estudio, contará a mediano plazo con la entrega de: resultados y un informe neuropsicológico por parte de las investigadoras; material informativo acerca de las rutas de atención en caso de violencia contra la mujer que brinda el distrito y un bono económico por 25.000 pesos Colombianos que podrá ser redimido en una tienda comercial de ropa.

GARANTÍAS DE SU PARTICIPACIÓN

Su participación será voluntaria y obtendrá los beneficios aquí descritos. Tendrá el derecho de retirarse en cualquier momento del estudio si usted así lo desea sin dar explicaciones y sin ningún inconveniente.

Toda la información y datos recolectados durante esta investigación serán utilizados de manera exclusiva y confidencial para el contexto educativo e investigativo del programa de psicología de la Corporación Universitaria Minuto de Dios UNIMINUTO. Toda información que le identifique de manera personal será excluida. Como participante solo será identificada con un código y ninguna persona ajena a la investigación conocerá datos personales de resultados. Esto se reglamenta bajo el principio de confidencialidad establecido por la ley 1090 de 2006 (artículo 2, Numeral 5).

Si usted autoriza se podrán tomar fotografías, grabaciones de video durante el proceso de evaluación, sólo con fin expositivo, académico e investigativo.

Aceptación por parte de la participante: SI _____ NO _____

Yo, _____ identificada con C.C _____ de _____ he leído este consentimiento informado, he comprendido las implicaciones del estudio y he podido resolver todas las dudas que he planteado al respecto. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informada que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines explicativos, académicos y de desarrollo profesional para estudiantes de psicología.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el desarrollo del “*Perfil de estrés y funcionamiento ejecutivo en violencia contra la mujer ejercida por su pareja: Estudio de caso*” y que los datos que se deriven de mi participación serán utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Se firma el presente consentimiento el día _____ del mes _____ del año 2018, en la ciudad de Bogotá.

En constancia firman,

Firma de la participante
 C.C No. _____

NOLLY NATALY CASTAÑEDA IBÁÑEZ
Docente Investigador Principal
Programa Psicología Corporación Universitaria Minuto de Dios
 C.C.No: _____

DEISSY LORENA FLOREZ DUARTE
Psicóloga en formación
Programa Psicología Corporación Universitaria Minuto de Dios
 C.C.No _____

ANGIE PAOLA BELTRÁN BELTRÁN
Psicóloga en formación
Programa Psicología Corporación Universitaria Minuto de Dios
 C.C.No: _____

Anexo 3. Cuestionario de Evaluación de Víctimas de Violencia de Pareja. Sección V:
Diagnóstica de Manifestaciones y Severidad de la Violencia (Zúñiga, 2015)

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA (ZUÑIGA, 2015)

Las siguientes preguntas permiten conocer manifestaciones de agresión que se presentan o presentaron alguna vez durante la relación con su pareja. Marque con una X la respuesta que considere más cercana a su situación.

FISICO	SI			NO
	1 vez	Algunas veces	Muchas veces	
<i>Por favor conteste si las siguientes situaciones han estado ocurriendo o han ocurrido con su pareja sentimental</i>				
1. ¿La abofetea o le tira cosas que pueden herirla?				
2. ¿La empuja, arrincona, sacude o tira del pelo?				
3. ¿La golpea con el puño o con algo que pudiera herirla?				
4. ¿La pateo, arrastra o le ha dado golpizas?				
5. ¿La ha intentado estrangular?				
6. ¿Ha intentado quemarla la ha quemado?				
7. ¿Ha usado una pistola, cuchillo u otra arma en su contra o ha amenazado con usarla? ¿Qué tipo de arma?				
TOTAL DE RESPUESTAS				

SEXUAL	SI			NO
	1 vez	Algunas veces	Muchas veces	
<i>Por favor conteste si las siguientes situaciones han estado ocurriendo o han ocurrido con su pareja sentimental</i>				
1. ¿Le ha humillado a nivel sexual, a su cuerpo, a su desempeño sexual, ya sea con palabras o gestos?				
2. ¿Le ha obligado a hacer alguna actividad sexual que usted considera humillante o degradante?				
3. ¿Ha mantenido relaciones sexuales sin querer debido a la presión o al miedo de lo que pudiera hacerle si se negaba?				
4. ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales de cualquier forma (vaginal, anal, oral)?				
TOTAL DE RESPUESTAS				

PSICOLÓGICO	SI			NO
	1 vez	Algunas veces	Muchas veces	
<i>Por favor conteste si las siguientes situaciones han estado ocurriendo o han ocurrido con su pareja sentimental</i>				
1. ¿Trata de impedirle ver a sus amistades?				
2. ¿Trata de impedirle ver a sus familiares?				
3. ¿Controla sus movimientos continuamente, donde va o está?				
4. ¿La trata con indiferencia o la ignora?				
5. ¿Le acusa que usted le es infiel?				
6. ¿Debe pedirle permiso para acudir a consulta médica?				
7. ¿La insulta o la hace sentirse mal con usted misma?				
8. ¿La humilla o menosprecia delante de otras personas?				
9. ¿La asusta o atemoriza a propósito de cualquier manera?				
10. ¿La amenaza con hacerle daño a usted o a una persona querida?				
TOTAL DE RESPUESTAS				

