



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO EN UNA AGRAVIADA POR EL DELITO DE
TENTATIVA DE FEMINICIDIO

Línea de investigación:

Evaluación psicológica y psicométrica

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Psicología Forense y Criminología

Autora:

Caballero Quino, Rosadita Oshin

Asesora:

Girón Sanchez, Rosario
(ORCID: 0000-0002-6090-5640)

Jurado:

Valdez Sena, Lucia Emperatriz
Correa Aranguren, Iris Gladys
Murillo Ponte, Manuel David

Lima - Perú

2023



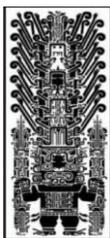
Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:	1A_Caballero Quino, Rosadita Oshin - OFICIO N° 080 -2023- OGGE -AS-FAPS-UNFV
Fecha del Análisis:	25/05/2022
Operador del Programa Informático:	Salazar Chamba Sofia Teresa
Correo del Operador del Programa Informático:	ssalazar@unfv.edu.pe
Porcentaje:	6%
Asesor:	Mg. ROSARIO GIRON SÁNCHEZ
Título:	“TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO EN UNA AGRAVIADA POR EL DELITO DE TENTATIVA DE FEMINICIDIO”
Enlace:	https://secure.arkund.com/view/160660569-602850-493192

Jefe de la Oficina de Grados
y Gestión del Egresado:



Mg. VILMA B. ZEGARRA MARTINEZ



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO EN UNA AGRAVIADA POR EL DELITO DE
TENTATIVA DE FEMINICIDIO**

Línea de investigación:
Evaluación Psicológica y Psicométrica

Trabajo Académico para optar el Título de
Segunda Especialidad Profesional en
PSICOLOGÍA FORENSE Y CRIMINOLOGÍA

AUTORA:
CABALLERO QUINO, Rosadita Oshin

ASESORA:
GIRÓN SANCHEZ, Rosario
ORCID 0000-0002-6090-5640

JURADOS:
VALDEZ SENA, Lucia Emperatriz
CORREA ARANGUREN, Iris Gladys
MURILLO PONTE, Manuel David

Lima – Perú
2023

Dedicatoria

A Dios por iluminar mi vida y guiar mi camino por el sendero de la psicología forense.

A mis queridos padres Ferrer y Corina porque son mi fortaleza y apoyo para seguir adelante cada día.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por la vida de mis queridos padres y porque cada día bendice mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que me aman y a las que yo amo también.

Agradezco a mis queridos padres Ferrer y Corina por el gran amor que me tienen y por ser los principales motores de mis sueños, metas y proyectos en la vida.

Agradezco a mi querida asesora Mg. Girón Sánchez, Rosario Norma; por las enseñanzas y experticias brindadas a lo largo de la segunda especialidad en Psicología Forense y Criminología; asimismo, por ser mi asesora en este trabajo académico de estudio de caso, por guiarme y motivarme a alcanzar el objetivo de titularme y ser oficialmente Psicóloga Forense.

Agradezco a todos mis estimados maestros de la segunda especialidad en Psicología Forense y Criminología, en especial al Mg. Murillo Ponte, Manuel David; por las enseñanzas y experticias impartidas a lo largo de la especialidad, que sin duda son de gran aprendizaje para mi desarrollo y desempeño profesional como Perito Psicóloga Forense.

Agradezco al coordinador académico del curso de segunda especialidad Mg. Carlos Ventura, David; por el apoyo hacia mi persona en todo este proceso de titulación y ser oficialmente Psicóloga Forense.

Índice

Dedicatoria.....	II
Agradecimientos.....	III
Índice.....	IV
Lista de Figuras.....	V
Resumen.....	IX
Abstract.....	X
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Descripción del problema.....	15
1.2. Antecedentes	20
1.2.1. Antecedentes Nacionales.....	20
1.2.2. Antecedentes internacionales	24
1.2.3. Fundamentación Teórica / Marco Teórico	28
1.3. Objetivos	60
1.4. Justificación	61
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	61
II. METODOLOGÍA	63
2.1. Tipo y diseño de Investigación	63
2.2. Ámbito temporal y espacial.....	63
2.3. Variables de Investigación.....	64
2.4. Participante:	78
2.5. Técnicas e instrumentos.....	78
2.5.1. Técnicas.....	78
2.5.2. Instrumentos.....	84
2.5.3. Evaluación psicológica.....	87
2.5.4. Evaluación Psicométrica.....	87
2.5.5. Informe psicológico integrador	91
2.6. Propuesta de Plan de Intervención y calendarización	110
2.7. Procedimiento:	114
2.8. Consideraciones éticas.	116
III. RESULTADOS	118
3.1. Análisis de Resultados	118
3.2. Discusión de Resultados.....	123
IV. CONCLUSIONES.....	137
V. RECOMENDACIONES.....	140
VI. REFERENCIAS.....	141

Lista de Figuras

Figura 1

Conversión de constructos jurídicos en conceptos psicopatológicos

Concepto jurídico	Concepto Psicopatológico
Anomalía psíquica	Defectos o disfunciones congénitas o precozmente adquiridas (retraso mental, trastorno del desarrollo, trastornos de la personalidad).
Alteración psíquica	Trastorno mental de nueva aparición en una persona previamente normo adaptada (por ejemplo, demencia)
Trastorno mental transitorio	Reacción emocional intensa que inhibe el control conductual ante estímulos de especial significación para el sujeto (elemento objetivo).
Lesión psíquica	Alteración psicológica aguda de significación clínica fruto del impacto de una situación de victimización criminal (trastornos adaptativos, descompensaciones de una base de personalidad vulnerable previa o trastorno de estrés postraumático).
Secuela psíquica	Alteración irreversible del funcionamiento psicológico del individuo (estabilización de la lesión psíquica tras la aplicación de un tratamiento clínico adecuado). Precisa de un criterio cronológico: mantenimiento de la sintomatología después de dos años de la exposición a la situación de victimización criminal y tras la aplicación de una intervención clínica (transformación permanente de la personalidad).

Figura 2*Áreas y síntomas de exploración psicopatológica*

CONSCIENCIA	Obnubilación, Estupor, Coma y Onirismo
ORIENTACIÓN	Auto psíquica y Alopsíquica
LENGUAJE	Afasia, Disartria, Verbigeración, Neologismos y Mutismo
ATENCIÓN	Hiperprosexia, Hipoprosexia/aprosexia y Distraibilidad
MEMORIA	Amnesia, Hipermnesia, Paramnesia y Confabulaciones
PERCEPCIÓN	Ilusiones, Alucinaciones, Pseudoalucinaciones y Alucinosis
PENSAMIENTO	Fuga de ideas, Lentitud, Perseveración, Incoherencia, Disgregación, Bloqueo, Ideas sobrevaloradas, Ideas obsesivas e Ideas delirantes
AFECTIVIDAD	Ansiedad, Tristeza patológica, Euforia, Disforia, Paratimia y Labilidad emocional
PSICOMOTRICIDAD	Agitación, Retardo, Temblores, Tics y Dispraxia
MOTIVACIONES PRIMARIAS	Sueño, Conducta alimentaria, Conducta excretora, Conducta agresiva y Conducta sexual

Nota. Adaptada de Mesa-Cid & Rodríguez-Testal, 2007

Figura 3*Sesiones y actividades*

SESIÓN	FECHA	DURACIÓN	PERIODICIDAD	PARTICIPANTES	TÉCNICAS DE TRATAMIENTO
SESION 1: Bienvenida y sensibilización	diciembre 2023	1 hora y media	1 sesión por semana (1° semana de diciembre 2023)	terapia individual (agraviada)	-Ninguno
SESIÓN 2: Psicoeducación en género y en violencia de género.	diciembre 2023	1 hora y media	1 sesión por semana (2° semana de diciembre 2023)	terapia individual (agraviada)	-Psicoeducación
SESIÓN 3, 4 y 5: Entrenamiento en relajación:	diciembre 2023 y enero 2024	1 hora y media	1 sesión por semana (3°, 4° semana de diciembre 2023 y 1° semana de enero 2024)	terapia individual (agraviada)	-Técnicas de Relajación y Respiración
SESIÓN 6, 7, 8 y 9: Reducción y/o de eliminación de síntomas.	enero y febrero 2024	1 hora y media	1 sesión por semana (2°, 3° y 4 semana de enero y 1° semana de febrero 2024)	terapia individual (agraviada)	Reestructuración cognitiva Técnica de las tres columnas (ABC) Detención del pensamiento Manejo del estrés y entrenamiento en relajación
SESIÓN 10 y 11: Estrategias y técnicas para aumentar su autoestima y autoeficacia.	febrero 2024	1 hora y media	1 sesión por semana (2° y 3° semana de febrero 2024)	terapia individual (agraviada)	-Psicoeducación. -Técnicas conductuales (programación de actividades positivas y gratificantes, asignación de tareas graduadas)

SESIÓN 12, 13 y 14: Fomentar una comunicación y habilidades sociales adecuadas.	febrero y marzo 2024	1 hora y media	1 sesión por semana (4° semana de febrero y 1° y 2° semana de marzo 2024)	terapia individual (agraviada)	-Psicoeducación - Técnicas asertivas y de comunicación. -Técnicas conductuales (Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales).
SESIÓN 15, 16 y 17: Aprender y/o mejorar la forma de solucionar los problemas y de tomar decisiones.	marzo y abril 2024	1 hora y media	1 sesión por semana (3°y 4° semana de marzo y 1° semana de abril 2024)	terapia individual (agraviada)	-Psicoeducación -Técnicas de solución de problemas
SESIÓN 18, 19, 20 y 21: Reestructuración cognitiva sobre el amor romántico y la prevención de recaídas.	abril 2024	1 hora y media	1 sesión por semana (2°, 3° y 4° semana de abril y 1° semana de mayo)	terapia individual (agraviada)	Reestructuración cognitiva Técnica de las tres columnas (ABC) -Técnicas conductuales (programación de actividades positivas y gratificantes)
SESIÓN 22: Evaluar los resultados obtenidos en la intervención terapéutica.	mayo 2024	1 hora y media	1 sesión por semana (2° semana de mayo 2024)	terapia individual (agraviada)	Técnicas conductuales (Técnicas de dominio y agrado y asignación de tareas graduadas).

Nota: Elaboración propia

Resumen

El presente trabajo académico describe el estudio de caso único de una agraviada por el delito de tentativa de feminicidio, que se define como la expresión extrema de la violencia donde las mujeres se salvaron de morir en un contexto de violencia familiar, coacción, hostigamiento o acoso sexual; abuso de poder, confianza o de cualquiera otra posición o relación, que le confiere autoridad a la persona agresora y cualquier forma de discriminación contra la mujer, independientemente de que exista o haya existido una relación conyugal o de convivencia con la persona agresora y por la condición de ser mujer. Para tal fin, el procedimiento de evaluación psicológica forense comprendió el uso de las técnicas de entrevista psicológica forense, observación de conducta, pruebas psicométricas y proyectiva aplicadas. Los principales resultados del estudio radican en la presencia de alteraciones psicopatológicas en la memoria, pensamiento, atención, afectividad, juicio y voluntad que alteran el funcionamiento psicológico normal de la agraviada; así como también la presencia de secuelas psicológicas de un trastorno de estrés agudo y personalidad dependiente.

Palabras clave: *Evaluación psicológica forense, agraviada por el delito de tentativa de feminicidio, peritaje psicológico.*

Abstract

This academic paper describes the unique case study of a woman aggrieved by the crime of attempted femicide, which is defined as the extreme expression of violence where women were saved from dying in a context of family violence, coercion, harassment or bullying. sexual; abuse of power, trust or any other position or relationship that confers authority on the aggressor and any form of discrimination against women, regardless of whether there is or has been a marital or cohabitation relationship with the aggressor and for condition of being a woman. To this end, the forensic psychological evaluation procedure included the use of forensic psychological interview techniques, behavior observation, applied psychometric and projective tests. The main results of the study lie in the presence of psychopathological alterations in memory, thought, attention, affectivity, judgment and will that alter the normal psychological functioning of the victim; as well as the presence of psychological sequelae of an acute stress disorder and dependent personality.

Keywords: *Forensic psychological evaluation, aggrieved by the crime of attempted femicide, psychological expertise*

I. INTRODUCCIÓN

La violencia de género contra las mujeres es un problema de derechos humanos y de salud pública grave prevalente y persistente, que daña la integridad física, mental y/o social de niñas, adolescentes, mujeres adultas y adultas mayores, y les impide desarrollarse en igualdad de condiciones en todas las esferas de sus vidas. La violencia de género contra las mujeres no afecta solamente a las mujeres que la viven, sino que también acarrea resultados negativos para la vida de sus hijas e hijos, sus familias, comunidades y la sociedad en general, e impone barreras para el progreso y el desarrollo sostenible del país. Sin embargo, La violencia de género contra las mujeres es un problema que puede y debe prevenirse y erradicarse. En esta línea, a pesar de que se produce en una gran diversidad en ámbitos públicos y privados, la violencia física, sexual y/o psicológica perpetrada por la pareja es una de las formas más comunes de violencia de género contra las mujeres a nivel global y en el Perú.

La violencia es un fenómeno que ha estado presente durante toda la historia de la humanidad y, a pesar de la amplia investigación que existe en la actualidad, su gran complejidad aún exige a diversos profesionales un análisis que permita comprenderla, intervenir en ella y en el mejor de los casos prevenirla (Jiménez et al., 2014). Entre los diversos tipos de violencia, uno de los más preocupantes es la violencia de pareja ejercida por los varones en contra de las mujeres Organización Mundial de la Salud [OMS, 2021]), a la que denominaremos en adelante violencia contra la pareja. Este tipo de violencia se desarrolla dentro de una relación de pareja en donde el agresor ejerce violencia psicológica, física, sexual o económica (Dhingra y McGarry, 2016; Walker, 1999) y se desencadena por la confluencia de una compleja red de factores personales, familiares y socioculturales relacionados tanto con el agresor, como con la víctima o la dinámica de relación (Sabbah et al., 2016).

La violencia contra la pareja es un fenómeno que se aprecia en todas las sociedades en mayor o menor medida, sucediendo que al menos el 30% de las mujeres en el mundo han sufrido violencia por parte de su pareja en algún momento de su vida [OMS, 2021]). Por otra parte, la violencia contra la pareja en el Perú es un fenómeno que ha mostrado un ascenso notable a través de los años; tanto es así que entre el año 2015 y el año 2021 ha habido un escalamiento importante en los casos de feminicidio perpetrado por parte de las parejas de las víctimas, siendo así que en el 2015 se reportaron 95 casos en el 2020, 131 casos (en condiciones de aislamiento social obligatorio por Covid-19) y en el 2021 un total de 136 casos. No es diferente la situación con respecto a las tentativas de feminicidio de pareja, ya que oficialmente en el Perú se han registrado 198 casos en el año 2015; 258 casos en el 2016; 247 casos en el 2017, 304 casos en el 2018; 404 casos en el 2019; 330 casos en el 2020 y un total de 293 casos en el 2021 (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2022).

Por otro lado, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables también nos detalla cifras más actualizadas de femicidios en el Perú. Casos con características de feminicidio; en el 2021, 136 casos; en el 2022, 130 casos y en el 2023 hasta el 12 de marzo 37 casos. Casos de víctimas con hijos e hijas menores de 18 años; en el 2021, 76 casos; en el 2022, 76 casos y el 2023 hasta el 12 de marzo 18 casos. Casos con parejas; en el 2021, 60%; en el 2022, 56% y en el 2023 hasta el 12 de marzo 57%. Casos con exparejas; en el 2021, 15%; en el 2022, 25%; en el 2023 hasta el 12 de marzo 27%.

Pero el problema de la violencia contra la pareja no solo se evidencia a través de lesiones físicas temporales o permanentes, sino que también genera en las mujeres diversas consecuencias psicológicas que van desde estados emocionales temporales de tristeza, frustración o cólera a otros cuadros con mayor permanencia, como los trastornos depresivos, de ansiedad, alimenticios y hasta intentos de suicidio; otras consecuencias son los embarazos no deseados, los abortos provocados, las infecciones de transmisión sexual, etc. (Lara et al.,

2019). Pero la repercusión va más allá y no solo abarca a la víctima, llegando a ocasionar incalculables daños emocionales y físicos en los hijos y familiares del entorno de la víctima; incluso todo esto repercute en la sociedad, ocasionando miles de millones de dólares de gastos relacionados en las áreas de salud, financiera y social (OMS, 2021).

Es así que, por la naturaleza de estas agresiones, que en la gran mayoría de los casos no existen testigos, la investigación de estos delitos se hace más complejo y los operadores de justicia optan por auxiliarse en los peritajes psicológicos de las presuntas agraviadas. Ante esta necesidad del sistema de administración de justicia, la psicología forense debe estar a la altura de estas exigencias y responder con informes periciales basados en metodologías robustas, cuyas conclusiones cuenten con aval técnico y científico.

En el caso de las evaluaciones psicológicas forenses en mujeres víctimas de violencia familiar o integrantes del grupo familiar y en mujeres víctimas de todo tipo de delitos lo que se busca es determinar la existencia o ausencia de indicadores de afectación psicológica u otro tipo de alteración psicológica (Guía de evaluación psicológica forense, 2016). Es por ello, que las solicitudes de los actores legales en el Perú versan sobre la determinación de la existencia o ausencia de los indicadores de afectación psicológica u otro tipo de alteración psicológica y que estos sean compatibles con los hechos denunciados, entendiéndose a la afectación psicológica como las consecuencias psicológicas frente a hechos de violencia, las cuales rebasan la capacidad de adaptación y afronte de la persona y repercuten en alguna de sus áreas de funcionamiento (personal, familiar, social, laboral y/o académica) y que generan un desajuste en la persona. Estas consecuencias psicológicas pueden manifestarse a través de signos/síntomas que configuran un cuadro clínico incompleto, o un cuadro clínico completo tales como el trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastornos de ansiedad o aquellos trastornos que se encuentran dentro del CIE 11 y el DSM- V y, que estén relacionados a un evento único o dinámica de violencia (Guía de evaluación psicológica

forense, 2021).

Es así que el presente estudio tiene por objetivo principal determinar el impacto psicológico en una agraviada por el delito de tentativa de feminicidio.

De acuerdo a lo expuesto, la presente producción académica propone la siguiente estructura:

En primer lugar, se describe el fenómeno de la violencia de género, poniendo énfasis en el feminicidio y tentativa de feminicidio, partiendo de la realidad mundial hasta llegar a las cifras nacionales. Asimismo, se señalan los antecedentes de investigaciones nacionales, así como las internacionales y, se procede a fundamentar el marco teórico respectivo. Después se procede a formular los objetivos, se argumenta la justificación y se explica los impactos esperados del trabajo académico.

En segundo lugar, se aborda minuciosamente la metodología de investigación empleada para el estudio de caso único, es decir, el tipo de investigación y el procedimiento de evaluación psicológica forense en la agraviada, teniendo en cuenta el relato extraído, la historia personal y familiar, así como los instrumentos aplicados.

En tercer lugar, a la luz de los autores especializados y los modelos teóricos, se proceden a explicar los resultados arribados en el estudio de caso.

En cuarto lugar, se señalan las conclusiones a las cuales se arriban producto del estudio de caso único, conforme a la metodología de investigación y en consonancia con la literatura especializada.

Finalmente, y, en quinto lugar, se brindan las recomendaciones oportunas conforme a las competencias del psicólogo forense.

1.1. Descripción del problema

La declaración sobre la Eliminación de la violencia contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU,1993) y ratificada en la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres celebrada en Beijing en el año 1995, define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia, basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener por resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual para las mujeres, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”

La Convención Belém do Pará, en su artículo 1º, señala que debe entenderse por “violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (p.1).

Por otro lado, según, nuestro ordenamiento jurídico peruano (Ley 30364 para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar) define la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta que les cause muerte, daño, o sufrimiento físico, sexual o psicológico por su condición de tales, tanto en el ámbito público como privado.

Así también; la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 2017) señala que “la violencia por razón de género afecta a las mujeres a lo largo de todo su ciclo de vida y (...) dicha violencia adopta múltiples formas, a saber: actos u omisiones destinados a o que puedan causar o provocar la muerte, o aquel daño o sufrimiento físico, sexual, económico o psicológica que se cause a las mujeres”. En esa línea, el artículo 8º inciso h) de la Convención de Belem do Pará, establece que los Estados deben adoptar medidas para garantizar la investigación y recopilación de estadísticas y demás información pertinente sobre las causas, consecuencias y frecuencia de la violencia contra la

mujer, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra la mujer y de formular y aplicar los cambios que sean necesarios.

La Organización Mundial de la Salud (2021), a través de su análisis de la prevalencia de la violencia en 161 países y áreas entre los años 2000 y 2018, señala que un 30% de las mujeres han padecido violencia física y/o sexual.

El Perú, junto con Colombia, ocupa el segundo lugar entre los países latinoamericanos con mayor porcentaje (38,6 %) de mujeres que alguna vez en su vida han sido víctimas de violencia física por parte de su pareja; asimismo, está entre los países con las más altas tasas de feminicidios íntimos en las Américas.

Es así que; el Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) ha definido los feminicidios como la muerte violenta de mujeres por razones de género, ya sea que tenga lugar dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal; en la comunidad, por parte de cualquier persona, o que sea perpetrada o tolerada por el Estado y sus agentes, por acción u omisión.

El feminicidio consiste en el acto de matar a una mujer por su condición de tal; es decir, por razones vinculadas a su género y “cuando se identifica la imposición o el quebrantamiento de un estereotipo de género, en contextos de discriminación contra esta, independientemente de que exista o haya existido una relación sentimental, conyugal o de convivencia entre el agente y la víctima”. Además, la muerte debe producirse en un contexto de desigualdad: violencia familiar, acoso sexual, abuso de poder, discriminación, rechazo o misoginia.

El feminicidio, como una de las formas más inhumanas de violencia contra las mujeres, revela un serio problema social y de inseguridad para el país, que también impacta en otros aspectos de la vida humana, lo cual se evidencia en el aumento del número de casos y el grado de violencia ejercida contra la mujer; afectando el derecho fundamental de la mujer a una vida libre de violencia, el derecho a la vida, a la integridad física, psíquica y social, y a la seguridad

de la persona, y el derecho a la igualdad y equidad, entre otros.

El feminicidio es la más grave manifestación de la violencia contra la mujer, en un contexto de violencia familiar, coacción, hostigamiento o acoso sexual, abuso de poder, confianza o de cualquier otra posición o relación que confiere autoridad a la persona agresora, independientemente de que exista o haya existido una relación conyugal o de convivencia con esta. Cuando se frustra este tipo de homicidio se denomina tentativa de feminicidio, es decir; solo se diferencia por la efectividad que tenga el victimario, por lo que ambas pueden ser consideradas como la expresión extrema de la violencia hacia la mujer. Según el vínculo entre el agresor y la víctima, puede ser íntima, no íntima o relacional.

El feminicidio se ha incrementado más en los países en vía de desarrollo, pero más son los casos de tentativa de feminicidio, que cada vez se incrementan; los casos denunciados como violencia contra la mujer siendo uno de ellos tentativa de feminicidio, debido a la forma como se desarrollaron los hechos de violencia contra el género femenino, tanto físicas, psicológicas, sexuales y económicas que sufren muchas mujeres de parte de su cónyuge, convivientes o ex parejas.

Existen diferentes características inherentes a la víctima y al agresor que incrementan el riesgo de ocurrencia de este problema, que incluyen: crisis económicas y número de hijos en la familia, ocupación, hijos de relaciones previas, haber mantenido una relación, convivencia y el alejamiento del agresor, el embarazo y el antecedente de violencia familiar en la víctima; violencia previa por parte del homicida y denuncia de esta por la víctima, diferencia de edad y de nivel de instrucción víctima-agresor, desempleo, uso de drogas y alcohol, así como antecedentes penales del agresor, entre otros.

Frente a lo expuesto, en el marco del Día Internacional de la Mujer, el cual se conmemora cada 8 de marzo a nivel mundial. Esta fecha especial, formalizada por las Naciones Unidas en 1975 para resaltar la lucha de las mujeres por la igualdad, el reconocimiento y

ejercicio efectivo de sus derechos, el Observatorio de Criminalidad pone a disposición el Informe denominado “Cifras estadísticas de la violencia de género en el Perú”, el mismo que consta de los siguientes apartados: I) aspectos metodológicos, II) delitos denunciados y III) víctimas de feminicidio.

Es así que, durante el periodo 01 enero de 2009 - febrero 2022, el Registro de Feminicidio del Ministerio Público ha identificado 1 573 víctimas de feminicidio. Más de la mitad de ellas (57,7%) tenía entre 18 a 34 años; el 16,8%, entre 35 a 44 años y el 8,8%, entre 45 a 54 años. Cabe resaltar que se reportaron 190 víctimas menores de edad, cifra que representa el 12,1%, y 73 víctimas mayores de 54 años, que representan el 4,6%.

El 89,6% de las víctimas fue asesinada por su pareja o expareja (esposo, conviviente, ex esposo, ex conviviente, pareja sentimental (80,4%) o un familiar (padre, cuñado, padrastro, yerno, hijo y hermano) (9,2%), circunstancias que se denominan feminicidio íntimo. De otro lado, el 10,4% de las víctimas encontró la muerte a manos de un conocido (amigo, vecino o compañero de trabajo) (6,7%), un desconocido que la atacó sexualmente (2,9%) o por el cliente en el marco de un servicio sexual (0,8%), circunstancias que constituyen feminicidios no íntimos.

En el mismo periodo (01 enero de 2009 - febrero 2022), los distritos fiscales de Lima (134), Junín (103), Lima Norte (99), Arequipa (96), Lima Este (81), Puno (76), Lima Sur (75), Ayacucho (72), Cusco (69) y Huánuco (65) registraron el mayor número de feminicidios a nivel nacional, representando el 55% del total consolidado, significando que, de cada 10 feminicidios registrados en el Perú, 6 ocurren en estos distritos fiscales.

Es importante mencionar que, a partir del año 2018 se incorporó en el registro de feminicidio la variable de desaparecidas, en tal sentido durante el periodo enero de 2018 y febrero de 2022, 55 víctimas fueron reportadas como desaparecidas siendo el 12% del total de feminicidios registrados en dicho periodo.

Por otro lado, Defensoría del pueblo. Reporte (Igualdad y no violencia -N°24/enero 2022). Durante enero de 2022, la Defensoría del Pueblo sigue con su labor pedagógica y de información sobre el problema de la desaparición de mujeres por particulares en todo su ciclo de vida a través del presente reporte, que ofrece datos desde la sistematización de notas de alertas registradas en la web de la Policía Nacional del Perú (PNP) y el Portal de Personas Desaparecidas.

Es así que, durante enero de 2022, se produjeron: 18 feminicidios Lima (4), Cusco (3), Puno (3), Arequipa (2), Apurímac, Lima, Provincias, Huancavelica, La Libertad, Loreto y Tacna (1 c/u). 2 de las víctimas fueron reportadas como desaparecidas previamente.

Durante enero de 2022, según el Protocolo del Ministerio Público para la investigación de los delitos de feminicidio desde la perspectiva de género (2018), también ocurrieron: 8 muertes violentas: Lima (4), Lima provincias, Ancash, Ayacucho y Huancavelica (1 c/u) y 6 tentativas de feminicidios: Arequipa (2), Ayacucho (2), Lima (1) y Madre de Dios (1).

Por otro lado, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables nos detalla cifras más actualizadas de femicidios en el Perú. Casos con características de feminicidio; en el 2021, 136 casos; en el 2022, 130 casos y en el 2023 hasta el 12 de marzo 37 casos. Casos de víctimas con hijos e hijas menores de 18 años; en el 2021, 76 casos; en el 2022, 76 casos y en el 2023 hasta el 12 de marzo 18 casos. Casos con parejas; en el 2021, 60%; en el 2022, 56% y en el 2023 hasta el 12 de marzo 57%. Casos con exparejas; en el 2021, 15%; en el 2022, 25%; en el 2023 hasta el 12 de marzo 27%.

Las cifras expuestas sobre feminicidio y tentativa de feminicidio en el país revelan la necesidad de contar con recursos que puedan contribuir en la investigación de estos delitos; en ese sentido, los peritajes psicológicos forenses resultan indispensables para la evaluación de mujeres víctimas de violencia que como última instancia encuentran la muerte en manos de su cónyuge, por tal motivo los operados de justicia se amparan en dichos peritajes psicológicos

como uno de sus medios probatorios, solicitando la evaluación psicológica para determinar si la persona al momento de la evaluación presenta afectación psicológica clínico o forense (signos o síntomas), que sea compatible con el motivo de evaluación, indicando si la persona evaluada se encuentra frente a hechos de violencia, así mismo concluir indicando los rasgos o el tipo de la persona evaluada, entre otros. Así mismo la Guía de evaluación psicológica forense en casos de violencia contemplados en el marco de la ley n°30364 (pag. 57), señala que la evaluación de la afectación psicológica en víctimas de hechos violentos, se podrá establecer mediante conclusiones forenses, donde se consigna los indicadores o hallazgos encontrados que interfieran el bienestar emocional o calidad de vida (por ejemplo, déficit de autoestima, irritabilidad, pérdida de deseo sexual, sentimientos de culpa, descuidos en su aspecto físico o aislamiento social) o a través de conclusiones clínicas (por ejemplo: trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastorno de adaptación, trastorno tipo ansioso-depresivo o alteración de la personalidad) acorde con los manuales de clasificación internacionales, los cuales deben de guardar relación con el motivo de evaluación. Por todo lo señalado justamente el presente trabajo académico busca responder a la pregunta científica: ¿Cuáles son las alteraciones psicopatológicas, secuelas psicológicas de un trastorno de estrés agudo y el tipo de personalidad que presenta una agraviada por el delito de tentativa de feminicidio?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Colque, (2020) publicó una investigación realizada en el Callao, donde el estudio tuvo como objetivo general determinar las consecuencias psicológicas de las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja. El diseño de estudio fue no experimental, transversal de alcance descriptivo. Se trabajó con una muestra de 108 mujeres que denunciaron a sus parejas

por violencia en la provincia constitucional del Callao durante los años 2018 y 2019, cuya muestra estuvo constituida por 108 mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja. Se utilizó la Lista de Chequeo de Síntomas de Distrés SCL-90 R de Derogatis, la cual identifica síntomas psicológicos mediante nueve dimensiones y tres índices globales de distrés. Entre los resultados en cuanto al sufrimiento psicológico en las víctimas de maltrato por parte de sus parejas: esta es superior a la de los pacientes psiquiátricos ambulatorios. Por otra parte, en cuanto a las dimensiones de síntomas primarios, sobresalen: la depresión ($X=1,81$), la obsesión – compulsión ($X=1,74$), la ansiedad ($X=1,70$) y la somatización ($X=1,69$). En tanto que los índices globales totales: las mujeres víctimas de maltrato presentan en promedio 56 síntomas positivos. Y se llegó a concluir que los síntomas psicológicos que presentan las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja se encuentran por encima de la población psiquiátrica ambulatoria (52,03), la cual se respalda con la cantidad promedio de síntomas positivos encontrados (56). Las dimensiones que sobresalen en estas mujeres víctimas por parte de su pareja son: la depresión, obsesión – compulsión, ansiedad y somatización. Dentro de los síntomas depresivos que destacan, se encuentra la preocupación, la tristeza, el llanto, el decaimiento, la pérdida de energía, y los sentimientos de soledad y de culpa. En cuanto a los síntomas ansiosos resaltan: el nerviosismo, el temor y miedo, la tensión y los pensamientos negativos de que algo malo puede suceder. En cuanto a los síntomas obsesivos – compulsivo, los que predominan son los pensamientos o ideas no deseados que no se van de la mente, las dificultades para poder tomar una decisión, preocupación de que todo esté ordenado y dificultades para poder concentrarse. En cuanto a los síntomas de somatización, los síntomas que priman son sentir un nudo en la garganta, los dolores de cabeza, debilidad en alguna de las partes del cuerpo y dolores musculares. Asimismo, se halló que la mayoría de las mujeres que denuncia violencia o maltrato por parte de sus parejas o ex parejas se encuentran entre los 30 a 36 años. En cuanto a su grado de instrucción, más de la mitad de la muestra estudiada cuenta

con secundaria completa (66,4%). Con respecto al estado civil, se encontró que quienes denuncian con mayor prevalencia son las casadas y convivientes (51,8%) y ex convivientes (36,8%). En tanto al uso del SCL-90-R como un instrumento de tamizaje en mujeres que sufren violencia, demuestra ser un buen predictor, ya que su nivel de confiabilidad es muy alto (0,98). El presente estudio corrobora lo planteado por Dutton (1996, 2000), ya que no existe un perfil único de síntomas en las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas, siendo esta muy variable. Sobre las consecuencias psicológicas de las mujeres víctimas que denuncian maltrato por parte de su pareja, estas son muy superiores a las mujeres que no sufren violencia, sobresaliendo las dimensiones de depresión, obsesión – compulsión, ansiedad y somatización. Finalmente, el presente estudio plantea dos reflexiones finales: La primera es que el SCL-90-R es un buen instrumento de tamizaje para detección de alteraciones psicológicas en víctimas de violencia de pareja, sin embargo, queda mucho por seguir investigando. Y la segunda, se ha confirmado que las consecuencias psicológicas que padecen las víctimas de violencia por parte de sus parejas, se encuentran por encima de las personas que no viven violencia.

Por otro lado; Saquinaula, et al. (2020) publicaron una investigación donde se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal que planteó determinar la asociación entre la violencia de género y el trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas. La muestra estuvo constituida por 105 mujeres que fueron atendidas en la División de Medicina Legal II de la provincia del Santa (Perú). Para recolectar la información se utilizaron dos instrumentos que fueron sometidos a validez y confiabilidad. La violencia de género se midió a través de un cuestionario constituido por 20 ítems, y el trastorno por estrés postraumático, mediante un cuestionario de 16 ítems. Los resultados evidencian que el 56,2% de mujeres agredidas presentan violencia leve y el 61,9% no manifiestan síntomas de trastorno de estrés postraumático. Finalmente se encontró alta asociación significativa entre la violencia de género y los trastornos de estrés postraumático. También el estudio reportó que el 45% de mujeres

presentaron síntomas de TEPT, una proporción que correspondería a aquellas que sufrieron violencia de intensidad moderada y severa en todas sus modalidades: física, psicológica, sexual y económica. Otros estudios encontraron a su vez porcentajes similares en la incidencia de casos de TEPT con sintomatologías de evitación, reexperimentación e hiperalerta. Asimismo, Irizarry y Rivero refirieron altos índices de TEPT causado por violencia doméstica, con rangos que oscilaban entre 33% a 84% del total de las víctimas, y reportaron manifestaciones de deterioro funcional y trastornos psiquiátricos. Estos datos indicarían que las consecuencias derivadas de los TEPT trascenderían a corto o largo plazo sobre la salud física y mental de las víctimas. De la misma forma, se encontró una relación significativa entre la violencia de género y los TEPT, lo que lleva a inferir que mientras mayor sea la severidad de violencia física, psicológica o sexual, mayor será la probabilidad de presentar síntomas de TEPT. Además, investigaciones realizadas en otros contextos afirman que las víctimas de violencia doméstica a menudo desarrollan desórdenes clínicos y trastornos emocionales, de forma que las consecuencias psicológicas son más frecuentes y, dentro de ellas, los TEPT son los de mayor incidencia y los que presentan mayor relación a la violencia doméstica. Al mismo tiempo, se pudo determinar que las mujeres que desarrollan TEPT causado por violencia doméstica se encuentran de manera permanente en estado de temor, son irritables y presentan desesperación y problemas que afectan su salud física.

En Ayacucho; Perlacios y Reynaga (2022) presentaron una investigación sobre Violencia de género y bienestar psicológico en mujeres de una academia preuniversitaria, para tal efecto, se empleó una metodología de tipo básica, de diseño no experimental, transversal y de enfoque cuantitativo y de alcance correlacional. Se realizó una encuesta a 98 estudiantes mujeres de una academia preuniversitaria de 18 y 19 años de edad, se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Las herramientas empleadas fueron el cuestionario de violencia de género (CADRI) y la escala de bienestar psicológico (BIEPS-J) para jóvenes

adolescentes. En los resultados se encontró que existe relación significativa e inversa entre ambas variables ($r = -.22$; $p = .030$). Se obtuvo que entre la dimensión de violencia física y la variable bienestar psicológico existe relación negativa significativa ($r = -.32$; $p = .001$) después se observó que la segunda dimensión de violencia sexual y la variable de bienestar psicológico expresan relación negativa significativa ($r = -.23$; $p = .020$) y por último se observó que la dimensión de violencia psicológica y la variable bienestar psicológico no presentan relación significativa ($r = -.15$; $p = .140$). Se concluye, que a mayor violencia de género menor bienestar psicológico.

1.2.2. Antecedentes internacionales

La siguiente investigación de García y Jenaro (2021) en Psico, Porto Alegre, tuvo como objetivo realizar una revisión sistemática y meta-análisis sobre alteraciones en funciones cognitivas en mujeres maltratadas. Se ha contado con una muestra inicial de 643 registros obtenidos de las bases de datos: Medline, ERIC, PsycInfo, CNAIL, Proquest y Scielo. Su análisis llevó a la retención de 12 artículos sobre los que se ha centrado el estudio. Los resultados de la síntesis cualitativa indican que la atención, lenguaje, memoria, habilidades visoespaciales, función ejecutiva, velocidad motora y rendimiento educativo se encuentran alteradas en las mujeres maltratadas, con mayor evidencia de deterioro en las áreas de atención, memoria y funciones ejecutivas. Los resultados del meta-análisis sugieren presencia de daño cerebral en estas mujeres y una especial afectación de la memoria y funciones ejecutivas. Estos resultados avalan la existencia de alteraciones en funciones cognitivas en las mujeres que han sido víctimas de maltrato.

En el estudio desarrollado por Salazar y Jaramillo (2021), dicho estudio tuvo como propósito determinar la relación entre los tipos de violencia recibida y autoestima en mujeres del cantón Archidona en Ecuador. La investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva y

correlacional, con un diseño no experimental y de corte trasversal. Se trabajó con un total de 214 mujeres con un promedio de edad de (37,5 años). Se utilizó La Escala de Violencia e Índice de Severidad para evaluar los tipos de violencia y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados revelaron que 102 mujeres evaluadas han recibido violencia psicológica, 96 registran violencia física y 9 sexual. Se halló además 120 mujeres con niveles medios de autoestima. Se concluyó que no existe relación estadísticamente significativa entre los tipos de violencia y los niveles de autoestima, sin embargo, se evidencia relación entre la violencia física y niveles de autoestima bajo, aspecto que lleva a pensar que el maltrato y violencia que la mujer recibe tiene ampliación directa sobre la autoestima, es decir el concepto de sí mismas, su imagen corporal, la autonomía, la dependencia y la toma de decisiones. De igual forma se puede concluir que el maltrato psicológico está presente en la población evaluada en más del 50% del total, esto implica que las mujeres conciben el maltrato como parte de su vida diaria, si bien es cierto llegan a ser conscientes que están siendo violentadas de forma psicológica, sus acciones no se encaminan a buscar una alternativa viable frente a esta problemática, puesto que no perciben que la violencia psicológica guarda relación con su autoestima, de acuerdo con la lectura de los resultados de la presente investigación. Cerca del 95% de mujeres de la población de estudio, en los datos demográficos, refleja tener una preparación académica básica y de bachillerato, factor que se asocia con la presencia de violencia psicológica y física, se ha determinado esto mediante una tabla de contingencia entre las variables Instrucción y tipos de violencia, obteniendo que, del total mencionado de mujeres, 96 perciben violencia psicológica y 93 violencia física. Sin duda, esta situación lleva a pensar que la preparación o instrucción formal puede llegar a ser un factor protector frente a la aparición de la violencia de cualquier tipo, puesto que el no tener una actividad laboral por la ausencia de instrucción formal limita los ingresos económicos de la mujer y esto puede relacionarse con la dependencia económica y emocional que llega a ser un factor mantenedor de la violencia.

En Paraguay Bogarín *et al* (2021) presentaron una investigación sobre la relación entre Dependencia Emocional y Distorsiones Cognitivas en mujeres víctimas de violencia conyugal. Se trata de un estudio cuantitativo de alcance correlacional. Se trabajó con una muestra intencional de 42 mujeres con edades comprendidas entre 18 a 54 años víctimas de Violencia Doméstica quienes asisten a instituciones públicas que brindan asistencia jurídica y psicológica a estas personas. Se utilizó el Cuestionario de Dependencia Emocional y el Inventario de Pensamientos Automáticos. El análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS 20. Los resultados indican que existen relaciones positivas entre la mayoría de las dimensiones de dependencia emocional y los tipos de distorsiones cognitivas.

Por otro lado, en México, Méndez (2022) presentó una investigación sobre la severidad de la violencia de pareja y reacciones emocionales en mujeres. El objetivo de la investigación fue analizar la influencia de la percepción de violencia en la pareja y la presencia de reacciones emocionales en mujeres mexicanas, además, de analizar la severidad de la violencia en pareja que viven las mujeres. Participaron 236 mujeres con una media de edad de 36.36 años (DT = 8.90) y se utilizó el Cuestionario de Respuestas Emocionales a la Violencia y la Escala de Violencia. Los resultados indicaron correlaciones positivas entre la violencia y las reacciones emocionales, mientras que en el modelo de senderos de ecuaciones estructurales se observó que la violencia psicológica influye en la depresión y humor irritable; la violencia sexual, en ansiedad y ajuste psicosocial; y la violencia física, en ansiedad. Finalmente, se reporta que las mujeres con menos escolaridad, casadas y amas de casa perciben más violencia. Se encontró que la mayoría de las mujeres no sufren violencia severa, sin embargo, quienes sí la perciben reportan en primer lugar la violencia psicológica, seguida de la física y la sexual. La respuesta emocional de las víctimas se observa al presentar diversos problemas de salud mental. Soler y colaboradoras (2005) indicaron que puede medirse mediante cuatro componentes: el primero es la depresión, que está asociada con valoraciones negativas sobre la autoestima, sentimientos

de culpabilidad y desesperanza. Aparece en diversos estudios como consecuencia de la violencia en la pareja (Llosa Martínez y Canetti Wasser, 2019; Lara Caba et al., 2019). El segundo es la ansiedad, relacionada con respuestas fisiológicas como sensaciones de ahogo y sofoco, sudoración, presión en el pecho y nudo en la garganta; los niveles de estos indicadores son elevados en las mujeres con relaciones de pareja violentas (Lara Caba et al., 2019; Raymondi, 2019). El tercer componente es el ajuste psicosocial, que se refiere a respuestas de ajuste a actividades sociales, lúdicas y de la vida diaria. El aislamiento, los sentimientos de soledad y la restricción de actividades son consecuencias comunes de la violencia (Muñiz-Rivas y Monreal Gimeno, 2017; Cuesta Roldán, 2017). El cuarto componente está asociado con sentimientos y respuestas de humor irritable (Curdís Torres et al., 2020). El presente estudio permite concluir que existe una incidencia alta de violencia en las mujeres con parejas heterosexuales, siendo la psicológica y la física las más frecuentes; asimismo, la presencia de la violencia, en su modalidad psicológica, sexual y física, tiene un impacto negativo en la salud mental de las mujeres, provocando depresión, ansiedad, humor irritable y haciendo ajuste psicosocial. Así mismo, la escolaridad, el estado civil y la ocupación fueron características sociodemográficas que se identificaron en percepción de la severidad de la violencia. Los hallazgos indican la importancia de la atención a la salud mental desde un enfoque de género, y se consideren características demográficas, así como las dinámicas negativas que pueden existir en las relaciones de pareja; además, se debe considerar la creación de estrategias de prevención temprana dirigidos hacia hombres y mujeres donde el objetivo sea la erradicación de cualquier tipo de violencia.

1.2.3. Fundamentación Teórica / Marco Teórico

Género y Violencia

a. Género:

Género es la construcción social de las relaciones entre mujeres y varones, aprendidas a través del proceso de socialización, cambiantes con el tiempo, varían entre una cultura a otra y aun dentro de una misma cultura. El término fue utilizado en los años setenta para describir las características de mujeres y varones que son construidas socialmente, en contraste con las que son determinadas biológicamente. Para el Ministerio de Salud, género es una construcción social y cultural basada en las diferencias sexuales, que organiza las relaciones sociales y define el comportamiento, las funciones, oportunidades y valoración de mujeres y varones de un grupo humano histórica y geográficamente determinado. En gran parte de las sociedades se traduce en relaciones jerárquicas y de poder entre hombres y mujeres, donde estas últimas generalmente se encuentran en desventaja; el género presenta las siguientes características:

(1) Relacional. Se establece en relaciones construidas en la esfera doméstica, social y laboral entre hombres y mujeres, y del mismo género; asimismo, las relaciones entre los géneros o intragénero cobran significados diferentes cuando otros componentes influyen en las relaciones como el componente étnico racial, generacional, económico y cultural.

(2) Jerárquico. Está sujeto a relaciones verticales, desiguales e inequitativas establecidas entre género.

(3) Cambiante. Es la modificación a lo largo del tiempo, en la asignación de roles y dinámica en las relaciones interpersonales y organizacionales.

(4) Contextualmente específico. Es el valor y el rol atribuido a mujeres y hombres, así como el tipo de relaciones que se establecen entre ellos, diferentes entre una cultura y otra.

(5) Institucionalmente estructurado. Estas relaciones se estructuran en el espacio individual, familiar o laboral.

b. Violencia:

Es todo acto mediante el cual se discrimina, ignora, somete y subordina a la persona en los diferentes aspectos de su existencia los cuales afecta la libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral, física y psicológica en el hogar, en el trabajo, en instituciones educativas, establecimientos de salud, entre otros. Se considera también la violencia ejercida por razones de etnia y sexualidad, la tortura, la trata de personas, la prostitución forzada, el secuestro, ataques tanto físicos como psicológicos.

c. Modelos teóricos

1. **Modelo instintivista.** La violencia es un producto directo del instinto o de factores biológicos y por tanto forma parte inevitable de la naturaleza humana. La violencia ocurre porque los seres humanos están genética o constitucionalmente programados para tales acciones y es imposible erradicarla. Según una aproximación etológica, los seres humanos poseen un impulso agresivo innato que debe ser periódicamente descargado o liberado por medio de estímulos específicos sin ningún tipo de aprendizaje previo. Este modelo propone que la energía agresiva se genera espontáneamente en el organismo de un modo constante, acumulándose regularmente con el tiempo.
2. **Modelo de frustración-agresión.** Las causas de la violencia son adquiridas a través de las experiencias para estos autores el comportamiento violento es inevitable en cuanto sucede como consecuencia directa de una frustración previa y a la inversa; la existencia de frustración siempre conduce a alguna forma de violencia.
3. **Modelo del aprendizaje social.** Considera la violencia como un comportamiento social específico, que se adquiere y mantiene de la misma manera que otras formas de comportamiento social y que se desarrolla a través de procesos de aprendizaje. Las personas no nacen con repertorios prefabricados de conducta violenta, sino que pueden

adquirirlos, ya sea por observación de modelos o por experiencia directa. El comportamiento violento se adquiere por reforzamiento vicario; es decir, el sujeto agresivo se da cuenta que las personas agresivas reciben algunas formas de reforzamiento positivo de su medio social por lo cual se genera en él ciertas expectativas de recibir también alguna fuente de reforzamiento material o social.

4. Modelo ecológico. Sostiene que la perspectiva ecológica surge como un intento por integrar tres niveles de análisis teórico: el nivel individual, el nivel sociopsicológico y el nivel sociocultural. Se trata de una aproximación al estudio del desarrollo humano cuyo eje central es el análisis del proceso mediante el cual el organismo humano en crecimiento, realiza una acomodación progresiva a su medio ambiente inmediato. Desde esta aproximación el ambiente ecológico está formado por una serie de estructuras concéntricas. Se describen varios sistemas, en los cuales las unidades más pequeñas están relacionadas, influyendo unos sistemas sobre otros. Se generan los siguientes niveles:

- a) **Microsistema.** Ocurre en un medio ambiente inmediato o determinado, por ejemplo, en el hogar o en la escuela. Este nivel es trascendental en la vida de los seres humanos puesto que desde el ambiente familiar se adquieren los primeros esquemas y modelos de conducta que guiarán futuras relaciones sociales y expectativas sobre uno mismo y los demás.
- b) **Mesosistema.** Es el conjunto de interrelaciones de dos o más entornos en los que realmente participa la persona como las experiencias de casa o la relación entre familia y escuela, trabajo y vida social, entre otros. La psicología ecológica hace especial hincapié en la relación madre-hijo, padre-hijo y la influencia que reciben del exterior.

- c) *Exosistema*. Está conformado por los entornos donde el sujeto no participa directamente pero que influyen en aquellos en los que éste se desenvuelve, como los grupos de pares e iguales, o el lugar de trabajo de sus padres. Un ejemplo de éstos son los medios de comunicación.
 - d) *Macrosistema*. Se constituye con los amplios valores culturales y sistemas de creencias, comprende el esquema del ambiente ecológico y también las repercusiones en la alteración del orden social. En nuestra sociedad existe una serie de actitudes y creencias relacionadas con las conductas agresivas y con los distintos roles y relaciones sociales que ejercen una marcada influencia en los comportamientos violentos.
5. *Modelo sociocognitivo*: Establece que los factores cognitivos ayudan a explicar la adquisición, mantenimiento, cambios en el desarrollo y control o prevención de la violencia. Esta aproximación se ha centrado en la relación que existe entre estos factores y la violencia. Para ello, se explica que los factores cognitivos son: a) adquiridos a través del aprendizaje y el desarrollo, b) contribuyen a la percepción e interpretación de experiencias sociales que conducen a la violencia, c) intervienen o median una respuesta individual violenta como respuesta a determinadas experiencias sociales, d) explican secuencias individuales y consistencias en los modelos de violencia y victimización y e) tienen posibilidad de cambio para prevenir o reducir la violencia.

Violencia de género:

La violencia de género se refiere a los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género. Tiene su origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y la existencia de normas dañinas. El término se utiliza principalmente para subrayar

el hecho de que las diferencias estructurales de poder basadas en el género colocan a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia. Si bien las mujeres y niñas sufren violencia de género de manera desproporcionada, los hombres y los niños también pueden ser blanco de ella. En ocasiones se emplea este término para describir la violencia dirigida contra las poblaciones LGBTQI+, al referirse a la violencia relacionada con las normas de masculinidad/feminidad o a las normas de género.

Violencia familiar.

La violencia familiar o violencia doméstica o violencia intrafamiliar es una de las manifestaciones de violencia de género, además refiere que esta se desarrolla en el espacio doméstico (concepto que no alude exclusivamente al espacio físico de la casa o el hogar). Entonces este tipo de violencia no se limita a las cuatro paredes del hogar, sino que también puede suscitarse en el centro laboral o centro de estudios, en locales o en la vía pública. Asimismo se puede diferenciar violencia de género con violencia familiar, en la primera el abuso se da en agravio de hombres o mujeres, en cualquier ámbito y por parte de cualquier persona, no necesariamente un familiar; en la segunda los maltratos se pueden causar a cualquiera de los integrantes del círculo familiar aquí se tiene como potencial víctima a cualquier integrante del entorno familiar, independientemente de su sexo o edad, para el caso de Perú, las personas comprendidas en la Ley 26260; sin embargo debe precisarse que las personas más vulnerables son las mujeres, los niños y las niñas. La Organización Mundial de la Salud define a la violencia familiar como: Toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física y psicológica o la libertad o el derecho de pleno desarrollo de otro miembro de la familia.

Violencia contra las mujeres

La ley 30364 define a la violencia contra las mujeres como cualquier acción o conducta que les causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico por su condición de tales, tanto en el ámbito público como en el privado. Se entiende por violencia contra las mujeres:

- A) La que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer. comprende, entre otros, violación, maltrato físico o psicológico y abuso sexual.
- B) La que tenga lugar en la comunidad, sea perpetrada por cualquier persona y comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar.
- C) La que sea perpetrada o tolerada por los agentes del estado, donde quiera que ocurra.

Ciclo de la violencia

El ciclo de la violencia de género fue formulado por la antropóloga Leonor Walker en su libro “Las mujeres maltratadas”. Según su teoría, este ciclo comprende tres fases:

- ***Fase 1ª. Acumulación de tensión:*** La tensión es el aumento de los conflictos en la pareja. El agresor se vuelve más susceptible, responde con más agresividad y hostilidad (aunque no lo demuestra con violencia física) y encuentra motivos de conflictos en cada situación. La víctima trata de calmar la situación y evita hacer aquello que cree que disgusta a su pareja (pensando que podrá evitar la futura agresión). La tensión va aumentando y la irritabilidad del agresor también sin motivo comprensible para la víctima. Esta fase se puede dilatar durante varios años.

- **Fase 2ª. Estallido de la tensión o explosión violenta:** Es el resultado de la tensión acumulada en la 1ª Fase. Se pierde toda forma de comunicación y entendimiento, y la violencia, finalmente, explota dando lugar a la agresión. Aparecen las agresiones verbales, psicológicas, físicas, etc. Es, en esta fase, cuando se suelen denunciar las agresiones o cuando se solicita ayuda (al producirse en la víctima lo que se conoce como “crisis emergente”).
- **Fase 3ª. “Luna de miel” o arrepentimiento:** La tensión y la violencia desaparecen; el agresor se muestra arrepentido por lo que ha hecho, pide disculpas a la víctima y la colma de promesas de cambio. Se le denomina “Luna de miel” porque el agresor vuelve a ser cariñoso y amable como al principio de la relación. A menudo, la víctima le concede otra oportunidad creyendo firmemente en sus promesas. Esta fase dificulta que la víctima ponga fin a esa relación porque, incluso sabiendo que las agresiones pueden repetirse, en este momento ve la “mejor cara” de su agresor y alimenta la esperanza de que podrá hacerle cambiar.

El modelo de la escalada de la violencia

Descripción del modelo:

Se presenta el modelo de la escalada de la violencia como un modelo descriptivo a considerar en el estudio y atención profesional de casos y realidades asociadas a las violencias conyugales. Plantea que, de no detenerse la violencia hacia la mujer, progresara en frecuencia e intensidad. Ya que el inicio de la violencia se da en forma leve y es latente hasta convertirse en forma grave si esta se da en forma frecuente y continua y se mantiene en el tiempo. Esta violencia se hace evidente en las relaciones de pareja bajo los mecanismos de poder y control, no siendo antes evidente el potencial violento del agresor, revelándose éste en el periodo de la convivencia, matrimonio, o nacimiento de los hijos, por cuanto, son estos los momentos en que

el agresor siente que sus vínculos le confieren derechos sobre ella; en este sentido se entiende que no todos los casos que inician en escalada terminan con un hecho vulnerante de la vida. Se aprecia que en la situación de violencia conyugal se tiende a involucrar y dirigir las agresiones hacia los menores en el hogar, así como familiares de la persona agredida, personas que resultan involucradas bien sea porque asumen un rol de defensa de la madre, o familiar afectada o como medio para proferir sufrimiento a un tercero en este caso a la madre, tras la agresión a una persona significativa. La situación de violencia, atraviesa las vidas de las personas involucradas de tal manera, que incluso a partir de la vivencia de dichas situaciones se pueden ir configurando afecciones de índole emocional al punto de desencadenar en crisis nerviosas u otros problemas emocionales y mentales.

Ventajas del modelo:

- Este modelo de escalada puede emplearse en la atención a los casos de violencia, a fin de que los Servidores o funcionarios que tienen a su cargo las denuncias y el tratamiento a las víctimas sean conscientes del peligro de llegar a estos extremos.
- En muchas ocasiones estos pueden evitarse, si somos conscientes de los síntomas que nos señalan que estamos en presencia de una escalada que puede desencadenar en un evento fatal.

Desventajas del modelo:

- A medida que se avanza en el espiral de violencia, más factible se hace que la violencia conduzca a la situación irreversible como el homicidio.

Tipos de violencia

Según la ley 30364, los tipos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar son:

a) *Violencia física:* Es la acción o conducta, que causa daño a la integridad corporal o a la salud. se incluye el maltrato por negligencia, descuido o por privación de las necesidades básicas, que hayan ocasionado daño físico o que puedan llegar a ocasionarlo, sin importar el tiempo que se requiera para su recuperación.

b) *Violencia psicológica:* Es la acción o conducta, tendiente a controlar o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla o avergonzarla y que puede ocasionar daños psíquicos. Daño psíquico es la afectación o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo.

c) *Violencia sexual:* Son acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno. asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico y que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación.

d) *Violencia económica o patrimonial:* Es la acción u omisión que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de cualquier persona, a través de:

1. La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
2. La pérdida, sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
3. La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; así como la evasión del cumplimiento de sus obligaciones alimentarias;

4. La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

La OMS, establece 3 tipos de violencia generales, según las características de los que cometen el acto violento:

1. **La violencia auto infligida:** Incluye el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero está integrado por pensamientos suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado. Por su parte, las autolesiones pueden incluir actos como la automutilación.
2. **La violencia interpersonal:** Está dividida en dos subcategorías:
 - **Violencia familiar o de pareja:** En el estudio de la OMS define como violencia familiar a: "toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física y psicológica o la libertad y el derecho pleno desarrollo de otro miembro de la familia".
 - **Violencia física:** Indica acciones que producen daño a la integridad física de una persona y que se manifiesta mediante la acción del agresor contra el cuerpo de la víctima, como golpes, patadas, puñetes, empujones, entre otros; así como, la utilización de objetos contundentes, corto-punzante o ciertas sustancias.
 - **Violencia psicológica:** Es toda acción u omisión que cause daño emocional en las personas, se manifiesta mediante ofensas verbales, amenazas, gestos despreciativos, indiferencia, silencios, descalificaciones y ridiculizaciones. Suele ser la más difícil de reconocer e identificar, pero es la que más consecuencia puede ocasionar
 - **Violencia sexual:** Es toda acción que implica amenazas o intimidaciones que afectan la integridad y la libertad sexual. Su expresión más grave es la violación sexual, pero los acercamientos íntimos no deseados son también formas de violencia sexual.

- ***Violencia económica:*** Son todas aquellas acciones u omisiones por parte del agresor que afectan la sobrevivencia de la mujer y sus hijas e hijos, o el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal. Incluye la negación a cubrir cuotas alimenticias para los hijos o gastos básicos para la sobrevivencia del núcleo familiar.
- ***Violencia comunitaria:*** Alude a la violencia que se produce entre personas que no tienen un vínculo familiar y que pueden conocerse o no, y esto sucede generalmente fuera del hogar. Incluye la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, el ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como centros educativos, lugares de trabajo, centros de reclusión, entre otros.
- ***La violencia colectiva:*** Representa los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado. La violencia colectiva infligida para promover intereses sociales sectoriales puede incluir, por ejemplo, los actos delictivos de odio o discriminación cometidos por grupos organizados, los atentados terroristas y la violencia de masas. La violencia política incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes. La violencia económica comprende los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico, tales como los realizados con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación.

Secuelas de la violencia intrafamiliar a corto, mediano y largo plazo:

- ***Secuelas a corto plazo:*** Las personas que son sometidas a algún tipo de violencia física, psicológica o sexual van a presentar secuelas de dicha agresión, entre las secuelas a corto plazo que podrían presentar tenemos: irritabilidad de la víctima, la persona se va

a aislar del resto de personas, va a presentar golpes, moretones, mordeduras a simple vista, tienen disminución de energía.

- ***Secuelas a mediano y largo plazo:*** Las personas que son involucradas en hechos crónicos de violencia en el hogar muestran una disminución gradual de las defensas físicas y psicológicas, lo cual significa un aumento de los problemas de salud (enfermedades psicosomáticas, depresión, ansiedad etc.). También se registra una elevada disminución en el rendimiento laboral (ausentismo, dificultad en la concentración, etc.) Los niños y adolescentes, que padecen o son testigos de violencia intrafamiliar, a menudo presentan trastornos de conducta escolar y dificultades del aprendizaje.

Consideraciones para establecer una dinámica de violencia de pareja (Mendoza, 2019):

- Móvil de anulación o destrucción de la voluntad de la víctima por estereotipos de género y/o generacional.
- Relación asimétrica de poder y control sobre la víctima.
- Implica el uso intencional de la fuerza física, intimidación, amenaza, humillación, uso de un arma u acciones de omisión intencional para dañar o lesionar a la víctima.
- Puede tratarse de un hecho violento único o recurrente.
- La violencia puede ser progresiva o no.
- Situación de riesgo y vulnerabilidad de la víctima.

Feminicidio y Tentativa de feminicidio

Feminicidio:

Definición: Se define como las muertes intencionales y violentas de mujeres por razones de género. Muchas veces el feminicidio es el último eslabón de las distintas formas de violencia

de género contra las mujeres. Sin duda, el feminicidio constituye una gravísima violación a los derechos humanos y es una de las formas más extremas de violencia. La muerte violenta de mujeres por razones de género, tipificada actualmente en nuestra legislación como feminicidio, constituye la forma más extrema de violencia contra las mujeres. Es un fenómeno extendido a nivel regional y global, su prevalencia va en aumento en todo el mundo y está cobrando proporciones alarmantes. Los feminicidios se relacionan a menudo con el continuo de violencia ejercida en el marco de una relación de pareja o expareja. No obstante, sus manifestaciones son múltiples, muchas de ellas todavía invisibilizadas como en la delincuencia organizada para la trata de personas. La violencia contra la mujer se produce en el ámbito privado como en el público, y puede ser perpetrada por particulares, así como toleradas por agentes del Estado.

Tentativa de feminicidio:

Definición: Se define como la expresión extrema de la violencia donde las mujeres se salvaron de morir en un contexto de violencia familiar, coacción, hostigamiento o acoso sexual; abuso de poder, confianza o de cualquiera otra posición o relación, que le confiere autoridad a la persona agresora y cualquier forma de discriminación contra la mujer, independientemente de que exista o haya existido una relación conyugal o de convivencia con la persona agresora y por la condición de ser mujer.

Tipología del feminicidio:

El Observatorio de la Criminalidad del Ministerio Público - Fiscalía de la Nación de Perú y el Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos para identificar los tipos de “femicidio”, los representantes de ambas instituciones coinciden que son tres los tipos de feminicidio/femicidio:

1. ***Feminicidio/femicidio íntimo.*** Son aquellos asesinatos cometidos por hombres con quienes la víctima tenía o tuvo una relación íntima familiar, de convivencia, o afines a éstas.
2. ***Feminicidio/femicidio no íntimo.*** Son los asesinatos cometidos por hombres con quienes la víctima no tenía relaciones íntimas, familiares, de convivencia, frecuentemente, o afines a éstas. El femicidio no íntimo involucra el ataque sexual de la víctima.
3. ***Feminicidio/femicidio por conexión.*** Con esta categoría se hace referencia a las mujeres que fueron asesinadas en la línea de fuego de un hombre tratando de matar a una mujer. Es el caso de mujeres parientes, niñas u otras mujeres que trataron de intervenir o que simplemente fueron atrapadas en la acción del femicida. Carcedo y Sagot (2000) consideran otras categorías como: (1) Relaciones íntimas. Pareja, o que fue su pareja; novio o que fue su novio o cualquier relación interpersonal. (2) No íntimo. Sin relación afectiva con la víctima o terceros, puede existir agresión sexual. (3) Relaciones de confianza. La muerte que se perpetra por amigos, familiares, trabajadores de la salud o compañeros de trabajo quienes valiéndose de la relación de confianza dan muerte a una mujer. (4) Conexión. Mujeres parientes o niñas que mueren tratando de intervenir o que fueron atrapadas en la acción del femicida.

Clases de femicidios:

La Relatora Especial de las Naciones Unidas, recogiendo la experiencia internacional, clasifica las muertes violentas de mujeres por razones de género en dos categorías: (I) las activas o directas y (II) las pasivas o indirectas.

Los feminicidios activos o directos incluyen:

- Las muertes de mujeres y niñas como resultado de violencia doméstica, ejercida por la pareja, en el marco de una relación de intimidad o de convivencia;

- El asesinato misógino de las mujeres;
- Las muertes de mujeres y niñas cometidas en nombre del “honor”;
- Las muertes de mujeres y niñas relacionadas con situaciones de conflicto armado (como estrategia de guerra, opresión o conflicto étnico);
- Las muertes de mujeres y niñas relacionadas con el pago de una dote;
- Las muertes de mujeres relacionadas con la identidad de género y con la orientación sexual (feminicidios lesbofóbicos);
- El infanticidio femenino y la selección de sexo basada en el género (feticidio); y
- Las muertes de mujeres y niñas relacionadas con el origen étnico y la identidad indígena.

Los feminicidios pasivos o indirectos incluyen:

- Las muertes debidas a abortos inseguros y clandestinos;
- La mortalidad materna;
- Las muertes por prácticas dañinas (por ejemplo, las ocasionadas por la mutilación genital femenina).
- Las muertes vinculadas al tráfico de seres humanos, al tráfico de drogas, a la proliferación de armas pequeñas, al crimen organizado y a las actividades de las pandillas y bandas criminales;
- La muerte de las niñas o de las mujeres por negligencia, por privación de alimento o maltrato.
- Los actos u omisiones deliberadas por parte de funcionarios públicos o agentes del Estado.
- Esta lista no es exhaustiva, por cuanto otras formas de muertes violentas de mujeres también pueden tener motivaciones de género.

Modalidades delictivas del feminicidio

Conforme al Modelo de Protocolo Latinoamericano de Investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género, las modalidades de feminicidio son las siguientes:

- ***El feminicidio íntimo.*** Se presenta en aquellos casos en los que la víctima tenía (o había tenido) una relación de pareja con el homicida, que no se limita a las relaciones en las que existía un vínculo matrimonial, sino que se extiende a los convivientes, novios, enamorados y parejas sentimentales. También se incluyen los casos de muerte de mujeres a manos de un miembro de la familia, como el padre, el padrastro, el hermano o el primo.
- ***El feminicidio no íntimo.*** Ocurre cuando el homicida no tenía una relación de pareja o familiar con la víctima. En esta categoría se incluye la muerte perpetrada por un cliente (tratándose de las trabajadoras sexuales), por amigos o vecinos, por desconocidos cuando se ataca sexualmente a la víctima antes de matarla, así como la muerte de mujeres ocurrida en el contexto de la trata de personas.
- ***El feminicidio infantil.*** Es la muerte de una niña menor de 14 años de edad cometido por un hombre en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder que le otorga su situación adulta sobre la minoría de edad de la niña.
- ***El feminicidio familiar:*** Es la muerte de una mujer en el contexto de una relación de parentesco entre la víctima y el victimario. El parentesco puede ser por consanguinidad, afinidad o adopción. Las activas o directas y las pasivas o indirectas.
- ***El feminicidio por conexión:*** Hace referencia al caso de la muerte de una mujer “en la línea de fuego” por parte de un hombre en el mismo lugar en el que mata o intenta matar a otra mujer. Puede tratarse de una amiga, una pariente de la víctima, madre, hija, o de una mujer extraña que se encontraba en el mismo escenario donde el victimario atacó a la víctima.

- ***El feminicidio sexual sistémico:*** Es la muerte de mujeres que son previamente secuestradas, torturadas y/o violadas. Puede tener dos modalidades:
 - ***Sexual sistémico desorganizado:*** La muerte de las mujeres está acompañada por el secuestro, la tortura y/o la violación. Se presume que los sujetos activos matan a la víctima en un período determinado de tiempo.
 - ***Sexual sistémico organizado:*** Se presume que en estos casos los sujetos activos pueden actuar como una red organizada de feminicidas sexuales, con un método consciente y planificado en un largo e indeterminado período de tiempo.
- ***El feminicidio por prostitución o por ocupaciones estigmatizadas:*** Es la muerte de una mujer que ejerce la prostitución y/u otra ocupación (como strippers, camareras, masajistas o bailarinas en locales nocturnos) cometida por uno o varios hombres. Incluye los casos en los que el victimario (o los victimarios) asesina a la mujer motivado por el odio y la misoginia que despierta en estos la condición de prostituta de la víctima. Esta modalidad evidencia la carga de estigmatización social y justificación del accionar delictivo por parte de los sujetos: “se lo merecía”; “ella se lo buscó por lo que hacía”; “era una mala mujer”; “su vida no valía nada”.
- ***El feminicidio por trata:*** Es la muerte de mujeres producida en una situación de trata de personas: Por “trata” se entiende la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, ya sean raptos, fraude, engaño, abuso de poder o la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de la o las personas con fines de explotación. Esta explotación incluye, como mínimo, la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.
- ***El feminicidio por tráfico:*** Es la muerte de mujeres producida en una situación de

tráfico de migrantes. Por “tráfico” se entiende la facilitación de la entrada ilegal de una persona en un Estado del cual dicha persona no sea nacional o residente permanente, con el fin de obtener, directa o indirectamente, un beneficio financiero u otro beneficio de orden material.

- ***Transfóbico.*** Es la muerte de una mujer transgénero o transexual y en la que el victimario (o los victimarios) la mata por su condición o identidad de género transexual, por odio o rechazo de la misma.
- ***Lesbofóbico.*** Es la muerte de una mujer lesbiana en la que el victimario (o los victimarios) la mata por su orientación sexual, por el odio o rechazo de la misma.
- ***Racista.*** Es la muerte de una mujer por odio o rechazo hacia su origen étnico, racial, o sus rasgos fenotípicos.
- ***Por mutilación genital femenina.*** Es la muerte de una niña o mujer a consecuencia de la práctica de una mutilación genital.
- En el Perú con la incorporación del Artículo 108°-B del Código Penal a través del Artículo 2° de la Ley N° 3006812, se tipificó el Delito de Femicidio como una modalidad del delito de homicidio calificado. Doctrinalmente se han acogido únicamente las clases de íntimo y no íntimo con sus especiales características.

Tipificación del delito de femicidio en el código penal peruano

El delito de femicidio está tipificado en el Código Penal Peruano en el Artículo 108°-B habiendo sido modificado a la fecha por el Artículo 1° de la Ley N° 30819, estableciendo que “el que mata a una mujer por su condición de tal, tendrá una pena no menor a 20 años, cuando se produce en un contexto de violencia familiar; coacción; hostigamiento o acoso sexual; abuso de poder, confianza o de cualquier otra posición o relación que le confiera autoridad al agente; y, cualquier forma de discriminación contra la mujer, independientemente

de que exista o haya existido una relación conyugal o de convivencia con el agente”. Asimismo, conforme a la redacción actual del citado artículo, permite que la tipificación regule otros tipos de violencia extrema en donde no existió una relación determinada con el agente, sino otras razones de género y discriminación contra la mujer, sin que necesariamente haya de por medio una relación conyugal o convivencial con el agresor; prescribiendo que “la pena privativa de libertad será no menor de 30 años, cuando concurran como circunstancias agravantes si la víctima se encontraba en estado de gestación, se encontraba bajo cuidado o responsabilidad del agente; si fue sometida previamente a violación sexual o actos de mutilación; si tiene cualquier tipo de discapacidad; si fue sometida para fines de trata de personas o cualquier tipo de explotación humana; si hubiera concurrido cualquiera de las circunstancias agravantes establecidas en el Artículo 108; si en el momento de cometerse el delito, estuviera presente cualquier niña, niño o adolescente; y, Si el agente actúa en estado de ebriedad, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.25 gramos-litro, o bajo efecto de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o sintéticas”. Precisándose que la pena será de cadena perpetua cuando concurran dos o más circunstancias agravantes.

Adicionalmente precisa que en todas las circunstancias previstas en el citado artículo, se impondrá la pena de inhabilitación conforme a los numerales 5 (Incapacidad para el ejercicio de la patria potestad, tutela o curatela) y 11 (Prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima, sus familiares u otras personas que determine el juez) del Artículo 36° del Código Penal; así como la suspensión¹⁷ o pérdida¹⁸ de la patria potestad conforme a los Artículos 75° y 77° del Código de los Niños y Adolescentes, según corresponda.

Trastornos vinculados al delito de feminicidio:

Trastorno de estrés agudo:

Son aquellas respuestas psicológicas que aparecen inmediatamente después del hecho o

situación perturbadora o violenta y que no pasan de los seis meses de ocurrido el hecho.

El trastorno por estrés agudo es un cuadro de carácter agudo que aparece como consecuencia de la exposición a un evento traumático. Las manifestaciones clínicas aparecen dentro del plazo de una hora posterior al psico-trauma. Existen criterios estandarizados que aparecen recogidos en el manual estadístico de enfermedades mentales¹ y permiten un diagnóstico adecuado de esta entidad. En el trastorno de estrés agudo un elemento central es el trauma psíquico, es decir, el impacto emocional de un determinado suceso capaz de provocar una serie de manifestaciones físicas y psicológicas. El acontecimiento traumático ha sido definido por la Asociación Psiquiátrica Americana como aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias habituales de la vida (como puede ser un duelo simple, una enfermedad crónica, una pérdida económica o un conflicto sentimental), que afectará prácticamente a todas las personas y que provocará un intenso miedo, terror y desesperanza, con una seria amenaza para la vida o la integridad física personal o de un tercero. Se trata de un suceso de características particulares, identificable (situaciones de combate, explosiones, catástrofes, accidentes, maltrato, abuso o cualquier otra situación de violencia física o psíquica), que se produce en forma sorpresiva, inexplicable y brutal, provocando súbitamente una amenaza para la integridad, para sí o para terceros, que se encuentra fuera de las experiencias cotidianas del sujeto y sobre la cual no se puede ejercer ningún control.

A. Trastorno de estrés agudo según el DSM-5

El diagnóstico se basa en los criterios recomendados por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición (DSM-5, 2013); estos criterios incluyen síntomas intrusivos, estado de ánimo negativo, y síntomas de disociación, evitación y alerta.

Los criterios diagnósticos:

Para cumplir con los criterios diagnósticos, los pacientes deben haber estado expuestos directa

o indirectamente a un evento traumático, y deben estar presentes ≥ 9 de los siguientes síntomas durante un período entre 3 días y 1 mes:

- Recuerdos angustiantes, recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento
- Sueños angustiantes recurrentes sobre el evento.
- Reacciones disociativas (p. ej., flashbacks) en las que los pacientes sienten como si el evento traumático se estuviese repitiendo.
- Intensa angustia psicológica o fisiológica cuando recuerda el episodio (p. ej., por ingresar a un sitio similar, por sonidos similares a los que escuchó durante el evento).
- Incapacidad persistente de sentir emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción, sentimientos amorosos).
- Un sentido de la realidad distorsionado (p. ej., sentirse confundido, el tiempo enlentecido, percepciones distorsionadas).
- Incapacidad de recordar una parte importante del evento traumático,
- Esfuerzos para evitar recuerdos angustiantes, pensamientos o sentimientos asociados con el evento.
- Esfuerzos para evitar factores externos que rememoran el suceso (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones).
- Trastorno del sueño.
- Irritabilidad o crisis de enojo.
- Hipervigilancia.
- Dificultades para concentrarse.
- Respuesta de sobresalto exagerada

Además, las manifestaciones deben provocar malestar intenso o deteriorar significativamente el funcionamiento social u ocupacional, y no deben atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otro trastorno médico (DSM-5, 2013).

B. Trastorno de estrés agudo según CIE-10

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.).

Criterios Diagnósticos:

- En un período inicial: estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación.
- Alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo), agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida).
- Signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor).
- Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.
- Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato.

Además, los síntomas:

- ✓ Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.
- ✓ Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación

estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Incluye: *Crisis aguda de nervios, reacción aguda de crisis, fatiga de combate y “shock psíquico”* (CIE-10, 1992).

Trastorno de estrés postraumático

Se define por la aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física o es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas. Se caracteriza por una tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta en respuesta a un acontecimiento traumático, el que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad. Este diagnóstico constituye un problema de salud pública por su alta prevalencia, por afectar de preferencia a población activa, por presentarse tanto en población general como en combatientes, por la incapacidad que genera y por los altos costos de salud que implica.

La CIE 10 por su parte lo define como un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría el mismo malestar generalizado en casi todo el mundo.

A. Trastorno de estrés postraumático según el DSM-5

Criterios del DSM-5 para el trastorno por estrés postraumático (APA, 2013).

Definición del trastorno por estrés postraumático como:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o

más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se

parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitar o esforzarse para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad,

satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia

(Por ejemplo, medicamento, alcohol, etc.) o a otra afección médica.

Especificar si:

- **Con síntomas disociativos:** Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:
 1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

- 2. Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

- Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos) (DSM-5,2013).

B. Trastorno de estrés postraumático según CIE-10

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los

que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño,
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses (CIE-10, 1992).

Personalidad y tipos de personalidad

Millón (2006) define la personalidad como un patrón complejo de características que configura la constelación completa de la persona. Recalca que la personalidad suele confundirse con términos como temperamento y carácter, siendo el carácter aquellas características adquiridas o aprendidas durante nuestro desarrollo y crecimiento con un cierto grado de conformidad con las normas sociales; por otro lado, el temperamento es aquella disposición biológica básica hacia ciertos comportamientos, es decir de influencia de la

naturaleza. Luego está el término trastorno de personalidad, y que para diagnosticar dichos trastornos se tiene que hacer uso de criterios diagnósticos, establecidos en los manuales como los DSM o el CIE – 10, por lo que se usa el enfoque categórico de la personalidad para su clasificación. Millón considera que para poder hablar de un trastorno de personalidad se requiere definir o explicar que es rasgo de personalidad, siendo este un patrón estable de comportamiento que permanece a lo largo del tiempo y en diversas situaciones; entonces cuando muchos de estos rasgos de personalidad aparecen en forma conjunta, constituye lo que se denomina un trastorno de personalidad. Millón también enfatiza la importancia de la distinción de las cualidades de los trastornos mentales de la de la cualidad de los trastornos de personalidad, siendo que la visión de normalidad y anormalidad son distintas en ambas, ya que la visión de un modelo médico estricto sería equivocado, ya que para Millón un trastorno mental vendría a ser la aparición de diferentes síntomas y que dicho conjunto de síntomas constituye un síndrome o enfermedad mental, mientras que en los trastornos de personalidad no existen aparición de síntomas, sino más bien la articulación de rasgos de personalidad, siendo cada rasgo refuerza a otros rasgos para perpetuar su estabilidad y la consistencia conductual de la estructura completa de personalidad, muy diferente a los trastornos mentales cuya etiología del síndrome suele ser más localizable, la causa y consecuencia es diferenciable, en cambio en los trastornos de personalidad no es posible diferenciar entre enfermedad y síntoma, ya que la causalidad procede de cualquiera de los dominios de la actividad.

Millón hace uso del DSM para clasificar los trastornos de personalidad y sus características las cuales son:

a. Esquizoide. Estos individuos se caracterizan por su falta de deseo y su incapacidad para experimentar placer o dolor intenso, su característica principal es la apatía, el desgano, la distancia social, siendo sus emociones y necesidades afectivas mínimas, y tratan de ser observadores pasivos indiferentes a las recompensas y afectos, así como a las demandas de

relaciones con los demás.

b. Evitativo. Experimenta pocos refuerzos positivos de sí mismos y de los demás, permanecen en alerta y siempre en guardia, presenta temor y desconfianza hacia los demás, tienen un control constante de sus impulsos y sus anhelos de afecto, para prevenir la repetición del dolor y la angustia que han experimentado con otras personas. Sólo pueden protegerse a través de una retirada activa.

c. Depresivo. En este tipo de personalidad ha habido una pérdida significativa, una sensación de rendición y una pérdida de esperanza en la recuperación de la alegría, experimentando el dolor de forma algo permanente, donde no existe posibilidad de placer, se inclina hacia el pesimismo y el desánimo.

d. Dependiente. Aprendió no sólo a recurrir a los demás para obtener cuidados seguridad, sino también a esperar pasivamente que otros tomen el mando y se lo proporcionen, se caracteriza por buscar relaciones en la que puedan apoyarse en los otros para conseguir afecto, seguridad y consejo, tiene falta de iniciativa y autonomía, asumiendo un rol pasivo en las relaciones interpersonales.

e. Histriónico. Se caracteriza por evitar la indiferencia y desaprobación de los demás, mostrando una insaciable e incluso una búsqueda indiscriminada de estimulación y afecto, su ingenioso comportamiento social da la apariencia de confianza personal y seguridad en sí mismo, debajo de esta apariencia subyace miedo a la autonomía genuina, además de una reiterada necesidad de señales de aceptación y aprobación.

f. Narcisista. Se destaca por la forma egoísta de dedicarse a sí mismo, centrándose en sí mismo, sus experiencias tempranas le han enseñado a sobrevalorarse, se siente seguro y muy superior pero fundadas en premisas falsas, que no se apoyen en logros reales o maduros, es arrogante y pueden explotar a los demás en beneficio propio.

g. Antisocial. Actúa para contrarrestar las expectativas de dolor y la posible agresión

a manos de otros, al implicarse en conductas engañosas o ilegales con el fin de explotar el entorno en beneficio propio, es escéptico de los motivos de los demás, su deseo de autonomía y anhelo de venganza y recompensa por lo que ellos consideran injusticias pasadas, son irresponsables e impulsivos, siendo pocos fiables y desleales a los demás, así mismo son insensibles y crueles. Las personas con personalidad Antisocial son deficientes en la creación de modelos mentales que relacionen los actos con las consecuencias, o bien dichos modelos son muy vulnerables a la influencia de las recompensas o gratificaciones inmediatas, son incapaces de alejarse de sus propios deseos egocéntricos durante un tiempo eficiente como para procesar sus posibles consecuencias. (Millón et al., 2006, p.182).

h. Agresivo (sádico). Generalmente son hostiles y globalmente combativos, y parecen indiferentes o incluso complacidos por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales, aunque encubren sus tendencias más maliciosas se delatan por sus acciones dominantes, antagónicas y a menudo persecutorias.

i. Compulsivo. Tiende a actuar de forma prudente, controlada y perfeccionista, que deriva del conflicto de hostilidad hacia los demás y el miedo a la desaprobación social, por lo que suprimen su resentimiento y manifiesta un conformismo excesivo exigiéndoseos a sí mismo y a los demás, tiende a controlar sus sentimientos de rebeldía, intensos pero ocultos, dando una aparente conformidad pública, sin embargo, tras esa máscara de decencia y dominio, hay sentimientos de ira y rebeldía.

j. Negativista (pasivo-agresivo). Siente una lucha entre seguir recompensas ofrecidas por otros y aquellas que ellos mismo desean, es una incapacidad para resolver conflictos, por lo que experimentan continuas discusiones y desengaños cuando vacilan entre la diferencia y el desafío, la obediencia y la oposición agresiva, caracterizándose por ser errático de ira explosiva mezclándose con sentimientos de culpa y vergüenza.

k. Autodestructiva. Se relaciona con los otros de forma servil y auto sacrificada,

alientan a los demás a explotarles o aprovecharse de ellos, mantiene que merece de ser avergonzado y humillado, rememoran sus desgracias pasadas, activa y reiteradamente y esperan resultados problemáticos de circunstancias que se considerarían afortunadas, actúan típicamente de un modo modesto y humilde.

l. Esquizotípico. Prefieren el aislamiento social con relaciones y obligaciones personales mínimas, se caracterizan por comportarse de forma autista o cognitivamente confusa, piensa tangencialmente y parece estar absortos en sí mismo y pensativos, con notables conductas excéntricas los demás los perciben como extraños o diferentes.

m. Limite. Tiene una falta de regulación de afecto, que se observa fácilmente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo, tiene pensamientos recurrentes de automutilación y suicidio, parecen demasiado preocupados de asegurarse cariño, con dificultad para mantener sentido claro de identidad con ambivalencia cognitivo afectivo.

n. Paranoide. A menudo expresa miedo a perder la independencia, lo que le lleva a resistirse vigorosamente a las influencias y al control externo, se distingue por la inmutabilidad de sus sentimientos y la inflexibilidad de su pensamiento, mostrando una vigilante desconfianza hacia los demás y una actitud defensiva ante la anticipación de las críticas y engaños.

1.3. Objetivos

- Determinar las alteraciones psicopatológicas en una agraviada por el delito de tentativa de feminicidio.
- Determinar las secuelas psicológicas de un trastorno de estrés agudo en una agraviada por el delito de tentativa de feminicidio.
- Determinar el tipo de personalidad en una agraviada por el delito de tentativa de feminicidio.

1.4. Justificación

En el aspecto social, debido a la alta incidencia de delitos de feminicidio y tentativa de feminicidio, el presente trabajo busca favorecer a los profesionales e investigadores que tienen como población objetivo a las agraviadas de tentativa de feminicidio, para que puedan conocer cuáles son las alteraciones psicopatológicas, secuelas psicológicas del trastorno de estrés agudo y el tipo de personalidad en una agraviada por el delito de tentativa de feminicidio y de esta manera puedan plantear proyectos de prevención en este tipo de delitos.

En el aspecto teórico, la importancia de este estudio radica en que se encuentra sostenido en un cuerpo teórico de psicología forense especializado en agraviadas de tentativa de feminicidio que permite comprender el fenómeno de la violencia contra las mujeres y la tentativa de feminicidio en el caso en cuestión.

En el aspecto práctico, el presente estudio de caso puede servir de referencia para los psicólogos forenses, a quienes les solicite peritajes de delitos contra la vida, el cuerpo y la salud en la modalidad de tentativa de feminicidio; así mismo, también puede ser utilizado como un elemento de reflexión preliminar para los profesionales que tengan como objetivo la construcción de programas de prevención y tratamiento en agraviadas de tentativa de feminicidio.

Finalmente, en el aspecto metodológico esta investigación aporta elementos metodológicos para la elaboración de este tipo de peritajes psicológicos forenses.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

El presente trabajo académico permitirá analizar las alteraciones psicopatológicas, determinar las secuelas psicológicas de un trastorno de estrés agudo y el tipo de personalidad en una agraviada por el delito de tentativa de feminicidio

Asimismo, se expone el abordaje que se tuvo para el presente caso, el cual se desarrolla

de acuerdo a las particularidades del ámbito forense y las exigencias que demanda la evaluación en una agraviada por el delito de tentativa de feminicidio, que implica un mayor nivel de complejidad en la obtención de información relevante para los objetivos de la pericia.

Y, por último, los resultados y conclusiones obtenidas proporcionarán pautas para el planteamiento de algunas medidas preventivas.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

El presente trabajo académico corresponde a una investigación Empírica, con una estrategia Descriptiva, que representa una investigación de tipo no experimental, con la cual se pretende describir las cosas tal y como ocurren, sin ningún tipo de manipulación de variables, ni comparación de grupos, ni predicción de comportamientos ni pruebas de modelos, además en la estrategia descriptiva el objetivo de la investigación es la definición, clasificación y/o categorización de eventos para describir procesos mentales y conductas manifiestas, que suele demandar el uso de hipótesis. (Ato et al., 2013).

El diseño empleado es el denominado estudio de caso único, el cual es considerado por algunos autores como una clase de diseños a la par de los experimentales, no experimentales y cualitativos, mientras que otros los ubican como una clase de diseño experimental o un diseño etnográfico. Los estudios de caso poseen sus propios procedimientos y clases de diseños, lo podríamos definir como estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta analizan profundamente una unidad holística para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría. (Hernández et al., 2014, p.164)

De acuerdo con los autores Hernández, Fernández y Baptista (2014) el diseño de estudio de caso único consiste en la descripción cualitativa de conductas de un individuo, las cuales no pueden someterse a generalizaciones y cuya virtud radica en la calidad de la información recabada.

2.2. Ámbito temporal y espacial

El peritaje psicológico forense fue solicitado por la Fiscalía de Santa Anita - Ate, donde

la evaluación psicológica se llevó a cabo en las instalaciones de la Unidad Médico legal II Lima Este - Santa Anita, dicha evaluación se realizó en base a dos procedimientos que son: la Entrevista Única en Cámara Gesell, siguiendo los parámetros y lineamientos de la Guía de Entrevista Única en Cámara Gesell de la IML-MP (Lima- Perú 2016), posteriormente, la evaluación psicológica forense en consultorio, efectuada en tres sesiones mediante los parámetros y lineamientos de nuestra actual Guía del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses- MP. Lima Perú 2021 (Guía de Evaluación Psicológica Forense en casos de Violencia Contemplados en el Marco de la Ley N° 30364).

2.3. Variables de Investigación

Personalidad:

La propuesta teórica de Millón integra tanto los enfoques nomotético e ideográfico de la personalidad, es así, que se describe tanto la estructura de la personalidad, así como su aspecto dinámico; además de acoplar principios evolutivos y ecológicos para entender la personalidad como un sistema (Cardenal, et al., 2007 y Casullo, 2000). En este modelo se entiende la personalidad como un complejo patrón de características psicológicas bastante arraigadas, que generalmente no son conscientes y resultan difíciles de modificarse, además, se muestran de manera automática en casi todas áreas de funcionamiento de la persona y, estas características provienen de una matriz de factores biológicos y experienciales (Millón y Everly, 1994). Asimismo, Millón (1999, citado en Sánchez-López y Casullo, 2000, pág.11-12) define los Estilos de Personalidad como “patrones de conducta, sentimientos, pensamientos y relaciones con los otros que caracteriza a un individuo frente a otro”. Los estilos de personalidad se distribuyen en tres ejes principales, Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Comportamientos Interpersonales (Millón, 2001).

Personalidad dependiente:

La personalidad dependiente se caracteriza por una necesidad excesiva de ser cuidado por los demás, lo que ocasiona comportamientos de sumisión o adhesión, además de un gran temor a la separación. Según Millón: Se trata de personas que han aprendido que el sentimiento de seguridad y la confianza en sí mismos depende esencialmente de los otros, y se obtiene exclusivamente a través de la relación, dóciles, no competitivos, evitan los conflictos interpersonales. Necesitan de una figura fuerte y protectora cercana, ya que se perciben a sí mismos como débiles, con escasas iniciativas, evitan la autonomía y no exhiben actitudes y conductas de autoafirmación (Millón, 2001).

Trastorno de Estrés Agudo.

- **Criterios CIE-10**

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.).

Características típicas de reacción a estrés agudo:

- En un período inicial: estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación.
- Alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo), agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida).

- Signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor).
- Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato.

Además, los síntomas:

- a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.
- b) Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Incluye: Crisis aguda de nervios, reacción aguda de crisis, fatiga de combate y “shock psíquico”. (CIE-10,1992).

- **Criterios DSM-5**

El diagnóstico se basa en los criterios recomendados por el DSM-5 (DSM-5, 1913); estos criterios incluyen síntomas intrusivos, estado de ánimo negativo, y síntomas de disociación, evitación y alerta. Para cumplir con los criterios diagnósticos, los pacientes deben haber estado expuestos directa o indirectamente a un evento traumático, y deben estar presentes ≥ 9 de los siguientes síntomas durante un período entre 3 días y 1 mes:

- Recuerdos angustiantes, recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento
- Sueños angustiantes recurrentes sobre el evento
- Reacciones disociativas (p. ej., flashbacks) en las que los pacientes sienten como si el evento traumático se estuviese repitiendo

- Intensa angustia psicológica o fisiológica cuando recuerda el episodio (p. ej., por ingresar a un sitio similar, por sonidos similares a los que escuchó durante el evento)
- Incapacidad persistente de sentir emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción, sentimientos amorosos)
- Un sentido de la realidad distorsionado (p. ej., sentirse confundido, el tiempo enlentecido, percepciones distorsionadas)
- Incapacidad de recordar una parte importante del evento traumático
- Esfuerzos para evitar recuerdos angustiantes, pensamientos o sentimientos asociados con el evento
- Esfuerzos para evitar factores externos que rememoran el suceso (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones)
- Trastorno del sueño
- Irritabilidad o crisis de enojo
- Hipervigilancia
- Dificultades para concentrarse
- Respuesta de sobresalto exagerada

Además, las manifestaciones deben provocar malestar intenso o deteriorar significativamente el funcionamiento social u ocupacional, y no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otro trastorno médico (DSM-5, 2013).

Aspectos psicopatológicos

La evaluación psicopatológica dentro del contexto forense

Nuestro ordenamiento jurídico hace alusión a la esfera psíquica o estado mental de los individuos bajo conceptos jurídicos sin una significación estrictamente psicopatológica (por ejemplo, anomalía, alteración, trastorno mental transitorio, lesión, secuela psíquica, etcétera),

lo que hace necesaria la utilización de un esquema psicopatológico común a efectos de llevar a cabo un peritaje adecuado (Esbec & Gómez-Jarabo, 2000; Delgado, Miguel y Bandrés, 2006)

Figura 1

Conversión de constructos jurídicos en conceptos psicopatológicos

Concepto jurídico	Concepto Psicopatológico
Anomalía psíquica	Defectos o disfunciones congénitas o precozmente adquiridas (retraso mental, trastorno del desarrollo, trastornos de la personalidad).
Alteración psíquica	Trastorno mental de nueva aparición en una persona previamente normo adaptada (por ejemplo, demencia)
Trastorno mental transitorio	Reacción emocional intensa que inhibe el control conductual ante estímulos de especial significación para el sujeto (elemento objetivo).
Lesión psíquica	Alteración psicológica aguda de significación clínica fruto del impacto de una situación de victimización criminal (trastornos adaptativos, descompensaciones de una base de personalidad vulnerable previa o trastorno de estrés postraumático).
Secuela psíquica	Alteración irreversible del funcionamiento psicológico del individuo (estabilización de la lesión psíquica tras la aplicación de un tratamiento clínico adecuado). Precisa de un criterio cronológico: mantenimiento de la sintomatología después de dos años de la exposición a la situación de victimización criminal y tras la aplicación de una intervención clínica (transformación permanente de la personalidad).

Para afrontar la valoración del estado mental, el perito psicólogo, al igual que el clínico, deberá contar con una extensa formación en Psicopatología General (semiología y nosología), independientemente de la orientación o escuela psicológica en la que se haya formado. De forma específica para el desempeño de la labor pericial, el psicólogo forense debe manejar y estar actualizado en el ámbito de la Psicopatología Criminal y Forense, área de la Psicopatología encargada del análisis de las repercusiones legales de los trastornos mentales y de la criminodinámica y delictogénesis de los trastornos mentales, así como de la repercusión

psíquica de los distintos procesos de victimización (psicopatología traumática).

De interés en el ámbito de la exploración pericial psicopatológica por la necesidad de objetivar el estado psicológico y la facilidad de fingimiento de los trastornos mentales es la diferencia entre signo y síntoma. El signo sería la manifestación o indicador objetivo de un proceso o estado patológico que es observado por el perito de forma directa (por ejemplo, llanto incontrolado, sequedad de boca o hiperventilación, que pueden ser indicadores de sufrimiento emocional ante la reexperimentación de los supuestos hechos denunciados). El síntoma sería la forma subjetiva en que el evaluado expresa su estado patológico y no es observado de forma directa por el perito (por ejemplo, hipo motivación para el desarrollo de actividades sociales, ideación autolítica). El signo, a diferencia del síntoma, es observable de forma objetiva y cuantificable o medible a través de procedimientos distintos a la apreciación subjetiva del evaluado (Mesa & Rodríguez, 2007).

La exploración psicopatológica forense se fundamenta, por tanto, en la entrevista pericial durante la cual el perito estará atento tanto a la subjetividad del evaluado (síntomas) como a la observación de su conducta (signos). Signos y síntomas deberán ser interpretados por el perito dentro del conjunto de datos arrojados por la exploración pericial psicopatológica. La presencia/ausencia de desajustes psicológicos clínicamente significativos debe ser constatada por el perito psicólogo no únicamente con la experiencia subjetiva del malestar emocional transmitida por el evaluado, sino que se deberán buscar indicadores objetivos a través de las repercusiones del cuadro clínico.

En este sentido, tradicionalmente se han propuesto cuatro criterios para valorar la significación clínica de los desajustes psicológicos detectados en la exploración psicopatológica (Mesa-Cid & Rodríguez-Testal, 2007):

1. Malestar emocional o sufrimiento subjetivo expresado por el evaluado (síntomas descritos y perfil psicopatológico arrojado por las pruebas psicodiagnósticas aplicadas).

2. Pérdida de libertad y de autonomía.
3. Falta parcial o total de adaptación al entorno.
4. Vulneración de las normas sociales o morales.

Es así que el examen del estado mental es una parte de la evaluación pericial psicológica. Las repercusiones forenses de los trastornos mentales (afectación de las capacidades en los distintos ámbitos del Derecho y el riesgo delictivo asociado a cada psicopatología) conceden a la exploración pericial psicopatológica un elevado protagonismo dentro de la evaluación psicológica forense. En algunos casos esta esfera será el eje central de la intervención del perito psicólogo (por ejemplo, incapacidad, imputabilidad, capacidad procesal, valoración de la lesión/secuela psíquica, etcétera). Las características del contexto de la exploración forense (evaluación de sujetos que están inmersos en un proceso judicial) y el objeto de la actuación pericial (realización de valoraciones psico-legales) confieren a la exploración pericial psicopatológica unas características propias y diferenciales respecto de la exploración psicopatológica realizada en el contexto clínico.

El perito psicólogo debe contar con unos conocimientos y habilidades específicas para afrontar su intervención. Fenómenos como la simulación, disimulación y sobre simulación son propios de este contexto, por lo que el perito psicólogo debe tener especial preparación para su detección. Las repercusiones legales de los trastornos mentales, su criminodinamia y delictogénesis, así como el impacto psíquico asociado a las distintas situaciones de victimización criminal, son aspectos centrales para el psicólogo forense.

Por tanto, el examen del estado mental tiene como objetivos la exploración, identificación, organización y descripción de signos y síntomas que el evaluado pueda presentar en el momento de la exploración (Baños & Perpiñá, 2002) y que puede llevar a un diagnóstico psicopatológico. Por su complejidad la exploración psicopatológica forense debe realizarse de forma estructurada, lo que evitará olvidos en el rastreo de procesos psicológicos

o actividades mentales y facilitará la interpretación de los signos y síntomas en términos psicopatológicos (Baños & Perpiñá, 2002; Barlow & Durand, 2007; Mesa-Cid & Rodríguez-Testal, 2007).

Figura 2

Áreas y síntomas de exploración psicopatológica

CONSCIENCIA	Obnubilación, Estupor, Coma y Onirismo
ORIENTACIÓN	Autopsíquica y Alopsíquica
LENGUAJE	Afasia, Disartria, Verbigeración, Neologismos y Mutismo
ATENCIÓN	Hiperprosexia, Hipoprosexia/aprosexia y Distraibilidad
MEMORIA	Amnesia, Hipermnesia, Paramnesia y Confabulaciones
PERCEPCIÓN	Ilusiones, Alucinaciones, Pseudoalucinaciones y Alucinosis
PENSAMIENTO	Fuga de ideas, Lentitud, Perseveración, Incoherencia, Disgregación, Bloqueo, Ideas sobrevaloradas, Ideas obsesivas e Ideas delirantes
AFECTIVIDAD	Ansiedad, Tristeza patológica, Euforia, Disforia, Paratimia y Labilidad emocional
PSICOMOTRICIDAD	Agitación, Retardo, Temblores, Tics y Dispraxia
MOTIVACIONES PRIMARIAS	Sueño, Conducta alimentaria, Conducta excretora, Conducta agresiva y Conducta sexual

Nota. Adaptada de Mesa-Cid & Rodríguez-Testal, 2007.

CONSCIENCIA: Es el conocimiento del mundo interno (pensamientos) y del mundo externo (realidad externa). Se denomina lucidez al funcionamiento óptimo de la conciencia.

Alteraciones de la conciencia:

- **Obnubilación:** Estado de la persona que sufre una pérdida pasajera del entendimiento y de la capacidad de razonar o de darse cuenta con claridad de las cosas.
- **Estupor:** Es un estado de falta de reacción excesivamente profundo. Los afectados solo pueden ser sacados de este estado brevemente y mediante estímulos muy intensos,

como sacudidas, gritos o pellizcos.

- **Coma:** Es un estado profundo de inconsciencia.
- **Onirismo:** Alteración de la consciencia caracterizada por la aparición de fantasías semejantes a las de los sueños, con pérdida del sentido de la realidad.

ORIENTACIÓN: Función mental que permite una adecuada ubicación del sujeto en las coordenadas temporo-espaciales, el adecuado reconocimiento de sí mismo y de los demás.

Alteraciones de la Orientación:

- **Autopsíquica (personal):** Es la desorientación en la cual el sujeto es incapaz de identificarse así mismo, es decir es incapaz de dar su nombre, apellidos, fecha de nacimiento, etc.
- **Alopsíquica:** Es la desorientación en la cual el sujeto es incapaz de identificar a las personas que le rodean.

LENGUAJE: Capacidad propia del ser humano para expresar pensamientos y sentimientos por medio de la palabra.

Alteraciones del Lenguaje:

- **Afasia:** Es un trastorno a consecuencia de una lesión a las partes del cerebro responsables por el lenguaje, y puede causar problemas con cualquiera o todas las siguientes destrezas: la expresión, la comprensión, la lectura y la escritura.
- **Disartria:** Es una alteración del habla provocada por parálisis, debilidad o incoordinación de la musculatura del habla, de origen neurológico. Es decir, estas personas comprenden el lenguaje a la perfección y pueden elaborar mensajes verbales, pero al momento de articularlos, surgen las dificultades.
- **Verbigeración:** Emisión automática de palabras o de frases enteras, incoherentes y sin continuidad, que se da especialmente en los estados demenciales.
- **Neologismos:** Los neologismos son palabras nuevas que se incorporan a la lengua para

nombrar realidades que no existían con anterioridad.

- **Mutismo:** Es cuando la persona se mantiene sin hablar. El mutismo es propio del estupor, ya sea melancólico o catatónico. A veces se produce también en la histeria, pero en esta enfermedad es más frecuente la afonía.

MEMORIA: Es un proceso psicológico imprescindible para codificar, almacenar y recuperar información. Es una facultad psíquica muy útil, por la cual podemos retener y recordar el pasado. Dicha recuperación puede producirse de forma involuntaria o deliberada.

Alteraciones de la Memoria:

- **Amnesia:** Es la pérdida de recuerdos, incluidos hechos, información y experiencias. La amnesia puede clasificarse como: **Retrógrada:** amnesia para los acontecimientos previos al evento causal. **Anterógrada:** incapacidad para almacenar nuevas memorias después de pasado el evento causal. **Específico del sentido:** amnesia para eventos procesados por un sentido, p. ej., memoria visual. **Amnesia disociativa:** es la amnesia (pérdida de memoria) originada por un acontecimiento traumático o estresante, que produce una incapacidad para recordar información personal importante. Las personas tienen lagunas en su memoria, que pueden abarcar desde minutos hasta décadas de su vida.
- **Hipermnesia:** La hiperactividad o exaltación de la memoria se denomina hipermnesia y consiste en registrar, almacenar y recordar una cantidad asombrosa de información o de datos. También se conoce como Memoria Autobiográfica Altamente Superior porque normalmente se circunscribe a hechos o acontecimientos de la vida de una persona.
- **Paramnesia:** Alteración de la memoria por la que el sujeto cree recordar situaciones que no han ocurrido o modifica algunas circunstancias de aquellas que se han producido.

- **Confabulaciones:** Son falsos recuerdos resultado de un problema de recuperación, de los que el paciente no es consciente, y cuya creencia en la veracidad del recuerdo es genuina.

PENSAMIENTO: El concepto de pensamiento hace referencia a procesos mentales, voluntarios o involuntarios, mediante los cuales el individuo desarrolla sus ideas acerca del entorno, los demás o él mismo. Es decir, los pensamientos son ideas, recuerdos y creencias en movimiento, relacionándose entre sí.

Alteraciones del Pensamiento:

- **Fuga de ideas:** Es un trastorno del pensamiento, que afecta a la velocidad del mismo y se caracteriza por un incremento en el flujo de ideas que aparecen en la mente, que hace que la persona que lo manifiesta hable más rápido de lo habitual, saltando de una idea a otra constantemente. Este salto de una idea a otra ocurre, en general, antes de que el primer pensamiento o idea haya terminado.
- **Lentitud:** El desarrollo del pensamiento es escaso y está retrasado. El discurso es más lento de lo normal. El paciente habla poco y da la impresión de que le cuesta pensar.
- **Perseveración:** La perseveración consiste en que el sujeto durante el discurso repite palabras, ideas o temas. Se presenta en pacientes con lesiones orgánicas cerebrales, en enfermos epilépticos, en retrasados mentales o los pacientes que comienzan a demenciarse.
- **Incoherencia:** Falta de relación o ilación entre dos o más ideas. Se habla de pensamiento y de lenguaje incoherentes cuando estos son desordenados y no siguen una secuencia lógica, por lo que no se puede comprender su significado.
- **Disgregación:** Trastorno del pensamiento, que consiste en la incapacidad para mantener una idea directriz constante, lo que se traduce en incoherencia e improductividad del pensamiento. Aparece en enfermedades mentales, como la

esquizofrenia o la manía, y en intoxicaciones por cocaína o anfetaminas.

- **Bloqueo:** Consiste en un bloqueo del curso del pensamiento cuya duración es variable, de segundos a horas. A la mitad de una frase o al terminar esta, la expresión verbal se detiene. A veces se manifiesta como un aumento de la latencia en responder a las preguntas que le hace el interlocutor.
- **Ideas sobrevaloradas:** Son ideas con una carga afectiva importante que predomina sobre el resto de las ideas. En la formación de las ideas sobrevaloradas intervienen las ideas políticas y religiosas del sujeto y los acontecimientos vividos.
- **Ideas obsesivas:** Las ideas o pensamientos obsesivos son pensamientos o imágenes cuya característica más importante es su persistencia e intrusión descontrolada. Se definen por lo absurdo, disparatado y al mismo tiempo doloroso de sus contenidos, generando en el afectado una importante ansiedad y angustia.
- **Ideas delirantes:** Se caracteriza por creencias falsas firmemente sostenidas (delirios) que persisten al menos durante 1 mes sin otros síntomas de psicosis.

ATENCIÓN: La atención hace referencia al estado de observación y de alerta que nos permite tomar conciencia de lo que ocurre en nuestro entorno. En otras palabras, la atención es la capacidad de generar, dirigir y mantener un estado de activación adecuado para el procesamiento correcto de la información.

Alteraciones de la Atención:

- **Hiperprosexia:** Alteración de la atención, que se caracteriza por un estado de alerta e interés excesivo ante cualquier estímulo, que incapacita para inadvertir los estímulos que no interesan y atender selectivamente a lo que se quiere atender.
- **Hipoprosexia:** Déficit de atención en grado ligero, que se manifiesta por la escasa capacidad que tiene el sujeto de fijar su mente sobre un determinado objetivo. La atención es, a la vez, poco amplia y poco intensa, con lo cual la capacidad de fijación y

reflexión se ven muy disminuidas.

- **Aprosexia:** Es la dificultad de fijar la atención y/o la incapacidad de concentrarse y poner atención en un determinado estímulo. Este cuadro clínico es considerado un trastorno de atención y puede ser incluido dentro del grupo de los trastornos por déficit de atención e hiperactividad.
- **Distraibilidad:** Incapacidad para mantener la atención, como consecuencia de la dificultad existente para atender selectivamente a los estímulos relevantes de una situación e ignorar los irrelevantes.

PERCEPCIÓN: La percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos.

Alteraciones de la Percepción:

- **Ilusiones:** Se refiere a una percepción o interpretación errónea de un estímulo externo real.
- **Alucinaciones:** Es una percepción que no ha sido provocada por un elemento real y que es atribuida al medio externo a uno mismo.
- **Pseudoalucinaciones:** Alucinación que se produce preferentemente en las modalidades visual y/o auditiva, en las que no existe convicción clara acerca de la realidad perceptiva de la experiencia, por lo que la persona las califica como imágenes o experiencias producidas por su propia mente.
- **Alucinosis:** Estado en el que la persona que experimenta alucinaciones las reconoce conscientemente como fenómenos sensorio-perceptivos y no los enjuicia como realidad objetiva corpórea. Situación en la cual el paciente alucina en un estado de conciencia clara.

AFECTIVIDAD: Se denomina afectividad al conjunto de las emociones, las pasiones y los sentimientos de una persona. Según la definición de la Psicología Médica³, la afectividad «es una cualidad del ser psíquico caracterizada por la capacidad del sujeto de experimentar íntimamente las realidades exteriores y de experimentarse a sí mismo».

Alteraciones de la Afectividad:

- **Ansiedad:** La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. La ansiedad es un sentimiento de preocupación y miedo intensos, excesivos y continuos ante situaciones cotidianas. Es posible que se produzca taquicardia, respiración agitada, sudoración y sensación de cansancio.
- **Tristeza patológica:** Es la considerada por el sentimiento o sensación de tristeza, falta de interés, desánimo en la vida, con la que las personas pueden demostrar poca reacción en el plano emocional y que en su mayoría se expresan junto con un llanto ensordecedor.
- **Euforia:** Estado de ánimo extremadamente optimista, que se manifiesta como una alegría intensa, no adecuada a la realidad.
- **Disforia:** Se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta, como la tristeza (estado de ánimo depresivo), ansiedad, irritabilidad o inquietud.
- **Paratimia:** Trastorno caracterizado por la inadecuación del impacto afectivo que causa una determinada situación en una persona.
- **Labilidad emocional:** La labilidad emocional es una serie de manifestaciones de cambios de humor repentinos y sin causa aparente.

PSICOMOTRICIDAD: La psicomotricidad engloba habilidades del dominio corporal, lateralidad, equilibrio, reflejo, estructuración espacial, ritmo y control del cuerpo para proporcionar una buena coordinación de los movimientos. También trabaja con habilidades

visomotoras, auditivomotora, y de las sensaciones.

Alteraciones de la Psicomotricidad:

- **Agitación:** Afección por la cual una persona es incapaz de relajarse y estar quieta.
- **Retardo:** Manifestación clínica de patologías del sistema nervioso debidas a trastornos genéticos y/o factores ambientales,
- **Temblores:** El temblor es una contracción muscular involuntaria y rítmica que provoca movimientos agitados o sacudidas en una o más partes del cuerpo. Es un trastorno del movimiento frecuente que afecta con mayor frecuencia las manos, pero también puede afectar los brazos, la cabeza, las cuerdas vocales, el torso y las piernas.
- **Tics:** Los tics son espasmos, movimientos o sonidos repentinos que se hacen de manera repetitiva.
- **Dispraxia:** La dispraxia es trastorno psicomotriz que se da en la infancia y hace que los movimientos que requieren la movilización y coordinación de varios grupos musculares (atarse los cordones, montar en bicicleta, escribir, etc.).

2.4.Participante:

Se trata de una mujer adulta de 31 años de edad, nacida en Perú, habiendo radicado desde muy niña en Venezuela hasta el año 2020, quien vino a Perú debido a la crisis económica de su país; casada, madre de 4 hijos, técnica superior completo con título en secretariado ejecutivo, cuyos estudios lo realizó en Venezuela, actualmente es ama de casa y se dedica a vender productos de catálogo (Ésika, Cyzone y Avon. Llegó a Perú en el año 2020, vive con su esposo y sus hijos.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

Las técnicas aplicadas en el presente estudio de caso son las siguientes:

Observación de conducta

Es la descripción objetiva de la apariencia física y de los signos observables del comportamiento del peritado durante la evaluación, teniendo en cuenta cambios fisiológicos y conductuales, todos ellos relevantes para el proceso de evaluación, pudiendo registrarse de forma cualitativa, desde una respuesta simple como el llanto hasta una unidad compleja interactiva como la actitud del evaluado (Espinosa, et al., 2016, Fernández-Ballesteros, 2013 y Ministerio Público, 2016).

Según Jiménez (2012) define a la observación como: “una estrategia cuyo objetivo es obtener una fiel y fiable información de un hecho o una conducta humana observada” (p.77). Así mismo Seijo et al. (2014) establecen que la observación y al registro conductual son un referente continuo tanto en la práctica clínica ordinaria como en la práctica forense. No obstante, los fines son distintos. Para el clínico, el objeto es la observación de aquellos síntomas que no son o no pueden ser informado por paciente (p.ej. el lenguaje raro desorganizado). Por su parte, el forense no solo registra la sintomatología de la que el paciente no puede informar o toda aquella otra que pueda entrar en contradicción con lo informado por el sujeto (p.ej. cuando se observan comportamientos agresivo y falta de control de impulsos cuando el sujeto manifiesta ser autocontrolado). (p.25).

Entrevista Psicológica Forense

Método principal empleado en Psicología Forense. Está centrado en los puntos de la pericia. Esta fase constituye una de las principales fuentes de recolección de la información, donde el abordaje se realiza a través de una entrevista semiestructurada la cual está enfocada a conocer los hechos materia de investigación, los antecedentes del mismo, así como aspectos biográficos (antecedentes personales, familiares y sociales), el estado emocional de la persona y sus rasgos de personalidad; por lo que se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Formular hipótesis: el psicólogo deberá plantearse hipótesis sobre el motivo de la evaluación, para lo cual revisará la información que acompaña la denuncia para mayor conocimiento del caso a evaluar. En caso, el psicólogo no tenga acceso a los documentos complementarios a la denuncia, el planteamiento de hipótesis se hará en función al documento petitorio de la evaluación, para lo cual se sobreentiende que la formulación de hipótesis es un procedimiento implícito en la labor psicológico pericial.
- Exploración del motivo de evaluación: se realiza a través de una narrativa libre sobre su historia de maltrato, que permita focalizar datos relevantes sobre el caso a investigar, valorar las consecuencias psicológicas de la violencia sufrida, además el psicólogo deberá de buscar recursos de afronte y capacidad de reacción de la persona, valoración subjetiva de riesgo frente a lo que acontece, antecedentes de los hechos, la motivación de la denuncia y las expectativas que la persona tiene en relación a la denuncia. El psicólogo durante la entrevista deberá indagar sobre la dinámica del hecho investigado y establecer una secuencia cronológica para obtener la coherencia y consistencia de la información brindada, así como tener en cuenta la simulación de sintomatología por la posibilidad de obtener un beneficio secundario.
- Explorar la historia psico biográfica (historia personal, familiar, factores de riesgo y vulnerabilidad): indagar a través de una narrativa libre o usando preguntas abiertas sobre las características de las relaciones interpersonales y familiares de la persona evaluada. Tener en cuenta el papel de los factores mediadores, moduladores o amortiguadores, tales como las relaciones familiares cohesionadas, la red de apoyo social o la autoestima positiva, en la reducción del impacto de la experiencia de victimización.

Para el siguiente caso se propone una entrevista de tipo semiestructurada que permite la

narrativa libre, las aclaraciones propias de la investigación, evaluar la presencia de secuelas psicológicas de un trastorno por estrés agudo y el tipo de personalidad de una agraviada por el delito de tentativa de feminicidio.

Asimismo, para el desarrollo de la entrevista en Cámara Gesell se utilizó las pautas que establece la Guía de Procedimiento de Entrevista Única a Víctimas en el Marco de la Ley N° 30364 para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar; y, A Niños y Adolescentes Varones Víctimas de Violencia. Instituto de Medicina Legal – Ministerio Público. (Lima, Perú 2016). Siendo estas las siguientes:

1. Establecer Clima de Confianza:
2. Narrativa Libre.
3. Clarificación.
4. Preguntas de los operadores de justicia desde el ambiente de observación.
5. Cierre de la Entrevista.

Historia Psico biográfica:

Llamada también historia psicológica forense. En ella se redacta de manera minuciosa la historia de vida de la persona evaluada. Explorar la historia psico biográfica (historia personal, familiar, factores de riesgo y vulnerabilidad): indagar a través de una narrativa libre o usando preguntas abiertas sobre las características de las relaciones interpersonales y familiares de la persona evaluada. Tener en cuenta el papel de los factores mediadores, moduladores o amortiguadores, tales como las relaciones familiares cohesionadas, la red de apoyo social o la autoestima positiva, en la reducción del impacto de la experiencia de victimización.

Historia personal:

Perinatal: Tipo de parto y complicaciones.

Niñez: Desarrollo psicomotor, características comportamentales. Desarrollo social, emocional, afectivo y vínculo de apego. Características familiares y estilos de crianza. Roles y funciones familiares, responsabilidades durante la niñez. Medidas disciplinarias (motivo, forma y circunstancias. Relación entre padres o figuras parentales y hermanos. Experiencias negativas (pérdidas, separaciones, miedos, sucesos violentos).

Adolescencia: Características comportamentales o rasgos en estructuración. Cambios Psicológicos. Resolución de conflictos. Estilo de vida. Interacción social. Independencia. Cumplimiento de normas y reglas. Intereses y aspiraciones. Relación con los padres, separación, divorcio, ausencias. Descripción personal o auto descripción. Cualidades y déficits personales. Manejo de la ira y resolución de conflictos, fugas del hogar, y otros temas que sean necesarios abordar. En caso de adultos explorar su desenvolvimiento actual.

Educación: Inicio de escolaridad, comportamiento (ausentismo, sanciones o castigos). Relación entre pares y figuras de autoridad. Rendimiento y causas de variabilidad. Cambios de colegios. Grado de instrucción alcanzado (motivos de no culminación).

Trabajo: Edad de inicio. Tipos de trabajo. Estabilidad laboral (motivos). Relación con superiores y compañeros. Desempeño laboral. Nivel de satisfacción. Horario. Ingresos.

Hábitos e intereses: Uso de tiempo libre (pasatiempos, hobbies, deportes, juegos preferidos).

Actividades sociales y uso de redes sociales. Hábitos de higiene y cuidado personal.

Sueño (horarios, calidad, alteraciones). Intereses religiosos, apetito y régimen alimenticio (alteraciones), consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas.

Vida Psicosexual: Primeros conocimientos sobre sexualidad, menarquía/polución nocturna, masturbación, enamoramientos. Inicio de relaciones sexuales, convivencias, relaciones de pareja, conflictos y separaciones y otros que considere relevantes para el caso. En caso de niños, niñas y adolescentes: Conocimiento de su esquema corporal y denominación

adecuada de zonas genitales, diferencias entre géneros, primeros conocimientos de sexualidad. Para la exploración en esta área se debe de tomar en consideración la edad evolutiva de la persona evaluada.

Antecedentes Patológicos: **a. Enfermedades:** aquellas significativas que han requerido tratamiento u hospitalización. Tratamiento psicológico o psiquiátrico. Consumo de medicamentos. Autolesiones (edad, motivos). **b. Accidentes:** aquellos significativos con pérdida de conocimiento o lesiones graves que hayan dejado secuelas. **c. Operaciones:** Las que refiera.

Antecedentes Judiciales: Solicitud de garantías personales (gobernación), denuncias (Defensorías Municipales del Niño, Niña y Adolescentes -DEMUNA, Centro Emergencia Mujer- CEM), denuncias policiales, denuncias fiscales, procesos judiciales (situación del proceso en la actualidad) entre otros, en calidad de víctima o de agresor. En el caso de niños, niñas y adolescentes: procesos tutelares, infracciones a la ley penal, detenciones.

Historia familiar:

Padre: Nombre, edad, condición civil, ocupación, describir relación, características de Comportamiento. Nombre, edad, condición civil, ocupación, describir relación, características de comportamiento.

Madre: Nombre, edad, condición civil, ocupación, describir relación, características de comportamiento.

Hermanos: Nombre, edad, número, describir relación.

Pareja: Explorar la relación con pareja actual y/o relaciones previas, nombre completo, edad, ocupación, condición civil. Descripción del carácter de la pareja, presencia de adicciones, consumo de alcohol, entre otros. En casos de violencia de pareja indagar sobre la dinámica de la relación, conflictividad, resolución de problemas, patrones de violencia física, emocional o sexual, separaciones, problemas de infidelidad.

Hijos: Número, datos generales. Relación interpersonal. Describir relación, estilos de crianza.

Otros parientes significativos: familiares o personas importantes en la historia personal de la persona evaluada.

Dinámica familiar: Información sobre composición familiar actual. Tipo de vivienda, distribución del espacio físico del hogar (hacinamiento). Distribución del presupuesto familiar y satisfacción de necesidades. Relaciones entre los miembros de la familia: Conflictiva en la familia. Resolución de problemas. Patrones de violencia física, psicológica, sexual y económica. Protección y cuidado entre los miembros de la familia. Roles, creencias, costumbres, mitos familiares. Alianzas, coaliciones, jerarquías, tipos de comunicación, normas de convivencia. Identificación con la familia.

Actitud de la familia: Opiniones y actitudes de los demás miembros de la familia frente al problema actual.

Actitud personal: Percepción, opinión y actitud personal frente al problema actual.

2.5.2. Instrumentos

Instrumentos Psicológicos

Constituyen un conjunto de herramientas auxiliares que sirven para evaluar cualitativa y cuantitativamente las diferentes áreas de la persona evaluada, los cuales deben ser utilizados solos por profesionales psicólogos, considerando el objetivo de la evaluación, las diferencias individuales, culturales, educativas y la naturaleza del caso a investigar, así como la diversidad de instrumentos y pruebas psicológicas que existen en la actualidad. El psicólogo elegirá a su criterio el instrumento a utilizar, y deberá consignar en el informe psicológico el nombre del instrumento psicológico según la ficha técnica. Los instrumentos utilizados para el análisis del presente estudio de caso, son los siguientes:

Mini-Mental Mini Examen Cognitivo (MMSE). Sus autores son Folstein, Folstein y Mc Hugh (1979), con procedencia el país de Estados Unidos, adaptación española por Lobo y colaboradores (2002). Es de aplicación individual, dirigido a adultos, con 35 ítems; cuyo objetivo es la detección de trastornos cognitivos, su deterioro, evalúa brevemente las siguientes áreas: orientación en el espacio, tiempo, persona, codificación, atención y concentración, recuerdo y construcción visual. Su tiempo de aplica es de 05 a 10 minutos aproximadamente. (Lobo et al., 2002).

Inventario Clínico Multiaxial de Millón – III (MILLON CLINICAL MULTIAXIAL INVENTORY -III, MCMII-III; MILLON, DAVIS Y MILLON, 2007). Cuyo nombre original es MCMII-III. Millón Clinical Multiaxial Inventory – III, su autor es A Th. Millón, con la colaboración de R. Davis y C. Millón, procedencia: NCS Pearson (1997), adaptación española por V. Cardenal y M. P. Sánchez (2007), su ámbito de aplicación es para adultos; tiene por objetivo la evaluación de 4 escalas de control, 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa. Baremación: Baremos en puntuaciones de prevalencia (PREV) a partir de una muestra clínica española. Validez y confiabilidad: en el Perú, Otiniano, (2012) halló la validez de constructo ítem-test con valores superiores a .36., y el coeficiente alfa de Cronbach, oscilo entre .85 y .86. (Otiniano, 2012).

Cuestionario de 90 Síntomas (SYM TOM CHECK LIST 90-R, SCL-90-R; DEGORATIS, 2002). Formado por 90 ítems, que una vez indicado el grado de malestar que provocan, permite evaluar nueve dimensiones sintomáticas: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideas paranoides y psicoticismo. Además, es posible obtener tres índices globales de estrés (un índice global de severidad, un índice de síntomas de estrés positivos y un índice de síntomas positivos totales). En la adaptación española, realizada por Gonzales de Rivera, De las Cuevas,

Rodríguez Abuín y Rodríguez Pulido (2022), la fiabilidad de consistencia interna oscila entre 0,77 y 0,90, dependiendo de las subescalas y de la muestra utilizada; mientras, la fiabilidad test-retest con un intervalo de una semana entre las evaluaciones se sitúa entre 0,78 y 0,90.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY, STAI; SPIELBERGER, GORSUCH Y LUSHENE, 1982): Se compone de un total de 40 ítems (20 para cada subescala). Los sujetos evaluados describen como se sienten generalmente (ansiedad rasgo) en el momento actual (ansiedad estado); por tanto, la subescala de ansiedad estado permite detectar la ansiedad en el momento presente. Los datos de fiabilidad test retest proporcionados por los propios autores del instrumento son de 0,81 y 0,40 para las subescalas de ansiedad rasgo y estado, respectivamente. Esto refleja la mayor sensibilidad de la versión de ansiedad estado a las distintas situaciones. Por otra parte, el coeficiente alfa de consistencia interna fue de 0,91 y 0,94 (Echeburúa, 1993).

Escala de Autoestima (EA; ROSENBERG, 1965): Esta escala formada por 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert, evalúa el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. A mayor puntuación, mayor es el grado de autoestima. Este instrumento resulta muy útil para evaluar el nivel de interferencia del maltrato en la autoestima del sujeto. La mitad de los ítems están planteados de forma positiva y la mitad en forma negativa, con el objetivo de controlar la aquiescencia (tendencia a responder afirmativamente, con independencia del contenido de la pregunta). Vazquez-Morejon, Jimenez Garcia-Bóveda y Vazquez-Morejon Jimenez (2004) analizan su **fiabilidad** en una muestra clínica, informando de un alfa de Cronbach de 0,87 y una fiabilidad test – retest a un año de 0,74. Recientemente, Martín-Albo, Nuñez, Navarro y Grijalva (2007), mediante análisis factorial confirmatorio, ratifican la estructura unidimensional de la escala, la cual presenta una fiabilidad de consistencia interna de 0,85, una fiabilidad test-retest a las 4 semanas de 0,84, así como correlaciones significativas con diferentes dimensiones del autoconcepto.

Test de la persona bajo la lluvia: El test de Persona Bajo la Lluvia: Fue creado sin un marco teórico, por lo que no posee categorías propias para el análisis. Su interpretación, entonces, se ha ido nutriendo de otras técnicas gráficas similares. Toma elementos especialmente del Dibujo de Figura Humana, de Machover. Nombre del test: Persona Bajo la Lluvia. El autor de este test es Silvia Mabel Querol y María Chávez Paz (primera aproximación en 1924, con el test de Fay). Edad que se puede evaluar: Todas las edades, a partir de la niñez. Tipo de test: Proyectivo gráfico. Administración: Individual o grupal. Tiempo de evaluación: Sin tiempo fijado. Aproximadamente de 15 a 45 minutos. Material: Hoja en blanco A4, lápiz y goma de borrar. Objetivo: Se busca examinar la personalidad del evaluado en forma profunda. Utilización: Psicodiagnóstico clínica, aptos psicológicos, evaluaciones neurocognitivas.

2.5.3. Evaluación psicológica

La evaluación psicológica forense es el procedimiento idóneo para la labor pericial, puesto que sus métodos alcanzan mayores niveles de confiabilidad y validez y permiten la comprobación de hipótesis forenses, así como la obtención de información que se contrasta con las fuentes científicas y empíricas (Espinosa, et al., 2016).

El proceso metodológico de evaluación pericial del presente caso, asume en líneas generales la propuesta de Muñoz y Echeburúa (s.f., citado en Muñoz et al., 2014) que consta de los siguientes pasos: solicitud de la evaluación pericial, primera recogida de información, formulación de hipótesis, operativización de las hipótesis mediante instrumentos y procedimientos de evaluación, contrastación de hipótesis, comunicación de resultados a través del informe psicológico forense y su remisión al solicitante y ratificación.

2.5.4. Evaluación Psicométrica

Los resultados obtenidos de los instrumentos psicológicos son las siguientes:

Mini-Mental Mini Examen Cognitivo (MMSE). Se obtuvo los siguientes resultados.

Orientación: Parcialmente orientada en tiempo, lugar y persona.

Nivel de atención y concentración: Presenta escasa concentración, atención e incapacidad para asimilar estímulos. Asimismo, se encuentra en estado de hiperalerta y desorientada

Memoria: Evidencia amnesia disociativa (incapacidad para recordar información personal importante, esto debido a la situación estresante vivida).

Lenguaje: Espontáneo, fluido, entendible, consistente y coherente, sin embargo, cuando la examinada presenta episodio de llanto perjudica la fluidez y la claridad en la pronunciación de las palabras que utiliza; asimismo presenta variaciones en su volumen de voz oscilando de bajo a moderado o por momentos quedándose en silencio.

Pensamiento: Evidencia embotamiento mental (su cerebro está exhausto, le cuesta razonar, permanecer atenta y estar concentrada).

Juicio y voluntad: Presenta incapacidad para la toma de decisiones y solución de problemas

Nivel cultural e intelectual: Su nivel de información y cultural está acorde con su experiencia de vida. Su capacidad intelectual se encuentra dentro del promedio.

Nivel de conciencia: Obnubilado.

Inventario Clínico Multiaxial de Millón – III (MILLON CLINICAL MULTIAXIAL INVENTORY -III, MCMI-III; MILLON, DAVIS Y MILLON, 2007). El protocolo de este instrumento resultó válido, ya que las puntuaciones de los índices de validez (escala V), sinceridad (escala X), deseabilidad social (escala Y) y devaluación (escala Z) se encuentran dentro de lo esperado. En cuanto a los patrones clínicos de personalidad muestra trastorno Dependiente y Depresivo con un indicador moderado; asimismo síndromes clínicos: Trastornos de ansiedad y somatomorfo con indicador elevado.

Cuestionario de 90 Síntomas (SYMptom CHECK LIST 90-R, SCL-90-R; DEGORATIS, 2002). En primera instancia se evaluó con el baremo de población normal, donde la examinada obtuvo puntajes altos y al ser tan altos lo puntajes obtenidos podemos plantearnos 2 hipótesis: la primera; pueda estar simulando y segunda; puede que la examinada este pasando por un cuadro psicopatológico. Para corroborar estas hipótesis debemos utilizar el baremo psiquiátrico. Al obtener los resultados con el baremo de población psiquiátrica, el cual existe variabilidad con respecto al baremo anterior de población normal, lo cual confirmaría la segunda hipótesis y se descartaría la hipótesis de simulación o sobre simulación. Al obtener el perfil psicopatológico, estaríamos frente a una persona que manifiesta somatizaciones como principal efecto o afectación en relación a la dinámica de violencia (muy probablemente crónica); así mismo presenta cuadros clínicos de ANSIEDAD, TEMOR MANIFIESTO Y REACTIVIDAD (HOSTILIDAD) frente a la figura de su agresor. Los componentes de problemas clínicos de pensamiento (OBS), problemas interpersonales y de seguridad propia (INT), sentimientos depresivos (DEP) y confianza (PAR) se hallan por encima del promedio, pero sin generar un cuadro clínico grave. Por último, la dimensión de problemas de pensamiento (PSI) se encuentra dentro de la normalidad. Al interpretar las escalas generales, se obtiene que sus niveles de sufrimiento psíquico o psicossomático general (GSI) se encuentran muy por encima del promedio generando un cuadro de sufrimiento psicológico presente. En cuanto a la amplitud o cantidad de síntomas presentes (PST) al momento de evaluación se hallan muy por encima del promedio indicando una amplia cantidad de síntomas psicopatológicos presentes. Por último, el nivel de distrés o intensidad de sufrimiento (PSDI) se encuentra dentro de la normalidad lo cual explica que la evaluada aún puede mantener actividad laboral, de cuidado personal y de familiares menores de edad, sin embargo, si el estresor o estresores se mantienen se corre el riesgo de incrementar el nivel de sufrimiento psíquico y generar

discapacidad psicosocial en la evaluada.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY, STAI; SPIELBERGER, GORSUCH Y LUSHENE, 1982): Se obtiene los siguientes resultados: En ansiedad como estado (A/E) arroja puntuaciones elevadas, esto atribuye a una ansiedad de tipo situacional, asimismo diferenciándose de su ansiedad como rasgo (A/R).

Escala de Autoestima (EA; ROSENBERG, 1965): En esta escala se obtuvo un puntaje menor de 25 puntos, el cual indica que la persona evaluada presenta una Autoestima baja; evidenciando problemas significativos de autoestima.

Test de la Persona Bajo la Lluvia: Se obtuvo los siguientes indicadores; angustia, intranquilidad, temor, inseguridad, tensión, tristeza, fijación en el pasado, escasos recursos de afronte ante situaciones de estrés, vulnerable ante situaciones externas sin poder defenderse; asimismo se evidencia niveles de ansiedad, rigidez, necesidad de afecto, baja autoestima, dificultades en la comunicación, problemas en su relación, desvalorización, inmadurez y agresividad reprimida. Con respecto a la estructura del test, el dibujo es de tamaño pequeño, lo cual indica la falta de confianza en sí misma y sobrevaloración del medio ambiente, un posible ocultamiento, pasar desapercibido por el medio ambiente y una reacción sumisa, donde a la vez se revela una tendencia a retraerse del entorno, necesidad de apoyo y emotividad. (Fig. hacia la izq.) refugiándose en la fantasía. y búsqueda de gratificación y cariño (brazos abiertos), significado de la misma manera inseguridad y la falta de desconfianza en sus contactos sociales (manos). Los ojos dibujados en puntos, indican inmadurez emocional. En cuanto a los otros elementos del dibujo, a pesar que existe nubes, la lluvia cae sobre la persona, lo que indica presión o amenaza, no hay un paraguas

que cubre al dibujo, esto evidencia falta de mecanismos de defensa. Asimismo, en momentos de dificultad ella tiende a buscar protección, también se aprecia en la evaluada la necesidad de aferrarse a algo que la ayude. Por otro lado, la evaluada actúa de una manera reservada ante condiciones de estrés, emplea estrategias inadecuadas, generalmente tiende a reprimirse cuando se siente amenazada por el entorno. Cabe señalar que el dibujo corresponde al género femenino esto afirma la identidad según el sexo de la evaluada.

2.5.5. Informe psicológico integrador

El informe pericial o dictamen (desde un punto judicial): Es un documento escrito, firmado y fechado en el que el perito psicológico expone sus consideraciones y conclusiones sobre los hechos objeto de evaluación, que se remite a la autoridad que lo ha solicitado. Al tratarse de un medio probatorio, el informe pericial está sujeto al principio de contradicción, lo que implica que las partes puedan examinarlo y someterlo a crítica (incluso realizar un contrainforme). Por eso, el dictamen pericial debe contener la información manejada por el perito para llegar a las conclusiones expuestas (parte descriptiva), así como los criterios científicos utilizados por éste para valorar dichos datos (parte técnica). Por ello resulta imprescindible detallar la metodología aplicada y los resultados de las distintas pruebas administradas. La evaluación se realiza respetando la siguiente estructura y tomando en consideración el motivo de evaluación.

Datos de Filiación. Para el presente estudio de caso se evaluó a una persona de sexo femenino de 31 años, nacida en Perú, habiendo radicado desde muy niña en Venezuela hasta el año 2020, quien vino a Perú debido a la crisis económica de su país; casada, madre de 4 hijos, su grado de instrucción es superior técnico en secretariado ejecutivo, desocupada, refiere que es diestra, reside en el distrito de Ate - Lima, ella es la informante, tiene su Carnet de Extranjería. El presente caso se realizó en base a dos

procedimientos a solicitud de la Fiscalía de Santa Anita – Ate, las cuales son: La entrevista en Cámara Gesell; la cual se desarrolló durante 1 sesión en un día y la evaluación psicológica forense en consultorio; se desarrolló durante 3 sesiones en tres días posteriores a la entrevista única en cámara Gesell, desarrollándose en el mes de enero del 2022.

Motivo de Evaluación. Comprende la solicitud pericial y el relato de la peritada.

Solicitud de la Evaluación Pericial. La Fiscalía de Santa Anita – Ate, solicita se realice la Entrevista Única en Cámara Gesell y Evaluación Psicológica Forense en Consultorio en agravio de una persona de 31 años por el delito de tentativa de feminicidio, para determinar afectación u otra alteración psicológicas y tipo de personalidad.

Relato: Se transcribe el relato de la agraviada realizada en la entrevista única en cámara Gesell. Se da inicio a la Entrevista Única siendo las 11:25 horas del día xxx, mes de enero del 2022, la psicóloga hace una presentación y entabla una conversación de acercamiento con la presunta víctima para poder iniciar la entrevista.

¿Buenos días, como te llamas? Xxxx, ¿cuáles son tus apellidos? Xxxx Xxxx ¿cuántos años tienes? 31 ¿Xxxx el día de hoy vamos a conversar en este ambiente, mi nombre es Xxxx Xxxx Xxxx; yo soy psicóloga de esta institución, quien va a conversar contigo de las cosas que te ha pasado, quiero que hables fuerte, claro y despacio para poder entenderte y comprenderte mejor, ¿está bien?, Ok, ¿cuéntame un poco de ti, de donde eres y a que te dedicas a la actualidad? Bueno, yo nací en Perú, pero desde muy niña mis padres me llevaron a vivir a Venezuela, así que viví allá en Venezuela casi toda mi vida y recién volvía Perú el 2020 por la crisis económica que está atravesando mi país, soy casada y mi esposo es venezolano, tengo 4 niños con él, el mayor tiene once, la que sigue tiene diez, la que sigue siete años y la última mi hijita tiene cinco años, actualmente soy ama de casa y me dedico a vender productos de catálogo (Ésika, Cyzone y Avon, siendo mi único solvento económico

por ahora. Allá en Venezuela, estudié la carrera técnica en secretariado ejecutivo, tengo mi título, pero nunca lo ejercí por los celos enfermizos que tenía mi esposo hacia mí. Llegamos a Perú en el 2020, vine con mi esposo y mis hijos, el 12 de abril de este año cumplimos dos años aquí en Perú, venimos a Perú por la situación económica que está atravesando Venezuela y desde que llegué a Perú yo vendo productos de catalogo Unique, Ezika, Cyzone y Avon y a eso me dedico nada más. Allá en Venezuela comencé a trabajar a los 16 años, en un puesto de teléfono como operadora, trabajé ahí casi un año y medio, y como conocí al papá de mis hijos me fui a vivir con él, me casé y después me dediqué solamente a mis hijos y a mi esposo, porque él no quería que trabajara y dejé de trabajar para no tener problemas con mi esposo y de ahí estuve en la casa cuidando a mis hijos nada más y solamente trabajaba mi esposo, porque para él, la mujer debe de estar en la casa cuidando a los hijos, es bien machista mi esposo. Es así que mi esposo se fue a Colombia a trabajar ya que en Perú no la estábamos pasando bien, es ahí donde yo me pongo a trabajar en una empresa de esas que hacen las bolsas plásticas, materiales de bolsa y como mi hija se me enfermó, le detectaron cáncer dejé de trabajar para cuidarla. A la actualidad soy ama de casa y dependo económicamente de mi esposo, yo quería trabajar, pero él no me dejaba hacerlo por sus celos enfermizos, él me celaba a mí con todos los que yo conversaba o les ofrecía mis catálogos, ya que mi único solvento económico era vender los productos del catálogo. ¿Ok, comprendo... ¿Dime Xxxx tú sabes porque has venido aquí el día de hoy? ósea para hablar de lo que me pasó, ¿Y qué es lo que te pasó Xxxx, cuéntame? Mi esposo es muy celoso, me cela demasiado, yo ya no puedo salir para ningún lado, tanto que desde que volvió de Colombia se ha vuelto más celoso y agresivo, me maltrata, me humilla y me amenaza de muerte, es así que anoche unas amigas mías llegaron de Venezuela, estaban por ahí y vinieron para hacer un compartir, para tomar unas chelas, nos sentamos en el frente donde yo vivo, en el edificio, y estábamos ahí sentadas, las muchachas compraron un sic pack de tres cruces y yo le dije a mi esposo para poder compartir

con ellas, son puras mujeres le dije, mi esposo no quería que vaya, pero no sé cómo lo convencí, pero él me siguió, se me pego atrás, ellos siguieron tomando cerveza, yo me tome como tres cruces de esas cervezas, yo ya no quería tomar más, me sentía con el estómago mal y el sí siguió tomando, como a las dos de la mañana, una y pico, casi a las dos yo bajo porque yo ya me sentía mal, ósea estábamos en la terraza, hacía mucho frio y yo bajé, como ya se estaban yendo mis amigas, yo también bajé para mi cuarto, cuando bajamos a mi cuarto mi esposo quería estar conmigo a la fuerza, ya varias veces, lo había intentado hacerlo, quería estar conmigo a la fuerza, quería hacer el amor conmigo a la fuerza, ósea quería hacerme el amor todos los días, como si uno fuera no sé qué, yo le dije que no, que yo me sentía mal, porque a mí me hicieron una histerectomía sub total y luego me quedé sin el cuello del útero, y yo le decía que yo me sentía mal, que no podía hacer relaciones así que eso me dolía, me dolía, me dolía le decía a mi esposo. Entonces bajamos y él me estaba forzando y quería que haga el amor con él, incluso me quitó la ropa y todo ¿Dónde estabas? en mi cuarto, ya estábamos en mi cuarto ¿En qué lugar, en que distrito? en Ate, Huachipa ¿A qué hora más o menos era? iban a hacer las dos de la mañana ¿Qué paso ahí, cuéntame? cuando mi esposo baja, estaba intentando estar conmigo a la fuerza, yo le dije que no, que no, y él me dijo tienes que estar conmigo, porque no quieres estar conmigo, tienes ahí otro seguro y yo le dije a él que no, que no quería estar con él porque me dolía, un día antes yo había estado con él, le dije que me dolía, que me dejara tranquila, entonces a él se le ocurre irnos para la mesa, y mis hijos se despertaron, la bebe que tiene cáncer y el de once años, estaban en la cama, y él le decía ya papi no pelees, ya no pelees y el salió corriendo para su mochila, y agarró un cuchillo pequeño que tenía y se me vino encima (*agraviada se toca su pecho con su mano izquierda*) y me empezó a apuñalar acá y yo le decía, no me matéis, no me matéis y él estaba encima mío dándome duro con el cuchillo, me apuñaló creo que siete veces, no sé por aquí también creo (*agraviada señala su cabeza, empieza a temblar, a desesperarse, entrelaza sus*

manos y se agita), en el seno, en el brazo y mis hijos gritaban, no la matéis papi, no lo matéis, entonces mi hermana escuchó los gritos de mis hijos y también el mío y vino mi hermana y es ahí que mi esposo sale corriendo para huir....Yo le dije a mi hermana ayúdame, me estoy muriendo, yo me voy a morir aquí, había mucha sangre, estaba inconsciente y me quería desmayar y mi hermana me sacó del lugar como pude bajé, estaba moribunda, yo baje toda desnuda, porque mi esposo me había quitado toda mi ropa, hasta incluso mi ropa interior y mi hermana vino y me sacó para abajo y me llevó para el hospital y ahí me cosieron, me cosieron, me cosieron, sentía mucho dolor, estaba desesperada, intranquila y angustiada, lloraba mucho, me dolía todas las partes que me había apuñalado mi esposo, no sabía nada que había pasado con él, pensé que había huido y yo estaba en el hospital, después me dicen que tengo que pasar a la comisaria de Vitarte que tengo que hacer la denuncia, cuando pase allá, me dijeron que ya lo habían agarrado, que la comunidad lo agarró y lo golpeó todo y lo entregaron a la policía, pero ya eran constantemente las amenazas de muerte, mi esposo me decía te voy a matar, te voy a matar, eso me decía siempre y si ese día mi hermana no venía a defenderme, mi esposo me hubiera matado ¿Cómo te sentiste tú en ese momento cuando tu esposo te estaba agrediendo? Me sentí nerviosa, intranquila, me desesperé mucho, estaba muy angustiada porque pensé que mi esposo me iba a matar, ya que anteriormente me había dicho que me iba a matar, todo por sus celos enfermizos que tiene hacia mi ¿Es la primera vez que te sucede esto? No, ya son varias veces que mi esposo me maltrata físicamente también siempre me maltratado psicológicamente y lo hace hasta ahora, me insulta con palabras groseras, me dice que soy una puta, una perra que no valgo nada que seguro estoy con otro hombre por eso no quiero tener relaciones con él, me humilla, me hace sentir inferior a él, prácticamente mi vida al lado de él es un tormento, pero del cuchillo sí es la primera vez, pero de intentar hacerme el amor, si muchas veces, muchas veces a la fuerza me hace el amor, incluso a veces me arranca la ropa y me hace el amor así dormida, carga unos celos muy enfermizos y obsesivos

conmigo ¿La persona que refieres es tu esposo, tu conviviente o tu enamorado? Él es mi esposo ¿te casaste? Sí, en Venezuela ¿Cómo se llama? Xxxx Xxxx Xxxx ¿cuántos años tiene tu esposo? él tiene 32 ¿Él es venezolano? Si, pero él tiene nacionalidad colombiana también ¿Cómo es él, descríbeme físicamente? él es un poco más alto que yo, es de contextura normal, es moreno, pelo negro, de labios gruesos, nariz perfilada y los ojos los tiene, así como achinaditos. ¿Cuánto tiempo tienes viviendo con tu esposo? Tenemos 14 años de convivencia ¿aquí en Perú cuantos años tienes viviendo con él? Dos años ¿Cómo era tu esposo antes de este suceso que me comentas? Mi esposo siempre ha sido celoso y ahora es más celoso todavía, tiene unos celos enfermizos porque apenas converso con alguien o lo saludo, mi esposo piensa que yo estoy con él o que quiero algo con esa persona y nunca quiso que trabajara por sus celos enfermizos que tiene, él piensa que yo me voy a ir con otro hombre dejando a mis hijos y a él, pero eso no es cierto, el problema de mi esposo son sus celos y también le gusta beber demasiado licor y eso lo pone más agresivo todavía, quiere siempre hacerme el amor a la fuerza, él es dominante, agresivo, violento, quiere mandar todo el tiempo, quiere que haga lo que él diga, ósea él tiene carácter dominante, pero nunca se puso tan agresivo como anoche, ya anteriormente me pegaba, pero no se había puesto tan agresivo, así como anoche que me atacó tan feo, la penúltima vez que me atacó fue en el cuarto de mi hermana, me agarró del cuello y me tiró contra la pared, me dio una cachetada bien fuerte y me rompió el labio y hasta anoche que se puso más mal todavía no se, parece que consumió algo, quizá alguna droga, no sé de verdad, porque él se retiró de la reunión con un peruano y luego volvió y cuando volvió estaba asado. ¿Y cómo era la relación con tu esposo antes de este suceso que me comentas? Verdaderamente el matrimonio estaba acabado desde el año pasado. Mi esposo se fue a Colombia y cuando volvió en diciembre, paramos peleando y peleando y peleando, las peleas eran constantes, yo estaba en reuniones así con mis amigas y me amenazaba delante de ellas, que te voy a matar, te voy a matar, y yo decía porque peleas así, si yo

no estoy haciendo nada malo, le decía, yo te dije que vinieras para acá porque mi hija tiene cáncer, y como vos es su papá, usted tiene que estar conmigo, con ella y con todos tus demás hijos le decía yo y él nada, siempre todos los fines de semana quería tomar, entonces llegaba y me decía que me iba a matar, me amenazaba de muerte delante de mis hijos, me quería matar y así era su comportamiento desde que volvió de Colombia, antes también me pegaba, me agredía verbalmente, me humillaba, me hacía sentir menos y no me dejaba ser útil ni trabajar por sus celos que tenía, pero nunca me había hecho esto con cuchillo como ahora, pero si ya me venía amenazando con matarme. ¿Desde cuando empezaron las amenazas hacia tu persona? desde el año pasado ¿Desde qué fecha exactamente? desde antes de que se fuera para Colombia, como pa mayo o pa junio aproximadamente ¿Cómo te amenazaba? que me iba a matar, que sí que voy a tener otro, primero muerta antes de verte con otro así me decía, tenía unos celos obsesivos y enfermizos que pasaba por su cabeza y estos celos no le hacía razonar y se comportaba de una forma agresiva conmigo. ¿Cómo te sientes tú, después de haber experimentado estos actos de agresión? *Me siento muy triste (agraviada llora, entrelaza y frota los dedos de sus manos, refleja en su rostro sentimiento de tristeza con llanto, estados de silencio, respiración agitada, su voz se siente entrecortada, pierde la concentración y no presta atención a las preguntas, refiere estar adolorida) por todo lo que me hizo mi esposo, sigo nerviosa, angustiada e intranquila y tengo mucha ansiedad y no quiero salir sola a la calle ni volver al lugar donde mi esposo casi me mata, temo que mi esposo me vuelva hacer lo mismo, desde ayer no tengo nada de apetito y también no he podido dormir nada, tengo pesadillas de lo que me pasó, y no podré olvidar esto que me pasó y siento mucha frustración porque todo esto es mi culpa, por dejar que mi esposo siempre me insulte, me humille y me golpee y tengo miedo que me vuelva hacer lo mismo o hasta llegar a matarme y así cumplir la amenaza de muerte que me hizo, la verdad lo odio por lo que me hizo y ahora ya nunca podré ser la misma de antes, porque tengo mucho miedo que mi esposo esta vez sí llegue a matarme". ¿Xxxx, te agradezco*

por la información que me has brindado el día de hoy, eres una mujer muy valiente por contarme todo lo sucedido a tu persona, ahora iremos a otro ambiente y conversaremos de otras cosas, necesitas también ser atendida por un médico, ¿me acompañas? Si, gracias.

Historia personal:

Perinatal: “Nací en Perú por parto natural, sin complicaciones”

Niñez: “Desde muy niña mis padres me llevaron a vivir a Venezuela, donde radiqué casi toda mi vida hasta antes de volver a Perú en el 2020. Soy hija de padres venezolanos, siendo la mayor de tres hermanos. Ahora no recuerdo mucho de mi niñez, bueno por momentos olvido de donde soy, me siento un poco mal por todo lo que he pasado ayer, por favor hagamos una pausa... *(agraviada denota tristeza con lágrimas en su rostro, refiere no recordar aspectos importantes de su niñez y pide que se le de unos momentos de descanso para continuar, denota fatiga)* ...Mis padres discutían, y yo no entendía mucho, sobre todo vi a mi papá gritarle a mi mamá. Mis padres eran buenos, pero rectos y nos castigaba cuando salíamos a la calle, no les gustaba que anduviéramos en la calle. Una vez recuerdo que mi padre le pegó a mi mamá cuando yo tenía 10 años, creo que fue porque no estaba la comida hecha...Bueno eso recuerdo por ahora...De niña era tranquila, estudiaba bastante, era bien estudiosa y me encargaba de mis hermanos en la casa, les daba de comer. Mi papá era bien recto y todos teníamos que obedecer, sino nos daba golpe, en cambio mi mamá era más sensible y hacía todo lo que mi papá decía porque si no la agarraba y la pegaba, todo eso me hacía sentir triste y quería salirme de mi casa, hasta que a los 17 años conocí al denunciado y no dudé en irme con él para tener una vida mejor, pero no fue así, he vivido un tormento a su lado *(agraviada refleja en su rostro sentimiento de tristeza con llanto, estados de silencio, respiración agitada, su voz se siente entrecortada, pierde la concentración y no presta atención a las preguntas, refiere estar adolorida y angustiada por todo lo que le hizo su esposo)*.

Adolescencia: “Continué viviendo con mis padres hasta los 17 años, de ahí conocí a mi esposo, con quien me fui a vivir y a los 20 años tuve a mi primer hijo con él. De adolescente era alegre, tranquila, era más o menos renegona, no me gustaba que se metieran con mis cosas, me gustaba mucho el estudio, era estudiosa. Recuerdo que la mamá de mi esposo me pegó una vez cuando tenía 23 años, porque yo tenía problemas con ella, ya que se metía mucho en mi vida y no me dejaba ser feliz con su hijo. De adolescente también era sensible, cualquier problema que tenía era más de retirarme, no era de enfrentarme”.

Descripción personal actual: “Soy una persona tranquila, sensible y débil, no soy de defenderme cuando me agreden, por eso mi esposo aprovecha en insultarme y en agredirme, porque sabe que no tengo a donde ir, y él aprovecha de eso, no tengo a donde ir con mis hijos, a veces reniego mucho conmigo misma por aguantar tanto. Frente a las peleas y discusiones que tengo con mi esposo, me da nervios, me da tensión, a veces de tanto que me insulta y me agrede se me olvida las cosas y hago una cosa por otra, solo estoy pensando en lo malo que es mi vida y la de mis hijos, no quiero que sufran mis hijos y no quiero que mis hijos vivan sin el amor de su padre, solo por eso no me voy y también porque no tengo adónde ir, estoy prácticamente presa en sus redes y tengo que aguantar todas la humillaciones y maltratos de mi esposo, pero ya no quiero seguir así, espero me puedan ayudar a tener una vida mejor junto a mis hijos (*agraviada llora, presenta mirada cabizbaja, voz entrecortada y se queda callada*).

Educación: “Terminé la secundaria a los 20 años en Venezuela. Después estudié en el Instituto un año secretariado ejecutivo, tengo mi título en Venezuela, nunca ejercí porque mi pareja no me dejó hacerlo, siempre me dominaba y era bien celoso, y por sus celos ya no trabajé y me dediqué a mis hijos y a él”.

Trabajo: “Yo llegué a Perú en el 2020, vine con mi esposo y mis hijos, el 12 de abril de este año cumplí dos años aquí, desde que llegué a Perú yo vendo productos de catalogo

Unique, Ezika, Cyzone y Avon y a eso me dedico. Allá en Venezuela comencé a trabajar a los 16 años, en un puesto de teléfono como operadora, trabajé ahí casi un año y medio, y como conocí a mi esposo, me fui a vivir con él, pensando que tendría una vida mejor, ya que en mi casa solo era peleas y peleas entre mis padres y la verdad ya no quería vivir en mi casa y por eso decidí salir de ahí e ir a vivir con mi esposo, pensando que tendría una vida mejor, pero la realidad fue otra, me escapé de las peleas de mis padres para vivir un tormento al lado de mi esposo. *(Agraviada llora, se entrecorta su voz y se queda callada)* ...Mi esposo es bien celoso, él no quería que trabajara y dejé de trabajar por sus celos enfermizos y obsesivos que tenía y de ahí estuve en la casa y así el denunciado no más trabajaba. Es así que mi esposo se fue a Colombia a trabajar ya que en Perú no la estábamos pasando bien, es ahí donde yo me pongo a trabajar en una empresa de esas que hacen las bolsas plásticas, materiales de bolsa y como mi hija se me enfermó, le detectaron cáncer, yo dejé de trabajar para cuidar a mi hija. A la actualidad soy ama de casa y dependo económicamente de mi esposo, yo quería trabajar, pero él no me dejaba hacerlo por sus celos enfermizos que tiene hacia mí, mi esposo me celaba a mí con todos los que yo conversaba o les ofrecía mis catálogos, ya que mi único solvento económico era vender los productos de catálogo”.

Hábitos e intereses: “Me gusta escuchar música y desde casa me dedico a vender productos de los catálogos de belleza como de Unique, Esika, Cyzone y Avon. Ahora me siento mal, por todo lo que me está pasando, de alguna manera tengo la culpa por no separarme de él, no lo hice por mis hijos y por la crianza que tengo de mi mamá, ella me decía que tengo que darle una oportunidad a mi esposo, que va cambiar, hazlo por tus hijos me dijo mi mamá, pero mi esposo en vez de cambiar se había vuelto más impulsivo y agresivo, más celoso, me celaba con todo el mundo, no me dejaba hacer mis cosas tranquila, se ha vuelto muy obsesivo con los celos, me decía seguro te has visto con ese maldito indio, a ese le voy a quemar vivo, yo tenía un amigo peruano, que cuando mi esposo se había ido a Colombia, mi amigo me

apoyaba con ofrecer mis catálogos a sus amigos y me compraba también productos del catálogo, solo fue mi amigo nada más, y mi esposo pensaba que yo tenía algo con mi amigo, eso era falso porque mi amigo era casado y tenía hijos, sino que se compadeció de mí y de mis hijos y por eso me ayudaba y él se alejó de mí por no querer problemas con mi esposo. Yo me siento mal por todo lo que me ha hecho mi esposo, siempre me vivido un infierno a su lado, sus celos son enfermizos y obsesivos y me amenazó con matarme, por eso tengo mucho miedo que lo haga, hasta incluso estando en la cárcel puede mandar a matarme con sus amigos, ya no sé qué hacer eso me tiene preocupada e intranquila y peor ahora estoy con dolores en todo el cuerpo, no me siento bien, no he dormido nada, ni tampoco tengo ganas de comer a la justa tomé sopita de pollo, también tengo miedo de entrar a mi cuarto, porque no quiero ver la imagen de lo que pasó ahí ayer, por eso dormí con mi hermana y deseo olvidar todo pero no puedo, quiero hacer algo tampoco puedo no logro concentrarme ni presentar atención a lo que hago, no puedo hacer mi vida como antes, estoy en cama y me viene las imágenes a mi mente de lo que me hizo me esposo y me desespero y me pongo a llorar pensando en que ya en estos momentos estaría muerta. No sé si logre superar esto que me pasó, porque no tengo ganas de hacer nada, siento que estoy muerta en vida y me duele mucho que mis hijos me vean así, toda destrozada con el cuerpo adolorida y siento que ya no volveré a ser la mujer que era antes, porque tengo mucho miedo hasta de salir de casa, porque en mi mente está que mi esposo va a venir a matarme, tarde o temprano mi esposo me va a matar... *(agraviada denota en su rostro semblante de tristeza con llanto, voz entrecortada, mirada cabizbaja, estados de silencio, entrelaza y frota los dedos de su manos, suspira, se agita y se desespera mirando a los costados del consultorio).*

Vida psicosexual: “Menarquia a los 11 años, primer enamorado a los 15 años, estuve con él un año y medio, con quien también tuve mi primera relación sexual a los 15 años, me separé de él debido a una infidelidad. A los 17 años inicié mi primera relación con mi esposo,

bueno yo ya lo conocía a él desde niña, pero nunca nos hablábamos, incluso cuando él me molestaba yo no le hacía caso. A los 25 años me casé con mi esposo, a la actualidad tenemos como 7 años de casados, tengo 4 hijos con él. Nosotros llegamos a Perú en abril del 2020 y me separo del denunciado en agosto del 2020, por las peleas constantes que teníamos a causa de sus celos, después él se va a Colombia. Mi esposo regresa a Perú el 15 de agosto del 2020 y ya regresó cambiado y ese día tomó y se volvió agresivo, tanto que rompió su teléfono, es muy impulsivo, actúa por actuar sin medirse. Después cuando regresó retomamos la relación, pero no funcionaba, porque teníamos muchas peleas y sus agresiones verbales y amenazas de muerte eran constantes y hasta que paso esto que me intentó matar, él primero quería tener relaciones sexuales a la fuerza, me forcejeaba para tener sexo y yo no quería hacerlo y ahí me insultaba, me dijo: “eres una maldita zorra y si conmigo no estas porque te duele, pero cuando estas con el resto no te duele, te voy a dejar libre perra”. Siempre quería tener relaciones sexuales, el viernes lo tuvimos y de nuevo quería el sábado, pero yo me sentía mal de los ovarios y no quería y por eso empezó todo por sus celos, él pensaba que si no lo hacía con él es porque estaba con otra persona, por eso por celos me empezó a agredir con el cuchillo” (*agraviada denota en su rostro semblante de tristeza con llanto, voz entrecortada, mirada cabizbaja, estados de silencio, entrelaza y frota los dedos de su manos, suspira, se agita y se desespera mirando a los costados del consultorio*).

Antecedentes patológicos: Enfermedades: “Estoy mal de los ovarios, perdí el ovario izquierdo a causa de la última cesaría, me dio hemorragia interna”. **Accidentes:** “Niega”. **Operaciones:** “Tengo 4 cesáreas y una operación de histerectomía subtotal”.

Antecedentes judiciales: “Esta vez es la segunda vez que le denuncié a mi esposo, pero ya varias veces me insulta, también me ha pegado y yo no lo he denunciado porque él es quien se encarga de mis hijos, y además dije seguro va cambiar y nada no cambió y ahora intentó matarme”. (*agraviada denota en su rostro semblante de tristeza con llanto, voz*

entrecortada, mirada cabizbaja, estados de silencio, entrelaza y frota los dedos de sus manos, suspira, se agita y se desespera mirando a los costados del consultorio).

Historia familiar:

Padre: “Xxxx Xxxx Xxxx de 59 años, él está en Perú, él trabaja en una empresa de plásticos. La relación es buena con mi padre, pero no conversamos mucho porque su trabajo lo absorbe”.

Madre: “Xxxx Xxxx Xxxx de 52 años. Ella vive en Venezuela, es ama de casa. La relación con mi madre es mucho mejor que con mi padre, nos comunicamos siempre y cuanto le conté lo que me ha pasado le ha subido la presión y se ha sentido mal”

Hermanos: “Soy la mayor de 3 hermanos, mantengo una buena relación con mis hermanos, pero a distancia”

Pareja (esposo denunciado): “Xxxx Xxxx Xxxx de 32 años, trabaja como soldador en una ladrillera, en Venezuela era taxista. Es una persona muy impulsiva, es celoso, dominante y siempre se tenía que hacer en la casa lo que él dijera, en ocasiones cuando estaba sano era cariñoso, pero cuando se emborrachaba y consumía estupefacientes como marihuana se ponía agresivo y violento. Las agresiones venían desde que él regresó de Colombia en agosto del 2020, él volvió calmado y constantemente me agredía verbalmente cuando no quería tener relaciones sexuales con él. Tengo un resentimiento, odio y mucha rabia contra él por lo que me hizo, y no quiero saber nada de él. Mi esposo mediante una amiga le dijo que yo retire la denuncia, que no le haga eso, porque le van dar muchos años de cárcel y les dijo a mis amigos para que no declaren de lo que me había hecho”.

Hijos: “Tengo 4 hijos, de 11 años, de 10 años, 7 años y de 5 años, con quienes vivo; a veces reniego con mis dos hijos mayores, porque no me hacen caso, ya que he perdido autoridad sobre ellos porque mi esposo me desautoriza frente a ellos y muchas veces también

me ha humillado delante de mis hijos”.

Análisis de la dinámica familiar: “Vivía con mi esposo y con mis hijos, en un cuarto alquilado, mi esposo es quien paga el cuarto, yo dependo económicamente de él. Desde el año pasado que regresó de Colombia, está bien obsesionado con sus celos hacia mí, no me deja vivir en paz y si por él fuera a cada rato quiere tener relaciones sexuales conmigo y yo no deseo y me obliga a tenerlo y si no quiero se pone agresivo y me empieza a insultar, tanto así que amenaza de muerte desde diciembre del año pasado, diciendo que me va a matar, todas las semanas cuando toma me amenaza con matarme tanto que el día sábado intentó hacerlo y si no era por mi hijo de 11 años y la de 5 años, quienes gritaron “papi no la mateis, mateis”, yo ya estaría muerta”. *(agraviada denota en su rostro semblante de tristeza con llanto, voz entrecortada, mirada cabizbaja, estados de silencio, entrelaza y frota los dedos de sus manos, suspira, se agita y se desespera mirando a los costados del consultorio).*

Actitud de la familia: “Mi familia sabía que esto lo que me hizo mi esposo iba a pasar en cualquier momento, ellos me aconsejaron que me separe de mi esposo, pero yo no les hice caso pensando que mi esposo cambiaría y dejaría de agredirme física y psicológicamente”.

Actitud de la peritada: “Yo la verdad no pensé que mi esposo me iba hacer esto, ahora siento odio y rechazo por él y deseo que lo castiguen por lo que me hizo, y es mejor que lo lleven a Venezuela, porque en Perú él tiene muchos contactos, como consume droga, puede mandar matarme con sus amigos y la verdad yo tengo mucho miedo y no puedo vivir así *(agraviada llora, entrelaza y frota los dedos de sus manos, refleja en su rostro sentimiento de tristeza con llanto, estados de silencio, respiración agitada, su voz se siente entrecortada, pierde la concentración por momentos y le cuesta prestar atención, refiere estar adolorida)*”.

Instrumentos y técnicas psicológicas:

- Entrevista Psicológica Forense

- Observación de Conducta
- Mini-Mental Mini Examen Cognitivo (MMSE).
- Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)
- Cuestionario de 90 síntomas SCL 90-R
- Inventario Clínico Multiaxial de Millón III
- Escala de Autoestima de Rosenberg
- Test de la Persona Bajo la Lluvia.

Análisis e interpretación de resultados:

Observación de conducta: Se trata de una persona de sexo femenino, de contextura gruesa y estatura promedio; se presenta con vestimenta acorde a la estación en inadecuadas condiciones de aseo y arreglo personal (presenta manchas de sangre), utiliza mascarilla (con rastros de sangre) como parte del protocolo de bioseguridad por encontrarnos en Emergencia Sanitaria a nivel Nacional por Pandemia COVID 19. Se encuentra parcialmente orientada en tiempo, lugar y persona, con alteraciones psicopatológicas evidenciándose alteraciones en la memoria, pensamiento, atención, afectividad, juicio y voluntad que alteran su funcionamiento psicológico normal. Durante la entrevista en cámara Gesell la examinada se presenta con la cabeza, cara, frente y cabello con sangre; se le observa puntos en la frente y en el brazo derecho, con golpes y moretones en la cara; asimismo, se quejaba del dolor durante la entrevista. Presenta un lenguaje espontáneo, fluido, entendible y coherente, sin embargo, cuando la examinada presenta episodio de llanto perjudica la fluidez y la claridad en la pronunciación de las palabras que utiliza; asimismo presenta variaciones en el volumen de su voz oscilando de bajo a moderado y por momentos quedándose en silencio. En relación a los hechos materia de evaluación ofrece un relato de forma espontánea, coherente y consistente, brindando detalles de lo sucedido; asimismo, existe congruencia entre su expresión verbal y

corporal. Durante la entrevista y evaluación se le observa con estado de ánimo triste, decaída, entrelaza y frota los dedos de sus manos, refleja en su rostro sentimiento de tristeza con llanto, estados de silencio, respiración agitada, su voz se siente entrecortada, pierde la concentración y no presta atención a las preguntas, refiere estar adolorida; asimismo evidencia episodios de llanto al referir la actitud hostil del esposo hacia su persona, generando en ella tristeza, intranquilidad, angustia, temor, preocupación y ansiedad. Asimismo, alberga sentimientos de odio y rechazo por lo que le hizo el denunciado.

Área cognitiva: Su capacidad intelectual se encuentra dentro del promedio. Evidencia embotamiento mental (*su cerebro está exhausto, le cuesta razonar, permanecer atenta y estar concentrada*). Se encuentra en estado de hiperalerta y desorientada. Presenta escasa concentración, atención e incapacidad para asimilar estímulos. Asimismo, evidencia amnesia disociativa (*incapacidad para recordar información personal importante, esto debido a la situación estresante vivida*).

Área de personalidad: Presenta personalidad dependiente. Evidencia sumisión, adhesión, temor excesivo al abandono, excesiva necesidad que se preocupen por ella, indecisa y sin iniciativa para realizar sus actividades diarias, se queda callada, no expresa desacuerdos y no se siente capaz de cuidarse sola y necesita de alguien para que tome decisiones por ella no asumiendo responsabilidad por sí sola. Se ve a sí misma débil, frágil y sensible; le falta autoconfianza y menosprecia sus actitudes y competencias, por lo que no es capaz de hacer las cosas por sí misma. Evita las responsabilidades adultas buscando ayuda y guía en los demás; es dócil y pasiva, carece de competencias funcionales y evita la autoafirmación. Necesita seguridad y consejos excesivos; se subordina a una figura más fuerte que le proporciona cuidado y autoridad, sin la cual se siente sola e indefensa de forma ansiosa. Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con muchos consejos y excesiva reafirmación por parte de los demás. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las

principales parcelas de su vida. Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Tiene dificultades para iniciar proyectos para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o energía). Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados de ser incapaz de cuidar de sí misma. Busca urgentemente alguien que le proporcione cuidado y el apoyo que necesita. Está preocupado de forma no realista por el miedo a que la abandonen y tenga que cuidar de sí misma.

Área familiar: Proviene de una familia de origen con dinámica disfuncional donde ha presenciado conductas machistas y rígidas por parte de su progenitor desde etapas tempranas de vida, la figura de autoridad está sobrevalorada, normalizando la violencia ejercida por su padre. En relación a su pareja, conforma una familia disfuncional, tiene 4 hijos con quienes tiene vínculos afectivos. Indica anteriores denuncias por constantes agresiones verbales y físicas hacia su persona asociado a presuntos celos y consumo de drogas y alcohol. Asimismo, se evidencia una dinámica de violencia de larga data con dificultades en la relación y comunicación con el denunciado; donde existe asimetría de poder, se inicia en situaciones de conflicto y termina en violencia, asimismo existe dependencia hacia la pareja, el cual asume un rol autoritario y machista donde siente que no la valora, no la respeta, la humilla y la cosifica; generando en la agraviada, rechazo, odio y miedo a que la lastime de nuevo y la mate.

Área psicosexual: Se identifica con su rol y género de asignación. De la entrevista realizada se evidencia relaciones sexuales forzadas con agresiones físicas y verbales constantes y recurrentes, asimismo se evidencia sometimiento sexual.

Discusión forense: Análisis del motivo de la evaluación: El presente estudio de caso corresponde a una dinámica de violencia donde hay asimetría de poder, hostigamiento y sometimiento por parte del denunciado hacia la agraviada; estas agresiones se ha desarrollado

en el ciclo de la violencia donde ella siente peligro en su integridad física y sexual; el cual ha sido de larga data, donde el denunciado ha intentado contra la vida de la persona evaluada, cuyo evento se dio en el domicilio de la agraviada en frente de sus menores hijos que tienen en común. El relato de la persona evaluada se caracteriza por detalles y precisiones que brinda en cuanto a la circunstancia, la forma y elementos de la dinámica de dicho evento, lo cual otorga coherencia y consistencia en su narrativa: precisa la fecha, la hora, el lugar de los hechos, las circunstancias, como se sentía al ser atacada por su pareja, cuando intenta salvarse y pide auxilio, etc. La coherencia se sustenta en la secuencia lógica de los hechos en su narrativa y la consistencia en que mantiene el mismo argumento a lo largo de su relato, así como cuando se explora su historia personal y familiar. Al respecto la autora Carolina Navarro Mendel (2006), señala “Las condiciones de coherencia y consistencia son características que no debieran faltar en un relato verídico. (pp.40-41). Sin embargo, cuando se le vuelve a preguntar en consultorio por el hecho motivo de evaluación por momentos no recuerda lo sucedido, presentando amnesia disociativa (*incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma*), esto por la sintomatología presente de un trastorno de estrés agudo. **Determinar la repercusión o impacto:** De acuerdo al análisis realizado se evidencia que la agraviada presenta trastorno de estrés agudo, destacando la siguiente sintomatología, las cuales son: nerviosismo, angustia, intranquilidad, ansiedad, no quiere salir sola a la calle ni volver al lugar donde ocurrieron los hechos “*por todo lo que me hizo mi esposo, sigo nerviosa angustiada e intranquila y tengo mucha ansiedad y no quiero salir sola a la calle, ni volver al lugar donde mi esposo casi me mata*”. Disminución del apetito y problemas de sueño (insomnio) “*desde ayer no tengo nada de apetito, tengo pesadillas de lo que me pasó y no he podido dormir nada*”. Malestar al recordar el suceso traumático “*no podré olvidar esto que me pasó,*”. Pérdida de su estabilidad emocional y laboral. Irritabilidad, tristeza, frustración y sentimiento de culpa “*siento mucha frustración, porque todo esto es mi culpa, por dejar que mi esposo*

siempre me insulte, me humille y me golpee". Teme que la persona que la agredió vuelva hacer lo mismo y la mate "*tengo miedo que mi esposo me vuelva hacer lo mismo y esta vez sí me mate y así cumplir la amenaza de muerte que me hizo*", incertidumbre "*me voy a quedar sola y quien me va a ayudar con mis hijos*", impotencia, odio y rechazo "*lo odio por lo que me hizo y ya nunca podré ser la misma de antes*". Escasa concentración, estado de hiperalerta. Teme que la situación de inestabilidad nerviosa persista y no pueda volver ser la misma persona que era antes del suceso. Toda esta sintomatología está relacionadas al motivo de la evaluación y sus repercusiones en las diferentes áreas de funcionamiento personal, laboral y social; el cual se corrobora con la sintomatología del trastorno de estrés agudo (CE-10 Y DSM-5). Embotamiento o aplanamiento afectivo (*incapacidad para experimentar emociones*). Depresión (*sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión, infelicidad, pesimismo, sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima, asimismo tiende a sentirse culpable o arrepentido por lo sucedido*). Ansiedad o aumento de la activación arousal (*dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora*). Ira. Desesperación. Signos vegetativos de la crisis de Pánico (*taquicardia, sudoración y rubor*). Crisis aguda de nervios. Fatiga de combate y shock psíquico (*perturbación súbita y a menudo intensa del estado emocional, que puede provocar sentimientos de aturdimiento o sobrecogimiento*). Alteración del sueño, pesadillas constantes, dificultad para dormir y episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia traumática, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático. Aislamiento (*alejamiento de la circunstancia*). Agitación e hiperactividad (*reacción de lucha o de huida*). Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (*temor de regresar al lugar de los hechos*). **Propensión a la vulnerabilidad y factor de riesgo:** La agraviada presenta **factores de vulnerabilidad como:** ser víctima de constantes agresiones físicas y psicológicas, ser una persona migrante,

el no contar con un trabajo estable y solo depender económicamente de la pareja, y de presentar personalidad dependiente. **Factores de riesgo como:** el denunciado tiene acceso a uso de arma blanca, consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y drogas) y denuncias anteriores. La examinada percibe que los hechos de violencia se realizaron ante un consumo de sustancias psicoactivas lo cual agrava su problemática.

Conclusiones:

- La agraviada por el delito de tentativa de feminicidio presenta alteraciones psicopatológicas evidenciándose alteraciones en la memoria, pensamiento, atención, afectividad, juicio y voluntad que alteran su funcionamiento psicológico normal.
- La agraviada por el delito de tentativa de feminicidio presenta secuelas psicológicas de un trastorno de estrés agudo.
- La agraviada por el delito de tentativa de femicidio presenta personalidad dependiente.

Recomendaciones:

- La agraviada por el delito de tentativa de feminicidio requiere tratamiento psiquiátrico y terapia psicológica cognitivo conductual de manera individual, así como también se sugiere que se inserte en ella el plan de intervención propuesto en el presente trabajo académico.
- Realizar evaluación neuropsicológica.
- Realizar seguimiento del caso y evaluación psicológica forense posterior a los 6 meses para determinar TEPT.

2.6. Propuesta de Plan de Intervención y calendarización

En el presente trabajo académico se propone el siguiente plan de intervención

para el estudio de caso realizado, teniendo en cuenta la propuesta de intervención de un programa desarrollado por Matud, Fortes y Medina, 20014 “Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja”. (Matud 2004; Madut, Medina y Padilla, 2005; Matud, Padilla y Gutiérrez, 2005) han propuesto un programa de intervención psicológica para mujeres maltratadas por su pareja en el que, aunque predomina la aplicación de técnicas cognitivos conductuales, se incorporan muchos de los principios y estrategias generadas desde la perspectiva socio-cultural del maltrato a la mujer. Dicho Pan de intervención trata de validar la experiencia de la mujer y fomentar su independencia, ayudándole a que utilice estrategias que la sitúen en una posición de mayor poder y toma de decisiones recuperando así el control de su vida. Los resultados de la evaluación de los efectos de dicho programa han mostrado una reducción importante y estadísticamente significativa de los síntomas de estrés postraumático, ansiedad, depresión, somatizaciones, de la sensación de indefensión y de la inseguridad en sí misma, así como un aumento de la autoestima y el apoyo social y del afrontamiento centrado en el problema. Mejoría que se daba inmediatamente tas el tratamiento y se mantenía al menos un año después (Matud, 2004). Es un planteamiento que, centrado en el desarrollo de las potencialidades de la mujer tiene tres objetivos generales: 1) Ayudarles a aumentar su seguridad. 2) Ayudarles a recuperar el control de su vida y 3) Remediar el impacto psicológico del abuso.

Es así que el siguiente plan de intervención constará de una sesión de terapia individual por semana de 1 y hora y media de duración, donde se aplicaran técnicas Cognitivos Conductuales que son de uso fundamental para este tipo de intervención. Respecto a las técnicas que se han de utilizar, aunque son muy diversas se ha destacado la relevancia de las aproximaciones cognitivo conductuales. Webb (1992) sugiere tratamientos cognitivos conductuales, tanto en formato individual como grupal, que

incluyen la reestructuración cognitiva, el modelado, la parada de pensamiento y la inoculación al estrés, técnicas que van dirigidas a identificar y cambiar los pensamientos distorsionados y a responder de forma más adaptativa y segura ante el maltrato. Cox y Stoltenberg (1991) aplicaron un programa de tratamiento por 5 módulos: a) reestructuración cognitiva; b) asertividad y habilidades de comunicación; c) solución de problemas; d) orientación profesional; y e) percepción del propio cuerpo. Kubany, Owens, McCaig, Hill, Iannce-Spencer y Tremayne (2004) plantean un programa de tratamiento que incluye varios elementos del tratamiento cognitivo conductual y que contiene una exploración de la historia de maltrato, exposición, autocontrol de las autoinstrucciones negativas, terapia cognitiva para el sentimiento de culpa un módulo de autoayuda, asertividad e identificación de posibles maltratadores. Y también los programas de intervención para mujeres maltratadas (Echeburúa y Corral, 1998; Labrador, Rincón, Luis y Fernández – Velasco, 2004), predominan la utilización de técnicas cognitivos conductuales. Las sesiones de la intervención terapéutica se detallan a continuación:

SESION 1: Bienvenida y sensibilización: En esta sesión se le da la bienvenida a la agraviada y se le explica sobre el desarrollo del plan de intervención terapéutica (objetivo, fecha, duración, etc.) y el cumplimiento del mismo. Además, se le menciona que se le asignaran tareas para casa en cada sesión.

SESIÓN 2: Psicoeducación en género y en violencia de género. En esta sesión se pretende aumentar la seguridad de la agraviada, la toma de conciencia y la comprensión del proceso de violencia de género vivido. Para ello se trabaja a través de la metodología inductiva qué es la violencia de género, los tipos de malos tratos, las consecuencias en sus víctimas y las características de los hombres agresores, así como las estrategias

exculpatorias que utilizan ante la violencia ejercida. También se trabajan los mitos sobre la violencia familiar y las medidas de seguridad, lo cual es fundamental dado el riesgo en el que se encuentran muchas de las mujeres. Además, se analiza a través del debate cómo la socialización tradicional y los estereotipos de género no solo limitan la vida y el desarrollo de las personas, sino que perpetúan y generan la violencia hacia las mujeres.

SESIÓN 3, 4 y 5: Entrenamiento en relajación: Para controlar las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad, se inició la intervención en la agraviada con un entrenamiento en relajación muscular progresiva, combinado con respiración diafragmática e imaginación temática, el cual se realizó en tres sesiones, espaciadas semanalmente; en cada una de ellas se enviaba como tarea para casa practicar al menos una vez al día durante 20 a 30 minutos y registrar los progresos en la hoja de autorregistro para la relajación de Cautela y Groden.

SESIÓN 6, 7, 8 y 9: Reducción y/o eliminación de síntomas. Para lo cual se utilizan distintas estrategias y técnicas terapéuticas, tales como reestructuración cognitiva, técnica de las tres columnas (ABC), detención del pensamiento, técnicas de manejo del estrés y entrenamiento en relajación. Dentro de la reestructuración cognitiva, se enfatizan las cogniciones irracionales y desadaptativas relacionadas con la culpa de la agraviada, la cual también se trabaja por medio de la psicoeducación en género y en violencia de género.

SESIÓN 10 y 11: Estrategias y técnicas para aumentar su autoestima y autoeficacia. Para ello se utiliza psicoeducación en autoestima y autoeficacia, así como estrategias para que atiendan a las necesidades de la agraviada, defienda sus derechos y realice actividades gratificantes, así como la programación de actividades cotidianas para su autocuidado.

SESIÓN 12, 13 y 14: Fomentar una comunicación y habilidades sociales adecuadas. Además de una fase psicoeducativa acerca de la comunicación y los estilos de conducta

interpersonal, se lleva a cabo entrenamiento en técnicas asertivas y de comunicación.

SESIÓN 15, 16 y 17: Aprender y/o mejorar la forma de solucionar los problemas y de tomar decisiones. Lo cual se realiza a través de psicoeducación y entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones.

SESIÓN 18, 19, 20 y 21: Reestructuración cognitiva sobre el amor romántico y la prevención de recaídas. Con el fin de reforzar y fomentar el aprendizaje de la agraviada. Asimismo, en cada sesión se le brinda unas "fichas" para que pueda transcribir la agraviada, en la que recoge de forma sintética y estructurada el contenido teórico de lo tratado en la sesión, animándolos a que meta la ficha en una carpeta que se le da en la primera sesión.

SESIÓN 22: Evaluar los resultados obtenidos en la intervención terapéutica. El terapeuta juntamente con la agraviada evalúa los resultados obtenidos de cada sesión y la mejoría de ella en dicha terapia. Además, se le hace recordar que tiene que seguir realizando en casa las actividades desarrolladas en cada sesión para evitar una probable recaída.

2.7. Procedimiento:

Figura 3

Sesiones y actividades

SESIÓN	FECHA	DURACIÓN	PERIODICIDAD	PARTICIPANTES	TÉCNICAS DE TRATAMIENTO
SESION 1: Bienvenida y sensibilización	diciembre 2023	1 hora y media	1 sesión por semana (1° semana de diciembre 2023)	terapia individual (agraviada)	-Ninguno
SESIÓN 2: Psicoeducación en género y en violencia de género.	diciembre 2023	1 hora y media	1 sesión por semana (2° semana de diciembre 2023)	terapia individual (agraviada)	-Psicoeducación

SESIÓN 3, 4 y 5: Entrenamiento en relajación:	diciembre 2023 y enero 2024	1 hora y media	1 sesión por semana (3°, 4° semana de diciembre 2023 y 1° semana de enero 2024)	terapia individual (agraviada)	-Técnicas de Relajación y Respiración
SESIÓN 6, 7, 8 y 9: Reducción y/o de eliminación de síntomas.	enero y febrero 2024	1 hora y media	1 sesión por semana (2°, 3° y 4 semana de enero y 1° semana de febrero 2024)	terapia individual (agraviada)	Reestructuración cognitiva Técnica de las tres columnas (ABC) Detención del pensamiento Manejo del estrés y entrenamiento en relajación
SESIÓN 10 y 11: Estrategias y técnicas para aumentar su autoestima y autoeficacia.	febrero 2024	1 hora y media	1 sesión por semana (2° y 3° semana de febrero 2024)	terapia individual (agraviada)	-Psicoeducación. -Técnicas conductuales (programación de actividades positivas y gratificantes, asignación de tareas graduadas)
SESIÓN 12, 13 y 14: Fomentar una comunicación y habilidades sociales adecuadas.	febrero y marzo 2024	1 hora y media	1 sesión por semana (4° semana de febrero y 1° y 2° semana de marzo 2024)	terapia individual (agraviada)	-Psicoeducación - Técnicas asertivas y de comunicación. -Técnicas conductuales (Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales).
SESIÓN 15, 16 y 17: Aprender y/o mejorar la forma de solucionar los problemas y de tomar decisiones.	marzo y abril 2024	1 hora y media	1 sesión por semana (3° y 4° semana de marzo y 1° semana de abril 2024)	terapia individual (agraviada)	-Psicoeducación -Técnicas de solución de problemas
SESIÓN 18, 19, 20 y 21: Reestructuración cognitiva sobre el amor romántico y la prevención de recaídas.	abril 2024	1 hora y media	1 sesión por semana (2°, 3° y 4° semana de abril y 1° semana de mayo)	terapia individual (agraviada)	Reestructuración cognitiva Técnica de las tres columnas (ABC)

					-Técnicas conductuales (programación de actividades positivas y gratificantes)
SESIÓN 22: Evaluar los resultados obtenidos en la intervención terapéutica.	mayo 2024	1 hora y media	1 sesión por semana (2º semana de mayo 2024)	terapia individual (agraviada)	Técnicas conductuales (Técnicas de dominio y agrado y asignación de tareas graduadas).

2.8. Consideraciones éticas.

Para el presente estudio de caso es imprescindible seguir una serie de cuestiones éticas. Además de seguir el código deontológico propio de los /as profesionales de la Psicología (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 1993; APA, 2022) también se debe de tener una serie de cuestiones específicas. Así Dutton (1992) plantea que en el trabajo con mujeres maltratadas por su pareja hay que tener en cuenta varios puntos esenciales, entre los que se incluyen: 1) el mantener la confidencialidad de la forma más estricta posible. Si mantener la confidencialidad es un principio ético fundamental en cualquier profesional de la psicología, más lo es aun cuando se trabaja con mujeres maltratadas ya que, además de que muchas son reacias a contar su situación y son muy sensibles a las cuestiones relativas a la privacidad (Walker 1994), su vida puede llegar a depender de ello. Por tanto, para el desarrollo del siguiente trabajo académico se ha respetado la confidencialidad de la agraviada.

Asimismo se ha respetado los parámetros y lineamientos de la guías del IML- MP; la Guía de entrevista única y la Guía de evaluación psicológica forense en el marco de la ley 30364, donde en primera instancia para proseguir con la entrevista en cámara Gesell y posterior evaluación en consultorio el examinado o examinada debe de firmar un consentimiento informado, en este caso la persona evaluada firmó un consentimiento informado para el desarrollo del peritaje psicológico forense, dicho consentimiento informado se le presenta a la

persona que acude a psicología forense para ser evaluado, donde se le informa acerca del procedimiento de la evaluación psicológica forense (para que se le realice preguntas en relación al suceso porque lo que acude a evaluación o las que fluyan como parte de la entrevista; así también la aplicación de pruebas o instrumentos psicológicos correspondientes) y los fines de investigación científica; por tanto la persona evaluada expresó su conformidad para participar en el presente estudio de caso, y procedió a dejar su rúbrica en el respectivo consentimiento informado.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de Resultados

Análisis e interpretación de resultados:

Observación de conducta: Se trata de una persona de sexo femenino, de contextura gruesa y estatura promedio; se presenta con vestimenta acorde a la estación en inadecuadas condiciones de aseo y arreglo personal (presenta manchas de sangre), utiliza mascarilla (con rastros de sangre) como parte del protocolo de bioseguridad por encontrarnos en Emergencia Sanitaria a nivel Nacional por Pandemia COVID 19. Se encuentra parcialmente orientada en tiempo, lugar y persona, con alteraciones psicopatológicas evidenciándose alteraciones en la memoria, pensamiento, atención, afectividad, juicio y voluntad que alteran su funcionamiento psicológico normal. Durante la entrevista en cámara Gesell la examinada se presenta con la cabeza, cara, frente y cabello con sangre; se le observa puntos en la frente y en el brazo derecho, con golpes y moretones en la cara; asimismo, se quejaba del dolor durante la entrevista. Presenta un lenguaje espontáneo, fluido, entendible y coherente, sin embargo, cuando la examinada presenta episodio de llanto perjudica la fluidez y la claridad en la pronunciación de las palabras que utiliza; asimismo presenta variaciones en el volumen de su voz oscilando de bajo a moderado y por momentos quedándose en silencio. En relación a los hechos materia de evaluación ofrece un relato de forma espontánea, coherente y consistente, brindando detalles de lo sucedido; asimismo, existe congruencia entre su expresión verbal y corporal. Durante la entrevista y evaluación se le observa con estado de ánimo triste, decaída, entrelaza y frota los dedos de sus manos, refleja en su rostro sentimiento de tristeza con llanto, estados de silencio, respiración agitada, su voz se siente entrecortada, pierde la concentración y no presta atención a las preguntas, refiere estar adolorida; asimismo evidencia episodios de llanto al referir la actitud hostil del esposo hacia su persona, generando en ella tristeza,

intranquilidad, angustia, temor, preocupación y ansiedad. Asimismo, alberga sentimientos de odio y rechazo por lo que le hizo el denunciado.

Área cognitiva: Su capacidad intelectual se encuentra dentro del promedio. Evidencia embotamiento mental (*su cerebro está exhausto, le cuesta razonar, permanecer atenta y estar concentrada*). Se encuentra en estado de hiperalerta y desorientada. Presenta escasa concentración, atención e incapacidad para asimilar estímulos. Asimismo, evidencia amnesia disociativa (*incapacidad para recordar información personal importante, esto debido a la situación estresante vivida*).

Área de personalidad: Presenta personalidad dependiente. Evidencia sumisión, adhesión, temor excesivo al abandono, excesiva necesidad que se preocupen por ella, indecisa y sin iniciativa para realizar sus actividades diarias, se queda callada, no expresa desacuerdos y no se siente capaz de cuidarse sola y necesita de alguien para que tome decisiones por ella no asumiendo responsabilidad por si sola. Se ve a sí misma débil, frágil y sensible; le falta autoconfianza y menosprecia sus actitudes y competencias, por lo que no es capaz de hacer las cosas por sí misma. Evita las responsabilidades adultas buscando ayuda y guía en los demás; es dócil y pasiva, carece de competencias funcionales y evita la autoafirmación. Necesita seguridad y consejos excesivos; se subordina a una figura más fuerte que le proporciona cuidado y autoridad, sin la cual se siente sola e indefensa de forma ansiosa. Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con muchos consejos y excesiva reafirmación por parte de los demás. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida. Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Tiene dificultades para iniciar proyectos para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o energía). Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados de ser incapaz de cuidar de sí misma. Busca

urgentemente alguien que le proporcione cuidado y el apoyo que necesita. Está preocupado de forma no realista por el miedo a que la abandonen y tenga que cuidar de sí misma.

Área familiar: Proviene de una familia de origen con dinámica disfuncional donde ha presenciado conductas machistas y rígidas por parte de su progenitor desde etapas tempranas de vida, la figura de autoridad está sobrevalorada, normalizando la violencia ejercida por su padre. En relación a su pareja, conforma una familia disfuncional, tiene 4 hijos con quienes tiene vínculos afectivos. Indica anteriores denuncias por constantes agresiones verbales y físicas hacia su persona asociado a presuntos celos y consumo de drogas y alcohol. Asimismo, se evidencia una dinámica de violencia de larga data con dificultades en la relación y comunicación con el denunciado; donde existe asimetría de poder, se inicia en situaciones de conflicto y termina en violencia, asimismo existe dependencia hacia la pareja, el cual asume un rol autoritario y machista donde siente que no la valora, no la respeta, la humilla y la cosifica; generando en la agraviada, rechazo, odio y miedo a que la lastime de nuevo y la mate.

Área psicosexual: Se identifica con su rol y género de asignación. De la entrevista realizada se evidencia relaciones sexuales forzadas con agresiones físicas y verbales constantes y recurrentes, asimismo se evidencia sometimiento sexual.

Discusión forense: Análisis del motivo de la evaluación: El presente estudio de caso corresponde a una dinámica de violencia donde hay asimetría de poder, hostigamiento y sometimiento por parte del denunciado hacia la agraviada; estas agresiones se ha desarrollado en el ciclo de la violencia donde ella siente peligro en su integridad física y sexual; el cual ha sido de larga data, donde el denunciado ha intentado contra la vida de la persona evaluada, cuyo evento se dio en el domicilio de la agraviada en frente de sus menores hijos que tienen en común. El relato de la persona evaluada se caracteriza por detalles y precisiones que brinda en cuanto a la circunstancia, la forma y elementos de la dinámica de dicho evento, lo cual

otorga coherencia y consistencia en su narrativa: precisa la fecha, la hora, el lugar de los hechos, las circunstancias, como se sentía al ser atacada por su pareja, cuando intenta salvarse y pide auxilio, etc. La coherencia se sustenta en la secuencia lógica de los hechos en su narrativa y la consistencia en que mantiene el mismo argumento a lo largo de su relato, así como cuando se explora su historia personal y familiar. Al respecto la autora Carolina Navarro Mendel (2006), señala “Las condiciones de coherencia y consistencia son características que no debieran faltar en un relato verídico. (pp.40-41). Sin embargo, cuando se le vuelve a preguntar en consultorio por el hecho motivo de evaluación por momentos no recuerda lo sucedido, presentando amnesia disociativa (*incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma*), esto por la sintomatología presente de un trastorno de estrés agudo. **Determinar la repercusión o impacto:** De acuerdo al análisis realizado se evidencia que la agraviada presenta trastorno de estrés agudo, destacando la siguiente sintomatología, las cuales son: nerviosismo, angustia, intranquilidad, ansiedad, no quiere salir sola a la calle ni volver al lugar donde ocurrieron los hechos “*por todo lo que me hizo mi esposo, sigo nerviosa angustiada e intranquila y tengo mucha ansiedad y no quiero salir sola a la calle, ni volver al lugar donde mi esposo casi me mata*”. Disminución del apetito y problemas de sueño (insomnio) “*desde ayer no tengo nada de apetito, tengo pesadillas de lo que me pasó y no he podido dormir nada*”. Malestar al recordar el suceso traumático “*no podré olvidar esto que me pasó,*”. Pérdida de su estabilidad emocional y laboral. Irritabilidad, tristeza, frustración y sentimiento de culpa “*siento mucha frustración, porque todo esto es mi culpa, por dejar que mi esposo siempre me insulte, me humille y me golpee*”. Teme que la persona que la agredió vuelva hacer lo mismo y la mate “*tengo miedo que mi esposo me vuelva hacer lo mismo y esta vez sí me mate y así cumplir la amenaza de muerte que me hizo*”, incertidumbre “*me voy a quedar sola y quien me va a ayudar con mis hijos*”, impotencia, odio y rechazo “*lo odio por lo que me hizo y ya nunca podré ser la misma de antes*”. Escasa concentración, estado de hiperalerta.

Teme que la situación de inestabilidad nerviosa persista y no pueda volver ser la misma persona que era antes del suceso. Toda esta sintomatología está relacionada al motivo de la evaluación y sus repercusiones en las diferentes áreas de funcionamiento personal, laboral y social; el cual se corrobora con la sintomatología del trastorno de estrés agudo (CE-10 Y DSM-5). Embotamiento o aplanamiento afectivo (*incapacidad para experimentar emociones*). Depresión (*sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión, infelicidad, pesimismo, sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima, asimismo tiende a sentirse culpable o arrepentido por lo sucedido*). Ansiedad o aumento de la activación arousal (*dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora*). Ira. Desesperación. Signos vegetativos de la crisis de Pánico (*taquicardia, sudoración y rubor*). Crisis aguda de nervios. Fatiga de combate y shock psíquico (*perturbación súbita y a menudo intensa del estado emocional, que puede provocar sentimientos de aturdimiento o sobrecojimiento*). Alteración del sueño, pesadillas constantes, dificultad para dormir y episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia traumática, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático. Aislamiento (*alejamiento de la circunstancia*). Agitación e hiperactividad (*reacción de lucha o de huida*). Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (*temor de regresar al lugar de los hechos*). **Propensión a la vulnerabilidad y factor de riesgo:** La agraviada presenta **factores de vulnerabilidad como:** ser víctima de constantes agresiones físicas y psicológicas, ser una persona migrante, el no contar con un trabajo estable y solo depender económicamente de la pareja, y de presentar personalidad dependiente. **Factores de riesgo como:** el denunciado tiene acceso a uso de arma blanca, consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y drogas) y denuncias anteriores. La examinada percibe que los hechos de violencia se realizaron ante un consumo de sustancias psicoactivas lo cual agrava su problemática.

3.2. Discusión de Resultados

De acuerdo al análisis realizado se evidencia que la agraviada por el delito de tentativa de feminicidio presenta alteraciones psicopatológicas en la memoria, pensamiento, atención, afectividad, juicio y voluntad que alteran su funcionamiento psicológico normal; así como también la presencia de secuelas psicológicas de un trastorno de estrés agudo, destacando la siguiente sintomatología las cuales son: nerviosismo, angustia, intranquilidad, ansiedad, no quiere salir sola a la calle ni volver al lugar donde ocurrieron los hechos *“por todo lo que me hizo mi esposo, sigo nerviosa angustiada e intranquila y tengo mucha ansiedad y no quiero salir sola a la calle, ni volver al lugar donde mi esposo casi me mata”*. Disminución del apetito y problemas de sueño (insomnio) *“desde ayer no tengo nada de apetito, tengo pesadillas de lo que me pasó y no he podido dormir nada”*. Malestar al recordar el suceso traumático *“no podré olvidar esto que me pasó,”*. Pérdida de su estabilidad emocional y laboral. Irritabilidad, tristeza, frustración y sentimiento de culpa *“siento mucha frustración, porque todo esto es mi culpa, por dejar que mi esposo siempre me insulte, me humille y me golpee”*. Teme que la persona que la agredió vuelva hacer lo mismo y la mate *“tengo miedo que mi esposo me vuelva hacer lo mismo y esta vez sí me mate y así cumplir la amenaza de muerte que me hizo”*, incertidumbre *“me voy a quedar sola y quien me va a ayudar con mis hijos”*, impotencia, odio y rechazo *“lo odio por lo que me hizo y ya nunca podré ser la misma de antes”*. Escasa concentración, estado de hiperalerta. Teme que la situación de inestabilidad nerviosa persista y no pueda volver ser la misma persona que era antes del suceso. Toda esta sintomatología está relacionadas al motivo de la evaluación y sus repercusiones en las diferentes áreas de funcionamiento personal, laboral y social; el cual se corrobora con la sintomatología del trastorno de estrés agudo (CE-10 Y DSM-5). Embotamiento o aplanamiento afectivo (*incapacidad para experimentar emociones*). Depresión (*sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión, infelicidad, pesimismo, sentimientos de*

impotencia, inutilidad y baja autoestima, asimismo tiende a sentirse culpable o arrepentido por lo sucedido). Ansiedad o aumento de la activación arousal (dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora). Ira. Desesperación. Signos vegetativos de la crisis de Pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Crisis aguda de nervios. Fatiga de combate y shock psíquico (perturbación súbita y a menudo intensa del estado emocional, que puede provocar sentimientos de aturdimiento o sobrecogimiento). Alteración del sueño, pesadillas constantes, dificultad para dormir y episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia traumática, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático. Aislamiento (alejamiento de la circunstancia). Agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (temor de regresar al lugar de los hechos).

En base al análisis obtenido, en el presente estudio de caso se ha encontrado secuelas psicológicas de un trastorno de estrés agudo que menoscaba el funcionamiento psicosocial de la agraviada. Si bien es cierto en el presente estudio de caso, la agraviada por el delito de tentativa de feminicidio no cumple con todos los criterios diagnósticos para un TEPT al momento de la evaluación; sin embargo, se sugiere una evaluación psicológica a la agraviada posterior a los 6 meses para determinar TEPT.

Es así, que Dutton y otros (2006). Manifiesta que presentar Trastorno de Estrés Agudo y TEPT puede alterar el funcionamiento psicológico de las mujeres que han experimentado maltrato por parte de sus parejas y esto se corrobora con lo encontrado en el presente estudio de caso. Sobre lo indicado, un estudio realizado por Paz, Labrador, Arinero y Crespo (2004) menciona que mujeres maltratadas suelen alcanzar a desarrollar trastorno de estrés postraumático, revelando que el 67.1% manifestó dicha afección de forma crónica, del mismo modo, hallaron presencia de depresión en el 84.2% de sus evaluadas, en el 10% alguna fobia

específica, en el 7.1% crisis de angustia y fobia social en el 5.7%. La información señalada se refuerza por el estudio de Prieto (2014) quien también asevera que tanto el trastorno de estrés post traumático y la depresión constituyen las patologías más comunes presentándose en aproximadamente el 57.4% y 47.6% de mujeres violentadas, no obstante, el autor pone en manifiesto la presencia de otras patologías como es el caso del trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, trastorno de pánico y trastorno obsesivo compulsivo, así también la somatización o patología psicósomática, sintomatología disociativa, alteraciones del sueño, entre otros que se engloban en una amplia gama de alteraciones psicopatológicas, lo cual también corrobora la sintomatología encontrada en el presente estudio de caso, así como también Colque, J (2020) respalda dicha información encontrada en su investigación realizada en el Callao, donde el estudio tuvo como objetivo general determinar las consecuencias psicológicas de las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja, encontrando dimensiones que sobresalen en estas mujeres víctimas por parte de su pareja son: la depresión, obsesión – compulsión, ansiedad y somatización. Dentro de los síntomas depresivos que destacan, se encuentra la preocupación, la tristeza, el llanto, el decaimiento, la pérdida de energía, y los sentimientos de soledad y de culpa. En cuanto a los síntomas ansiosos resaltan: el nerviosismo, el temor y miedo, la tensión y los pensamientos negativos de que algo malo puede suceder. En cuanto a los síntomas obsesivos – compulsivo, los que predominan son los pensamientos o ideas no deseados que no se van de la mente, las dificultades para poder tomar una decisión, preocupación de que todo esté ordenado y dificultades para poder concentrarse. En cuanto a los síntomas de somatización, los síntomas que priman son sentir un nudo en la garganta, los dolores de cabeza, debilidad en alguna de las partes del cuerpo y dolores musculares. Asimismo, se halló que la mayoría de las mujeres que denuncia violencia o maltrato por parte de sus parejas o ex parejas se encuentran entre los 30 a 36 años. En cuanto a su grado de instrucción, más de la mitad de la muestra estudiada cuenta con secundaria

completa (66,4%). Con respecto al estado civil, se encontró que quienes denuncian con mayor prevalencia son las casadas y convivientes (51,8%) y ex convivientes (36,8%). En tanto al uso del SCL-90-R como un instrumento de tamizaje en mujeres que sufren violencia, demuestra ser un buen predictor, ya que su nivel de confiabilidad es muy alta (0,98). El presente estudio corrobora lo planteado por Dutton (1996, 2000), ya que no existe un perfil único de síntomas en las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas, siendo esta muy variable. Sobre las consecuencias psicológicas de las mujeres víctimas que denuncian maltrato por parte de su pareja, estas son muy superiores a las mujeres que no sufren violencia, sobresaliendo las dimensiones de depresión, obsesión – compulsión, ansiedad y somatización. Finalmente, el presente estudio plantea dos reflexiones finales: La primera es que el SCL-90-R es un buen instrumento de tamizaje para detección de alteraciones psicológicas en víctimas de violencia de pareja, sin embargo, queda mucho por seguir investigando. Y la segunda, se ha confirmado que las consecuencias psicológicas que padecen las víctimas de violencia por parte de sus parejas, se encuentran por encima de las personas que no viven violencia. Cabe resaltar que en el presente estudio de caso se utilizó como instrumento psicológico el SCL-90-R, coincidiendo con los resultados obtenidos de dicha investigación.

Por otro lado también el presente estudio de caso concuerda con la investigación hecha por (Huerta, Miljanovich, Pequeña, Campos, Santivañez, Aliaga, Medina, Pérez, Fernández, Uceda, Silva, y Vidal, 2014), quienes sostienen que no solo la presencia de síntomas psicopatológicos son problemáticas a abordar en víctimas de violencia de género, sino que existen otros factores que de alguna u otra forma dificultan y afectan la psique de una mujer vulnerada, tal es el caso de la inadaptación que implica un desajuste en la salud mental y con ello se ve afectado su desenvolvimiento en diferentes esferas del desarrollo humano, tal es el caso del trabajo, estudios, el uso del tiempo libre, la vida social, de pareja y familiar. Así también Blazquez y Moreno (2008) consideran que una de las áreas con mayor afección suele

ser el ámbito familiar y social, pues como bien se ha expresado, comúnmente los victimarios suelen ser la pareja y es a raíz de ello, que la víctima reduce la posibilidad de entablar relaciones sociales, ya sea con otros familiares, amigos e incluso abandonan metas personales de estudio y trabajo, esta situación como bien se menciona produce un desajuste en la salud mental que pudiese agravar la presencia de sintomatología psicopatológica en este grupo vulnerable.

Asimismo, es importante mencionar que aun cuando, la víctima decide abandonar la situación de violencia, surge una inadaptación, ya que requiere un cambio del ritmo de vida, manifestado a través de una ruptura rigurosa frente a su anterior vida, donde muchas veces no disponen de recursos suficientes para llevar a cabo una inserción social, además, en muchos casos las redes de apoyo social suelen quebrarse y ello dificulta la adaptación al nuevo ritmo de vida en la víctima (Huerta et al. 2014). Esto podría conllevar a que la víctima dependa económica y emocionalmente de su agresor, el cual también está latente en las víctimas de violencia de género tal como se menciona en la investigación “la dependencia emocional y su influencia en la violencia contra la mujer”, realizada por Cueva, O. (2020); donde se hace mención que la dependencia emocional es uno de los factores más determinantes que influyen en la violencia contra la mujer. Esta dependencia lleva a la persona a convertirse en un dependiente afectivo obsesionado con la persona que ha idealizado, llegando al extremo de no poder realizar ninguna actividad como consecuencia de esto. La persona dependiente emocionalmente, cuando se presenta la ruptura sentimental, experimenta el Síndrome de Abstinencia Emocional, el cual es tan fuerte que llega a anular todas las habilidades y destrezas de la persona que la padece. Se ha determinado que las personas que atraviesan una situación de dependencia emocional, presentan autoestima baja y por ende no tienen las herramientas necesarias para superar esta etapa que les permita desligarse de su maltratador. Estas personas presentan comportamiento ansioso obsesivo y siempre encontrarán un motivo

para buscar, comunicarse o encontrarse con la persona de la cual dependen emocionalmente. En muchos casos suelen presentar una difícil sintomatología que afecta su salud física y mental, como es el insomnio, tristeza, melancolía, angustia, ansiedad, pérdida del apetito, desinterés por la vida, también vómitos, mareos, náuseas, dolores de cabeza, afectando su calidad de vida. Por tanto, dicha investigación también corrobora la sintomatología y los resultados encontrados en el presente estudio de caso.

En lo que respecta a las mujeres víctimas de violencia de género donde denotan escasa capacidad para la toma de sus decisiones y para dar soluciones a situaciones conflictivas, así también se evidencia rasgos de personalidad dependiente tales como, tolerante a la violencia, se responsabiliza por las mismas, déficit de habilidades socioeconómicas, demanda afecta, es manipulable, sumisa y complaciente, busca compatibilizar sus preferencias con su figura de afecto. Presenta factores de riesgo a nivel individual (rasgo de personalidad dependiente, antecedentes de violencia física y psicológica, inadecuados recursos de afronte, baja resistencia al estrés), a nivel familiar (inadecuada relación con el padre de sus hijos y conductas celotípicas por parte de este, inadecuada relación con familiares y falta de apoyo familiar). Logrando rescatar de este párrafo la personalidad dependiente, siendo uno de los resultados encontrados en el presente estudio de caso.

Por otro lado, también hago hincapié al estudio de Saquinaula, M., Castillo E. y Rosales C. (2020), donde se reportó que el 45% de mujeres presentaron síntomas de TEPT, una proporción que correspondería a aquellas que sufrieron violencia de intensidad moderada y severa en todas sus modalidades: física, psicológica, sexual y económica.

Otros estudios encontraron a su vez porcentajes similares en la incidencia de casos de TEPT con sintomatologías de evitación, reexperimentación e hiperalerta, esto coincide también con la sintomatología encontrada en el presente estudio de caso.

Asimismo, Irizarry y Rivero refirieron altos índices de TEPT causado por violencia doméstica, con rangos que oscilaban entre 33% a 84% del total de las víctimas, y reportaron manifestaciones de deterioro funcional y trastornos psiquiátricos. Estos datos indicarían que las consecuencias derivadas de los TEPT trascenderían a corto o largo plazo sobre la salud física y mental de las víctimas. De la misma forma, se encontró una relación significativa entre la violencia de género y los TEPT, lo que lleva a inferir que mientras mayor sea la severidad de violencia física, psicológica o sexual, mayor será la probabilidad de presentar síntomas de TEPT.

Además, investigaciones realizadas en otros contextos afirman que las víctimas de violencia doméstica a menudo desarrollan desórdenes clínicos y trastornos emocionales, de forma que las consecuencias psicológicas son más frecuentes y, dentro de ellas, los TEPT son los de mayor incidencia y los que presentan mayor relación a la violencia doméstica. Al mismo tiempo, se pudo determinar que las mujeres que desarrollan TEPT causado por violencia doméstica se encuentran de manera permanente en estado de temor, son irritables y presentan desesperación y problemas que afectan su salud física, corroborando una vez más la sintomatología encontrada en el presente estudio de caso.

Por otro lado; también Saquinaula, M., Castillo E. y Rosales C. (2020) publicaron una investigación donde se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal que planteó determinar la asociación entre la violencia de género y el trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas, encontrándose alta asociación significativa entre la violencia de género y los trastornos de estrés postraumático.

Es así que, la violencia de género es una problemática alarmante en el mundo, pues tal como lo expresa el informe anual de la Organización de las Naciones Unidas (ONU Mujeres, 2018) enfocado en el estudio de temáticas relacionadas con la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Las consecuencias de la violencia de género traen

consigo problemas aún mayores como el feminicidio, revelando que en el mundo cerca de 87 mil mujeres perdieron la vida, donde un 58% fue a manos de la pareja o algún familiar, señalando que a diario más de 100 mujeres han sido asesinadas por algún integrante de su sistema familiar (ONU Mujeres, 2018).

Del mismo modo, el Instituto Nacional de estadística e informática (INEI, 2018) revela que la situación sobre la violencia de género es problemática también en nuestro contexto, hallando que más del 60% de mujeres con edades entre 15 a 49 años fue víctima de violencia, ya sea física, psicológica sexual y/o verbal, por parte del esposo, pareja o conviviente. Las cifras estadísticas manifestadas, revelan una situación alarmante, que no solo trae consigo estigmas sociales, sino que conlleva a una serie de consecuencias y secuelas psicológicas para las afectadas.

Por tanto, las consecuencias de la violencia de género son muy amplias e influyen en todos los ámbitos de la vida de las mujeres, en su salud y en la de sus hijas e hijos, y se expanden, además, al conjunto de la sociedad (García Moreno, 1999). Concretamente, la violencia de género puede tener efectos directos sobre la salud, además de incrementar el riesgo en las mujeres de padecer enfermedades en el futuro (Krug et al., 2002) puesto que, entre otras cosas, esta violencia tiene efectos sobre la capacidad de las mujeres para cuidar de sí mismas y se asocia a conductas autodestructivas como el abuso de drogas o alcohol (García Moreno, 1999).

Por lo que se refiere a las repercusiones en salud mental, se calcula que el 60% de las mujeres que han padecido violencia de género tienen problemas psicológicos de graves a moderados (Lorente, 2001). Los síntomas más frecuentes son la ansiedad, tristeza, falta de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio (Amor, 2000), coincidiendo una vez más con la sintomatología y resultados obtenidos en el presente estudio de caso.

La siguiente investigación de García, L y Jenaro Cristina publicado en el 2021 en Psico, Porto Alegre, tuvo como objetivo realizar una revisión sistemática y meta-análisis sobre alteraciones en funciones cognitivas en mujeres maltratadas. Se ha contado con una muestra inicial de 643 registros obtenidos de las bases de datos: Medline, ERIC, PsycInfo, CNAIL, Proquest y Scielo. Su análisis llevó a la retención de 12 artículos sobre los que se ha centrado el estudio. Los resultados de la síntesis cualitativa indican que la atención, lenguaje, memoria, habilidades visoespaciales, función ejecutiva, velocidad motora y rendimiento educativo se encuentran alteradas en las mujeres maltratadas, con mayor evidencia de deterioro en las áreas de atención, memoria y funciones ejecutivas. Los resultados del meta-análisis sugieren presencia de daño cerebral en estas mujeres y una especial afectación de la memoria y funciones ejecutivas. Estos resultados avalan la existencia de alteraciones en funciones cognitivas en las mujeres que han sido víctimas de maltrato; lo cual también concuerda con lo encontrado en el presente estudio de caso.

Es así que, las investigaciones científicas ofrecen múltiples evidencias de que los síntomas psicopatológicos que presentan las mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas son secuelas directas de ese maltrato continuo al que ha sido sometidas, y no consecuencia de un desequilibrio previo como en algunas ocasiones se ha atribuido (Campbell, 2002; Cascardi y O'Leary, 1992; Golding, 1999; Roberts, Williams, y Lawrence, 1998; Tolman y Rosen, 2001; Woods y otros, 2005).

Otros estudios señalan que las mujeres que han padecido violencia en el ámbito de la pareja difieren en procesos de atribución, afrontamiento, ideación suicida, identidad personal y psicopatología (especialmente en el TEPT) respecto las que no han padecido este tipo de violencia (Wilson, Drozdek y Turkovic, 2006). De todas estas repercusiones que se apuntan, son dos las que tienen una presencia más importante: el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión. Además, los estudios comunitarios han demostrado que existe, en

general, una alta comorbilidad entre los síntomas de estrés postraumático y depresión en mujeres que han padecido agresiones, incluyendo las mujeres víctimas de violencia de género (Breslau et al, 2000).

Existe evidencia empírica que sustenta la alta probabilidad de desarrollar un trastorno de estrés postraumático (TEPT) que tiene una mujer que ha sido maltratada continuamente en el entorno del hogar (Coker, Weston, Creson, Justice, y Blakeney, 2005; Golding, 1999; Hattendorf, Ottens y Lomax, 1999; O'Campo y otros, 2006; Pico – Alfonso, 2005; Walker, 1991). Hattendorf y otros (1999) señalan la continua reexperimentación de los abusos recibidos como una característica típica de las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas, y lo que no es tan frecuente entre las víctimas de otros tipos de traumas en los que una especie de Amnesia, puede funcionar como estrategia de afrontamiento. Otros autores, sin embargo, relacionan la experiencia de haber sufrido violencia por parte de la pareja y el trauma que esto supone para las mujeres con solo el grupo de síntomas de evitación e incapacidad para sentir emociones (Woods y Wineman, 2004).

Asimismo, otros autores establecen cuatro grupos separados de síntomas de TEPT por considerar que son distintos los mecanismos que llevan a activar cada grupo y diferente también la influencia que cada uno ejerce sobre la conducta de la mujer, clasificándolos en síntomas de hiperactivación, reexperimentación, evitación y astenia emocional (Krause, Kaltman, Goodman, y Dutton 2006). Por otro lado, los estudios confirman que existe una relación entre cumplir los criterios diagnósticos de Trastorno por Estrés Agudo y TEPT con ciertos esquemas cognitivos en las mujeres. Sobre todo, los referidos a la sensación de vulnerabilidad y amenaza permanente de peligro (Calvete, Estévez, y Corral, 2007; Dutton y otros, 2006; Echeburúa, Fernández – Montalvo y Corral, 2008), que se relacionarían con los síntomas de ansiedad y activación, y la creencia de que cualquier persona tiene la intención de hacerle daño.

Es así que, Pico – Alfonso (2005) advierte que es el componente psicológico el más fuerte predictor del desarrollo del trastorno seguido, seguido del maltrato sexual y físico, sucesivamente.

En cuanto a la repercusión de las circunstancias del maltrato sobre la probabilidad de desarrollar Trastorno por Estrés Agudo y TEPT, Cabe destacar que en el estudio de Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua (2002) las variables circunstanciales influían notablemente en la intensidad sintomática, siendo las mujeres que convivían con el agresor y las que se habían separado recientemente las que mostraban mayor gravedad en los síntomas de Trastorno por Estrés Agudo y TEPT. Además, se registró mayor severidad de la sintomatología cuanto más reciente había sido el último episodio de violencia sufrido y si las mujeres habían sido forzadas sexualmente.

Presentar Trastorno por Estrés Agudo y TEPT Puede alterar el funcionamiento psicológico de las mujeres que han experimentado maltrato por parte de sus parejas (Dutton y otros, 2006).

Golding (1999) llevó acabado una revisión de los estudios existentes en relación con la prevalencia de problemas de salud mental en mujeres con una historia de violencia de pareja encontrando que los que más prevalecen son el TEPT y la Depresión.

La depresión es una de las principales consecuencias en la salud mental de las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas (Gleason, 1993). La gravedad y los síntomas depresivos que experimentan las víctimas de violencia domestica también están muy relacionados con la severidad y la frecuencia del maltrato que estén recibiendo. A este respecto, Fikree y Bhatti (1999) encontraron que el diagnostico de depresión – ansiedad en mujeres maltratadas por sus parejas en Pakistan estaba consistentemente asociado a la severidad del maltrato físico sufrido.

Del mismo modo, en el estudio de Cascardi y O'Leary (1992), se encontró una fuerte correlación entre la frecuencia y la severidad de las agresiones físicas de la pareja y la mayor sintomatología depresiva. Además del TEPT, con frecuencia el diagnóstico por depresión va muy unido a otros *trastornos psicológicos como la ansiedad*, en mujeres víctimas de maltrato por parte de sus parejas (Fikree y Bhatti, 1999; Loxton y otros, 2006; Matud, 2004).

Los problemas de ansiedad son frecuentemente detectados en las mujeres que viven en el presente o han sufrido en el pasado una experiencia de maltrato físico, psicológico y/o sexual por parte de sus parejas. Loxon y otros (2006) pudieron comprobar como aquellas mujeres de media edad que habían vivido alguna vez en su vida una relación de pareja violenta, con más probabilidad habían sido diagnosticadas en alguna ocasión de un *trastorno de ansiedad*, e incluso sufrían ansiedad muy a menudo. Mas aun, la frecuencia de experimentación de los síntomas de ansiedad fue aumentando en este estudio conforme aumentaba la proporción de violencia sufrida por parte de la pareja. El maltrato más grave por parte de la pareja se traduce en niveles más altos de ansiedad en las mujeres víctimas (Williams y Mickelson, 2004).

Por otro lado, los estudios que demuestran que el *deterioro de la autoestima* es una de las principales consecuencias negativas que padecen las mujeres que ha sido víctimas de violencia física, psicológica y/o sexual por parte de sus parejas (Amor y otros, 2002; Dutton y Painter, 1993; Echeburúa y otros, 1997; Matud, 2004; Orava, McLeod, y Sharpe, 1996).

Dutton y Painter (1981) opinan que la disminución de la autoestima de las mujeres podría ser debida a que la víctima se ve obligada a centrar su atención en complacer al maltratador para prevenir futuros episodios de violencia, dejando de lado la propia satisfacción de sus necesidades. Sin embargo, es más ampliamente aceptada la hipótesis en las investigaciones que señala al efecto producido por la misma génesis del maltrato como el principal culpable de este daño en el concepto que tienen de sí mismas, ya que una interacción

basada en continuos desprecios, críticas, humillaciones y ataques físicos y psíquicos a su persona, constituyen una eficaz arma de destrucción de la autoestima, su sentido de competencia y la confianza que tienen de sí mismas (Dutton y Painter, 1993; Orava y otros, 1996; Matud, 204; Walker, 1991).

En muchas ocasiones las mujeres llegan a pensar que se merecen sus castigos, tanto es así que el sentimiento de culpa lo sufren casi la mitad de las mujeres maltratadas. Es frecuente que se atribuyen a ellas mismas las responsabilidades de lo que les está pasando llegando a pensar que tienen lo que se merecen por no acceder a las peticiones del agresor, por no quedarse calladas, por no hacer las cosas bien o incluso por su forma de ser; sentir ser estúpidas, provocadoras con otros hombres o poco atractivas. También les genera grandes sentimientos de culpa, las conductas que realiza la víctima para evitar la agresión como mentir, permitir el maltrato a los hijos, cumplir con los deseos del marido aun en contra de su voluntad, etc. (Echeburúa, Corral, Sarasua, y Zubizarreta, 2003). Igualmente, la inseguridad es un sentimiento que va muy unido a la baja autoestima (Amor y otros, 2002; Ellsberg y otros, 1999; Matud, 2004).

Las mujeres que viven expuestas continuamente a una circunstancia de abuso o amenaza de sufrir algún daño, tienden a desarrollar una respuesta de estrés cuando se sienten atacadas, si estos ataques se vuelven repetidos y habituales, los síntomas en la mujer pueden acabar siendo crónicos (Calvete y otros, 2007). Así en el estudio que Ceballo, Ramírez, Castillo, Caballero, y Lozoff (2004) llevaron a cabo se muestra, efectivamente, una relación significativa entre sufrir estrés emocional y haber vivido experiencias de maltrato físico y verbal por parte de sus parejas.

El estrés emocional se relacionó también con puntuaciones altas en depresión y sintomatología de TEPT (Ceballo y otros, 2004). De hecho, parece ser la misma dinámica de violencia la que lleva la confluencia de varios trastornos como los de estrés emocional y TEPT

ya que, como afirma Golding (1999), si los ataques y/o amenazas por parte de la pareja son repetitivos, ese estrés se cronifica pudiendo llegar a desarrollar el cuadro sintomático de TEPT.

Y por último las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas presentan múltiples efectos negativos sobre la salud física y mental, que dan lugar al conocido “Síndrome de la mujer maltratada”. Los estudios apoyan la evidencia de que dichos efectos son secuelas directas del maltrato y perduran en el tiempo, aunque acabado la relación de maltrato. Por tanto, la evaluación psicológica es necesaria en todos los casos de maltrato para poder intervenir psicológicamente de manera individual y/o en grupo cuando sea necesario.

IV. CONCLUSIONES

La integración de la información recabada a través de las técnicas psicológicas pertinentes, ha permitido arribar a las siguientes conclusiones:

1. La agraviada por el delito de tentativa de feminicidio presenta alteraciones psicopatológicas, evidenciándose alteraciones en la memoria, pensamiento, atención, afectividad, juicio y voluntad que alteran su funcionamiento psicológico normal. Memoria (*evidencia amnesia disociativa; incapacidad para recordar información personal importante, esto debido a la situación estresante vivida*). Pensamiento (*evidencia embotamiento mental; su cerebro está exhausto, le cuesta razonar, permanecer atenta y estar concentrada*). Atención (*presenta escasa concentración, atención e incapacidad para asimilar estímulos. Se encuentra en estado de hiperalerta y desorientada*). Afectividad (*ansiedad, angustia, intranquilidad, temor, miedo, tristeza y depresión*). Juicio y voluntad (*incapacidad para la toma de decisiones y solución de problemas*).
2. La agraviada por el delito de tentativa de feminicidio presenta secuelas psicológicas de un trastorno de estrés agudo, tales como: Embotamiento o aplanamiento afectivo (*incapacidad para experimentar emociones*). Depresión (*sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión, infelicidad, pesimismo, sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima; asimismo tiende a sentirse culpable o arrepentida por lo sucedido*). Ansiedad o aumento de la activación arousal (*dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora*). Ira. Desesperación. Signos vegetativos de la crisis de

Pánico (*taquicardia, sudoración y rubor*). Crisis aguda de nervios. Fatiga de combate y shock psíquico (*perturbación súbita y a menudo intensa del estado emocional, que puede provocar sentimientos de aturdimiento o sobrecogimiento*). Alteración del sueño, pesadillas constantes, dificultad para dormir y episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia traumática, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático. Aislamiento (*alejamiento de la circunstancia*). Agitación e hiperactividad (*reacción de lucha o de huida*). Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (*temor de regresar al lugar de los hechos*).

3. La agraviada por el delito de tentativa de feminicidio presenta personalidad dependiente: Evidencia sumisión, adhesión, temor excesivo al abandono, excesiva necesidad que se preocupen por ella, indecisa y sin iniciativa para realizar sus actividades diarias, otros asumen responsabilidad por ella, se queda callada, no expresa desacuerdos y no se siente capaz de cuidarse sola y necesita de alguien para que tome decisiones por ella no asumiendo responsabilidad por sí sola. Se ve a sí misma débil, frágil e inadecuada; le falta autoconfianza y menosprecia sus actitudes y competencias, por lo que no es capaz de hacer las cosas por sí misma. Evita las responsabilidades adultas buscando ayuda y guía en los demás; es dócil y pasiva, carece de competencias funcionales y evita la autoafirmación. Necesita seguridad y consejos excesivos; se subordina a una figura más fuerte que le proporciona cuidado, sin la cual se siente solo e indefenso de forma ansiosa. Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con muchos consejos y excesiva reafirmación por parte de los demás. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida. Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los

demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Tiene dificultades para iniciar proyectos para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o energía). Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados de ser incapaz de cuidar de sí mismo. Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita. Está preocupado de forma no realista por el miedo a que la abandonen y tenga que cuidar de mí misma.

V. RECOMENDACIONES

- La agraviada por el delito de tentativa de feminicidio requiere tratamiento psiquiátrico y terapia psicológica cognitivo conductual de manera individual; así como también se sugiere que se inserte en ella el plan de intervención propuesto en el presente trabajo académico.
- Realizar evaluación neuropsicológica.
- Realizar seguimiento del caso y evaluación psicológica forense posterior a los 6 meses para determinar TEPT.

VI. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (s.f). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5.* (5° ed.). Editorial Medica Panamericana.
- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M. P., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso P. y Vidal, P. (2010). *Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia de género.* Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 48(2), pp. 114-122.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000300004
- Amor, P. y Echeburúa, E. (2010). *Claves Psicosociales para la Permanencia de la Víctima en una Relación de Maltrato.* Clínica Contemporánea, (1), pp. 97-104.
<https://doi.org/10.5093/cc2010v1n2a3>
- Amor, P., Echeburúa E. y Carrasco, M. (2010). *Psicología forense y Derecho penal.* Sanz y Torres.
- Amor P., Echeburúa E., Corral P., Sarasua B. y Zubizarreta I., (2001). *Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo.* Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, (2) pp. 227-246. <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3913>
- Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). *Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato.* Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, (2), pp. 227-246. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720202>
- Arce, R. (2019). *Factores asociados a la violencia conyugal en el Centro Emergencia Mujer - CEM, Lima, 2017.* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/10646>

- Arce, R. y Fariña, F. (2005). *Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: el sistema de evaluación global (SEG) Papeles del Psicólogo*. (España), 26, (92), pp. 59-77. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77809202>
- Arce, R., Fariña, F., Carballal, A. y Novo, M. (2009). *Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género*. *Psicothema*, (21), pp. 241-247. <https://www.psicothema.com/pdf/3621.pdf>
- Ato, M., López, J y Benavente, A. (2013). *Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología*. Universidad de Murcia. España. *Anales de Psicología*, 29, (3), pp. 1038-1059. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>.
- Barlow, D. y Durand, V. (2007). *Psicopatología (3º ed.)*. Thompson.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (s.f). *Manual de Psicopatología (Volumen I)*. Edición revisada. Mc Graw Hill.
- Buela, G. y Sierra, J. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca nueva.
- Buela, G. (2006). *Método y procedimiento de la evaluación psicológica forense para un peritaje psicológico forense en el proceso penal*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Sierra, E., Jiménez, M. y Buela, G. (s.f). *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones*. Biblioteca Nueva.
- Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007). *Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas*. *Psicothema*, (19), pp. 446-451. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72719314.pdf>
- Calcedo, A. (2000). *Evaluación forense*. Masson.
- Carrasco, M. A. (2010). *Principios éticos y deontológicos de la práctica pericial*. Thompson.
- Derogatis, L. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 Síntomas*. TEA.
- Echeburúa, E. (1993). *Ansiedad Crónica. Evaluación y Tratamiento*. Salamanca. Eudema.

- Echeburúa, E., Muñoz, J. y Loinaz, I. (2011). *La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 11 (1), pp. 141-159.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33715423009>
- Fariña, F.; Ramón, A. y Buela, G. (2015). *Violencia de Género: Tratado psicológico y legal*. *Biblioteca Nueva*.
- Fatina, L y Pérez, A (2006). *La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de genero*.
Ficha Técnica test persona bajo la lluvia.
<https://idoc.pub/documents/ficha-tecnica-test-persona-bajo-la-lluvia-3no7o3g0251d>
- Fortes, D. (2011). *Maltrato a la mujer por su pareja: un análisis de los factores sociales y de la dinámica de la violencia*. [Tesis Doctoral, Universidad de la Laguna - España].
<https://cutt.ly/GeZwK4E>
- García, E. (2014). *Psicopatología Forense: Comportamiento Humano y tribunales de justicia*
Manual Moderno.
- García, E. (2019). *Psicopatología de la violencia*. Manual Moderno
- García, J.; Orellana, M. y Guerrero, 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*. <https://cutt.ly/ceZwKnk>
- Gorsuch, R. y Lushene, R. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo, STAI*. TEA.
- Hernández, Fernández y Baptista (2014). *Metodología de la Investigación* (6° ed.)
McGraw – Hill.
- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Ministerio Público (2016). *Guía de Procedimiento de Entrevista Única a Víctimas en el Marco de la Ley N° 30364 para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar; y, A Niños y Adolescentes Varones Víctimas de Violencia*. Lima, Perú.

- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Ministerio Público (2021). *Guía de Evaluación Psicológica Forense en casos de Violencia Contemplados en el Marco de la Ley N.º 30364*. Lima, Perú
- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Ministerio Público (2016). *Guía de Evaluación Psicológica Forense en casos de Violencia contra las Mujeres y los integrantes del grupo familiar, y en otros casos de Violencia*. Lima, Perú.
- Lara, E., Aranda, C., Zapata, R., Bretones, C. y Alarcón, R. (2019). *Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja*. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 11(1), pp. 1-8. <https://cutt.ly/LeZwHAn>
- Ley N° 30364. *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*. (23 de noviembre de 2015). Diario Oficial el Peruano.
- Matud, M. (2004). *Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada*. Psicothema.
- Millón, T., Davis, R. y Millón, C. (2007). *MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millón*. TEA.
- Ministerio Publico – Fiscalía de la Nación (enero 2009 a octubre 2021). *Observatorio de criminalidad del Ministerio Público*. <https://observatorioviolencia.pe/mpfn/>
- Ministerio Publico - Fiscalía de la Nación (2018). *Protocolo del Ministerio Público para la investigación de los delitos de feminicidio desde la perspectiva de género*. Lima – Perú.
- Najera, C. (2014). *Violencia de género en el contexto de pareja y su relación con la autoestima en el centro de desarrollo integral de la familia, Arandas, México, 2013*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Peruana Unión, Escuela de Posgrado]. Repositorio Institucional UNPU. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/264>
- Organización Mundial de la Salud (8 de marzo 2021). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. CIE-10. (10° ed.)*.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Otiniano, F. (2012). *Validez de constructo y eficacia diagnóstica de las escalas depresión mayor y trastorno de ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional UPEU. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/264>
- Quiroz, K. (2017). *Estandarización del cuestionario SCL 90-R en adolescentes de educación básica regular de dos distritos de Lima-sur*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio Institucional Universidad Autónoma.
<https://repositorio.autonoma.edu.pe>
- Rodríguez, R y Cantera, L (2012). *Violencia de género en la pareja: una revisión teórica*.
Universidad Autónoma de Barcelona -España. <https://dialnet.unirioja.es>
- Rincón, P., Labrador, F., Arinero, M y Crespo, M. (2004). *Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico: Avances en Psicología Latinoamericana* (pp. 105-116).
Universidad Autónoma de Barcelona -España. <https://dialnet.unirioja.es>
- Sierra, J., Bermúdez, M, Buela, G., Ortega, V., Gutiérrez, J. (2008). *Violencia en la pareja: Factores Psicológicos de riesgo en mujeres salvadoreñas*. Revista Argentina de Clínica Psicológica. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921792002.pdf>
- Torres, A. (2014). *Evaluación neuropsicológica en mujeres víctimas de violencia de género*. [Tesis Doctoral, Universidad Salamanca]. Repositorio Institucional Universidad Salamanca. <https://gredos.usal.es>
- Vázquez, A y Jiménez, R (2004). *Escala de Autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española*. Apuntes de Psicología, 22 (2), pp. 247-255.
<https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>