



FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN UNA ADOLESCENTE VÍCTIMA
DE LA VIOLENCIA SEXUAL, EVALUADA EN EL ÁREA DE PSICOLOGIA
FORENSE DE LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL DE UCAYALI

Línea de investigación:

Salud Mental

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

Autora:

Sánchez Hurtado, Mayra Yuriko

Asesor:

Girón Sánchez, Rosario

ORCID: 0000-0002-6090-5640

Jurado:

Castillo Gómez, Gorqui

Murillo Ponte, Manuel

Florentini Castañeda, Marlon

Lima - Perú

2022

Referencia:

Sánchez, H. (2022). *Trastorno mixto ansioso depresivo en una adolescente víctima de la violencia sexual evaluada en el área de psicología forense de la división médico legal de Ucayali* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5964>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN UNA ADOLESCENTE VÍCTIMA
DE LA VIOLENCIA SEXUAL, EVALUADA EN EL ÁREA DE PSICOLOGIA
FORENSE DE LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL DE UCAYALI**

Línea de investigación: Salud Mental

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

Forense y Criminología

Autora:

Sánchez Hurtado, Mayra Yuriko

Asesora:

Girón Sánchez, Rosario

Código: ORCID 0000-0002-6090-5640

Jurado:

Castillo Gómez, Gorqui

Murillo Ponte, Manuel

Florentini Castañeda, Marlon

Lima- Perú

2022

Dedicatoria

“A Dios, por siempre cumplir los
deseos de mi corazón, porque sin él
no soy nada”

Agradecimientos

A Dios por ser el motor y motivo de mi vida, por siempre cumplir los deseos de mi corazón. “Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo dondequiera que vayas”. Josué 1:9

A mi padre Jesús Sánchez Raimondi, por ser responsable y sacrificarse siempre por su familia, gracias por darme la oportunidad de estudiar, logre mis objetivos gracias a usted, lo quiero mucho.

A mi madre Rosario Hurtado Gamboa, por todas las veces que me ayudaste a levantarme y motivarme a seguir adelante, gracias por ese amor incondicional que nos tienes, por tus oraciones, porque siempre tienes las palabras exactas cuando parece que todo se está cayendo, la quiero mucho.

A mi colega Zoila, por ser una luz en el camino de la psicología forense, una gran maestra y amiga incondicional, gracias por tus enseñanzas.

Al Dr. Marlon, gracias por la paciencia y el buen humor, sus estrategias y enseñanzas reforzaron mucho mi aprendizaje.

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
I. Introducción	8
1.1 Descripción del problema	10
1.2 Antecedentes	14
1.2.1 Antecedentes Nacionales	14
1.2.2 Antecedentes Internacionales	15
1.2.3 Fundamentación Teórica	18
1.3 Objetivos	36
1.4 Justificación	37
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	37
II. Metodología	39
2.1 Tipo y diseño de Investigación	39
2.2 Ámbito temporal y espacial	40
2.3 Variables de estudio	40
2.4 Participante	41
2.5 Técnicas e Instrumentos	41
2.6 Propuesta de Plan de Intervención	73
2.7 Consideraciones éticas	74
III. Resultados	76

3.1	Análisis de Resultados	76
3.2	Discusión de resultados	77
IV.	Conclusiones	80
V.	Recomendaciones	81
VI.	Referencias	
VII.	Anexo	

Resumen

El presente trabajo académico corresponde a la evaluación psicológica forense de una menor de edad en etapa adolescente, presunta víctima del delito contra la libertad sexual en la modalidad de tocamientos, actos de connotación sexual o actos libidinosos sin consentimiento. Se establece los objetivos los cuales son, identificar la sintomatología del trastorno mixto ansioso depresivo, así como describir la dinámica de la violencia sexual, seguido de analizar la dinámica familiar en una adolescente víctima de la violencia sexual, evaluada en el área de psicología forense de la división médico legal de Ucayali. La evaluación comprende la entrevista en Cámara Gesell, se utiliza 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, así como la guía de evaluación forense en casos de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar; y en otros casos de violencia, como parte de las técnicas psicológicas, por otro lado se utilizó la técnica de la entrevista forense aplicando el Protocolo SATAC, la técnica de observación de conducta así como los instrumentos psicológicos (TAMAI (Nivel III), inventario clínico para adolescentes de Millon – Maci y el inventario del desajuste del comportamiento psicosocial), esta evaluación se realizó en la oficina de psicología dentro de las instalaciones de la División Médico Legal II de Ucayali. En el análisis de resultados se evidencia la sintomatología del Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo, toda vez que detalla cambios y limitaciones en área definidas de su vida como consecuencia del evento estresor, así como la descripción de la dinámica familiar, siendo un evento único, y por último analizar la dinámica familiar siendo esta de tipo funcional entre sus miembros. Por último, se sugiere abordaje psicoterapéutico con el fin de superar evento estresor.

Palabras clave: Violencia Sexual, Trastorno Mixto Ansioso- Depresivo, Cámara Gesell

Abstract

The present academic work corresponds to the forensic psychological evaluation of a minor in the adolescent stage, alleged victim of the crime against sexual freedom in the form of touching, acts of sexual connotation or libidinous acts without consent. The objectives are established, which are to identify the symptomatology of mixed anxious depressive disorder, as well as describe the dynamics of sexual violence, followed by analyzing the family dynamics in an adolescent victim of sexual violence, evaluated in the area of forensic psychology of the medicolegal division of Ucayali. The evaluation includes the interview in the Gesell Chamber, the procedure guide for the single interview with victims is used within the framework of Law No. 30364 to prevent, punish and eradicate violence against women and members of the family group; and, to male children and adolescents victims of violence, as well as the forensic evaluation guide in cases of violence against women and members of the family group; and in other cases of violence, as part of the psychological techniques, on the other hand, the forensic interview technique was used applying the SATAC Protocol, the behavior observation technique as well as the psychological instruments (TAMAI (Level III), clinical inventory for adolescents of Millon - Maci and the psychosocial behavior imbalance inventory), this evaluation was carried out in the psychology office within the facilities of the Legal Medical Division II of Ucayali. In the analysis of results, the symptomatology of the Mixed Anxious-Depressive Disorder is evident, since it details changes and limitations in defined areas of their lives as a consequence of the stressful event, as well as the description of the family dynamics, being a unique event, and Finally, to analyze the family dynamics, being this of a functional type among its members. Finally, a psychotherapeutic approach is suggested in order to overcome a stressful event.

Keywords: Sexual Violence, Mixed Anxiety-Depressive Disorder, Gesell Chamber

I. Introducción

La creciente incidencia de la violencia sexual se ha constituido en problema de salud pública y conforma una de las más preocupantes vulneraciones de los derechos humanos. Las consecuencias son más alarmantes y nefastas cuando se trata del abuso sexual infantil. La literatura especializada reconoce que el abuso sexual infantil es un fenómeno que se presenta en todos los países y en todas clases sociales. “El abuso sexual a los menores de edad trastorna gravemente la vida de los niños y adolescentes, produciéndoles sentimientos de culpa, depresión, ansiedad alteración del sueño, de la alimentación, suicidios, problemas escolares, drogadicción y alteran el desarrollo psicosexual” (Girón, 2015, p. 62).

La violencia sexual infantil es un delito que puede tener efectos duraderos en la víctima, este tipo de abuso no necesariamente implica el contacto físico entre el agresor y la víctima, algunas formas de abuso sexual infantil incluyen: exhibicionismo, o mostrarse desnudo ante un menor, tocamientos sexuales y/o caricias, penetración, masturbación ante un menor o forzar a que un menor se masturbe, comunicaciones obscenas como, producir, poseer o compartir imágenes o películas pornográficas en las que participen niñas(os), relaciones sexuales de cualquier tipo con un menor y cualquier otra conducta sexual que resulte dañina para el bienestar mental, emocional o físico de un menor.

El presente trabajo académico corresponde a la evaluación psicológica forense de una agraviada adolescente, por el delito contra la libertad sexual en la modalidad de tocamientos, actos de connotación sexual o actos libidinosos sin consentimiento. Donde la fiscalía penal es responsable de la investigación y solicita se realice la entrevista en Cámara Gesell, seguido de la evaluación psicológica en consultorio, la peritada quien

refiere haber sido vulnerada por la figura denunciada a quien puede identificar, es coherente en su relato, expositiva, haciendo mención de complicaciones inesperadas, brinda cantidad de detalles (lugares, personas, objetos), así como describe interacciones entre su persona y la figura denunciada. Es preciso señalar que a la hora del peritaje se contaba con todos los actuados (denuncias), así como el reconocimiento médico legal aplicado a la menor víctima.

Es importante señalar que, la evaluación psicológica está orientada a determinar si existe o no, afectación psicológica, emocional, cognitivo y conductual, asociados al delito, materia de investigación. Se analiza el relato en cámara Gesell, seguido de la anamnesis (historia personal e historia familiar) y la aplicación de instrumentos y técnicas psicológicas. Realizando después de ello el análisis e interpretación de resultados (observación de conducta, área cognitiva, área socioemocional, análisis fáctico, descripción del evento violento, determinar la repercusión o impacto, propensión a la vulnerabilidad y condiciones de riesgo, dinámica familiar, área sexual) y conclusiones, que forman parte del Protocolo de Evaluación Psicológica.

En la primera parte del presente trabajo académico se describe el problema y se desarrolla como antecedentes de literatura especializada, las investigaciones similares, nacionales e internacionales y la fundamentación teórica. También se detallan los objetivos del trabajo, la justificación y los impactos esperados por el presente estudio.

La segunda parte desarrolla todo lo relacionado a la metodología utilizada, el tipo y diseño de investigación. También se describe el procedimiento de la evaluación psicología forense ejecutado, iniciando con el consentimiento informado, las consideraciones éticas; se describe al participante y se desarrollan las técnicas y estrategias aplicadas en la evaluación con sus respectivo análisis e interpretación.

En la tercera parte se presentan los resultados obtenidos en el caso de la evaluación forense a una menor adolescente víctima del delito contra la libertad sexual en la modalidad de tocamientos indebidos. Finalmente, en el cuarto acápite, se plantea las conclusiones del trabajo académico, las cuales se ha llegado después del análisis e interpretación de resultados, para culminar formulando las recomendaciones pertinentes.

1.1.Descripción del problema

La violencia sexual es un problema social y de salud pública, que afecta derechos humanos fundamentales y tiene graves consecuencias a corto y largo plazo, en la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres; sea que este tipo de violencia ocurra en la relación de pareja íntima, en las relaciones familiares o en relaciones de comunidad más amplias. Se trata de una experiencia traumatizante y dolorosa para quienes la padecen (World Health Organization, 2021)

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) la violencia sexual es definida como cualquier acto sexual, intento de obtener un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o actos para tráfico, o dirigido de otro modo, contra la sexualidad usando coacción, por cualquier persona independientemente de su relación con la víctima, en cualquier entorno, incluyendo, pero no limitado a casa y trabajo.

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2021), un tercio de las mujeres del planeta son víctimas de violencia física o sexual, generalmente desde que son muy joven. Según este organismo, 736 millones de mujeres han sufrido ese flagelo a manos de una pareja o por otras personas y una de cada cuatro jóvenes de entre 15 y 24 años que ha tenido alguna relación íntima lo habrá padecido al llegar a los 25. Lo más alarmante es que el fenómeno no ha retrocedido en los últimos diez años y, peor

aún, que se ha exacerbado durante los confinamientos ordenados por la pandemia de COVID-19.

La violencia sexual afecta a la salud mental de la mujeres durante mucho tiempo después de ocurrida, a veces toda la vida. Los daños incluyen lesiones físicas, depresión, ansiedad, embarazos no deseados y enfermedades sexuales transmisibles, entre otros. El efecto pernicioso se extiende más allá de las víctimas y afecta a la sociedad en su conjunto, con costos enormes en los presupuestos y desarrollo de los países. Para evitar la violencia de género, la inequidad es urgente combatir las desigualdades económicas y sociales sistémicas, ampliar el acceso a la educación e impulsar la creación de empleos seguros y decentes. Asimismo, se requiere cambiar las normativas e instituciones que discriminan por motivos de género y garantizar los servicios para las víctimas de esa violencia. Así mismo poner fin a las normas sociales que perpetúan las desigualdades, reformar las leyes discriminatorias y potenciar los mecanismos jurídicos pertinentes.

Según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (2019), de acuerdo con los datos extraídos de la entrevista social de desarrollo ejecutado el año 2019, en los últimos 12 meses el 2.5% de las mujeres comprendidas entre los 15 y 49 años, han sufrido violencia sexual por parte de sus parejas o exparejas. La Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales (2015), encontró que el 34.6% de las adolescentes de 12 a 17 años, alguna vez en su vida sufrió violencia sexual. El Centro de Emergencia Mujer (2019) reportó que el año 2018 atendió 12364 casos por violencia sexual contra en niños, niñas y adolescentes entre 0 a 17 años y 5523 casos por violencia sexual en mayores de 18 años, siendo el grupo más afectado de 18 a 25 años de edad.

Según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019), a nivel nacional, el 6.8% de mujeres reveló que alguna vez sufrió violencia

sexual por parte del esposo o compañero. El 6.3% manifestó que fue obligada a tener relaciones sexuales contra su voluntad y el 3.4% a realizar actos sexuales que no aprobaban.

Este tipo de violencia fue declarada con mayor frecuencia por mujeres de 45 a 49 años de edad, divorciadas, separadas o viudas, sin ningún nivel educativo, residentes en la región Sierra, en el área rural y en los departamentos de Apurímac, Cusco y Puno.

Entre enero y mayo del 2019, la Policía Nacional del Perú registró 3236 denuncias por violencia sexual. Según ciclo de vida, el 47.2% de las víctimas de violencia sexual fueron adolescentes, el 27% jóvenes y 15 % niños y niñas menores de 12 años. En el año 2018, se aprecia que el 50.6% de las víctimas fueron adolescentes, 26 % fueron jóvenes y 14.3% corresponde a niñas y niños entre 0 y 11 años de edad. Con respecto a la relación del agresor/a con la víctima, el 30.6% de las denuncias registraron como agresor/a, a desconocidos/as y el 26.5% a conocidos/as (padrastrós, madrastras, compañeros/as de estudios, vecinos/as, profesores/as), y el 30.9 % comprende a parejas ex pareja, conviviente, ex conviviente, padre, madre y otros parientes. Se aprecia que la fuerza física fue el medio más utilizado por el agresor/a para cometer el delito (48.7%), seguido de las amenazas (16.8%).

El Ministerio Público (2020), por su parte entre enero y septiembre atendió 6862 casos de violación sexual a nivel nacional, 2229 por violencia sexual a menores, y 5 215 casos a nivel nacional por el delito de tocamientos, actos de connotación sexual o actos libidinosos sin consentimiento.

Según el Instituto Nacional Penitenciario (2021), de acuerdo con el informe estadístico de septiembre del 2021, se observa una mayor concentración de los privados de libertad en el delito de Robo Agravado (Artículo 189º, Código Penal), seguido de reclusos por el delito de Violación Sexual de Menor de Edad. Con mucha preocupación

se observa que el 4.7% de la población penitenciaria se encuentra recluida por el delito de violación sexual tipo base, el 11.4% por el delito de violación sexual de menor de edad, el 1.5% del delito de actos contra el pudor y el 3% del delito de actos contra el pudor contra menores de edad; situación que nos obliga a reflexionar sobre la salud mental de la población y en la afectación que este delito produce en las víctimas, con mayor gravedad en las víctimas menores de edad.

En el distrito fiscal de Ucayali, el accionar del Ministerio Público se desarrolla bajo el Nuevo Código Procesal Penal, un modelo acusatorio e inquisitivo, regido por los principios de contradicción, publicidad, oralidad, acusatorio, garantista y de derecho de defensa; en concordancia a estos principios, el perito psicólogo forma parte del equipo de especialistas del Ministerio Público y es llamado a evaluar al imputado o a la víctima y a presentarse en audiencia de juicio oral y argumentar las bases científicas de la prueba pericial emitida, de ahí la importancia de un buen procedimiento, ajuste riguroso a la metodología científica y al protocolo de evaluación psicológica para casos de víctimas por delitos contra la libertad sexual.

En concordancia con lo señalado en los párrafos anteriores, el presente trabajo académico, se desarrolla bajo la solicitud del fiscal a cargo, la entrevista en Cámara Gesell, seguido de la evaluación psicológica en consultorio, a una menor adolescente víctima del delito contra la libertad sexual, en la modalidad de tocamientos, actos de connotación sexual o actos libidinosos sin consentimiento por parte de figura denunciada a quien puede identificar, la evaluación se realizó con el fin de analizar si presenta o no afectación psicológica, cognitivo y conductual, después del evento, materia de investigación. Siendo este estudio de gran importancia por las consecuencias que generarían a largo y corto plazo de dichos actos.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Llanos (2020), realizó una investigación titulada “Factores de riesgo en el abuso sexual incestuoso, en menores de edad, en los casos denunciados en el Ministerio Público- Huánuco”. Para ello se formuló como objetivo describir los factores de riesgo del abuso sexual incestuoso en menores de edad, en los casos denunciados, en el Ministerio Público de Huánuco, 2017. El tipo de investigación fue básico, de nivel descriptivo. El muestreo del estudio fue no probabilístico, intencional con los menores víctimas de abuso sexual, casos denunciados en el Ministerio Público entre 11 a 15 años de edad. La técnica aplicada fue de revisión documentaria. Los resultados obtenidos muestran que son las niñas y adolescentes mujeres quienes sufren en mayor proporción de abuso sexual; los factores de riesgo identificados son el ambiente familiar hostil, el hacinamiento y el abandono de rol paterno, además de la pobreza de las familias. Además, se concluye que el abuso sexual produce daños físicos y psicológicos en los niños, niñas o la adolescente, provocándoles un fuerte impacto emocional, alteraciones psicológicas y de conducta sexual, altera también sus relaciones con otras personas, produciendo en él o ella un estado y sentimiento de inferioridad ante los demás, como en su entorno.

Cáceres (2019), realizó una investigación titulada “Violación sexual en menores de edad”. Para ello se formuló como objetivo determinar el grado de desinformación sobre el delito de violación sexual a menores de edad con la finalidad de disminuir el alto índice de denuncias registradas y para una mejor comprensión. La investigación fue de tipo aplicado, cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal. El estudio analizó las denuncias por delito de violación sexual a menores de edad registradas en el distrito de Comas, entre los años 2014 al 2018. Asimismo, se

entrevistó a 20 padres de familia. La investigación concluyó, que la cantidad de casos registrados en el distrito de Comas referente al delito de violación sexual a niños menores de 14 años, van en aumento, implicando una posible deficiencia en cuanto a la aplicación normativa. Por otro lado, se identifica que el aumento de las denuncias por violación sexual a menores de edad responde a factores como la falta de información por parte de los padres de familia para con sus hijos, la falta de información por parte del estado para otorgar información básica y necesaria respecto al cuestionado delito de violación sexual.

Arredondo et al. (2015), en el artículo titulado “Develación del abuso sexual en niños y niñas atendidos en la Corporación Paicabi”, formuló como objetivo del estudio describir las características del abuso sexual infantil, en función de la forma en que éste ha sido develado (detección versus revelación) y de su latencia (temprana, intermedia o tardía). Se consideraron los datos de 191 niños y niñas menores de 10 años víctimas de abuso sexual infantil. Los datos correspondieron a niños y niñas que residían mayoritariamente en la región de Valparaíso (94,2%), Chile. Se analizaron las particularidades de los distintos tipos de abuso sexual infantil con tablas de contingencia. Los resultados dan cuenta que los procesos de revelación y detección son diferentes entre sí. Se observa que a mayor complejidad del abuso sexual infantil (intrafamiliar, crónico, con penetración y parte de una poli victimización) la revelación es menos frecuente y de mayor latencia. Los resultados muestran la necesidad de una mayor diversificación de las estrategias orientadas a una develación temprana del abuso sexual infantil.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Cerón (2017), en un estudio denominado “Caracterización de los casos de abuso sexual valorados en los servicios de urgencias y consulta externa de una institución

hospitalaria de primer nivel en el Departamento del Cauca, 2007 – 2015”; a través de un estudio descriptivo y retrospectivo con víctimas de abuso sexual atendidas en consulta externa y de urgencias. La muestra de estudio estuvo conformada por 30 casos, de los cuales 21 fueron atendidos en el servicio de urgencias y 9 en consulta externa. El contexto donde se llevó a cabo el estudio, fue un municipio con predominio de población afrodescendiente. Los núcleos familiares estaban caracterizados por el ausentismo de los padres, quedando los menores al cuidado de amigos u otros familiares cercanos. El estudio recopiló datos temporales y variables consideradas en los tres primeros niveles del Modelo Teórico Ecológico. En el nivel individual se describieron las variables sociodemográficas de la víctima y el estado de alicoramiento del supuesto agresor. En el nivel relacional, el vínculo con el supuesto agresor, la forma como este sometió a la víctima al momento del hecho y cómo la indujo a que no lo denunciara. En el nivel comunitario, se consideró el contexto en el cual se llevó a cabo el abuso. Se encontró como resultados que el 77% de las víctimas fueron mujeres, 23% hombres, en edades entre los 2-16 años, el 100% eran estudiantes. El acto fue cometido por un solo agresor; en el 93% fue perpetrado por conocidos, de los cuales 42,9% eran familiares. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Libre Seccional Cali, siguiendo las normas de la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y contó con la aprobación de las directivas del hospital fuente de información. El autor concluyó que, a pesar de las medidas de control y regulación, los resultados sugieren que el abuso sexual tiene lugar a edades muy tempranas, el agresor es casi siempre un conocido frecuentemente con vínculo consanguíneo, lo cual le facilita la perpetuación del hecho hacia el interior del núcleo familiar a través del engaño, el chantaje o la amenaza.

Cantón-Cortés y Rosario (2015), en la investigación teórica titulada “Las consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes”, que se desarrolló en el Departamento Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Málaga. Formuló como objetivo discernir cuales son las principales variables que determinan los efectos del abuso sobre la víctimas. Las características del abuso, víctima y agresor, los factores situacionales y, especialmente, las variables cognitivas de la víctima se han demostrado como eficaces para explicar la gravedad de la sintomatología. En conclusión, concretamente, las investigaciones realizadas en los últimos años han encontrado que la sustitución de estrategias de afrontamiento de evitación por estrategias de aproximación, la eliminación de las atribuciones de autoinculpación e inculpación a la familia y de los sentimientos relacionados con las cuatro dinámicas traumatogénicas y la promoción de un estilo de apego seguro resultarían beneficiosos a la hora de prevenir futuros problemas causados por la experiencia de abuso.

Calderón (2016), en el presente estudio de caso titulado, “Trastorno mixto ansioso depresivo en el hospital IESS Ambato”, se formuló como objetivo, analizar el trastorno mixto ansioso depresivo y su influencia a nivel somático. El presente caso hace referencia a una paciente femenina de 56 años de edad, estado civil casada, madre de dos hijos, diseñadora de calzado, antecedentes de crisis migrañosas desde los 16 años de edad, sintomatología ansiosa depresiva por antecedentes de aparentes abusos sexuales sin penetración desde su niñez y desencadenante para la intensificación de la sintomatología, la muerte de su madre. La paciente presenta crisis de angustia con mayor frecuencia ante dificultades a nivel personal, conyugal y familiar, una baja resiliencia que origina constantes recaídas. Sentimientos de culpa relacionados a conflictos no resueltos en la niñez, ideación fanática por el problema de base, baja

tolerancia a la frustración, llanto fácil, labilidad emocional, anhedonia, entre otros. Recibe tratamiento psicológico y psicofarmacológico en el Hospital IESS Ambato y en la Clínica Guadalupe en Quito. El análisis de caso concluye que los factores desencadenantes del trastorno mixto ansioso depresivo se debe a la exposición de factores estresores desde la niñez, tales como, abusos sexuales, los mismos que presentaron sintomatología en la adolescencia, debido a la ausencia de un tratamiento adecuado se convirtió en la vida adulta un trastorno mixto ansioso depresivo, el cual se mantiene debido a la baja resiliencia e hipoabulia de la paciente y se presenta como crisis ante factores estresantes a nivel familiar, esto ha provocado que la paciente presente dificultad a nivel somático específicamente caracterizado por las migrañas continuas.

1.2.3. Fundamentación Teórica

Normas legales

El código penal del Perú, promulgado el 3 de abril de 1991 y publicado el 8 de abril del mismo año, actualizado al mes de agosto del 2021, tipifica y establece las sanciones que corresponden a cada una de las conductas consideradas delitos y faltas en el Perú.

Artículo 170.- Violación sexual

El que, con violencia, física o psicológica, grave amenaza o aprovechándose de un entorno de coacción o de cualquier otro entorno que impida a la persona dar su libre consentimiento, obliga a esta a tener acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza cualquier otro acto análogo con la introducción de un objeto o parte del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de catorce ni mayor de veinte años. La pena privativa de libertad será no menor de veinte ni mayor de veintiséis años, en cualquiera de los casos siguientes:

- Si la violación se realiza con el empleo de arma o por dos o más sujetos.
- Si el agente abusa de su profesión, ciencia u oficio o se aprovecha de cualquier posición, cargo o responsabilidad legal que le confiera el deber de vigilancia, custodia o particular autoridad sobre la víctima o la impulsa a depositar su confianza en él.
- Si el agente aprovecha su calidad de ascendiente o descendiente, por consanguinidad, adopción o afinidad; o de cónyuge, excónyuge, conviviente o ex conviviente o con la víctima esté sosteniendo o haya sostenido una relación análoga; o tiene hijos en común con la víctima; o habita en el mismo hogar de la víctima siempre que no medien relaciones contractuales o laborales; o es pariente colateral hasta el cuarto grado, por consanguinidad o adopción o segundo grado de afinidad.
- Si es cometido por pastor, sacerdote o líder de una organización religiosa o espiritual que tenga particular ascendencia sobre la víctima.
- Si el agente tiene cargo directivo, es docente, auxiliar o personal administrativo en el centro educativo donde estudia la víctima.
- Si mantiene una relación proveniente de un contrato de locación de servicios, o de una relación laboral con la víctima, o si esta le presta servicios como trabajador del hogar.
- Si fuera cometido por personal perteneciente a las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Serenazgo, Policía Municipal o vigilancia privada, o cualquier funcionario o servidor público, valiéndose del ejercicio de sus funciones o como consecuencia de ellas.
- Si el agente tiene conocimiento de ser portador de una enfermedad de transmisión sexual grave.

- Si el agente, a sabiendas, comete la violación sexual en presencia de cualquier niña, niño o adolescente.
- Si la víctima se encuentra en estado de gestación.
- Si la víctima tiene entre catorce y menos de dieciocho años de edad, es adulto mayor o sufre de discapacidad, física o sensorial, y el agente se aprovecha de dicha condición.
- Si la víctima es mujer y es agraviada por su condición de tal en cualquiera de los contextos previstos en el primer párrafo del artículo 108-B.
- Si el agente actúa en estado de ebriedad, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos-litro, o bajo el efecto de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o sintéticas que pudiera alterar su conciencia.

Artículo 171.- Violación de persona en estado de inconsciencia o en la imposibilidad de resistir.

El que tiene acceso carnal con una persona por vía vaginal, anal o bucal, o realiza cualquier otro acto análogo con la introducción de un objeto o parte del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, después de haberla puesto en estado de inconsciencia o en la imposibilidad de resistir, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de veinte ni mayor de veintiséis años.

Artículo 172.- Violación de persona en incapacidad de dar su libre consentimiento

El que tiene acceso carnal con una persona por vía vaginal, anal o bucal o realiza cualquier otro acto análogo con la introducción de un objeto o parte del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, conociendo que está impedida de dar su libre consentimiento por sufrir de anomalía psíquica, grave alteración de la conciencia,

retardo mental o que se encuentra en incapacidad de resistir, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de veinte ni mayor de veintiséis años.

Artículo 173.- Violación sexual de menor de edad

El que tiene acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza cualquier otro acto análogo con la introducción de un objeto o parte del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, con un menor de catorce años, será reprimido con pena de cadena perpetua.

Artículo 174.- Violación de persona bajo autoridad o vigilancia

El que, aprovechando la situación de dependencia, autoridad o vigilancia tiene acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o introduce objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías a una persona colocada en un hospital, asilo u otro establecimiento similar o que se halle detenida o recluida o interna, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de veinte ni mayor de veintiséis años.

Artículo 175.- Violación sexual mediante engaño

El que, mediante engaño tiene acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza cualquier otro acto análogo con la introducción de un objeto o parte del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, a una persona de catorce años y menos de dieciocho años será reprimido con pena privativa de libertad no menor de seis ni mayor de nueve años.

Artículo 176.- Tocamientos, actos de connotación sexual o actos libidinosos sin consentimiento

El que sin propósito de tener acceso carnal regulado por el artículo 170, realiza sobre una persona, sin su libre consentimiento, tocamientos, actos de connotación sexual o actos libidinosos, en sus partes íntimas o en cualquier parte de su cuerpo será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de seis años.

Si el agente realiza la conducta descrita en el primer párrafo, mediante amenaza, violencia, o aprovechándose de un entorno de coacción o de cualquier otro que impida a la víctima dar su libre consentimiento, o valiéndose de cualquiera de estos medios obliga a la víctima a realizarlos sobre el agente, sobre sí misma o sobre tercero, la pena privativa de libertad será no menor de seis ni mayor de nueve años.

En cualquiera de los casos previstos en el primer y segundo párrafos, la pena privativa de libertad se incrementa en cinco años en los extremos mínimo y máximo, si la víctima es mayor de catorce y menor de dieciocho años.

Artículo 176-A.- Tocamientos, actos de connotación sexual o actos libidinosos en agravio de menores

El que sin propósito de tener acceso carnal regulado en el artículo 170, realiza sobre un menor de catorce años u obliga a este a efectuar sobre sí mismo, sobre el agente o tercero, tocamientos indebidos en sus partes íntimas, actos de connotación sexual en cualquier parte de su cuerpo o actos libidinosos, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de nueve ni mayor de quince años.

Artículo 176-B.- Acoso sexual

El que, de cualquier forma, vigila, persigue, hostiga, asedia o busca establecer contacto o cercanía con una persona, sin el consentimiento de esta, para llevar a cabo actos de connotación sexual, será reprimido con pena privativa de la libertad no menor de tres ni mayor de cinco años e inhabilitación, según corresponda, conforme a los incisos 5, 9, 10 y 11 del artículo 36.

Igual pena se aplica a quien realiza la misma conducta valiéndose del uso de cualquier tecnología de la información o de la comunicación.

La pena privativa de la libertad será no menor de cuatro ni mayor de ocho años e inhabilitación, según corresponda, conforme a los incisos 5, 9, 10 y 11 del artículo 36, si concurre alguna de las circunstancias agravantes:

1. La víctima es persona adulta mayor, se encuentra en estado de gestación o es persona con discapacidad.
2. La víctima y el agente tienen o han tenido una relación de pareja, son o han sido convivientes o cónyuges, tienen vínculo parental hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
3. La víctima habita en el mismo domicilio que el agente o comparten espacios comunes de una misma propiedad.
4. La víctima se encuentra en condición de dependencia o subordinación con respecto al agente.
5. La conducta se lleva a cabo en el marco de una relación laboral, educativa o formativa de la víctima.
6. La víctima tiene entre catorce y menos de dieciocho años.

Artículo 176-C.- Chantaje sexual

El que amenaza o intimida a una persona, por cualquier medio, incluyendo el uso de tecnologías de la información o comunicación, para obtener de ella una conducta o acto de connotación sexual, será reprimido con pena privativa de la libertad no menor de dos ni mayor de cuatro años e inhabilitación, según corresponda, conforme a los incisos 5, 9, 10 y 11 del artículo 36.

La pena privativa de libertad será no menor de tres ni mayor de cinco años e inhabilitación, según corresponda, conforme a los incisos 5, 9, 10 y 11 del artículo 36, si para la ejecución del delito el agente amenaza a la víctima con la difusión de

imágenes, materiales audiovisuales o audios con contenido sexual en los que esta aparece o participa.

Violencia

Según la Organización Mundial de la Salud (2002), declaró la prevención de la violencia como una prioridad de la salud pública. Definió violencia como “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectiva, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”

Clases de violencia

Según el Observatorio Nacional (s.f.), de la violencia contras las mujeres e integrantes del grupo familiar, los tipos de violencia son las formas a través de las cuales se ejerce una modalidad de violencia, y son los siguientes:

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.

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.

Violencia económica o patrimonial

Es la acción u omisión que ocasiona un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de las mujeres por su condición de tales o contra cualquier integrante del grupo familiar, en el marco de relaciones de poder, responsabilidad o confianza. En

los casos en que las mujeres víctimas de violencia tengan hijos/as y estos/as vivan con ellas, la limitación de los recursos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna, así como la evasión de sus obligaciones alimentarias por parte de la pareja, se considerará como una forma de violencia económica o patrimonial contra la mujer y los/las hijos/as.

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.

Violencia sexual

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (s.f), la violencia sexual, se configura con acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento, que además de comprender la invasión física del cuerpo humano, pueden incluir actos que no involucren penetración o incluso contacto físico alguno.

Según el MINSA (2020), la violencia sexual son las acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. Estos incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno, así como exposición a material pornográfico, las que vulneran el derecho a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015), señala que la violencia sexual es cualquier acto

sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto.

Según Organización de las Naciones Unidas (ONU, s.f.), se entiende por violencia sexual cualquier acto de naturaleza sexual cometido contra la voluntad de otra persona, ya sea que esta no haya otorgado su consentimiento o que no lo pueda otorgar por ser menor de edad, sufrir una discapacidad mental o encontrarse gravemente intoxicada o inconsciente por efecto del alcohol o las drogas.

Violencia sexual infantil

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020), los términos “violencia sexual contra los niños, niñas y adolescentes (NNA)” o “explotación y abuso sexuales de los NNA” engloban diversos actos de abuso, cometidos en diferentes entornos y relaciones: situaciones en las que un niño o niña sufre abusos sexuales por parte de un pariente o cuidador en el hogar; es víctima de violación por parte de una pareja íntima; se le obliga a intercambiar relaciones sexuales por comida, dinero o favores, o no tiene más opción que hacerlo; padece una agresión sexual camino a la escuela o en ella cometida por un adulto, una pandilla o un compañero que vive en la comunidad; sufre abusos sexuales por parte de un adulto que está en una posición de confianza o autoridad, como un sacerdote, un agente de policía, un cuidador o un entrenador deportivo; sufre ciberacoso infantil con fines de abuso sexual o explotación sexual en línea por parte de un adulto o de un niño o niña mayor; es víctima de trata dentro o fuera de las fronteras de su país con fines de explotación sexual, a veces por parte de grupos organizados de agresores sexuales de menores; o es

víctima de violación por un combatiente o un miembro de las fuerzas de mantenimiento de la paz en el contexto de una guerra, un desplazamiento o una catástrofe.

Es posible que los NNA afectados no reconozcan siempre sus experiencias como violencia o abuso de carácter sexual. Si bien los que viven en regiones del mundo de bajo ingreso, en condiciones de inseguridad, conflicto armado o separación de sus familias son especialmente vulnerables, es importante señalar que todos los NNA corren el riesgo de sufrir explotación y abuso sexuales.

Según Save the children (s.f.) las modalidades de violencia sexual infantil:

- Insinuaciones o acoso verbal: Palabras o gestos relacionados con la actividad sexual o partes del cuerpo de la víctima. Por ejemplo, espiarlos cuando se bañan o mientras se cambian de ropa, mostrarles los órganos sexuales o material pornográfico, usar expresiones como «qué ricos...», «vamos a la cama», etc.
- Contacto físico: Es todo hecho intencional a actividades sexuales. Pueden ser rozamientos, besos o caricias, en diversas partes del cuerpo de las víctimas. También el contacto con partes íntimas del abusador y/o víctima (pene, nalgas, pecho, vagina).
- Penetración: Es la introducción del pene en la vagina, ano boca, ya sea de la víctima, abusador o abusadora. La penetración también puede consistir en la introducción de objetos o partes del cuerpo por la vía vaginal o anal.

Consecuencias de la violencia sexual infantil

Los impactos del abuso sexual infantil en los niños y niñas son muy variados. En determinados casos actúan como hechos traumáticos, provocando daños considerables; en otros quedan huellas, cicatrices que pueden tener sus consecuencias en el relacionamiento y personalidad de la víctima; otras veces se vive como una experiencia negativa, pero sin mayores consecuencias (Peroni & Prato, 2012, como se

citó en Darriulat, 2017). Esto significa que la gravedad de los impactos depende de: el perfil individual del niño, en cuanto a edad, sexo y contexto familiar; las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia de violencia o amenazas, cronicidad); la relación existente con el abusador y las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005).

Consecuencias a corto plazo

Los diferentes estudios realizados con víctimas de abusos sexuales (Kendall-Tackett; Williams y Finkelhor, 1993) coinciden, en su gran mayoría, a la hora de señalar los principales efectos inmediatos. El alcance de las consecuencias va depender del grado de sentimiento de culpa y de la victimización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultad de socialización. De este modo, los niños tienen mayor probabilidad de exteriorizar problemas de comportamientos, como, por ejemplo, agresiones sexuales y conductuales violentas en general.

El límite temporal referido a los denominados efectos a corto plazo o iniciales se suele situar en dos años siguientes al suceso. A partir de ese momento, se habla de efectos a largo plazo (Sánchez, 2015).

Finkelhor (1990) investigó sobre las consecuencias a corto plazo que se pueden presentar en un niño o niña con experiencia de abuso, en el área: física, conductual, emocional, sexual y social. Dentro de las consecuencias que se manifiestan en el área física se encuentran: pesadillas y problemas de sueño, cambios en los hábitos alimenticios y pérdida de control de esfínteres. En cuanto a las conductuales, se observan el consumo de drogas y/o alcohol, fugas, conductas autolesivas o suicidas, hiperactividad y bajo rendimiento académico. En los impactos emocionales se presenta

el sentimiento de miedo generalizado, hostilidad y agresividad, aislamiento, ansiedad, depresión, rechazo al propio cuerpo, desconfianza y rencor hacia los adultos y síndrome de stress postraumático. Lo que se refiere a las consecuencias en el área sexual se manifiesta el conocimiento sexual precoz e inapropiado para su edad, la masturbación compulsiva y problemas de identidad sexual. Y en los efectos sociales se encuentra el déficit en habilidades sociales, el retraimiento social y conductas antisociales.

Consecuencias a largo plazo

Los efectos a largo plazo son, comparativamente, menos frecuentes y están más desdibujados que las secuelas iniciales. Sin embargo, la victimización infantil constituye un factor de riesgo importante de desarrollo psicopatológico en la edad adulta. Según el estudio de Hernán con 205 mujeres con historia de incesto, el 50% de las víctimas consideraban que el abuso había tenido un efecto negativo en su desarrollo y, de hecho, el 77.6% mostraban algún síntoma clínico. Los problemas disociados y en concreto, la amnesia psicógena son relativamente frecuentes, tanto más pequeño el niño en el inicio del abuso. Por tanto, al menos en gran parte de los casos, el mero paso del tiempo no implica la resolución del trauma, sino el tránsito de un tipo de sintomatología a otra, en función del momento evolutivo en que se realice la evaluación (Sánchez, 2015).

Se habla de efectos a largo plazo, cuando los mismos se presentan a partir de los dos años siguientes a la experiencia de abuso, observándose en un 20% aproximadamente de las víctimas de abuso sexual infantil (Rodríguez et al., 2012, como se citó en Darriulat, 2017). Así mismo según Glaser y Wiseman (2000), consideran que estos pueden convertirse en consecuencias crónicas a lo largo de la vida, con períodos de funcionamiento adecuado y recaídas. Diversos estudios registran que las consecuencias a largo plazo, se manifiestan de diferentes maneras comprometiendo

distintas áreas como la psicológica, física, emocional, cognitiva, entre otras. Esta variabilidad en las consecuencias del abuso sexual infantil, dificulta determinar un síndrome específico para su detección, pero es innegable el sinfín de repercusiones negativas que atenta sobre la persona.

Intebi (2012), plantea que las consecuencias del abuso sexual infantil (ASI) tienden a perdurar en el tiempo, lo que varía es el grado de las mismas, así mismo menciona que no necesariamente van a persistir consecuencias en la adultez, y en caso de que aparezcan, no se deben única y específicamente al ASI sino a la sumatoria de hechos adversos que ha sufrido la víctima. En otras palabras, si la víctima no cuenta con otras adversidades adicionales tales como: el abandono emocional, el maltrato físico, una patología familiar grave, y el divorcio de los padres, el impacto psicológico a largo plazo del ASI puede llegar a ser pequeño (Echeburúa y de Corral, 2006)

Respecto a el área sexual se presentan dificultades que van desde la extrema sexualización de la mayoría de sus relaciones, y la disponibilidad para satisfacer a los demás hasta la presencia de bajo deseo sexual, anorgasmia, dolencias al mantener relaciones sexuales e impotencia (Salazar et al., 2007, citado en Darriulat, 2017).

Mebarak et al. (2010), el ASI se relaciona con la compulsividad sexual, por lo tanto, existe mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades de transmisión sexual como el HIV. De otro lado Pereda (2010) señala que las conductas sexuales promiscuas y de inicio precoz, en mujeres abusadas en la infancia, derivan en causales sexuales como la maternidad temprana, abortos e incluso la prostitución. También pueden presentar una tendencia a tener sentimientos de rechazo hacia los embarazos y estar más expuestas a experimentar depresión postparto (Darriulat, 2017).

En el área social y vincular de la persona, se destaca la presencia de un mayor aislamiento y ansiedad social, menos cantidad de amigos y baja interacción social.

También se observa un desajuste en las relaciones de pareja, con relaciones inestables y una evaluación negativa de las mismas (Rodríguez et al., 2012).

Besoain & Santelices (2009) agregan que estos modelos se mantienen a lo largo del tiempo y continúan operando a nivel inconsciente, dirigiendo las respuestas afectivas y conductuales. La revictimización es otra de las consecuencias a largo plazo.

Los efectos del ASI, mencionados anteriormente, constituyen un conjunto de síntomas que son consecuencias de la experiencia vivida. En relación a estos efectos, determinados autores han realizado planteamientos en los que estas consecuencias conforman síndromes o traumas (Bolaños y Gálvez, 2008, citado en Darriulat, 2017).

Dentro de las consecuencias de corto y largo plazo, los Trastornos más representativos se describen a continuación, siguiendo los criterios del CIE 10.

F 41.2 Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo

En este tipo de trastornos están presentes síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad a la depresión.

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático

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 causarían por sí mismos malestar generalizado en casi

todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.

Pautas para el diagnóstico

Este trastorno puede empezar en el corto plazo, pero la afectación puede llegar a largo plazo si es que no se realiza las intervenciones oportunas. No debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad.

F43.2 Trastornos de adaptación

Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante.

El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. La persona que presenta este trastorno puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. Si predominan estas características debe recurrirse a F43.23.

Factores de riesgo en víctimas menores de violencia sexual

Según Sánchez (2017), considera que los factores de riesgo en la violencia sexual no ocurre de manera aislada, tiene raíz en la injusticia y la disparidad social, vinculan a la violencia sexual en otras formas de violencia en todo el mundo. Los

factores de riesgo trascienden límites y ocurren en contextos individuales sociales, culturales y económicos.

Al visualizar a la violencia sexual a través del lente de la salud pública, se vuelve de primordial importancia tanto reducir los factores de riesgo como incrementar los de protección. Algunos de los factores que individualmente pueden aumentar el riesgo de que un hombre cometa una violación sexual incluyen: personalidad disocial, el abuso de sustancias psicoactivas o un trastorno sexual y al mantener actitudes y creencias que promuevan la violencia sexual y la hostilidad contra las mujeres, la asociación con personas sexualmente agresivas y el haber sido sometido a abuso sexual en la niñez.

Los factores sociales que contribuyen a la incidencia de la violencia sexual y provocan un mayor riesgo para ciertos grupos incluyen: la inequidad de géneros, y el derecho masculino, la guerra, así como las sanciones y la falta o precaria situación de servicios humanos.

Por otro lado, cuando un niño se encuentra en una situación de riesgo significa que tiene una mayor probabilidad de sufrir abuso sexual al ser por ejemplo niña y mujer, estudios diversos señalan de 2-3 niñas por cada niño, esta relación estaría en relación a que la mayoría de agresores sexuales son hombres predominantemente heterosexuales. Los menores con mayor riesgo de victimización son aquellos que cuentan con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo como son los niños que no hablan, niños maltratados, abandonados, son vulnerables de manipulación, de los mayores, que presenta problemas en el desarrollo como discapacidad física y psíquicas, niños carentes de afecto, que pueden sentirse inicialmente halagados por la atención que son objeto y generar posteriormente sentimiento de culpa. Respecto a la edad, la edad de mayor riesgo es entre 6-7 años y los 10 años; edad caracterizada por la etapa pre-pubertad donde empiezan aparecer las muestras del desarrollo sexual, respecto a las

características de los padres hay ausencia de los padres, la incapacidad o enfermedad de la madre.

Según Viviano (2012), considera que, en toda situación de violencia, en este caso en las situaciones de abuso sexual, es necesario considerar los factores de riesgo en niveles: personal, familiar, comunitario y social.

Factores a nivel personal

Los factores de riesgo del nivel personal que corresponden a las víctimas de abuso, son:

Falta de información sobre la sexualidad en general y sobre el abuso sexual en particular, por otro lado, el niño o niña que sufre maltrato, o vive situaciones de carencia afectiva, busca contactos afectivos que pueden desembocar el abuso sexual. Así mismo los estilos autoritarios de crianza que generan pobre autoestima y los colocan en posición de sumisión frente a las personas adultas, también por este mismo motivo, se trata de niños o niñas con actitud pasiva, con dificultades en la asertividad, con poca capacidad para la toma de decisiones, con características de timidez, retraimiento, con discapacidad física y/o psíquica, en aislamiento o que viven en instituciones.

Factores a nivel familiar

Madre negligente, subordinada, ausente o deprimida, víctima de violencia familiar que no brinda cuidado y supervisión. Padres y madres autoritarios, que consideran que sus hijos e hijas son su propiedad, que desconocen las tecnologías de las redes sociales (Facebook, Twitter, etc.). Familias reconstituidas con historias de abandono o rupturas, así como presencia de padrastro, hijastros, nacimiento y colecho (comparte la cama con otros adultos), presencia de alcoholismo, drogadicción, y otras adicciones, modelos sexuales inapropiados, familias en cuyas viviendas continuamente están entrando y saliendo familiares, personas conocidas o poca conocidas. Ausencia

de personas adultas en los cuales la o el menor de edad pueda confiar. Frecuentes cambios de domicilio que impiden establecer vínculos sociales que pueden constituir factores protectores frente al abuso. Priorización inadecuada de distracciones y ocupaciones por ambos progenitores en desmedro del tiempo de convivencia con los hijos e hijas, lo cual deja a niños y niñas carentes de afecto, compañía y supervisión adulta.

Factores a nivel comunitario

Ausencia de mecanismos de detección del abuso en las instituciones educativas y otros entornos habituales de los niños y niñas. Barrio inseguro, delincuencia, percepción de falta de orden y reglas. Espacios comunitarios que favorecen el consumo de alcohol y el uso de drogas. Comunidad que estigmatiza al o la menor de edad que ha sufrido abuso sexual.

Factores a nivel social

La socialización de género que promueve diferencias para varones y mujeres, así como la utilización comercial de la sexualidad, en relación al cuerpo de las mujeres, la aceptación de la utilización de las niñas en comerciales y actividades artísticas en las que adoptan características adultas y “erotizadas”, la aceptación cultural del sometimiento de los y las menores de edad a la autoridad adulta. Las condiciones y ritmo de vida de la sociedad actual que favorecen la desintegración familiar y el resquebrajamiento de vínculos afectivos entre los miembros de las familias. Procedimientos legales que revictimizan y dificultan el acceso a la justicia.

1.3.Objetivos

1. Identificar la sintomatología del trastorno mixto ansioso depresivo que presenta una adolescente víctima de la violencia sexual, evaluada en el área de psicología forense de la división médico legal de Ucayali.

2. Describir la dinámica de la violencia sexual en una adolescente evaluada en el área de psicología forense de la división médico legal de Ucayali.
3. Analizar la dinámica familiar en una adolescente víctima de la violencia sexual, evaluada en el área de psicología forense de la división médico legal de Ucayali.

1.4. Justificación

El presente trabajo académico permitirá mejorar la rigurosidad de la metodología y evaluación psicológica en casos de violación sexual en menores de edad. Una buena evaluación contribuye a una buena decisión de la autoridad judicial respecto al agresor y a la víctima.

Siendo de interés el estudio de la violencia sexual, ello generaría el replanteamiento de políticas públicas de acciones concretas, dirigidas a prevenir casos de violación sexual.

En nuestro país sería importante fomentar medidas preventivas para emplearlos en las familias de la sociedad peruana, mediante la creación de programas preventivos de intervención aplicando y los conocimientos científicos aportados en el presente trabajo.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

El presente estudio de caso permitirá la elaboración, implementación y ejecución de un programa de intervención y apoyo a la víctima y a la familia de la misma; también la comprensión de esta problemática permitirá proponer programas para casos similares.

En la comunidad forense permitirá establecer una metodología y el uso de técnicas e instrumentos que permitan una evaluación psicológica forense rigurosa aplicando técnicas e instrumentos de última generación, aplicados a nivel internacional y que han sido planteadas en guías de procedimiento para la elaboración pericial en

abuso sexual en nuestro país, así mismo, el uso de esta metodología permite al sistema de justicia tomar decisiones tomando en cuenta la rigurosidad de la pericia psicológica, con carácter de científicidad, para hacer considerado dentro del sistema, un medio probatorio, ante una decisión judicial.

II. Metodología

2.1. Tipo y diseño de investigación

El presente trabajo académico se realiza a través del enfoque cualitativo, mediante el estudio de caso. Según Stake (2005), lo distintivo del estudio de casos está en la comprensión de la realidad objeto de estudio, es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprenderlo.

Según Hernández et al. (2014) en el estudio de caso:

La unidad o caso investigado puede tratarse de un individuo, una pareja, una familia, un objeto (una pirámide como la de Keops, un material radiactivo), un sistema (fiscal, educativo, terapéutico, de capacitación, de trabajo social), una organización (hospital, fábrica, escuela), un hecho histórico, un desastre natural, un proceso de manufactura, una comunidad, un municipio, un departamento o estado, una nación (p.166).

Álvarez y San Fabian (2012) resumen las características básicas de los estudios de caso señalando que estos: a) realizan una descripción contextualizada del objeto de estudio, b) se trata de estudios holísticos que ofrecen una visión integral del fenómeno, reflejando al complejidad del mismo, c) develan la particularidad y la peculiaridad del fenómeno, d) parte de la observación, e) son heurísticos, es decir, se orientan a mejorar la comprensión del fenómeno objeto de estudio, f) exigen al investigador la permanencia en el campo, g) incorporan múltiples fuentes de datos y el análisis de los mismos de manera interrelacionada.

En los estudios de enfoque cualitativos el tamaño de la muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, debido a que el interés del investigador no es generalizar los resultados a una población, sino conocer y comprender a profundidad

un fenómeno a través de casos o unidades de análisis (Hernández et al. 2014). El caso de estudio elegido corresponde a una muestra por conveniencia, al ser un caso de interés del investigador disponible al cual se tiene acceso.

El presente estudio de caso se ejecutó en la área de Cámara Gesell de la División Médico Legal de Ucayali, en dicha diligencia se presenta a una adolescente víctima del delito contra la libertad sexual en la modalidad de tocamientos, actos de connotación sexual o actos libidinosos sin consentimiento, es así que en el proceso de evaluación pericial se realizó tomando en cuenta una metodología seleccionada de acuerdo a la situación actual de las técnicas e instrumentos vigentes en la especialidad de la psicología forense.

2.2.Ámbito temporal y espacial

El presente trabajo académico aplica a una menor adolescente, que es evaluada a solicitud del fiscal a cargo de la Fiscalía Provincial Penal Corporativa de Coronel Portillo – Ucayali, dicha entrevista y evaluación psicológica se desarrolló en las instalaciones del Instituto de Medicina Legal II de Ucayali, en el área de Cámara Gesell, en el mes de octubre del 2019, en dos sesiones, para determinar si dicha menor presenta algún tipo de afectación psicológica, cognitiva o conductual respecto a los hechos que se investigan.

2.3.Variables de estudio:

En el presente trabajo académico se consideró las siguientes variable:

- Trastorno mixto ansioso depresivo
- Dinámica de la violencia sexual
- Dinámica familiar

2.4.Participante

La evaluación psicológica forense corresponde a una menor adolescente de 15 años y 10 meses de edad, de sexo femenino, quien acude en compañía con la figura materna. Lugar de nacimiento en el departamento de Ucayali, provincia de Coronel Portillo, distrito de Callería, con fecha de nacimiento el 30 de noviembre del 2014, siendo el grado de instrucción secundaria incompleta, ya que cursa el tercer año de secundaria, su ocupación es estudiante, de religión evangélica con dominancia diestra. Comparte el ambiente intrafamiliar con la figura paterna, materna y las figuras fraternas (hermanos). Acude a la división Médico Legal II de Ucayali, tras ser presuntamente víctima del delito contra la libertad sexual, en la modalidad de tocamientos, actos de connotación sexual o actos libidinosos sin consentimiento. Se realiza la entrevista en Cámara Gesell, así como la evaluación psicológica, todo ello previa solicitud del fiscal responsable del caso.

2.5.Técnicas e instrumentos:

Técnicas

Observación de conducta

Es la descripción objetiva de la apariencia física y de las manifestaciones conductuales que expresa el evaluado a través de signos observables, para lo cual se tendrán en cuenta cambios fisiológicos, conductuales, así como actitud presentadas durante la evaluación. (Ayala, et al., 2016).

Registro conductual de la menor evaluada

Adolescente de 15 años, acude en compañía de la figura materna, se presenta lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, su aspecto personal esta conservado lo que se evidencia en su aliño y en su aseo personal, utiliza ropa ancha no apropiada para la estación Se expresa con un lenguaje claro, comprensible, tono de voz moderado,

establece contacto visual por momentos, se muestra colaboradora y comunicativa durante el desarrollo de entrevista y evaluación psicológica, asistiendo puntualmente a su cita programada. Relata el evento con voz entrecortada, llora y guarda en silencio por momentos, siendo compatible el afecto con lo narrado, posterior a este estado emocional se tiende hacia la estabilidad.

Entrevista Psicológica Forense

Es una técnica psicológica de entrevista semiestructurada, que se utiliza con el fin de obtener una primera evaluación de la víctima, lo más integral y sistemática posible, considerando los objetivos específicos de la evaluación psicológica y teniendo en cuenta las demandas que el sistema legal requiere, identificando criterios de realidad para ser considerada como una declaración basada en hechos vividos. (Girón, et al., 2016).

Entrevista en Cámara Gesell

En este proceso de entrevista en Cámara Gesell se aplicó el Protocolo de Satac para entrevistas forenses de Holmes y Vieth (2003). El protocolo SATAC es semiestructurado y tiene en cuenta el desarrollo y la espontaneidad de cada niño. La entrevista se dirige específicamente a la edad y al desarrollo cognitivo, social y emocional del niño. Las entrevistas pueden incluir el uso de diagramas, dibujos y muñecos anatómicos.

Relato de la Entrevista Única en Cámara Gesell, aplicando el protocolo de SATAC, según sus etapas:

Simpatía (Rapport)

El propósito es el establecimiento de la comodidad, la comunicación y la competencia (según el desarrollo cognitivo y la habilidades de comunicación del niño).

Extracto significativo

Psicóloga: ¿Siendo las 12:11 del día 16 de octubre doy inicio a la entrevista única, muy buenas tardes?

Menor: Buenas tardes, señorita.

Psicóloga: ¿Cuál es tu nombre?

Menor: K. G. B.

Psicóloga: K., me voy a presentar mi nombre es Mayra Sánchez Hurtado, soy psicóloga encargada del área de cámara Gesell el día de hoy tú y yo vamos a conversar, ¿está bien?

Menor: Si

Psicóloga: ¿Sabes lo que hace un psicólogo?

Menor: Si, te dan consejos, te apoyan

Psicóloga: También mi trabajo es hablar con los niños, niñas, adolescentes, acerca de cosas que les han pasado.

Menor: Si

Psicóloga: Y para que no se me olvide nada de lo que hablemos y poder prestar atención a lo que me cuentes, esta conversación quedará registrada, ¿tienes algún problema en eso?

Menor: No, señorita

Psicóloga: Haré algunas preguntas sobre lo que conversemos, eso no significa que no esté prestando atención, como te decía parte de mi trabajo consiste en hablar con muchos niños, niñas, adolescentes como tú sobre cosas que les han pasado, por eso, antes de empezar, quiero que nos pongamos de acuerdo en que hablaremos sólo sobre cosas que hayan pasado de verdad.

Menor: Si, doctora

Psicóloga: Si te hago una pregunta que no entiendes, dime, no entiendo, ¿de acuerdo?

Menor: Si, doctora

Psicóloga: Si yo no entiendo lo que me dices, te pediré que me lo expliques, si te hago una pregunta y no sabes la respuesta, dime, no sé.

Menor: Si, doctora

Psicóloga: Si no sabes una respuesta, no trates de adivinar, di que no sabes, y si digo cosas que son equivocadas, tú debes corregirme, ¿de acuerdo?

Menor: Si, doctora.

Psicóloga: Ahora, para conocerte un poco mejor, me gustaría que me contaras algunas cosas de ti.

Menor: Si

Psicóloga: Cuéntame, ¿cuántos años tienes?

Menor: 14 años

Psicóloga: ¿En qué colegio estás?

Menor: En el colegio Margarita Aurora Aguilar Arista

Psicóloga: ¿En qué grado estas?

Menor: Tercer año de secundaria

Psicóloga: ¿Tienes amigos?

Menor: Si, tengo amigos, pero más amigas

Psicóloga: ¿Háblame de tu mejor amiga?, ¿cómo se llama?

Menor: Se llama Tatiana, es mi mejor amiga, desde primaria, ella me está ayudando

Psicóloga: ¿En tus ratos libres que no tienes clases, que te gusta hacer?

Menor: Me gusta leer y jugar

Psicóloga: ¿Cuándo es tu cumpleaños?

Menor: El 30 de noviembre

Psicóloga: El 30 de noviembre, falta poco, cuéntame cómo fue tu cumpleaños del año pasado, ¿qué tal la pasaste?

Menor: Bien más o menos

Psicóloga: ¿Que hicieron?

Menor: Ese día bien compraron la torta, una pequeña...estuvieron ahí...este toda mi familia de parte de mi papa y de mi mama, también estuvo mi abuela Olinda, mi otra abuela Karina, mis tíos, mis primos, mi abuelito Jorge

Psicóloga: ¿Recibiste algunos regalos?

Menor: No, solo había bocaditos, la torta y al último...ya pues empezaron a tomar.

Indagación de tocamientos

El propósito es el ensayo de la habilidad del niño entender y comunicar acerca de los toques que recibe y da.

Extracto significativo

Psicóloga: Ahora que hemos conversado y nos conocemos un poco mejor, quiero que hablemos sobre la razón por la que estás aquí

Menor: Pues tuve un problema que ha sido tocamientos indebidos con un hombre, un viejo (silencio, mirada hacia abajo, manos juntas, se frota por momentos las manos)

Psicóloga: Me dices tocamientos indebidos con un hombre, un viejo, ¿quién es ese hombre?

Menor: No lo sé su nombre, pero sé que es el suegro de mi hermano.

Psicóloga: No recuerdas su nombre, pero sabes que es el suegro de tu hermano, ¿cómo es él físicamente?

Menor: No es tan alto, tiene su talla, es un flaquito, su voz es media gruesa

Psicóloga: Me dice que es un viejo, ¿cuántos años tendrá?

Menor: Yo creo que 63 años, algo así

Psicóloga: Cuéntame, ¿cómo fueron esos tocamientos?

Menor: Bueno antes de que pase esto, mi hermano le llamo a mi papa diciéndole que como él trabaja, a veces se va y necesitaban ayuda, así para que limpien un rato, le pidió permiso a mi papa y mi papa acepto un rato, porque no era tan malo ir a limpiar su casa, además yo siempre iba. Y cuando yo me iba, este mi hermano, su mujer y sus hijos no estaban en la casa, yo estaba solita ahí atrás me quedaba, ahí limpiaba y entonces a veces llegaba la señora su suegra, se quedaba y ellos se iban nomas. Llega el día 15 de julio a las 8 de la mañana (se queda en silencio, mirada hacia abajo).

Psicóloga: Y después, ¿qué pasó?, K. sé que es difícil, sabes que es la última vez que hablemos del tema, tranquila, estoy aquí para escucharte, tomate el tiempo.

Menor: (lágrimas, llora). En ese momento yo llegue y le había encontrado a la señora afuera en el patio con su marido el señor, estaba limpiando y estaba pintando su casa de él entonces yo le saludo entro a la casa y no sé en qué momento la señora se fue al mercado, el señor quedo solo. Yo entro a la casa y comienzo a limpiar el primer piso, de ahí me decidí subir al segundo piso para terminar un poco más rápido, arreglo su cuarto de mi hermano y arreglo su cuarto de mis sobrinos, en eso me agacho debajo de su cama de uno de mis sobrinos y el señor sube al segundo piso llamándome K., me dice así, si señor que es lo que necesitas le digo, entonces entra al cuarto y me quiera besar (al contar muestra sus manos al frente, tiembla, se soba las manos entre sí), en donde yo me alejo y yo le digo que no, y el señor me dice como que no, y le dije por favor señor retírese del cuarto o voy a gritar, el señor no quería salir, entonces yo me quería salir, salgo entonces el señor me jala y me hace sentar entre sus piernas, entonces yo le digo suéltame o voy a gritar, el señor no me quería soltar, entonces yo haciendo fuerza con él para que me deje, ha comenzado a besarme todo el cuerpo, y me ha tocado con su mano, me ha empezado a tocar mis partes íntimas, y yo le decía le suplicaba que

me dejara, gritaba pedía ayuda nadie creo me escuchaba porque todas las ventanas estaban cerradas, y al último el señor me suelta, y me dijo que te tengo que ser más suelta igual que las chicas del Colegio Inmaculada, yo solamente estaba llorando me quede en shock, no sabía qué hacer y me puso en el cuello un collar, una cadenita de oro y luego me pone en el bolsillo 50 soles. (llora se queda en silencio) ... y me dijo que esto lo hace porque su mujer está enferma, me dijo que con ella no puede hacer nada, no le puede hacer tocamientos nada de eso, y de ahí me dijo, que yo te prometo que la próxima semana te voy a dar 100 soles, ya quédate callada, no digas nada, pero tienes que ser un poca más suelta como todas (llora).

Psicóloga: Tú me dijiste al momento de forcejear, él te estaba besando por todo el cuerpo.

Menor: Si, señorita

Psicóloga: ¿Que parte beso?

Menor: Esta parte (indica en su cuerpo), me beso la pierna, me beso todo el cuello, la espalda.

Psicóloga: ¿Me dices que estabas con un enterizo, los tocamientos que hacía como lo hacía?

Menor: Cuando yo estaba sentada el señor me agarraba de aquí y me comenzaba a besar primero por la espalda y luego por el cuello y por esta parte donde mete su mano por mi short, es como medio suelto por ahí, el mete su mano, mete su mano hacia mi vagina y me comienza hacer el tocamiento con su mano.

Escenario del abuso

Hay dos propósitos:

Permitir a la niña relatar los detalles de su experiencia.

Explorar hipótesis alternativas.

Extracto significativo

Psicóloga: ¿Dónde paso esto?

Menor: En la casa de mi hermano

Psicóloga: Dime, ¿dónde queda la casa de tu hermano?

Menor: Su casa de mi hermano está casi en el mismo lugar de la casa del señor, su casa del señor esta adelante y de mi hermano esta atrás, mi casa es más allá por la hoyada, de él esta unas cuantas cuadras más allá.

Psicóloga: Y después, ¿qué pasó?, tranquila K., tomate tu tiempo.

Menor: Después de eso me voy al segundo piso y yo veo que se ha ido a su casa, entonces comienzo a llorar, anteriormente después de lo que me hizo, me pongo en un rincón estaba sentada pensando, entonces dije voy a pedir ayuda, me voy por allá, por este casi al final del segundo piso y me acerco a la ventana y había otra casa por el huequito, entonces yo le veo y le pido ayuda a mi amiga llorando, le digo Kaori ayúdame y ella viene y me dice que paso, y yo le digo que el señor me ha hecho esa cosa, entonces yo le digo llámale a tu mamá y ella le llama a su mama, yo voy a la señora y le cuento todo lo que ha sucedido, y la señora me dice como puede ser esto, haber baja si puedes bajar a mi casa, y no podía, y veo que el señor estaba durmiendo en su hamaca, y otra vez me regreso estaba escondida y no sé cómo habrá pasado la señora a la casa de mi hermano, entro y ella me saco de ahí, vamos rápido me dijo la señora Ana, no quiero problemas, y el señor salió del baño, y me pregunto dónde estoy yendo, yo le dije un ratito estoy yendo al otro lado, ahí es donde aprovecho, para irme a mi casa, cuando ella me lleva a mi casa, la señora Ana, me lleva ahí estaban mis tías, y yo grito, y le llamo a mi mama y yo lo único que hice fue llorar y abrazar a mi mama en ese momento y mi amiga Kaori le conto lo que me paso y mi papa estaba en su taller

y le llaman junto con mi tío y ellos se van así, no se van molestos se van, y se van con el señor, en eso según lo que me han dicho había un policía porque mi papa se ha ido a buscarle pleito al señor, no tuvo tiempo, así ha hecho un disparo al aire el policía, y le han dicho tú no te metas, tú no tienes que ver nada aquí de ahí mi papa regreso, y al frente de mi casa vive un abogado, creo que es para la mujer, nos dice que fuéramos a la comisaria a denunciar, entonces nosotros vamos a la comisaria junto con mi papa y mi mama nos vamos hacemos la denuncia, en ese que estamos haciendo la denuncia, el señor va, queriendo hacer la denuncia adelantada, diciendo que mi papa le había amenazado con machete, y de ahí en ese momento le digo que ese es el señor, y le agarran ahí, y viene todo su familia, y estaban con él, de ahí han pasado a la comisaria han hablado eso noma es.

Psicóloga: Describe el lugar donde te hace eso el señor, ¿en qué lugar estabas?

Menor: En su cuarto de mis sobrinos, ahí hay dos camas, uno aquí y otro acá

Psicóloga: ¿Qué más?

Menor: Y en la misma puerta hay así un cajón de ropa, hay dos, uno de medias y otro de ropa y en la segunda cama de mi sobrino ahí es donde ocurrió, ahí es donde el señor me jala me hace sentar en sus piernas.

Psicóloga: ¿En qué lado del cuarto esta la cama, donde el señor te hizo lo que me describes?

Menor: En la cama del lado derecho

Psicóloga: ¿Algo más había en ese cuarto?

Menor: No

Psicóloga: Entonces para que queda claro había dos cajones de ropa, una de medias y otra de ropa, dos camas y ocurrió en la cama de lado derecho, podrías hacerme un dibujo

de la casa donde estabas haciendo esas actividades y de la casa de tu amiga quien te da ayuda.

Menor: ¿Las dos casas?

Psicóloga: Si las dos casas, donde estaba la casa que ocurrió y donde está la casa de la amiga que te ayuda.

Menor: Todo esto de acá es su patio, acá estaba al costado su casa de la vecina más adelante, ahí pegadito nomas

Psicóloga: En esa casa donde hacías la limpieza, ¿quienes viven?

Menor: Este mi hermano Elvis, su mujer y sus dos hijos.

Psicóloga: ¿Solo ellos viven ahí?

Menor: Si

Psicóloga: Y entonces la suegra y el suegro porque estaban ahí ¿sabes?

Menor: Le explico la casa de mi hermano es atrás, en el mismo terreno, la casa del señor esta adelante y para su hija, esposa de mi hermano, le dio un terreno atrás.

Psicóloga: Y, ¿dónde está la casa del señor?

Menor: Aquí esta

Psicóloga: Aparte de esta vecina, ¿había al costado otros vecinos?

Menor: Estaba en silencio todo, solamente mi amiga K., había estado en su patio y por eso le pedí ayuda y su mama también estaba en su casa.

Clausura o cierre

Hay tres propósitos:

Educar a la niña con relación a su seguridad personal

Explorar opciones de seguridad con la niña

Proveer un fin respetable a la entrevista.

Extracto significativo

Psicóloga: Son toda las preguntas antes de terminar: ¿hay algo que no pregunté, pero tú crees que sería importante para mí saber?

Menor: No doctora.

Psicóloga: ¿Hay algo que se me olvidó preguntar?

Menor: No doctora.

Psicóloga: Quiero agradecerte por la valentía de estar aquí, muchas gracias, recuerda siempre que puedes contar con alguien de confianza, que pueda ayudarte como en estos momentos, lo importante es comunicar lo que nos hace sentir incomodadas. Entonces siendo a las 12:44 doy por culminada la entrevista, vamos a pasar a la oficina de al lado, para empezar la evaluación psicológica.

Datos de filiación de la evaluada

Apellidos:	G. B.
Nombres:	K.
Sexo:	Femenino
Lugar de Nacimiento:	Perú, Ucayali, Coronel Portillo, Callería
Fecha de Nacimiento:	30/11/2004
Edad:	14 Años
Grado de Instrucción:	Secundaria incompleta
Ocupación:	Estudiante
Religión:	Evangelista
Dominancia:	Diestro
Procedencia:	DIPINCRI Ucayali
Domicilio:	Jr. Espinal 133 Ref.: Por la Ollada
Informante:	La menor evaluada y la madre
Documento de Identidad:	Documento Nacional de Identidad: N° XXXXXXXXX

Lugar y fecha de evaluación: DML II Ucayali 16.10.19 y 17.10.19

Motivo de evaluación

Relato

La transcripción ha sido realizada por el digitador con acta de registro audiovisual de actuaciones de investigación 6315-A-2019:

Psicóloga: ¿Siendo las 12:11 del día 16 de octubre doy inicio a la entrevista única, muy buenas tardes?

Menor: Buenas tardes, señorita.

Psicóloga: ¿Cuál es tu nombre?

Menor: K. G. B.

Psicóloga: K., me voy a presentar mi nombre es Mayra Sánchez Hurtado, soy psicóloga encargada del área de cámara Gesell el día de hoy tú y yo vamos a conversar, ¿está bien?

Menor: Si

Psicóloga: ¿Sabes lo que hace un psicólogo?

Menor: Si, te dan consejos, te apoyan

Psicóloga: También mi trabajo es hablar con los niños, niñas, adolescentes, acerca de cosas que les han pasado.

Menor: Si

Psicóloga: Y para que no se me olvide nada de lo que hablemos y poder prestar atención a lo que me cuentes, esta conversación quedará registrada, ¿tienes algún problema en eso?

Menor: No, señorita

Psicóloga: Haré algunas preguntas sobre lo que conversemos, eso no significa que no esté prestando atención, como te decía parte de mi trabajo consiste en hablar con

muchos niños, niñas, adolescentes como tú sobre cosas que les han pasado, por eso, antes de empezar, quiero que nos pongamos de acuerdo en que hablaremos sólo sobre cosas que hayan pasado de verdad.

Menor: Si, doctora

Psicóloga: Si te hago una pregunta que no entiendes, dime, no entiendo, ¿de acuerdo?

Menor: Si, doctora

Psicóloga: Si yo no entiendo lo que me dices, te pediré que me lo expliques, si te hago una pregunta y no sabes la respuesta, dime, no sé.

Menor: Si, doctora

Psicóloga: Si no sabes una respuesta, no trates de adivinar, di que no sabes, y si digo cosas que son equivocadas, tú debes corregirme, ¿de acuerdo?

Menor: Si, doctora.

Psicóloga: Ahora, para conocerte un poco mejor, me gustaría que me contaras algunas cosas de ti.

Menor: Si

Psicóloga: Cuéntame, ¿cuántos años tienes?

Menor: 14 años

Psicóloga: ¿En qué colegio estás?

Menor: En el colegio Margarita Aurora Aguilar Arista

Psicóloga: ¿En qué grado estas?

Menor: Tercer año de secundaria

Psicóloga: ¿Tienes amigos?

Menor: Si, tengo amigos, pero más amigas

Psicóloga: ¿Háblame de tu mejor amiga?, ¿cómo se llama?

Menor: Se llama Tatiana, es mi mejor amiga, desde primaria, ella me está ayudando

Psicóloga: ¿En tus ratos libres que no tienes clases que te gusta hacer?

Menor: Me gusta leer y jugar

Psicóloga: ¿Cuándo es tu cumpleaños?

Menor: El 30 de noviembre

Psicóloga: El 30 de noviembre, falta poco, cuéntame cómo fue tu cumpleaños del año pasado, ¿qué tal la pasaste?

Menor: Bien más o menos

Psicóloga: ¿Que hicieron?

Menor: Ese día bien compraron la torta, una pequeña...estuvieron ahí...este toda mi familia de parte de mi papa y de mi mama, también estuvo mi abuela Olinda, mi otra abuela Karina, mis tíos, mis primos, mi abuelito Jorge

Psicóloga: ¿Recibiste algunos regalos?

Menor: No, solo había bocaditos, la torta y al último...ya pues empezaron a tomar

Psicóloga: Ahora que hemos conversado y nos conocemos un poco mejor, quiero que hablemos sobre la razón por la que estás aquí

Menor: Pues tuve un problema que ha sido tocamientos indebidos con un hombre, un viejo (silencio, mirada hacia abajo, manos juntas, se frota por momentos las manos)

Psicóloga: Me dices tocamientos indebidos con un hombre, un viejo, ¿quién es ese hombre?

Menor: No lo sé su nombre, pero sé que es el suegro de mi hermano.

Psicóloga: No recuerdas su nombre, pero sabes que es el suegro de tu hermano, ¿cómo es él físicamente?

Menor: No es tan alto, tiene su talla, es un flaquito, su voz es media gruesa

Psicóloga: Me dice que es un viejo, ¿cuántos años tendrá?

Menor: Yo creo que 63 años, algo así

Psicóloga: ¿Dónde paso esto?

Menor: En la casa de mi hermano

Psicóloga: Dime, ¿dónde queda la casa de tu hermano?

Menor: Su casa de mi hermano está casi en el mismo lugar de la casa del señor, su casa del señor esta adelante y de mi hermano esta atrás, mi casa es más allá por la hoyada, de él esta unas cuantas cuadras más allá.

Psicóloga: Cuéntame, ¿cómo fueron esos tocamientos?

Menor: Bueno antes de que pase esto, mi hermano le llamo a mi papa diciéndole que como él trabaja, a veces se va y necesitaban ayuda, así para que limpien un rato, le pidió permiso a mi papa y mi papa acepto un rato, porque no era tan malo ir a limpiar su casa, además yo siempre iba. Y cuando yo me iba, este mi hermano, su mujer y sus hijos no estaban en la casa, yo estaba solita ahí atrás me quedaba, ahí limpiaba y entonces a veces llegaba la señora su suegra, se quedaba y ellos se iban nomas. Llega el día 15 de julio a las 8 de la mañana (se queda en silencio, mirada hacia abajo).

Psicóloga: Y después, ¿qué pasó?, K. sé que es difícil, sabes que es la última vez que hablemos del tema, tranquila, estoy aquí para escucharte, tomate el tiempo.

Menor: (lágrimas, llora). En ese momento yo llegue y le había encontrado a la señora afuera en el patio con su marido el señor, estaba limpiando y estaba pintando su casa de él entonces yo le saludo entro a la casa y no sé en qué momento la señora se fue al mercado, el señor quedo solo. Yo entro a la casa y comienzo a limpiar el primer piso, de ahí me decidí subir al segundo piso para terminar un poco más rápido, arreglo su cuarto de mi hermano y arreglo su cuarto de mis sobrinos, en eso me agacho debajo de su cama de uno de mis sobrinos y el señor sube al segundo piso llamándome K., me dice así, si señor que es lo que necesitas le digo, entonces entra al cuarto y me quiera besar (al contar muestra sus manos al frente, tiembla, se soba las manos entre sí), en

donde yo me alejo y yo le digo que no, y el señor me dice como que no, y le dije por favor señor retírese del cuarto o voy a gritar, el señor no quería salir, entonces yo me quería salir, salgo entonces el señor me jala y me hace sentar entre sus piernas, entonces yo le digo suéltame o voy a gritar, el señor no me quería soltar, entonces yo haciendo fuerza con él para que me deje, ha comenzado a besarme todo el cuerpo, y me ha tocado con su mano, me ha empezado a tocar mis partes íntimas, y yo le decía le suplicaba que me dejara, gritaba pedía ayuda nadie creo me escuchaba porque todas las ventanas estaban cerradas, y al último el señor me suelta, y me dijo que te tengo que ser más suelta igual que las chicas del colegio inmaculada, yo solamente estaba llorando me quede en shock, no sabía qué hacer y me puso en el cuello un collar, una cadenita de oro y luego me pone en el bolsillo 50 soles. (llora se queda en silencio) ... y me dijo que esto lo hace porque su mujer está enferma, me dijo que con ella no puede hacer nada, no le puede hacer tocamientos nada de eso, y de ahí me dijo, que yo te prometo que la próxima semana te voy a dar 100 soles, ya quédate callada, no digas nada, pero tienes que ser un poca más suelta como todas (llora)

Psicóloga: Y después, ¿qué pasó?, tranquila K., tomate tu tiempo.

Menor: Después de eso me voy al segundo piso y yo veo que se ha ido a su casa, entonces comienzo a llorar, anteriormente después de lo que me hizo, me pongo en un rincón estaba sentada pensando, entonces dije voy a pedir ayuda, me voy por allá, por este casi al final del segundo piso y me acerco a la ventana y había otra casa por el huequito, entonces yo le veo y le pido ayuda a mi amiga llorando, le digo Kaori ayúdame y ella viene y me dice que paso, y yo le digo que el señor me ha hecho esa cosa, entonces yo le digo llámale a tu mamá y ella le llama a su mama, yo voy a la señora y le cuento todo lo que ha sucedido, y la señora me dice como puede ser esto, haber baja si puedes bajar a mi casa, y no podía, y veo que el señor estaba durmiendo

en su hamaca, y otra vez me regreso estaba escondida y no sé cómo habrá pasado la señora a la casa de mi hermano, entro y ella me saco de ahí, vamos rápido me dijo la señora Ana, no quiero problemas, y el señor salió del baño, y me pregunto dónde estoy yendo, yo le dije un ratito estoy yendo al otro lado, ahí es donde aprovecho, para irme a mi casa, cuando ella me lleva a mi casa, la señora Ana, me lleva ahí estaban mis tías, y yo grito, y le llamo a mi mama y yo lo único que hice fue llorar y abrazar a mi mama en ese momento y mi amiga Kaori le conto lo que me paso y mi papa estaba en su taller y le llaman junto con mi tío y ellos se van así, no se van molestos se van, y se van con el señor, en eso según lo que me han dicho había un policía porque mi papa se ha ido a buscarle pleito al señor, no tuvo tiempo, así ha hecho un disparo al aire el policía, y le han dicho tú no te metas, tú no tienes que ver nada aquí de ahí mi papa regreso, y al frente de mi casa vive un abogado, creo que es para la mujer, nos dice que fuéramos a la comisaria a denunciar, entonces nosotros vamos a la comisaria junto con mi papa y mi mama nos vamos hacemos la denuncia, en ese que estamos haciendo la denuncia, el señor va, queriendo hacer la denuncia adelantada, diciendo que mi papa le había amenazado con machete, y de ahí en ese momento le digo que ese es el señor, y le agarran ahí, y viene todo su familia, y estaban con él, de ahí han pasado a la comisaria han hablado eso noma es.

Psicóloga: ¿Eso es todo?

Menor: Si, doctora

Psicóloga: Antes de que pasara esto, ¿el señor, ¿cómo era contigo?

Menor: Bueno mayormente, no lo veía, él viajaba a su chacra, yo lo veía a veces solo los sábados, no conversaba conmigo solo lo saludaba. Pero hay una cosa, en el segundo piso cuando yo estaba limpiando las ventanas el señor siempre andaba con toalla, y yo lo veía raro, pero no le daba importancia porque no sabía lo que pudiera pasar, a veces

entraba me decía que estoy haciendo o como estoy, le decía bien nada más, el señor se retiraba eso nomas hacía.

Psicóloga: Esto de que fueras a la casa a limpiar, ¿fue la única vez o ya varias veces has estado yendo a la casa a limpiar?

Menor: Varias veces

Psicóloga: Varias veces, y esas varias veces, ¿dónde tú lo vez con toalla?

Menor: Varias veces, porque que siempre cuando yo salía de mi casa a las 8 de la mañana, el señor estaba con ropa y estaba con su mujer, y su mujer se iba al mercado, y el señor ni bien se iba su mujer, él se cambiaba y se ponía en toalla comenzaba a hacer ejercicios ahí en el patio y eso yo le veía raro ya, o sea no entendía nada.

Psicóloga: ¿Como estabas vestida ese día?

Menor: Ese día estaba con un enterizo

Psicóloga: Ya, ¿qué más llevabas?

Menor: Normalmente llevaba mi mochilita negrita y una paragua para que no me quemee el sol cuando regreso de su casa de mi hermano, y gracias que fui con un enterizo, eso me dijo mi abuelito, si hubiera ido con short o falda hubiera sido peor.

Psicóloga: Tú me dijiste al momento de forcejear, él te estaba besando por todo el cuerpo.

Menor: Si, señorita

Psicóloga: ¿Que parte beso?

Menor: Esta parte (indica en su cuerpo), me beso la pierna, me beso todo el cuello, la espalda

Psicóloga: ¿Me dices que estabas con un enterizo, los tocamientos que hacía como lo hacía?

Menor: Cuando yo estaba sentada el señor me agarraba de aquí y me comenzaba a besar primero por la espalda y luego por el cuello y por esta parte donde mete su mano por mi short, es como medio suelto por ahí, el mete su mano, mete su mano hacia mi vagina y me comienza hacer el tocamiento con su mano.

Psicóloga: ¿El señor después de lo que paso ha tratado de comunicarse contigo o con algún familiar tuyo?

Menor: Una vez sí, después de lo que paso

Psicóloga: ¿Que te dijo?

Menor: Me había llamado, a mi celular, cuando estaba en el colegio, cuando estaba haciendo educación física, contesto y digo: halo buenas tardes y me dijo: así, si estas creyendo que no te estoy persiguiendo, que no te estoy vigilando, pues estas equivocada o retiras la denuncia y te quedas callada o si no te mando a matar.

Psicóloga: ¿Algo mas dijo?

Menor: Nada más, después corto.

Psicóloga: ¿Esa fue la única llamada que tuviste?

Menor: Si

Psicóloga: ¿Algún familiar del señor intento decirte algo o alguna otra persona?

Menor: No nadie

Psicóloga: Bueno, vamos a tener algunas preguntas más, ¿sí?

Menor: Si, señorita

Preguntas del fiscal:

Psicóloga: ¿Como estaba vestido ese día el señor?

Menor: Él estaba con un short, un short suelto

Psicóloga: ¿Qué más?

Menor: Estaba con un polo camisa algo por ahí

Psicóloga: Describe el lugar donde te hace eso el señor, ¿en qué lugar estabas?

Menor: En su cuarto de mis sobrinos, ahí hay dos camas, uno aquí y otro acá

Psicóloga: ¿Qué más?

Menor: Y en la misma puerta hay así un cajón de ropa, hay dos, uno de medias y otro de ropa y en la segunda cama de mi sobrino ahí es donde ocurrió, ahí es donde el señor me jala me hace sentar en sus piernas.

Psicóloga: ¿En qué lado del cuarto esta la cama, donde el señor te hizo lo que me describes?

Menor: En la cama del lado derecho

Psicóloga: ¿Algo más había en ese cuarto?

Menor: No

Psicóloga: Entonces para que queda claro había dos cajones de ropa, una de medias y otra de ropa, dos camas y ocurrió en la cama de lado derecho, podrías hacerme un dibujo de la casa donde estabas haciendo esas actividades y de la casa de tu amiga quien te da ayuda.

Menor: ¿Las dos casas?

Psicóloga: Si las dos casas, donde estaba la casa que ocurrió y donde está la casa de la amiga que te ayuda.

Menor: Todo esto de acá es su patio, acá estaba al costado su casa de la vecina más adelante, ahí pegadito nomas

Psicóloga: En esa casa donde hacías la limpieza, ¿quienes viven?

Menor: Este mi hermano Elvis, su mujer y sus dos hijos.

Psicóloga: ¿Solo ellos viven ahí?

Menor: Si

Psicóloga: Y entonces la suegra y el suegro porque estaban ahí ¿sabes?

Menor: Le explico la casa de mi hermano es atrás, en el mismo terreno, la casa del señor esta adelante y para su hija, esposa de mi hermano, le dio un terreno atrás

Psicóloga: Y, ¿dónde está la casa del señor?

Menor: Aquí esta

Psicóloga: Aparte de esta vecina, ¿había al costado otros vecinos?

Menor: Estaba en silencio todo, solamente mi amiga K., había estado en su patio y por eso le pedí ayuda y su mama también estaba en su casa.

Psicóloga: ¿Cómo se llama tu amiga?

Menor: K. C. S.

Psicóloga: ¿Y cómo se llama su mama?

Menor: A. S.

Psicóloga: El señor anteriormente, ¿te hacia propuestas?

Menor: No

Psicóloga: ¿Otras cosas?

Menor: Así, cuando yo estaba subiendo, el señor me llama y me da algo de 5 soles y yo le digo para que, es un regalo me dice y a si yo le miro, y le digo ya gracias, yo le recibo

Psicóloga: Te dijo que era como un regalo alguna otra cosa más que te dijo anteriormente o solamente te ofreció 5 soles?

Menor: No nada más

Psicóloga: Para que quede claro, él estaba vestido con un short suelto y un polo camisa, listo, tú has venido después que hicieron la denuncia, ¿te han llevado por diferentes áreas? ¿has pasado por todas las áreas?

Menor: En la comisaría de acá por la plaza de armas

Psicóloga: Aja

Menor: Por acá hay un hospital no me acuerdo ese hospital por ahí

Psicóloga: Ahí, ¿qué te hicieron?

Menor: Primero me fui a declarar, hice la denuncia, lo otro no se casi nada, solo a mí mamá le hicieron las preguntas.

Psicóloga: Y cuando has venido, ¿qué examen has pasado?

Menor: Con el médico, las revisiones.

Psicóloga: Y ahí te revisaron

Menor: No

Psicóloga: ¿Que paso?

Menor: O sea tenía miedo

Psicóloga: ¿Tenías miedo?

Menor: De la forma como me explicaba el doctor no me hice y como no desee, no fue mayores, solo por tocamientos, tal vez no es necesario hacerlo.

Psicóloga: Son toda las preguntas antes de terminar: ¿hay algo que no pregunté, pero tú crees que sería importante para mí saber?

Menor: No doctora.

Psicóloga: ¿Hay algo que se me olvidó preguntar?

Menor: No doctora.

Psicóloga: Quiero agradecerte por la valentía de estar aquí, muchas gracias, recuerda siempre que puedes contar con alguien de confianza, que pueda ayudarte como en estos momentos, lo importante es comunicar lo que nos hace sentir incomodas. Entonces siendo a las 12:44 doy por culminada la entrevista, vamos a pasar a la oficina de al lado, para empezar la evaluación psicológica.

Historia Personal

1.- Perinatal: Nació en el Hospital Regional de Pucallpa, parto cesárea, peso 4 kg, sin ninguna complicación al nacer.

2.- Niñez: Vivió en la casa de su abuela en Atalaya hasta los 5 años, cambia de domicilio con toda su familia al distrito de Bolognesi, que queda a 6 horas de Atalaya, se queda a vivir ahí hasta que cumple 9 años, los cambios de domicilio constante fueron por motivos laborales de la figura paterna. Al cumplir 10 años viaja a Pucallpa, en donde vive actualmente. Refiere vínculo afectivo significativo con las figuras filiales, recuerda que sus padres eran personas cariñosas, afectivas y atentas con ella. El tipo de corrección que empleaba la figura materna con la evaluada era físico, “cuando me portaba mal me corregía mi mama, ella me golpeaba con la correa, me daba cocachazos, y palmadazo.”

3.- Adolescencia: Actualmente vive en Pucallpa con las figuras filiales y fraternas. Se describe como una persona responsable, poco sociable por tener pocos amigos, a su referencia por las actitudes negativas de sus amigos hacia ella. En sus tiempos libres le gusta leer, y realizar actividades recreativas lúdicas, “jugaba, a veces jugaba mundito, mata gente, la topadita”. En algunas ocasiones tuvo discusiones con la madre por no querer realizar alguna actividad encomendada por dicha figura. Mantiene una buena relación con la figura paterna y fraternas, compartiendo actividades recreativas, menciona que no ha presenciado ninguna discusión entre sus padres, la relación de sus padres “mis papas cuando se rabian, no pelean delante de nosotros, no he visto que se hayan pegado, ellos son tranquilos”. Los castigos son prohibiéndole realizar alguna actividad que es de su agrado. Sin embargo hace mención de cierto cambios en los hábitos producidos por el evento denunciado “ya no soy tan divertida como antes, me bajó un poco la autoestima por lo que me paso, porque cada vez que me pongo a limpiar los cuartos me recuerdo y lo que hago es esconderme y ponerme a llorar, y en caso de mis estudios he bajado un poco mis notas, mayormente me acuerdo de eso y no me

concentro mucho en mis estudios, estoy como ida, sobre todo cuando leo, dejo de hacer las cosas que hago porque me siento mal.”

4.- Educación: Estudia en el colegio nacional Margarita Aurora Aguilar Arista, cursa el tercer año de secundaria. Se describe como una estudiante responsable, participativa, cumple con las tareas encomendadas a tiempo, ocupando los primeros puesto desde primer año de secundaria, obteniendo reconocimientos académicos. Participa en actividades en el colegio que son de su agrado. Tiene buena relación con sus compañeros y tutor quien le brinda apoyo académico, consejo y buen trato. Sin embargo, hace mención de ciertos cambios, no ha repetido de año “en el colegio me va maso menos, he bajado un poco las notas, del problema que he pasado, y he bajado de puesto yo estaba en el primer lugar y ahora estoy en el séptimo puesto, no tomo tanta atención que digamos, no entiendo los problemas de matemáticas, no me concentro al leer, deje de entregar mis tareas a tiempo, se me olvida de hacerlo. En el recreo no salgo, yo prefiero estar dentro del salón, si converso con mis compañeros en clase, al hacer los trabajos, a veces quiero llorar y me voy al baño y lloro ahí, no quiero que me vean así, porque le pueden decir a mi tutor. A la actualidad no quiere salir al recreo, no quiere relacionarse con sus compañeras.

5.- Trabajo: La menor no refiere haber realizado ningún trabajo remunerado.

6.- Hábitos e Intereses: Ha notado que sus hábitos alimenticios han cambiado, no tiene apetito, siente un sabor desagradable en la comida, tiene temor de salir a la calle, teme encontrarse con el agresor, ha notado cambios en sus hábitos del sueño. Se despierta a las 7:00 a.m., se baña porque durante el baño se siente mejor, se cambia, se peina y baja a tomar el desayuno que es preparado por la madre, menciona que después de lo sucedido ha notado cambios en sus hábitos alimenticios “no siento hambre casi nada, a veces mi estómago ya no quiere recibir comida, parece como si me estuviera asqueando

de la comida”. Durante el almuerzo menciona que trata de comer y ayudar un poco en limpiar la cocina, y luego se va a su cuarto, menciona que no quiere salir de su casa porque siente temor de encontrarse con el denunciado, y que siente que puede estar vigilándola. En la noche, no cena y su mamá trata de hablar con ella, pero solo quiere estar sola. Ha notado cambios en el ritmo del sueño “Ahora me levanto en la madrugada, ya no puedo dormir como antes, me levanto a la media noche, yo sé la hora, porque veo en mi celular, trato de dormir y nuevamente me levanto a las 3 de la mañana, me quedo pensando todo lo que me hizo ese señor, también tengo pesadillas, sueño lo que me hizo el señor, también sueño que están matando a mi mamá y yo estoy con mis abuelitos, parece como si fuera una historia, mis pesadillas son lo que me hizo el señor y que quieren matarme, me despierto asustada, parece como si el señor estuviera en el cuarto, y me pongo a llorar.”

7.- Vida Psicosexual: La experiencia con su menstruación ha sido a los 11 años, no ha tenido relaciones sexuales y menciona “no pienso tener relaciones sexuales, porque me daría asco y tengo miedo a los hombres”, no ha tenido enamorados “no quiero enamorados, no quiero pensar en eso ”, escucho en el colegio sobre los métodos anticonceptivos, ya que en el curso de tutoría llevan especialistas que saben del tema y son orientados por ellos, ha tenido experiencia con una imagen, de un hombre que penetraba su pene a la vagina de la mujer, dicha imagen fue enseñada por su prima, y esta al ser preguntaba del porque se la había enseñado a la menor evaluada, evade sonriendo. Desde los hechos denunciados la menor muestra rechazo hacia la figura masculina “me pone nerviosa, cuando a veces vienen a visitar a mi casa, y vienen mis tíos, me quieren abrazar, porque se sienten preocupados por lo que me paso, pero no puedo abrazarlos y me voy a mi cuarto, lloro porque me recuerdo lo que me paso, y no puedo abrazar a mis tíos”,

8.- Antecedentes Patológicos

- a.-Enfermedades: Presenta asma.
- b.-Accidentes: Accidente automovilístico.
- c.-Operaciones: Ninguna

9.- Antecedentes Judiciales: Primera denuncia realizada por la madre hacia el denunciado y la denuncia actual.

Historia Familiar

Padre: J. de 56 años, valora al padre como responsable, trabajador, humilde, amable, cariñoso y comprensivo con ella, no ha recibido ningún castigo físico y psicológico por parte de dicha figura. Es carpintero, tiene su propio taller al costado de su casa”.

Madre: O. de 36 años, valora a la mama como renegona, poco cariñosa, a veces es sentimental, trabajadora y humilde. Ella es comerciante, ella vende ropa y comida también”. La madre frente a los hechos, está buscando solucionar la problemática en un viaje familiar.

Hermanos: Tiene dos hermanos que son de parte de ambos padres, uno de 10 años y otra de 5 años, aparte tiene tres hermanos por parte de su padre: uno de 36, otro de 24 y otro de 22 años, del cual no menciona haber compartido al ambiente familiar con ellos. Mantiene una buena relación con sus hermanos menores y solo con uno de sus hermanos mayores, con quien tenía mayor comunicación y que debido al evento denunciado ha perdido todo contacto.

Análisis de la dinámica familiar: Vive con el papa, la mama y sus hermanos, ambos padres trabajan y cubren los gastos del hogar, menciona buena relación con todos los integrantes de la familia, así mismo se siente bien viviendo con ellos. La menor en la actualidad está siendo acompañada por los progenitores.

Actitud de la familia: La familia de la menor están enterados sobre los hechos ocurridos, quienes le dan su apoyo, le han dicho que esté tranquila, que cuente lo que paso de manera clara, precisa y que no engañe. El padre al momento de enterarse de los hechos se mostró enojado y alterado frente al denunciado. En la actualidad ella está recibiendo el apoyo emocional de parte de sus progenitores y familia

Actitud personal: "Es como un obstáculo en mi vida, siento que mi vida a cambiado, y quiero que se haga justicia. "

Instrumentos

Los instrumentos de evaluación psicológica son las técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas. (Gonzales, 2007).

Test Psicológicos utilizados

Inventario clínico para adolescentes de Millon –MACI:

Es un autoinforme de construcción racional basado en los modelos de aprendizaje biosocial y evolutivo de la personalidad desarrollados por Millon (1969, 1990). Consta de 160 ítems con formato de respuesta verdadero-falso, organizados en 31 escalas, 27 de las cuales tienen significado clínico. Los ítems, que en algunos casos aportan a más de una escala, reciben puntuaciones ponderadas según su aporte en la determinación del constructo medido. Doce escalas evalúan Patrones de Personalidad (1, Introvertido; 2A, Inhibido; 2B, Afligido; 3, Sumiso; 4, Dramatizador; 5, Egoísta; 6A, Transgresor; 6B, Poderoso; 7, Conformista; 8A, Oposicionista; 8B, Autodegradante; y 9, Tendencia Limítrofe). Ocho escalas analizan Preocupaciones Expresadas (A, Difusión de Identidad; B, Autoevaluación; C, Desaprobación Corporal; D, Incomodidad Sexual; E, Inseguridad Grupal; F, Insensibilidad Social; G, Discordia Familiar; y H, Abuso Sexual), y siete escalas evalúan Síndromes Clínicos

(AA, Disfunciones Alimentarias; BB, Tendencia al Abuso de Sustancias; CC, Predisposición Delictual; DD, Tendencia a la Impulsividad; EE, Sentimientos Ansiosos; FF, Afecto Depresivo; y GG, Tendencia Suicida). Las escalas no clínicas son tres escalas de control (X, Deseabilidad; Y, Alteración y Z, Degradación) y una escala de validez de sólo dos ítems.

Resultados

En el presente caso la evaluada obtuvo un puntaje de alto en tres prototipos de personalidad, que a continuación se mencionan y se describen:

Conformista: obtiene un puntaje alto de 72, describe el prototipo de personalidad como formal, eficiente, respetuosa y consciente de las normas, intenta hacer lo correcto y lo adecuado.

Pesimista: Obtiene un puntaje alto de 75, describe este prototipo de personalidad como sentirse abatida y desanimada, tiende a desarrollar sentimientos de culpa y remordimiento, se ve inadecuada.

Introverso: Obtiene un puntaje alto de 68, describe este prototipo de personalidad como ser reservada, mostrándose bastante tranquila y poco emotiva. Suele ser apática, indiferente, distante y poco sociable, tiende a no involucrarse emocionalmente con los demás, no evita personas, sino que sencillamente sienten indiferencia con respecto a verse rodeados de gente.

Así mismo en la escala de preocupaciones expresadas, obtuvo puntajes altos en las siguientes áreas y se describen a continuación:

Incomodidad frente al sexo: Obtiene un puntaje alto de 75, caracterizado por los pensamientos y sentimientos referidos a la sexualidad son experimentados como algo que confunde o desagrada, se haya inquieta por sus impulsos y con frecuencia teme la expresión de su sexualidad.

Inseguridad con los iguales: Obtiene un puntaje alto de 80, caracterizado por la consternación y tristeza por ser rechazado por sus compañeros, queriendo su aprobación, pero incapaces de obtenerlas.

Y por último obtiene puntajes altos en la escala de síndromes clínicos, en la siguiente áreas que se describen a continuación:

Sentimientos de ansiedad: Obtiene un puntaje alto de 94, caracterizado por la sensación de presentimiento, de aprehensión acerca de todo tipo de temas que la mantiene inquieta y nerviosa. Incomoda y desasosegada.

Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación e Inadaptación (TAMAI)

NIVEL III: Creado por Pedro Hernández – Guanir. El test está diseñado para responderse en un lapso de tiempo que va de 30 a 40 minutos y puede ser presentado por niños y adolescentes, aunque también se puede adaptar a personas adultas. Se aplica de manera individual o colectiva. Está compuesto por 175 ítems cuyas respuestas deben ser verdaderas o falsas. Este instrumento proporciona información de las siguientes áreas: Inadaptación general, Inadaptación personal, Inadaptación escolar, Inadaptación social, Insatisfacción familiar, Insatisfacción con los hermanos, Educación adecuada del padre, Educación adecuada de la madre, Discrepancia educativa, Pro-imagen y Contradicciones. Además, el TAMAI completa la información de las áreas anteriores mediante diversas subescalas específicas tales como Infravaloración, Regresión, Indisciplina, Conflicto con las normas, Desconfianza social, Relaciones con los padres, Insatisfacción con el ambiente familiar, Hipomotivación, Somatización, Depresión, Timidez, Introversión, Educación adecuada del padre o Educación adecuada de la madre, entre otras.

Resultados:

La peritada presenta los siguientes puntajes en la prueba psicológica y se describen a continuación:

P. Inadaptación personal: Obtiene un puntaje alto de 95, caracterizado por la actitud de insatisfacción que tiene consigo misma, de verse rara, extraña, infravalorándose, no queriendo ser como es.

P1. Cogniefacción: Obtiene un puntaje de muy alto de 99, caracterizado por mostrar incapacidad para enfrentarse a la realidad, creerse más débil que los demás.

P12. Aprensión – somatización: Obtiene un puntaje de muy alto de 99, caracterizado por el miedo, culpa, molestias corporales.

P3. Autosuficiencia defensiva: Obtiene un puntaje de alto de 85, caracterizado por resaltar desmesuradamente las propias cualidades, de ser audaz u osada en sus planteamientos y por mostrar reacciones de defensa con atribuciones externalistas, considerando que la culpa de lo que le pasa la tiene los demás.

S. Inadaptación social

S1. Auto desajuste social: Obtiene un puntaje de muy alto de 99, caracterizado por la tendencia de una persona a no mostrar respeto a los demás, a ser desconsiderada, agresiva, irritante o desafiante, así como a ir en contra de las normas establecidas.

S11. Agresividad social: Obtiene un puntaje de muy alto de 99, caracterizado por la tendencia a la irritación, a la agresividad y al malestar con los otros.

S2. Restricción social: Obtiene un puntaje de muy alto de 99, caracterizado por la tendencia a tener escasas relaciones sociales, a aislarse o mostrarse desconfiada e imaginar hostilidad por parte de los demás.

S22. Introversión hipoactiva: Obtiene un puntaje de muy alto de 99, caracterizado por el comportamiento sosegado, frente a extraversión e hiperactividad.

F. Insatisfacción Familiar: Obtiene un puntaje de muy alto con 99, caracterizado por el malestar por el clima y ambiente familiar, creado especialmente por sus padres, donde predominan sensaciones de tristeza, tensión desarmonía o conflictos.

Pa. Educación adecuada por el padre

Educación no restrictiva

Pa2. Proteccionismo: Obtiene un puntaje muy alto de 99, caracterizado por la preocupación y ayuda excesiva por parte del progenitor.

Pa4. Restricción: Obtiene un puntaje de alto de 95, caracterizado por la excesiva actitud de control y seriedad.

P41. Perfeccionismo Hipernómico: Obtiene un puntaje de alto de 95, caracterizado por el excesivo uso de normas y recomendaciones, a la vez que se produce un distanciamiento afectivo, mostrándose serio y poco comunicativo.

Ma. Educación adecuada de la madre

M4. Restricción: Obtiene un puntaje de alto de 95, caracterizado por representar el comportamiento educativo o trato personal más inadecuado.

M41. Asistencia restrictiva: Obtiene un puntaje alto de 95, caracterizado por recoger la vivencia de sentirse abandonado, rechazado, o no querido por la madre.

Inventario del Desajuste del Comportamiento Psicosocial para Niños Escala INDACPS – N: Autores: C. Reyes R y H. Sánchez C. El inventario del Desajuste del Comportamiento Psicosocial para Niños (INDACPS-N) es un instrumento diseñado para evaluar el nivel o grado de desajuste de nueve comportamientos psicosociales en niños a partir de 9 años de edad: Inestabilidad Emocional, Agresividad, Resentimiento, Baja Autoestima, Desconfianza, Desesperanza, Dependencia, Desajuste Familiar y Desajuste Social. Adicionalmente tiene una escala para verificar el grado de veracidad o sinceridad de las respuestas de los sujetos. Está conformado por 80 reactivos

agrupados en 10 escalas de 8 reactivos por cada escala. Se presenta bajo la forma de cuadernillo de 80 frases con 3 tipos de respuesta para cada una y los reactivos distribuidos alternadamente. El INDACPS-N puede ser administrado en forma individual o colectiva a niños con cierto grado de instrucción necesario para leer y comprender la redacción de los reactivos que, aunque en su construcción han sido elaborados teniendo presente el nivel conceptual de los niños, sin embargo, requiere niveles mínimos de formación educativa. La duración de la administración es variada pudiendo oscilar entre 30 y 45 minutos puesto que la intención es que el sujeto responda íntegramente a la totalidad de las preguntas. Cada reactivos se presenta con tres alternativas de respuesta “(SI) De Acuerdo, (¿?) A veces, (NO) En Desacuerdo o “(SI) Siempre, (¿?) A Veces, (NO) Nunca”, las mismas que se califican con puntajes de 2,1 y 0, siendo el puntaje más alto de cada reactivo el directamente relacionado al desajuste.

Resultados

La peritada presenta los siguientes puntajes en la prueba psicológica y se describen a continuación:

Inestabilidad emocional: Obtiene un puntaje en alto desajuste de 12, caracterizado por el estado emotivo muy intenso caracterizado por irrupciones emocionales desordenada, tensión, ansiedad, inseguridad, timidez, fuertes bloqueos de conducta, depresión, desanimo, pesimismo y desazón.

Resentimiento: Obtiene un puntaje en alto desajuste de 14, caracterizado por experimentar sentimientos o emociones de colera por un maltrato real, cuando ha sufrido una injusticia.

Desconfianza: Obtiene un puntaje en alto desajuste de 16, caracterizado por el estado emocional y actitud de constante suspicacia y evasividad, percibir el ambiente como hostil y peligroso.

2.6.Propuesta de Plan de Intervención

Plan de Intervención

La intervención con las víctimas de abuso sexual debe tener como objeto prioritario garantizar la seguridad del menor y evitar la ocurrencia de nuevos sucesos, lo que implica actuar tanto en la víctima y sus familiares, de este modo la intervención será potenciar la capacidad de la familia para apoyar al menor (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021)

Primera Fase:

Asegurar un entorno protector tanto en lo que hace a las condiciones de la vida diaria como a las condiciones en que se desarrollan las intervenciones. (Intebi, 2012)

Fomentar la recuperación de un ritmo de vida normalizado a nivel familiar, principalmente en el entorno cercano del menor, que permita a la adolescente recuperar la sensación de seguridad y protección. Por ello, la intervención con los cuidadores del menor debe dirigirse en un primer momento a la adopción de estrategias urgentes de afrontamiento, especialmente en lo que refiere a los contactos con el sistema policial y/o legal. El grado de confusión al respecto, suscitado a veces por los propios profesionales puede afectar negativamente al estado psicológico de los familiares del menor (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021)

Segunda Fase:

Comienzo del trabajo terapéutico, establecimiento de la alianza con el menor que hará posible el trabajo con él.

Primera Sesión: Las primeras sesiones de la intervención psicológica se centra en abordar todas las dudas y cuestionamientos, así como establecer una relación psicoterapéutica positiva con el menor, planteando los objetivos generales y proporcionando pautas urgentes de actuación.

Segunda Sesión: Fase educativa – preventiva, orientado a comprender la dinámica del abuso, a efectos de conocer las herramientas necesarias para detectar los síntomas o los indicios de un abuso sexual.

Tercera Fase:

Tercera Sesión: Fase de exploración y manejo de las emociones, el objetivo es detectar estas posibles consecuencias psicológicas de forma temprana, amortiguar su impacto con un apoyo emocional adecuado y alentarle a la búsqueda de ayuda profesional en los casos precisos.

Cuarta Sesión: Evaluación psicológica, posibilidad de conectar e integrar los episodios traumáticos a la historia personal.

Quinta y Sexta Sesión: Desahogo emocional, elaboración cognitivo emocional del abuso. Trabajo con recursos que fomenten la reparación y la resiliencia futura

Séptima y Catorceava Sesión: Intervención sobre secuelas específicas, las cogniciones, las emociones y las conductas alteradas

El tratamiento psicológico en la violencia sexual debe ser integrador respecto a las personas tratadas y las áreas abordadas.

2.7.Consideraciones Éticas

El consentimiento informado

El proceso pericial se inicia con el consentimiento informado que es el proceso donde la persona decide, libre de cualquier forma de coacción o influencia indebida, el participar en una investigación después de haber recibido información relevante para tomar la decisión, así pues, el consentimiento informado es tanto un proceso dinámico como interactivo (Cancino et al., 2019).

El así que se inicia con la firma y huella de la evaluada y si es menor de edad tambien de la persona acompañante en el consentimiento informado, todo ello después

de haber sido informada sobre el procedimiento de entrevista en Cámara Gesell y evaluación psicológica, con el fin de que se realicen las preguntas en relación al suceso por el cual acudió a la evaluación o a las que surjan como parte de la entrevista, así como para la aplicación de las pruebas o instrumentos psicológicos correspondientes. El proceso de evaluación se realizó en dos sesiones programadas: 16/10/19 y 17/10/19

Código de Ética del Colegio de Psicólogos

La calidad de servicio al usuario tiene como base el respeto de sus derechos fundamentales, es por ello que en todo momento se reserva su identificación con el código 1A2B, clave que se utiliza para la protección de la víctima, en el proceso judicial, así mismo se tiene en cuenta el respeto a la dignidad de las persona evaluada, con trato igualitario sin discriminación, realizando un procedimiento minucioso y especializado.

Así mismo según el código de ética del colegio de psicólogos (CPsP, 2018) los principios y los valores éticos son aspiraciones sociales y personales.

En lo concernientes a la sociedad, estas aspiraciones máximas son la solidaridad, la libertad y la justicia. En lo concerniente a la persona, estas aspiraciones son el respeto a la dignidad, la autonomía y la integridad.

En el ejercicio profesional de la Psicología, estas aspiraciones se realizan por medio de los preceptos de beneficencia – que consiste en la búsqueda del bien para la persona – y de no maleficencia – que consiste en evitar que se produzca cualquier forma de daño o lesión.

III. Resultados

3.1. Análisis de Resultados

En el presente caso la menor evaluada presenta indicadores de trastorno mixto ansioso depresivo, en el momento de la evaluación, se aprecia en la evaluada una valoración significativamente negativa por el hecho denunciado, dado a los siguientes síntomas, obtiene indicadores de trastorno mixto ansioso depresivo, cumpliendo con los siguientes criterios: problemas de concentración, que ha generado el bajo rendimiento académico que en la actualidad presenta, trastorno de sueño, dificultades para conciliar y mantener el sueño, por pesadillas centradas en el evento y figura denunciada, falta de energía, irritabilidad, comportamientos irritables que los expresa verbalmente, rechazo a la figura masculina, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, baja autoestima, sentimientos de inutilidad, desesperanza y abandono. La duración de los síntomas manifestados es mayor de un mes.

En relación a la dinámica de la violencia sexual: Se establece que fija su narrativa en un evento único de contenido sexual con figura adulta conocida a quien puede identificar y siendo la evaluada menor de edad (criterio de asimetría de edad). Se sitúa en lugar haciendo referencia de la casa del hermanastro, empleando el aprovechamiento el ofrecimiento de una cadena de oro y dinero para mantener el secreto.

En lo que respecta la dinámica familiar, comparte el ambiente intrafamiliar con las figuras filiales y las figuras fraternas, describe una dinámica de interacción de tipo funcional entre sus miembros, se siente protegida por las figuras filiales. La relación con las figuras de autoridad es adecuada con tendencia acatar las funciones dentro de

su ambiente familiar. Sin embargo, recibe el rechazo del hermanastro, quien es yerno del denunciado.

3.2. Discusión de resultados

Para el análisis e interpretación de los resultados se tomaron en cuenta los índices de convergencia ya que estos determinan la calidad de la evaluación forense por encima de los índices de fiabilidad y validez de las pruebas individuales (Muñoz, 2013).

En tal sentido, en el presente caso se encontró:

Trastorno Mixto Ansioso Depresivo, cumpliendo con los siguientes criterios: problemas de concentración, que ha generado el bajo rendimiento académico que en la actualidad presenta, trastorno de sueño, dificultades para conciliar y mantener el sueño, por pesadillas centradas en el evento y figura denunciada, falta de energía, irritabilidad, comportamientos irritables que los expresa verbalmente, rechazo a la figura masculina, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, baja autoestima, sentimientos de inutilidad, desesperanza y abandono. La duración de los síntomas manifestados es mayor de un mes.

Dichos síntomas se corroboran con el estudio de caso titulado “Trastorno mixto ansioso depresivo en el hospital IESS Ambato” de Calderón (2016), el trastorno mixto ansioso depresivo es un estado de ánimo disfórico persistente que tiene una duración de al menos 1 mes y se acompaña de síntomas adicionales de idéntica duración, entre los cuales se incluyen un mínimo de 4 de los siguientes: dificultades de concentración o memoria, trastornos del sueño, fatiga, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, pesimismo ante el futuro y baja autoestima.

Para ello se utilizó el CIE 10 para su diagnóstico, tal como se consignó en la pág. 24 y 25 del presente trabajo académico.

En relación a las características de la dinámica de la violencia sexual: Se establece que fija su narrativa en un evento único de contenido sexual con figura adulta conocida a quien puede identificar y siendo la evaluada menor de edad (criterio de asimetría de edad). Se sitúa en lugar haciendo referencia de la casa del hermanastro, empleando el aprovechamiento el ofrecimiento de una cadena de oro y dinero para mantener el secreto.

Se corrobora en el estudio denominado “Caracterización de los casos de abuso sexual valorados en los servicios de urgencias y consulta externa de una institución hospitalaria de primer nivel en el Departamento del Cauca, 2007 – 2015”

Se destaca que las víctimas fueron niños, niñas y adolescentes, en donde el agresor resultó tener un vínculo cercano, un familiar o amigo, y es quizá una de las principales razones por la cual este tipo de delito no es informado a las autoridades competentes. En este grupo etario, la gran mayoría de los casos se mantiene mediante una coerción del abusador más o menos explícita y de represión emocional que puede incluir además elementos de amenaza física, acrecentando los temores a las consecuencias negativas y conllevando al silencio del menor

El grupo de agresores más representativo es un conocido amigo de la familia o un familiar, por lo cual, los estudios no deben limitarse solo a explorar las causas precipitantes o predisponentes, o la recurrencia del evento, entre otras características, sino también identificar la dinámica y organización familiar que posibilitan el escenario propicio para el desarrollo de este tipo de hechos violentos.

En relación a la dinámica familiar, comparte el ambiente intrafamiliar con las figuras filiales y las figuras fraternas, describe una dinámica de interacción de tipo funcional entre sus miembros, se siente protegida por las figuras filiales. La relación con las figuras de autoridad es adecuada con tendencia acatar las funciones dentro de

su ambiente familiar. Sin embargo, recibe el rechazo del hermanastro, quien es yerno del denunciado.

Según en la investigación teórica titulada “Las consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes” Cantón-Cortés y Rosario (2015), menciona que la disfunción familiar no sólo puede aumentar la probabilidad de que se produzcan abusos sexuales intrafamiliares, sino también acentuar sus efectos una vez producidos. Las víctimas de abusos sexuales experimentan un mayor nivel de estrés cuando existe un funcionamiento familiar negativo, más conflictos y menos cohesión.

Lo cual se corrobora con el presente trabajo académico, en relación al rechazo que recibe del hermanastro después del evento estresante, acentuando más los síntomas que presenta la menor evaluada.

IV. Conclusiones

- En el presente caso la menor evaluada presenta indicadores de trastorno mixto ansioso depresivo.
- Se determinan las características de la dinámica de la violencia sexual.
- Se determina la dinámica familiar de interacción de tipo funcional entre sus miembros.

V. Recomendaciones

- Se sugiere abordaje psicoterapéutico, ya que, al presentar un trastorno mixto ansioso depresivo, interfiere en sus funciones psicosociales, este abordaje le ayudara a superar bloqueos emocionales y desarrollar estrategias que permitan afrontar su presente y futuro.
- Se sugiere tratamiento psiquiátrico, por los síntomas del trastorno mixto ansioso depresivo que además de la intervención psicoterapéutica es recomendable el tratamiento farmacológico.
- Se sugiere medidas de protección en salvaguarda de su integridad, porque durante el proceso de las diligencias la menor recibió amenazas por parte de la figura denuncia en retirar la denuncia.
- Los peritos deben estar capacitados para la evaluación de la violencia sexual en niñas, niños y adolescentes, ya que es importante el manejo de la experticias en la especialidad de la psicología forense; además de tener la competencia para el manejo del diagnóstico clínico del ASI, así como el manejo adecuado del sistema de clasificación como el CIE 10.

VI. Referencias

Álvarez, C. y San Fabian, J. (2012). La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gaceta de antropología* 28 (1). <http://hdl.handle.net/10481/20644>

Arredondo et al. (2016). *Develación del abuso sexual en niños y niñas atendidos en la Corporación Paicabi. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1). <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n1/v14n1a27.pdf>

Ayala et al. (2016). *Guía de evaluación psicológica forense en casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar; y otros casos de violencia*. https://img.legis.pe/wp-content/uploads/2016/09/%C2%ABGu%C3%ADa-de-Evaluaci%C3%B3n-Psicol%C3%B3gica-Forense-en-caso-de-violencia-contra-las-mujeres-y-los-integrantes-del-grupo-familiar-y-en-otros-casos-de-violencia%C2%BB-Legis.pe_.pdf

Besoain, C. y Santelices, M. P. (2009). *Transmisión Intergeneracional del apego y función reflexiva Materna: Una revisión*. *Terapia psicológica*, 113-118. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100011>

Cáceres J. (2019). *Violación Sexual de Menores de Edad*. [Tesis de bachiller, Universidad Tecnológica del Perú]. https://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12867/1748/Jazmin%20Caceres_Trabajo%20de%20Investigacion_Bachiller_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Calderón, J. (2016). *Trastorno mixto ansioso depresivo en el hospital IESS Ambato*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Ambato]. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23348/2/Calder%C3%B3n%20Real%20%20Jacqueline%20Andrea.pdf>

Cancino et al. (2019). *Consentimiento Informado. Enseñanza Transversal en Bioética y Bioderecho*. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6009/4.pdf>

Cantón, D. y Rosario, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Revista de la Universidad de Murcia*, 552-561. https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v31n2/psicologia_evolutiva9.pdf

Cerón, G., Roa, S. y Salcedo, M. (2017). Caracterización de los casos de abuso sexual valorados en los servicios de urgencias y consulta externa de una institución hospitalaria de primer nivel en el Departamento del Cauca, 2007 – 2015. *Universidad y salud*, 19 (2), 226-236. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00226.pdf>

Colegio de Psicólogos del Perú (2018). *Código de ética y deontología*. http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (s.f). *Violencia Sexual contra niñas y adolescentes*. <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/factsheets/03.pdf>

Darriulat, N. (2017). *Abuso Sexual Infantil: Sus consecuencias a corto y largo plazo* [Tesis de licenciatura, Universidad de la República Oriental del Uruguay]. <https://es.scribd.com/document/388689663/Trabajo-Final-de-Grado-Darriulat-n-2017>

Durand et al. (2019). *INEI: Indicadores de violencia familiar y sexual, 2012 – 2019*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1686/libro.pdf

[Echeburua, E.](#) y [Corral, P. \(2006\)](#). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de medicina forense*, 43, 75-82. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100006

Echeburúa, E y Guerricaechevarría, C. (2005). *Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil. Violencia contra los niños*, 86-112.

Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales (2015). *Violencia hacia las y los adolescente en el entorno familiar*. <https://www.unicef.org/peru/informes/encuesta-nacional-sobre-relaciones-sociales-enares-2015#:~:text=En%20el%202015%2C%2034%2C6,os%20en%20la%20instituci%C3%B3n%20educativa>

Encuesta Demográfica de Salud Familiar (2019). *Resumen Ejecutivo*. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/pdf/resumenejecutivo.pdf

Finkelhor, D. (1990). Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 325-330. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.5.325>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020). *Acción para poner fin a la explotación y el abuso sexuales de las niñas, niños y adolescentes*. UNICEF. <https://www.unicef.org/media/102211/file/CSAE-SUMMARY-WEB-ES.pdf>

Girón, R. (2015). Abuso sexual en menores de edad, problema de salud pública. *Revista Universidad Femenina del Sagrado Corazón*, 23(1), 61-71. http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Rosario_Giron.pdf

Girón et al. (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.

https://static.legis.pe/wp-content/uploads/2018/11/Guia-del-procedimiento-de-entrevista-unica-Ley-30364-Legis.pe_.pdf

Hernández, P. (2004). *TAMAI. Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil*. TEA Ediciones.

Hernández et al. (2014). *Metodología de la investigación*. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Holmes y Vieth (2003). *Protocolo de SATAC*. https://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/3318_sustento_protocolo_satac_cornerhouse.pdf

Kendall-Tackett et al. (1993). Impacto del abuso sexual en los niños: una revisión y síntesis de estudios empíricos recientes. *Psychological Bulletin*, 113 (1), 164–180.

Llano L. (2020). *Factores de riesgo en el abuso sexual incestuoso, en menores de edad, en los casos denunciados en el Ministerio Público- Huánuco*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional del Centro del Perú]. <https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/6221/Tesis.%20Luzmila%20-%20LLANO%20QUISPE%2c%20LUZMILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mebarak et al. (2010). *Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil*. *Psicología desde el Caribe*, 25, 128-154. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106007>

Ministerio de Salud (2020). Norma técnica de salud para el cuidado integral a mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por violencia sexual. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5188.pdf>

Millon, T. (2003). MACI. Inventario Clínico para Adolescentes de Millon. Ediciones TEA S.A.

Murillo, M (2020). Abordaje víctimas menores de Delitos Contra la Libertad Sexual – ASI. Segunda Especialidad en Psicología Forense y Criminología. Curso: Evaluación psicológica forense II: Análisis de caso y Conclusión. Universidad Nacional Federico Villarreal.

Normas Legales actualizadas (s.f.). El Peruano.
<https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0034/codigo-penal-29.07.2020.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2003). *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: Análisis de datos secundarios*.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3341:2010-sexual-violence-latin-america-caribbean-desk-review&Itemid=0&lang=es

Organización de las Naciones Unidas (9 de marzo del 2021). *Una de cada tres mujeres en el mundo sufre violencia física o sexual desde que es muy joven*.
<https://news.un.org/es/story/2021/03/1489292>

Observatorio Nacional de la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del grupo familiar (9 de octubre 2020). Ministerio Público – Fiscalía de la Nación (MPFN).
https://observatorioviolencia.pe/mpfn/#4Delito_de_violacion_sexual

Observatorio Nacional de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar (s.f.). Tipos de violencia. <https://observatorioviolencia.pe/tipos-de-violencia/>

Organización Mundial de la Salud (2016). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2016_diag_pdf_2015_08_10.pdf

Orjuela, L. y Rodríguez, V. (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales*. [Archivo PDF].

https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_sexual_contra_los_ninos_y_las_ninas.pdf

Rodríguez et al. (2012) Consecuencias Psicológicas del abuso sexual infantil. Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología. *Eureka*, 9(1), 58-68. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v9n1/a07.pdf>

Sánchez et al. (1993) Elaboración y validación del Inventario de desajuste del comportamiento psicosocial - INDACPS. *Revista IIPSI – UPRP*, 1(2), 31-51.

Sarabia, S. (2018). Violencia: una prioridad de la salud pública. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81 http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972018000100001

Stake, R. E. (2005). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.

World Health Organization. (8 de marzo de 2021). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Yarlaqué et al. (2021). Instituto Nacional Penitenciario. Informe estadístico 2021. https://siep.inpe.gob.pe/Archivos/2021/Informes%20estadisticos/informe_estadistico_octubre_2021.pdf

VI. Anexos

El siguiente caso cuenta con los consentimiento informados debidamente firmados para la aplicación del procedimiento de entrevista única para víctimas de violencia, así como el consentimiento informado para la aplicación del procedimiento de entrevista única del padre, madre o responsable, que por confidencialidad y protección no son expuestos.

ANEXO A

ANEXO N° 01

MODELO DE FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ENTREVISTA ÚNICA PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

Yo _____ identificado(a)
con _____ después de haber sido informado(a) sobre el
Procedimiento de Entrevista Única, doy el consentimiento para que:

- Sea filmado y grabado durante la entrevista.
- Se me realicen preguntas en relación al suceso por el que acudo a la Cámara Gesell o a la Sala de Entrevista Única, o por hechos nuevos o similares que surgieran como parte de la entrevista.
- El material audiovisual obtenido por medio de la entrevista forme parte de la investigación.

Lugar..... Día..... Mes..... Año.....

Firma _____

Impresión dactilar:



ANEXO B

ANEXO N° 02

MODELO DE FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ENTREVISTA ÚNICA DEL PADRE, MADRE O RESPONSABLE

Yo..... identificado(a)
con padre/madre/o adulto responsable de
después de haber sido informado(a) sobre el Procedimiento de la Entrevista Única, doy el
consentimiento para que mi menor hijo(a):

- Sea filmado y grabado durante la entrevista.
- Se le realicen preguntas con relación al suceso por el que acudo a la Cámara Gesell o a la Sala de Entrevista Única, o por hechos nuevos o similares que surgieran como parte de la entrevista.
- Que el material audiovisual obtenido por medio de la entrevista forme parte de la investigación.

Lugar..... Día..... Mes..... Año.....

Firma _____

Impresión dactilar:



ANEXO C

RESULTADOS DE LAS PRUEBRAS PSICOLOGICAS APLICADAS

Test autoevaluativo multifactorial de adaptación e inadaptación- TAMAI (Nivel III)

TAMAI (Nivel III)				
Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil				
Nombre:				
Edad:				
Evaluador:				
Fecha:				
<u>Factores</u>				
	<u>P.Directa</u>	<u>Centil</u>	<u>S.Hepta</u>	<u>I.Crítica</u>
P Inadaptación Personal (P1+P2)	12	95	A	CC
P1 Cogniefacción P11+P12	8	99	MA	CCC
P11 Insatisfacción Propia (P) I	1	80	CA	C
P12 Aprensión-Somatización (P) II	7	99	MA	CCC
P2 Cognipunición P21+P22+P23	4	60	M	SC
P21 Timidez (P) III	1	60	M	SC
P22 Intrapunición (P) IV	3	60	M	SC
P23 Depresión (P) V	0	60	M	SC
P3 Autosuficiencia Defensiva (P) VI	2	95	A	CC
E Inadaptación Escolar E1+E2	2	5	MB	SC
E1 Aversión Instrucción E11+E12+E13+E14	2	60	M	SC
E11 Hipolaboriosidad (E) I	0	60	M	SC
E12 Hipomotivación (E)II	1	60	M	SC
E13 Insatisfacción Escolar (E) III	1	80	CA	C
E14 Aversión-Profesor (E) IV	0	60	M	SC
E2 Indisciplina (E) V	0	60	M	SC
S Inadaptación Social S1+S2	0	5	MB	SC
S1 Autodesajuste Social S11+S12	17	99	MA	CCC
S11 Agresividad Social (S) I	15	99	MA	CCC
S12 Disnomia (S) II	2	60	M	SC
S2 Restricción Social S21+S22	13	99	MA	CCC
S21 Introversión Hostilgénica (S) III	6	80	CA	C
S22 Introversión Hipoactiva (S) IV	7	99	MA	CCC
PI Pro-Imagen	6	99	MA	CCC
Ctr Contradicciones	3	60	M	SC
F Insat.A. Familiar F	3	99	MA	CCC
H Insat. Hermanos H	1	80	CA	C
Pa Ed. Adecuada Padre Pa1-(Pa2+6Pa3+Pa4)	-4	20	B	SC
Pa1 Ed. Asist. Personalizada (Pa) I	5	60	M	SC
Pa2 Proteccionismo (Pa) II	5	99	MA	CCC
Pa3 Permisivismo (Pa) III	0	60	M	SC
Pa4 Restricción Pa41+Pa42	4	95	A	CC
Pa41 Perfeccionismo Hipernómico (Pa) IV	3	95	A	CC
Pa42 E. Aversivo Pa421+Pa422	1	60	M	SC
Pa421 Marginación-Rechazo (Pa) V	1	80	CA	C
Pa422 Perfeccionismo Hostil (Pa) VI	0	60	M	SC
M Ed. Adecuada Madre (M2) ² -[(M1-6) ² +(M3) ² +(M4) ²]	-8	40	CB	SC
M1 Ed. Asistencial (M) I	7	80	CA	C
M2 Ed. Personalizada (M) II	3	80	CA	C
M3 Permisivismo (M) III	0	60	M	SC
M4 Restricción M41+M42	4	95	A	CC
M41 Asist. Restrictiva M411+M412+M413	2	95	A	CC
M411 Desatención (M) IV	2	95	A	CC
M412 Marginación Afectiva (M) V	0	60	M	SC
M413 Rechazo Afectivo (M) VI	0	60	M	SC
M42 Pers. Restrictiva M421+M422	2	60	M	SC
M421 Perfeccionismo Hostil (M) VII	0	60	M	SC
M422 Perf. Hipernómico (M) VIII	2	80	CA	C
DIS Discrepancia Educativa 3,5+0,2Pa-0,6M	7.5	0		SC

Inventario Clínico para Adolescentes de Millon - MACI

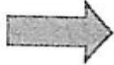
Desarrollado por:
Sergio Domínguez Lara

ESCALAS	PD	TB	AJUSTE TRANSP.	AJUSTE A/D	AJUSTE D/D	AJUSTE D/C	TB FINAL	INTERPRETACION DE LA ESCALA
X-Transparencia	382.1	69					69	
Y-Deseabilidad	12	75					75	
Z-Alteración	8	62					62	
1-Introvertido	37	68	68	68			68	Tema ligeramente problemático
2A-Inhibido	36	57	57	50			50	Indicador nulo
2B-Pesimista	33	75	75	68			68	Tema ligeramente problemático
3-Sumiso	54	57	57	57			57	Indicador nulo
4-Histriónico	21	32	32	32			32	Indicador nulo
5-Egocéntrico	19	38	38	38			38	Indicador nulo
6A-Rebelde	18	42	42	42			42	Indicador nulo
6B-Rudo	7	45	45	45			45	Indicador nulo
7-Conformista	53	72	72	72			72	Tema ligeramente problemático
8A-Oposicionista	28	54	54	54			54	Indicador nulo
8B-Autopunitivo	31	50	50	43			43	Indicador nulo
9-Tendencia Límite	14	43	43	36			36	Indicador nulo
A-Difusión de la Identidad	15	45			46	46	46	Indicador nulo
B-Desvalorización de sí mismo.	29	47			48	48	48	Indicador nulo
C-Desagrado por propio cuerpo	9	41			42	42	42	Indicador nulo
D-Incomodidad respecto al sexo	41	75			76	76	76	Área problemática
E-Inseguridad con los iguales	23	80			81	81	81	Área problemática
F-Insensibilidad social	18	53			53	53	53	Indicador nulo
G-Discordancia Familiar	15	48			49	49	49	Indicador nulo
H-Abusos en la infancia	28	103			104	104	104	Área principal de preocupación
AA-Trastornos de la Alimentación	7	37			38	38	38	Indicador nulo
BB-Inclinación abuso sustancias	11	55			55	55	55	Indicador nulo
CC-Predisposición a la delincuencia	14	43			43	43	43	Indicador nulo
DD-Propensión a la impulsividad	11	45			45	45	45	Indicador nulo
EE-Sentimientos de ansiedad	47	94			95	95	95	Área principal de preocupación
FF-Afecto depresivo	32	61			62	62	62	Tema ligeramente problemático
GG-Tendencia al suicidio	25	67			68	68	68	Tema ligeramente problemático
PROTOCOLO VALIDO								Tema ligeramente problemático

Inventario del Desajuste del Comportamiento psicosocial-INDACAPS

PERFIL DEL INVENTARIO DEL DESAJUSTE DEL COMPORTAMIENTO PSICOSOCIAL PARA NIÑOS
ESCALA INDACAPS-N

Nombres: Edad: Sexo: Grado Inst:
 Evaluador: Fecha:

	ESCALA DE MENTIRAS (M)	INESTABILIDAD EMOCIONAL (IE)	AGRESIVIDAD (AG)	RESENTIMIENTO (RE)	BAJA AUTOESTIMA (BA)
PUNTAJES	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="14"/>	<input type="text" value="2"/>
	DESCONFIANZA (DE)	DESESPERANZA (DS)	DEPENDENCIA (DP)	DESAJUSTE FAMILIAR (DF)	DESAJUSTE SOCIAL (DS)
PUNTAJES	<input type="text" value="16"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="8"/>
	PUNTAJE TOTAL DE LA ESCALA INDACAPS-N		<input type="text" value="72"/>	 DESAJUSTE MEDIO	

ESCALA DE MENTIRAS

GRADO DE SINCERIDAD ACEPTADA

Presenta una autoimagen real y sincera de sí mismo ante los demás.

INESTABILIDAD EMOCIONAL

DX

ALTO DESAJUSTE

Estado emotivo muy intenso caracterizado por irrupciones emocionales desordenadas, tensión, ansiedad, inseguridad, timidez, fuertes bloqueos de conducta, depresión, desanimo, pesimismo y desazón.

AGRESIVIDAD

DX

DESAJUSTE MEDIO

Sujeto presenta tendencia o propensión psíquica que se traduce en conductas que tienen la intención de perjudicar directa o indirectamente a otros; inclinación hacia un afán destructivo y de causando daño físico o moral, exhibiendo una predisposición a experimentar sentimientos o actitudes de enemistad y oposición.

RESENTIMIENTO

DX

ALTO DESAJUSTE

Sujeto atraviesa por sentimientos esencialmente dolorosos, de rencor inconsciente, de envidia y odio impotente; desprestigia mediante críticas, comentarios e insinuaciones a la persona objeto de su resentimiento. Experimenta sentimientos o emociones de cólera e ira hacia el mundo, por un maltrato real o imaginario, cuando ha sufrido o creído sufrir una injuria o injusticia.

BAJA AUTOESTIMA

DX

BAJO DESAJUSTE

Adecuada autimagen y confianza de sí mismo, optima actitud de valorización personal, sentimientos de capacidad y satisfacción. Alto nivel de aspiración, de motivación de logro o de realización, fuerte sentimiento de aceptación y pertenencia.

DESCONFIANZA

DX

ALTO DESAJUSTE

Estado emocional y actitud de constante suspicacia y evasividad. Percibe el ambiente como hostil y peligroso, asociado a ideas de persecución y falta de confianza en sí mismo para relacionarse con los demás. Dudar y desconfía de las afirmaciones de los demás porque piensa que la gente quiere hacerle daño.

DESESPERANZA

DX

BAJO DESAJUSTE

Sentimiento y actitud basada en la esperanza, así como de seguridad, con objetivos en la vida, motivación de logro, expectativas y realización en el futuro. Percibe las cosas y situaciones como estables y presentes con ánimo, tranquilidad y calma. Percibe el ambiente fácil de controlar, asumiendo una actitud optimista y perseverancia.

DEPENDENCIA

DX

BAJO DESAJUSTE

Presencia del sentido de independencia y autonomía. Siente confianza en sus propias ideas y acciones y no busca aprobación de los demás. Se aventura en situaciones o circunstancias que requieran la participación individual o grupal.

DESAJUSTE FAMILIAR

DX

DESAJUSTE MEDIO

Propensión a presentar sentimiento de inadecuación en las relaciones dentro del grupo familiar; familia con tendencia a presentar conflictos entre sus miembros, así como dificultad para establecer relaciones cordiales, cumplir reglas establecidas en la familia con dificultad o ausencia de diálogo.

DESAJUSTE SOCIAL

DX

DESAJUSTE MEDIO

Tendencia a presentar incapacidad para mantener relaciones satisfactorias con las demás personas, dificultad moderada para modificar las conductas que puedan estar causando problemas dentro del grupo.

Elaborado por Lic. Ps. Armando Manuel Aliaga Cabrera