



Campus Iztacala

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
I Z T A C A L A

319,61
8
29.

**“ ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA
AGRESORES SEXUALES ”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

P R E S E N T A :

ALBA LUZ ROBLES MENDOZA

ASESORES: MTRO. JUSTINO VIDAL VARGAS SOLIS
DRA. PATRICIA TRUJANO RUÍZ
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

MÉXICO

1998.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

266905



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGS.
PRESENTACIÓN.....	4
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO 1. VIOLENCIA.....	12
1.1 VIOLENCIA SOCIAL.....	14
1.2 VIOLENCIA SEXUAL.....	14
1.2.1 TIPOLOGÍA DE LA VIOLENCIA SEXUAL.....	14
1.3 VIOLACIÓN SEXUAL.....	15
1.3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	17
CAPITULO 2. APROXIMACIONES TEÓRICAS.....	23
2.1 MEDICO-LEGAL.....	24
2.2 SOCIAL-FEMINISTA.....	28
2.3 PSICOLÓGICA.....	30
2.3.1 PSICOANALÍTICA.....	31
2.3.2 SISTÉMICA.....	33
2.3.3. COGNITIVA-CONDUCTUAL.....	36
CAPITULO 3. EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLACIÓN SEXUAL.....	51
3.1 INCIDENCIA.....	52
3.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍCTIMAS.....	56
3.3 CARACTERÍSTICAS SITUACIONALES.....	58
3.4 CARACTERÍSTICAS DE LOS VICTIMARIOS.....	60
3.4.1 PAIDOFÍLICOS Y PEDERASTAS.....	62
3.4.2 VIOLADORES DE MENORES.....	64
3.4.3 AGRESORES SEXUALES.....	66
CAPITULO 4. ESTUDIOS SOBRE VIOLADORES.....	70
4.1 ESTUDIOS INTERNACIONALES SOBRE VIOLADORES SEXUALES.....	71
4.2 ESTUDIOS NACIONALES SOBRE VIOLADORES SEXUALES.....	79
CAPITULO 5. TRATAMIENTOS PARA AGRESORES SEXUALES.....	86

CAPITULO 6. INVESTIGACIÓN DE CAMPO.....	107
6.1 JUSTIFICACIÓN.....	108
6.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	113
6.3 OBJETIVOS.....	114
6.4 MÉTODO.....	115
6.5 INSTRUMENTOS.....	115
6.6 PROCEDIMIENTO.....	116
6.7 RESULTADOS.....	118
6.8 ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	145
CAPITULO 7. PROPUESTA DE INTERVENCION.....	151
CONCLUSIONES.....	175
BIBLIOGRAFÍA.....	181
ANEXOS.....	189

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

El presente trabajo forma parte de los proyectos de investigación pertenecientes al Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas PIAV de la Universidad Nacional Autónoma de México, *Campus Iztacala*.

Representa los resultados de una experiencia profesional personal en donde por 4 años de trabajo clínico se atendieron a 14 sujetos que llegaron al servicio PIAV reportando conductas sexualmente agresivas o llevados por sus familiares y definidos por éstos como agresores sexuales. Surgió como una inquietud personal ya que dentro del servicio que se ofrece en este programa sólo se atendían a víctimas de la violencia sexual así como se analizaban las situaciones más comunes de permanencia del delito de acuerdo al reporte de las personas atendidas, y se diseñaban talleres de prevención para ayudar a las víctimas y a otras personas que no hubiesen sido violadas o abusadas sexualmente para prevenir situaciones de riesgo de un posible ataque sexual.

Sin embargo, no existía ninguna ayuda para los agresores sexuales que en algún momento la víctima reportaba como una persona conocida y quizás también familiar para ella. Por ello, se planteó una alternativa de trabajo clínico que permitiera no romper con la estructura familiar y a la vez conocer y analizar características individuales en estos sujetos que nos ayudaran a identificar los elementos que lo llevan a realizar este tipo de conducta.

Para esto, se diseñó una guía de entrevista para los agresores sexuales que cubriera con los requerimientos académico-administrativo del servicio PIAV y se aplicaron los inventarios que se utilizaban en dicho servicio con algunas modificaciones acordes a los sujetos. Además se utilizaron otros tipos de instrumentos que ayudaran en ese momento a las demandas que el paciente reportaba (inventarios de asertividad, de personalidad, pruebas proyectivas, autorreportes, cuestionarios de estudios de género, entre otros). Asimismo, se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales como parte del proceso terapéutico en

relación a los resultados de las evaluaciones iniciales y al planteamiento de metas de cada uno de los sujetos.

Este trabajo tiene como objetivo presentar los resultados de esta experiencia profesional con el fin de desarrollar un análisis sobre las características físicas y psicológicas que presenta una muestra de población disponible de agresores sexuales atendidos en el PIAV, los cuales no han sido juzgados ni sentenciados legalmente. Consecuente al análisis, se describe el paquete de herramientas evaluativas y terapéuticas con aproximación cognitivo-conductual que se proponen para trabajar con esta población específica y se sugiere un programa alternativo de tratamiento desde este marco teórico que permita al psicólogo clínico desarrollar su trabajo terapéutico dentro del ámbito de la violencia sexual.

El diseño utilizado para el análisis de los resultados fue el procedimiento *expost-facto* debido a que ya se habían llevado a cabo las sesiones terapéuticas con estos 14 sujetos y sólo se revisaron los expedientes y los resultados de los reportes de las sesiones clínicas. El diseño *expost-facto* tiene como finalidad encontrar los patrones recurrentes al comparar las situaciones o características en un mismo individuo y/o entre varios.

Dentro de los resultados se puede mencionar que aunque si bien la finalidad no es buscar un perfil del agresor sexual ni generalizar los datos encontrados, la muestra presenta similitudes en relación a los estudios y a las investigaciones que existen al respecto de este tema. Asimismo la muestra presenta algunos factores que permiten englobarla dentro de una población diferente y única.

Esto conlleva a analizar el título de este trabajo ya que si bien se desarrolla un alternativa terapéutica para agresores sexuales desde un marco cognitivo-conductual no cubre con las características y requerimientos de confiabilidad y validez tanto de los instrumentos evaluativos como del mismo programa. La muestra de los sujetos no es ni al azar ni representativa de una población con características de conducta sexualmente agresiva; sino que es una disponibilidad

de personas que solicitaron el servicio clínico. Asimismo, las técnicas utilizadas no se validaron por separado para probar su utilidad y eficacia en su conjunto para este tipo de sujetos. Sin embargo, dentro del proceso terapéutico desarrollado con los 14 agresores sexuales se cumplieron con las metas planeadas en ese período y ayudaron al desarrollo de expectativas de vida que tenía cada sujeto en aquel momento. Cabría la posibilidad de desarrollar posteriormente un programa de seguimiento que ayude a confirmar este comentario sobre la eficacia de los instrumentos terapéuticos utilizados, así como comparar con otros tratamientos que permitan una reevaluación de los sujetos.

Más que una alternativa terapéutica sería un reporte de trabajo que forma parte de los estudios que sobre la modificación de conducta existen dentro del desarrollo de las áreas de aplicación clínica, desarrollado en el ámbito de la violencia sexual, que permite conocer desde un enfoque psicoterapéutico al agresor sexual que no está sentenciado ni juzgado legalmente.

INTRODUCCION

INTRODUCCIÓN

Diariamente nuestra sociedad se ve inmersa en situaciones de agresión y violencia. Dicha agresividad o violencia se manifiesta de manera diferente: *al estar en algún medio de transporte, al interior de la familia, en el trabajo o en la escuela. Por lo general, cuando se habla de violencia se piensa en imágenes de guerra, asesinatos, asaltos, motines políticos y en pocas ocasiones nos cuestionamos sobre la violencia ejercida cotidianamente hacia las mujeres. El ser agredido física o psicológicamente es algo que todas las personas temen, tanto hombres como mujeres; y sin embargo, casi todos los días presenciamos hechos de violencia, no sólo en la vida cotidiana sino a través de todos los medios de comunicación. Esto hace que el temor a ser agredidos se incremente día con día.*

La Violencia Sexual es una de las direcciones que toma la violencia social dirigida principalmente hacia sujetos menospreciados socialmente, mujeres, niños (as), ancianos (as), enfermos, minusválidos, etc.; presentado como un fenómeno social de alto índice y reforzado por los medios de comunicación masiva (cine, revistas, T.V., radio). Se caracteriza por un continuo de agresiones físicas y/o verbales de contenido sexual que van desde conductas más simples como las agresiones cotidianas a las cuales nos exponemos en el transporte público y la calle, la coerción en el ámbito laboral y educativo, hasta conductas extremas de violencia como son el maltrato y el abuso hacia los niños (as), el maltrato doméstico y la violación.

La Violación es un delito común en nuestra sociedad y sin embargo poco se habla de ello. La atención que se le ha dado a esta problemática es muy limitada siendo objeto de publicaciones sensacionalistas y alarmistas que tienden a desarrollar el morbo del público; de ahí que el delito de violación siga viéndose como algo que ocurre bajo situaciones comunes.

Las circunstancias bajo las cuales ocurre una violación pueden estar dirigidas a tres niveles: las características que presentan las víctimas principalmente las actitudes y comportamientos en el momento del ataque, las circunstancias situacionales que permiten la existencia de contextos de riesgo para que se presente este delito, y las características físicas y psicológicas que presentan los victimarios para responder específicamente a estas situaciones.

El objetivo de este estudio es desarrollar un análisis de las características físicas y psicológicas que presenta una muestra de población remitida como agresores sexuales, quienes no se encuentran reclusos en un centro legal o penitenciario y desean psicoterapia especializada. Este análisis permitirá seleccionar y conjuntar un paquete de herramientas evaluativas y terapéuticas que ayuden a la construcción de un programa alternativo de técnicas cognitivo-conductuales para agresores sexuales.

El problema de la violación es un problema inter y multidisciplinario que requiere de una atención integral, tanto para las víctimas como para los victimarios, teniendo la Psicología un papel fundamental en el desarrollo de esta atención. Este trabajo forma parte del Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV-UNAM) como uno de los proyectos de investigación dedicados al estudio del tratamiento para agresores sexuales y la inserción en la prevención de la Violencia Sexual.

El trabajo tiene 3 ejes fundamentales: primero, se desarrollan los fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de la violencia sexual y sus manifestaciones que permitan el estudio de uno de los elementos fundamentales en este fenómeno social, es decir, el análisis de las características que encubren al agresor sexual. El segundo eje es la descripción del trabajo terapéutico realizado con los 14 agresores sexuales dentro del servicio PIAV y el análisis de los resultados de dicho proceso. Y el último eje se dirige a proponer una serie de elementos evaluativos y terapéuticos desde un enfoque cognitivo-conductual que con base en los resultados de la muestra disponible se sugieren para trabajar con este tipo de población.

El contenido de este estudio está dividido en siete capítulos:

El primer capítulo se titula "Violencia" y tiene como objetivo definir los términos de violencia y agresión, sus características, las manifestaciones de la violencia principalmente de tipo sexual y los antecedentes históricos que existen en torno a la violación sexual como una de las formas más extremas de este tipo de violencia.

El segundo capítulo se dirige a describir algunas de las explicaciones que existen en torno a la violación sexual de acuerdo a marcos teóricos y metodológicos de abordaje dentro de la psicología y otras ciencias afines a esta problemática.

El capítulo tercero marca algunos datos estadísticos actuales sobre la violación sexual en México y otros países que permitan encontrar una posible incidencia del delito, así como las características de las víctimas, de los victimarios y de las situaciones contextuales de este tipo de violencia que fortalecen dichos datos epidemiológicos.

El cuarto capítulo describe estudios e investigaciones nacionales e internacionales en torno a las características físicas, psicológicas y socioculturales que pueden presentar sujetos definidos socialmente como agresores sexuales.

“Tratamiento sobre agresores sexuales”, es el título del quinto capítulo el cual menciona algunas investigaciones que describen tratamientos rehabilitatorios en centros penitenciarios así como propuestas de trabajo terapéutico tanto grupal como individual y comunitario.

El capítulo seis describe el planteamiento de investigación de este trabajo así como su metodología, procedimiento, resultados, análisis de resultados y discusión.

Por último, el séptimo capítulo presenta la propuesta psicoterapéutica con aproximación cognitivo-conductual sugerida para la evaluación y el diagnóstico de una alternativa de tratamiento clínico para agresores sexuales.

CAPITULO 1
VIOLENCIA

1. VIOLENCIA

La violencia es un término que ha inquietado a muchos científicos sociales, los cuales desde su perspectiva de ciencia han explicado dicho fenómeno. El término violencia proviene del latín "*violentia*" que significa abuso de fuerza y poder. Algunas acepciones sobre dicho término la refieren como: "es calidad de violento y acción contra el natural modo de proceder, haciendo uso excesivo de la fuerza" (Diccionario Enciclopédico Larousse, 1996); "es una manifestación de poder y dominio con la intención de controlar a los otros (as)" (Martínez, 1985); en su definición jurídica: "es una coacción física ejercida sobre una persona para viciar su voluntad y obligarla a ejecutar un acto determinado" (Pineda, 1991). El diccionario de Sociología (1971) la define como "el factor cuya finalidad es dominar a las personas, los actos o las propiedades de uno o más individuos contra su propia voluntad y en beneficio principal de la gente generadora de dominio".

La manera más común de ejercer violencia es a través de la agresión el cual es un factor determinante dentro de ésta. La agresión proviene del latín "*agressio*" que significa ataque o actividad de atacar. Es definida como "el patrón persistente y repetitivo de conductas caracterizado por el uso de la fuerza con la intención de causar daño o perjuicio a las personas y/o a los bienes, en las que se destacan la violación de los derechos de los demás, a las reglas o a las normas sociales adecuadas a la edad".

Otras definición marca que la agresión "es toda aquella conducta cuya intención es producir un daño físico o psicológico a otra persona" (Grijalbo, 1988; Santillana, 1986. Citados en: Morales, Padilla y Saavedra, 1995).

Los términos violencia y agresión de acuerdo a las definiciones anteriores han sido tomadas como sinónimos, abarcando ambas un conjunto de conductas contra el natural modo de proceder del ser humano. Aunque sus manifestaciones pueden ser diferentes: físicas, psicológicas o sociales.

La sociedad en su conjunto preserva o aniquila valores que le son o no útiles, desgraciadamente la agresión ha perdurado y se incrementa día a día. Esta violencia no va dirigida sólo hacia una persona en particular sino hacia la sociedad en general, recibiendo así la categoría de fenómeno o problemática social. La violencia social es una consecuencia del grado de agresión o violencia que ha manifestado nuestra sociedad a través del tiempo.

1.1 VIOLENCIA SOCIAL

La Violencia es una manifestación social presente desde inicios de la historia de la humanidad, que ha tomado diversas direcciones y manifestaciones como parte de una expresión natural del ser humano o como descontento socioeconómico y político de cada país.

El ser humano ha estado inmerso durante siglos en un clima de violencia que en más de una ocasión ha sido cruel y sádica, las revoluciones de todos los pueblos liberados a fuerza de sangre, las guerras pasadas y presentes, los problemas interraciales, el fanatismo de ídolos revolucionarios o guerrilleros, el asesinato, el ultraje presente de todos los días; son sólo una muestra de las muchas formas de violencia social que sufre la humanidad en todos los tiempos.

La violencia social es un factor que se emana y se respira en cada momento; se observa en la familia, la escuela, el trabajo, en la calle, en los medios de transporte y principalmente en los mensajes de los medios de comunicación masiva como el cine, la radio, la televisión, las vías telefónicas, los periódicos, las revistas, etc.

1.2 VIOLENCIA SEXUAL

La Violencia Sexual es una de esas manifestaciones que toma la violencia social, caracterizada por un continuo de agresiones físicas y/o verbales de contenido sexual que pueden presentarse desde actividades y expresiones agresivas de tipo sexual sufridas cotidianamente en el transporte público y la calle, hasta agresiones que transgreden la integridad de las personas.

Hablamos de violencia sexual cuando “se establecen relaciones de poder y dominación a través del ejercicio de la sexualidad impositiva” (p. 4, Valladares, 1993).

La violencia sexual se presenta en diferentes grados y matices desde las conductas más simples de manifestación agresiva hasta las más complejas y crueles.

1.2.1 TIPOLOGÍA DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Las agresiones sexuales que generalmente se presentan con mayor frecuencia dentro de la sociedad son:

1. La violencia como imposición de género, cuya característica común es la discriminación de conductas, en donde se limita el desarrollo social, personal y profesional de las mujeres en relación a los hombres.

2. La agresión física y/o verbal de tipo sexual la cual se desarrolla diariamente, como por ejemplo: manoseos, pellizcos, tocamientos, nalgadas, piropos agresivos, insultos a partes del cuerpo, entre otros.

3. El hostigamiento sexual definido como "la imposición de conductas físicas y verbales no deseadas de naturaleza sexual en el contexto de una relación desigual de poder, este último derivado de las posibilidades de dar beneficio o imponer privaciones" p. 16 (Bedolla, 1985).

4. La violencia intrafamiliar la cual se refiere a la violencia que existe dentro de la familia. Este concepto se puede dividir en 2 partes: la violencia dirigida hacia los infantes (maltrato físico, negligencia, abuso sexual del infante, incesto, etc.) y la violencia doméstica que se dirige a la relación entre cónyuges, siendo la más común la dirigida hacia las mujeres.

5. La violación de menores la cual se refiere a "la penetración en cualquiera de los orificios naturales del cuerpo, pene, ano o boca de un adulto hacia un infante o de un infante hacia otro infante con una diferencia de edad de cinco años de acuerdo a su desarrollo psicosexual por medio de la amenaza, chantaje, soborno, fuerza física, fuerza moral, intimidación y/o coerción" (PIAV-UNAM, 1995).

6. La violación de mujeres la cual es una expresión de violencia, rabia y agresividad hacia el género femenino mediante la imposición de una relación sexual genital, anal u oral obtenida sin el consentimiento de la otra persona a través del uso de la fuerza física, psicológica o moral.

1.3 VIOLACIÓN SEXUAL

La Violación es un delito común en nuestra sociedad que ha tenido diversas definiciones dependiendo de la disciplina que la aborde. Desde el punto de vista psicológico es definida como "el acto por medio del cual una persona dispone sexualmente de otra sin su consentimiento haciendo uso de la fuerza física, fuerza moral, coerción, intimidación, engaño, chantaje, soborno y/o amenaza" (Bedolla, 1985 p. 5; Kilpatrick, Veronen y Resick, 1983; Valladares, 1989).

Davies (1994) menciona que la violación es una práctica social que se presenta inesperadamente, fortuita y aislada, en donde interfieren características específicas en los violadores y situaciones propiciatorias que reflejan el control social hacia las personas "inferiormente caracterizadas", menores, minusválidos, ancianos (as), enfermos (as) y mujeres. El acto de violación está entonces más relacionado con la representación de la violencia que con la sexualidad (Citado en: Morales, Padilla y Saavedra, 1995).

Los estudios sobre la violación han hecho que este fenómeno presente definiciones diferentes de acuerdo al grado de agresión y análisis del fenómeno.

El Diccionario de la Vida Sexual (1971) la define como "el acto de agresión sexual conseguido por intimidación, violencia psíquica o engaño a una mujer virgen o ya desflorada. Acto que tiene por finalidad la intromisión del miembro masculino en la cavidad vaginal, contra la voluntad de la mujer" (pag. 17. Citado en: Vázquez, 1994).

Arestii (1988) comenta que la violación "es un ataque a la libertad; es una agresión que repercute más allá de la materialidad del hecho, en la capacidad psíquica y en la integridad de la mujer" p.30.

Otra definición menciona a la violación como "el acceso carnal con persona de uno u otro sexo ejecutado mediante violencia real o presunta" (Porte Petit, 1975; Citado en Vázquez, 1994 pag. 13).

Kilpatrick y Veronen (1987) la mencionan como "cualquier actividad sexual no consentida, que se ha alcanzado mediante la coerción, la amenaza de utilizar la fuerza o la imposición de la fuerza física" p. 21.

Por último, cabe mencionar la definición de violación sexual que se tiene legalmente en la actualidad. De acuerdo al Código Penal del Estado de México (1996) y al Código Penal del Distrito Federal (1996) es considerada como "la relación de cópula realizada por medio de la violencia física o moral con una persona sin la voluntad de ésta, que introduzca por vía anal o vaginal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril" p. 65.

Independientemente de cualquier definición que se retome, es importante mencionar que la violación sexual implica no sólo el rompimiento de la integridad física y psicológica de las víctimas sino también el análisis de un conjunto de factores situacionales que propician el riesgo de ocurrencia de este delito así como las características psicológicas y sociales en las cuales se encuentra inmerso el victimario sexual, como uno de los elementos activos de esta problemática social.

Por otro lado, de acuerdo a las clasificaciones realizadas entorno a este fenómeno, Valladares (1993) realizó un listado de tipologías sobre la violación sexual con base en una revisión epidemiológica y bibliográfica sobre ésta:

1- La violación por fuerza e intimidación: referida a la penetración vaginal, anal u oral por medio de actos violentos de forma individual o tumultuaria (en grupo).

2- La violación por amigos o conocidos en donde el grado de agresión disminuye debido a la cotidianeidad o fraternidad con la que se presenta la relación.

3- La violación marital encontrada dentro del ámbito familiar e implica la imposición de uno de los cónyuges para someter sexualmente al otro.

4- La violación no forzada que ocurre cuando se obtiene el consentimiento de una relación sexual sin el uso de violencia física, como el estupro, el acoso sexual o el abuso sexual de menores. Sin embargo, sí se utiliza otro tipo de agresiones e intimidaciones (engaño, seducción, promesas, amenazas, chantaje, sobornos, etc.).

Todas estas definiciones convergen al enfatizar el uso de la fuerza y la coerción así como el no consentimiento o aceptación de la agresión a la que es sometida la víctima de violación. Dichas acepciones se han desarrollado a través de análisis históricos, teóricos y metodológicos.

1.3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La semblanza histórica acerca de los inicios de la violación sexual permite dar explicación sobre las características comportamentales que actualmente presenta este fenómeno. Los análisis histórico-sociales que se han realizado en diversas investigaciones sobre la violación desde la época primitiva hasta nuestros días, han permitido conocer cuáles eran las características de las víctimas, los victimarios y las situaciones socio-históricas que predominaban en ese momento así como el análisis de sus interrelaciones.

Se menciona que durante la prehistoria las parejas daban satisfacción a sus necesidades eróticas de manera pasajera y brutal, de ahí las escenas caricaturescas sobre el hombre de las cavernas que arrastra de los cabellos a las mujeres para someterlas sexualmente; las relaciones sexuales no eran objeto de valoración, ya que la función sexual estaba condicionada a ciclos de periodicidad que por sí sola era un estímulo para la violencia. La ideología del hombre primitivo y su condición de nómada hacía que no existiere un establecimiento sexual con una sola mujer y que se permitiera

el sometimiento de otras a su condición de hombre. En aquel tiempo, la violación sexual no existía como tal, era sólo una forma de ejercer su sexualidad (Brownmiller, 1975; Contreras, 1990)

En el momento de existir la propiedad privada, que se dirigía al establecimiento del hombre en un lugar fijo y a afianzar el mejoramiento de su vida, mediante el cultivo de la tierra y la propiedad de bienes y atributos, surge la necesidad de unión con la mujer como parte de fuerza laboral y por tanto de objeto sexual privado. Se establecen familias y sociedades con un mismo interés común: protección, producción y reproducción. Es posible que en esa época existieran conductas tipificadas como delito; sin embargo la ley del más fuerte era la única que reinaba y la superioridad del hombre contra otros hombres se basaba en la gobernación de tierras, propiedades y mujeres (entendida esta última como una "posesión") (Kollontai, 1982; Brownmiller, 1975; Contreras, 1990).

Sólo a través del tiempo, se han ido estableciéndose limitaciones entre los mismos hombres a través de las leyes, costumbres y creaciones de tabúes. La antropología menciona que la existencia de las actividades cotidianas vigentes se basan en estilos de vida de culturas antepasadas, encontrándose actualmente testimonios de estas formas de expresiones sexuales.

Brownmiller (1975) menciona el surgimiento de la Violación como parte de un proceso consciente de intimidación mediante el cual los hombres mantienen a las mujeres en un estado de miedo y sumisión. El hombre, al asumir la responsabilidad de "protector y dueño" tendrá que combatir con otros "hombres y/o atacantes potenciales" por su posesión sexual y "asustarlos con violar a sus mujeres como amenaza"... el precio histórico de la protección de la mujer fue la imposición de la castidad y la monogamia (p.15).

Hace aproximadamente 2000 años A. C., en la antigua Babilonia y Mosaica, las leyes se escribían en tablillas donde se plasmaban que tanto la esclavitud, la propiedad privada y el sometimiento de la mujer eran hechos normales y cotidianos. La ley de posesión establecía que el que tenía legalmente el derecho de la mujer era el padre o el hermano en ausencia de éste, y posteriormente el esposo. La violación y el rapto era un delito contra la propiedad del hombre, más no un crimen contra la integridad de la mujer (Brownmiller, op cit).

En esta época, la manera más sutil y civilizada de adquirir a una mujer, era mediante la compra-venta con el padre de ésta (siendo más cara si era "casta y virgen").

En el código de Hammurabi (Egipto Siglo XII) se menciona el castigo a quien violaba a una mujer virgen, más no a las mujeres que no lo fueran; las mujeres casadas eran castigadas al igual que el violador, ya que se consideraba como adulterio más que como violación.

La ley Hebrea, en términos de violación, era letal; en especial si el ofensor no pertenecía a la tribu. El violador que victimizaba a una mujer virgen fuera de la ciudad hebrea en donde nadie pudiese llegar a auxiliarla, tenía que pagar al padre 50 onzas de plata y casarse con ella para seguir viviendo en el lugar, de no ser así, desterraban a los dos. Algunos pueblos, como los existentes en Inglaterra y Roma, condenaban la violación con la castración o la muerte del violador (época de opresión feudal y salvajes castigos). Sin embargo, era el premio si le ganaban a otro pueblo ofensor (Guerra de Cruzadas) (Brownmiller, op cit).

Durante los sucesos de guerras, levantamientos, motines o revoluciones, la violación fue un comportamiento social aceptable. La mujer fue considerada como un botín legítimo, útiles como esposas, concubinas, esclavas o trofeos; el hombre consideraba la violación de sus mujeres como parte de su angustia masculina por su derrota (González, 1974).

Dentro de las grandes guerras como por ejemplo: la Primera y Segunda Guerras Mundiales, la guerra de Vietnam y la guerra de Bangladesh, el acto violatorio era un medio reconocible para sembrar el terror, se convirtió en una arma de venganza en donde las mujeres serían la recompensa guerrera, intimidando y desmoralizando al enemigo, además de ser el éxito de la batalla. La violación fue considerada un acto ejercido en contra del hombre y no contra el cuerpo de la mujer (Brownmiller, 1975; Argüelles, Castro y Hernández, 1988).

La violación durante estas etapas de guerra y discriminaciones raciales fue considerada un "acto familiar" con una causa habitual. La guerra proporcionaba a los hombres el perfecto apoyo psicológico de la victoria y del poder de las armas, otorgándoles a los hombres una licencia para violar así como para expresar el desprecio hacia las figuras femeninas.

La nueva conciencia feminista que surge de la Guerra de Bangladesh, consideraba a la violación como un problema político, apoyando la aceptación del aborto como la solución a los embarazos no deseados, frutos de las propias guerras.

Hasta nuestros días, el movimiento feminista ha sido el grupo que más ha aportado para plantear soluciones viables a la violencia sexual en tiempos de guerra y de "paz".

La violación en México se ha desarrollado basándose en costumbres y tradiciones del pueblo mexicano, principalmente de mitos históricos y de ritos religiosos.

La violación sexual tenía dos concepciones: era considerada como un rito de resguardo en la religión y la magia, en donde se realizaba un acto de ofrecimiento de mujeres vírgenes a los dioses. Y por otro lado, era una veneración de la Diosa Tlazoltéotl, diosa de la carnalidad, en donde se castigaba el delito de violación a las personas que lo cometieren, primeramente con la confesión frente a un sacerdote y en donde los pecados de naturaleza sexual no debían de volverse a cometer ya que no había absolución. La penitencia podía ir desde el ayuno en varios días hasta el traspasarse la lengua, las orejas o el pene por un orificio hecho por una espina de maguey 400 varas de mimbre; si lo volviesen a cometer se les daba pena de muerte, los quemaban o bien les quitaban sus bienes, dependiendo del grado de violación que fuera (Olvera, 1987; Martínez, Rodríguez y Zárate, 1988, Robles, 1991).

Dentro de otras culturas como por ejemplo: los tarascos y otomíes, al que cometía la falta de violar a una mujer, se le rompía la boca hasta las orejas y luego lo mataban por empalamiento. Entre los chichimecas al violador se le imponía la pena de muerte en medio de la plaza, asado y rociado con agua y sal (Kollontai, 1982; Contreras, 1990).

Desde los inicios de nuestra sociedad mexicana (pueblos indígenas), la educación para el hombre y la mujer parte en diferentes direcciones: las mujeres eran encaminadas a las actividades domésticas y de procreación, y los hombres a ser guerreros y a prepararse para las batallas. El papel de subordinación que adopta la mujer dentro de los diferentes grupos sociales marca características comportamentales extremas en los géneros. Esta tipificación sexual rígida desarrolla la violación sexual como un delito en contra de la integridad de las personas no importando su sexo, edad, etnia o grupo socioeconómico (Ruíz, 1989; Robles, 1991).

La violación en México también representa un sentido político de control y de dominio contra los diferentes grupos sociales. Esto se clarifica en el caso de la conquista de nuestro país por los españoles, en donde violaron reiteradamente a las mujeres indígenas como una forma de humillación y control sobre los pueblos conquistados.

Se le consideraba un acto que implicaba peligro de muerte o daño corporal. La pena que merecían los agresores dependían de su condición social: un hombre "honrado" perdía la mitad de todos sus bienes, un hombre "vil" debería ser azotado públicamente o desterrado en alguna isla por cinco años; un siervo o sirviente de casa debería ser quemado; y los violadores sin alguna condición social debían de recibir la pena de muerte y sus bienes pasar a la mujer violada o al monasterio si fuera monja. Los violadores se podían salvar de este castigo, si se casaban con la mujer violada (Castañeda, 1989).

Durante la época colonial, en la Nueva Galicia, cuando se denunciaba una violación, un estupro, un adulterio o un incesto, se procedía inmediatamente a la detección del hombre acusado. También se detenía a la mujer cuando la relación entre los dos había continuado. En las declaraciones de los acusados siempre se negaban los hechos y muchas veces tenían más peso que las declaraciones de las propias víctimas. La mayoría de las veces, los agresores eran perdonados por los juristas o por la familia de las víctimas; cuando no era así, los castigos variaban desde penas de azotes públicos, destierros, servicios en obras públicas o en regimientos hasta presidios ultramarinos (Castañeda, op cit).

La protección que una mujer violada podía recibir de la sociedad de la Nueva Galicia o de las autoridades, dependían más que nada de la situación económica de su familia; no importaba que la víctima fuera española para recibir protección, era necesario que su familia tuviera riquezas para que se pidiera castigo al violador, ya que la virginidad de la víctima representaba el honor familiar. En cambio, si la víctima era pobre, criolla, mulata o india, estaba expuesta a toda clase de abusos, incluyendo la violación.

La Violación acentuaba la situación de sumisión en que se encontraban las mujeres, sobre todo si las familias de éstas eran de escasos recursos.

El papel de subordinación que ha jugado la mujer dentro de los diferentes grupos sociales y en la propia historia, representa a la violación como una forma de control, dominio y sumisión de ésta, hacia "grupos sociales y políticos culturalmente más fuertes". Cabe hacer el señalamiento, que la violación sexual no sólo ocurre en tiempos de guerra, sino también en tiempos de paz y sin que exista una causa para ello.

Sin embargo, desde la prehistoria hasta nuestros días, la violación no implica solamente una relación de poder entre los géneros sino que expresa una forma de intimidación y superioridad del "más fuerte" hacia otros seres humanos en desventaja

socialmente, que conlleva generalmente situaciones de miedo, sumisión, discriminación y abuso de poder, expresado por medio de acciones como la prostitución involuntaria, la violación sexual masculina y femenina, el maltrato hacia las mujeres, ancianos, minusválidos y niños dentro del hogar, el acoso sexual femenino y masculino en ámbitos educativos y laborales, entre otros.

CAPITULO 2

APROXIMACIONES TEÓRICAS

2. APROXIMACIONES TEORICAS.

La Violación es un fenómeno multicausal, lo cual implica una infinidad de variables inmersas en la sociedad e ideología de cada país, nación o pueblo e imposibilita delimitar sus explicaciones. Este hecho, ha captado la atención de un gran número de investigadores pertenecientes a diferentes disciplinas, mismos que desde sus muy particulares enfoques han abordado el problema de la violencia sexual. Sin embargo, para efectos de este trabajo, al menos se mencionarán tres aproximaciones teóricas. Dichas categorías no son excluyentes unas de otras, por el contrario, en algunos casos son complementarias.

2.1 APROXIMACIÓN MEDICO-LEGAL

Históricamente, la revisión del discurso teórico sobre la violación descubre que los conceptos modernos sobre este delito provienen del derecho canónico siendo los juristas quienes definieron estos elementos. Como en todos los delitos, la mayor o menor frecuencia de la violación en la sociedad, estaba relacionada con los períodos de mayor o menor número de conflictos sociales. En México, según Castañeda (1989) la violación como conducta social tenía relación con el tiempo dedicado al trabajo y con el tiempo dedicado al ocio, lo cual hacía referencia al modo de producción y nivel socioeconómico que podía tener el país en ese momento así como también al discurso social que sobre la violación reinaba en los espacios y relaciones jurídico-legales. Esto implicaba, que aunque era considerada un grave delito y se pedía un castigo, generalmente no se cumplía lo prescrito en el derecho canónico y en la legislación civil o penal que gobernaba en ese momento sociohistórico.

Las primeras definiciones sobre la violación sexual en la historia del derecho mexicano, hacían referencia a los delitos sexuales afines a los corporales; era referida como "la fuerza ejercida sobre la mujer para la realización del coito contra su voluntad" p.29 (Castañeda, 1989). Los Canonistas de Graciano constituidos en el derecho canónico, incluían cuatro elementos dentro de la violación sexual: uso de violencia, secuestro, relación sexual y falta del libre consentimiento de la parte ofendida. Dichos elementos era tema de discusión entre los tribunales eclesiásticos y los juristas medievales.

Como categoría jurídica, la violación tenía mucho en común con la seducción, sólo que mientras que el violador lograba sus objetivos mediante el uso de la fuerza, el otro lo obtenía mediante el engaño, la incitación, la persuasión y el fraude. Los comentarios de las leyes del Toro (1505, en el derecho civil mexicano) que trataron el estupro y la violación tuvieron como base la ley 82 sobre el adulterio; esto quiere decir que el discurso sobre la sexualidad se centraba alrededor del matrimonio. La violación era "la prohibición del acceso carnal fuera del matrimonio", lo cual implicaba que el delito fuera castigado tanto para el perpetrador como para la víctima (Castañeda, 1989).

Aunque las leyes del Toro tenían un gran sentido jurídico, ocasionaron comentarios que llevaron a la promulgación de nuevas leyes decretándose en 1805 la Novísima Recopilación de las leyes de España, quedando señalada en esta última legislación la diferencia entre violación, adulterio y estupro. La violación sería definida como "el desfloramiento de una mujer honesta por medio de la fuerza o violencia física" p. 46 (Castañeda, op cit).

De acuerdo a lo anterior, el comportamiento de los individuos será regulado a través de las normas sociales, asentadas en leyes propias de cada país o región. Dentro de esta aproximación teórica se han generado las bases para la formulación de las leyes que rigen a la violación como un delito.

Actualmente, la violación sexual se encuentra reglamentada legalmente en el Código Penal Mexicano. Está definida en dos sentidos: por una parte, la concepción anatómica del individuo como el elemento más importante de una violación, tomando en cuenta las partes anatomo-fisiológicas dañadas así como el grado de lesión. Y, por otro lado, se trata de reconstruir los hechos del delito para evidenciar las pruebas suficientes de dictamen y comprobar la culpabilidad del sujeto agresor (Criminalística). Ambas explicaciones proporcionan según los juristas, evidencias suficientes para desarrollar un dictamen y comprobar la culpabilidad del individuo ofensor. Su principal objetivo es comprender la forma de comportarse de los delincuentes sexuales definiéndolos como individuos disríticos, psicópatas sexuales, oligofrénicos y/o alcohólicos (Kvitko, 1988).

Tomando como base algunos resultados de entrevistas a víctimas y victimarios que los médicos forenses y criminólogos han realizado, se subraya que la violación sexual así como otros delitos sexuales (incesto, estupro, actos libidinosos, etc.) son fenómenos contrastantes vistos por la sociedad como conductas "anormales" y por ende "justificables". Sin embargo, rompe contra la estabilidad de las costumbres de ésta,

haciéndose patente la represión del sujeto y por tanto su castigo de acuerdo al Código Penal Mexicano (Ávila, Jiménez y León, 1991; Contreras, 1990).

Hasta el año de 1990, el marco jurídico mexicano tipificaba a la violación dentro del rubro de "Delitos Sexuales". La palabra delito proviene del latín *delinquere* que significa abandonar, apartarse del buen camino o alejarse del sendero señalado por la ley. El delito aparece en la sociedad como un hecho social dañoso que impide el desarrollo social, cultural y político de la sociedad misma, creando un estado de alarma y anarquía.

Aresti (1988) menciona que la violación debería ser tipificada no como un delito sexual, sino como un delito contra la integridad personal, ya que es un ataque a la libertad e integridad de la mujer. La función fundamental del bien jurídico sería la protección de la unidad de los elementos físicos, mentales, emocionales y sociales que convergen en la vida de una persona.

Los artículos del Código Penal para el Distrito Federal en materia del Fuero Común (1996) actualmente tipificados como "Delitos contra la Libertad Sexual y el Normal Desarrollo Psicosexual" son:

Art. 265.- Al que por medio de la Violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de ocho a catorce años.

Se sancionará con prisión de tres a ocho años al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral sea cual fuere el sexo del ofendido.

Art. 266.- Se equiparará a la violación y se sancionará con las mismas penas:

I. Al que sin violencia realice cópula con persona menor de doce años de edad;

II.- Al que sin violencia realice cópula con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho, o que por cualquier causa no pueda resistirlo.

Si se ejerciese violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentaría en la mitad.

Art. 266 Bis.- Las penas previstas para el abuso sexual y la violación se aumentarán hasta en una mitad en su mínimo y máximo, cuando:

I.- Los delitos fueren cometidos con intervención directa o inmediata de dos o más personas.

II.- Fueren cometidos por un ascendiente contra su descendiente, por éste contra aquél, el hermano contra su colateral, por el tutor en contra de su pupilo, o el padrastro o amasio de la madre del ofendido en contra de su hijastro. En los casos en que la ejerciera, el culpable perderá la patria potestad o la tutela, en los casos en que la ejerciere sobre la víctima.

III.- El delito fuere cometido por quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza una profesión utilizando los medios o circunstancias que ellos le proporcionen. Además de la pena de prisión, el condenado será destituido definitivamente del cargo o empleo o suspendido por el término de cinco años en el ejercicio de dicha profesión.

IV.- Los delitos fueren cometidos para persona que tiene el ofendido bajo su custodia, resguarda o educación o aproveche la confianza en él depositada.

Los artículos del Código Penal para el Estado de México (1996) contempla a los delitos sexuales como "Delitos contra la Libertad e Inexperiencia Sexual", en donde se presenta en el Capítulo III al delito de violación de la siguiente manera:

Art. 279.- Se impondrá de tres a ocho años de prisión y de cincuenta a setecientos días-multa, al que por medio de la violencia física o moral, tenga cópula con una persona sin la voluntad de ésta. Se impondrá de seis a quince años de prisión y de cien a mil días-multa, si la persona ofendida fuere impúber.

Art. 280.- Se equiparará a la violación, la cópula con persona privada de razón, de sentido, o cuando por enfermedad o cualquier otra causa no pudiere resistir o cuando la víctima fuere menor de catorce años.

Art. 281.- Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a mil días-multa, cuando en la comisión del delito de violación intervengan dos o más personas.

Art. 282.- Se impondrán de uno a tres años de prisión, además de las sanciones que señalan los artículos que anteceden, cuando el delito de violación fuere cometido, por el tutor en contra de su pupilo, o por padrastro o amasio de la madre del ofendido en contra del hijastro. En los casos en que la ejerciera, el culpable perderá la patria potestad o la tutela, así como el derecho de heredar al ofendido.

Estos artículos analizan los actos criminales que cometen los sujetos así como el daño psicológico y social que transgrede al individuo, claro está, todo en relación al establecimiento de las leyes y normatividades sociales.

Sería insustancial referirse solamente a la parte anatómica de la víctima y del agresor sin buscar la interpretación detallada y explicativa de las conductas, principalmente del victimario. Dicha función le competiría a la Psicología, de ahí la importancia de la relación multidisciplinaria, que permita fundamentar bases sólidas de causalidad y de formas del delito, que sean útiles para la prevención y para el tratamiento de estos individuos.

2.2 APROXIMACIÓN SOCIAL-FEMINISTA.

La definición sobre la Violación Sexual se dirige más al ejercicio del poder de género asociado con el uso de la fuerza física y la coerción, más que a la sexualidad.

Brownmiller (1975) menciona que entre los animales existe un ciclo de celo que indica la época de apareamiento, presentando la hembra señales biológicas y físicas que muestran cuando está preparada para éste, pudiendo el macho disponer de ella.

Sin embargo, esto no existe entre los hombres; en su lugar, y como muestra de nuestra civilización, hemos desarrollado un complejo sistema de señales y urgencias psicológicas así como una compleja estructura de goce. El impulso sexual del hombre comienza en el aspecto psicológico del hecho y el acto sexual no está ligado necesariamente a la procreación (como en el caso de los animales). Un hombre puede manifestar interés sexual por una mujer en cualquier momento que lo desee y su urgencia psicológica no dependerá de su receptividad biológica (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

En esta aproximación se menciona la influencia de varios factores que conllevarían a la violación: la relación de poder entre los géneros, el manejo de una doble moral para hombres y mujeres, la aceptación exacerbada de los roles sexuales tradicionales y contrapuestos, los mitos creados para justificarla socialmente y el papel de los medios de comunicación como reproductores de la desigualdad asimétrica entre los géneros (Valladares, 1993, Aresti, 1988, Hierro, 1989).

Lamas (1986) menciona que la violación es una manifestación de poder entre los géneros, producto del papel de subordinación y opresión que han tenido las mujeres dentro de un sistema ideológico patriarcal. Este sistema ideológico patriarcal se refiere a

la asignación de comportamientos, actitudes y atribuciones diferenciales entre hombres y mujeres, en donde el género masculino es sobrevalorado socialmente y la toma de decisiones políticas, sociales y familiares están en relación con los hombres. El estudio de la categoría de género permite vislumbrar la diferencia genérica como una desigualdad asimétrica siendo éstas productos de una construcción social más que natural.

Burt (1980) menciona que existen ciertas actitudes intrínsecas a la ideología y a la cultura occidental que influyen en la formación de la estructura cognoscitiva de los agresores sexuales. Sus estudios sobre los estereotipos del rol sexual, las creencias, las actitudes conservadoras y la aceptación de la violencia interpersonal nos muestran índices predictivos sobre los violadores como individuos que cometen un ataque sexual determinado por neutralizadores o "alivios psicológicos" que eliminan las prohibiciones sociales y personales (citado en: Trujano: 1992).

Asimismo, Jaimes y Ramírez (1994) comentan que dentro de los estudios feministas sobre la explicación del concepto de violación, existen una serie de aspectos que influyen para que un hombre se convierta en agresor y/o violador sexual:

1. Aspecto educativo.- en donde influencia el tipo de educación que el individuo recibe en su seno familiar y a través de su desarrollo sociocultural.

2. Aspecto afectivo.- afirmando que cuando el hombre carece de los cuidados y del cariño que ofrecen los padres cuando el hijo se encuentra en la etapa de niñez y adolescencia, crecen con resentimientos y frustraciones, reaccionando agresivamente hacia las demás personas y hacia el mundo en general.

3. Aspecto social.- siendo uno de los ámbitos más importantes en el individuo; si el ambiente en donde se desarrolle es agresivo, hostil y denigrante, se conducirá a comportarse de acuerdo a la manera en que le "enseñaron" adoptando patrones de control y sometimiento hacia los demás principalmente hacia la mujer como "objeto sexual" y de "propiedad".

La violación es una situación de negación excesiva, extrema e inesperada, en donde la amenaza a la vida es el elemento fundamental y por tanto puede producir secuelas negativas y de larga duración en las víctimas. Es un fenómeno biopsicosocial, producto de una serie de aspectos educativos, sociales, afectivos y culturales los cuales de una manera u otra influyen para que un hombre realice este tipo de actos; marcando

los problemas de distribución asimétrica de poder entre hombres y mujeres (Valladares, 1989).

En resumen, de acuerdo a esta aproximación, la explicación que existe en torno a la violación se encamina a diversas causas socioculturales:

1. Sistema Patriarcal.- la ideología predominante en los diversos momentos históricos-sociales está en función del manejo del poder y la toma de decisiones por el género masculino, minorizando a los demás grupos humanos. Existe una relación de fuerza y poder del violador como agente activo sobre el sujeto pasivo socialmente; todo esto en relación a una superioridad masculina reforzada por el sistema patriarcal existente que conlleva a estereotipos exacerbados de conducta genérica (machismo cultural y sexismo social).
2. Socialización Diferencial.- desde la infancia hasta la adultez, existe en forma activa una serie de anticipaciones sociales específicas creadas culturalmente, que se dirige a la asignación de roles estereotipados sexualmente entre hombres y mujeres. Todas las distinciones prevalecientes desde el aspecto físico hasta los psicológicos y comportamentales son producto de un condicionamiento social definido como conductas y actitudes "adecuadas" para cada sexo; el hombre será definido como el fuerte, activo, independiente, audaz, agresivo, valiente, inteligente, viril, autoritario y poderoso; mientras que la mujer será entendida como femenina, sumisa, pasiva, madre, esposa, coqueta, miedosa, limpia, dependiente, débil, obediente, sensible, sentimental y mártir (Díaz, 1982; Lamas, 1986 y Alvarez, 1985; Robles, 1991).

Estas dos aproximaciones antes descritas sólo forman parte de explicaciones que sobre la violación sexual se han realizado y que expresan la presencia y reforzamiento de mitos y construcciones subjetivas sobre el fenómeno social. Sin embargo, no hay que olvidar que forman parte de un sistema sociocultural en el cual se encuentra inmerso este tipo de violencia y que justifica al delito como tal.

2.3 APROXIMACIÓN PSICOLÓGICA.

Se mencionarán dentro de esta aproximación al menos 3 grandes marcos que han abordado psicológicamente el fenómeno en cuestión:

2.3.1 TEORÍA PSICOANALÍTICA.

El tratar de explicar un evento como la violación sexual a través de la teoría psicoanalítica, representa un esfuerzo básicamente interpretativo, ya que su representante principal (Sigmund Freud, 1856-1939) no realizó estudios expresos sobre el tema. Sin embargo, los estudios e investigaciones basados en el desarrollo de la estructura de la personalidad y sus patologías, han provisto a investigadores recientes fundamentos para explicar el fenómeno de la violencia sexual.

En el discurso freudiano, se mencionan dos pulsiones en el ser humano que se forman dentro de la estructuración psíquica del sujeto. La primera pulsión es llamada "Eros" o pulsión de vida la cual provocará en el sujeto un deseo de superación y crecimiento; la segunda se llama "Thanatos" o pulsión de muerte, que provoca el deseo de inexistencia y motiva a la destrucción. Con el carácter tan opuesto de ambas pulsiones, se genera una lucha constante que da como resultado la segregación de energía la cual será necesaria expulsarla del organismo. La liberación de la pulsión de muerte se lleva a cabo por medio del sistema muscular manifestándose como actos violentos, agresión física, verbal y psicológica con el fin de lesionar y destruir a otros (Freud, 1922).

Freud designa a la sexualidad un papel preponderante en el desarrollo psíquico del individuo, señalando que la clasificación normal y anormal en la sexualidad están basadas en las relaciones entre el objeto y el fin sexual; es decir, la atracción sexual hacia una persona se denomina objeto sexual y el fin sexual es el acto que impulsa al instinto o libido. En este sentido, se considera "normal" a la unión de genitales en el acto coital, y "anormal" a los actos que se desvían de este tipo de unión, tomando el nombre de "perversiones sexuales".

Las perversiones sexuales son determinadas por el instinto sexual el cual tiene que luchar contra el pudor, la repugnancia, la moralidad y otros términos que se desarrollan dentro de los límites de lo "normal". Cuando el instinto sexual logra superar dichas resistencias son consideradas como síntomas patológicos.

Aunque Freud en sus postulados iniciales no menciona a la violación como fenómeno sexual, sus premisas sobre las perversiones sexuales han servido de líneas de trabajo para autores interesados en el tema (Umbral y Valdéz, 1987; Ruíz, 1989; Lazarini, 1993). Se basa principalmente en los conflictos no resueltos en la infancia

(Complejo de Edipo y Castración) así como en la existencia del sadismo como una forma de perversión sexual.

En la explicación de los conflictos no resueltos en la infancia, Freud menciona que el Complejo de Edipo se desarrolla en la etapa fálica, en donde el infante toma como "objeto" sexual a la madre. El padre quien cierra el camino para que el hijo se vea forzado a abandonar este objeto, provoca en el infante hostilidad hacia él. En el caso de la violación sexual según esta explicación teórica, este deseo queda latente y se fija en esta etapa, ya que la mujer violada representará en el violador, la madre que nunca pudo poseer.

Otra hipótesis sobre la existencia de la violación sexual se menciona dentro del Complejo de Castración, y nos dice que éste se presenta cuando el niño reprime sus deseos incestuosos con la madre y al mismo tiempo existe una identificación con el padre por la posesión del pene. Dentro de la violación sexual, el niño toma el lugar del padre y en sus fantasías forma el deseo de posesión y sometimiento por la fuerza hacia la madre, generalizando esto hacia las demás mujeres.

Por último, dentro de la explicación de la existencia del sadismo como perversión sexual, entenderemos a éste como la tendencia a dominar a través de la agresión para la satisfacción del instinto sexual. Umbral y Valdéz (1987) desarrollan este postulado mencionando que en la violación sexual existe una relación sádica por parte del hombre, ya que al forzar a una mujer a tener una relación sexogenital, éste obtendrá un mayor placer, golpeando y sometiendo al "objeto sexual", en este caso a la mujer.

Por otro lado, otra explicación psicoanalítica desarrollada por Tordjman (1981) menciona que los agresores sexuales presentan un "fantasma" de la violación, el cual permite que en el plano de la fantasía, el violador desquite sus humillaciones infantiles desarrolladas en sus primeras relaciones adulto-niño (principalmente con sus padres). Además explica que mientras más inmaduro y frustrado esté el victimario más frecuente será la reaparición de este fantasma, expresándose y gratificándose mediante la violación las necesidades instintivas infantiles. También hace mención de que el violador comete el delito con el fin de defenderse de otros deseos inconscientes mayores, como por ejemplo, "el deseo de violar y a la vez de ser violado" (Citado en: Robles 1991).

Esta aproximación es utilizada actualmente por los criminólogos para el estudio del fenómeno de la violación, en donde se cae en la etiquetación de los violadores como sujetos "anormales" y "enfermos" y por tanto, exentos de responsabilidad ante la ley.

Consideran a la violación como un acto que queda fuera de "lo normal" sin tomar en cuenta los aspectos sociales, educacionales, culturales y familiares de los agresores sexuales.

2.3.2 TEORÍA SISTÉMICA.

Muchos de los enfoques terapéuticos basados en los sistemas tiene sus raíces en los trabajos de Gregory Bateson (1904-1980) quien sostiene la importancia de evaluar el contexto en el que se desarrolla la interacción de todo ser humano. Recientemente, el campo de la terapia familiar se ha convertido en una manera de conceptualizar los problemas dentro de un contexto que se ajusta idealmente a la problemática de la violencia sexual, principalmente la del abuso sexual al menor, en la cual el factor "familia" es el principal enlace de atención. Su objetivo es aplicar las ideas provenientes de la tradición cibernética/sistémica donde se acentúa las experiencias únicas que tienen las personas de sus propias situaciones y se evalúan los factores relacionados con el contexto. Dentro del campo de creencias de la familia, existe una educación diferencial en la cual se hace depositarios del poder a los hombres, en donde, en cualquier momento, se podría favorecer el desarrollo de relaciones de abuso e intimidación (abuso sexual, violación, maltrato). Los sucesos de violación en un miembro de la familia no son el objetivo de tratamiento, ya que este fenómeno sólo será el que desborde una serie de elementos que rompan al sistema familiar. El objetivo de trabajo será entonces el sujeto como miembro de la familia más que la propia violación.

Cuando las historias de violación o abuso sexual son expresadas en cualquier ámbito, se convierten en información y por tanto con un significado específico. Esto quiere decir, que dependiendo del contexto y características situacionales en las que se presente la violación o abuso sexual es el tipo de psicoterapia que se le proporcionará. Habrá que considerar quién es el que comete el abuso, si pertenece o no al núcleo familiar o si es externo de éste, así como las actitudes que tomen los demás miembros de la familia ante esta problemática y el grado de apropiación del abuso o violencia por parte de la víctima en relación al papel o función dentro de su familia (Reynoso, 1997).

La terapia utilizada mediante esta aproximación, considera que los problemas se desarrollan en el lenguaje y en la conversación de las personas. Se estima que las personas que acuden al terapeuta están intensamente concentradas en las descripciones saturadas del problema y a la vez impedidas para tomar contacto con la

capacidad de resolución de conflictos. Dichas personas presentan imágenes que han elaborado de sí mismas o del problema en cuestión basadas en ideologías sociales o culturales. El objetivo de la terapia es alentar una doble descripción de sus imágenes o ideas para establecer un contexto diferente y lograr el cambio; es decir, se trata de desarrollar una cantidad de nuevas descripciones de los acontecimientos con el fin de generar novedades de diferencia, que promuevan una distinción entre la descripción que la víctima realiza y la nueva información que perciben sobre el "problema". Este proceso impulsa a la (el) paciente a generar nuevas respuestas y a dislumbrar mecanismos de solución para el conflicto (Durrant y White, 1993).

Para la víctima, el tipo de interacciones y relaciones dentro de la familia son muy importantes, ya que se establecerán con mayor fuerza afectiva y las considerará como vitales a las relaciones de mayor cercanía emocional. Por ende, se esforzará el responder adecuadamente ante los mensajes que dicha persona emita. Sin embargo, la imposibilidad de hacerlo y de romper dicho modelo de interacciones, la llevará a desarrollar concepciones distorsionadas sobre su entorno familiar y sobre el resto de las interacciones interpersonales (negaciones, vergüenza, culpabilidad, rechazo afectivo, etc.).

Simplificar la violación o el abuso sexual como una serie de interacciones eróticas entre adultos o entre un adulto o un menor, no llega a explicar cómo es que esta relación puede llegar a causar daños al desarrollo posterior de la víctima. Para que estas problemáticas lleguen a convertirse en un proceso de victimización se requiere que se establezcan condiciones semejantes a las requeridas para el surgimiento de un doble vínculo. Es decir, se necesita de dos o más personas en interacción así como las relaciones de los demás miembros de la familia para establecer el contexto, los cuales establecerán las condiciones y significados de la victimización. También se requiere de un mandato primario, en este caso de forma abierta que conlleve a la realización del asalto sexual. Consecuentemente, es indispensable la existencia de un mensaje secundario en conflicto con el mensaje primario. Este mensaje por lo general es de naturaleza analógica, no explícita, transmitida por parte del abusador y que permite que la víctima entre en conflicto con sus propias conductas (el abusador afecta la percepción de la víctima haciéndolo(a) visualizarse a sí mismo(a) como indefenso, castigado, dolido, temeroso, deshonesto y reactivo frente a otra (s) persona (s). Por último, se requiere de un mandato terciario que impide que la víctima escape o pueda decirselo a alguien; este

mensaje puede ser la amenaza, el chantaje, el soborno, la fuerza física o moral, la intimidación, el engaño, la coerción, etc. (Watzlawick, Weackland y Fish, 1992 Citado en: Reynoso, 1997).

La dinámica doble vincular que se acaba de exponer estructura la percepción de la víctima de acuerdo a un mundo de relaciones a partir de una perspectiva de "víctima", estableciéndose en ella (él) una situación de confusión continua además de un relación interaccional pasiva y reactiva. Resulta común que las víctimas de un asalto sexual establezcan relaciones en donde no tienen la habilidad de poner límites claros a sus parejas, manteniéndose con la sensación constantes de que son abusadas. La psicoterapia sería entonces, la encargada de romper esta dinámica doble vincular en la cual permita establecer una diferencia clara que le permita a la víctima y a la familia realizar un cambio distinto al funcionamiento con que venía interactuando dentro del sistema familiar.

Asimismo, la explicación sistémica menciona la existencia principal de una estructuración familiar donde el poder está dado según una jerarquía rígida. Este tipo de circunstancias son facilitadas por el modelo de familia que se mantiene en México, en donde la estructuración jerárquica dispone el control y el poder de los miembros en uno o dos personas (principalmente el padre). En estas familias se encuentra validado el uso inadecuado del poder ya sea a través de la fuerza física de unos contra otros (los más fuertes contra los más débiles) o mediante actitudes o comportamientos que facilitan una impunidad para aquéllos que rompen los límites establecidos por el sistema social amplio y/o por la familia. Esta impunidad resulta básica para establecer una victimización sexual, llegando a niveles de complicidad dentro de los miembros de la familia que permiten que el suceso sea menos secreto y más asociado a conductas de justificación social (uso de drogas, bebidas alcohólicas, características del menor, etc.).

A lo largo de los abusos sexuales, las violaciones, y de las dinámicas del secreto, la complicidad se da como un resultado en donde el abusador queda impune ante sus actos injustos y abusivos en contra de la víctima. El agresor que se permitió romper una limitación social tuvo antes que tener toda una historia de impunidad en la cual alguien solapaba todos sus actos irresponsables y abusivos, permitiendo la permisividad para actuar sin respetar los límites o a las personas de su contexto o entorno (Durrant y White, 1993).

Durante algunas entrevistas que realizó Kamsler (1991) a victimarios de agresión sexual, se encontraron imágenes opresivas hacia la víctima que permiten el encubrimiento del delito por tiempos prolongados. Frecuentemente el abusador transmite a su víctima abiertamente o encubiertamente el mensaje de que ella debe sentir vergüenza por haber sido objeto de abuso, negando el victimario su "responsabilidad" dentro del evento. Este mensaje es reforzado por el contexto social que los rodea, la familia de la víctima, los amigos, los mitos de la propia sexualidad, etc. Asimismo, otra imagen creada por el perpetrador es el de promover el secreto y fortalecer la agresión sexual por un tiempo prolongado. Esto contribuye a reforzar el aislamiento de la víctima de los miembros de su familia o demás personas, así como la confusión de lo que le está pasando; generando dudas sobre sí misma y sobre los hechos agresivos. También se pueden desarrollar grandes responsabilidades hacia los demás por parte de la víctima si es que el perpetrador contribuye a darle prioridad a las necesidades de los demás y no de las suyas propias. Aquí, las formas de ejercer control sobre el (la) ofendida tienen un gran peso (fuerza física, intimidación, chantaje, coerción, amenazas, etc.) (Citado en: Durrant y White, op cit.).

Por último, esta aproximación sostiene que la disfunción familiar también puede explicar la existencia del incesto. La familia será considerada como una unidad patológica y los síntomas reflejarán un desajuste que incluya a "todos" los miembros de la familia. El incesto en la familia es definido como un sistema que ha quebrantado las jerarquías familiares "normales" basadas en la edad y el sexo, cuyas relaciones internas son inestables y patológicas ya que son las que mantienen unida y protegida a la familia. Al poner el acento en la dinámica familiar como el foco de la terapia y no el incesto mismo, los autores sugieren que los terapeutas que trabajan con familias en las que ha habido un incesto asignen la misma responsabilidad a todos los miembros de la familia como si todos ellos fueran igualmente culpables (Durrant y White, 1993).

2.3.3 TEORÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

El desarrollo de esta teoría se realizará más profundamente ya que el presente trabajo está basado en dicha aproximación. Para ello, se partirá de los antecedentes históricos y conceptuales que existen sobre la Psicología y el surgimiento del Conductismo como bases de la teoría Cognitivo-Conductual, seguido por las definiciones

y características de este marco teórico y se finalizará con la concepción y las particularidades de lo que es la violación sexual dentro de esta teoría.

Los inicios de la Psicología pueden dividirse en dos periodos: una etapa precientífica, que abarca desde los trabajos de filósofos griegos como Aristóteles y Platón hasta la segunda mitad del siglo pasado; y la etapa científica ubicada aproximadamente desde 1879 hasta la actualidad.

La Psicología no surge como una disciplina independiente, los escritos de filósofos griegos hacen referencia a la conducta como la relación mente-cuerpo, la cuestión de las ideas innatas y la relación entre cuerpo y personalidad.

Durante el inicio del siglo XIX, la Psicología siguió influenciada por las ciencias biológicas y físicas, las cuales se dedicaban al estudio del funcionamiento de los órganos de los sentidos en los organismos y de la materia física respectivamente. Se empezaban a realizar estudios científicos sobre la relación entre el cerebro y las funciones del lenguaje, conducta y percepción.

Los orígenes del Conductismo lo podemos situar en Europa, donde existía una influencia de la investigación científica y de la experimentación. Los primeros estudios se basaron en la relación fisiológica de los reflejos con respecto a conductas como el lenguaje y el aprendizaje. Sechenov (1829-1905) mencionó que la conducta dependía de las funciones del cerebro, el cual se establecía por medio del aprendizaje; el aprendizaje a su vez, dependía de los estímulos y del ambiente que se relacionaba con los movimientos del cuerpo. Este principio fué utilizado posteriormente por Watson, Pavlov y Skinner.

El Conductismo propiamente dicho se desarrolló en Estados Unidos retomando los principios de la reflexología en Rusia de Iván Sechenov (1829-1905) y Vladimir Bechterev (1857-1927) y de los reflejos condicionados de Iván P. Pavlov (1849-1936). Uno de los aportes fundamentales de los estudios de Pavlov (1927) que influyeron en los postulados de la modificación de conducta fué el principio del condicionamiento clásico, el cual consistía en establecer que un estímulo neutral, al ser presentado simultáneamente con otro estímulo que ya haya suscitado una respuesta refleja, terminará por producir la misma respuesta del estímulo anterior. De esta forma, el estímulo original será el estímulo incondicionado (EI) y la respuesta inicial producida espontáneamente se llamará *respuesta incondicionada (RI)*; para el estímulo neutral presentado posteriormente se le dió el nombre de estímulo condicionado (EC) y a la respuesta suscitada ante este

estimulo se definirá como respuesta condicionada (RC). Dicho paradigma fue utilizado inicialmente con organismos infrahumanos (estudios de digestión en perros) y posteriormente se aplicó a la conducta en seres humanos utilizándose para casos como: transtornos físicos, formación de actitudes, fobias, ansiedad, entre otros (Mahoney, 1988).

El trabajo de Pavlov fue significativo tanto por sus hallazgos como por sus métodos de investigación; los conceptos de condicionamiento clásico o respondiente salieron del laboratorio para desarrollar lo que era el aprendizaje dándole explicación a la conducta de manera científica. Asimismo, su metodología permitió la observación y la cuantificación cuidadosa de su objeto de estudio.

A finales del siglo XIX y principios del XX, se reflejó un interés predominante en el uso del método científico. Las ciencias en general estaban surgiendo con un enfoque empírico y experimental. Por ejemplo; podemos mencionar los trabajos de C. Darwin (1809-1882) quien contribuyó al entendimiento de la evolución de la especie humana. Este investigador sugería que existía una continuidad en las especies y que los humanos e infrahumanos formaban parte de un proceso progresivo sujetos a influencias y principios semejantes como la selección natural y la supervivencia del más apto. El impacto de estos escritos fue trascendental para el análisis de las investigaciones con especies infrahumanas, siendo el aprendizaje animal una línea importante de trabajo para el surgimiento de la modificación conductual (Kazdin, 1996).

La investigación psicológica fue influenciada por un movimiento mayor hacia métodos más objetivos de estudio de la conducta. El máximo exponente de la teoría Conductista fue el estadounidense John B. Watson (1878-1958) quien aportó a la psicología un enfoque objetivo y experimental mediante el estudio de la psicología animal. Criticó de alguna manera a la psicología de ese momento, principalmente por la utilización de los métodos subjetivos como la introspección o la hipnosis. Empleó el condicionamiento como base para explicar toda la conducta adquirida en el desarrollo de todo ser humano; la modificación conductual no había surgido aún de manera formal.

Mientras que Pavlov conducía sus experimentos por medio de la aproximación científica hacia el estudio de la conducta, existían otros investigadores que explicaban al aprendizaje por medio del desarrollo de nuevas conductas. Uno de los principales representantes científicos de este movimiento teórico fue Edward L. Thorndike (1874-1949) quien encontró que la conducta se ve influenciada por las consecuencias que se

tienen al realizarla, así como también la constancia o frecuencia con la que se presenta. Es decir, este proceso de conducta es aprendido por medio de ensayos y errores, formulando principios de comportamiento. El más significativo de estos principios fue la Ley del Efecto, que manifiesta que las consecuencias que producen a la conducta, auxilian al aprendizaje. El énfasis que dió este investigador a las consecuencias de la conducta constituyó una presentación preliminar significativa para el desarrollo del condicionamiento operante así como de la investigación aplicada (Kazdin, 1996).

Otro relevante científico dedicado a esta aproximación fue B. F. Skinner (1904-1990) quien observó que la conducta de los organismos dependían de su aprendizaje, estableciendo que el comportamiento estaba formado por una serie de respuestas que se presentaban ante un conjunto de estímulos del medio ambiente. Sus aportaciones incluyen al Condicionamiento Operante, entendido como el aprendizaje de las conductas influidas por sus consecuencias (acontecimientos reforzantes y punitivos).

Todo análisis operante de la conducta suponía el estudio de las relaciones entre tres clases de hechos: Antecedentes (A) o condiciones del estímulo; Conducta (B) la cual ejecuta el organismo y Consecuencias (C) que fortalecen o debilitan las conductas producidas por ellas. Estas relaciones entre los tres elementos reciben el nombre de contingencias y su regla principal establece que: "si hay estímulos antecedentes (A) y se realiza una conducta (B) se presentará por tanto una consecuencia (C)" (p. 103, Kazdin, 1978).

Del mismo modo que con el trabajo de Pavlov, la significación del trabajo de Skinner derivó de la aproximación hacia el estudio de la conducta.

El surgimiento de la modificación de conducta como una aproximación al tratamiento y al trabajo clínico puede considerarse por lo menos desde dos perspectivas interrelacionadas. Por un lado, la extensión de los conceptos de condicionamiento y método científico al trabajo clínico y por otro, la orientación teórica que representó fundamentalmente una desviación de los modelos tradicionales sobre la conducta "anormal" y los términos definidos médicamente como "enfermedad mental", "psicopatología", "paciente", "síntoma", "cura", entre otros. Este modelo se diferenció del modelo médico con base en los modelos psicológicos que dieron aportaciones diferentes sobre las concepciones de conducta desviada o "anormal".

Erwin (1978) afirma que la terapia conductual debería de distinguirse en dos formas: por un lado como modelo teórico y, por otro lado como un conjunto de técnicas

basadas en la teoría conductista. Si se desarrolla como un modelo teórico, abordaría la psicopatología y los cambios de conducta en relación con el aprendizaje. La psicopatología sería definida de acuerdo a este modelo, como la conducta de inadaptación aprendida determinada por las contingencias ambientales. Por otro parte, si se concibe como un conjunto de técnicas, implicaría el uso de las técnicas conductuales como herramientas aplicables para la modificación de la conducta inadaptada en el aquí y ahora, más que en los acontecimientos del pasado remoto, como sucede en otras terapias psicodinámicas (Citado en: Nathan, Witte y Langenbucher, 1986).

La aportación del enfoque conductista dentro de la Psicología ha dado paso a la existencia de controversias en cuanto a las terminologías utilizadas que se desarrollaron de este enfoque. Algunos autores utilizan la denominación de "terapia conductual" a la aplicación de esta teoría en el campo terapéutico; otros la refieren como "modificación de la conducta", "análisis aplicado de la conducta" o "modificación cognoscitiva de la conducta". También se les define como "análisis experimental de la conducta" o "análisis conductual aplicado". Todas estas terminologías, sin embargo, desarrollan el enfoque conductista derivado casi en su totalidad de los estudios de Skinner (1938) sobre programas de condicionamiento operante. Es decir, se centran estrictamente en la conducta manifiesta y en la influencia de las contingencias ambientales (Mahoney y Kazdin, 1979; Bandura y Ribes, 1977; Ellis y Abrahms, 1986; Golfried y Davison, 1981; Nathan, Witte y Langenbucher, 1986, Kazdin, 1996).

Independientemente de la terminología que se le asigne a la terapia conductual, la conceptualización e investigación del objeto de estudio de la psicología conductual será el análisis dirigido a describir la conducta que presenta un individuo, de acuerdo a los métodos empleados para el estudio de la conducta operante (el uso de la frecuencia o tasa de respuestas así como el dato experimental fundamental). Con el estudio experimental del modelo de condicionamiento operante (instrumental) derivado de la ley del efecto, se pudo comprender la variación de conducta como una función de distintos programas de reforzamiento y se preparó el terreno para la creación de numerosas técnicas de modificación de conducta.

Pese a que durante los años treinta y cuarenta continuarían los avances substanciales sobre la teoría del aprendizaje con los estudios principalmente de Hull (1943), Guthrie (1935) y Tolman (1932); pasó bastante tiempo para que estos principios

fueran utilizados en las explicaciones de la psicopatología humana y ayudarán a determinar el tratamiento más adecuado para estos trastornos.

La terapia conductual como ciencia aplicada empezó a formalizarse en la década de los 50's. En ese momento se establecía que el aprendizaje de una persona se va adquiriendo a través de su desarrollo y al individuo se le definiría como un ser activo que constituye su propia personalidad y realidad con base en sus pensamientos, ideas emociones y actitudes (Mahoney, 1988; Caballo, 1991).

Las raíces de la terapia conductual (o terapia de la conducta) se remonta a muchas escuelas del pensamiento, a metodologías contrapuestas, a sistemas filosóficos y teóricos diversos, a países distintos e investigadores diferentes. Algunos enfatizan el condicionamiento clásico y su aplicación práctica por medio de técnicas como la terapia aversiva o la desensibilización sistemática; otros confían en la tradición skinneriana del condicionamiento operante y el análisis experimental de la conducta y, un tercer grupo se centra en los datos de la psicología experimental en su conjunto. Sin embargo, Caballo (1991) menciona que el término de terapia de conducta se introdujo de modo más o menos independiente por tres grupos de investigadores: 1) En 1953, Lindsley, Skinner y Solomon se refirieron al empleo del condicionamiento operante en pacientes psicóticos hospitalizados como "una terapia de conducta"; 2) En 1959, Eysenck utilizó este término para referirse a un nuevo enfoque de la aplicación de los "modelos teóricos del aprendizaje" en el tratamiento de trastornos psicológicos; abarcando el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el modelado (neoconductismo apoyado en estudios de Hull, Spencer y Bandura), y 3) En 1958, Lazarus mencionó este término para referirse al hecho de añadir procedimientos y objetivos de laboratorio a la psicoterapia tradicional. Según este autor, la terapia de la conducta es parte de una totalidad multimodal que podría incluir procedimientos derivados de cualquier fuente, siempre y cuando hubiera evidencia experimental de su utilidad.

La terapia conductual refleja una combinación de procedimientos verbales y de acción, el empleo de métodos multidimensionales, una atención cada vez mayor en la responsabilidad del cliente y en la del terapeuta, un énfasis en los determinantes actuales más que en los históricos, un respeto hacia los datos y una prudente disposición a ir más allá de los límites restringidos del condicionamiento tradicional o incluso de la teoría del aprendizaje Estímulo-Respuesta. "La terapia conductual es un

enfoque de solución de problemas en el que se entremezclan la evaluación y la intervención para generar valoraciones continuas del progreso" p.8 (Caballo, 1991).

Los procedimientos de la terapia conductual tendrán como objetivo evaluar lo que la persona "comenta y hace", así como describir la conducta general y problemática antes, durante y después de un tratamiento. Su tarea consistirá en modificar la(s) conducta(s) que provoca en el individuo un malestar persistente, tratando de evaluar, describir y facilitar el cambio de dichas conducta(s) por medio de la utilización de herramientas o técnicas conductuales (reforzamiento, castigo, discriminación, generalización, etc.).

Desde el punto de vista individual, el tratamiento conductual concibe al ser humano como un organismo influenciado por factores familiares, sociales y culturales que ejercen influencia en él en cuanto a su manera de pensar, actuar y sentir, y a la vez, influye en el medio del sujeto provocando sucesos de cambios y/o eliminación de conductas (Goldstein y Kanfer, 1987).

También dentro del tratamiento conductual se busca incrementar conductas que sean positivas para las relaciones del individuo con su medio. El papel del terapeuta dentro de dicho tratamiento se enfoca en: planear las metas terapéuticas, detectar situaciones y conductas relevantes para el sujeto, estructurar la personalidad de individuo, instruir al paciente, modelar las conductas de la persona, hacer sugerencias, adiestrar al sujeto durante los ensayos de la conducta problema, retroalimentar positiva o negativamente las conductas específicas, entre otros (Caballo, 1991).

Un evento importante dentro de la terapia de la Conducta surgida a finales de los años 70's fué la denominada "Revolución Cognitiva" en la cual se desarrolló un nuevo enfoque del tratamiento conductual llamado terapia cognitiva con la utilización de técnicas y herramientas conductuales.

Inicialmente, fue desarrollado aproximadamente en los años 70's a partir de los estudios de Lloyd E. Homme (1965) quien utilizó la tecnología del manejo de contingencias y del control de estímulos como fundamento del análisis del comportamiento humano. Fue el primero en introducir el término de "operantes del pensamiento" u "operantes encubiertas" en donde menciona que el sujeto maneja los acontecimientos reforzantes verbalizando la anticipación de otros acontecimientos reforzantes. Según el autor, cuando se habla de eventos mentales se hace referencia a los acontecimientos conductuales contingentes a dichos eventos. Una operante la refiere

como la respuesta de un sujeto que "opera" dentro del ambiente; lo cual implica saber qué acontecimientos son contingentes a la conducta; es decir, la conducta dependerá de sus consecuencias. Homme dentro de su postulado se apoyó en la hipótesis de la probabilidad diferencial de Premack (1965) que menciona que cualquier respuesta puede reforzar a cualquier otra de probabilidad menor. Esta hipótesis combinada con el uso de un menú de acontecimientos reforzantes cubiertos (imaginar o pensar situaciones conductuales y observar el efecto) en el que se enumeran una serie de reforzadores para el sujeto, es útil en la medida que el individuo elija su reforzador del menú determinando cuál es el reforzador más efectivo para una situación en particular. Dicha relación forma parte del control de estímulos del reforzamiento en operantes encubiertas. El control de estímulos existe en la medida en que la presencia o la ausencia de un estímulo controla la probabilidad de una respuesta. Lo que se desea es que el sujeto se programe a sí mismo mentalmente (pensamiento, fantasía, reflexión, imaginación, etc.) de tal manera que la respuesta operante encubierta ocurra con una mayor frecuencia (Citado en: Goldfried y Merbaum, 1973).

Otro pionero de la terapia cognitiva-conductual fue Albert Bandura (1969) quien desarrolló el modelo del aprendizaje social como un complemento de las intervenciones antes mencionadas. Según este modelo, los estímulos ambientales externos y las consecuencias conductuales reforzadoras influyen en la conducta y a la vez, están relacionadas con los factores cognoscitivos del sujeto. Este autor propone un modelo cognoscitivo que abarca procesos de atención, motivación y retención para explicar la influencia indirecta a la conducta. Esto no quiere decir que no exista aprendizaje por medio de reforzamiento operante externo y de condicionamiento clásico; sino que se recalca la influencia de las contingencias ambientales determinadas principalmente por procesos cognoscitivos. Este tipo de influencias tanto personales como ambientales son interdependientes; es decir, una persona no sólo reacciona al reforzamiento, sino que produce cambios en el medio externo, que a su vez, alteran sus conductas y/o sus pensamientos. Por ejemplo, dentro de la conducta agresiva, las respuestas violentas que tenga el individuo en el ambiente social, fomentará al mismo tiempo ideas negativas o desviadas acerca del evento que lo produce y de sus propias respuestas. (Bandura, 1977 Citado en: Nathan, Witte y Langenbucher, 1986).

Por otra parte, uno de los investigadores relevantes en el desarrollo del modelo cognitivo fué Aaron T. Beck (1970) quien definió a la terapia cognitiva como "cualquier

técnica cuyo modo principal de acción es la modificación de patrones erróneos de pensamiento" (p. 187).

Otra definición más explícita sobre esta perspectiva la presenta Freeman (1983) quien define a la terapia cognitiva como una forma de tratamiento a corto plazo, caracterizada por ser activa, directiva y en la que el paciente y el terapeuta trabajan en forma conjunta. Su objetivo será ayudar a los pacientes a descubrir sus propios pensamientos disfuncionales e irracionales, comprobando en su realidad su pensamiento y conducta, y construyendo técnicas adaptativas y funcionales de respuestas para modificar, cambiar o disminuir dichas cogniciones y comportamientos.

Este tipo de terapia ofrece al paciente un modelo de afrontamiento, es decir, la meta será curar al paciente enseñándole a desarrollar estrategias de afrontamiento para ayudarlo a manejar sus circunstancias de vida; la idea es que el paciente aprenda a hacerlo por sí mismo.

Mahoney y Kazdin (1979) mencionan que "todas las terapias son simultáneamente cognitivas, conductuales y emocionales en mayor o menor medida" (p. 79). Esta idea empieza a reconocer la individualidad del ser humano basado en la presencia de un conjunto de ideas (cogniciones) propias para cada sujeto, creadas con base en la experiencia propia y en la relación con el medio (natural, social, cultural); lo que da como consecuencia la creación de un ciclo constituido por pensamiento, conducta y emoción (Mahoney y Freeman, 1988).

Dentro de la terapia cognitiva se concentra la mayor parte de los estudios sobre el aprendizaje en los primeros años de vida de un sujeto, el cual se adquiere con base en las respuestas que el individuo va desarrollando a través del tiempo, llevándolo a implementar sus propias formas de actuar y comportarse.

Este modelo establece que la conducta y la actitud de una persona dependerán de sus ideas o pensamientos. En ocasiones, los seres humanos percibimos lo que nos rodea de una manera negativa, es decir, desarrollamos perturbaciones emocionales basados en ideas o cogniciones negativas que dependen de síntomas emocionales, cognitivos y conductuales desarrollados por medio de la experiencia y la relación con el medio; dependiendo de esos pensamientos se presentarán las actitudes y situaciones de cada persona. Este proceso permite que dentro de la terapia cognitiva se maneje una explicación al paciente de cuáles son las ideas y sentimientos que perturban su estado emocional y conductual para dar alternativas de cambio a nivel cognitivo y que

consecuentemente produzca un cambio de actitud o comportamental ante esa situación específica.

Dentro de los principios terapéuticos que se desarrollan en las terapias cognitivas según Bedrosian y Beck (1980) son:

1. Un paciente tratado con terapia cognitiva debe saber distinguir entre la realidad y la percepción de esa misma realidad. La percepción de la realidad se ve modificada y sesgada de acuerdo a los procesos cognitivos que cada persona tenga de sus experiencias y del contacto con su ambiente.

2. El paciente debe asumir y contemplar sus creencias como hipótesis, lo cual convierte a dichas creencias en factores sujetos a verificación, negación y/o modificación.

La importancia que juegan los factores cognitivos dentro de la modificación de conducta ha permitido un mayor interés para la creación de técnicas cognitivo-conductuales que permitan modificar y/o cambiar una conducta-problema a partir de la combinación de estos dos factores.

Actualmente la Psicología conductual se caracteriza por una diversidad de supuestos básicos sobre la evolución y modificación de la conducta; cada una con sus principios metodológicos determinados y una forma particular de abordar tanto la evaluación como las estrategias de intervención de un problema afín. De esta forma, dentro del propio movimiento de la modificación de conducta se distinguen varias posturas según sus vínculos teóricos, las técnicas empleadas y los métodos de evaluación experimental utilizados. Es a partir de los años 60's cuando se da el nacimiento de un movimiento dentro de esta teoría conductual, al cual se le llamó Terapia de la Conducta o Cognitivo Conductual. Este movimiento inicialmente tuvo como finalidad el enfrentar la teoría psicoanalítica desde el punto de vista de su aplicación, es decir, en el campo de la psicopatología y de la psicología clínica (el cual estaba basado en el concepto de "enfermedad"). (Kazdin, 1996).

La Terapia Cognitivo-Conductual se desarrolló a partir de los principios de la teoría del aprendizaje y de la expansión de las técnicas de modificación de conducta. Asimismo, tomó como base los principios metodológicos de las terapias cognitivas expandidas en aquél tiempo.

Meichenbaum y Genest (1981) mencionan tres factores para la mejor eficacia del tratamiento cognitivo-conductual. En primer lugar, al igual que todas las terapias

conductuales, la meta principal y la medición de resultados básico es el cambio de conducta: "a medida que se modifica la conducta del cliente, también se alteran las reacciones del entorno hacia éste, lo cual produce más cambios" (p. 158). En segundo lugar, la terapia exitosa debe modificar a sí mismo el discurso del cliente y sus cogniciones sobre el evento; éstos se refieren a los pensamientos autorreguladores que influyen en la respuesta afectiva de las manifestaciones conductuales y su ejecución. Y, en tercer lugar, al existir un tratamiento eficaz, se producirán cambios en las estructuras cognitivas del cliente en relación a su ambiente y a su propia vida o percepción de ésta.

Asimismo, Meichenbaum (1977) propone un modelo de operaciones clínicas que fomentan los cambios dentro de la aplicación de las terapias cognitivo-conductuales:

1. Enseñar a los clientes a observar mejor su propia conducta y reformular junto con la ayuda del terapeuta sus problemas actuales.

2. Producir nuevos pensamientos y conductas de adaptación. El terapeuta no sólo debe de enseñar habilidades y disponer contingencias que refuercen la nueva conducta; sino también debe supervisar los pensamientos del paciente ante los éxitos y fracasos que se obtengan a través del proceso terapéutico.

3. Consolidar los cambios cognitivos y conductuales ya iniciados por el paciente, de manera que él mismo interprete las modificaciones que ha realizado y el grado en que pueda generalizarlas y/o mantenerlas. Para esto, se requiere que el sujeto reconozca el cambio y lo atribuya a su propio esfuerzo.

Similamente, Goldstein y Kanfer (1987) mencionan que el proceso terapéutico cognitivo-conductual se desarrolla en tres fases:

1. Conceptualización del problema o evaluación inicial.- el objetivo principal es redefinir los problemas del paciente en relación a la aceptación de los mismos. Esto se realiza primeramente con la exploración que realiza el terapeuta de la amplitud y duración del problema presentado en el paciente (sentimientos y pensamientos que presenta el sujeto antes, durante y después de las situaciones- problema). A partir de esto, el terapeuta ayudará al paciente a distinguir los aspectos irracionales y racionales de las situaciones-problema y a la detección de las conductas demostradas para solucionar o enfrentar dicho momento. Por último, se establecerá el terreno de trabajo para que el terapeuta y el paciente elaboren una conceptualización común del problema en cuestión y decidan los medios de intervención terapéutica.

2. La "prueba" de la conceptualización o evaluación durante.- consiste en explorar, ensayar y consolidar la conceptualización de la situación-problema. Inicialmente se reportan las tareas encomendadas para el paciente en relación al control de su diálogo interno, pensamientos e imágenes automáticas. Esto permite explorar el contenido de sus cogniciones y de los aspectos de autonegación y autosuficiencia del estilo de pensamiento; redescubriendo el paciente sus propios sentimientos y emociones negativos en relación a sus cogniciones. En este punto, el terapeuta puede introducir el fundamento de la terapia relacionado con las consecuencias de la situación-problema, provocando que el paciente identifique por sí mismo sus autoverbalizaciones e imágenes cognitivas ante dicha situación. También se puede iniciar la forma en que se va a trabajar dichas ideas o cogniciones y tratar de encontrar la forma de cómo favorecer el cambio.

3. Modificación de cogniciones y producción de conductas nuevas o evaluación final.- en esta fase del tratamiento es donde el terapeuta ayuda al paciente a modificar su diálogo interno (autoverbalizaciones e imágenes) y a producir activamente conductas nuevas y adaptativas a su medio. Se empieza un proceso en donde se llega a interactuar recíprocamente la cognición, el afecto, la conducta y las consecuencias del medio. La forma de proceder dependerá de la naturaleza del problema en cuestión, de la motivación del paciente para desear el cambio, de los objetivos de la terapia y de la orientación del terapeuta cognitivo-conductual. En esta fase es donde se desarrollan la aplicación de las técnicas de modificación de conducta.

Cabe mencionar que estas fases no forman una secuencia fija o cerrada sino que pueden repetirse continuamente o regresar de la tercera a la primera si resulta necesario.

Algunas de las técnicas de modificación de conducta mayormente utilizadas en el tratamiento cognitivo-conductual son: desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, métodos operantes en el autocontrol, control aversivo, métodos cognoscitivos: terapia racional emotiva, detención del pensamiento, psicología de la atribución; entre otras.

De acuerdo a esta aproximación teórica, la violación sexual implica la presencia de actitudes y comportamientos ligados a procesos cognitivos sustentados en creencias y respuestas de los seres humanos de acuerdo a interacciones ambientales, sociales y culturales. Es decir, el individuo es una integridad única que interactúa

biopsicosocialmente con su medio ambiente físico y social. Es un ser biológico que se adapta a las circunstancias que le demanda su medio. Paralelamente, es un sujeto que posee un repertorio conductual que le permite actuar ante su medio circundante de acuerdo a una serie de creencias sociales de origen cultural. (Valladares, 1993, Kilpatrick y Veronen 1987).

La conducta sexual es extremadamente variable y muchas de las fantasías de la gente quizás tengan un aspecto peculiar sobre este tema. Algunos investigadores han argumentado que las preferencias sexuales son aprendidas (Feldman-Summers, Gordon y Meagher, 1979; citados en: Sue y Cols. 1996), otros mencionan que existe un factor genético que influye para "ser programado" dentro de una respuesta sexual particular (Mc Guire, Carlisle y Young, 1965; citados en: Sue y Cols. 1996). Sin embargo, lo que sí es claro es que la influencia del ambiente conjugadas con las cogniciones de los individuos permite que la conducta sexual sea multivariable. Por ejemplo, Cooke, Baldwin y Howison (1990) mencionan que los violadores, paidofílicos y asesinos sexuales reportan traer sus fantasías sexuales a su vida real. Según los autores, estos sujetos comienzan por conocer a una mujer y sentirse atraídos por ella; después desarrollan fantasías sobre el estar violándola manteniendo esta situación a través de la masturbación. La excitación produce que esta actividad disminuya en tiempo tan sólo para que permita planear el ataque y llevar a cabo el asalto en forma accidental. Progresivamente, su conducta obtendrá la realización de su fantasía hasta llegar a la agresión real.

Es importante hacer énfasis que es casi imposible definir cuáles son las conductas sexuales "aceptadas" y cuales no lo son; existe una enorme diferencia entre individuos, a través de culturas y de épocas. En algunos países por ejemplo, es una ofensa exponer las áreas genitales en público, pero en otras culturas el exhibicionismo es algo natural y normal. Los diferentes puntos de vista que existen en torno de lo adecuado o no, variará de cultura a cultura. Sin embargo, no podemos dejar de lado las conductas sexuales que quebrantan la ley y traen como consecuencias problemas psicológicos, sociales y físicos determinantes para las víctimas.

Las posturas del aprendizaje social de Bandura (1977) y los planteamientos sobre agresión y delitos violentos de Goldstein (1978) concuerdan en señalar que aunque existe una disponibilidad biológica del ser humano para agredir, tal comportamiento está determinado por su socialización en donde las personas aprenden a ser violentos

mediante procedimientos de aprendizaje social que conllevan un valor funcional, es decir, seremos agresivos mientras "nos sirva y sea útil para dominar al otro", además de ser constantemente influenciado por el medio social; de ahí el principal papel de los medios de comunicación masiva como instigadores de la agresión y la violencia (Citados en: Kazdin, 1996). La violación no es un acto sexual propiamente dicho, sino un acto violento de una persona contra otra, utilizando al sexo como arma para intimidar y doblegar al otro (Burguess y Holmstrom, 1974).

Esta aproximación también menciona que la violación es un evento de crisis en la víctima que conlleva a un desajuste temporal y de desorganización conductual y cognitiva, caracterizado por la incapacidad para confrontar problemas en ese momento. Por tanto, se hablaría de un evento inesperado, accidental y/o circunstancial que trae como consecuencia una desorganización psicológica en el individuo que impide la solución de problemas y puede evocar respuestas condicionadas de miedo y ansiedad así como de evitación, escape y cogniciones irracionales (Valladares, 1993; Slaikeu, 1987; Burgess y Holmstrom, 1974; Kilpatrick y Calhoun, 1988; Meichenbaum y Genest, 1981; Resick, Calhoun y Jaremko y Ellis, 1981).

Kilpatrick y Veronen (1987) mencionan que las víctimas de violación conjugan dos factores principales dentro de este fenómeno: por un lado, los rasgos psicológicos diferentes a los que tenía en su historia conductual y, por el otro, el factor agresivo que permite que se presenten problemas de acuerdo a sus cogniciones, creencias y expectativas como individuo tales como: autoestima o autoconcepto desvalorizado, vergüenza, miedos, entre otros.

Turner y Frank (1981) comentan que las teorías y estrategias cognitivo-conductuales (desensibilización cognitivo-conductual, entrenamiento asertivo, terapia racional emotiva, entre otras) están siendo utilizadas como estrategias de prevención y tratamiento dentro de la Psicología Clínica en el trabajo con Violencia Sexual. Similarmente, Ávila, Jiménez y León (1991) confirman que actualmente el trabajo en los Centros de Readaptación Social del Estado de México va dirigido a utilizar programas educativos y técnicas de modificación de conducta.

La aproximación cognitivo-conductual es una de las teorías más usadas dentro del campo de la violencia sexual, principalmente en las áreas de prevención y tratamiento. Según Valladares (1993) esta aproximación engloba tres aspectos importantes: un análisis feminista acerca de la etiología del fenómeno, un manejo sobre

la teoría de la crisis para la explicación del comportamiento de las víctimas durante el ataque y adiciona un análisis de las cogniciones y el significado del hecho violatorio para la víctima.

CAPITULO 3

EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLACIÓN SEXUAL

3.1 INCIDENCIA.

La dificultad para obtener información estadística estatal y nacional sobre el tema de violencia sexual, permite tener una ideología mayormente cosificada en cuanto a la sexualidad y en particular de la violación. Este déficit fomenta la permanencia de mitos y creencias falsas sobre este fenómeno, incrementando la ignorancia y el miedo en las personas.

Los mitos más frecuentes utilizados para justificar a la violación sexual son:

1. Víctimas

- *“Sólo se viola a las mujeres bonitas y jóvenes que usan faldas cortas, blusas escotadas y pantalones ajustados”.*
- *“Las mujeres provocan la violación al excitar a los hombres con su modo de caminar y andar”.*
- *“Es imposible obligar a una mujer a tener relaciones sexuales contra su voluntad, si no deja de moverse o cierra las piernas con fuerza, no puede ser violada”.*
- *“La mujer disfruta de la violación, tienen fantasías inconscientes sobre ataques de violación sexual”.*
- *“Cuando la mujer dice no, en realidad quiere decir si”.*

2. Víctimarios

- *“El violador es un enfermo mental que tiene un deseo incontrolable de tener sexualidad”.*
- *“El agresor sexual es un desconocido que vaga por lugares oscuros y solos y en las noches”.*
- *“El violador es una persona de nivel socioeconómico bajo, sin estudios ni cultura”.*
- *“ El violador comete este delito como resultado de la represión sexual ejercida por su estado católico y/o fascista”.*

- *“El violador puede detectarse a kilómetros de distancia por su aspecto físico: feo, grande, greñudo, sucio, y que vaga con un impermeable largo y oscuro”.*
- *“El violador posee sentidos físicos y perceptivos especiales que lo llevan a cometer el delito y buscar la presa ideal”.*
- *“Los violadores son alcohólicos o realizan el delito con influencia de alguna droga o intoxicación”.*
- *“A el violador sólo le interesan las mujeres jóvenes las cuales atacan al azar”.*
- *“El violador es un demente, loco o enfermo mental”.*

3. Situaciones:

- *“La violación ocurre en lugares apartados, oscuros y en la noche”.*
- *“Para la violación se requiere la fuerza física exacerbada y el empleo de armas de fuego o punzocortantes”.*
- *“ La violación sólo ocurre en los estratos socioculturalmente bajos en donde la miseria económica del país conlleva a las personas a la agresión sexual”.*
- *“La violación sexual es un acto de sexo, en donde lo principal son las relaciones coitales”.*
- *“Las violaciones son un problema aislado y de baja frecuencia”.*

“En México, como en el mundo, el delito de Violación goza de una alta impunidad, porque muchos de los casos no son denunciados, pues quien sufre esta humillación, esa lesión física y emocional queda con una serie de modificaciones en su personalidad que muchas veces la hacen mantener en secreto lo sucedido”; estas palabras fueron pronunciadas por Manuel Mondragón y Kalb, Supervisor General de Servicios a la Comunidad de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, al referirse a la cantidad de demandas que este delito presenta ante dicha Procuraduría y en las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales del D.F. Asimismo, apuntó que la “cifra negra” en torno a estos delitos “prevalece debido a las connotaciones sexuales del ilícito y por la poca información que las víctimas y/o familiares tienen acerca de los procedimientos de denuncia” p. 4 (PGJDF, 1990).

Lo anterior, lleva a considerar que la cifra negra de incidencia de los delitos sexuales, puede alcanzar proporciones alarmantes. Las estadísticas posiblemente nunca señalarán con exactitud el grado de violencia ejercida contra la mujer, dado que únicamente se refieren a los delitos denunciados.

Falcón (1985) calcula que en España sólo el 10% de las agresiones masculinas se denuncian, ocurriendo una violación cada 4 minutos. En Alemania, la cifra menciona una violación cada 13 minutos y en Italia se habla de 16,000 violaciones al año. En Estados Unidos Burge (1989), Waigandt, Wallace, Phelps y Miller (1990) comentan que algunos estudios calculan esta cifra entre 15% a 50% de mujeres violadas y aceptan que dicho porcentaje es poco representativo de lo que es en realidad, suponiendo una cifra 40 veces mayor al presentado (citados en: Trujano, 1992).

En México en 1990, el Dr. Ruiz Harrel, director e investigador de servicios periciales en delitos sexuales dentro de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal mencionó que sólo el 5% de los delitos sexuales son denunciados cometiéndose una violación cada 3 minutos.

Kilpatrick y Veronen, 1987; Masters, Johnson y Kolodny, 1987; Valladares, 1989; Vázquez, 1994, son algunos autores que han mencionado varios factores por los que las víctimas de agresiones sexuales o sus familiares no denuncian los delitos:

1. Por la presencia de los mitos y tabúes en torno de la violencia sexual y en general de la sexualidad dentro de las familias.
2. Por ignorancia y desconfianza de la impartición de justicia y en general de los procedimientos legales.
3. Por presiones familiares y sociales al denunciar al agresor que es conocido o desconocido de la víctima o por miedo a la venganza al denunciarlo.
4. Por temor a no ser bien atendido (a), recibiendo un trato humillante y morboso por parte de los representantes legales y en general de toda la gente.

Los factores anteriores no engloban todos los elementos que intervienen en esta decisión; sin embargo, muestran la dificultad para contar con una información confiable y real sobre las estadísticas de la violación sexual. Los datos que a continuación se muestran, son sólo una parte estadística de las denuncias legales que existen sobre este delito, remitidos por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (1990) y por la Procuraduría General de Justicia del Estado de México (1993).

PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL

AÑO	PROMEDIO ANUAL DE DENUNCIAS POR VIOLACIÓN	PROMEDIO ANUAL DE VIOLADORES DETENIDOS	PROMEDIO ANUAL DE VIOLADORES PROCESADOS	PROMEDIO ANUAL DE VIOLADORES SENTENCIADOS
1993	1222.52	244.50	195.60	23.47
1994	2474.69	494.93	395.94	47.51
1995	4405.1	881.20	704.96	84.59
1996	3176	635.20	508.16	60.97

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE MÉXICO

AÑO	PROMEDIO ANUAL DE DENUNCIAS POR VIOLACIÓN	PROMEDIO ANUAL DE VIOLADORES DETENIDOS	PROMEDIO ANUAL DE VIOLADORES PROCESADOS	PROMEDIO ANUAL DE VIOLADORES SENTENCIADOS
1993	1858	371.60	297.28	35.67
1994	2005	401	320.80	38.49
1995	4332	866.40	693.12	83.17
1996	4890	978	782.40	93.88

Los datos obtenidos de la PGJDF muestran que del promedio de violaciones denunciadas anualmente, sólo un 20% de los violadores son detenidos, de los cuales el 80% son procesados y el 12% sentenciados. Asimismo, se encontró en los datos de la PGJEM cierta similitud en porcentajes principalmente en los violadores sentenciados por dicho delito. Podría pensarse que esto se debe a la forma del tipo de denuncia que se levanta legalmente (por ejemplo, cuando la violación va acompañada de rapto, el acta correspondiente puede salir con el delito de rapto o secuestro y como segunda agravante la violación sexual). También puede deberse al largo tiempo de duración del proceso legal ya que éste generalmente es demasiado estresante y desgastante, y a la vez, provoca en los denunciados que exista amenazas y hostigamiento por parte tanto

de los familiares como del abogado defensor del presunto responsable, presionando para que retiren los cargos o bien que dejen de asistir a las audiencias y/o careos y por tanto se cierre el expediente.

Estos datos sólo marcan en realidad que "la penalización del delito tiene que ver con los agravantes y atenuantes que marca la ley, y más todavía, con el parecer del encargado de administrar la justicia" p.20 (Trujano, 1992).

Asimismo, hay que tomar en cuenta que el fenómeno de la violación sexual implica un enlace de factores mutuamente incluyentes que permiten, condicionan y propician la existencia del delito. Dichos factores tiene que ver con lo que comunmente se maneja como "Triada Violatoria" que implica analizar sistemáticamente las características que presentan las víctimas de la violación sexual, las situaciones y condiciones de riesgo presentadas en los asaltos sexuales y las características que se encuentran en los violadores o agresores sexuales.

3.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍCTIMAS.

Las características de las mujeres que son víctimas de violación sexual estarán fuertemente influenciadas por las cogniciones y expectativas que tengan de la violación.

Para una mujer que haya tenido desde siempre la expectativa de que era inmune a la violación o que a ella "eso no le iba a pasar", al enfrentarse a una realidad de este tipo, creará un estado de incredulidad y shock, lo cual puede provocar en la víctima la imposibilidad de resistirse al ataque (Vázquez, 1994).

Shibley (1987) menciona que existen cualidades sociales condicionadas en las mujeres las cuales las hacen vulnerables a la violación. Entre estas cualidades están las respuestas sociales a los estereotipos extremos culturalmente sobre el papel sexual, es decir, la debilidad y la pasividad femenina. Estos comportamientos condicionados presentan un conjunto de cualidades que las percibe con características de "dama, bonita y obediente" e implica comportamientos como inhibición de gritos, poca o nula participación en debates o discusiones, pulcritud y limpieza, así como posturas corporales adecuadas y limitación de actividades "propias socioculturalmente para los hombres" como: taladrar, componer aparatos domésticos, cargar bultos pesados, mover muebles, clavar, pintar, colocar objetos en las partes altas de la casa, etc. De esta forma, cuando la mujer es atacada sexualmente puede presentar conductas de inmovilización motora debido al miedo y a la falta de habilidades para enfrentar dicha situación; siendo

posiblemente incapáz de lanzar un contra-ataque efectivo (Shibley, 1989 Citado en: Morales, Padilla y Saavedra, 1995).

Similarmente, Myers, Temple y Brown (1984) analizaron algunos factores de riesgo en términos de las características de las víctimas de violación, encontrando la presencia de elementos conductuales de incompetencia social que las conllevan a ser pasivas, miedosas y dependientes y posiblemente más vulnerables a estos ataques. También el presentar antecedentes psiquiátricos o depresivos, estar drogadas o alcoholizadas, enfermas o débiles físicamente son factores que probabilizan el ataque.

Por otro lado, Facio Montejo (1989) menciona que las mujeres están condicionadas socialmente a la crianza de los menores y al altruismo. Estos factores permiten que las mujeres sean vulnerables a las agresiones sexuales ya que "pensarán" constantemente en poner atención a las necesidades de los otros, olvidándose de sus propias necesidades; las expresiones de culpabilidad, negación y sufrimiento podrían estar presentes en las mujeres así como un deseo irrefrenable de seguir ayudando y cuidando a los demás. La gran mayoría de estas violaciones pueden quedar en silencio así como presentarse más generalmente en violaciones con conocidos que con desconocidos para la víctima (Citado en: Morales, Padilla y Saavedra, 1995).

Aún y con la existencia de estos estudios no podemos decir que existen perfiles que caractericen física y/o psicológicamente a las víctimas de violencia sexual que permitan ser "blanco fácil" de este tipo de delitos. Eso implicaría pensar que las mujeres feministas, activas, competitivas socialmente, "fuertes y valientes" no sufrirían nunca por este tipo de situación y lamentablemente no es así.

Vázquez (1994) comenta que algunas investigaciones han encontrado que cuando la mujer usa como única estrategia de evitación del ataque, las súplicas y el llanto es más probable que sea violada, que cuando utiliza otras estrategias tales como resistencia física, gritar, forcejear y hablar para hacer tratos con el atacante. La mujer ve a la violación como un acto sexual y no como un acto de violencia. Las cogniciones de temor a la muerte y a la mutilación sexual por parte de la mujer se ven influenciadas para que ocurra este delito más que cuando su preocupación principal es no ser violadas.

La victimización de las mujeres va más allá de la modificación de ambientes, *características físicas y/o formas de vestir, implica un cambio de actitud de acuerdo a las respuestas sociales que presentan las mujeres en cuanto a los roles de género socialmente estereotipados, es decir, tratar de modificar los factores que socialmente se*

le atribuyen a uno u otro sexo y por consiguiente, erradicar la situación de vulnerabilidad en las mujeres.

Las consecuencias que una violación puede dejar en su víctima son determinantes para el comportamiento y el cumplimiento de sus metas. Dichas consecuencias pueden presentarse inmediatamente después de la violación o a largo plazo.

Las consecuencias más comunes según algunos autores son (Burgess y Holmstrom, 1974; Slaikou, 1987; Kilpatrick y Calhoun, 1988; Kilpatrick, Veronen y Resick, 1983):

1. Médicas: desgarre de himen, traumatismos físicos, dolores de cabeza y fatiga, irritabilidad gastrointestinal, trastornos genitourinarios, infecciones vaginales crónicas, sangrados y dolores rectales, dolores menstruales, dolores coitales, contagios de enfermedades de transmisión sexual, embarazo, entre otras.

2. Psicológicas: Llanto incontrolado, risas histéricas, pesadillas, insomnio, trastornos sexuales (frigidez, escenas retrospectivas del ataque, insatisfacción sexual), generalizaciones, sensación de persecución, ansiedades, miedos, sentimientos de culpa, impotencia, odio, baja autoestima, cambio en patrones de sueño, dependencia al alcohol, drogas, televisión, radio, variación en hábitos alimenticios, intentos suicidas, culpabilidad, miedos generales hacia los espacios ambientales sean cerrados o abiertos así como hacia los "hombres" o "mujeres" dependiendo del tipo de agresor que tuvo, vergüenza, humillación, entre otras.

3. Sociales: rechazo, desorganización y/o desintegración familiar, desvalorización social de la víctima, problemas en sus relaciones interpersonales y de pareja, aislamiento social, bajo rendimiento y deserción laboral o escolar, entre otras.

Hay que aclarar que dependiendo de la historia social y personal de la víctima, del tipo de ataque sexual que haya sufrido y de los factores de personalidad que tenga, será como se presenten las repercusiones post-violatorias así como su recuperación psicológica.

3.3 CARACTERÍSTICAS SITUACIONALES.

Es importante subrayar en primer lugar, que las situaciones, actitudes y condiciones bajo las cuales ocurren las violaciones sexuales son múltiples al igual que las situaciones que favorecen para que sean evitados dichos actos. Se hablará sólo de

factores de riesgo situacionales que pueden propiciar la vulnerabilidad del ataque. Dichos factores no son mutuamente excluyentes sino por el contrario, se encuentran vinculados entre sí, presentándose de tal manera que incrementan el riesgo de las agresiones sexuales.

- La aceptación exagerada de los mitos creados en torno a la violación, por parte tanto de hombres como de mujeres. Mitos que tienden a culpar a la mujer de su victimización y a disculpar al hombre de haberla violado; minimizando los aspectos negativos de este delito y poniendo al evento en la categoría de "normal o común" (Muehlenharh y Felts, 1986; Margolin y Cols. 1989; Koss y Cols. 1989 citados en: Vázquez, 1994).
- El escaso conocimiento e ignorancia de las agresiones sexuales constituye por sí mismo un factor de riesgo, ya que las mujeres no identifican a tiempo la probabilidad de ocurrencia y los hombres se escudan en una inadecuada percepción o confusión de situaciones que contienen agresiones sexuales.
- La actitud confiada de la mujer hacia actitudes generales de los hombres la lleva a no identificar situaciones de agresión de alto riesgo, que generalmente no son vistas de esta manera ni por hombres ni por mujeres (por ejemplo, cuando se inicia una relación de noviazgo en donde existe maltrato físico y emocional por parte de alguien en la pareja y que no son tomados en cuenta para la relación subsecuente en el matrimonio o mujeres que se involucran con hombres que aprueban la dominación sexual en el sexo).
- El uso de alcohol y/o drogas por cualquiera de las partes en una violación sexual es un factor propicio para su existencia. En el victimario, reducirá la inhibición contra la violencia, en la víctima afectará su capacidad de respuesta para defenderse del ataque.
- El lugar en que se lleva a cabo la violación es un factor de control de la situación violatoria; por ejemplo: el automóvil de cualquiera de los dos que implica frecuentemente que la agresión sexual se dé en los estacionamientos; en el departamento de alguno de los dos, lo cual permite confirmar la existencia de violaciones sexuales mayormente en lugares cerrados, sin menospreciar los ataques que ocurren en lugares abiertos y/o públicos en donde es más difícil que el agresor controle las variables socioambientales que puedan surgir.

- Por último, las condiciones de los lugares públicos y de las calles, también pueden llevar a recrear situaciones de riesgo, la falta de seguridad tanto en las casas como en las colonias, el exceso de baldíos y lugares deshabitados o en ruinas, poca iluminación en las calles y avenidas, déficit en vigilancia policiaca, el uso del transporte colectivo en horas específicas de baja demanda, el exceso de lugares de placer y de expendios de bebidas alcohólicas, etc.

3.4 CARACTERÍSTICAS DE LOS VICTIMARIOS.

Paul H. Gebhard y sus colaboradores en el Instituto Kinsey de la Universidad de Indiana definieron a un agresor sexual como "la persona que realiza un acto para su propia gratificación inmediata, la cual es contraria a la predominancia sexual de la sociedad en la que vive y en donde es legalmente castigable" p. 238 (Citado en: Smith y Berlin, 1988). Ellos sugieren una distinción entre los ofensores sexuales que realizan violaciones sexuales establecidas de forma legal (penetraciones coitales, anales o bucales realizadas por medio de la fuerza física o moral), de los ofensores que realizan conductas poco comunes o fuertemente reforzadas por mitos o tabúes sociales como son los molestandores de menores o paidófilos y exhibicionistas.

Hablar de victimarios implica analizar las situaciones en las que se presenta este delito. De acuerdo con los datos estadísticos sobre violencia sexual de algunas instituciones gubernamentales y no gubernamentales, el mayor índice de este problema social corresponde al abuso sexual infantil (PIAV-UNAM, 1995; PIAV-PGJEM, 1995).

El abuso sexual infantil implica los tocamientos, frotamientos, exhibición o masturbación de un adulto hacia un infante o de un infante hacia otro infante con una diferencia de edad de 5 años de acuerdo a su desarrollo psicosexual, mediante el uso de la fuerza física, moral, intimidación, coerción, chantaje, soborno y/o amenaza. Kempe y Kempe (1985) la consideran como "el involucramiento de niños y adolescentes dependientes e inmaduros, en cuanto a su desarrollo psicosexual, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para los cuales son incapaces de dar su consentimiento informado en forma consciente" p. 15 (Citado en: Alvarez, 1991).

Las teorías iniciales sobre este tema eran moralistas y médicas, pensando que los agresores eran psicópatas, débiles mentales o degenerados físicos y morales. Sin embargo, tales preconcepciones no duraron mucho tiempo. Los primeros estudios sistematizados encontraron que los abusadores sexuales eran hombres conocidos para

el menor, amigos, vecinos o parientes del niño (a); en su mayoría usaban la autoridad o el encanto para ganar la confianza, la cooperación o el consentimiento no informado por parte del infante y sus inclinaciones eran más bien dirigidos al tocamiento de genitales, exhibicionismo y/o masturbación (Finkelhor, 1985).

En 1986, la revista FEM describe cinco etapas en las que se desarrolla el abuso sexual al infante, de acuerdo a las conductas del agresor:

1. Fase de seducción: el ofensor utiliza el soborno para convencer al niño a participar en la relación, ofreciendo recompensas a cambio y utilizando la amenaza en caso de que el menor llegara a negarse a la proposición.

2. Fase de interacción sexual: se basa en la relación con contacto sexual o intrusión dándose generalmente en forma progresiva. Por ejemplo: exhibición de órganos genitales, desnudarse delante del menor, observar al menor secretamente mientras se baña o se desnuda, masturbarse ante el menor o tener relaciones sexuales con otra persona enfrente del infante, besar, acariciar o frotar sus órganos sexuales tanto del menor como del adulto, iniciar contactos oral-genital entre el ofensor y el menor, actividades de penetración en ano, boca o vagina empleando los dedos, pene u otros objetos, entre otros.

3. Fase del secreto: el ofensor requiere que la situación de abuso continúe, por ello, utiliza la fuerza, coerción, soborno, amenaza y/o chantaje para ejercer dominio y poder ante la situación; haciendo que la culpa caiga en la persona abusada.

4. Fase de descubrimiento: puede ocurrir de manera accidental; en ésta se sorprende a ambos en la actividad o se descubre al agresor; o también ocurre cuando el menor no soporta más la relación y está dispuesto a comentarlo o denunciarlo ante otras personas.

5. Fase de negación: el agresor de primera instancia niega lo sucedido así como la reacción de la familia es no poder creer que exista la situación de abuso, obligando al menor a retractarse. También suele suceder que el menor, al ver las consecuencias, niegue lo que pasó debido al miedo, a la vergüenza o a lo que pueda llegar a ocurrir, principalmente en el contexto familiar.

El abuso sexual dirigido al infante se puede presentar de diversas formas o manifestaciones, por ejemplo: la paidofilia, la pederastia, los molestadores de niños (as), el incesto y/o la violación de menores. Esta diferenciación se ha realizado con el objeto de distinguir los patrones de personalidad tanto de los abusadores de menores, de los

paidofílicos, de los pederastas, de los violadores de menores como de los agresores incestuosos, en relación a los violadores de adultos (as).

3.4.1 PAIDOFÍLICOS Y PEDERASTAS

La palabra paidofilia proviene del griego *paidós* que significa "niño o infante" y *filos* que se refiere al "amor"; literalmente son llamados "amante de los niños" y se define como "los adultos cuyo método repetidamente preferido o exclusivo de conseguir la excitación sexual es el acto o la fantasía de establecer relaciones sexuales con niños(as) de edad prepuberal" p. 498 (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

La paidofilia está caracterizada dentro de las parafilias, definidas como todo estado en el que la excitación sexual y la gratificación del individuo están supeditadas a la fantasía recurrente de una experiencia sexual insólita que se convierte en el elemento principal de la conducta sexual de cualquier adulto. Las personas que sufren una parafilia real se ven asaltadas continuamente por la idea de alcanzar la satisfacción sexual al grado de perder de vista otras responsabilidades.

Dentro de las investigaciones realizadas a paidofílicos o paidófilos, se han distinguido tres tipos de sujetos: el paidofílico de personalidad inmadura el cual presenta déficit en las relaciones con los demás, principalmente con las mujeres; por lo general sus víctimas son conocidos(as) y el contacto sexual suele ser "no impulsivo", tratando de ganarse la confianza del niño(a) y ser dueño de la situación; realiza conductas de "cortejo" en donde trata de entablar una relación de amistad, por ejemplo, contándole cuentos, enseñándole juegos, llevándolo a pasear, comprándole cosas, etc. Un segundo tipo se refiere al *paidofílico regresivo*, quien presenta una buena relación heterosexual y que en un momento dado de su etapa adulta, presenta sensaciones de inadecuación sexual, sus relaciones dejan de ser satisfechas y trata de buscar en el niño(a) relaciones más excitantes o variables; el contacto sexual con el infante tiene un matiz impulsivo, casi siempre con desconocidos e implica que el sujeto tiene alguna dificultad para superar el estrés cotidiano. Por último, se encuentra el *paidofílico agresivo* quien suele presentar un historial de conducta antisocial y hostilidad generalmente dirigido a las mujeres. Lo más usual de este tipo de agresor es producir en la víctima daño físico o algún tipo de agresión. Este sujeto es el menos común de los tres mencionados y suele comportarse de esa manera no sólo con los niños(as), sino también con mujeres y otros

seres humanos que puedan hacerlo sentir "inferiores a él" (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

Otro de los estudios que marca algunas características y elementos que intervienen en esta dinámica de abuso sexual, es el realizado por Groth (1979) quien trabajó con paidofílicos y violadores, encontrando que los primeros son más tímidos y ansiosos que los agresores sexuales de mujeres adultas, poseen mayor inhabilidad social principalmente hacia las mujeres, presentan una habilidad mayor para ganarse la confianza de los menores y que los adultos no desconfíen de ellos; generalmente planean sus ataques y buscan empleos en donde estén más cercanos a los niños(as) (payasos, cuidadores, maestros, magos, sacerdotes, etc.).

Mc Cary y Mc Cary (1986) mencionan que los paidofílicos son convencionales y practican algún culto religioso. Son heterosexuales teniendo dificultades para relacionarse con las mujeres sexualmente, por tanto, dirigen su sexualidad hacia los menores con los cuales se sienten seguros. No ingieren drogas, aunque es posible que estén alcoholizados cuando cometen el abuso.

Por otro lado, Hotaling y Cols. (1990) mencionan que los paidofílicos en su mayoría fueron víctimas de abuso sexual o abusos deshonestos contra su persona en su infancia y se convierten en victimarios como forma de venganza al crecer. También menciona que provienen de hogares desintegrados y/o violentos.

Similarmente Cooke, Baldwin y Howison (1990) comentan que los paidofílicos dentro de las prisiones presentan una conducta sexual especial, debido a que no presentan violencia dentro de sus actos; por ello, se les considera de baja agresividad. Dentro de sus características presentan conductas de masturbación continua, interesados más frecuentemente en víctimas femeninas, también presentan signos de experiencias sexuales desagradables en su niñez, así como exceso de contacto sexual con niños(as) a temprana edad. Además mencionan tener una baja asertividad con mujeres adultas, reportan sentir que la mujer es difícil de complacer, que presenta demandas constantes y que es impredecible; los niños(as) no presentan ninguno de estos comportamientos lo cual le permite tener mayor seguridad al agresor para relacionarse afectivamente con el infante.

Por otra parte, la pederastía proviene del griego *paiderastés* y se divide en *país-paidós* que significa "niño" y *erastés* que se refiere al "amor". Es definido como las

personas que cometen abuso deshonesto en contra de un infante del mismo sexo (Warren, 1982; Huisman, 1989).

Principalmente implica prácticas homosexuales y comportamientos afectivos y amorosos entre un adulto y un menor. Es también llamado sodomía y se diferencia de los paidofílicos en relación a la preferencia por el infante varón. Las características psicológicas de este tipo de sujetos son similares a los paidofílicos principalmente la relacionada con alcanzar una satisfacción o contacto de tipo sexual más que la imposición de la fuerza o el uso del poder (como en el caso de algunos molestandores sexuales). Son sujetos que se encuentran en constantes actividades cerca de los niños o adolescentes con el fin de ganar su confianza y hacerse "amigos" de ellos. Asimismo se caracterizan por usar a sus víctimas para producir material obsceno como películas, videos y fotos. La pomografía infantil les permite seducir a sus víctimas y ofrece un medio para chantajear a los niños con el objeto de guardar el secreto (Huisman, 1989; Chelminski y Moussouris, 1998).

3.4.2 VIOLADORES DE MENORES.

La violación de menores implica la penetración en cualquiera de los orificios naturales del cuerpo (ano, boca o vagina) de un adulto hacia un infante o de un infante hacia otro infante con una diferencia de edad de 5 años de acuerdo con su desarrollo psicosexual, mediante el uso de la fuerza física, moral, intimidación, engaño, chantaje, soborno y/o amenaza. La violación de menores además de presentar daños externos e internos físicamente, también conlleva trastornos psicológicos graves y de larga duración.

Legalmente la violación de menores es equiparable a la violación de adultos ya que presenta el factor de penetración de tipo sexual hacia la ofendida(o); sin embargo, hablar de violación hacia infantes implica reducir el uso de la fuerza física debido a las condiciones diferenciales naturales de fuerza entre un adulto y un niño(a).

Finkelhor (1985) menciona que la involucración sexual con los niños contiene raíces motivantes muy diferentes en todos los agresores sexuales. En algunos hombres se trata de una gratificación sexual, mientras que en otros sólo expresa la necesidad de acercamiento o la necesidad de agredir a alguien.

Algunas investigaciones mencionan al incesto como parte de la violación de menores dentro de la familia; otros sin embargo, la reportan como parte del abuso sexual

infantil. El incesto es definido como "la prohibición cultural de relaciones de carácter sexual entre miembros familiares, y aún entre aquellos que lo son por lazos de adopción" (Parker, 1986) p. 11. Legalmente implica la relación sexual entre miembros consanguíneos, principalmente de los ascendientes contra sus descendientes. Los reportes de incesto mencionan que este delito es más usual entre los padres o padrastros hacia las hijas con edades entre diez y quince años. Sin embargo, Cooke, Baldwin y Howison (1990) mencionan en sus investigaciones que existe un alto porcentaje de mujeres en prisión a causa de incesto con hijos, sobrinos o hermanos menores, reportando que ellas también en su infancia han sufrido de algún tipo de ataque sexual.

Según Finkelhor (1985) la relación incestuosa refleja una disfunción dentro de los roles que juegan los miembros en una familia, en donde se presentan características psicodinámicas que influyen en la permanencia del delito. Dentro de esas características está el aislamiento social, el cual permite a la familia apartarse de la interacción social y ven al incesto como un proceso natural de desarrollo entre sus miembros; por ejemplo, en las comunidades autocontenidas y cerradas, la presencia del incesto se transmite de generación en generación. Otro elemento que influye en la permanencia del incesto en la familia es la presencia de papeles de confusión de los miembros de ésta; es decir, el padre colocará a la hija en el papel de la madre y ésta adoptará otro rol que sea reforzante o funcional para toda la familia. Otra característica determinante dentro de este fenómeno es el relacionado con el ambiente de abandono que los miembros de la familia tienen entre sí, principalmente de los padres hacia los hijos; la presencia del incesto es la que permite que la familia no se disuelva o rompa y que permanezcan este tipo de relaciones afectivas entre los miembros quienes generalmente están necesitados de afecto y amor.

Castañeda (1989) realizó un estudio socio-histórico en donde enlista las características de 34 violadores de menores dentro de la Nueva Galicia, México (1790-1821). En sus resultados describe que son hombres con edad promedio de 38 años, habiendo una marcada diferencia con la víctima (de 12 a 14 años) la mayoría eran españoles y con estado civil casados. También existían entre ellos relaciones estrechas de parentesco (padre, padrastro, cuñado, primo); esta característica en los violadores muestra que la violación se cometía con mayor frecuencia dentro de la familia, y por tanto estaban vinculadas a relaciones de incesto. Cuando no existía una relación de

parentesco, se encontraba que las mujeres conocían a sus violadores (tendero, panadero, sirviente de la casa, sacerdote). Otro punto analizado por la autora, fue la relacionada con la ocupación; ninguna de las víctimas tenían actividades fuera de la casa, en cambio todos los agresores desempeñaban un oficio o se dedicaban a alguna actividad remunerada. Las situaciones de violencia se dieron mediante la fuerza física, raptos o secuestro o por medio de la ingestión de bebidas alcohólicas o sustancias tóxicas.

3.4.3 AGRESORES SEXUALES.

El término de "agresor sexual" engloba a todos los individuos que han realizado el delito de violación sexual. Para uso de este trabajo se delimitará sólo a los sujetos que han violado a personas mayores de edad (mujeres y hombres).

Dentro de los datos encontrados que hablan de las características de los agresores sexuales se dará referencia a las diversas clasificaciones que se han realizado en torno a este punto.

Masters, Johnson y Kolondy (1987) dividen al agresor sexual de acuerdo al grado de agresión que éstos demuestran:

1. El Violador por Coerción- el cual trata de intimidar a su víctima mediante el uso de armas, fuerza física o amenazas de daños corporales. Presentan dificultad para relacionarse interpersonalmente y baja autoestima.
2. El Violador por Sadismo- existe una conjugación de la sexualidad y la agresión siendo el sufrimiento de la víctima la característica principal de placer del agresor sexual dado mediante la tortura y el daño físico extremo.
3. El Violador por Iracundia- es el sujeto que se ensaña con su víctima y manifiesta su rabia y odio hacia la sociedad mediante la violencia física y el maltrato verbal.

Similarmente, Groth (1979) realiza una serie de clasificaciones de acuerdo al análisis de las motivaciones de los agresores sexuales:

1. Violadores por ira.- El violador descarga sus sentimientos de enojo, frustración y hostilidad a través de la sexualidad violatoria. Existe una gran descarga de violencia física y verbal, debido a un proceso de socialización sexual tomando a al sexo como una arma para ofender al otro y descargar una expresión extrema de furia e ira.
2. Violadores por poder.- El factor dominante que motiva al ofensor a realizar la violación es el deseo de manifestar poder y control en el cual desea dañar al otro a través de la

sumisión de su sexualidad y control de sus actos. la meta final es la conquista sexual haciendo uso de la fuerza física, verbal, moral, social o psicológica.

3. Violadores por sadismo.- Esta se refiere a la violación inducida por el deseo de tener placer a través del daño al cual se le somete a la víctima. El ofensor disfruta y erotiza el maltrato sexual hacia la otra persona; en donde las agresiones físicas y verbales son extremadamente dañinas (quemaduras, flagelaciones, uso de objetos dañinos, golpes, entre otros).

Gobbard (1965) también realiza cinco divisiones del violador sexual de acuerdo a las características psicosociales de los individuos: 1- Hombres con defectos en el proceso del intelecto y los que se hayan intoxicados en alcohol u otras drogas, 2- Hombres con defectos de aprendizaje o de interrelación social, 3- Hombres con trastornos en el desarrollo de la personalidad, 4- Hombres con modelos de conducta desviada o neurosis y 5- Hombres "funcionales y sanos" (Citado en: Robles, 1991).

Otra clasificación existente es la que maneja Cohen y cols. en 1971 (Citado en Garrido, 1989) la cual incluye 4 tipos de victimarios sexuales de acuerdo al nivel de agresividad expresado durante el ataque:

1. Violador de agresión desplazada- el cual actúa sin ninguna excitación sexual inicial. El sentido de la violación implica agravar y humillar a la víctima sin requerir de una satisfacción sexual por parte del agresor; el medio principal de acción es el sadismo dirigido a la víctima.
2. Violador sexual agresivo- es el sujeto que infringe daño físico para lograr la excitación sexual. Su vía de placer son los golpes, agresiones físicas, lastimaduras, y todo lo que ocasione dolor en la víctima, excitando así su deseo sexual. Igual que el rubro anterior, el medio principal de acción es el sadismo.
3. Violador compensatorio- el atacante es motivado para demostrar su competencia sexual con la víctima, tratando de compensar su déficit social o personal en su vida. Puede utilizar la fuerza física o moral para someter a la víctima.
4. Violador impulsivo- es el sujeto que aprovecha una oportunidad casual para agredir sexualmente a la víctima. Se presenta con otros tipos de delitos como robo, rapto, etc.

Elms (Citado en Durrant y White, 1993) realiza un listado de características de adolescentes que presentan conductas sexualmente abusivas y agresivas dirigidos a niños menores que el adolescente o a sus iguales:

a) Pueden presentar dificultades para asumir responsabilidades y/o tener problemas de dependencia.

b) Presentan dificultad para decidir por sí mismos, siendo influenciados de sus iguales. Además muestran dificultad para aceptar las ideas y los sentimientos de los demás.

c) Niegan la conducta abusiva o culpan a los demás de sus actos. Se muestran preocupados por sus propias ideas o sentimientos (generalmente experimentan sentimientos de cólera, impotencia, desesperanza, incompetencia, vergüenza, culpa o falta de dignidad).

d) Carecen de aptitudes sociales, presentando conductas agresivas para lograr sus necesidades de afecto.

e) Dicen sentir sentimientos de miedo a las consecuencias legales que puedan tener sus actos, miedos de perder sus amistades y miedo de sí mismos de lo que pueden llegar a hacer.

f) La mayor parte de los adolescentes agresores son reacios a ir a terapia o presentan conductas hostiles frente a los psicoterapeutas.

Por último, Groth y Burguess (1980) se enfocaron en describir las diferencias y semejanzas entre la violación masculina y femenina de acuerdo a las dinámicas de la agresión por parte de los violadores. Se estudiaron 22 sujetos, 16 violadores y 6 víctimas de sexo masculino, a los cuales se les aplicó una entrevista semi-estructurada y se revisaron sus expedientes clínicos. Los resultados muestran que los violadores tenían entre 18 y 41 años de edad, la mayoría de tez blanca, casados, reincidentes, desconocidos para la víctima y obteniendo la violación de diferentes formas: acorralamiento, intimidación y/o fuerza física, amenazas, manejo de armas y uso de drogas. Además los autores mencionan que el acto simboliza un control de problemas internos de expresión hacia los hombres por parte del agresor. Dentro de las características comunes a la violación femenina encontraron que existen problemas dentro de las experiencias sociales e interpersonales así como de identidad sexual.

En la actualidad, estas categorías quizás sirvan para identificar los factores físicos y/o psicológicos que pueden presentar los agresores sexuales y estudiar su causalidad. Sin embargo, estas clasificaciones no determinan la existencia de perfiles específicos que puedan delimitar la caracterización de un agresor sexual y diferenciarlos de "los no agresores sexualmente". Las clasificaciones antes descritas probablemente fueron los

inicios del estudio de un tercer factor constituyente en la triada violatoria "víctima-situación-victimario" la cual puede permitir analizar de forma más integral el fenómeno de la violencia sexual.

A pesar de lo anteriormente expuesto, es importante conocer cuáles han sido los estudios realizados en México como en otros países que han permitido reconocer algunas características físicas y/o psicológicas que puedan servirnos bajo un análisis conductual, identificar elementos contingentes y consecuentes dentro del comportamiento de los agresores sexuales como de las situaciones en las que se presenta el delito.

CAPITULO 4

ESTUDIOS SOBRE VIOLADORES

Los estudios realizados en torno a la Violación Sexual generalmente han tenido como finalidad analizar las situaciones, hechos y condiciones por las que ocurre el delito de violación centrándose principalmente en las víctimas (tratamiento, causas, consecuencias, epidemiología, características, etc.). Sin embargo, los estudios acerca de las situaciones y condiciones por las que el agresor comete el delito frecuentemente se han delimitado en describir dichas características, encontrándose menos desarrollada una estructura terapéutica que permita prevenir este tipo de delito y ayudar a dichos individuos.

Algunas investigaciones han demostrado que los violadores sexuales actúan por diferentes razones, bajo situaciones complejas y multifactoriales. Garrido (1993) menciona que las teorías que hablan de la delincuencia explican que en cada delito violento existe un tipo de personalidad o anomalía conductual en los delincuentes. Sin embargo, los estudios recientes sobre la evaluación de agresores sexuales, manejan la dificultad para encontrar perfiles específicos de personalidad de estos sujetos y profundizan más en otros factores extrínsecos al violador.

Estas investigaciones realizadas tanto en México como en otros países presentan datos frecuentemente de victimarios sexuales que se encuentran juzgados o sentenciados legalmente.

El objetivo de este capítulo es describir los estudios que se han realizado sobre violadores sin delimitar la aproximación teórica que los fundamentan, tratando de analizar los estudios basados dentro del marco cognitivo-conductual y rescatar los elementos fundamentales de dichos estudios.

4.1 ESTUDIOS INTERNACIONALES SOBRE VIOLADORES SEXUALES .

Craig (1990) argumentó que los agresores sexuales poseen ciertas características ante la coacción a las mujeres para "tener relaciones sexuales"; tienden a crear de manera activa la situación en la que pueden ocurrir estos encuentros, interpretan la amabilidad de las mujeres como una provocación o sus protestas como falsas, tratan de manipular a las mujeres hacia la relación sexual usando fármacos o alcohol y atribuyen sus fracasos a características negativas percibidas por parte de la mujer, protegiéndose a sí mismos. En ese mismo estudio también se menciona que estas características las poseen muchos hombres que no violan. Cuando se les pidió a

200 hombres universitarios que indicaran la probabilidad de que violaran si estuvieran seguros de no ser atrapados y castigados, alrededor del 35 % de ellos reportaron alguna posibilidad y el 20% indicó una posibilidad más alta. (Citado: Sue y Cols. 1996).

Anderson, Kuncze y Rich (1979) realizaron un estudio con 92 agresores sexuales quienes habían sido clasificados como "mentalmente insanos". Encontraron tres categorías de personalidad diferentes: a) sujetos con historia de ajuste social pobre en donde presentan disturbios emocionales como la ansiedad y la depresión. Tienen antecedentes laborales en puestos de nivel bajo y son ex-convictos ya que suelen tener problemas con la aceptación de las reglas y leyes sociales; b) sujetos que presentan desórdenes de carácter y de aceptación de las leyes y reglas sociales, aunque no lleguen a la sentencia legal. Y, c) sujetos que tienden a ser mayores de edad y con mayor educación, aunque presentan un ajuste social limítrofe y con historias de abuso de alcohol. Estos autores concluyen diciendo que existen tres variables constantes en los sujetos: historias caracterizadas por un pobre ajuste social, presencia de estado alcoholizado por parte de los agresores al cometer el delito y mal ajuste social crónico; sin embargo los datos son poco generalizables (Citado en: Trujano 1992).

Erickson, Walbek y Seely (1988) realizaron un estudio de 299 paidofílicos condenados legalmente y encontraron que cerca de una cuarta parte de sus víctimas eran menores de seis años de edad, otro 25% tenían edades entre seis y diez años y alrededor del 50% tenían de once a trece años. Acariciar al niño fue la conducta sexual más común, seguida por el contacto vaginal y oral-genital. Son sujetos con deficiencias en las habilidades sociales más que otros grupos de agresores sexuales; tienen un gran temor a la evaluación negativa y presentan en más de un 50% el uso de la pornografía "fuerte" para excitarse cuando se preparan para cometer el delito. También mencionan que el soborno fue la forma más frecuente de obtener la cooperación de las víctimas y el índice de reincidencia era alrededor del 35%, el cual muestra, según este estudio el más alto entre los delincuentes sexuales (Citado en: Sue y Cols. 1996).

Dentro de los estudios destinados a evaluar las experiencias sociales de los violadores, mencionaremos a Segal y Marshall (1985) quienes evaluaron 20 sujetos divididos en: prisioneros con delitos no sexuales (grupo control), violadores y abusadores de menores o paidofílicos. Se midió la evaluación conductual y cognitiva mediante el juego de roles (conversación con una mujer en una situación agradable), aplicación de un test de inteligencia, un test de interacción sexual, encuestas y autoreportes. Los

resultados mostraron que los violadores son menos sociables heterosexualmente y más ansiosos que el grupo control pero sin embargo, menos ansiosos y más sociables que los paidofílicos.

Otro estudio que muestra un déficit en habilidades sociales en violadores fue realizado por Lipton, Mc Donnell y Mc Fall (1987) quienes utilizaron 33 hombres divididos igualmente en tres grupos: violadores, hombres violentos no violadores y hombres no violadores ni violentos. Se realizó una entrevista en donde se intentaba saber cómo interpretaban lo que la gente sentía y sabía. Se les exponía videos sobre escenas de parejas con relaciones sexuales de mutuo consentimiento durante la noche y de parejas en situaciones agradables durante el día y, subsecuentemente se autorreportaban las impresiones y cogniciones. Se encontró que los violadores son menos precisos para detectar las señales afectivas de las mujeres que los otros dos grupos; presentan déficit en el proceso de información social hacia las mujeres siendo incapaces de discriminar las señales afectivas no verbales de las mujeres en situaciones sociales.

Por último, dentro de los estudios que se dedicaron a evaluar las experiencias sociales en los agresores sexuales, entre otros, encontramos el realizado por Scott y Tetreault (1987) quienes aplicaron la Escala de Actitudes hacia las Mujeres de Spence (AWSS) a 60 sujetos divididos en tres grupos: violadores, grupo control (sujetos "normales") y victimarios violentos no sexuales. Esta escala mide las creencias acerca de los derechos y roles de la mujer en la sociedad contemporánea. Posteriormente se aplicó una entrevista y se revisaron los expedientes de cada caso. Los resultados muestran que los violadores presentan mayor número de respuestas de ideas conservadoras hacia la mujer que los otros dos grupos. Además reflejan la manera diferente de ver a la mujer y a la esposa y/o madre especialmente en las áreas relacionadas con la conducta sexual.

Estos 6 estudios afirman que los agresores sexuales muestran déficit en sus experiencias interpersonales y sociales con las mujeres debido a una pobre ejecución social, inatención y baja autoestima. Asimismo, presentan dificultad para detectar las señales afectivas de las mujeres e interpretan sus conductas de acuerdo al mantenimiento de ideas conservadoras sobre su rol como mujer. La importancia de mecanismos de prevención y de entrenamiento en habilidades sociales para estos sujetos pueden ser relevantes, sin olvidar que no son los únicos elementos psicológicos

presentes dentro de este tipo de agresores así como la implicación de sus diferencias étnicas, culturales y sociales.

Por otro lado, dentro de los estudios realizados principalmente en Estados Unidos e Inglaterra, enfocados en el análisis de la correlación de respuestas fisiológicas de los victimarios sexuales (medición de la erección del pene o tumescencia-penil), en relación a las evaluaciones clínicas y autorreportes de los mismos; se dirigen a enfatizar y comprobar la responsabilidad sexual que presentan los violadores y tratar de romper con el mito creado sobre la sexualidad incontrolada en estos sujetos.

Blader y Marshall (1984) analizaron la relación entre los autorreportes de la estimulación sexual subjetiva y la medida objetiva de tumescencia penil obtenida como respuesta a la presentación de películas de mutuo consentimiento y de violación presentados a 35 sujetos violadores. Los resultados mostraron que las dos medidas tienen relación entre sí, es decir, los autorreportes influían en la respuesta fisiológica de estimulación penil; los violadores tenían mayor excitación ante las escenas de violación y agresión existiendo una correlación entre sus pensamientos y sus respuestas fisiológicas.

Un segundo estudio realizado por Baxter, Barbaree y Marshall (1986) tuvo como objetivo medir las respuestas eréctiles de 60 violadores y 41 estudiantes universitarios al mostrarles escenarios sexuales agresivos y de mutuo consentimiento. Se les presentó tres escenas graduales en donde la mujer consentía el acto sexual y tres escenas con diferentes grados de fuerza física usada por el hombre hasta llegar a una violación. Los resultados encontrados mencionan que los violadores tienen mayor excitación ante los escenarios de fuerza física culminando en el orgasmo del sujeto que en las del consentimiento del acto.

Geniti y Malamuth (1988) similarmente examinaron los efectos de las exposiciones visuales sobre situaciones de excitación sexual violenta y no violenta en 79 violadores midiendo la estimulación penil fisiológica junto con la aplicación de autorreportes. Asimismo se les pedía que escribieran y dibujaran una escena de violación y otra de relación sexual con características de mutuo acuerdo entre la pareja. Se compararon sus respuestas con un grupo control de sujetos violadores y se encontró que existía menor inhibición de los sujetos violadores que de los no violadores; también existía mayor excitación de los violadores ante escenas de violencia que ante escenas de mutuo consentimiento; siendo reforzada por el uso de la exposición a la pornografía.

Este estudio concluye que los violadores poseen una estimulación sexual desviada, es decir, se excitan mayormente ante escenas de pornografía violenta que ante escenas de mutuo acuerdo.

Freund, Watson y Rienzo (1988) realizaron un estudio que trataba de mostrar la preferencia hacia el sexo por parte del violador más que hacia su edad, etnia o clase social. Se utilizó un test fallométrico en 59 hombres sentenciados por el delito de violación el cual medía las tumescencias peniles (mediante el aro penil) al presentar dibujos de mujeres de diferentes edades así como escenas de hombres y de mujeres en diferentes situaciones sociales agradables. Se encontró que existe mayor estimulación en la presentación de mujeres que en la de los hombres con las mujeres; asimismo existe una inclinación y preferencia al sexo que a la edad de la mujer. Esto significa, de acuerdo a los autores que los violadores tienen preferencia hacia las mujeres debido a una mayor excitación frente a éstas.

Un último estudio sobre la relación de respuestas fisiológicas con la conducta sexual agresiva de violadores y paidofílicos es el llevado a cabo por Abel, Blanchard y Becker (1976) quienes registraron el grado de erección penil de violadores y sujetos no violadores en respuesta a dos grabaciones de audio de dos minutos de duración que describían escenas sexuales violentas y no violentas. Los resultados muestran que los violadores fueron mayormente excitados por ambas descripciones grabadas mientras que los hombres no violadores exhibieron un grado significativamente menor de erección en respuestas a la descripción de sexo violento que ante descripción de escenas de mutuo consentimiento. Algunos violadores también mostraron mayor excitación sexual en respuesta a la grabación violenta que la no violenta. Sin embargo, los investigadores pensaron que sólo los violadores mostrarían un patrón de excitación sexual ante la grabación violenta y al realizarlo por segunda ocasión encontraron que cierto grupos de hombres que no eran violadores respondieron de manera sexual a esas señales agresivas.

Podemos decir que para estos cinco estudios antes descritos, los agresores sexuales presentan una correlación entre las respuestas fisiológicas de tumescencia penil con las descripciones conductuales y cognitivas presentadas a través de autorreportes. Asimismo, concluyen que estos agresores presentan una mayor excitación sexual ante escenas de violencia que de mutuo consentimiento afirmando la presencia de una estimulación sexual desviada en este tipo de sujetos.

Sin embargo, otros estudios han demostrado que los agresores sexuales no difieren de otros sujetos al controlar su excitación ante situaciones inadecuadas y son personas capaces de discriminar e identificar las apropiadas e inapropiadas (Widra y Cols. 1983; Baxter, Barbaree y Marshall, 1986; Malamuth, Check y Briere, 1986; citados en: Trujano, 1992).

Con respecto a esto, Quinsey y Laws (1990) argumentaron la validación de las medidas fisiológicas de estimulación sexual pedofílica en población de ofensores sexuales mencionando que las investigaciones a este respecto (principalmente la analizada para el estudio de Hall, Proctor y Nelson en 1988) contienen problemas metodológicos que ilustran la necesidad de desarrollar metodologías estándares para investigaciones falométricas en ofensores sexuales. Dentro de dichos problemas mencionan la validación de los escenarios de estímulos particulares, mencionando que el artículo de Hall y colaboradores reporta la valoración de los escenarios de estímulos particulares y no la validación de la respuesta medida, es decir, se valora la situación de escenas de video presentadas al agresor y no específicamente su respuesta sexual. Otro problema metodológico se refiere a la magnitud de respuesta que realizan los ofensores sexuales en dicha investigación. Las investigaciones que utilizan las medidas de tumescencia penil generalmente se basan en dos estrategias: algunas usan presentaciones de estímulos breves, prefieren trabajar con cambios pequeños en las medidas de tumescencia penil (para evitar la saciedad) e incluyen estímulos neutrales; otros estudios favorecen las duraciones de estímulos largos y prefieren trabajar con cambios largos en la tumescencia penil. Estas investigaciones típicamente reportan sus resultados en términos del porcentaje de la erección total. Ambos tipos de estrategia usan índices relativos en los análisis de sus datos. Cualquier medida fisiológica requiere de marcar diferencias individuales entre los sujetos, lo cual implica realizar correlaciones con otros datos que incluyan variables como edad, hora del día, tiempo del último orgasmo, o quizás tiempo de la última comida. Muchas investigaciones transforman los datos puros de tumescencia penil en escalas-z para reducir estas diferencias individuales. La dificultad para conocer la magnitud de la respuesta responsable de cada sujeto puede ser excesiva en la investigación. Un tercer elemento habla del uso de sujetos no respondientes. Debido a que la estimulación sexual desviada es definida en cuanto a su presencia, la ausencia de la respuesta no fue medible. El test falométrico es obviamente sensitivo sólo para sujetos respondientes a la estimulación y no a los sujetos

no respondientes. Un último elemento criticado por estos autores fue la falsedad de la respuesta sexual, independientemente de que los sujetos respondieran ante las escenas agresivas, el 91% podría completamente inhibir su respuesta; esto habla de una aparente respuesta sexual que quizás pueda ser manipulada por el agresor sexual para responder a respuestas erectiles cuando él lo desee.

Harris y Cols. (1996) propusieron una medida similar a las evaluaciones falométricas las cuales obtenían el nivel de estimulación sexual de los agresores. En su estudio reportan la examinación del momento de intención o de vista (*viewing time*) de la estimulación sexual presente ante 70 estímulos visuales (diapositivas), de acuerdo a 7 categorías: escenas neutrales, niños entre 5 y 8 años, niñas entre 5 y 8 años, adolescentes hombres, adolescentes mujeres, adultos hombres y adultas mujeres. Todas las diapositivas mostraban a las personas desnudas con las áreas genitales visibles. Se aplicó a dos grupos: uno de 26 molestandores de niños y otro de 26 hombres heterosexuales voluntarios. El procedimiento consistió en presentarles las diapositivas y colocarles un pulso monitor en el dedo índice izquierdo, en el cual el sujeto podía oír tonos del aparato y reportar comentarios sobre las escenas, por ejemplo, cuáles diapositivas eran sexualmente más atractivas y el pulsor mostraba en ese momento el nivel de estímulo sexual que presentaba de acuerdo a cada uno de los estímulos. Posteriormente aplicaron el procedimiento conocido sobre la prueba falométrica y examinaron las dos medidas. Los resultados muestran una correlación en los dos tipos de medidas fisiológicas en los hombres heterosexuales voluntarios. Sin embargo, en los molestandores de niños la respuesta de las medidas falométricas fueron muy diferentes a las medidas de "viewing time", aunque existe una mayor acentuación en las escenas frente a los adolescentes y niños que en las de adultos similares en las dos evaluaciones. También se reportan que los datos muestran una mayor preferencia hacia adultas mujeres en los no ofensores y en los molestandores de niños en las adolescentes mujeres, seguidas de las niñas. Estas medidas demuestran según los autores, la necesidad de instrumentos más precisos tecnológicamente para la confiabilidad y validez de los datos.

Otra sistematización sobre los estudios realizados a violadores implica el probar que la hipótesis sobre el comportamiento "amigable" de una persona puede ser malinterpretado por otra persona como una señal de interés sexual.

Abbey (1982) publicó un artículo en donde probó dicha hipótesis, mencionando que el alto porcentaje de violadores conocidos para la víctima interpretaban las respuestas de la víctima como intenciones de seducción o flirteo. Los resultados se dirigen a confirmar que es más fácil que los hombres perciban al mundo en términos sexuales y realicen juicios con carga sexual que las mujeres, dando una explicación "sociocultural aprendida" a este argumento (citado en: Trujano, 1992).

Banchs (1991) expuso en Venezuela que los agresores sexuales estudiados en su investigación eran personas "normales", trabajadoras, sin antecedentes penales, comunes y corrientes. En la mayoría amigos o familiares de las víctimas, adultos jóvenes, pertenecientes a un estrato socio-cultural bajo, aunque aclara que la violación ocurre en todos los estratos sociales y que sin embargo los estratos altos tienen otras formas de evitar el escándalo y la existencia de este delito. También menciona que la frustración y la baja autoestima se relaciona con la agresión y que si bien los hombres que no han violado y tienen déficit en estas áreas personales, "desean" o han pensado mínimo una vez violar sexualmente a alguien. Una característica importante común en esta investigación es la radicalidad con la que sostienen estos sujetos la existencia de los mitos en torno a la violación sexual (Citado en Trujano: 1992).

Similarmente, Hall y Proctor (1987) investigaron la utilidad de las variables criminológicas como pronosticadoras en reincidencia de victimarios sexuales tanto para la violación como para otros delitos sexuales. Se estudió con 342 sujetos divididos en cuatro grupos: paidofílicos, violadores de víctimas masculinas, violadores de víctimas femeninas y criminales no violentos ni sexuales. Se recopilaron los expedientes policíacos y se analizaron las variables criminológicas entre sí. Los resultados muestran que los agresores de víctimas femeninas tienen mayor reincidencia al delito que los otros tres grupos; sin embargo estos grupos presentan mayores variables de conducta antisocial. La explicación que dan al respecto implica la facilidad para salir de la cárcel para los agresores de víctimas femeninas que para los otros delitos.

Nuevamente, podemos contrarrestar dichas investigaciones mencionando la percepción de las personas como multifactoriales. La existencia de los mitos entorno a este fenómeno psicosocial permite que la interpretación de estos estudios sea encaminada a diferenciar las conductas de los hombres y de las mujeres desde términos de diferencias sexuales extremas. Los hombres y también las mujeres suelen percibir las respuestas del sexo opuesto o de las personas en general, de manera diferente, lo cual

implicaría un malentendido tanto de unos como de otros, sin distinguir dichas pautas sociales como diferencias de género.

4.1 ESTUDIOS NACIONALES SOBRE VIOLADORES SEXUALES.

Las investigaciones realizadas en México dirigidas a estudiar a los agresores sexuales se caracterizan por el hecho de buscar características de personalidad y factores situacionales que hayan llevado al agresor a cometer dicho delito. La mayoría de ellos utilizan tests psicológicos para dicha caracterización, además de ser un requisito indispensable para tener acceso a las instituciones penales; principalmente en el Distrito Federal y Estado de México (reportado por: Jaimes y Ramírez, 1994).

Uno de ellos es el dirigido por Martínez, Rodríguez y Zárate (1988) el cual tuvo como finalidad encontrar una relación entre los rasgos característicos de personalidad y las circunstancias bajo las cuales se comete el delito de violación. Para ello se aplicó una entrevista semiestructurada, el Test de Minessota (MMPI), el Test Proyectivo de la Figura Humana de Mackover y la revisión de expedientes. Dentro de los resultados se encontró un rango de edad de 19 a 29 años, nivel socioeconómico y escolaridad baja, provenientes de familias desorganizadas y desintegradas, dificultades en las relaciones interpersonales y sexuales, baja autoestima, hostilidad y conductas impulsivas.

Argüelles, Castro y Hernández (1988) llevaron a cabo en la Dirección General de Delitos Coordinados de Prevención y Readaptación Social del D.F., un estudio con 18 violadores en donde deseaban detectar los factores psicológicos que influyen para que el sujeto cometa el delito de violación. Se aplicó el Test Guestáltico Visomotor de Bender, El Test Proyectivo de Mackover sobre la Figura Humana y el Test Psicodiagnóstico de Roscharch, además de una entrevista semiestructurada. Los resultados mostraron que son sujetos con escolaridad baja así como su nivel socioeconómico y coeficiente intelectual, vivieron sólo una parte de su infancia al lado de sus padres en donde la figura materna representa agresividad y la figura paterna ansiedad, existen problemas en las relaciones interpersonales aunque tienen pareja estable y relaciones sexuales frecuentes, su autoconcepto de si mismo es bajo y difuso utilizando mecanismos de defensa como la sobrevalorización; no presentan sentimientos de culpa y por consecuencia tienden a ser reincidentes.

Otro estudio realizado en el Reclusorio Norte del DF, fue realizado por Ruíz (1989) en donde se buscaba detectar los elementos psicológicos y sociales que

intervienen y coadyuvan para que se dé la Violación Sexual. Utilizó 25 hombres sentenciados por el delito de violación con una escolaridad mínima de primaria aplicándoles tres pruebas psicométricas: el Test de Minnessota (MMPI), el Test de Mackover sobre la Figura Humana y el Test de Apercepción Temática, además de la entrevista clínica y la revisión de expedientes. Algunos resultados son: sujetos funcionales en el ámbito laboral, escolar, social, familiar y por tanto "normales", el rango de edad va de 20 a 39 años, posee un coeficiente intelectual bajo actuando generalmente mediante el influjo del alcohol, utilizan la violencia física como expresión de desprecio y frustración contra la sociedad, tienen problemas de identidad sexual, de relaciones heterosexuales e interpersonales.

Ávila, Jiménez y León (1991) realizaron un estudio en los Reclusorios del Estado de México (6 Centros de Prevención y Readaptación Social) en donde evaluaron a 35 sujetos violadores mediante la aproximación cognitivo-conductual para encontrar las causas y situaciones psicológicas por las cuales cometían el delito. Utilizaron una entrevista semiestructurada, revisión de expedientes y aplicación de inventarios sobre percepción y conceptos de la mujer, asertividad, ansiedad y manejo de solución de problemas. Dentro de algunos resultados encontrados están características como sujetos con actividad laboral principalmente de oficios (carpinteros, plomeros, albañiles, mecánicos, etc.), tienen déficit de información sobre el tema de la sexualidad y la educación de ésta, provenientes de familias numerosas y desintegradas, su nivel socioeconómico y de escolaridad es baja (primaria no terminada), manifiestan ideas irracionales principalmente de soledad y de expectativas hacia el futuro, mantienen ideas conservadoras sobre el rol del hombre y la mujer haciendo diferencia entre la esposa y la madre de las demás mujeres, no presentan sentimientos de culpa y manejan el factor de ignorancia de lo que hicieron así como la falta de información sobre los derechos de todo ser humano.

Jaimes y Ramírez (1994) realizaron un curso-taller con 18 reclusos acusados de robo, violación y homicidio en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur, San Mateo Xalpa, Edo. de México. El objetivo fue que los individuos definieran y manejaran el concepto de agresividad, asertividad, ansiedad y afectividad; así como estructuraran habilidades de autocontrol en cuanto a la sexualidad y habilidades sociales respecto a la mujer. Los instrumentos utilizados fueron: una entrevista semi-estructurada, la aplicación del MMPI (Test de Minnessota) antes y después del curso y 14 sesiones de trabajo educativo. Los

resultados encontrados fueron: son sujetos que cuentan con habilidades sociales como cualquier otra persona, prefieren mantenerse en armonía con sus compañeros al igual que con sus parejas, presentan un buen manejo de solución de problemas, tratan de evitar la agresividad en la prisión contando con un grado de autocontrol de sus actos agresivos, presentan déficit en conocimientos sobre sexualidad y educación sexual presentando distorsiones respecto al tema y represión de su vida sexual, presentan una idea conservadora y tradicionalista con respecto a las actitudes de la mujer aunque opinan que son personas con las mismas capacidades que los hombres y por tanto con los mismos derechos. También presentan un alto grado de ansiedad las cuales son atribuidas a las condiciones de vida en las que se encuentran dentro de prisión, y un déficit de habilidades asertivas principalmente con sus compañeros.

En ese mismo año (1994), González Estrada realiza un estudio en donde trata de describir el perfil de personalidad y los factores sociales aunados al delito de violación en internos reclusos en el Centro Preventivo y de Readaptación Social de Tlalnepantla, Estado de México. Para esto, aplicó el Test 16FP el cual mide características de personalidad masculina (Carrell, Avert y Tatsuoka, 1980); y una entrevista psicológica a 31 sujetos reclusos por el delito de violación. Los resultados muestran que el perfil de los puntajes por arriba del promedio son el factor (I) que lo describe como: afectuoso, sensitivo, dependiente, sobreprotegido, espera atenciones y afectos, inseguro, busca ayuda, simpático, agradable, gentil, indulgente, artísticamente exigente, actúa por intuición sensitiva, exagerado y amanerado. El factor (O) que hace referencia a la propensión de la culpabilidad, inseguro, aprehensivo, autorecriminante, preocupado, atormentado, ansioso, deprimido, fuerte sentido de obligación, sensible a la aprobación y reprobación de la gente, escrupuloso y delicado. Y el factor (Q4) con características de tenso, frustrado, impulsivo, sobreexcitado y malhumorado.

Estudios más recientes han tratado de evaluar los factores familiares, socioculturales y psicológicos que influyen en el autoconcepto de los agresores sexuales. Mondragón (1994) realizó una investigación para describir el nivel de autoconcepto, el clima familiar y los factores socioculturales en internos que violaron a menores de edad, familiares y no familiares. Dicho estudio se llevó a cabo con 38 sujetos sentenciados y 16 procesados, todos acusados por violación a menores (legalmente equiparados a la violación sexual en mujeres) en el Centro de Prevención y Readaptación Social de Ixtlahuaca, México. Los instrumentos utilizados fueron: la Escala

de Clima Familiar de Rudolf H. Moos, la cual mide las características socioambientales de todo tipo de familia; la Escala de Tennessee de Autoconcepto de William H. Fitts (1955), una entrevista semiestructurada y la revisión de expedientes de los internos pertenecientes al área de psicología del centro. Dentro de los resultados se encontró que el perfil de autoconcepto de sujetos violadores de familiares menores de edad muestran dudas acerca de su propio valor, se ven a sí mismos como indeseables, frecuentemente se encuentran ansiosos, deprimidos e infelices, teniendo poca confianza en sí mismos. Por otra parte, el perfil de autoconcepto de sujetos violadores de menores no familiares fue la misma; por tanto los dos grupos presentan el mismo nivel de confusión, contradicción y conflicto general con respecto a la percepción de sí mismo. En cuanto al perfil de clima familiar de los violadores de familiares menores de edad, los resultados describen al ambiente familiar limitante para expresar sus sentimientos abiertamente y con un nivel alto de conflicto, existe un énfasis en el aprendizaje de aspectos religiosos y valores ético-morales en sus familias. Igualmente ocurrió en el otro grupo con agresores, lo cual indica que son sujetos que consideran a las reglas y a los procedimientos utilizados en su familias como importantes para su vida familiar y personal.

Similarmente, Rodríguez (1996) comparó los rasgos temperamentales y el autoconcepto en internos sentenciados por los delitos de homicidio y violación midiendo con el Inventario de Rasgos Temperamentales de Thurstone y con la Escala de Autoconcepto de Tennessee a 100 internos por el delito de violación y 292 internos por el delito de homicidio, reclusos en el Centro Preventivo de Readaptación Social de Almoloya de Juárez, Estado de México. Los resultados reportan que los sujetos violadores en la escala de activo suelen moverse, hablar, comer, trabajar y caminar con lentitud; en la escala de impulsivo se observan conscientes de sus actos, no dejándose llevar por sus impulsos y miden las consecuencias al actuar; en la escala de lo sociable demuestran que no entablan amistad fácilmente, son generalmente serios y reservados en su trato interpersonal y en la escala de reflexivo hay una inclinación a la meditación y son generalmente tranquilos. Asimismo, en los sujetos homicidas se encontró análogo el puntaje de los rasgos temperamentales. Por otro lado, en el perfil de autoconcepto de los sujetos violadores se encontró un nivel bajo en autocrítica, teniendo dificultad para aceptar los conceptos negativos acerca de sí mismos además de mostrarse muy defensivos; puntajes que no se diferencian significativamente de los sujetos homicidas.

Estos dos estudios descritos anteriormente presentan perfiles de sujetos que no actúan bajo la presión del momento y que están "conscientes" de las consecuencias de sus actos; pero que sin embargo los niveles de autoconcepto, autocrítica y toma de decisiones en cuanto a la valoración de sus propias conductas son bajos.

Un último estudio revisado para este capítulo se enfoca en la evaluación de actitudes y características de los violadores mexicanos en cuanto a la concepción que tienen de la sexualidad y por tanto de la violación. Arteaga y Escalona (1996) realizaron un estudio exploratorio con 43 sujetos sentenciados por el delito de violación recluidos en el Centro Preventivo de Readaptación Social de Almoloya de Juárez, Estado de México; en donde su objetivo principal fue conocer las actitudes que tienen los violadores ante el concepto de la sexualidad; para ello, aplicaron un instrumento que mide las Actitudes ante la Sexualidad de Montoya y Espejel (1992) abarcando aspectos sexuales, psicológicos, biológicos y sociales. Los resultados muestran que 38.6% de éstos mostraron un valor elevado a la virginidad de la mujer, la cual debe permanecer virgen hasta el matrimonio, el 61.4% rechazaron actitudes hacia el aborto, experiencias prematrimoniales y la conducta de masturbación como inapropiada por no considerarla una satisfacción biológica. También el 41% de los internos mostraron una preferencia al objetivo del sexo en cuanto su procreación y el considerar a la sexualidad como un proceso fisiológico más que de aprendizaje. Por último, el 57.3% manifestaron un rechazo a la idea de libertad sexual en ambos sexos y de relaciones sexuales en la mujer, argumentando que entre más relaciones tengan los hombres "más machos son" y por tanto le exigen a la mujer su limitación sexual como recompensa.

Estos estudios reflejan la adaptación de la presencia de los roles sexuales tradicionales en cuanto al rol del hombre y de la mujer conjugada con una conducta aprendida sexualmente agresiva, la cual tiene que ver con factores socioculturales de los sujetos.

En conclusión, aunque si bien no existe un perfil del agresor sexual, el victimario acusado por el delito de violación puede presentar características psicológicas similares entre ellos, sin perder de vista que dichos datos no se pueden generalizar. Estas características podrían ser:

- 1.- Son hombres funcionales en ámbitos familiares, sociales, escolares y culturales.

2.- Suelen presentar déficit en relación a la percepción afectiva hacia las mujeres, no encontrando diferencias dentro de las expresiones de enojo, tristeza, alegría, coraje, etc. que pueda sentir una mujer. Asimismo, tienden a interpretar las respuestas de las mujeres de acuerdo con lo que ellos "desean" de ésta.

3.- Presentan déficit en sus relaciones heterosexuales e interpersonales.

4.- Frecuentemente presentan una baja autoestima así como una baja capacidad de autocrítica, las cuales conllevan a la expresión de comportamientos agresivos como forma defensiva de sus actitudes y valores.

5.- Suelen expresar sentimientos de desprecio y agresividad hacia la sociedad (hombres y mujeres) como una forma de obtención de beneficios y resolución de problemas. Esto fundamentado en la idea del aprendizaje específico de la violencia a través de su historia familiar y social.

6.- Generalmente presentan déficit en habilidades sociales relacionadas con un pobre ajuste social y presencia de ideas irracionales sobre el concepto de sí mismo.

7.- Pueden poseer características de personalidad como: agresividad y hostilidad, conductas impulsivas, dependencia emocional, poca habilidad para la solución de problemas, déficit de habilidades asertivas, problemas de identidad sexual, presencia de ideas irracionales en cuanto a la soledad y expectativas del futuro, conductas depresivas y ansiosas.

8.- Poseen ideas conservadoras sobre el rol del hombre y la mujer, marcando una diferencia entre la madre y la esposa de las demás mujeres; así como de la actitud sexual de la mujer dentro de la sociedad.

9.- Presentan déficit de información sobre la educación de la sexualidad y temas afines; principalmente el referido al ejercicio de la masturbación.

10.- Existencia de mitos entorno a la sexualidad, además del desconocimiento de sus propias expresiones emocionales y psicológicas de tipo sexual.

11.- En algunas ocasiones, presentan problemas de adaptación social como por ejemplo: el uso de drogas y/o alcohol, inadaptación a medios sociales diferentes a los que vive, influencia de pornografía violenta, etc.

12.- Suelen reportar una falta de aceptación del delito como también de sentimientos de culpa.

13.- Presentan reincidencia del delito asociada con la ignorancia de los derechos y valores humanos.

Cabe mencionar que los estudios anteriores sólo representan un mínimo de los violadores existentes ya que son sujetos juzgados o sentenciados por el delito de violación e implica sólo una muestra de población que se localiza en las cárceles, reclusorios y centros penitenciarios legales.

CAPITULO 5

**TRATAMIENTO PARA AGRESORES
SEXUALES**

Recientemente, algunas instituciones penitenciarias han reportado trabajos terapéuticos con agresores sexuales recluidos y sentenciados por este delito. Estos tratamientos pueden ser individuales o en grupo y pueden tomar varias formas: el ofensor puede trabajar mediante preguntas sobre su infancia, el aprendizaje de la agresividad durante su vida y el desarrollo y entendimiento de sus conductas actuales. Los reportes han mencionado que mucho de sus conductas sexuales agresivas son expresiones de hostilidad dirigidas a un gran resentimiento hacia alguien que abusó sexual o físicamente de él en su infancia. Otras aproximaciones de tratamiento utilizan técnicas conductuales las cuales se dirigen a descubrir el tipo de conducta sexual que presenta el ofensor y a reemplazarla por otro tipo de conducta que sea más aceptable para él y la sociedad. Cualquier tratamiento para ofensores sexuales, según varios autores, dependerá de la motivación que presente el agresor para cambiar. Desafortunadamente no todos los agresores sexuales muestran tal motivación y sin ésta, poco puede hacerse para ayudarlos (Marques y cols. 1994; Overholser y Beck, 1986; Marshall, 1994; Pithers, 1994; Garrido, 1993).

Los tratamientos que se describen en este capítulo se basan en diversas aproximaciones teóricas e igual que el capítulo anterior se tratará de rescatar la relevancia de los tratamientos cognitivo-conductuales sin olvidar las aportaciones que puedan hacer los otros programas terapéuticos.

Abel, Blanchard y Becker (1978) mencionan que el diagnóstico evaluativo recomendado para ofensores sexuales implica tres áreas de acción:

a) Tipo de Conducta Sexual.- la cual comprende las preferencias sexuales y el funcionamiento sexual que presente el agresor.

b) Funcionamiento Social.- que incluye las habilidades sociales e interpersonales que el sujeto desarrolla dentro de sus ámbitos (asertividad, empatía, autoestima, solución de problemas, habilidad para relacionarse, control de ira, entre otras).

c) Distorsiones Cognitivas.- ésta se caracteriza por el sistema de valores y creencias que el violador presenta así como las actitudes y comportamientos en relación a éstos. Este punto es el más importante de evaluar para los autores, ya que mencionan que las distorsiones son necesarias porque permiten al agresor trasladar sus fantasías a la acción y por tanto, tienden a perpetuar su conducta socialmente desviada.

También es fundamental mencionar la relevancia de los mecanismos de prevención del asalto sexual entre los prisioneros en cualquier centro penitenciario. Hawk (1997) realizó un programa en el Departamento de Justicia Federal en donde implementó un servicio psicológico y de coordinación institucional que tenía como objetivos operativizar procedimientos efectivos para prevenir la conducta de asalto sexual entre los presos, evaluar y atender las necesidades médicas, psicológicas y sociales de las víctimas de asalto sexual dentro de cada institución estatal y coordinar e investigar los factores socioambientales que permiten el desarrollo de esta conducta delictiva entre los presos. Este programa funcionaba las 24 hrs. y estaba constituido por un coordinador de programa quien podría ser un psicólogo o psiquiatra, un coordinador suplente que fungía como supervisor de los reclusos (casi siempre era el carcelero) y un asistente físico el cual se dedicaba a la atención médica. Los resultados mostraban que los asaltos sexuales se realizaban con mayor frecuencia en las noches, incluían presión, escenas, acciones y comunicaciones por uno o más presos para forzar a otro e inmiscuirlo en actos sexuales parciales o completos no deseados, intensificación de esta conducta hacia prisioneros sentenciados por el delito de violación u otro delito sexual equiparable y, generalmente el acto iba acompañado del uso de violencia y/o armas punzocortantes que ponían en peligro la vida de la víctima. Adicional a la coordinación de este programa, se realizaban actividades educativas que ayudaban a los reclusos a incrementar sus conocimientos sobre las características, causas y consecuencias que conlleva el asalto sexual. Asimismo, se contaba con el servicio psicológico para victimarios el cual se coordinaba con el departamento de servicios correccionales y legales de la institución estatal. Este servicio dedicado al tratamiento de agresores sexuales tenía como función demostrarle al recluso las evidencias y los factores disposicionales que permitieran "la aceptación del delito" y por tanto la presencia o manifestación de sentimientos de culpa para facilitar su rehabilitación.

Este programa fue implementado por 90 días en todos los centros penitenciarios del estado de Nueva York en 1996 y tiene un seguimiento de 5 años, aplicándose en las instituciones penales cada seis meses. Los coordinadores de programas proveen la información al Administrador Regional de Servicios Psicológicos de Nueva York quien realiza un análisis de su efectividad y validez.

Los resultados del programa actualmente son muy satisfactorios según los autores aunque no pueden sistematizarse completamente hasta que haya finalizado

dicho proyecto. Sin embargo, la relevancia de esta investigación es la participación del estado y del país políticamente para la prevención de este delito.

Por otro lado, Marshall y cols. (1983) mencionan que el tratamiento conductual para agresores sexuales (violadores y paidofílicos) es el más eficaz y rápido. Este tratamiento por lo general implica los siguientes pasos:

- a) Evaluación de las preferencias sexuales por medio de autorreportes y medición de las respuestas eréctiles ante diferentes estímulos sexuales.
- b) Reducción de los intereses desviados a través de terapias de aversión.
- c) Recondicionamiento orgásmico y/o entrenamiento masturbatorio para incrementar la excitación sexual ante estímulos apropiados.
- d) Entrenamiento en habilidades sociales para incrementar la competencia interpersonal.
- e) Evaluación post-tratamiento. (Citado en: Sue y Cols. 1996).

Similarmente, Barlow (1980) menciona que existen cuatro componentes de la paidofilia que pueden modificarse por medio de terapias cognitivo-conductuales: excitación heterosexual, habilidades heterosexuales, excitación desviada y desviación del rol sexual. Dicho autor cita el estudio realizado por Josiassen, Fantuzzo y Rosen (1974) quienes describen el tratamiento de un varón de 37 años de edad que llega a sesión psicoterapéutica quejándose de tener paidofilia real, ideas paidofílicas obsesivas, masturbación excesiva y depresión clínica (el sujeto había ido por iniciativa propia). Durante la primera etapa del tratamiento, se sometió al paciente a condicionamientos de aversión de estímulos paidofílicos (dos o tres veces por semana) y recibió adiestramiento en relajación y reforzamiento musical en presencia de estímulos heterosexuales. El objetivo de este proceso de condicionamiento fue reforzar la conducta e ideas heterosexuales, así como la de castigar las paidofílicas. Posteriormente, el tratamiento se enfocó a aumentar la conciencia heterosexual y acelerar el aprendizaje de habilidades sociales mediante un adiestramiento específico. El condicionamiento aversivo prosiguió y se le pidió al cliente que vigilara su excitación sexual "in vivo". Por otro lado, el terapeuta se encargaba de reforzar la excitación heterosexual cuando el cliente le informaba de sus progresos. Una mes al mes, se contaba con ayuda de otras personas para manejar la técnica de juego de roles, con el fin de que practicara conductas sociales apropiadas. Los resultados de este prolongado, extensivo y multifacético tratamiento fueron exitosos, ya que el sujeto mostró un gran progreso en su excitación y conducta heterosexual y

disminuyó sus conductas paidofílicas. También aprendió a interactuar adecuadamente con los demás y su vida personal, familiar y laboral eran más grata, con lo que disminuyó su depresión (Citado en: Nathan, Witte y Langenbucher, 1986).

Sue y Cols. (1996) mencionan que dentro de la perspectiva conductual se subraya la importancia de la existencia de tratamientos para disminuir la experiencias de condicionamiento temprano en la etiología de las conductas desviadas sexualmente en paidofílicos. Los enfoques del aprendizaje para tratar este tipo de parafilia, por lo general han implicado una o más de los siguientes elementos: 1) debilitamiento o eliminación de las conductas sexualmente inapropiadas por medio de procesos conductuales como la extinción o condicionamiento aversivo; 2) adquisición o fortalecimiento de conductas sexualmente apropiadas y 3) desarrollo de habilidades sociales apropiadas. El siguiente caso explica este enfoque múltiple:

"Un hombre de 27 años con una historia de tres años de actividades paidofílicas con niñas de cuatro a siete años de edad fue tratado por medio del siguiente procedimiento. El hombre se masturbaba primero hasta el orgasmo mientras era expuesto a estímulos que implicaban mujeres adultas. Luego hacía lo mismo mientras escuchaba una grabación de relajación y después se masturbaba (pero no hasta el orgasmo) ante estímulos desviados. El procedimiento le permitió fortalecer patrones de excitaciones normales y disminuyó la capacidad de lograr un orgasmo mientras era expuesto a estímulos desviados (extinción). La medición de la tumescencia penil cuando era expuesto a los estímulos indicó una disminución abrupta ante los estímulos paidofílicos y una excitación alta ante los estímulos heterosexuales. Estos cambios fueron mantenidos durante un periodo de seguimiento de doce meses" (Alford y cols., 1987. Citado en: Sue cols. 1996, p. 321).

Lo más importante de este reporte es la relevancia de la aproximación cognitivo-conductual en los procedimientos terapéuticos para este tipo de agresores. A continuación se mencionarán algunos estudios que han utilizado estas técnicas en agresores sexuales y sus resultados.

Valiant y Blasutti (1992) realizaron un estudio en una prisión localizada al Norte de Ontario sobre las diferencias post-terapéuticas entre 15 violadores, 34 paidofílicos y 15 ofensores incestuosos (64 sujetos), después de haber recibido tratamiento psicológico mediante programas de terapia cognitivo-conductual que tenían como objetivo disminuir la agresividad dentro de sus sistemas de creencias. El estudio consistió en administrar individualmente una batería de pruebas psicométricas al inicio del tratamiento y al final de éste. La batería estaba formada por el Test de Inteligencia No-verbal forma A, el MMPI (Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota), el

Inventario de Estado Ansiedad-Rasgo, el Inventario de Autoestima de Coopersmith y el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee. Los grupos de terapia estaban formados por 6 ofensores cada uno implementados una vez a la semana por 2 horas. El tratamiento utilizado era educacional, de habilidades sociales y de reestructuración de creencias. En el modelo educacional se les enseñaba mediante material audiovisual y de discusión, los centros inhibitorios y excitatorios en el cerebro responsables de las emociones y de la conducta, incluyendo la actividad sexual. Durante el modelo de habilidades sociales se les entrenaba mediante la técnica de juego de roles, el asumir actitudes de la víctima y del perpetrador analizando los términos de poder y control durante el asalto sexual; también se discutieron el desarrollo de las habilidades sociales pobres y las actitudes de baja autoestima, examinando sus propias actitudes y sus creencias. Por último, en el modelo de reestructuración de creencias, los agresores exponían sus propias creencias sobre la agresividad ante los demás miembros del grupo y conjuntamente se sugerían construcciones alternativas sobre las creencias y la prevención de la ofensa o asalto sexual. Finalmente, a través de las ideas parafraseadas, la retroalimentación de otros puntos de vista sobre estas creencias y el reforzamiento positivo de cada reestructuración, llevaron a varios sujetos a un cambio de conducta. Las creencias incluían racional/aceptable versus irracional/inaceptable. El tratamiento duró cinco sesiones y al finalizar se volvió a aplicar la batería de pruebas psicométricas. Los resultados del estudio muestran que la ansiedad era más alta en los paidofílicos y en los violadores que en los agresores incestuosos; al finalizar el tratamiento, sin embargo decreció la ansiedad en los primeros dos grupos mayormente que en los ofensores incestuosos; los paidofílicos también mostraron mayor baja autoestima que los agresores incestuosos y los violadores antes y después del tratamiento. Con respecto al negativismo, los violadores y los paidofílicos eran más negativos que los ofensores incestuosos, y al presentarse el tratamiento, estos dos grupos bajaron notablemente este factor, no así con los ofensores incestuosos quienes incrementaron más su negativismo. En resumen, los autores concluyen que el tratamiento incrementa la autoestima y reduce el negativismo más en violadores y paidofílicos que en ofensores incestuosos. Se cree de acuerdo a los estudios teóricos, que los violadores son más hostiles que los otros dos grupos, sin embargo, los autores mencionan que no hay diferencias significativas en torno a la agresividad entre los grupos estudiados.

Van Beek, Mulder y Van Der Hoeven Kliniek (1990) llevaron a cabo en, Utrecht, Holanda una estrategia de intervención con agresores sexuales llamado "manuscrito del atacante". Esto significaba una guía de entrevista semi-estructurada que permitía obtener factores cognitivos, emocionales, situacionales y conductuales antes, durante y después de cometer el delito. El tratamiento consistía de cuatro fases: educacional, de ejercicio, de confrontación y de intervención terapéutica. El agresor debía de ser incorporado a las sesiones de trabajo dentro de las 6 horas siguientes a la última ofensa cometida. En la intervención terapéutica se utilizaban técnicas como: el autocontrol, entrenamiento del manejo de estrés, entrenamiento en habilidades sociales, educación sexual y entrenamiento en empatía. Las ventajas del manuscrito eran: aumentar la motivación del agresor, permitir un mejor diagnóstico, proveer información de la personalidad del atacante, detectar el tratamiento específico más adecuado, permitir predecir la conducta del sujeto y, que el manuscrito por sí mismo formara parte del tratamiento. Los resultados presentados en esta investigación son: los agresores sexuales se sentían en conflicto consigo mismo, poseían un juicio negativo u hostil hacia sí mismos, rechazando y descuidando sus propios sentimientos, mostraban poca habilidad en la solución de problemas así como déficit en habilidades sociales y heterosexuales. También, se mostraban solitarios, resentidos, enojados, con miedo, y a la vez, con un sentido de poder, hostiles hacia su víctima, excitados sexualmente durante el ataque y con distorsiones cognitivas sobre el concepto de persona-objeto que poseía su víctima para ellos. Las consecuencias de sus agresiones los llevaba a sensaciones de poder, reducción de tensiones negativas, fantaseos sobre los siguientes ataques, confirmación de su virilidad y fortaleza como "hombres" así como miedo a ser sorprendidos, arrestados, a la racionalización de sus hechos, a la negación y a la trivialización. Los problemas encontrados en esta intervención fueron: dificultad para motivar a los atacantes a cooperar terapéuticamente, ausencia de aceptación del delito por parte del agresor y problemas en las bases metodológicas que confieren confiabilidad y validez al tratamiento (Citado en: Trujano, 1992).

Por otro lado, Overholser y Beck (1986) utilizaron una evaluación multimetódica dentro del tratamiento terapéutico de violadores y molestandores de niños y lo compararon con tres grupos controles a los cuales también se les aplicó esta evaluación. El objetivo del estudio era evaluar las actitudes de hostilidad, impulsividad y habilidad social de 12 agresores sexuales encarcelados en una prisión de seguridad media

(Instituto Correccional de Chillicothe, Estado de Ohio, USA). Estos sujetos fueron observados interactuando con mujeres en un ambiente natural y en escenas de juego de roles. Los déficit en habilidades sociales, hostilidad, impulsividad y variables actitudinales fueron evaluadas mediante autorreportes (8 inventarios), observaciones conductuales (videograbaciones) y medidas fisiológicas de ansiedad. Los resultados muestran que los molestandores de niños son menos asertivos, más ansiosos socialmente y presentan mayores emociones de miedo y negatividad que los violadores. También se encontró que los tres grupos control (12 prisioneros no ofensores sexuales) eran más asertivos y menos ansiosos socialmente que los agresores sexuales. De acuerdo a estos resultados el tratamiento se desarrolló enfatizándose las habilidades sociales en los agresores (principalmente violadores) y en técnicas de autocontrol de la impulsividad y hostilidad.

También, mencionaremos el estudio realizado por Marques, Nelson, West y Day (1994) quienes utilizaron un programa de tratamiento a 76 molestandores de niños y lo compararon con otros 79 molestandores de niños; todos ellos recluidos en el Departamento Correccional de California, USA. El Proyecto de Evaluación y Tratamiento de Ofensores Sexuales del Departamento de Salud Mental de California (SOTEP) consistía en 5 programas que tenían como objetivo una orientación teórica unificada a la prevención de la recaída (Modelo RP). Los programas eran: 1) incrementar el sentido de responsabilidad personal y decrementar el uso de justificaciones de desviación sexual, 2) disminuir el patrón desviante de la estimulación sexual, 3) entendimiento y habilidad para aplicar los conceptos básicos de las técnicas del modelo RP, 4) habilidad para identificar las situaciones de alto riesgo (factores ambientales e internos que aumentan las oportunidades de reofensa) y 5) implementación de habilidades que prevengan estas situaciones de alto riesgo. La presente investigación sólo se enfocó a tres factores dinámicos: 1) la responsabilidad personal, 2) los intereses sexuales desviantes, y 3) el conocimiento del modelo RP. El tratamiento utilizaba técnicas cognitivo-conductuales como entrenamiento en relajación, manejo de estrés y agresión, habilidades sociales, educación sexual, sexualidad humana y preparación de la pre-libertad hacia la comunidad; adicionalmente los sujetos participaban 2 hrs. diarias en grupos terapéuticos para actividades recreativas. El programa duró un año y al término de este se analizaron las evaluaciones que se realizaron continuamente durante el tratamiento. Esta evaluación consistía en una batería completa y extensa de pruebas psicológicas, por ejemplo: El Inventario Multifacético Sexual de Nichols & Molinder, 1984; los datos sobre

las evaluaciones falométricas por medio de medidas fisiológicas, entre otras. Los resultados mostraron que los sujetos que se encontraban en tratamiento incrementaron la aceptación de su responsabilidad personal sobre el crimen y decrementaron los niveles de estimulación sexual desviada en comparación con el grupo control (quien no recibió ningún tratamiento). La predicción del estudio en cuanto al modelo de prevención de la recaída explica que los niveles de responsabilidad personal permite que el agresor decremente los inicios para reofender sexualmente; los datos reportan que los sujetos bajaron el riesgo de la presencia de crímenes sexuales y violentos y que puedan ser controlados; esto en relación al aumento de las habilidades sociales que tuvieron durante el programa.

Asimismo dentro de los estudios sobre el trabajo alternativo con agresores sexuales, se encuentra el mencionado por Marshall y Barbaree (1989) quienes proponen un modelo de tratamiento en donde buscan modificar aquellos aspectos planeados previamente como fundamentales en el proceso evaluativo a saber, la conducta sexual, la competencia social y las distorsiones cognitivas. Para esto, emplearon una combinación de terapia aversiva, recondicionamiento masturbatorio y saciación, la sensibilización encubierta y un procedimiento autoadministrado (autocontrol) para la reducción de los impulsos sexuales espontáneos desviados (Citado en: Garrido, 1993).

Por otra parte, en la propuesta de tratamiento de Garrido (1993) se inicia con la idea del trabajo en grupo con una clara fundamentación en el modelo del aprendizaje social, principalmente para la modificación de los aspectos cognitivos irracionales y el incremento de la competencia social; se enseñan habilidades de conversación para reducir la ansiedad y elevar la autoestima en el funcionamiento interpersonal. Cada programa lleva consigo una serie de principios generales:

- 1) El paciente identifica las situaciones problemáticas en las que se siente colérico, inhibido, torpe o ansioso.
- 2) Se le instruye acerca de respuestas apropiadas y menos apropiadas a esas situaciones, junto a las consecuencias probables para cada una de esas respuestas.
- 3) Los terapeutas modelan ejemplos de esas respuestas.
- 4) Los individuos realizan role playing.
- 5) El grupo proporciona feed-back (retroalimentación) sobre el ejercicio observado.

En estas prácticas grupales se pone énfasis en la percepción correcta de los sentimientos y en los mensajes del otro, la ansiedad también disminuye como consecuencia de estos ensayos de conducta.

La práctica mediante el grupo, permite muchas otras posibilidades de atención; hablar de aprendizaje social, implica ubicar a los participantes como seres sociales, integrantes de grupo; buscar el abordaje y la transformación del conocimiento desde una perspectiva de grupo, valorar la importancia de aprender a interactuar en grupo y a vincularse con los otros; aceptar que aprender es elaborar el conocimiento, ya que éste no está dado ni acabado, implica, igualmente, considerar que la interacción y el grupo son medio y fuente de experiencias para el sujeto que posibilita el aprendizaje (Acevedo 1993; Klausmeier y Goodwin 1977).

Es importante además de conocer algunos tipos de tratamientos para violadores, mencionar otros estudios que han evaluado la eficacia de estos tratamientos terapéuticos para agresores sexuales reclusos en algún centro penitenciario. Pithers (1994) reporta datos sobre el proceso de evaluación de un grupo terapéutico que tenía como finalidad aumentar la empatía del ofensor sexual hacia los sobrevivientes de abuso sexual. Se utilizaron 20 convictos varones (10 pädofílicos y 10 violadores) del Centro Correccional del Estado de Northwest en St. Albans, VT.; quienes fueron trabajados mediante terapia de grupo. El tratamiento consistió de 5 fases las cuales eran: primero, reporte detallado de la ofensa sexual más reciente; segundo, lectura de reportes escritos de sobrevivientes de abuso sexual, indicando tanto la experiencia de la víctima como la propia. La tercera etapa consistía en revisar videotapes y escuchar grabaciones de las víctimas que discutían sobre su victimización y enfrentamiento de su problema; pasando después a discutir y analizar cada una de las situaciones. Cuarto, el sujeto escribía una narrativa de su propia expectativa sobre sus víctimas, realizándose un juego de roles en donde el ofensor tomaba el papel de su propia víctima y otro miembro del grupo actuaba con el rol de abusador. Y por último, la quinta fase era seguir con las representaciones de juego de roles, y cuando el sujeto representaba su papel de agresor, tenía que articular los pensamientos, sentimientos y fantasías que experimentó antes, durante y después del abuso. Inmediatamente después se mostraba el video y la grabación de los sentimientos y emociones de su víctima y los del grupo retroalimentaban la percepción tanto del abusador como de la víctima. Las evaluaciones fueron hechas antes y después del tratamiento con los siguientes instrumentos: el Índice de Reactividad Interpersonal, la

cual mide componentes de empatía; la Escala de Distorsión Cognitiva de Abel, la Escala de Aceptación de Mitos sobre la Violación de Burt, la Escala de Sucesos de Espectancia Generalizada de Fibel y Hale, la Escala de Autoegoísmo de Phares y Erskine y la Escala de Desdoblamiento (Splitting) de Personalidad de Gerson. Los resultados muestran una mayor empatía con los sobrevivientes de abuso sexual por parte de los pädofílicos que de los violadores; reduciendo significativamente la aceptación de los mitos sobre violación y de distorsiones cognitivas sobre su delito. Los autores concluyen que la importancia de los mecanismos de aceptación del delito tiene que ver con la percepción que tengan sobre su propia conducta y la empatía que sobre la víctima desarrollen a través de la perspectiva que el sobreviviente tiene del propio suceso.

Otro estudio referente a la evaluación de tratamientos es reportado por Marshall (1994) quien trabajó de forma grupal con 81 agresores sexuales encarcelados en un centro penitenciario de seguridad mínima canadiense; 15 de los ofensores eran violadores y los 66 restantes eran molestandores de niños. Su objetivo terapéutico era reducir la negación encubierta del agresor asumiendo su propia responsabilidad del delito y eliminar la minimización de su conducta la cual estaba ligada a la reducción de su propia percepción sobre su culpabilidad. El programa operaba como una terapia de grupo de diálogo abierto el cual significaba que el ofensor entraba tan pronto como existiera un espacio disponible para platicar la naturaleza de su ofensa, sus pensamientos y sentimientos, sus emociones y su estado mental, su nivel de intoxicación (si esto era relevante) y su interpretación sobre la reacción emocional y conductual de sus víctimas. Cada miembro del grupo escuchaba y preguntaba sus dudas y retroalimentaban con alguna experiencia de alguien de ellos (algo muy parecido a la forma de trabajo de los grupos de ayuda de Alcohólicos Anónimos o Neuróticos Anónimos en México). El agresor gastaba 70 hrs. en el tratamiento, lo cual en promedio significaban 12 semanas de tratamiento fuera del centro penitenciario y paralelamente el agresor se comprometía a tener terapia individual dentro del centro. El proceso consistía en que la gente admitiera sus actos, ya que esto implicaba que todos en el grupo estaban por el mismo delito y la confidencialidad y respeto era el fundamento del grupo. Los terapeutas daban explicaciones entre la distinción de la conducta ofensiva del agresor, la descripción del informe legal oficial que exponía el centro penitenciario y la conducta ofensiva de otros agresores; haciendo hincapié en la negación encubierta y la minimización de los actos que normalmente recurre el agresor sexual para justificar sus

conductas. La atmósfera deliberada de informalidad, según el autor, daba posibilidad a relajar las conductas y enfocarse seriamente en los pensamientos y sentimientos de los ofensores; lo cual conllevaba a bajar las defensas de agresión y contrataque que usualmente recurren al hablar de su conducta delictuosa. La forma de evaluar era mediante reportes de los sujetos realizados durante el proceso de terapia grupal que implicaba una escala de puntaje de 0 al 5 en donde el 0 reflejaba la no minimización y el 5 la máxima minimización. Los resultados describen que el número de ofensores quienes daban prioridad al tratamiento aceptaban o categorizaban su negación y a la vez, admitían que minimizaban sus ofensas. No existieron diferencias significativas entre los abusadores de niños y los violadores; el autor menciona un beneficio por igual para los dos tipos de ofensores sexuales.

En ese mismo año, Mc Kibben, Proulx y Lusignan (1994) realizaron un estudio para evaluar las relaciones entre conflicto, estados afectivos y conductas sexuales particulares (fantasías y actividades de masturbación en conjunción con las fantasías) en 22 hombres de nacionalidad francesa tipificados como ofensores sexuales (9 paidofílicos y 13 violadores), reclusos en un hospital psiquiátrico de seguridad media, el cual forma parte del Centro Penitenciario de Montreal, Quebec, Canadá. Antes del tratamiento, los sujetos tuvieron un entrenamiento para saber cómo diferenciar entre fantasías sexuales desviadas y no desviadas. Basándose en una larga lista de fantasías sexuales y una lista separada de sus propias fantasías, cada sujeto indicaba cuál de estas era considerada como desviada y cuales no; esta clasificación era discutida y retroalimentada por los terapeutas hasta que se establecía un acuerdo y el sujeto era capaz de diferenciarlas. Después de este entrenamiento, se les enseñó a cómo utilizar el método de evaluación llamado "Reporte de fantasía" el cual consistía en que el sujeto registraba la frecuencia de sus fantasías sexuales desviadas y no desviadas durante dos días usando una escala de 5 categorías (muy usual, mas usual, usual, menos usual, muy poco usual). También se indicaba la frecuencia en las masturbaciones que tenían relación con dichas fantasías; las cuales iban seguidas del estado de emoción que causaba la conducta: estrés, agresión, sentimientos de incapacidad, vergüenza, etc. El programa era aplicado para cada sujeto dos veces durante el segundo y tercer mes de su tratamiento, produciendo 30 reportes. La recolección de los datos de cada uno de los sujetos se realizó al finalizar un período de 42 meses. El tratamiento se aplicaba individualmente e implicaba el manejo de técnicas conductuales de acuerdo al

planteamiento de las metas y objetivos de las sesiones. Los resultados de este estudio muestran que los violadores tienen una correlación positiva entre el estado afectivo del sujeto (mal humor) con la incrementación de conductas masturbatorias relacionadas con fantasías sexuales desviadas. Las emociones provocadas por estos conflictos presentan rechazo (real o imaginario hacia la mujer), sentimientos de incapacidad, agresión, humillación y vergüenza. Sin embargo, en los paidofílicos no hubo relación entre el estado afectivo y la masturbación, sino que había mayor significancia entre el estado afectivo (buen humor) y las fantasías (a nivel cognitivo); reportándose solamente emociones de estrés y vergüenza. En ambos sujetos, los conflictos, los estados afectivos y las conductas sexuales no desviadas fueron independientes de cada uno. La conducta sexual desviada sólo tenía correlación con los conflictos emocionales y el estado afectivo de mal humor. Desafortunadamente, los autores explican que no solamente se pueden correlacionar estos resultados con las estrategias terapéuticas, sino que los factores ambientales, sociales, familiares y culturales del sujeto influyen en sus respuestas afectivas y cognitivas durante la investigación.

Eccles, Marshall y Barbaree (1994) por otro lado, evaluaron el rol de la violación como una forma de degradar e intimidar a la víctima por parte de los agresores sexuales. Su objetivo se centraba en conocer si los ofensores sexuales se diferenciaban de los no agresores enfatizando los elementos de degradación y agresión hacia las víctimas (mujeres adultas) en una violación. Para esto, evaluaron a 38 adultos hombres de los cuales 19 eran hombres no ofensores y 19 agresores sexuales encarcelados en la Institución Warkworth, una penitenciaría federal de Campbellford, Ontario. Todos ellos tuvieron un programa de tratamiento conductual y fueron evaluados mediante audiograbaciones, medidas fisiológicas de estimulación sexual y autorreportes en relación a 3 categorías: índice de agresión, índice de degradación e índice neutral. Los datos finales mostraron una correlación entre el índice de agresión y de degradación de los violadores más alto que en los no violadores. Los autores argumentan que puede deberse a las características de historias ofensivas en los violadores tales como el número de asaltos sexuales realizados o los registros de actitudes agresivas reforzadas por su medio. Se concluye el estudio mencionando que este tipo de procedimientos sobre medidas fisiológicas, limitan clínicamente los niveles de entendimiento de la propia conducta en el agresor y puede ser perjudicial para su rehabilitación; es decir, se puede caer en el riesgo de teorizar en "una desviación sexual de tipo físico" y disminuir la

atención a las actitudes desviantes socialmente que quizás presenta el violador, además de invalidar procedimientos cognitivos relacionados con su conducta delictiva.

Uno de los tratamientos más exitosos según Coleman (1996) es el desarrollado en la Universidad de Minnessota, USA; quienes cuentan con una población terapéutica de 20% de agresores sexuales voluntarios y un 80% de prisioneros sentenciados legalmente por el delito de violación por el Estado de Minnessota. Este tratamiento se realiza en una de las instalaciones de la Universidad lo cual le da al recluso una idea de tratamiento externo y permite que se minimicen los mecanismo de presión y obligatoriedad. El tratamiento tiene una duración de 2 a 4 años y las principales características para tener acceso a él son tener suficiente control de impulsos físicos y estar altamente motivado para modificar su conducta.

Colleman menciona que todos los agresores sexuales responden en forma compulsiva a una condición sexual erótica en donde la persona es excitada por un estímulo prohibido independiente y poco social. Esto implica que el agresor dependerá mayormente del estado de ansiedad que presente más que de un mecanismo de tipo sexual. Según este autor, los agresores sexuales presentan factores como: distanciamiento del padre, abuso sexual, traumas en la infancia, madre o esposa sobreprotectora, pasividad, baja autoestima, inmadurez social, disociaciones de conducta, exceso de moralismo, falta de autocontrol, ira reprimida, represión, excesiva manipulación y la no aceptación de que son agresores sexuales.

El proceso de tratamiento implica 3 áreas de evaluación: la primera referente a los factores biológicos que requieren de la aplicación de un examen neurológico al agresor para evaluar desórdenes orgánicos, lesiones cerebrales, problemas de retraso en el desarrollo, desórdenes conductuales, déficit en las secreciones hormonales y disfuncionamiento de los neurotransmisores. Asimismo, se realiza un examen físico, evaluando el desarrollo genital, las disfunciones sexuales físicas, el nivel de testosterona, entre otros. La segunda evaluación es la realización de un examen psiquiátrico que tiene como objetivo evaluar los niveles de depresión, ansiedad, desórdenes obsesivo-compulsivos, etc. Después de los resultados de estas dos evaluaciones, al agresor se le administrará algún medicamento para disminuir su ansiedad, sus conductas obsesivo-compulsivas y mejorar su control de impulsos y su bienestar general que permita, posteriormente motivarlo para las sesiones de trabajo terapéutico. La tercera evaluación consistirá en la intervención terapéutica a nivel

psicológico del victimario; ésta inicia con una entrevista para conocer su historia familiar y social y permite evaluar el nivel de motivación para el tratamiento; después se realizará un examen psicológico integrado por una batería de pruebas psicométricas de personalidad. También se analizarán la información del expediente legal (si es que lo tuviera) y se entrevistará a los asesores oficiales legales responsables de su custodia. Posteriormente, se firmará una carta compromiso para el tratamiento y se mantendrá un constante asesoramiento con el psiquiatra, el médico y los laboratoristas, quienes anteriormente ya le aplicaron su intervención. Las modalidades del tratamiento varían dependiendo de las dos evaluaciones iniciales; pueden ser, terapia de pareja, de grupo, individual y/o familiar (psicodinámica) además de constituirse grupos de esposas o padres y terapias grupales de orientación. La terapia de grupo es la más utilizada para los violadores ya que permite al individuo identificarse con otros agresores y retroalimentar sus cambios conductuales. Las actividades realizadas en este tipo de terapia son: aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento asertivo, entrenamiento en habilidades sociales, afectividad, lecturas de grupo, juego de roles, entre otras. Además se dejan tareas individuales, ejercicios conductuales a realizar dentro de su contexto, elaboración de autorreportes y seminarios de reevaluación. Se recomienda que en el grupo existan terapeutas tanto hombres como mujeres y que se estructuren metas y objetivos por sesión con la finalidad principal de prevenir la reincidencia. El seguimiento de los casos se realiza a 5, 10, 15 y 20 años, mediante entrevistas, aplicación de pruebas psicológicas, autorreportes, postevaluaciones médicas, psiquiátricas y de laboratorio, entre otras. Los resultados han mostrado que la tasa de reincidencia de los agresores atendidos ha sido sólo del 10%, lo que ha llevado a la estabilización del programa de forma institucional y al apoyo del Estado para su mantenimiento. La demanda del servicio es excesivamente alta e implica un proceso multidisciplinario e interdisciplinario complejo y estable.

Uno de los puntos más trabajados por las investigaciones con agresores sexuales son referidos a la reincidencia del delito. Si bien puede existir un excelente o adecuado tratamiento para victimarios que implique un cambio de estructura en su características personalógicas, en su ambiente externo y hasta en su modus vivendi, el punto de la reincidencia deja mucho que desear para dichos métodos de intervención. El seguimiento que se han realizado en los tratamientos revisados implica sesiones telefónicas cada quince, un mes, seis meses o un año después de su intervención, de

asesorías terapéuticas, así como de supervisión de actitudes y comportamientos que el agresor puede realizar después de un periodo de tiempo; los autorreportes tanto de ellos mismos como de sus familiares y personas cercanas a él son muy importantes. Groth (1981) menciona que existen seis indicadores que están asociados a un riesgo elevado de reincidencia: a) si el delito incluyó violencia y puso en riesgo a la víctima, b) si hubo acciones excéntricas durante el ataque o fue parte de algún tipo de ritual, c) que el agresor sea reincidente, d) que exista evidencia de psicopatología en el ofensor, e) que el sujeto no reconozca el delito (lo racionalice) y no esté motivado para el tratamiento, y f) que presente recursos personales deficientes tales como déficit social, excesivo aislamiento o pobreza extrema (Citado en: Garrido, 1993).

Hudson, Ward y Marshall (1992) realizaron un estudio en donde analizaron el proceso de recaída en agresores sexuales de acuerdo al efecto en la abstinencia de la violación. Ellos afirman que la etiología y el mantenimiento de la conducta problemática en el violador son causales ligados a los procesos cognitivos dentro del sujeto; por ejemplo, percepciones distorsionadas, creencias y pensamientos que envuelven conductas sexuales agresivas, entre otras.

Los autores describen el proceso de recaída como una cadena afectivo/cognitivo/conductual que culmina en la conducta sexual agresiva; es decir, empieza con alguna afeción negativa (soledad o confusión), a menudo ocasionado por un conflicto personal. Este afecto negativo desarrolla fantasías dirigidas a algún acto abusivo sexualmente el cual fue aprendido para reducir dicho sentimiento negativo. Las fantasías provocan en el hombre el justificante para iniciar procesos cognitivos ligados a reacciones emocionalmente agresivas; es decir, un sueño de cogniciones distorsionadas que servirán para racionalizar su sexualidad desviada. Como resultado de este proceso cognitivo/afectivo, el ofensor entonces empieza a planear un asalto y finaliza su acto llevando la fantasía a la acción de recaída. El factor primordial en este proceso de recaída implica una disminución del autocontrol por parte del agresor para decrementar sus fantasías procedentes de alguna afeción negativa; así como también la existencia de grandes discrepancias entre la conducta ideal y la conducta actual provocada por el grado de afecto negativo (sentimientos de culpa). Como consecuencia de este proceso, hay un decremento generalizado en las expectativas de relaciones de pareja afectivas futuras y una percepción de baja autoeficacia en dichas relaciones, y por consiguiente la repetición de las conductas prohibidas (recaídas). Si se concibe al afecto de la

abstinencia de violación como causa interna y controlable, tendrá expectativas para experimentar culpabilidad y baja autoestima. Por otro lado, si la causa de la recaída es percibida como interna e incontrolable, la persona tendrá experiencias de vergüenza, disminución de autoestima y poca motivación para hacer frente a su problema; esto último puede provocar que la recaída sea más probable. Si la causa es vista como externa pero controlable; entonces el resultado afecta en sus sentimientos de culpa y de nuevo la culpabilidad será el motivo del ofensor para evitar la recaída, pero si es vista como externa e incontrolable, justificará sus actos y depositará en la víctima la culpabilidad ("él o ella lo provocó").

Estos criterios hacen difícil el ser optimistas en la elaboración de diagnósticos y de mecanismos de tratamiento para este tipo de sujetos. Es evidente que en materia de delitos sexuales el peligro de reincidencia es mayor mientras exista mayor historia delictiva en el ofensor.

Es importante mencionar que existen otras aproximaciones teóricas que han desarrollado tratamientos para agresores sexuales y que aportan elementos terapéuticos relevantes para esta investigación.

Uno de ellos es el reportado por Elms (citado en Durrant y White, 1993) quien establece un trabajo psicoterapéutico con adolescentes agresores sexuales de acuerdo a lineamientos de la terapia sistémica. Sus objetivos son: reconocer la naturaleza y la dimensión de la agresión sexual para enfrentar el "problema"; alentar en el adolescente un sentido de responsabilidad por la conducta abusiva realizada, mediante el afrontamiento de las consecuencias psicológicas que puede presentar el agresor como son: perturbación, vergüenza, culpa y/o temores vinculados con el proceso; ayudar a comprender porqué ocurrió el abuso así como analizar el impacto potencial que puede tener la agresión sexual en las víctimas; y, alentar en el joven el desarrollo de relaciones de mayor estima y afecto. Para alcanzar dichos objetivos en la terapia se requiere considerar la importancia de las creencias y las perspectivas que permite a los adolescentes agresores y a sus familias, dar sentido a sus relaciones, al abuso sexual y a sí mismos. El tipo de interacción que exista entre las creencias creadas en la familia y la influencia de los valores socioculturales establecerán experiencias significativas que motivarán al adolescente y a sus familiares a comportarse frente a la agresión sexual de otra forma. Puesto que la mayor parte de los perpetradores sexuales seguirán

manteniendo relaciones familiares y/o sociales, se puede considerar a la psicoterapia implícita en una función preventiva.

El proceso terapéutico utilizado en este estudio es el de cuestionamiento (proceso de preguntas), el cual invita al paciente a describir, por un lado, las influencias de los problemas que tiene en su vida y en sus relaciones contextuales, y por el otro, a declarar qué influencias ejercen en su vida y en sus relaciones para mantener latente la agresión sexual. Este proceso lleva al paciente a identificar sus contradicciones en cuanto al conocimiento de sí mismo, de los demás y de sus relaciones contextuales (Durrant y White, op cit.).

Otra alternativa de tratamiento proporcionada dentro del trabajo hacia agresores sexuales adolescentes, está el desarrollado por Borzecki y Wormith (1987) en donde se utilizan programas comunitarios para su rehabilitación. Se requieren de unidades especiales de departamentos de psiquiatría (para casos de delincuentes sexuales violentos y de extremo peligro), recursos comunitarios de fase de atención ambulatoria (servicio y atención telefónica las 24 hrs. para situaciones de crisis en agresores sexuales) y el uso de los centros de empleo para jóvenes (Citado en: Trujano, 1992).

Por otro lado, existen estudios que utilizan fármacos para tratar a los agresores sexuales. Como ejemplo de éstos, se encuentra el elaborado por Cooper (1995) quien fundamentó el uso de dos drogas antilíbidales para disminuir la excitación sexual y su reincidencia en violadores con retraso mental. Este estudio explica que aproximadamente existe de 10 a 15% de agresores que son individuos con retardo mental o algún déficit en el desarrollo; la mayoría de los tratamientos para agresores sexuales implican entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, entrenamiento en conductas apropiadas, condicionamiento aversivo, entre otros. Sin embargo, el autor fundamenta su tratamiento en la incapacidad del sujeto mentalmente para controlar su conducta sexual. Recientemente, el uso de la farmacología en los individuos ha ayudado a decrementar desviaciones como hipersexualidad, agresión, pobre control de impulsos y se ha centrado principalmente en el uso del tratamiento hormonal (fundamentalmente estrógenos). Este autor explica el uso de los efectos de dos tipos de drogas antilíbidales; la primera llamada *Acetato medroxyprogesterona (MPA)* la cual fue aplicada a 300 ofensores sexuales quienes se les administraba entre 75 mg a 600 mg por semana intramuscularmente o arriba de 600 mg por día en forma oral con una duración de 14 a 21 días de administración. Los resultados reportan un decremento

significante en la tensión sexual, en las fantasías, preocupación sexual y frecuencia de la masturbación. Asimismo, la tasa de reincidencia tuvo una reducción importante; los individuos reportan una baja significativa en los niveles de testosterona así como la presencia de la oligospermia. La otra droga utilizada en estos estudios fue el antiandrógeno Acetato cyproterona (CPA), encontrándose dentro de sus estudios la aplicación a 600 ofensores sexuales recluidos en un hospital psiquiátrico a quienes se les administraba 100 mg oralmente por día durante 8 semanas. Los hallazgos muestran una reducción de los niveles de testosterona, así como en las medidas de tumescencia penil realizadas después de su administración. También reportan una baja en testosterona, niveles de gonadotropina y frecuencia en la masturbación.

Como contraindicaciones del uso de estos dos medicamentos para el tratamiento de agresores sexuales, el autor comenta que las dos drogas son auténticas antiandrogénicas e implicaría que no se podría prescribir a hombres menores de 18 años quienes todavía no tienen un desarrollo funcional testicular completo. Asimismo menciona que ambas sustancias reducen los niveles de gonadotropina e incrementa lo de prolactina lo cual podría causar disfunciones conductuales en los agresores (feminización). Asimismo, discute el hecho de que los procesos cognitivos en los agresores sexuales pueden ser más importantes que el control de los niveles fisiológicos de testosterona. Según otras investigaciones, existen individuos con un alto nivel de testosterona que no son agresivos sexualmente. Quizás este tratamiento sólo ayuda a sujetos con problemas mentales e implicaría un número reducido de sujetos que cometen el acto de violación sexual.

La importancia de este estudio es tomar en cuenta, que aunque el origen o la causa de una conducta sexualmente agresiva sea de tipo biológico o fisiológico e implique la prescripción de medicamentos; se requiere de mayores elementos terapéuticos para una reintegración del individuo tanto hacia su propia vida como hacia la sociedad. Además, este estudio hace hincapié en los objetivos que deben tener los tratamientos así como la aplicación de diversas formas de abordaje terapéutico (entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, eliminación de conductas inapropiadas a través de condicionamiento aversivo, educación sexual, manejo de conductas de riesgo, etc.).

Por último, algunos autores mencionan otros tratamientos no psicológicos para agresores sexuales como son: 1) el tratamiento convencional- el cual se refiere al

encarcelamiento de los agresores que impide al sujeto gozar de su libertad y pensar que es una forma de "castigo" para dejar de cometer la agresión sexual. 2) Tratamientos controvertidos- que incluye como primer lugar a la castración quirúrgica en el agresor sexual, cuyo objetivo de acuerdo con algunas investigaciones es disminuir las relaciones sexuales, la masturbación y la frecuencia de las fantasías sexuales en violadores y paidófilos. Sin embargo, también se mencionan que este tipo de sujetos son capaces de realizar la agresión sexual sin necesidad de estimulación física (Marshall y Cols. 1991). Otro tipo de tratamiento controvertido es la quimioterapia, el cual implica la reducción mediante fármacos de la excitación sexual (Wincze, Bansal y Malamud, 1986). La efectividad de los tratamientos biológicos deja mucho que desear así como los "tratamientos" convencionales existentes en la actualidad (Citados en: Sue y Cols. 1996).

Para concluir este capítulo, es importante mencionar que los modelos terapéuticos independientemente de su aproximación teórica, buscan desarrollar opciones psicológicas que permitan al agresor disminuir y/o delimitar la conducta delictiva así como evaluar un amplio rango de alternativas significativas de cambio para el sujeto. La importancia del conocimiento especializado, la experiencia, las habilidades y las cualidades que el terapeuta debe tener para el trato con agresores sexuales, así como el trato sensible y la aplicabilidad de estos programas directamente en la comunidad, son factores fundamentales para el tratamiento terapéutico de violadores.

Aun cuando los diferentes modelos de tratamiento incluyen muchas veces perspectivas clínicas, existe un énfasis mayor en la orientación psicoeducativa, a partir de la cual se entiende que la tarea básica del psicólogo es proporcionar nuevos recursos personales (habilidades, capacidades, sentidos de competencia social) para que el delincuente tenga nuevas y mejores opciones con las que modificar su ambiente y su lugar dentro de él.

Probablemente, la forma más eficaz de considerar la relación existente entre los métodos clínicos versus psicoeducativos sea la de complementariedad. Pero la idea fundamental es que el sujeto ha de aprender nuevos modos de percibir la realidad, nuevas formas de actuación, tal y como otras capacidades se aprenden, aun cuando las enormes deficiencias de los agresores sexuales exijan que tales aprendizajes sean más complejos e intensivos.

La aplicación de la psicología cognitivo-conductual se fundamenta en el aprendizaje social del ser humano; a través de las técnicas de modificación de conducta

que se consideren más pertinentes para cada contexto concreto, se adoptan estrategias de búsqueda ya sea sobre el individuo, grupo, organización o comunidad, para hacer énfasis en la prevención primaria o secundaria del comportamiento "a cambio" . Este campo de aplicabilidad de la psicología, puede ser bastante útil para el tratamiento con agresores sexuales y marcar pautas diferentes de intervención hacia ellos.

CAPITULO 6

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

6.1 JUSTIFICACIÓN.

De acuerdo a las estadísticas reportadas por la Procuraduría General de Justicia del Estado de México (1991-1996), de 10,421 averiguaciones previas levantadas por el delito de violación, 5,807 son consignadas o sentenciadas, lo cual implicaría que las denuncias restantes se reservan (2,699), se archivan (770) o se canalizan a otras autoridades o instituciones (430). Asimismo, si nos basamos en las estadísticas del Dr. Ruiz Harrel (1990) quien menciona que el 20% de los agresores se encuentran detenidos o juzgados, se podría indicar que el 80% se encuentran en las calles sometiendo a mujeres, infantes, ancianos (as), impedidos, enfermos (as), indígenas y a toda persona que socialmente pueda ser concebida como "subordinada o inferior".

La Violencia sexual es un fenómeno multicausal en el que están inmersos aspectos psicológicos, éticos, médicos, legales y sociales, presentando un serio problema de salud pública; lo cual debe de abordarse desde una perspectiva multidisciplinaria y de compromiso profesional tanto de las disciplinas de la salud como de los representantes legales del Estado.

La Psicología, entendida como una disciplina encargada de analizar y explicar la conducta humana, ha estudiado sistemáticamente este problema social, enfocándose mayormente al área clínica debido a las consecuencias y secuelas negativas que presentan las víctimas de este delito. Para ello, deben ser atendidas por profesionistas capacitados, especializados y sensibilizados a los comportamientos del ser humano tanto individual como socialmente. Además, al considerarse la violencia sexual como un problema social debido a la magnitud, trascendencia e importancia en el deterioro del desarrollo psicosocial de cada individuo, perjudica no sólo a la víctima, sino a todas las personas alrededor del problema; incluyendo al propio agresor como principal resultante del cuestionamiento de su conducta, cogniciones, sentimientos y valores de sí mismo.

Para ello, se han creado centros especializados que ayudan a reincorporar a la víctima a la sociedad y a su vida en particular, dándole atención psicológica, legal y médica personalizada y especializada tanto para ella como para su familiares. Sin embargo, son pocos los lugares en donde el agresor pueda ser ayudado a integrarse sanamente a la sociedad. Se cree que la atención dada en los reclusorios y centros de readaptación social a nivel psicológico, posibilitaría un buen desarrollo personal y ayudaría a su restablecimiento psicosocial; aunque, el papel del psicólogo en estos

centros se limita únicamente a la aplicación de pruebas y a su interpretación, quedando así un vacío sobre los comportamientos que puede presentar fuera del éste (el 98% de los casos que salen de prisión son reincidentes. Dato estadístico del PIAV-PGJEM, 1993).

Jaimés y Ramírez (1994) mencionan que la vida en prisión de cualquier persona, aparte de limitar su libertad disminuye su autoestima debido a factores como: separación de los internos de su ambiente social, pérdida de su rol como persona (hombre o mujer), pérdida de su rol como integrante de familia así como aceptación de reglas y solicitud de permisos que comunmente no se consultan (fumar, afeitarse, telefonar, enviar cartas, etc.). También la baja de autoestima en los reclusos tiene que ver con el trato y forma de relacionarse con ellos en las instituciones; por ejemplo: obligarlos a obedecer de maneras humillantes e inhumanas, violando su intimidad e integridad personal (mantener relaciones homosexuales con custodios o internos, o violarlos) y restringiendo sus conductas y habilidades personales.

El hecho de que un violador esté encarcelado no sólo limitará su desarrollo personal sino que además influenciará en su comportamiento hacia los demás. Muchos de los presos toman la cárcel como una experiencia más en su vida, teniendo una actitud de "pasar el rato", evitándose problemas y buscando actividades para ocupar su tiempo, con el objeto de salir pronto de ese lugar y seguir con su vida igual que como la tenían. Estos reclusos se someten voluntariamente a los programas de tratamiento que existen en las prisiones de forma interesada para que lo tomen en cuenta en su caso legal y puedan salir más rápido. Otros agresores sexuales que quedan presos hacen de la cárcel su mundo, buscando posiciones de poder dentro de la institución. No tienen un interés en salir rápido del lugar y no les interesan las psicoterapias; sino seguir ejerciendo poder y fuerza en cualquier medio donde se desenvuelvan. También encontramos a los que desean cambiar radicalmente su vida y aprovechan el encarcelamiento para utilizar los recursos que se les brindan. Tienen una idea de reformación y aceptan gustosamente las sesiones rehabilitatorias. Muchos de ellos, aceptan su delito y desean cambiar o dejar de hacerlo (casi siempre son los que violan una o dos veces y los atrapan). Este tipo de presos son muy pocos y se distinguen por su baja autoestima y poder de cooperación (Procuraduría General de Justicia del Estado de México, 1993).

También se reporta que dentro de los centros penitenciarios, las relaciones sociales entre los presos son casi nulas, debido a la poca visita que tienen de sus familiares o conocidos. Generalmente, los victimarios presentan ante estas situaciones, estados de aislamiento y soledad.

Estos son algunos daños psicológicos que repercuten en la conducta de los presos y en particular de los agresores sexuales quienes al salir de ahí se encuentran "enojados con el mundo" y se sienten marcados por la sociedad. Lo anterior suele provocar un gran resentimiento y desean de alguna u otra forma vengarse de esto. Podemos pensar quizás, en encontrar en esta justificación el por qué siguen delinquiendo o el por qué no presentan sentimientos de culpa. Quizás también conlleve a buscar dentro de los estudios realizados en los centros penitenciarios, características de personalidad ya mencionadas en el capítulo 4 con variables específicas de problemas psicológicos tal vez no presentes antes de entrar en estas instituciones y por tanto no predisponentes en el fenómeno de la violación sexual.

Existen investigaciones actuales que proponen campos de trabajo rehabilitatorio para el agresor sexual. Uno de ellos es el mencionado por Ávila, Jiménez y León (1991) quienes proponen alternativas de tratamiento cognitivo-conductual mediante la aplicación de técnicas de modificación de conducta en estos sujetos. Sin embargo, sólo quedan como propuestas no realizándose un trabajo de campo real fuera de los centros legales. Por otro lado, Lazarini (1993) menciona un manejo terapéutico psicoanalítico exitoso para estos sujetos, pero esto implicaría debido al tipo de teoría psicológica utilizada una reducción en cuanto a la cantidad de agresores que se atenderían así como el exceso en tiempo y costo para la psicoterapia.

En 1989, se crea dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, el Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV-UNAM) que tiene como objetivo proporcionar servicio psicoterapéutico especializado y profesional desde un enfoque de género a las personas en estado de crisis emocional y supervivientes de violencia sexual.

Inicialmente este centro atendía a víctimas de violencia sexual y familiares de las mismas, dándoles asesoría legal, atención médica y tratamiento psicológico. Desde 1993, empezó a existir una relación con personas que deseaban que también el agresor tuviera ayuda psicológica (casos que principalmente eran conocidos o familiares de la víctima, generalmente en delitos como abuso sexual infantil o violación de menores y

que deseaban ayuda psicológica para el familiar agresor, tratando de evitar así la denuncia legal y/o el rompimiento familiar). Esto hizo que se diseñaran herramientas de evaluación para su diagnóstico de acuerdo a instrumentos utilizados en centros penitenciarios u otros lugares de atención de esta problemática y se trató de utilizar un conjunto de técnicas terapéuticas de enfoque cognitivo-conductual dentro de el tratamiento de los agresores.

La entrevista que se utiliza en este centro para violadores fue retomada de la revisión de los estudios realizados en México con agresores sexuales sentenciados legalmente (Argüelles, Castro y Hernández, 1988; Martínez, Rodríguez y Zárate, 1988; Ruíz, 1989, PGJEM, 1993) tratando de cubrir las áreas que dieran mayor información sobre sus características psicológicas y cognitivas en relación al problema.

Los inventarios (cognitivo, fisiológico, emocional y afectivo) así como el cuestionario socioeconómico fueron adaptados de los instrumentos aplicados a las víctimas de violencia sexual utilizados en el PIAV, los cuales se diseñaron a partir de los propuestos por Slaikeu (1987).

Actualmente se han atendido 14 casos utilizándose para cada uno, diferentes instrumentos de evaluación inicial y continua, tratándose en la medida de lo posible usar los mismos instrumentos evaluativos y de intervención que pudieran ayudar a diseñar un tratamiento terapéutico psicológico posterior.

Los expedientes de los agresores sexuales contienen los siguientes instrumentos y documentos terapéuticos:

- a) Entrevista inicial para violadores.
- b) 4 Inventarios sobre: sentimientos, emociones, conductas fisiológicas y cogniciones.
- c) Autorreportes sobre: el concepto de sí mismo, percepción del acto delictivo, concepto de mujer y de hombre, conocimiento de derechos y valores humanos, entre otros.
- d) Cuestionario socio-económico.
- e) Autorreportes realizados por la madre, esposa y/o familiares sobre la conducta del paciente antes, durante y después del tratamiento.
- f) Autorreporte sobre los hechos violatorios (presencia de una carta escrita en sobre cerrado sobre cómo ocurrió la violación o el abuso sexual).

Los sujetos eran atendidos una vez a la semana, teniendo inicialmente resistencia para hablar sobre el delito (más aún siendo la terapeuta del sexo femenino). Sin embargo, al asistir más que a una sesión en la que se presentara una acusación sobre su conducta delictuosa, era un espacio para hablar sobre ellos mismos; sus sentimientos, emociones, pensamientos, conductas, etc., lo cual ayudaba al agresor a disminuir su inhibición así como su apatía.

Un factor importante es el hecho de existir una carta condicional en la cual el paciente firmaba de la aceptación de las terapias y se comprometía a asistir puntual y constantemente a éstas; de no ser así, cedía todos los derechos al psicólogo para utilizar las pruebas terapéuticas sobre los hechos delictuosos realizados, así como iniciar una acusación legal.

Las sesiones terapéuticas en promedio duraban 6 meses, teniendo un seguimiento de cada dos meses (asistencia a sesión) y posteriormente de 4 meses (llamada telefónica). Dentro de las sesiones terapéuticas se manejaban las siguientes técnicas cognitivo-conductuales de acuerdo a las metas y objetivos propuestos al inicio de las sesiones:

- 1) Reestructuración de pensamientos
- 2) Manejo de conflictos y solución de problemas.
- 3) Terapia Racional Emotiva (dependiendo de los objetivos y metas terapéuticas).
- 4) Entrenamiento asertivo y de autocontrol.
- 5) Fases educativas sobre: sexualidad, conceptualización de roles de género, derechos y valores humanos, violencia sexual (características y consecuencias), entre otros temas.
- 6) Entrenamiento en habilidades sociales.

No todas las técnicas fueron utilizadas en cada caso, variaban dependiendo de la disponibilidad del paciente así como del apoyo familiar que tuvieran (se atendía también en ocasiones a la madre o a la esposa). Actualmente, 11 de ellos se encuentran en seguimiento (2 en seguimiento de 2 meses y 9 en seguimiento de 4 a 6 meses) y 3 de ellos asisten a consulta cada 15 días.

El reconocimiento social del PIAV-UNAM así como la ampliación de otros PIAV'S por parte de la Procuraduría General de Justicia del Estado de México (16 PIAV'S-Procuraduría), han incrementado las redes de comunicación entre otros centros de apoyo gubernamental y no gubernamental; haciendo que el servicio para la atención de

los agresores sea mayormente demandada tanto por parte de familiares como de las instituciones legales (Consejos Tutelares de Menores, Reclusorios y Centros de Readaptación Social y Prevención del Estado de México).

Esto ha llevado a extender el servicio, lo cual implicaría la necesidad de diseñar un modelo de tratamiento psicológico que pudiera ser aplicado a cualquier sujeto que se definiera como agresor sexual y que fuera realizado por personal profesional y sensibilizado en la problemática de este fenómeno social.

6.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es difícil conocer de manera precisa, cuáles son las condiciones en las que ocurre la violencia sexual y cuáles son las características que presentan las víctimas y los victimarios para que se dé el delito. Una alternativa para analizar este problema, es la utilización de estudios epidemiológicos que permitan conocer la relación entre estos factores.

Dichos estudios permiten analizar las condiciones y situaciones en las que se presenta este fenómeno en relación a las características de personalidad tanto del agresor como de la ofendida. Para ello, dentro de la violación sexual se ha manejado de acuerdo a los estudios una "triada violatoria", la cual representa una relación multicausal.

VÍCTIMA-----SITUACIÓN-----VICTIMARIO

La primera área de esta triada se refiere a las características de las víctimas encontrándose factores como: incompetencia social (actitudes de la mujer sobre su seguridad, independencia, dominio, sociabilidad, asertividad y presencia social), indefensión, carácter pasivo a nivel sexual, déficit en habilidades cognitivas, asertivas y de autodefensa, entre otras. Estos factores pueden hacer que la persona llegue a ser más vulnerable a este tipo de asalto, aunque no necesariamente al presentarlas esté propicia para ello.

Otro elemento de la triada violatoria se refiere a las condiciones situacionales que pueden llevar a una violación sexual; por ejemplo: adopción y aceptación exagerada de los roles sexuales tradicionales, ambientes de riesgo (calles con poco alumbrado, líneas

de comunicación escasas, presencia de baldíos y terrenos desocupados, etc.), medios de comunicación masiva con información exagerada sobre violencia social, entre otras.

El último factor de la triada violatoria es el referente a las características físicas, psicológicas y sociales de los agresores sexuales, que de acuerdo con los estudios ya anteriormente descritos encontramos: excitación sexual desviada, problemas de discriminación, inhabilidades interpersonales y heterosexuales, impulsividad, agresividad, etc.

Una de las finalidades del presente trabajo pretende analizar este último punto de la triada, que implicaría conocer cuáles serían las características de personalidad que puede presentar un agresor sexual que se encuentra fuera de una institución legal (gozando de su libertad) y que además expresa una conducta delictuosa social y legalmente definida como violación de mujeres o de infantes. Si existiese una "aceptación" o consentimiento por parte del agresor para integrarse a una relación terapéutica en donde se evaluara y trabajara la conducta sexual problemática, ¿Cuáles serían las herramientas evaluativas y terapéuticas que se requerirían para la construcción de un diseño de tratamiento que ayudara a su rehabilitación y/o reeducación?

6.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Seleccionar un conjunto de herramientas evaluativas y terapéuticas que permitan desarrollar una propuesta alternativa de tratamiento cognitivo-conductual para 14 agresores sexuales no juzgados legalmente.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Describir cuáles son las características físicas, psicológicas, familiares, sexuales y sociales que presenta una muestra de población disponible de agresores sexuales no juzgados legalmente.

2. Analizar los resultados de los instrumentos evaluativos utilizados en la muestra disponible de agresores sexuales no juzgados legalmente.

3. Seleccionar y conjuntar un paquete de herramientas cognitivo-conductuales de acuerdo al análisis comparativo de los resultados.

4. Proponer un programa alternativo terapéutico para la intervención de agresores sexuales.

6.4 MÉTODO

SUJETOS

Participarán 14 agresores sexuales que no han sido juzgados ni demandados legalmente, los cuales fueron la población disponible que solicitaron el servicio de atención psicológica. (PIAV 1993-1995). Todos son del sexo masculino, con un rango de edad de 13 a 56 años (promedio 24 años). 8 de ellos remitidos por sus familiares (principalmente la madre o la esposa) y 4 por propaganda externa y/o amigos.

Se utilizarán sólo los expedientes de los agresores, los cuales contienen tanto la entrevista inicial como las evaluaciones y los resultados de las sesiones de trabajo, cuidando tanto la confidencialidad como el anonimato de éstos.

ESCENARIOS.

La Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) en la UNAM Campus Iztacala cuenta con un Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV) en donde se atendieron los 14 casos de agresores sexuales. El PIAV se encuentra ubicado en el Segundo Piso de la CUSI Cubículos 14 y 15. Para esta investigación no se requirió de ningún escenario en particular debido a que es una investigación no experimental.

6.5 INSTRUMENTOS Y MATERIALES.

Los materiales e instrumentos que se utilizarán son los que estuvieron contenidos en todos los expedientes de los sujetos en función de los objetivos de esta investigación:

- 1- Cuestionario de entrevista inicial para agresores sexuales (anexo 1)
- 2- Inventarios psicológicos: sobre pensamientos, sentimientos y emociones (anexo 2)
- 3- Cuestionario Socioeconómico (anexo 3)
- 4- Evaluaciones Indirectas: autorreportes del paciente (anexo 4)
- 5- Cuestionario sobre conocimientos de sexualidad y educación de la Sexualidad (anexo 5).

6.6 PROCEDIMIENTO

1. Esquematación y vaciado de datos de los instrumentos evaluativos que se aplicaron en los 14 casos clínicos (Anexo 6). Sólo se analizarán los cuadros sombreados que se muestran en el anexo ya que son los instrumentos repetidos en cada expediente.
2. Revisión y análisis de los instrumentos repetidos en cada expediente de los 14 agresores sexuales.
3. Descripción de las características físicas, psicológicas, familiares, sexuales y situacionales que se encontrarán en las entrevistas aplicadas a los 14 casos de agresores sexuales.
4. Descripción de las características psicológicas que se encontrarán en los inventarios de cogniciones, emociones, sentimientos y conductas fisiológicas para cada sujeto.
5. Descripción y análisis de los resultados a encontrar en el cuestionario de estudio socioeconómico aplicado a cada agresor sexual.
6. Descripción y análisis cualitativo de los autorreportes realizados por los agresores sexuales.
7. Descripción y análisis de los resultados que se encontrarán en el cuestionario sobre conocimientos de la sexualidad y de educación de la sexualidad que se aplicaron a los 14 victimarios.
8. Análisis comparativo de las áreas psicológicas presentadas con mayor frecuencia en los resultados, de acuerdo a cada uno de los instrumentos a revisar.
9. Selección del paquete de herramientas evaluativas y terapéuticas de acuerdo al punto anterior.
10. Estructuración de una propuesta alternativa de tratamiento para agresores sexuales.

DISEÑO

El diseño utilizado en este trabajo será el *expost-facto*, el cual tiene como finalidad encontrar los patrones recurrentes al comparar diversas muestras o situaciones en un mismo individuo y/o entre varios.

Este tipo de diseño se utiliza dentro de la investigación no experimental la cual se define como aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables; es decir, se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

Similarmente Kelinger (1979) menciona que en un estudio no experimental o *expost-facto* no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes no provocadas por el investigador. En esta investigación las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas; por tanto el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos (Citado en: Hernández, Fernández y Baptista, op cit).

6.7 RESULTADOS

Los resultados muestran sólo los instrumentos que han sido utilizados en todos los 14 casos clínicos.

1. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA INICIAL

DATOS GENERALES SOBRE LOS AGRESORES SEXUALES

TABLA 1. ESCOLARIDAD		
GRADO ESCOLAR	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Primaria Incompleta	0	0%
Primaria Completa	3	21%
Secundaria Incompleta	3	21%
Secundaria Completa	1	7%
Bachillerato	3	21%
Profesional	4	30%
TOTAL	14	100%

TABLA 2. OCUPACION		
OCUPACION	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Oficios	4	29%
Empleado	3	21%
Profesional	3	21%
Estudiante	8*	57%
TOTAL	14	100%

* NOTA: Hubo 4 personas que estan estudiando y a la vez trabajando.

TABLA 3. ESTADO CIVIL		
ESTADO CIVIL	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Soltero	11	79%
Casado	3	21%
TOTAL	14	100%

TABLA 4. TIPO DE FAMILIA DE ORIGEN

TIPO DE FAMILIA	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Nuclear	11	79%
Extensa	3	21%
TOTAL	14	100%

CARACTERISTICAS FISICAS DE LOS AGRESORES SEXUALES

TABLA 5. ESTATURA		
TIPO DE ESTATURA	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Alto	5	36%
Medio	5	36%
Bajo	4	28%
TOTAL	14	100%

TABLA 6. COMPLEXION		
TIPO DE COMPLEXION	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Robusto	4	29%
Medio	2	14%
Delgado	8	57%
TOTAL	14	100%

TABLA 7. PRESENCIA DE BIGOTE, BARBA y ANTEOJOS		
TIPO DE PRESENCIA	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
No-Bigote	10	71%
Si-Bigote	4	29%
No-Barba	12	86%
Si-Barba	2	14%
No-Anteojos	11	79%
Si-Anteojos	3	21%
TOTAL	14	100%

TABLA 8. ROPA DE USO DIARIO

TIPO DE ROPA	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Mezclilla	7	50%
Ropa de vestir	3	21%
Deportiva	1	7%
Casual	1	7%
Uniforme	2	14%
TOTAL	14	100%

**CARACTERISTICAS SITUACIONALES DE LOS ATAQUES REALIZADOS POR
LOS AGRESORES SEXUALES**

TABLA 9. HORA DE ATAQUE		
HORA	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
10 a 13:59 hrs.	3	21%
14 a 17:59 hrs.	3	21%
18 a 21:59 hrs.	7	50%
22 a 01:59 hrs	1	8%
TOTAL	14	100%

TABLA 10. DIA DEL ATAQUE		
DIA	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Martes	1	7%
Miércoles	7	50%
Jueves	3	21%
Viernes	2	15%
Sábado	1	7%
TOTAL	14	100%

TABLA 11. LUGAR DEL ATAQUE		
TIPO DE LUGAR	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Abierto	2	14%
Cerrado	12	86%
TOTAL	14	100%

TABLA 12. RELACION CON LA VICTIMA		
TIPO DE RELACION	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Desconocida	2	14%
Conocida	4	29%
Familiar	8	57%
TOTAL	14	100%

TABLA 13. FORMAS DE ATAQUE

TIPO DE ATAQUE	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Fuerza Física	1	7%
Fuerza moral e Intimidación	11	79%
Amenazas y coerción	2	14%
TOTAL	14	100%

TABLA 14. INFLUENCIA DE ALCOHOL O DROGAS

TIPO DE INFLUENCIA	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Alcohol	3	21%
Ninguna	11	79%
TOTAL	14	100%

TABLA 15. REINCIDENCIA DE LOS ATAQUES

PRESENCIA	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Si	2	14%
No	12	86%
TOTAL	14	100%

TABLA 16. CAUSAS DEL POR QUÉ REALIZÓ EL DELITO

TIPO	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Ganas de violar	2	14%
Ignorancia	9	64%
Impulso sexual	3	22%
TOTAL	14	100%

CARACTERISTICAS SEXUALES DE LOS AGRESORES SEXUALES

TIPO	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Homosexual	2	14%
Heterosexual	12	86%
Bisexual	0	0%
TOTAL	14	100%

FRECUENCIA	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Diaria	5	36%
Cada tercer día	5	36%
Más de una semana	1	7%
No lo hubo	3	21%
TOTAL	14	100%

SATISFACCION	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Si	5	36%
No	2	14%
No existen relaciones coitales	7	50%
TOTAL	14	100%

VICTIMA	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Si	6	43%
No	8	57%
TOTAL	14	100%

TABLA 21. PRESENCIA DE SENTIMIENTOS DE CULPA		
PRESENCIA	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Si	10	71%
No	4	29%
TOTAL	14	100%

TABLA 22. ANTECED. DE INFORM. SOBRE SEXUALIDAD		
TIPO DE FUENTE	No. DE AGRESORES	PORCENTAJE
Escuela	6	43%
Padres	0	0%
Medios de Comunicación	11*	79%
Amigos	8	57%
TOTAL	14	100%
* NOTA: Hubo 11 personas que reportaron esta fuente y a la vez otra		

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA ENTREVISTA INICIAL.

De acuerdo con los datos relacionados a las características físicas de la muestra de violadores, los resultados muestran que el 100% pertenecen al sexo masculino; un 70% tienen estudios escolares básicos de los cuales el 30% cuentan con estudios profesionales; el 72% de los sujetos se encuentran con estatura alta y media, siendo el 57% de compleción delgada. La ocupación de la muestra es principalmente dirigida a oficios (carpintero, albañil, mecánico, tomero, pollero, etc.), aunque el 57% de ellos además de trabajar se encuentran estudiando. El 79% de los sujetos son solteros con un promedio de edad de 14 a 35 años. Su aspecto físico en cuanto a su aseo personal es de limpieza (57%), sin bigote (71%), sin barba (86%) y sin anteojos (79%); tienden a usar ropa no formal (pantalón de mezclilla, playeras o camisas de mangas cortas, zapatos de diario o tenis). El 79% provienen de familias de tipo nuclear lo cual quiere decir que han vivido la mayoría del tiempo en casas constituidas solamente por padres e hijos.

En los resultados que se muestran en relación a las características situacionales que se encontraron en los delitos cometidos por la muestra de población, se observa que en un 50% de los asaltos ocurrieron entre las 18:00 hrs y las 21:59 hrs, con preferencia en días miércoles y con un 86% en lugares cerrados, principalmente la casa de la víctima. La preferencia sexual del agresor hacia la víctima fue heterosexual (86%) teniendo el 72% de ellos una frecuencia de masturbación antes del ataque entre una vez al día y tres veces a la semana. También en un 64% los sujetos actuaron individualmente planeando las situaciones de ataque hasta por una semana de anticipación; sin importar la ropa que usaba la víctima en ese momento. El 79% de ellos usaron la fuerza moral o la intimidación para realizar el delito. La relación de la víctima con el agresor fue en un 57% conocido siendo principalmente parientes (padre-hija, padrastro-hijastra, hermano-hermana, tío-sobrino). Además el 79% reporta no haber estado influenciado por el alcohol u otra(s) droga(s) y haber realizado el acto por desconocimiento o ignorancia de lo que estaban haciendo ("no sabía que era un delito", "no pensé que eso era violación o abuso sexual").

Por último, las características sexuales encontradas en los violadores según este apartado de resultados demuestra que el 79% de los sujetos tuvieron sus primeros conocimientos sobre sexualidad a través de los medios de comunicación masiva; un 43% de ellos fueron abusados sexualmente de niños o tuvieron alguna experiencia sexual de tipo agresiva durante la infancia. La reincidencia del delito de acuerdo a la información de la muestra es baja (14%) mostrándose un reporte sobre sentimientos de culpa en la entrevista de un 71%. Asimismo mencionan en un 50% que no existen relaciones sexuales frecuentes con mujeres debido a la falta de habilidad para proponer o invitar a realizar dichos actos.

2. RESULTADOS DE LOS INVENTARIOS INICIALES

COGNICIONES

INTRUCCIONES: Marca con una "x" la columna que exprese la frecuencia con la que presentan los pensamientos siguientes.

PENSAMIENTOS	POCAS VECES (1 VEZ A LA SEMANA)	REGULARMENTE (3 VECES POR SEMANA)	GENERALMENTE (5 VECES POR SEMANA)	SIEMPRE (DIARIO)
1. Pienso que los demás son injustos conmigo.	1	6	7	0
2. Tengo ideas que me afectan y no puedo apartarlas de mi cabeza.	0	4	8	2
3. Tengo una fuerte tendencia a pensar sobre mi persona.	0	7	7	0
4. Constantemente pienso en experiencias negativas pasadas.	0	4	1	9
5. Soy culpable de lo que me pasa.	5	2	4	3
6. Debo ser apto y eficaz en todos los aspectos posibles.	0	5	5	4
7. Pienso que aunque me esfuerce por algo, siempre resulta mal.	5	3	2	4
8. Me es difícil aceptar las reglas sociales existentes.	2	5	5	2
9. Soy optimista y constantemente creo que las cosas saldrán bien.	4	4	2	4
10. Mis amigos y mi familia cumple con las expectativas que tengo.	0	3	5	6
TOTAL	17	43	46	34

EMOCIONES

INTRUCCIONES: Marca con una "x" la columna que exprese la frecuencia con la que presentan los sentimientos siguientes.

SENTIMIENTOS	POCAS VECES (1 VEZ A LA SEMANA)	REGULARMENTE (3 VECES POR SEMANA)	GENERALMENTE (5 VECES POR SEMANA)	SIEMPRE (DIARIO)
1. Me siento preocupado e intranquilo por mis problemas.	2	5	5	2
2. Constantemente estoy enojado o irritado.	0	5	5	4
3. Me siento frustrado cuando algo me sale mal.	0	5	5	4
4. Constantemente siento la necesidad de seguir superándome.	0	4	5	5
5. Ultimamente me siento sólo.	2	5	5	2
6. Siento la necesidad de compartir algo con los otros.	0	6	4	4
7. Me siento desorientado en relación a mi vida futura.	0	5	4	5
8. Cuando incumplo algo, me siento frustrado por no hacerlo.	2	2	6	4
9. Ultimamente tengo estados de ánimo cuyas causas me resultan inexplicables.	2	5	5	2
10. Estoy contento y feliz con mi vida, me siento seguro de mí mismo.	4	3	5	2
TOTAL	12	45	49	34

ACTITUDES

INTRUCCIONES: Marca con una "x" la columna que exprese la frecuencia con la que presentan las conductas siguientes.

CONDUCTAS	POCAS VECES	REGULARMENTE	GENERALMENTE	SIEMPRE
	(1 VEZ A LA SEMANA)	(3 VECES POR SEMANA)	(5 VECES POR SEMANA)	(DIARIO)
1. Tengo dificultades para expresar lo que pienso.	8	2	2	2
2. Muchas de las cosas que hago no deseo hacerlas.	2	5	5	2
3. Me cuesta trabajo tomar decisiones ante mis conflictos.	5	5	2	2
4. Me gusta actuar sobre normas ya establecidas.	4	5	2	3
5. Tengo problemas para relacionarme y hablar con los otros.	2	5	5	2
6. Soy dado a elaborar y llevar a cabo planes futuros.	3	5	3	3
7. Me gusta cumplir con todas las exigencias que me plantean.	4	5	3	2
8. Me altero con facilidad cuando no se hace lo que quiero.	2	5	5	2
9. Me cuesta trabajo realizar iniciativas personales.	2	5	4	3
10. Soy fácil de convencer.	4	5	5	0
TOTAL	36	47	36	21

REACCIONES FISIOLÓGICAS

INTRUCCIONES: Marca con una "x" la columna que exprese la frecuencia con la que presentan las sensaciones siguientes.

SENSACIONES	POCAS VECES (1 VEZ A LA SEMANA)	REGULARMENTE (3 VECES POR SEMANA)	GENERALMENTE (5 VECES POR SEMANA)	SIEMPRE (DIARIO)
1. Cuando me pongo nervioso me sudan las manos.	1	3	3	7
2. Presento dolores de cabeza sin causa aparente.	1	2	5	6
3. Cuando estoy enojado o con miedo empiezo a temblar de mis manos y mi cuerpo.	2	2	5	5
4. Ultimamente tengo insomnio o problemas para dormir.	6	2	4	2
5. Constantemente me siento cansado y fatigado.	6	4	2	2
6. Escucho los látidos de mi corazón sin causa aparente.	5	5	2	2
7. Sufro usualmente de dolores estomacales, resfriado o gripe.	3	3	7	1
8. Tiendo a enfermarme muy seguido.	4	5	4	1
9. Presento respuestas de ansiedad sin causa aparente.	3	5	3	3
10. Sufro de constantes cambios de temperatura en mi cuerpo.	5	5	2	2
TOTAL	36	36	37	31

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LOS INVENTARIOS INICIALES.

En relación a los resultados del inventario de emociones se encontró que en un 70% los agresores presentan sentimientos de frustración cuando algo les sale mal o cuando no pueden hacer algo que les piden o deben de hacer; el 65% se siente preocupado o intranquilo constantemente así como enojado o irritado sin alguna causa aparente. También presentan una necesidad de apoyo social como por ejemplo, el de compartir algo de lo que hacen con los demás o el de seguir superándose constantemente (57%); esto conlleva a sentirse desorientado en relación a sus expectativas de vida futura sin el reconocimiento de las personas que lo rodean (64%).

Con respecto al inventario de cogniciones se muestra en un 78% pensamientos relacionados con los amigos y la familia los cuales cumplen las expectativas de acuerdo al papel que les corresponde socialmente; por ejemplo, "la madre cumple su rol: protectora y cariñosa"; "el mejor amigo es el que guarda los secretos más íntimos"; "mi padre siempre trajo dinero a casa"; entre otros. Sin embargo, presentan ambivalencia en cuanto a la presencia de pensamientos sobre los "demás" como injustos con él, preocupación constante en las experiencias negativas pasadas (71%), frustración cuando algo les sale mal porque piensan que siempre van a resultar equivocadas (57%); y desorientación en las expectativas de su vida al no ser optimista y pensar que las cosas constantemente resultarán erróneas (57%).

Por otro lado, los resultados del inventario de actitudes muestra que los agresores en un 71% expresan sus sentimientos y pensamientos hacia los demás así como mencionan saber tomar decisiones ante los conflictos que se les presentan. El 64% tienen dificultades para aceptar y actuar sobre las normas ya establecidas socialmente siendo no tan fáciles de convencer cuando se equivocan ante una situación. También en un 57% presentan problemas para elaborar y llevar a cabo planes futuros así como para cumplir todas las exigencias que se plantean.

Finalmente, en el inventario de reacciones fisiológicas se encontró que en un 71% los agresores reportan sudoración en las manos cuando se ponen

nerviosos; dolores de cabeza sin causa aparente (78%); temblor en las manos, pies y cuerpo cuando esta enojado o siente miedo (71%) y frecuencia de dolores estomacales, resfriados o gripes lo cual los hace sentir constantemente enojados molestos y ansiosos (57%).

3. RESULTADOS DEL INVENTARIO SOCIECONÓMICO.

DATOS SOCIECONÓMICOS		
RUBROS	SI	NO
1. Cuenta con servicios médicos	14	0
2. Cuenta con agua entubada	5	9
3. Cuenta con drenaje	5	9
4. Cuenta con luz eléctrica	4	10
5. Cuenta con teléfono	2	12
6. Cuenta con servicio de gas	10	2
7. Cuenta con radio (s)	7	7
8. Cuenta con aparato (s) de sonido o estéreo (s)	4	10
9. Cuenta con televisión (es)	7	7
10. Cuenta con refrigerador (es)	4	10
11. Cuenta con videocasetera (s)	4	10
12. Cuenta con Computadora (s)	0	14
13. Cuenta con Lavadora (s)	0	14
14. Cuenta con otros aparatos electrodomésticos	7	7
15. Cuenta con vivienda propia	0	14
16. Cuenta con automóvil propio	5	9
17. Utiliza frecuentemente el transporte público	14	0
TOTAL	92	144

ANALISIS DE RESULTADOS DEL INVENTARIO SOCIECONÓMICO.

Los resultados del cuestionario muestran que el 100% de los agresores cuentan con servicios médicos públicos (IMSS, ISSSTE, Centro de Salud, entre otros). Asimismo, y de acuerdo a lo reportado por ellos mismos, el 60% de ellos sólo cuentan con algunos servicios públicos (45% con agua entubada, 38% con luz eléctrica, 45% con drenaje y 71% con servicio de gas). También se encontró que un 50% de los sujetos poseen aparatos electrónicos y electrodomésticos (28% con aparatos de sonido o estéreo, videocasetera y refrigerador y un 50% con radio, televisión y enseres electrodomésticos como licuadora, batidora, etc.). Por último, ninguno de ellos cuenta con casa propia, viven con la familia de origen o con parientes cercanos (65%), rentan un departamento o casa (30%) o cuenta con un terreno el cual fue obtenido de forma ilegal-paracaidistas (15%). El 35% de los sujetos cuentan con automóvil propio y sin embargo el 100% de ellos utiliza el transporte público una o dos veces al día para realizar sus actividades diarias.

4. RESULTADOS DE LOS AUTORREPORTES.

Este apartado sólo representa algunos ejemplos de los autorreportes iniciales que la muestra de población realizaron durante las sesiones de evaluación. Se ejemplificarán cinco reportes sobre la descripción de cómo sucedió la conducta problemática (carta de hechos). Este autorreporte se trabajaba como tarea de casa en un sobre de carta cerrado y sellado con masking tape y se abría para analizarse terapéuticamente hasta el final de las sesiones de tratamiento.

EJEMPLO 1.

"PRIMERO AL SABER QUE NADIE ME DESCUBRIRIA ME SENTIA SEGURO DE LO QUE IBA A HACER. PERO YA DESDE ANTES ARDIA EN DESEOS DE POSEERLOS. CUANDO POR FIN LOS CONVENCIA DE QUE NO DIJERAN NADA, YO YA NO AGUANTABA LAS GANAS DE COLOCARLES MI PENE EN SU ANO Y AL IR DESVISTIENDO SU CUERPO Y EL MIO, YO ME CERRABA A TODOS LOS OBSTACULOS Y A PENSAR QUE SI SERIA MALO O NO; DESPUES AL COMENZAR EL ACTO DEL EMPUJE YO YA ME ENCENDIA, NO QUERIA PARAR PERO CUANDO SENTIA QUE VENIA LA EYACULACION REACCIONABA Y ME APARTABA DE ELLOS, PARA EYACULAR EN OTRA PARTE. CUANDO TERMINABA MI EYACULACION COMPRENDIA LO GRAVE QUE PODIA SER LO QUE HABIA HECHO. LUEGO QUE ME VESTIA, EMPEZABA A PLANEAR LO QUE DIRIA A LOS NIÑOS QUE DIJERAN SI ALGUIEN LES PREGUNTABA."

EJEMPLO 2.

"LA PRIMERA VEZ PASO EN EL BAÑO, P. LLEGO A MI CASA, EN ESO ME IBA A METER A BAÑARME, P. ENTRO, LUEGO P. ME COMENTO QUE A M. LE HIZO DE GROSERIAS R, EN ESO LE BAJE LOS PANTALONES Y LE METI EL PENE ENTRE SUS PIERNAS DESPUES LO DEJE IR Y ME MASTURBE, PERO NO SE QUE ES LO QUE ME PASA, NO SE QUE SIENTO PERO YO NO LO QUERIA HACER, PERO NO SE QUE ME DIO, ASI PASO OTRA VEZ. LUEGO PASO EN LA LITERA, ESTABA ACOSTADO VIENDO LA TELE Y P. SE SENTO ARRIBA DE MI, LUEGO ME QUERIA BESAR, LO HICE PA' ABAJO O LO QUITE, PERO P. INSISTIO Y PUES ASI SUCEDIO OTRA VEZ, PERO COMO SENTI QUE SE ME METIA EL DIABLO, PERO NO SE QUE ME PASO. EN EL CASO DE LAS AGÜITAS NO PASO NADA, ESE DIA P. ME PIDIO UNA CONGELADA COMO ME VIO COMIENDO PUES SE LA DI Y LE GRITO A SU MAMA Y ESO PASO...ME ARREPIENTO P. "

EJEMPLO 3

"UN SABADO DE HACE 6 O 7 AÑOS YO ESTABA EN LA CASA, LE DIJE A MI ESPOSA SI ME DEJABA HACER EL AMOR CON ELLA Y ME CONTESTO QUE SI A LA NOCHE Y LLEGO LA NOCHE, ESTABAMOS ACOSTADOS Y SE DURMIO. Y LA DESPERTE PARA DECIRLE QUE

SI ME DEJABA PERO NO ME DEJO, QUE ESTABA MUY CANSADA PERO YO NO, Y ME FUI A VER EL BOX Y AL RATO PASO LA NIÑA Y ME VIO Y SE FUE CONMIGO Y SE ME PUSO EN LAS PIERNAS YO LA ABRACE Y LE BAJE EL CALZON HASTA LAS RODILLAS Y LE PUSE EL PENE ENTRE LAS PIERNAS UN RATO, YA DESPUES LE DIJE QUE SE FUERA A ACOSTAR Y SE FUE, YO ESTUVE UN RATO Y DESPUES FUI AL BAÑO A PROVOCARME LA SALIDA DE LOS BICHOS, YO NO PENSE NADA. ASI PASO UNA SEMANA Y IGUALITA TRES VECES. A LA CUARTA PENSE EN PENETRARLA PERO ESTABA EN LA RECAMARA DE MIS HIJAS Y LE IBA A LLAMAR PERO ANTES DE LLAMARLA LLEGARON MIS HIJAS Y YA NO LE HICE NADA Y YO ME PUSE A PENSAR SI SE LO HUBIERA HECHO Y NOS HUBIERAN VISTO. ME BAJE Y ME FUI Y PENSE YA NO VOLVERLO A HACER NUNCA MAS Y NO LO VOLVI A HACER. YO QUIERO MUCHO A MI ESPOSA Y YA NO QUEIRO OFENDERLA MAS. MAS CUANDO QUIERO ESTAR CON LA NIÑA MEJOR ME VOY A JUGAR FRÓNTON. MI ESPOSA VALE MUCHO PARA MI Y NO QUIERO SEPARARME NUNCA DE ELLA. YA NO VOY A HACER NADA QUE LE PUEDA OFENDER A MI ESPOSA Y SI LO HAGO QUE DIOS ME CASTIGUE COMO DEBE DE SER, ES TODO*.

EJEMPLO 4

'CUANDO ERA NIÑO ME GUSTABA IR A JUGAR CON LOS CHICOS MAS GRANDES QUE YO, ME DABAN DINERO, JUGABAMOS A LAS CARTAS Y APRENDIA COSAS INTERESANTES COMO FUMAR, TOMAR Y VER PELICULAS 'PORNO'. ELLOS ME ENSEÑARON A JUGAR CON LOS NIÑOS MAS CHICOS QUE YO, ELLOS LO HACIAN CONMIGO. PRIMERO SE LES COMPRABA DULCES Y LOS LLEVABAMOS A UN CARRO DESTARTALADO QUE ESTABA EN EL BARRIO, AHI NO HABIA LUZ NI CASAS. DESPUES SE LES BAJABA EL PANTALON Y LES DECIAMOS QUE IBAMOS A JUGAR A VER QUIEN HACIA PIPI MAS LEJOS; ENTONCES HACIAMOS PIPI Y EL NIÑO QUE GANABA LE DABAMOS UN PREMIO, TODOS SE PELEABAN PARA QUEDARSE CON NOSOTROS. AL FINAL, EL NIÑO QUE GANABA LE MAMABAMOS SU PENE Y LE PEDIAMOS QUE HICIERA LO MISMO CON TODOS LOS GRANDES. CUANDO YO IBA A EYACULAR LE QUITABA SU BOCA Y LO HACIA AFUERA; A VECES LOS NIÑOS LLORABAN PORQUE LES DOLIA, PERO LES DABAMOS DINERO O DULCES Y SE LES QUITABA, DESPUES REGRESABAN DE NUEVO PORQUE QUERIAN MAS Y LES GUSTABA. A MI ME GUSTABA HACERLO, Y CUANDO CRECI EL BARRIO ME RESPETABA PORQUE YO TENIA MAS NIÑOS QUE OTROS. NO SE LO QUE ME PASABA, QUERIA QUE TODOS SINTIERAN LO QUE YO HABIA SENTIDO*.

EJEMPLO 5

* ESTABAMOS TODOS DORMIDO, MI HIJA DORMIA CON SU HERMANITO ARRIBA EN LA CAMA Y SU MAMA Y YO EN EL SUELO, UN DIA SU MAMA SE ENFERMO DE LA PANZA Y SE FUE AL HOSPITAL, ME TOCO CUIDAR A LOS NIÑOS YO SOLO, MI SUEGRA FUE A DARLES DE COMER MIENTRAS YO ME IBA AL TRABAJO Y CUANDO REGRESE YA ESTABAN DORMIDOS. ENTONCES ME PUSE A VER LA TELEVISION Y OI QUE MI HIJA SE QUEJABA, FUI A VER Y ESTABA ARDIENDO EN CALENTURA. ENTONCES LA DESVESTI TODA Y LE FROTE ALCOHOL EN SU CUERPO, ENTONCES ELLA DESPERTO Y DIJO QUE YO ESTABA ABUSANDO DE ELLA, EMPEZO A GRITAR Y LE PEGUE PARA QUE SE CALLARA. AL OTRO

DIA LLEGO MI SUEGRA Y VIO A LA NIÑA LASTIMADA Y DIJO QUE YO HABIA ABUSADO DE ELLA. YO NO LE HICE NADA, SOLO LE QUITE LA ROPA PARA FROTARLE ALCOHOL. ESTO PASO DOS O TRES VECES PORQUE A ELLA NO SE LE QUITABA LA CALENTURA EN LA NOCHE Y DESPUES YA NO GRITABA, PERO SU ABUELITA SE ENTERO Y LE DIJO A SU MAMA. ELLA ME CORRIO DE LA CASA CUANDO LLEGO DEL HOSPITAL Y NO ESCUCHO RAZONES, YO QUIERO A MI ESPOSA Y MI SUEGRA CAUSO ALBOROTO PARA QUE ELLA DEJARA DE QUERERME. YO NO LE HICE NADA A MI HIJA*.

FORMATO DE AUTORREPORTES PARA AGRESORES SEXUALES

FECHA	SITUACION	EMOCIONES	COGNICIONES	CONDUCTAS	RESP. FISIOLÓGICAS
EJEMPLO 1 MAYO 1995	Me encuentro sólo en mi casa con mis dos sobrinos cuidándolos mientras llega mi hermana de trabajar. Acabo de ir a la escuela por ellos...."	"Ardía en deseos de poseerlos...yo ya no aguantaba las ganas de colocarles... después al comenzar el acto de empuje yo ya me encendía, no quería parar..."	"Primero al saber que nadie me descubriría me sentía seguro de lo que iba a hacer. Yo me cerraba a todos los obstáculos y a pensar que si sería malo o no....comprendía lo grave que podía ser lo que había hecho..."	"Cuando por fin los convencía de que no dijeran nada...colocarles mi pene en su ano y al ir desvistiendo su cuerpo y el mío...luego que me vestía, empezaba a planear lo que diría a los niños que dijeran si alguien les preguntaba "	"Cuando sentía que venía la eyaculación reaccionaba y me apartaba de ellos...."
EJEMPLO 2 MARZO 1995	Se describen dos situaciones. "La primera estaba en el baño y llegó mi vecino. La segunda estaba en el cuarto acostado en la litera viendo la tele..."	"No sé que siento....pero no sé que me dio....pero como me sentí que se metía el diablo, pero no se qué me pasó..."	"No se qué es lo que me pasa.... pero yo no lo quería hacer...me arrepiento P."	"Me iba a meter a bañar y entró P. me comentó...en eso le bajé los pantalones y le metí el pene entre sus piernas después lo dejé ir y me masturbé estaba acostado viendo la tele y P. se sentó arriba de mí, luego me quería besar, lo hice pa' abajo y lo quité, pero P. insistió y así sucedió otra vez...."	"Y me masturbé..."
EJEMPLO 3 NOVIEMBRE 1994	"Un Sábado hace 6 o 7 años yo estaba en casa con mi hija..."	"Yo quiero mucho a mi esposa y ya no quiero ofenderla...mi esposa vale mucho para mí"	"Yo no pensé nada...a la cuarta pensé en penetrarla... y yo me puse a pensar si se lo hubiera hecho y nos hubieran"	"Y me fui a ver el box y al rato pasó la niña y me vió y se fue conmigo y se me puso en las piernas y yo la abracé y le bajé el calzón hasta las rodillas y le puse el pene entre las piernas un rato y después fui al"	"A provocarme la salida de los bichos"

		y no quiero separarme nunca de ella..."	visto...y pense ya no volverio a hacer nunca más...Y si lo hago que Dios me castigue como debe de ser.."	baño...cuando quiero estar con la niña mejor me voy a jugar frontón...."	
EJEMPLO 4 ABRIL 1996	"Los llevábamos a un carro destartalado que estaba en el barrio..."	"A mí me gustaba hacerlo...no sé lo que me pasaba, quería que todos sintieran lo que yo había sentido".	"Todos se peleaban para quedarse con nosotros...después regresaban de nuevo porque querían más y les gustaba...y cuando crecí el barrio me respetaba porque yo tenía más niños que otros..."	"Ellos me enseñaron a jugar con los niños más chicos que yo, ellos lo hacían conmigo. Primero se les compraba dulces y los llevábamos a un carro destartalado....después se les baja en pantalón y les declamos que íbamos a jugar....y el niño que ganaba le dábamos un premio....le mamábamos su pene y le pedíamos que hiciera lo mismo con todos los grandes...a veces los niños lloraban porque les dolla, pero les dábamos dinero o dulces y se les quitaba..."	"Cuando yo iba a eyacular le quitaba su boca y lo hacía afuera..."
EJEMPLO 5 ENERO 1996	"En mi casa y con mi hija...."	"Yo quiero a mi esposa y mi suegra causó alboroto para que ella dejara de quererme...."	"Yo no le hice nada...esto pasó dos o tres veces porque a ella no se le quitaba la calentura en la noche y después ya no gritaba...yo no le hice nada a mi hija".	"Entonces me puse a ver la televisión y oí que mi hija se quejaba, fui a ver y estaba ardiendo en calentura, entonces la desvestí toda y le froté alcohol en su cuerpo, entonces ella despertó y dijo que estaba abusando de ella, empezó a gritar y le pegué para que se callara....sólo le quité la ropa para frotarle alcohol..."	Ninguno.

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LOS AUTORREPORTES.

Este apartado de resultados muestra una aproximación al victimario considerando la perspectiva de lo que fue el delito para él, en los cuales se observan las influencias de sus propias construcciones culturales en contextos específicos en los que ha vivido.

Esta concepción narrativa que realiza el agresor al escribir y relatar lo que pasó en el momento de la violación o del abuso sexual representa no sólo la forma de ver su mundo y a sí mismo, sino un modo de acción en donde se permite observar la descripción de eventos y situaciones agresivas dentro de su vida.

Se han transcrito 5 ejemplos de la carta de hechos que cada uno de los agresores realizaba al inicio de las sesiones y que después eran analizadas dentro de un proceso terapéutico de reestructuración de pensamientos e ideas irracionales. Posteriormente se realiza un vaciado de los datos en cuadros conductuales con el objeto de separar las cogniciones, las conductas, las emociones y las respuestas fisiológicas. Los resultados que se mencionarán a continuación son de toda la población disponible para este estudio (14 agresores).

Los datos mencionan dentro de las respuestas fisiológicas, que el 90% reportaba tener eyaculación después de haber realizado el acto sexual agresivo lo cual los hacía sentir satisfechos fisiológicamente según sus reportes verbales. El 78% menciona no saber qué sentían al realizar el acto delictivo así como pensar que no querían hacerlo o no comprendían por qué lo deseaban; esto implicaría quizás el presentar déficit en la solución de problemas principalmente para inhibir sus propias conductas. También un 78% de ellos explican presentar emociones de desesperación y angustia así como deseos por realizar la violación o el abuso, tratando de hacerlo lo más rápido posible para "no pensar lo que están haciendo"; sólo un 28% mencionaba que no sabían la gravedad del problema mientras que el 72% restante sabían y pensaban que "su conducta era algo mala y que estaban actuando mal".

Un resultado importante es que el 50% menciona estar "arrepentido de lo que hizo", asociando esta respuesta con el amor que le tienen a su esposa o a otros miembros de la familia, mencionan la idea de pensar que nadie los va a querer o que nunca más los van a aceptar (miedo al rechazo social). Sin embargo esta respuesta no está ligada al concepto de aceptación de su comportamiento ante el delito; el 100% de

la muestra menciona "aceptar lo que hizo" aunque no precisamente saber por qué lo hizo o si esto tenía relación con algo socialmente ilegal o "lastimoso para su víctima".

En cuanto a la descripción de sus conductas en la situación delictiva, mencionan en un 57% haber actuado de acuerdo a las condiciones que se les presentaba, por ejemplo: "el niño me dió un beso", "la niña se sentó en mis piernas", "les gustaba jugar conmigo", "se dejó desvestir", entre otras; éstos reportes iban acompañados de pensamientos irracionales sobre lo que querían las víctimas de ellos, es decir, "todos se peleaban para quedarse conmigo", "esto pasó varias veces y después ya no gritaba", "insistía e insistía y pues pasó otra vez". Posiblemente esto signifique que el agresor justifica cognitivamente su comportamiento agresivo permitiéndole pensar que las condiciones y las respuesta de ambos conlleva a la presencia de la violación y/o del abuso sexual; sin embargo esto no implica que las agresiones sólo sean contextuales, sino que existen factores socio-históricos, culturales, formativos e informativos tanto en el victimario como en la víctima como para no poderse predecir los ataques de este tipo. Además no hay que olvidar que de acuerdo a la descripción de sus reportes el 64% menciona haberlo pensado mínimo dos veces antes de realizar el acto así como planear en qué momento la víctima se encontraba sola, la forma de llevar el asalto (85% de ellos nunca usaron la fuerza física sino que predominaba el chantaje, las amenazas, la intimidación y el soborno) y lo que tenían que decir o hacer si alguien les preguntaba que había pasado o se enteraban de lo sucedido (guardar el secreto).

Es importante mencionar que el 64% realizaron la violación o el abuso más de dos veces y la duración promedio de esta relación oscilaba entre 8 y 10 meses. Esto quizás se relaciona con que la fase de descubrimiento en todos los casos se haya dado de forma accidental e implique que el agresor según su reporte verbal "no esperaba lo que podía suceder".

Sin embargo, hay que señalar que aunque no exista de por medio una denuncia de tipo legal, los agresores pueden sentirse "confesos y/o culpables" ante sus familiares y requieran probablemente justificar sus conductas y cogniciones a través del tratamiento psicológico.

5. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE LA SEXUALIDAD Y EDUCACION DE LA SEXUALIDAD.

CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

TOPICOS DE SEXUALIDAD	PRESENCIA	AUSENCIA
1. Definición de términos: sexo y sexualidad.	12	2
2. Información adecuada sobre el sexo.	5	9
3. Primera relación sexual placentera.	7	7
4. Sin problemas en sus relaciones sexuales.	4	10
5. Información adecuada sobre la masturbación.	11	3
6. Uso de películas y/o revistas pornográficas.	5	9
7. Información adecuada sobre la sexualidad.	2	12
8. Información sobre sexo y sexualidad antes de los 15 años.	11	3
9. Conocimientos sobre Educación de la Sexualidad.	0	14
10. Conocimientos sobre violencia sexual.	2	12
11. Definición de abuso sexual infantil y violación de menores.	2	12
12. Importancia de la obediencia en los niños en relación a los actos sexuales.	7	7
13. Importancia de la familia para informar sobre la educación sexual de los niños.	9	5

ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE LA SEXUALIDAD Y EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD.

Los conocimientos que la población de agresores tiene acerca de la sexualidad muestran que existe una presencia de información en los siguientes rubros: un 85% define los términos de sexo y sexualidad de forma correcta, el 78% presenta una información adecuada sobre lo que es la masturbación y sus características. Un mismo porcentaje tuvieron información sobre el sexo y la sexualidad antes de los 15 años reportando principalmente como fuente fundamental de esta información a los amigos y a los medios de comunicación masiva (T.V. y revistas primordialmente). También el 64% de ellos mencionan que la familia es un eje principal para el desarrollo de la educación sexual en la infancia y que esta formación tiene que ver con el funcionamiento adecuado de la comunicación y de la confianza de los miembros en una familia.

Por otro lado, la ausencia de los conocimientos sobre sexo, sexualidad y educación de la sexualidad se reflejó en los siguientes tópicos: el 64% de la muestra presenta un déficit de información sobre las características del sexo; por ejemplo, ¿cuáles son los órganos sexuales masculinos y femeninos?, ¿cómo nacen los niños?, ¿qué es la eyaculación y cuándo se presenta?, ¿qué es la menstruación?, entre otros. Un 85% también mencionan tener un déficit de conocimientos sobre sexualidad confundiéndolo con el término de sexo. Igualmente en un 100% los agresores reportan no saber qué es la educación de la sexualidad y cuáles son sus características. Además el 85% desconoce información sobre violencia sexual como también las definiciones y características del abuso sexual infantil y la violación de menores. Por último, el 64% menciona no utilizar películas y/o revistas pornográficas para estimularse sexualmente, reportando tener problemas en sus relaciones sexuales las cuales las indican como "displacenteras" (71%).

6.8 ANALISIS DE LOS RESULTADOS EN SU CONJUNTO Y DISCUSIÓN.

Si bien los resultados sólo forman parte de una muestra de población de 14 violadores y que esta disponibilidad de los sujetos no puede llevar a ninguna generalización, cabría hacer un análisis solamente de estos resultados de forma particular, tomando como factor principal el que son sujetos no sentenciados ni juzgados legalmente y que esto implica la "no etiquetación legal-social" que usualmente se hace cuando una persona cometió algún tipo de delito así como evitar probablemente "la predisposición o resistencia psicoterapéutica" para responder y actuar ante las evaluaciones realizadas. Hay que tomar en cuenta sin embargo, que tal vez la actitud de la familia en relación a las conductas que estas personas realizaron, sea de rechazo, negación o diferenciación ante los otros miembros de la misma familia, ya que si bien no hay una orden legal ante ellos, podría existir un manejo de "sentencia" por parte de los familiares y las víctimas hacia estos sujetos.

Los datos demuestran que existe una tendencia por parte del sexo masculino a realizar este tipo de delitos más que de las mujeres, sin olvidar que la violación masculina y el abuso sexual infantil por parte de agresoras femeninas son delitos no tan fácilmente identificables y reportables por las víctimas. Asimismo las características físicas encontradas en esta muestra de población (complexión física, estatura, uso de bigote, barba y anteojos, tipo de ropa usada, etc.) no son factores significativos que permitan identificar a simple vista a este tipo de agresores. También los resultados reportan que independientemente del grado académico (desde tener estudios de primaria hasta profesionales), de la ocupación del agresor (estudiantes, empleados o dedicados a algún oficio), del estado civil que tenga el sujeto y de otros factores que tienen que ver con su nivel socioeconómico (asistencia de servicios médicos y públicos necesarios, viviendas no propias y compartidas con otras familias o parientes), los agresores sexuales de la muestra son personas funcionales en todos sus ámbitos: social, familiar, personal, escolar, laboral, etc. Estos datos no presentan una correlación entre las creencias falsas que son reforzadas socialmente y que son reportadas en estudios teóricos como el de Finkelhor (1985), Brownmiller (1975) o Groth (1979) referentes a mitos sobre su aspecto físico: feos, grandes, con caras de sádicos, etc.; o a sus características sociales: desempleados, locos, sucios, agresivos, etc.; y las características reales de sus vidas:

estudiantes, trabajadores, altos, delgados, guapos, limpios, agradables, confiables, deportistas, planeadores, entre otras.

Similarménte, los resultados encontrados sobre las características situacionales en las cuales ocurre el delito dejan mucho que decir ya que si bien no se puede hablar de un perfil físico en esta población, tampoco se puede hacer referencia a situaciones únicas de ataque que implican cerrarse a pensar que son causas contextuales solamente. Sin embargo, los datos más importantes de estos resultados que se asemejan a los datos teóricos que existen acerca de estos factores son: la violación ocurre a la luz del día y en lugares cerrados siendo éste principalmente la casa de la víctima o del victimario, son personas conocidas para la víctima lo cual conlleva a desear "ganarse" la confianza de la víctima o ser "vulnerables" a situaciones de alto riesgo, el uso del soborno y la intimidación más que de la fuerza física, y que el acto se realice de forma individual y secreta lo cual implique la presencia del delito durante mucho tiempo (Robles, 1991; Trujano, 1992; Valladares, 1993; PGJEM, 1993; Jaimes y Ramírez, 1994).

Por otro lado, en esta población también se encontraron características psicológicas particulares que dependieron del tipo de manifestación sexual que realizaron (abuso sexual infantil o violación). Uno de los factores importantes fue que toda la muestra demostró no tener conocimientos concretos y claros acerca de lo que significaba el sexo, la sexualidad y la educación de la sexualidad entendida esta última como las relaciones entre los sexos desde un enfoque de respeto y valoración de los derechos humanos; el desconocimiento de estos factores implicaba el tipo de valorización que familiarmente habían aprendido sobre estos temas y que significa el reforzamiento de roles estereotipados exacerbados acerca de los roles de género que jugamos tanto los hombres como las mujeres. Por ejemplo; el identificar a la mujer como débil y frágil, usable, dependiente, "inferior", incapaz, etc.; y concebir al hombre como el fuerte, valiente, responsable, insensible, inteligente y luchador; poniendo a los sexos en lugares totalmente contrarios y antagónicos. Esto desarrolla a la vez la creación de una educación en donde culturalmente se enseña a obtener las cosas mediante el uso de la fuerza y la agresión como forma de poder y dominio hacia los otros, tanto entre los sexos contrarios como con el mismo sexo (hombres contra hombres, mujeres contra mujeres). La lógica conllevaría a "utilizar" lo que se considera como "inferior socialmente" por medio de la única forma de enseñanza aprendida de obtener lo que se desea; por medio

de la violencia y la agresión. Estos resultados son analizados similarmente en estudios teóricos como el de Hierro (1989); Castañeda (1989); Mondragón (1994) entre otros.

Por otra parte, la población estudiada también presenta un déficit en relación a la información de lo que significa la violencia sexual y todas sus manifestaciones y por tanto la importancia de los derechos de todos los seres humanos en cuanto a estos problemas sociales. Sin embargo, no se puede justificar que la ignorancia de estos conocimientos sea un factor primordial para actuar ante otra persona de forma "humillante y violenta".

Los resultados demuestran la existencia además de un bajo nivel de tolerancia que gira alrededor de la aceptación de sus errores conductuales al querer realizar cualquier actividad o plan; esto implica estados de ánimos extremos, por ejemplo, ira incontrolable, enojos frecuentes a veces sin causa aparente, presencia constante de ideas irracionales como pensar que los demás son injustos con él o culpabilizar a los otros de sus errores; dificultad para aceptar las reglas y roles sociales, y la presencia de características que reflejan una baja autoestima como el creer que es culpable de todo lo que le pasa, el sentirse inútil y catastrofizar su futuro, idear que no vale ni sirve para nada y tender a pensar sobre experiencias desagradables y dolorosas del pasado.

La presencia de pensamientos ambivalentes también es un factor importante en esta muestra de población. Por ejemplo, de acuerdo a los inventarios de actitudes y cogniciones, tienden a pensar que no tienen problemas, que son fuertes y que saben confrontar sus conflictos así como solucionar cualquier situación difícil que se les presente (71%) lo cual nos llevaría a pensar que son personas con habilidades sociales que les permite enfrentar los problemas en su mundo; sin embargo, a la vez demuestran inseguridad a no saber cómo cambiar lo que han hecho en cuanto a su conducta sexual reportando que "no saben por qué lo hicieron", que "no querían hacerlo pero que no pudieron evitarlo", que "no sabían qué estaban haciendo" o que "no pudieron parar sus impulsos". También mencionan que son capaces de expresar lo que sienten y piensan y, por otro lado, reportan tener miedo para expresar sus sentimientos y emociones y que prefieren quedarse callados ante los problemas que tienen, así como también informan que les cuesta trabajo entablar una relación interpersonal con otras personas, principalmente si son mujeres y más aún si les gustan o les agradan. Este dato implicaría un déficit en habilidades sociales, principalmente las dirigidas a las relaciones heterosexuales e interpersonales.

En estos dos autorreportes, el inventario de actitudes o conductas y el inventario de cogniciones o pensamientos, se observan contradicciones ante la forma de expresar sus sentimientos y pensamientos hacia otras personas en una situación problemática. De hecho, podría cuestionarse el uso de estos dos instrumentos de corte cualitativo que permiten solamente conocer algunas características psicológicas de los procesos cognitivo-conductuales que el agresor sexual puede presentar y que reporta en forma escrita. Sin embargo, el reporte verbal dentro de las sesiones terapéuticas y/o los componentes conductuales que presente en una situación social predisponente al delito pueden contradecir o apoyar dichos resultados. La validez y confiabilidad de estos inventarios podría ser cuestionable si no la analizamos junto con otros instrumentos más objetivos y/o cuantitativos.

La mayoría de sus conductas las justifican de acuerdo a las situaciones contextuales de ese momento o a algún factor o característica que haya presentado o realizado la víctima; correlacionando cognitivamente su comportamiento agresivo con sus pensamientos irracionales. Por ejemplo, decir "que el niño le dió un beso" y pensar "que lo deseaba", o reportar "que la niña se sentó en sus piernas" y pensar "que le gustaría que la tocara". Este resultado también ha sido sustentado en investigaciones teóricas realizadas por Blader y Marshall (1984); González (1994); Mc Kibben, Proulx y Lusignan (1994); Pithers (1994); entre otros.

Otro factor importante en los resultados de la muestra disponible es el nivel de ansiedad en la cual constantemente se encuentran estos sujetos. Esto se refleja tanto en las reacciones fisiológicas que reportan tener usualmente dentro de sus actividades debido a las demandas y exigencias sociales cotidianas a las cuales se enfrentan (su trabajo, sus estudios, su superación económica); como en las ideas obsesivas acerca del ataque y la forma de "planear" lo que van a hacer con sus víctimas, lo que van a decirles y cómo van a hacerle para que permanezca la relación.

También podría hablarse de cierta inconformidad en sus vidas y de la necesidad de un apoyo social constante de lo que realizan o hacen; se encuentran desorientados con sus expectativas de vida futura, de las planeaciones de sus actividades próximas y de posibles ilusiones o sueños acerca de sus ideales personales. Mencionan además tener miedo a "fallar en la vida" o a quedarse en la mediocridad, sin importar cuáles han sido los logros que han tenido hasta ese momento. Asimismo marcan el miedo constante al rechazo social o a quedar estigmatizados como agresores y no ser aceptados por los

demás. Creen que su vida carece de interés y piensan continuamente en "desquitarse" de ese mundo en el que viven. Probablemente este resultado tiene que ver con la idea de "demostrar" a los otros lo que pueden hacer, lo que valen, lo que son capaces de hacer y lo mucho que pueden violar lo establecido socialmente. Para ellos los estudios teóricos que desarrollan esta causalidad (Alvarez, 1985; Bandura y Ribes, 1977; Bedolla, 1985; Díaz, 1982) hacen referencia a los roles de género presentes en cada cultura, que *permite justificar o explicar en el violador el por qué de utilizar el poder y la autoridad como forma de expresión de dominio y poder hacia los otros; respaldando la existencia de un sistema patriarcal actual que desarrolla ideas exacerbadas sobre el hombre como un ser superior ante la presencia de otros "seres socialmente inferiorizados" (mujeres, enfermos, niños y niñas, ancianas, adolescentes, etc.)*.

Estos resultados posiblemente marquen también por qué estos sujetos se encuentran viviendo dentro de sus familias de origen o con parientes cercanos, siendo *incapaces de separarse de las influencias familiares tradicionales y culturales en las que viven*.

Por último, es importante mencionar la existencia de pensamientos de aceptación de la conducta delictiva en todos los agresores de la muestra, según los inventarios y la carta de hechos que realizaron. Posiblemente dicha aceptación tendría que ver con el miedo constante que reportaban los sujetos al rechazo social así como a la situación familiar en la que se encontraban. Es decir, la familia sabía que ellos habían realizado un *delito lo cual los colocaba como "confesos o culpables" ante sus parientes y ante ellos mismos*. También se menciona en un 50% de ellos sentirse arrepentidos de lo que habían hecho ya que amaban a su esposa y a su familia y deseaban no perderlos. Asimismo la población estudiada reporta en un 71% la presencia de sentimientos de culpa sobre la conducta que hicieron, aunque "justificaban" su comportamiento explicando no saber por qué realizaron el delito o bien decir que no sabían qué es lo que estaban haciendo. Cabría pensar que si bien reportan verbalmente aceptar su comportamiento delictivo posiblemente signifique que la situación de descubrimiento accidental del delito conlleve a no poder negarlo. Esto aunado, tal vez a la idea del miedo de la denuncia legal o a la pérdida afectiva por parte de la familia. Un dato importante es el bajo índice de reincidencia que los agresores mencionaban sobre la frecuencia de su conducta delictiva, aunque no podemos demostrar que dicho reporte sea cierto.

De acuerdo con lo anterior, los factores relacionados a la aceptación del delito, los sentimientos de culpa y la frecuencia en la reincidencia no coinciden con los trabajos teóricos realizados con agresores juzgados o sentenciados legalmente (Ávila, Jiménez y León, 1991; Argüelles, Castro y Hernández, 1988; Martínez, Rodríguez y Zárate, 1988; Ruíz, 1989; Rodríguez, 1996; entre otros), ya que estos estudios han encontrado que la mayoría de los agresores sexuales no aceptan el delito, no presentan sentimientos de culpa de estos actos agresivos y tienden a ser reincidentes. Esto permite desarrollar un trabajo terapéutico con la muestra en donde la "motivación" que puede presentar el agresor sexual ante situaciones de cambio sea mayor que el de sujetos que se encuentren en una institución penitenciaria. La importancia de modelos de tratamiento que ayuden a este tipo de sujetos en el entendimiento y modificación de sus conductas delictivas sin necesidad de una institución social que "presione u hostigue" al sujeto violador a trabajar por él mismo, es relevante para la prevención y disminución de la reincidencia delictiva. La "estigmatización social" como "violador o agresor sexual"; tendría más significados de rechazo y odio que el desarrollar una concepción de sujetos funcionales con problemas adaptativos y de personalidad que los lleva a cometer actos delictivos socialmente.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es seleccionar un paquete de herramientas cognitivo-conductuales de evaluación y diagnóstico, que permitan proponer una alternativa terapéutica para estos 14 agresores sexuales y que sugiera tratamientos similares a otros agresores sexuales, independientemente de que éstos estén sentenciados o juzgados legalmente o que lleguen a la práctica privada o de servicio psicológico institucional.

CAPITULO 7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

7. ALTERNATIVA TERAPÉUTICA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA AGRESORES SEXUALES.

Un modelo cognitivo-conductual en psicoterapia es más que la suma de una serie de técnicas, debido a que se rige por principios teóricos y terapéuticos que justifican su procedimiento y modo de acción, con el objeto de distinguirlo de otros modelos cercanos o lejanos de su propio campo.

Los principales elementos teóricos propuestos e implicados en esta alternativa terapéutica son:

1. Es un modelo cognitivo de trastornos o distorsiones emocionales.- los problemas que presenta el paciente sobre las conductas agresivas sexualmente, dependen de las estructuras cognitivas de cada sujeto así como del significado que aporta a dichas cogniciones en relación con sus expectativas, experiencias y actitudes.
2. Es un modelo basado en el empleo del método científico.- el cual implica un procedimiento sistematizado de información objetiva y comprobable. Esto no quiere decir que no se utilicen herramientas de apoyo que impliquen datos cualitativos o individualizados como son los autorreportes, las historias de vida, etc.
3. Se utiliza el análisis de la triada violatoria como el conjunto de elementos contingentes que conllevan a la funcionalidad de las actitudes, los comportamientos y las cogniciones del agresor sexual en una situación delictiva específica.
4. Utilización del modelo educativo y reeducativo.- se busca desarrollar un aprendizaje de patrones alternativos que implique formación de nuevas conductas así como reestructuración de las ya presentes. Asimismo, se enfocará al modelo educativo sobre "Educación de la Sexualidad" utilizado como procedimiento para desarrollar habilidades formativas e informativas sobre la sexualidad y sus características.
5. Esquemas multi e interdisciplinarios sobre el fenómeno de la violación sexual.- se desea trabajar tanto individual como grupalmente de acuerdo a las situaciones contextuales del victimario (si vive en familia, si está sentenciado o juzgado legalmente, si está recluso en un centro psiquiátrico, etc.).
6. Desarrollo y mantenimiento de la Empatía Terapéutica.- la cual evaluaría el nivel de motivación y disposición por parte del agresor para permanecer en situaciones psicoterapéuticas.

7. Mantenimiento de estudios longitudinales.- se desarrollará mediante trabajo de seguimiento constante y continuo a través de tiempos prolongados.

Con base en lo anterior, la propuesta de tratamiento para agresores sexuales es la siguiente:

SECUENCIA BÁSICA DEL TRATAMIENTO

1. ENTREVISTA CONDUCTUAL INICIAL.

Es entendida como "una interacción diádica entre el paciente-cliente y el terapeuta, por medio del cual el terapeuta busca la información necesaria para llevar a cabo el análisis del problema del paciente-cliente" (p.141. Citado en: Oliva y Villafaña, 1996). Asimismo, la entrevista conductual representa una técnica auxiliar para el establecimiento de una relación terapéutica "armoniosa y empática", que permita tanto al terapeuta como al cliente colaborar en el proceso de dicha entrevista, haciéndola lo más confiable y acercable posible al problema en cuestión. La finalidad principal consiste en la interacción que existe de la conducta del individuo con el medio ambiente presente, considerando además los eventos relevantes del pasado que se relacionan con la conducta problema. Una característica importante es el énfasis que realiza en las interacciones de la conducta verbal emitida por el sujeto acerca de las variables ambientales que tienen relación con la conducta problema.

Este tipo de entrevista puede ofrecer bastante información acerca de muchos aspectos de la vida del cliente, pero no siempre con la exactitud ni la claridad que se lograría si se dedicara a evaluar sólo un aspecto. Para solventar esta desventaja, la entrevista conductual se usa como estrategia solamente inicial, con el fin de conseguir datos de menor fidelidad, a fin de que después se examinen las áreas específicas o pertinentes con procedimientos de evaluación más limitados a la conducta-problema.

Son muchos los investigadores que han desarrollado este tipo de entrevista y las características de sus elementos (Peterson, 1968; Storow, 1967; Gelfand y Hartman, 1975; Linehan, 1977; Morganstem y Tevin, 1981. Citados en: Goldfried, 1976). Sin embargo, para efectos de este trabajo se retomará el utilizado por Fernández-Ballesteros y Carrobbles (1981) el cual contiene los siguientes objetivos:

a) Identificar y especificar los comportamientos problemáticos (en este caso la conducta sexual que presenta el agresor).

b) Identificar comportamientos alternativos (positivos y deseables para el sujeto).

c) Evaluar los factores antecedentes y consecuentes que controlan la conducta problemática y sobre las cuales se pueden basar las hipótesis funcionales.

d) Recopilación de datos biográficos.

e) Evaluar el potencial mediacional, es decir, identificar la información necesaria para estimar la probabilidad de una intervención exitosa; de lo que podemos derivar variables como el nivel de motivación del cliente, la naturaleza, valor y disponibilidad de las contingencias necesarias para operar en el cambio, la presencia y tipo de variables externas, entre otras.

f) Reforzar tanto al cliente como al terapeuta.

g) Evaluar los sentimientos y las actitudes del cliente.

h) Educar al cliente en el uso de principios e instrumentos conductuales, explicitándole los contactos y tipos de intervención terapéuticas, que permitan motivarlo para su participación y compromiso en el trabajo psicológico.

Los pasos de la entrevista conductual propuesta por estos autores está basado en dos líneas de trabajo: por un lado, proponen utilizar la entrevista para una evaluación de aspectos específicos (basados en la entrevista clínica propuesta por Peterson en 1968) en donde se distinguen los siguientes elementos:

a) Naturaleza del problema- condiciones que intensifican, alivian o reducen la conducta, orígenes percibidos, antecedentes específicos, consecuencias específicas.

b) Severidad del problema- intensidad y frecuencia de aparición.

c) Generalidad del problema- duración y generalización transituacional, cambios sugeridos, indicaciones para una exploración posterior.

Y, por otro lado, proponen una entrevista que intenta explorar al máximo las áreas más amplias del funcionamiento del sujeto tanto en el presente como en el pasado. Este modelo de entrevista se basa en el esquema matriz de Kanfer y Saslow de 1969 y contiene los siguientes puntos:

a) Análisis inicial de la situación problemática- formulación preliminar de las conductas problemáticas y "no problemáticas" del sujeto para delimitar características topográficas de respuesta (intensidad, frecuencia, duración, latencia).

b) Clarificación de la situación problemática- analizar condiciones de ocurrencia, satisfacciones derivantes de la propia conducta, persona(s) y situaciones hacia las que se dirige la conducta, consecuencia derivadas de la aparición o desaparición del problema, posibles consecuencias para el sujeto de éxito o fracaso en el tratamiento.

c) Análisis motivacional- delimitación, rango y jerarquía de los incentivos del cliente, condiciones concretas, frecuencia y regularidad de los refuerzos que le son efectivos, personas o grupos que poseen un control más efectivo sobre el comportamiento del cliente, entre otras.

d) Análisis evolutivo- cambios biológicos que pueden aparecer en el desarrollo y consecuencias para las pautas conductuales del sujeto, cambios sociales y grado de adaptación del cliente frente a ellos, cambios conductuales del sujeto en relación con el comportamiento del grupo (s) a los que pertenece, entre otros.

e) Análisis del autocontrol- situaciones en las que el cliente puede controlar sus conductas problemáticas, características, condiciones, personas, instrumentos y medidas en la que la conducta de autocontrol pueda ser utilizada en el tratamiento.

f) Análisis de las relaciones sociales- personas significativas en el ambiente social del cliente, grado de responsabilidad diferencial del sujeto, expectativas del cliente sobre su ambiente social, modo de participación, etc.

g) Análisis del medio físico y sociocultural- normas existentes en el medio sociocultural del cliente, congruencia de las normas de acuerdo a los ambientes del cliente, limitaciones de los ambientes del cliente, exigencias ambientales, entre otras.

Estas propuestas, según los autores, "dan un contexto definido a la exploración, situando al cliente con claridad en cuanto a lo que de él se requiere y pudiendo recabar la información de manera ordenada y completa" (p. 231. Fernández-Ballesteros y Carrobes, 1981).

Las ventajas que presenta este tipo de entrevista en el campo de la evaluación conductual son: el ser un instrumento flexible, tanto en su desarrollo como en la temática a la que se aplica, proveer simultáneamente de indicadores tanto verbales como no verbales de la respuesta y de su mutua relación, establecer bases y oportunidades para una relación interpersonal entre el terapeuta y el cliente, dando posibilidad a un intercambio confidencial de información, que permita a los involucrados hacer un análisis, modificación o adecuación de las respuestas según los mutuos requerimientos (op. cit).

De acuerdo con lo anterior, la entrevista conductual propuesta para esta alternativa terapéutica es analizada desde el Modelo Secuencial Integrativo. Este modelo cuenta con características como:

- Es un modelo secuencial que tiene como objetivo analizar una sucesión de elementos, eslabones o variables en forma ordenada obtenidos por medio de la entrevista.
- Integra las características cognitivas del cliente con sus respuestas conductuales.
- Involucra los aspectos biológicos que el cliente presenta y/o reporta considerándolo como un “repertorio natural”.
- Analiza la historia del sujeto tomando en cuenta los eventos que tienen relación directa con el problema así como las formas de aprendizaje de los mismos.

Las partes que se pueden integrar el formato de la entrevista son:

- A. Datos Generales.- referente a la ficha de identificación del cliente, nombre, edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, fecha de nacimiento, religión, escolaridad, ocupación, antecedentes médicos y de salud.
- B. Historia familiar.- que implica el análisis de su constelación familiar actual, número de personas que constituyen su familia, relaciones familiares, concepto y opinión sobre su familia, características comportamentales en su familia, ritos, hábitos y rituales familiares, entre otros.
- C. Historia educacional.- características de aprendizaje en el cliente, formas de aprendizaje sobre la agresión y la sexualidad que haya tenido el cliente, relaciones sociales en el ámbito educativo, papel que desempeñaba en ese ambiente social.
- D. Historia ocupacional.- tipos de trabajo desempeñado, interacciones sociales, dificultades laborales, rendimiento y ventajas laborales, etc.
- E. Historia psicosexual.- características de género presentadas, percepción y definición de hombre y mujer, sexual adoptado, preferencias sexuales, características físicas y psicológicas en sus relaciones sexuales, información sobre los conocimientos que tiene acerca del sexo y de la educación de la sexualidad, tipo de experiencias sexuales, etc.

- F. Historia socio-cultural y recreativa.- tipo de diversiones e intereses personales, influencia y/o dependencia a sustancias tóxicas o embriagantes, importancia de la religión profesada, percepción sobre las leyes y reglas sociales, características de los antecedentes penales (si los hubiera), tipos de ámbitos sociales frecuentados por el cliente, pertenencia a algún grupo social o equipo, tendencias antisociales, características de las relaciones interpersonales del cliente, etc.
- G. Datos sobre el Delito.- versión del cliente sobre el delito, características físicas, situacionales y psicológicas referentes a la agresión sexual realizada, personas involucradas, reincidencia del evento, influencia de variables ambientales y físicas en el delito, entre otros.
- H. Descripción de sí mismo.- concepto de sí mismo, principales preocupaciones, dudas, remordimientos y temores con respecto al delito; descripción de los momentos difíciles que ha pasado en su vida sexual, sentimientos hacia el problema de violencia sexual, perspectivas hacia futuro sobre consecuencias de la conducta problema, etc.
- I. Actitud hacia la entrevista.- referentes a la forma de contestar, cooperación, conductas expresadas verbal y físicamente, manipulación de la información, referencia de la empatía encontrada, metas a corto, mediano y largo plazo que desea alcanzar dentro de la terapia, entre otros.

Se sugiere que las preguntas tengan una relación con el evento-problema y que para usos estadísticos se manejen formatos estructurados de entrevista. De acuerdo al Modelo Secuencial Integrativo (E-O-R-C), el formato del vaciado de datos para su explicación puede ser el siguiente:

SITUACIÓN ANTECEDENTE O ESTIMULO.

Historia: Se deben considerar aquellos eventos que tengan relación directa con el delito sexual realizado por el agresor que permitan explicarlo, sin importar el tiempo en el que sucedieron.

Factores externos o ambientales: incluir los elementos actuales que están influenciando y que facilitan la ocurrencia de que el agresor efectúe el delito sexual.

Factores internos u orgánicos: son aquellas señales que dan pauta al agresor para identificar que ya se acerca el inicio de la agresión.

Factores cognitivos: se considera como el diálogo interno (hacia sí mismo) que el cliente realiza acerca de la agresión sexual. También se pueden incluir las señales que "preparan" al cliente para actuar y que suceden antes de que se presente el delito.

ORGANISMO.

Biológico: son las características biológicas que son estables en la persona y que tienen relación con la conducta de agresión sexual.

Historia de reforzamiento: son las habilidades con las que cuenta el cliente para enfrentar la conducta agresiva sexualmente.

Características cognitivas: se refieren a los aspectos cognitivos que se relacionan con los aspectos socioculturales, que influyen en el modo de pensar del cliente (valores culturales) con respecto al tema de la violencia sexual.

CONDUCTA O RESPUESTA.

Conductual o motora: son todas las conductas externas que el individuo realiza en referencia a actos tipificados socialmente y/o legalmente como violencia sexual.

Afectiva: se refieren a las emociones experimentadas antes, durante y después de cada ataque sexual.

Somática: es la respuesta fisiológica que surge o se encuentra alrededor de la agresión sexual y que permite una situación particular en el funcionamiento físico del cliente.

Interpersonal: son todas las formas de relacionarse con su medio social (mujeres, niños, ancianos, hombres, etc.).

Cognitiva: es el valor individual que existe en el momento de presentar el delito, es decir, son los pensamientos que se presentan en el momento de llevar a cabo una agresión sexual.

EFFECTOS, CONTINGENCIAS Y CONSECUENCIAS.

Cognitivas: implica los pensamientos después de que ocurre la conducta delictuosa que tienen la finalidad de incrementar o decrementar dicha conducta.

Conductas: son todos aquellos efectos a corto, mediano y largo plazo que trae en el agresor y en su ambiente social el realizar una conducta de violencia sexual.

2. PRINCIPALES MÉTODOS DE EVALUACIÓN.

La evaluación es la que determina el grado en que la conducta blanco se ejecuta así como refleja la frecuencia de ocurrencia de una conducta antes de un programa. Para comenzar la evaluación se necesita definir la conducta blanco. La definición de la conducta requiere tomar en cuenta tres aspectos: a) Objetividad, es decir referirse a características observables de la conducta evitando hacer alusión a los estados interiores del individuo; b) Claridad, referente a que pueda leerse, repetirse y parafrasearse por otros terapeutas evitando la ambigüedad; y c) Integridad, en donde se debe de asumir las condiciones límites de manera que las respuestas a incluirse y excluirse del paciente-cliente puedan enumerarse (Kazdin, 1996).

La evaluación de la conducta-problema o conducta blanco, así como de otros eventos en la situación, pueden completarse de muchas formas distintas; los métodos comunmente empleados incluyen conteos de frecuencia (número de veces que ocurre la conducta en un período determinado), categorización discreta (clasificación de respuestas en categorías discretas como correcto/incorrecto, apropiado/inapropiado), número de clientes que desempeñan la respuesta (número de personas que ejecutan el delito), evaluación de intervalo o duración de respuesta (registro de la conducta durante periodos específicos de unidades de tiempo), entre otras. La selección de la estrategia de evaluación de nuevo tendrá que ver con la definición de la conducta blanco y ésta será variante dependiendo del objetivo de la investigación, empleándose una o varias medidas de evaluación en un programa determinado (op cit.).

También cuando se habla de evaluación se refiere al cambio conductual después de que se ha iniciado un programa, comparándose con la evaluación inicial antes de la intervención. Esta implica conocer cuál es el impacto que tuvo la intervención terapéutica en el paciente-cliente y desarrollar medidas de cambio para una mejor modificación de su conducta.

La evaluación en el trabajo clínico tiene como prioridad el lograr el cambio inmediato en el paciente-cliente, ya que la evaluación sistemática concerniente a los cambios en la conducta blanco o en las áreas de funcionamiento que actúan como punto focal del tratamiento, proporcionan la información esencial para el cambio terapéutico. Esta evaluación es útil para hacer juicios sobre la cantidad de cambios y si ha sido

suficiente para mejorar, modificar o cambiar la vida del cliente. Esto se puede realizar mediante la comparación entre la evaluación antes del tratamiento y después de éste tratando de no perder la confiabilidad de los datos (principalmente cuando se está evaluando la reincidencia del delito en los agresores). Demostrar que ha existido un cambio confiable requiere de la significación aplicada o clínica de los efectos del tratamiento; esto se puede lograr mediante los reportes de otras personas cercanas al paciente-cliente que se encuentra en contacto constante con él. También se puede encontrar buscando el mejoramiento del nivel de funcionamiento del cliente en situaciones cotidianas y en particular en situaciones donde se presentaba la conducta problema.

Por último, es importante emplear la información de la evaluación para tomar decisiones acerca del tratamiento y el seguimiento del caso.

La primera evaluación que se lleva a cabo en esta propuesta de tratamiento es la entrevista conductual anteriormente descrita que junto con la aplicación de instrumentos evaluativos conductuales realizados para detectar las características físicas, situacionales y psicológicas que se presentan dentro de una conducta agresiva sexualmente en un sujeto, permita desarrollar una correlación de estos factores (triada violatoria) por medio de un análisis funcional cognitivo-conductual.

Dentro de los instrumentos evaluativos conductuales que se pueden utilizar en esta propuesta de tratamiento están los siguientes:

1. UTILIZACION DE AUTORREGISTROS COGNITIVOS-CONDUCTUALES.

Paralelamente a la noción de análisis funcional de la conducta, Meichenbaum (1976) llama "análisis funcional cognitivo" a los procesos de pensamiento, imágenes, lenguaje interno, etc. vinculados a la(s) conducta(s) problemática(s), y que aparecen antes, durante o después de éstas. Históricamente existen una serie de inventarios con la finalidad específica de evaluar las conductas encubiertas que permiten identificar la frecuencia con la que el sujeto experimenta una serie de pensamientos, imágenes o sentimientos. La relación existente entre los procesos cognitivos y la conducta manifiesta ha dado prioridad a la aplicación de los programas y técnicas de la modificación de conducta (Citados en: Fernández-Ballesteros y Carrobles, 1981).

La utilidad clínica de los inventarios es múltiple, una de ellas es la detección de procesos cognitivos que se producen en personas con determinados trastornos conductuales. En este caso en sujetos con conductas sexualmente agresivas. También sirve para hacer al sujeto consciente de su presencia y de la necesidad de llevar a cabo un autorregistro en las situaciones cotidianas en que se producen dicha respuesta sexual. Al ser determinadas las situaciones y los procesos cognitivos presentes, se recomienda recurrir a técnicas terapéuticas adecuadas para lograr su extinción, modificación y/o eliminación. Finalmente, la puntuación en el inventario puede ser útil para determinar de forma objetiva el resultado del proceso terapéutico (comparando las puntuaciones antes y después del tratamiento).

2. DESARROLLO DE INVENTARIOS DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL

La evaluación a través de inventarios y auto-informes no es ciertamente el método más utilizado en el campo de los problemas sexuales; básicamente la entrevista es la técnica de evaluación y diagnóstico más utilizada para evaluar este tipo de trastorno. Sin embargo, el auge que actualmente está cobrando la evaluación conductual en este campo hace que los psicólogos dedicados a él, desarrollen instrumentos adecuados para la evaluación de estos problemas.

De acuerdo con lo anterior, los factores evaluativos que se proponen para este tratamiento son basados en el trabajo realizado por Lazarus (1976, 1981) tomando como punto de partida un enfoque multidimensional dentro de la psicoterapia (Citado en: Slaikou, 1987). El propósito de este tipo de valoración no es crear una clasificación diagnóstica, sino más bien proporcionar un perfil de funcionamiento del sujeto de acuerdo al contexto sociocultural en el cual se desenvuelve; lo que producirá pautas concretas para la selección de estrategias en el tratamiento. El uso de esta estructura cognoscitiva permite al terapeuta investigar el funcionamiento del paciente en cada modalidad o factor. Se sugiere platicarlo con el paciente y reforzarlo con sus amigos o familiares. La labor principal del terapeuta es la valoración para determinar el impacto de la violencia sexual sobre el funcionamiento conductual, afectivo, físico, interpersonal y cognoscitivo.

FACTOR	VARIABLES A EVALUAR
Conductual	Patrones de conducta sexual, actos agresivos, hábitos (alimenticios, de trabajo, de sueño), actividades diarias relacionadas con su conducta delictiva, formas conductuales de solución de problemas y manejo de conflictos, actividades de recreación.
Afectivo	Sentimientos frecuentes en relación a su conducta sexual agresiva, afectividades cotidianas de acuerdo a las circunstancias de su vida, formas de expresión o negación de sus sentimientos, afectos relacionados con sus conductas y pensamientos más usuales.
Somático	Funcionamiento y salud física general, presencia o ausencia de afecciones somáticas, estados frecuentes de tensión somática relacionados con la conducta delictiva, sensibilidad de los órganos de los sentidos, reacciones psicósomáticas relacionado con cogniciones y sentimientos.
Interpersonal	Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, dificultades y habilidades en las relaciones interpersonales, características de las relaciones heterosexuales en relación a su conducta delictiva, cantidad y frecuencia del contacto con amigos y conocidos, presencia o ausencia de habilidades sociales, estilo en la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, introvertido), modo interpersonal básico (suspica, manipulador, explotador, sumiso, dependiente).
Cognoscitivo	Imágenes mentales del pasado y el futuro, autoimagen, propósitos y razones de vida, pensamientos frecuentes relacionados con la conducta delictiva, creencias morales, filosóficas, religiosas, sociales y científicas, presencia o ausencia de ideas racionales e irracionales, actitud general positiva o negativa hacia la vida, la familia, la mujer y la víctima.

Aunque si bien los cinco factores se evalúan por separado, se interrelacionan de tal modo que los cambios en uno puede conducir el cambio en otros. Esta evaluación se correlaciona con la entrevista conductual anteriormente propuesta en la cual también se

evalúan los cinco factores antes descritos. También se recomienda volver a utilizar dichos inventarios como elementos postevaluativos del tratamiento terapéutico.

Por último, se sugiere que cualquier evaluación que se realice contenga los siguientes elementos dentro de su desarrollo:

A. Evaluación de la Motivación del cliente para la aceptación de la terapia.- esto se puede realizar con la entrevista inicial, el planteamiento de las metas particulares del agresor, la aplicación de un inventario que mida dicho lineamiento, entre otros.

B. Delimitación del Problema.- implica desarrollar el planteamiento de metas de acuerdo a la demanda psicoterapéutica que el agresor desee así como tomar en cuenta los objetivos de las personas que lo remiten (familiares de la víctima, familiares del agresor, ministerio público, juez encargado del caso, director del hospital psiquiátrico, etc.).

C. Lineamientos funcionales de la conducta -problema.- realizada mediante la evaluación del análisis funcional.

D. Identificación de las Redes de apoyo para el trabajo terapéutico.- en donde se identifica los niveles de apoyo para la terapia (atención médica, neurológica, psiquiátrica, legal, de servicio social, etc.).

3. ANALISIS FUNCIONAL POR MEDIO DE LA TRIADA VIOLATORIA

Los resultados del capítulo anterior describen las características físicas, situacionales y psicológicas que se encontraron de 14 agresores sexuales disponibles para este estudio; en relación a la aplicación de una serie de instrumentos evaluativos conductuales.

La propuesta del análisis funcional a través de la triada violatoria implica aplicar los instrumentos evaluativos y de diagnóstico antes descritos para realizar un análisis individual de cada paciente.

Como ejemplo a este análisis se retomará a uno de los sujetos evaluados en este estudio y se aplicará cada uno de los elementos de la propuesta terapéutica.

ANALISIS FUNCIONAL DE LA TRIADA VIOLATORIA

SUJETO 10. VIOLADOR DE MENORES

VICTIMA	SITUACION	VICTIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Preferencia por el sexo femenino 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocido-consanguíneo para las víctimas (tío o primo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo masculino. 28 años de edad. Preparatoria terminada.
<ul style="list-style-type: none"> • Niñas entre 8 y 10 años. Escolaridad primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar cerrado (casas de las víctimas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero, empleado de una tienda de abarrotes.
<ul style="list-style-type: none"> • Sin características físicas específicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia del ataque los fines de semana (visitas a la familia). 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas para relacionarse heterosexualmente e interpersonalmente con personas adultas.
<ul style="list-style-type: none"> • Relación de confianza de las niñas y de la familia hacia el victimario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización del soborno, la amenaza e intimidación para llevar a cabo el acto sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Características de personalidad: tímido, ansioso, depresivo, agresivo, inseguro, baja autoestima.
<ul style="list-style-type: none"> • Características de personalidad: alegres, miedosas, calladas, poco activas, con ganas de aprender de él. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planeación del ataque cuando las niñas se encuentran solas en algún cuarto de la casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación constante por expectativas negativas hacia el futuro e ideas irracionales del ambiente social.
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de la víctima sobre el agresor según el paciente: callado, enojón, complaciente, solitario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación sexual coital y oral-vaginal, actos masturbatorios del agresor con eyaculación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para aceptar las normas sociales. No acepta los errores que comete con facilidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar al descubrirse el delito de forma accidental (descubrimiento por parte de algún familiar). 	<ul style="list-style-type: none"> • Reincidencia del ataque hasta por 5 víctimas familiares. Frecuencia de la violación de 1 a 2 veces por mes por 6 meses o más. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ideas obsesivas sobre el ataque y miedo a ser descubierto. Necesidad de apoyo social por parte de su familia.

ANÁLISIS FUNCIONAL: De acuerdo a la tabla anterior, el violador de menores estudiado realiza sus actos delictivos con personas conocidas, principalmente sobrinas o primas entre 8 y 10 años de edad quienes presentan una relación afectiva y de confianza con él. Esto permite que en visitas a la casa de las niñas, se presenten situaciones solitarias dentro de la casa en donde el agresor por medio del soborno o la amenaza, intimida a la niña a tener relaciones sexuales coitales y oral-vaginales con él. Consecuente al acto el cual dura de 2 a 5 minutos, el agresor se masturba regularmente en el baño terminando en todas las ocasiones con eyaculación. La agresión se realiza de 1 a 2 veces por mes con una duración de hasta seis meses de acuerdo al miedo que desarrolla en la niña para guardar el secreto (amenazas constantes de matarla o matar a su madre). Cuando realiza las visitas a la casa de la víctima se pone nervioso y ansioso, pensando constantemente en el ataque hasta que lo lleva a cabo; esta sensación va siempre acompañada del miedo a ser descubierto así como del reto que causa hacer algo que va en contra de las reglas morales y sociales. Regularmente piensa en que todo le sale mal además de tener poco apoyo emocional y de ser criticado constantemente por sus familiares (por no haber seguido estudiando). Expresa dificultad para tener relaciones afectivas con las mujeres (nunca ha tenido una novia) y por tanto justifica que le gustan más las niñas ya que no le da miedo acercarse a ellas y no es necesario hablar ni convencerlas de aceptar una relación sexual. Piensa que las niñas no sufren ningún daño y les puede servir en su vida sexual futura lo que él les enseña. Normalmente cree que las personas le quieren hacer daño y responde agresivamente cuando alguien se mete con él (sensible a la aprobación y reprobación de la gente). Esto le causa ansiedad y depresión por no ser aceptado socialmente así como un autoconcepto bajo y dificultad para aceptar los conceptos negativos de sí mismo.

4. SUGERENCIAS SOBRE LAS TÉCNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA PARA UTILIZARSE EN ESTE MODELO.

Dependiendo de los resultados en el análisis funcional antes realizado, se detectan las áreas problemáticas que el agresor sexual marque y se propone un paquete de herramientas cognitivo-conductuales para su atención. En este momento se refuerzan las metas terapéuticas iniciales del cliente y se correlacionan o complementan de acuerdo al nuevo planteamiento de metas que el paciente realiza en relación al análisis funcional.

Por ejemplo, el sujeto No. 10 de la muestra de agresores disponible evaluada en esta investigación presentó dentro de sus objetivos terapéuticos trabajar con la baja en autoestima relacionada con problemas irracionales referentes a su ambiente social

("nadie me quiere", "todos me critican", "piensan que no sirvo para nada", entre otras). También desea incrementar sus habilidades para relacionarse con mujeres adultas justificando que así podrá evitar las agresiones sexuales hacia las niñas y descubrir nuevas sensaciones sobre él mismo. Asimismo menciona estar siempre alterado y enojado sin causa aparente y agredir a los otros constantemente como "una forma de ser y comportarse" para con los demás; por lo que desea disminuir sus agresiones principalmente dentro de su familia.

De acuerdo con los resultados en la entrevista inicial, los inventarios aplicados y los datos del análisis funcional; el siguiente cuadro ilustra el paquete de herramientas cognitivo-conductuales sugeridas para la afrontación de las áreas problemáticas en este individuo.

SUJETO 10. VIOLADOR DE MENORES

POSIBLES ÁREAS PROBLEMÁTICAS				
	Agresividad constante sin causa aparente	Baja Autoestima	Déficit en habilidades heterosexuales	Pensamientos irracionales sobre su ambiente social
POSIBLES TÉCNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA A UTILIZAR	Reforzamiento de otras conductas	Terapia Racional Emotiva	Entrenamiento en habilidades sociales	Métodos de Autocontrol
	Entrenamiento en Solución de Problemas	Manejo de Técnicas de Autoestima	Desensibilización Sistemática	Técnica de disolución de ideas irracionales
	Técnicas de Relajación	Utilización de Autoinformes	Juego de Roles y Psicodrama	Utilización de Autoinformes
	Entrenamiento Asertivo		Entrenamiento Asertivo	Desensibilización Sistemática

Las técnicas de modificación de conducta que se sugieren para este sujeto fueron elegidas de acuerdo a los objetivos y metas de los procedimientos de cada una de las técnicas así como de la disponibilidad y características terapéuticas para poder ser desarrolladas (habilidades del terapeuta, habilidades del cliente, tiempos, costos, de

acuerdo al análisis de resultados de los 14 sujetos estudiados en esta investigación son: entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de autocontrol, entrenamiento en solución de problemas, técnicas utilizadas dentro de la terapia racional emotiva, técnicas de relajación, técnica de desensibilización sistemática, manejo de juego de roles y psicodramas, autoinformes e inventarios tanto de conductas sexuales como de sentimientos y emociones sobre las conducta problema y entrenamiento asertivo.

El concepto, las características y la metodología de cada una de estas técnicas propuestas se desarrollan en el anexo no. 7. La manera de utilizar dichas técnicas en este tipo de sujetos se explican dentro de la descripción del programa.

5. DESCRIPCION DEL PROGRAMA.

Este programa es una alternativa para trabajar con estos 14 sujetos agresivos de acuerdo a una perspectiva cognitivo-conductual. Asimismo tiene como objetivo sugerir lineamientos de trabajo terapéutico para profesionistas de la Psicología que trabajan a nivel clínico y que dentro de esta área suelen presentarse clientes o pacientes con conductas caracterizadas dentro de esta problemática social, como lo es la violación sexual. Es un programa para trabajo clínico individual que permite al sujeto analizar sus conductas agresivas sexuales de tal manera que lo lleve al cambio y/o modificación de éstas. Consecuente a esta primera parte, se propone un trabajo grupal de acuerdo a las características del agresor sexual con el objeto de retroalimentar los cambios terapéuticos realizados en forma individual. Por último, se sugiere trabajar con la familia y el agresor desde los lineamientos de seguimiento de caso para reconocer los cambios social y/o individuales que se han realizado dentro de los ambientes sociales en los cuales el paciente se ve inmerso cotidianamente.

UTILIZACIÓN DE LAS TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Las conductas agresivas de tipo sexual se desarrollan multicausalmente, de tal forma que las técnicas cognitivo-conductuales propuestas en este programa de intervención no pueden ser homogéneas. Esto quiere decir, que cada individuo aunque sea categorizado como agresor sexual, requiere de una intervención muy particular y única. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta los aspectos sugeridos en este programa y trabajar conjuntamente con otros que posiblemente no se aborden aquí.

El programa alternativo de intervención consta de 20 sesiones de trabajo individual, las cuales se realizan una vez a la semana con una hora de duración. Este número fue analizado de acuerdo a los resultados de los 14 agresores estudiados en la muestra disponible que mostraban que después de la 20a. sesión los agresores dejaban de asistir o anteponían otras actividades antes que su trabajo terapéutico. Los autoreportes explicaban que existía una baja de motivación así como satisfacción de la solución inmediata a los objetivos próximos o de corto tiempo y esto daba "sensaciones de saciedad terapéutica" en dichos sujetos. Asimismo, mencionaban que el tiempo transcurrido de las sesiones eran "suficientes" para su desarrollo personal.

Posiblemente es en este momento en donde cabría la implementación de un programa de terapia grupal que permita la identificación social de la problemática así como la retroalimentación de los cambios o modificaciones conductuales en el sujeto. En este apartado se propone elegir a los grupos con un máximo de 5 sujetos de acuerdo a las características psicológicas del agresor así como a las características situacionales de la agresión sexual realizada por éste.

También valdría la pena examinar la posibilidad de realizar sesiones terapéuticas familiares (dentro del seguimiento de caso) que incluya tanto a la víctima como al agresor (si es el caso) y a los demás miembros de ésta, lo cual permita el desarrollo de una reintegración o readaptación del agresor al ambiente familiar así como del análisis de los cambios que el agresor puede establecer en sus ambientes sociales.

Siguiendo con el ejemplo del sujeto No. 10 las técnicas propuestas para trabajar terapéuticamente se realizarán de la siguiente forma:

1. AGRESIVIDAD CONSTANTE SIN CAUSA APARENTE

TECNICA: *Reforzamiento diferencial de otras conductas:* se identifican otras conductas que no sean agresivas y se le enseña al cliente a desarrollarlas en los ámbitos en donde comúnmente presenta actitudes agresivas. Y, al mismo tiempo se le enseña a extinguir el comportamiento agresivo (tiempo fuera, extinción, evitación de situaciones, etc).

Entrenamiento en solución de problemas: Se esquematizan las situaciones en donde se presenta la conducta de agresividad y se analizan alternativas de soluciones no agresivas para enfrentar dicha situación.

Técnica de relajación: Se sugiere utilizar la técnica de tensión-relajación para identificar los niveles tensionales que presenta en la conducta de agresividad y compararlos con estados relajantes.

Entrenamiento asertivo: Desarrollo de habilidades conductuales (actitudes, manifestaciones verbales y físicas) relacionadas con la expresión de cogniciones y sentimientos que se presentan durante el comportamiento de agresividad.

2. BAJA AUTOESTIMA

TECNICA: *Terapia racional emotiva:* Se sugiere trabajar las ideas dominantes de acuerdo a los factores cognitivos asociados con la baja autoestima en relación a las conductas que refuerzan dichos pensamientos y utilizar los mecanismos de la racionalidad para extinguirlos.

Manejo de Técnicas de autoestima: Utilización de mecanismos internos (ideas racionales, fantasías, metas y propósitos futuros, motivaciones) y externos (físicos, ambientales, sociales) que coadyuven al desarrollo de la autoestima.

Utilización de autoinformes: Auxiliarse de autorreportes tanto del agresor como de los familiares y amigos que permitan identificar los factores cognitivos relacionados con la baja autoestima y la expresión de éstos.

3. DÉFICIT EN HABILIDADES HETEROSEXUALES

TECNICA: *Entrenamiento en habilidades sociales:* Presencia de la valoración sobre las conductas y habilidades que tiene el agresor para con las mujeres y utilizar entrenamiento en habilidades dirigidas a la asertividad, manejo de conflictos y solución de problemas sociales hacia las mujeres.

Desensibilización sistemática: Utilización de cortes conductuales que permitan el acercamiento del agresor hacia las mujeres de forma asertiva y relajante.

Juego de roles y psicodramas: Esquematización de situaciones contextuales sobre las relaciones heterosexuales en donde se identifiquen los elementos de cambio y se apliquen las habilidades adquiridas.

Entrenamiento asertivo: Implicación de programas asertivos sobre la expresión de sentimientos y pensamientos en torno a la concepción de mujer y sus características sociales.

4. PENSAMIENTOS IRRACIONALES SOBRE SU AMBIENTE SOCIAL

TECNICA: *Métodos de autocontrol:* Identificación de los ambientes sociales que conllevan el desarrollo de ideas irracionales para la utilización de métodos de autocontrol de dichas cogniciones.

Técnicas de disolución sobre ideas irracionales: Esquematización de las ideas irracionales sobre el entorno social en contraste con las ideas racionales sobre éste mismo, que permita el desarrollo del análisis sobre ventajas y desventajas de dichos pensamientos.

Utilización de autoinformes: Presencia de autorreportes tanto del paciente como de sus familiares que debilite las presencia de las ideas irracionales sobre su entorno.

Desensibilización Sistemática: Utilización de la técnica como complementaria a la solución de conflictos sobre su entorno social que se desarrollen a través de la presencia de las ideas irracionales.

Las técnicas antes descritas no son las únicas propuestas para trabajar dichas problemáticas ni tampoco significan la panacea a la solución del problema en el paciente. Asimismo, la libertad del terapeuta para desarrollarlas es válida y saludable ya que implica la importancia y presencia de factores ajenos y externos a la programación de este tratamiento (empatía con el terapeuta, cambios familiares y/o legales, inestabilidad en la asistencia a las sesiones, habilidad del terapeuta para manejar las técnicas, etc.).

UTILIZACIÓN DEL MODELO EDUCATIVO Y REEDUCATIVO

Esta parte de la terapia tiene como objetivo que el agresor sexual adquiera los conocimientos con respecto a los elementos integradores que se encuentran en la conducta delictiva, con el fin de complementar las habilidades aprendidas por medio de las técnicas de modificación de conducta antes descritas. Asimismo, se argumenta un trabajo educativo y reeducativo que va de acuerdo con las necesidades y los reportes que los agresores sexuales hicieron dentro las evaluaciones iniciales en este estudio; la muestra reportó tener un desconocimiento e información inadecuada sobre los temas de sexualidad así como del tipo de violencia sexual que realizaron.

El desarrollo de este apartado implica el uso de técnicas dinámicas y de procesos activos de enseñanza-aprendizaje que le permitan al agresor adquirir los conocimientos con mayor fluidez y facilidad. Los temas sugeridos para trabajar esta sección terapéutica son:

- 1.- Violencia Sexual.- contiene las definiciones, características y manifestaciones de la violencia sexual, enfocándola como un fenómeno biopsicosocial dentro un marco jurídico-legal de nuestra sociedad.
- 2.- Violación, violación de menores y abuso sexual infantil.- de acuerdo al tipo de conducta delictuosa que haya realizado el agresor sexual se le dará información sobre el concepto, las características, causas y consecuencias que conlleva cada una de estas manifestaciones; reforzando la importancia de las consecuencias y el rompimiento del desarrollo integral en las víctimas.
- 3.- Sexualidad y Educación de la Sexualidad.- entendida como el conjunto de comportamientos y actitudes de cada persona, incluyendo en éstas sus expresiones, respuestas o conductas sexuales hacia si mismo y con los demás. Dichas expresiones sexuales se manifiestan en relación al desarrollo integral de la persona y de su entorno. Este tema se sugiere trabajarse paralelamente con los derechos y valores humanos.
- 4.- Derechos y Valores Humanos.- formación e información del respeto y las características de los derechos y valores humanos (amor, respeto, privacidad, libertad, responsabilidad, dignidad, entre otros) en relación con la expresión de la sexualidad tanto del agresor sexual como de sus víctimas.

El desarrollo de las fases educativas propuestas se trabajan paralelamente al de las metas terapéuticas cognitivas-conductuales.

UTILIZACIÓN DE LA TERAPIA GRUPAL.

Se sugiere utilizarse inmediata a la finalización de la terapia individual mediante la formación de grupos de acuerdo al delito cometido. Pueden llegar a durar de uno a cuatro meses y pueden continuarse trabajando en relación a otras conductas sexuales problemáticas que no sean actos agresivos. Para ello, existen propuestas de tratamiento grupal en agresores sexuales realizados por Eli Coleman en la Universidad de California U.S.A (1996).

5. SEGUIMIENTO DE CASOS.

Se recomienda que para el seguimiento se requiera de tratamiento extemporáneo que desarrolle el manejo de experiencias y realización de tareas terapéuticas en el contexto familiar y social del agresor. Para ello, se propone la siguiente alternativa:

1) SESIONES TERAPEUTICAS EXTEMPORANEAS: Iniciar con dos veces al mes por tres meses; después una vez al mes por seis meses para finalizar con una vez cada tres, seis y nueve meses.

2) LLAMADAS TELEFÓNICAS.- Desarrollar entrevistas telefónicas para uno, tres, seis y nueve meses. Finalizar con una vez cada uno, tres y seis años. Lo importante de este seguimiento es la evaluación del reporte verbal de los estilos de vida y planes futuros realizados.

3) AUTO-INFORMES.- Representará una muestra del comportamiento del sujeto que debe ser tomada en cuenta para evaluar los resultados de la terapia. Se recomienda utilizar los cuestionarios o auto-informes realizados al inicio de las sesiones terapéuticas (evaluación inicial), para posteriormente realizar un contraste de la presencia o ausencia de tales conductas. Asimismo son importantes para identificar situaciones o actividades reforzantes de la conducta eliminada que rebasan los espacios terapéuticos trabajados. Por último, pueden contribuir a obtener información sobre posibles variables contaminadoras del proceso terapéutico. Estos reportes se pueden realizar dentro de las terapias extemporáneas.

4) SESIONES TERAPÉUTICAS FAMILIARES.- No debe perderse de vista, que en cualquier caso, reflejan la visión subjetiva que sobre el paciente tienen. Se pueden realizar junto con las sesiones extemporáneas o mediante llamadas telefónicas.

5) APOYO EN OTRAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS.- paralelo al seguimiento conductual propuesto anteriormente, se sugiere que el cliente trabaje otras problemáticas excluyentes al tratamiento propuesto con el fin de coadyuvar en el desarrollo integral del paciente. Para esto, existen otras alternativas terapéuticas que pueden ayudar a su crecimiento (terapia grupal, terapia familiar, terapia de pareja, terapia de género, etc.).

Por último esta alternativa terapéutica no es sinónimo de curación. La conducta de agresión sexual (violación, abuso sexual u otra) es, en nuestra cultura, ilegal, por lo que en esta propuesta se desea una adaptabilidad del sujeto a la realidad social en la cual se encuentra. El objetivo no es que el agresor sea otra persona; sino que aprenda a diferenciar entre sus fantasías cognitivas agresivas de tipo sexual y su conductas sociales, las cuales van a ser gobernadas o regidas por leyes y reglas culturales del lugar o país en el que se desenvuelva.

DIAGRAMA DE TRATAMIENTO.

LUGAR DE REMISIÓN

P.I.A.V. - UNAM

INSTITUCIONES
LEGALES

INSTITUCIONES
PSIQUIATRICAS

PARTICULAR

OTROS

ATENCION
PSICOLOGICA
DE
AGRESORES
SEXUALES

ETAPAS DEL TRATAMIENTO

ENTREVISTA
INICIAL

EVALUACION
INICIAL

- Motivación terapéutica
- Inventarios:
 1. Conductual
 2. Afectivo
 3. Interpersonal
 4. Somático
 5. Cognitivo

ANALISIS
FUNCIONAL A
TRAVES DE LA
TRIADA
VIOLATORIA

PLANTEAMIENTO
DE METAS

APLICACION DE
TECNICAS
COGNITIVO
CONDUCTUALES

SEGUIMIENTO

OTROS APOYOS

APOYO
PSIQUIATRICO

APOYO MEDICO

- Examen neurológico
- Examen físico

APOYO LEGAL

OTRAS
ALTERNATIVAS
TERAPEUTICAS

- Terapia grupal
- Terapia familiar
- Terapia de pareja
- Terapia de Género

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La violencia sexual ha pasado a ser de interés público en la medida en que se ha modificado la posición de las mujeres en la sociedad y se han reconocido los derechos de los niños.

Craig (1990) argumenta que los hombres que tratan de coaccionar a las mujeres para tener relaciones sexuales poseen ciertas características. Por ejemplo, tienden a crear de manera activa la situación en la que pueden ocurrir el encuentro sexualmente agresivo, interpretan la amabilidad de las mujeres como una provocación de tipo sexual o sus respuestas de protestas como falsas, tratan de manipular a las mujeres hacia la relación sexual usando fármacos y/o alcohol, atribuyen los fracasos interpersonales a características negativas percibidas por parte de la mujer, protegiendo los suyos, etc. (Citado en: Sue y cols. 1996). Sin embargo, muchos hombres que no violan también pueden poseer estas características, lo cual implica que aunque se realicen un sinnúmero de estudios e investigaciones en estos individuos, no podemos hablar de un perfil que los caracterice ni de una generalización representativa de peculiaridades físicas, psicológicas o sociales.

Los resultados que se presentan en este estudio refuerzan lo anteriormente expuesto, ya que no existieron variables físicas ni situacionales específicas que manejaran un perfil en la muestra de agresores sexuales. Asimismo, si bien existen características psicológicas comunes en ellos, no podemos decir que son las únicas o que marcan una tipificación hacia este tipo de sujetos.

El fenómeno de la violación sexual es multicausal, por tanto los elementos que integran este fenómeno: víctima-situación-victimario son influenciados por una serie de factores que rebasan los elementos antes mencionados. Por ejemplo, en México, se hablaría de factores como el nivel sociocultural de cada una de las regiones del país, las costumbres, tradiciones, convicciones y ritos familiares y sociales que se presentan en nuestro país, las acciones políticas y legales que conlleva el delito como tal en cada uno de los Estados de la República, la identificación, definición y expresión de los roles de género que diferencian a los hombres de las mujeres, el sistema patriarcal y de familia monogámica que nos representa, la existencia de mitos y tabús en torno al tema de la sexualidad, del sexo, de la educación de la sexualidad y por tanto de la violencia sexual,

el desconocimiento o presencia de información desviada hacia los derechos que tenemos como hombres y mujeres así como de niños y niñas, entre otras.

Estos elementos permiten que la violencia sexual no se represente como un fenómeno en aislado y por tanto el estudio de sus elementos por separado no explicarían completamente dicha problemática social. Aún señalando el hecho de que la violación frecuentemente ocurre de hombres hacia mujeres, esto no implica que las características que nos diferencia o nos asemejan como hombres o como mujeres sean los factores primordiales de este tipo de violencia. Efectivamente, mujeres y hombres somos diferentes natural, social y culturalmente; sin embargo las diferencias principales que se pueden establecer entre ambos sexos va más allá del que unos posean pene y otras vagina.

Si bien es cierto que hombres y mujeres somos diferentes, se requiere de oportunidades "iguales" de trabajo, de desarrollo personal y profesional; que impliquen construir acciones políticas, familiares, individuales y sociales para beneficio de ambos.

Un estudio realizado por Malamuth (1981) muestra la petición a hombres universitarios a quienes se les solicitó que reportaran e indicaran la probabilidad de que violaran si estuvieran seguros que nadie lo iba a saber y no serían atrapados o castigados; sus resultados muestran que alrededor del 35% de los hombres universitarios reportaron alguna probabilidad y el 20% indicó una bastante alta.

Lo anterior corrobora la importancia de percibir el fenómeno de la violación social más allá de las atribuciones físicas y psicológicas entre las mujeres y los hombres.

Algunas propuestas radican en pensar que lo ideal sería que la violación pudiera erradicarse en una etapa temprana de la conducta delictiva, de tal manera, que se previnieran los ataques y no se realizaran. Para lograrlo quizás se necesitaría hacer un cambio radical en la manera en que se condiciona socialmente al hombre y a la mujer. Es decir, si a los niños-hombres, no se les presionara para ser agresivos, quizás no verían la violencia como parte de su forma de ser, vivir y obtener las cosas en el mundo; si a las niñas-mujeres, no se les presionara para actuar de forma débil y sumisa ante los otros, tal vez desarrollarían habilidades para enfrentarse a situaciones de peligro y riesgo en el mundo. Posiblemente evitaríamos ser víctimas de violencia sexual y probablemente "no habría violadores".

Este papel no sólo le correspondería a los padres (ambos) sino a todas las personas que forman parte de la educación de los menores: maestros, familiares,

amigos, clérigos, hermanos, etc. La conciencia del tipo de modelo que se le suministraría a los niños y niñas dependería de los estereotipos que se desearan manejar. El rol de debilidad y pasividad que caracteriza a la mujer es tan común en nuestra sociedad que se requeriría de un conjunto complejo de estrategias para cambiarlo. Similamente, el rol de fortaleza y dominio que se enfatiza en el hombre necesitaría tal vez de un establecimiento y reestructuración radical en las ideas sobre identidad y sexualidad masculina.

Así como las víctimas de violencia sexual merecen una comprensión plena e integral de las consecuencias que trae el delito sobre su persona, se requiere también de un análisis de las situaciones contextuales y socioculturales que permiten la existencia y reincidencia de esta conducta agresiva. Asimismo, los victimarios necesitan ser tratados como "personas" más que etiquetados socialmente como delincuentes o criminales y que esto implique un trabajo terapéutico profundo en cuanto a sus sentimientos, emociones y pensamientos que lo conlleven a analizar, reconocer, distinguir, reeducar, modificar y/o cambiar su conducta delictiva.

Un programa de modificación conductual no se inicia eligiendo una o varias técnicas en particular, el éxito dependerá de las formas en que se midan las conductas y se evalúen los programas de intervención. Un tratamiento exitoso es el resultado de la identificación cuidadosa, la definición y la medición de las conductas; si éstas se miden e identifican de forma adecuada, entonces podrán aplicarse consecuencias contingentes a su ejecución y evaluar si la modificación conductual conduciría al "cambio".

El objetivo que tuvo este trabajo fue el de proporcionar a los psicólogos y terapeutas clínicos una guía que desde un marco cognitivo-conductual se sugiere para trabajar con agresores sexuales de acuerdo a los resultados encontrados en el trabajo profesional clínico desarrollado con 14 agresores sexuales atendidos en el servicio PIAV, quienes no habían sido juzgados legalmente por conductas delictivas tipificadas dentro del marco de la violencia sexual; como son el abuso sexual, la violación de menores, la violación de mujeres y hombres, entre otras. Este reporte permitió realizar un análisis sobre las características físicas y psicológicas que presentaban dichos sujetos y con base en este análisis describir las herramientas evaluativas y terapéuticas que ayudarán a sugerir un trabajo terapéutico con este tipo de sujetos. Sin embargo, no podemos decir que está escrita la "receta secreta" que cumple con el objetivo terapéutico de disminución

Es necesario, por otro lado, seguir trabajando en el campo de la prevención, tratando de llevar a los grupos familiares y sistemas sociales en los que se relacionan hombres y mujeres, a un cambio de ideología sobre los conceptos de sexualidad, de género, de poder y autoridad, de relaciones igualitarias y de formas de expresión de sus necesidades y emociones; así como habilitarlos en el manejo de alternativas de solución a sus conflictos particulares y psicosociales.

El análisis de medidas preventivas o de cambio que han sido determinantes en la presencia de la violencia sexual, se ha debido principalmente a la búsqueda de igualdad entre los géneros, realizada por intereses de diversos grupos sociales (reforzando el papel que ha tenido aquí el movimiento feminista). Algunos hombres y mujeres han intentado cambiar de comportamiento en cuanto a las actividades que "socialmente les corresponde" y se han impuesto para cada uno de ellos; insertándose en situaciones contextuales diferentes a las estereotipadas sexualmente. Esto implica el compartir recíprocamente actividades necesarias para el desarrollo integral de cualquier persona. Se podría pensar que se están formando "nuevos modelos masculinos y femeninos" o simplemente, se está tomando un camino de autocrítica por parte del ser humano.

Sin embargo, este proceso va más allá de una utopía personal o de una simple explicación, que podría desarrollarse mediante el planteamiento de una alternativa social, o quizás, del análisis de valores y convicciones adquiridas y constituidas para cada sexo. Las explicaciones o motivos por los cuales existe el fenómeno de la violencia sexual, serían insuficientes para explicar la ideología que gira en torno a la mujer y al hombre y al proceso de "ser quien somos".

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. ABEL, BLANCHARD Y BECKER (1976) Psychological treatment of rapists. En: Sexual Assault. The victims and the rapists. Lexington Books.
2. ABEL, BLANCHARD Y BECKER (1978) An integrated treatment program for rapists. En: Clinical aspects of rapists. New York.
3. ACEVEDO, A. (1993) Aprender Jugando 1. México, Edit. Limusa.
4. ALVAREZ, G.J. (1985) La condición sexual del mexicano. México, Edit. Grijalbo.
5. ALVAREZ, V.T. (1991) Características del violador de menores. Tesina de Lic. en psicología UNAM ENEPI México.
6. ARDILA, M. (1980) Terapia del Comportamiento. Rathus Inventario para evaluar el comportamiento asertivo. Bilbao.
7. ARESTI, G. (1988) Estrategias de apoyo a las Víctimas de la Violencia sexual. taller de Educación Continua. Facultad de psicología UNAM México.
8. ARGÜELLES, CASTRO Y HERNANDEZ (1988) Psicodinamia de un grupo de sujetos sentenciados por el delito de Violación. México. Tesis de Lic. en psicología UNAM.
9. ARTEAGA Y ESCALONA (1996) Actitud ante la sexualidad en internos sentenciados por el delito de violación, reclusos en el CPRS de Almoloya de Juárez. México. Tesis de Lic. en psicología UAEM.
10. ÁVILA, JIMÉNEZ Y LEÓN (1991) Características Psicológicas y socioeconómicas del Violador sentenciado en el Estado de México. México. Tesis de Lic. en Psicología UNAM ENEPI.

11. **BANDURA Y RIBES** (1977) Modificación de conducta. Análisis de la Agresión y la Delincuencia. México. Trillas.
12. **BAXTER, BARBAREE Y MARSHALL** (1986) Sexual responses to consenting and forced sex in a large sample of rapists and nonrapists. En: Behavior Research Therapy Vol. 24(5) pp. 513-520.
13. **BECK, A.T.** (1970) Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. En: Behavior Therapy. Vol. 1 (3), 184-200.
14. **BEDOLLA, P.** (1985) Violencia contra las mujeres. México, Centro de estudios de la Mujer. CEM Facultad de psicología.
15. **BEDROSIAN Y BECK** (1980) Principles of cognitive therapy. En: **MAHONEY, M.** (Comp.). Psychotherapy process: current issues and future direction. Nueva York. Plenum Press.
16. **BLADER Y MARSHALL** (1984) The relationship between cognitive and erectile measures of sexual arousal in nonrapists males as a function of depicted aggression. En: Behavior Research Therapy. Vol. 22(6) pp. 623-630.
17. **BROWNMILLER, S.** (1975) Contra nuestra Voluntad. Barcelona España. Edit. Planeta.
18. **BURGESS Y HOLMSTROM** (1974) Rape Trauma Syndrome. En: American Journal Psychiatry. Vol.131(9).
19. **CABALLO, V.**(1991) Manual de técnicas y Terapias de Modificación de Conducta. Madrid. Siglo XXI.
20. **CASTAÑEDA, C.** (1989) Violación, Estupro y Sexualidad. Nueva Galicia. 1790-1821. México. Edit. Hexágono.

21. CHADWICK, P. (1991) Las dificultades en el desenvolvimiento del niño. España. Edit. Colección Estudio.
22. CHELMINSKI Y MOUSSOURIS (1998) Oculta red de perversión en Europa. En: Revista Selecciones. México. Edit. Reader's Digest. pp. 116-123.
23. CENITI Y MALAMUTH (1988) Effects of repeated exposure to sexuality violent or nonviolent stimuli on sexual arousal to rape and nonrape depictions. En: Behavior Research Therapy. Vol. 22(5) pp. 535-548.
24. CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL (1996) México: Porrúa.
25. CODIGO PENAL PARA EL ESTADO DE MEXICO (1996) México: Porrúa.
26. COLLEMAN, E. (1996) Tratamiento para Agresores Sexuales. Taller presentado en el 2o. Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología "Sexualidad, ciencia y humanismo". Realizado del 10 al 13 de Abril de 1996. Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, A.C. FEMESS. Aguascalientes, México.
27. CONTRERAS, G. (1990) Algunas aproximaciones teóricas al estudio de la Violación. Tesis de Lic. en psicología. UNAM ENEPI México.
28. COOKE, BALDWIN Y HOWISON, (1990) Psychology in prisons. Edit. Routledge. U.S.A.
29. COOPER, A.J. (1995) Review of the role of two antilibinidal drugs in the treatment of sex offenders with mental retardation. En: Mental Retardation. Vol. 33 (1), february 42-48.
30. DIAZ, G.R. (1982) Psicología del Mexicano. México. Edit. Trillas.
31. DICCIONARIO DE SOCIOLOGIA (1971) México. Fondo de Cultura Económica.

32. DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO LAROUSSE (1996) México. Ediciones Larousse.
33. DURRANT Y WHITE (1993) Terapia del Abuso Sexual. Barcelona, España. Edit. Gedisa.
34. ECCLES, MARSHALL Y BARBAREE (1994) Differentiating rapists and non-offenders using the rape index. En: Behavior Research Therapy. Vol. 32 (5), 539-546.
35. ELLIS Y ABRAHMS (1986) Terapia Racional Emotiva. Edit. Pax. México.
36. FEM. (1986) Abuso Sexual a Menores. En: Revista FEM Año 10 No. 47.
37. FERNANDEZ-BALLESTEROS Y CARROBLES (1981) Evaluación Conductual. Metodología y aplicaciones. Edit. Pirámide. Madrid, España.
38. FINKELHOR, D. (1985) El abuso sexual al menor. Causas, consecuencias y tratamiento psicosexual. México. Edit. Pax-México. Tercera Edición.
39. FREEMAN, A. (1983) Cognitive therapy: an overview. En: Cognitive Therapy and Research. Vol. 11 (3) 253-271.
40. FREUD, S. (1922) Ensayos sobre Sexualidad. España, Sarpe Edición 1985.
41. FREUND, WATSON Y RIENZO (1988) Signs of feining in the phallometric test. En: Behavior Research Therapy. Vol. 26(2) pp. 105-112.
42. GARRIDO, V (1993) Técnicas de Tratamiento para Delincuentes. Madrid España. Edit. Centro de Estudios Ramón Areces, S.A. Colección de Criminología.
43. GOLDSTEIN Y KANFER (1987) Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. España. Edit. Desclée de Brower.

44. GOLFRIED, M.R. (1976) Evaluación Conductual. En: WEINER, I.B. (1992) Métodos en Psicología Clínica. México, Edit. Limusa. pp. 283-336.
45. GOLFRIED Y DAVISON (1981) Técnicas terapéuticas conductistas. Buenos Aires. Edit. Paidós.
46. GOLDFRIED Y MERBAUM (1973) Behavior change trough self-control. U.S.A. Edit. Holt, Rinehart and Winston, Inc. Cap. 18.
47. GONZALEZ, E.M. (1994) Estudio descriptivo del perfil de personalidad y factores aunados al delito, en internos procesados por violación, del CPRS de Tlalnepantla, en el año de 1989. México. Tesis de Lic. en psicología. UAEM.
48. GONZALEZ, G. (1974) Agresión y Delitos Violentos. En: Casa del Tiempo. UAM Vol. IV. No. 12.
49. GROTH, N. (1979) Men who rape. Plenum Press. New York.
50. GROTH Y BURGESS (1980) Male rape: offenders and victims. En: American Journal and Psiquiatry. U.S.A. Vol. 137 (7) pp. 806-810.
51. HALL Y PROCTOR (1987) Criminological predictors of recidivims in a sexual offender population. En: Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol.55(1) pp. 111-112.
52. HARREL, L. (1990) Delitos Sexuales en México. En: Doble Jornada. Año No.18.
53. HARRIS, RICE, QUINSEY Y CHAPLIN (1996) Viewing time as a measure of sexual interest among child molesters and normal heterosexual men. En: Behavior Research Therapy. Vol. 34 (4), 389-394.
54. HAWK, K. (1997) U.S. Department of Justice Federal Bureau of Prisons. Program Statement. Internet. Stop prisoner rape, inc. p.o. Box 286. Village Station. New york, NY. 10014.

55. HERNANDEZ, FERNANDEZ Y BAPTISTA (1991) Metodología de la Investigación. México. Mc Graw Hill, pp. 189-190.
56. HIERRO, G. (1989) De la domesticación a la educación de las mexicanas. México. Fuego Nuevo.
57. HOTALING, FINKELHOR, LEWIS Y SMITH (1990) Sexual abuse in national survey of adult men and women: prevalence, characteristics and risk factors. En: Child Psychiatry and human development. 1:4, 473-397.
58. HUDSON, WARD Y MARSHALL (1992) The Abstinence violation effect in sex offenders: A reformulation. En: Behavior Research Therapy. Vol. 30 (5), 435-441.
59. HUISMAN, D. (1989) Diccionario Enciclopédico de la Psicología. Barcelona, España. Edit. Plaza y Janes, S.A.
60. JAIMES Y RAMIREZ (1994) Establecimiento de un repertorio cognitivo conductual y de habilidades, en acusados de delito sexual y otros delitos. México Tesis de Lic. en psicología UNAM Campus Iztacala.
61. KAZDIN, A. (1978) History of behavior modification. En: Psychological Bulletin. 91. 349-365.
62. KAZDIN, A. (1996) Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. Edit. Manual Moderno, 2a. Edición. México.
63. KILPATRICK Y VERONEN (1987) Psychological sequelato rape. En: Assesment and strategies of treatment, Vol. 9, pp. 473-497
64. KILPATRICK, VERONEN Y RESICK (1983) Stress Manegent for rape Victims. En: Meichenbaum y Jaremko. Stress, reduction and prevention. USA .

65. KILPATRICK Y CALHOUN (1988) Early treatment efficacy or artifacts. En: Behavior Therapy. Vol 19. pp 421-427.
66. KLAUSMEIER Y GOODWIN (1977) Psicología Educativa. Habilidades humanas y aprendizaje. México, Edit. Harla.
67. KOLLONTAI, A. (1982) La mujer y la nueva moral sexual. México. Edit. Fontamara.
68. KVITKO, L. (1988) La Violación. Aproximación Médico-Legal. México. Trillas.
69. LAMAS, M. (1986) La antropología feminista y la categoría de "género". En: Nueva antropología. México Vol. 8 (30) pp. 173-198.
70. LAZARINI, L. (1993) El violador y sus trastornos afectivos. En: González N. Alteraciones afectivas en la psicopatología sexual masculina. México. IIPCS.
71. LIPTON, MC DONELL Y MC FALL (1987) Heterosocial perception in rapists. En: Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 55(1) pp. 17-21.
72. MALAMUTH N. (1981) Rape proclivity among males. En: Journal of social issues. Vol. 37(4) pp. 138-157.
73. MAHONEY M. (1988) Cognición y modificación de conducta. México. Trillas.
74. MAHONEY Y FREEMAN (1988) Cognición y Psicoterapia. Barcelona. Edit. Paidós.
75. MAHONEY Y KAZDIN (1979) Modificación de Conducta. Principios, técnicas y aplicaciones. Barcelona. Edit. Omega.
76. MARQUES, NELSON, WEST Y DAY (1994) The relationship between treatment goals and recidivism among child molesters. En: Behavior Research Therapy. Vol. 32 (5), 577-588.

77. MARTINEZ, R. (1985) Delitos Sexuales. México. Porrúa.
78. MARTINEZ, RODRIGUEZ Y ZARATE (1988) Estudio de los Rasgos de personalidad y las circunstancias bajo los cuales se comete el delito de violación. México. Tesis de Lic. en psicología. UNAM.
79. MARSHALL, W.L. (1994) Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders. En: Behavior Research Therapy. Vol. 32 (5), 559-564.
80. MASTERS, JOHNSON Y KOLODNY. (1987) La Relación Sexual Coercitiva. En: Enciclopedia de Sexualidad Humana. Tomo III.
81. MC CARY Y MC CARY (1986) Variaciones de la conducta sexual. En: Sexualidad Humana. Edit. Trillas, México.
82. MC KIBBEN, PROULX Y LUSIGNAN (1994) Relationships between conflict, affect and deviant sexual behaviors in rapists and pedophiles. En: Behavior Research Therapy. Vol. 32 (5), 571-575.
83. MEICHENBAUM D. (1977) Cognitive Behavior Modification. Nueva York, Plenum Press.
84. MEICHENBAUM Y GENEST (1981) Modificación de la Conducta cognitiva: una integración de los métodos cognitivos y conductuales. En: GOLDSTEIN Y KANFER (1987) Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. España. Edit. Desclee de Brower.
85. MONDRAGON M.A. (1994) Estudio descriptivo del autoconcepto, clima familiar y factores socioculturales relacionados con el delito de violación en internos que violan a menores familiares y no familiares. México. Tesis de Lic. en psicología. UAEM.
86. MORALES, PADILLA Y SAAVEDRA (1995) Prevención de la Violación. México. Tesis de Lic. en psicología. UNAM ENEP Iztacala.

87. MYERS, TEMPLE Y BROWN (1984) Coping ability of women who become victims of rape. En: Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 52(1), pp. 73-78.
88. NATHAN, WITTE Y LANGENBUCHER (1986) Terapia conductual y modificación de la conducta. En: WEINER, I.B. (1992) Métodos en Psicología Clínica. México, Edit. Limusa. pp. 583-654.
89. OLIVA Y VILLAFANA (1996) La Función del psicólogo cognitivo-conductual en los centros preventivos y de readaptación social ante la reincidencia de la conducta delictiva: una propuesta de intervención. Tesis de Lic. en psicología. UNAM Iztacala. México.
90. OLVERA, E. (1987) La Violación: Una expresión de poder con consecuencias biopsicosociales. Tesis de Lic. en psicología. UNAM ENEPI México.
91. OVERHOLSER Y BECK (1986) Multimethod assesment of rapists, child molesters and three control groups on behavioral and psychological measures. En: Journal of consulting and clinical psychology. Vol. 54(5) pp. 682-687.
92. PARKER, S. (1986) The precultural basis of the incest taboo toward a biosocial theory. En: American Anthropology. Vol. 78 (2), pp. 145-156.
93. PIAV-UNAM (1990-1995) Datos estadísticos del Programa Interdisciplinario de Atención a personas Violadas. ENEPI Iztacala UNAM México.
94. PIAV-PGJEM (1993-1995) Datos Estadísticos del programa Interdisciplinario de Atención a personas Violadas. Procuraduría General de Justicia del Estado de México.
95. PINEDA, V. (1991) Características medico-legales de la violación sexual. tesina de Lic. en psicología. ENEPI UNAM México.

96. PITHERS, W.D. (1994) Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offenders empathy for sexual abuse survivors. En: Behavior Research Therapy. Vol. 32 (5), 565-570.
97. PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL (1990) Violación. Ayúdenos a prevenirla. Folleto de distribución gratuita. México.
98. PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE MEXICO (1993) Informe sobre Violaciones Sexuales, datos estadísticos. México.
99. PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE MEXICO (1996) Políticas públicas sobre violencia intrafamiliar y violencia sexual. Acciones realizadas 1991-1996. México.
100. QUINSEY Y LAWS (1990) Validity of pshysiological measures of pedophilic sexual arousal in a sexual offender population: A critique of Hall, Proctor and Nelson. En: Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 58 (6), 886-888.
101. RESICK, CALHOUN, JAREMKO Y ELLIS (1981) social adjusment in victims of sexual assault. en: Journal of Consulting and Clinical Psychology. 49(5) PP. 705-712.
102. REYNOSO, P.J. (1997) El proceso del abuso sexual y las instituciones que lo atienden. Tesis de Lic. en psicología. México UNAM Campus Iztacala.
103. RIMM Y MASTERS (1987) Terapia de la Conducta. Técnicas y hallazgos empíricos. México. Trillas Cap. 3, 7 y 10.
104. ROBLES, M. (1991) El Perfil del Violador. Tesina de Lic. en psicología. Iztacala UNAM. México.
105. RODRIGUEZ, M.M. (1996) Estudio comparativo de rasgos temperamentales y autoconcepto en internos sentenciados por el delito de homicidio y violación en el

- CPRS de Almoloya de Juárez, en el año de 1991. México. Tesis de Lic. en psicología. UAEM.
106. ROTH, E. (1986) Competencia Social: el cambio del comportamiento individual en la comunidad. Edit. Trillas. México.
107. RUIZ, Z. (1989) Características psicodinámicas de personalidad de un grupo de sujetos sentenciados por el delito de Violación en el Reclusorio Preventivo Norte. Tesis de Lic. en psicología UNAM México.
108. SEGAL Y MARSHALL (1985) Heterosexual social skills in population of rapists and child molesters. En: Journal of consulting and clinical psychology. Vol. 53 (1) pp. 55-63.
109. SCOTT Y TETREAUULT (1987) Actitudes of rapist and other violent offenders toward women. En: Journal of Social Psychology. Vol. 53(1) pp. 376-380
110. SLAIKEU, K (1987) Intervención en Crisis. México. Manual Modemo.
111. SMITH Y BERLIN (1988) Treatment the criminal offender. Plenum Publishing Corporation Press 3rd. De. New York.
112. SUE, SUE Y SUE (1996) Comportamiento Anormal. México. Ed. Mc Graw Hill. 4a Edición. Cap. 11 pp. 307-342.
113. TRUJANO, R.P. (1992) Violación y Atribución de Culpa. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Barcelona. España.
114. TURNER Y FRANK (1981) Behavior therapy in the treatment of rape victims. En: Michelson, Turner y Hersen (eds) Behavior Therapy. Plenum Press.

115. UMBRAL Y VALDEZ (1987) La violación sexual femenina. ¿ Cómo se ha abordado desde el punto de vista psicológico? Tesis de Lic. en psicología. México. UNAM ENEPI.
116. VALLIANT Y BLASUTTI (1992) Personality differences of sex offenders referred for treatment. En: Psychological Reports. No. 71, 1067-1074
117. VALLADARES, C.P. (1989) Manejo Terapéutico para personas violadas. Curso-Taller Educación Continua. México ENEPI UNAM.
118. VALLADARES, C.P. (1993) Estudio Epidemiológico de la Violencia Sexual. Tesis de Maestría en Modificación de Conducta . Psicología UNAM ENEPI México.
119. VAZQUEZ, L.A. (1994) Prevención de la Violación Sexual, una revisión documental. Tesis de Lic. en psicología. UNAM Campus Iztacala. México.
120. WARREN, H.C. (1982) Diccionario de Psicología. México. Edit. Fondo de Cultura Económica.
121. WOLPE, J. (1982) Práctica de la Terapia de la Conducta. Edit. Trillas (3a. Edición) México.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE ENTREVISTA INICIAL - VIOLADORES

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

FECHA:

NOMBRE:

DIRECCIÓN

EDAD:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

ESCOLARIDAD:

OCUPACIÓN:

BREVE DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:

TELÉFONO:

SEXO:

RELIGIÓN:

HORARIO:

ESTADO MARITAL:

ESTADO CIVIL:

A) SI VIVE EN PAREJA OCUPACIÓN Y EDAD DE SU COMPAÑERO (A)

EDAD:

OCUPACIÓN:

SI TIENE HIJOS:

NOMBRE

EDAD

OCUPACIÓN

B) SI VIVE EN FAMILIA INICIAL, NOMBRE, EDAD Y OCUPACIÓN DE LOS PADRES

NOMBRE

EDAD

OCUPACIÓN

PADRE _____

MADRE _____

SI TIENE HERMANOS:

NOMBRE

EDAD

OCUPACIÓN

RELACIONES FAMILIARES:

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS:

ESTATURA: _____ MTS. _____ CMS.

PESO: _____ KG.

ANTEOJOS: SÍ NO___ BIGOTE: SÍ NO___ BARBA: SÍ
NO___

COMPLEXIÓN: ROBUSTO: _____ MEDIO ROBUSTO: _____

MEDIO: _____ DELGADO: _____ MUY DELGADO: _____

SEÑAS PARTICULARES:

REFERENCIAS:

QUIÉN LE TRAJÓ AQUÍ:

COMO SE ENTERÓ DEL SERVICIO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

QUÉ QUEJAS PRESENTES TIENE USTED:

VERSIÓN DEL SUJETO SOBRE EL HECHO:

QUÉ HIZO DESPUÉS DE LA VIOLACIÓN:

SEGÚN USTED, QUÉ FUE LO QUE LO LLEVÓ A VIOLAR:

CARACTERÍSTICAS SITUACIONALES DEL ATAQUE:

HORA: 6:00 a.m. a 9:55 _____ 6:00 p.m. a 9:55 p.m. _____
10:00 a.m. a 1:55 _____ 10:00 p.m. a 1:55 a.m. _____
2:00 p.m. a 5:55 _____ 2:00 a.m. a 5:55 a.m. _____DÍA: DOMINGO: _____ LUNES: _____ MARTES: _____
MIÉRCOLES: _____ JUEVES: _____ VIERNES: _____
SÁBADO: _____

LUGAR: ABIERTO: _____
 CERRADO: _____

PERSONAS INVOLUCRADAS: UNA: _____ DOS: _____
 CUANTAS: _____

CONDICIONES ESPECIALES:

A) TIPO DE VESTUARIO: ROPA AJUSTADA: _____
 NO LE PRESTÓ IMPORTANCIA _____

B) OBJETIVO DEL DELITO: TENER RELACIÓN SEXUAL: _____
 NO LO HUBO: _____
 OTRO: _____

C) RELACIÓN CON LA PERSONA: DESCONOCIDA: _____
 CONOCIDA (S/REL. FAM) _____
 PARIENTES: _____

EDAD Y SEXO DE LA VÍCTIMA: _____

D) CARACTERÍSTICAS DEL ATAQUE: SIN AMENAZAS: _____
 CON AMENAZAS _____
 LESIONES: _____
 USO DE ARMAS _____

E) SUBSTANCIAS TÓXICAS AL REALIZAR EL DELITO:
 SI _____ NO _____

TIPO DE SUBSTANCIA:
 ALCOHOL _____ CEMENTO _____
 MARIJUANA _____ OTROS _____

COMO INFLUYÓ EN LA RELACIÓN DEL HECHO:
 FUE DETERMINANTE _____
 FACILITÓ LA SITUACION _____
 NO INFLUYÓ _____

F) REINCIDENCIA:
 SI _____ NO _____
 NÚMERO DE VECES _____
 EDAD Y SEXO DE LA VÍCTIMA _____

AREA SEXUAL:

DÓNDE Y CUÁNDO OBTUVO SU PRIMER CONOCIMIENTO ACERCA DEL SEXO:

A QUÉ EDAD Y CON QUIÉN TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL:

PREFERENCIA SEXUAL: HOMOSEXUAL _____
 HOMOSEXUAL LATENTE _____
 BISEXUAL _____
 HETEROSEXUAL _____

A QUÉ EDAD EMPEZÓ A MASTURBARSE Y CON QUÉ FRECUENCIA:

MASTURBACIÓN ANTES DE COMETER LA VIOLACIÓN:
 DIARIAMENTE _____
 CADA TERCER DÍA _____ MAS DE UNA SEMANA _____
 NO LA HAY _____

GENERALMENTE SUS RELACIONES SEXUALES SON:

SATISFACTORIAS _____
 NO SATISFACTORIAS _____
 OTRO _____

ROL QUE ADOPTA DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL:

PASIVO _____ ACTIVO _____ OTRO _____

EN SU INFANCIA FUE VÍCTIMA DE UN ABUSO SEXUAL:

SI _____ NO _____ NO LO RECUERDA _____

DURANTE SU INFANCIA TUVO EXPERIENCIAS DE TIPO SEXUAL CON ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA:

SÍ EDAD: _____ CUÁL _____
 NO _____ NO LO RECUERDA _____

CUANDO ERA NIÑO PRESENCIÓ UNA RELACIÓN SEXUAL:

SI _____ EDAD _____ CUAL _____
 NO _____ NO LO RECUERDA _____

CÓMO PIENSA QUE SON LAS MUJERES Y QUÉ FUNCIÓN TIENEN:

DESCRIPCIÓN DE SI MISMO:

QUÉ CONCEPTO TIENE DE USTED MISMO:

CÓMO CREE QUE LO VEN LOS DEMÁS:

MENCIONE SUS PREOCUPACIONES:

DUDAS:

REMORDIMIENTOS:

TEMORES:

QUÉ PIENSA DE LAS RELACIONES SEXUALES:

CUÁLES HAN SIDO LOS MOMENTOS MAS DIFÍCILES EN SU VIDA SEXUAL POR LOS QUE HA ATRAVESADO:

QUÉ SOLUCIONES LE HA DADO:

CÓMO SE SIENTE FRENTE A SUS PROBLEMAS:

QUÉ ES PARA USTED UNA VIOLACIÓN SEXUAL:

CÓMO LO HACE SENTIR COMO PERSONA EL HABER VIOLADO:

QUÉ ES LO QUE ESPERA EN EL FUTURO DESPUÉS DE HABER REALIZADO EL DELITO:

QUÉ ESPERA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA:

CUÁLES SON SUS METAS:

CORTO PLAZO:

MEDIANO PLAZO:

LARGO PLAZO:

OBSERVACIONES:

ANEXO No. 2
COGNICIONES

NOMBRE: _____

DX: _____

FECHA: _____

INTRUCCIONES: Marca con una "x" la columna que exprese la frecuencia con la que presentan los pensamientos siguientes.

PENSAMIENTOS	POCAS VECES (1 VEZ A LA SEMANA)	REGULARMENTE (3 VECES POR SEMANA)	GENERALMENTE (5 VECES POR SEMANA)	SIEMPRE (DIARIO)
1. Pienso que los demás son injustos conmigo.				
2. Tengo ideas que me afectan y no puedo apartarlas de mi cabeza.				
3. Tengo una fuerte tendencia a pensar sobre mi persona.				
4. Constantemente pienso en experiencias negativas pasadas.				
5. Soy culpable de lo que me pasa.				
6. Debo ser apto y eficaz en todos los aspectos posibles.				
7. Pienso que aunque me esfuerce por algo, siempre resulta mal.				
8. Me es difícil aceptar las reglas sociales existentes.				
9. Soy optimista y constantemente creo que las cosas saldrán bien.				
10. Mis amigos y mi familia cumple con las expectativas que tengo.				

EMOCIONES

NOMBRE: _____

DX: _____

FECHA: _____

INTRUCCIONES: Marca con una "x" la columna que exprese la frecuencia con la que presentan los sentimientos siguientes.

SENTIMIENTOS	POCAS VECES (1 VEZ A LA SEMANA)	REGULARMENTE (3 VECES POR SEMANA)	GENERALMENTE (5 VECES POR SEMANA)	SIEMPRE (DIARIO)
1. Me siento preocupado e intranquilo por mis problemas.				
2. Constantemente estoy enojado o irritado.				
3. Me siento frustrado cuando algo me sale mal.				
4. Constantemente siento la necesidad de seguir superándome.				
5. Ultimamente me siento sólo.				
6. Siento la necesidad de compartir algo con los otros.				
7. Me siento desorientado en relación a mi vida futura.				
8. Cuando incumplo algo, me siento frustrado por no hacerlo.				
9. Ultimamente tengo estados de ánimo cuyas causas me resultan inexplicables.				
10. Estoy contento y feliz con mi vida, me siento seguro de mí mismo.				

ACTITUDES

NOMBRE: _____

DX: _____

FECHA: _____

INTRUCCIONES: Marca con una "x" la columna que exprese la frecuencia con la que presentan las conductas siguientes.

CONDUCTAS	POCAS VECES (1 VEZ A LA SEMANA)	REGULARMENTE (3 VECES POR SEMANA)	GENERALMENTE (5 VECES POR SEMANA)	SIEMPRE (DIARIO)
1. Tengo dificultades para expresar lo que pienso.				
2. Muchas de las cosas que hago no deseo hacerlas.				
3. Me cuesta trabajo tomar decisiones ante mis conflictos.				
4. Me gusta actuar sobre normas ya establecidas.				
5. Tengo problemas para relacionarme y hablar con los otros.				
6. Soy dado a elaborar y llevar a cabo planes futuros.				
7. Me gusta cumplir con todas las exigencias que me plantean.				
8. Me altero con facilidad cuando no se hace lo que quiero.				
9. Me cuesta trabajo realizar iniciativas personales.				
10. Soy fácil de convencer.				

REACCIONES FISIOLÓGICAS

NOMBRE: _____

DX: _____

FECHA: _____

INTRUCCIONES: Marca con una "x" la columna que exprese la frecuencia con la que presentan las sensaciones siguientes.

SENSACIONES	POCAS VECES (1 VEZ A LA SEMANA)	REGULARMENTE (3 VECES POR SEMANA)	GENERALMENTE (5 VECES POR SEMANA)	SIEMPRE (DIARIO)
1. Cuando me pongo nervioso me sudan las manos.				
2. Presento dolores de cabeza sin causa aparente.				
3. Cuando estoy enojado o con miedo empiezo a temblar de mis manos y mi cuerpo.				
4. Ultimamente tengo insomnio o problemas para dormir.				
5. Constantemente me siento cansado y fatigado.				
6. Escucho los latidos de mi corazón sin causa aparente.				
7. Sufro usualmente de dolores estomacales, resfriado o gripe.				
8. Tiendo a enfermarme muy seguido.				
9. Presento respuestas de ansiedad sin causa aparente.				
10. Sufro de constantes cambios de temperatura en mi cuerpo.				

8.
9.
10.

13. Sin contar baños ni pasillo, cuántos cuartos tiene su vivienda? ()

14. Cuenta con

- | | | | |
|---------------|-------|-------|-----|
| Agua entubada | 1. si | 2. no | () |
| Drenaje | 1. si | 2. no | () |
| Luz eléctrica | 1. si | 2. no | () |
| Teléfono | 1. si | 2. no | () |
| Gas | 1. si | 2. no | () |

15. De qué tipo es su vivienda?

- | | | | |
|-------------------|-------|-------|-----|
| Rentada | 1. si | 2. no | () |
| Propia | 1. si | 2. no | () |
| De algún familiar | 1. si | 2. no | () |

16. Cuenta con aparatos electrónicos y domésticos....

- | | | | |
|---------------|-------|-------|-----|
| Radio | 1. si | 2. no | () |
| Estereo | 1. si | 2. no | () |
| T.V. | 1. si | 2. no | () |
| Refrigerador | 1. si | 2. no | () |
| Videocasetera | 1. si | 2. no | () |
| Computadora | 1. si | 2. no | () |
| Lavadora | 1. si | 2. no | () |

17. Qué tipo de transporte utiliza para transportarse?

- | | | | |
|--------------------|-------|-------|-----|
| Automovil propio | 1. si | 2. no | () |
| Transporte público | 1. si | 2. no | () |
| Taxi | 1. si | 2. no | () |

18. Cuál es su estado civil?

- | | | | |
|----------------|---------------|------------|-----|
| 1. Unión Libre | 2. Casado | 3. Soltero | () |
| 4. Separado | 5. Divorciado | 6. Viudo | |

19. Cuánto tiempo tiene de relación con su pareja? ()

20. Cuántos años tiene su pareja? ()

21. Trabaja actualmente su pareja? ()

- | | |
|-------|-------|
| 1. si | 2. no |
|-------|-------|

22. Cuál es su ocupación? _____
especificar

23. Cuál es el ingreso mensual de su pareja? _____
especificar

24. Qué otras personas trabajan y aportan para los gastos de la casa?

Parentesco

Ingreso mensual

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ANEXO No. 4

FORMATO DE AUTORREPORTES PARA AGRESORES SEXUALES

FECHA	SITUACION	EMOCIONES	COGNICIONES	CONDUCTAS	RESP. FISIOLÓGICAS
Registro del día en que ocurre el evento.	Describe el evento que produce la emoción o el pensamiento en relación a la violencia sexual	Especifica sus sentimientos sobre el evento: tristeza, agresión, ansiedad, etc	Escribir el pensamiento automático precedido a la emoción.	Describir las conductas que presenta como respuesta a este evento.	Especificar las respuestas fisiológicas inmediatas de acuerdo a la presencia del evento.
Ejemplo: 19 Julio 1997	Me encuentro sola con mi hija en la casa y estamos viendo la televisión.	*Quiero mucho a mi hija y deseo abrazarla y besarla. Quiero no hacerle daño, sólo quiero saber si también ella me quiere*..... * Me siento confundido por lo que siento por ella. Me siento triste por no evitarlo*.....	* No entiendo lo que me pasa. estoy confundido...tengo miedo de que mi esposa regrese. Pienso que ella también me quiere y sólo vamos a acariciarnos. ...no hay ningún problema...* * Sólo pienso en lo agradable que puede ser el momento ...*	Me pongo nervioso, empiezo a ver a todas partes de la casa, observo el reloj, ya no estoy viendo la televisión...sólo a mi hija Platico con mi hija sobre la escuela y le digo que se acerque a mi....	Sudoración en las manos, palpitaciones cardiacas rápidas, movimientos de los pies constantes....

NOTA: BASADO EN LOS FORMATOS DE AUTORREGISTROS SOBRE CONTENIDOS COGNITIVOS DE BECK, 1976.

ANEXO No. 5
CUESTIONARIO SOBRE LA SEXUALIDAD Y EDUCACION DE LA
SEXUALIDAD

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer cuánto sabe usted acerca de la sexualidad y de la educación de la sexualidad. A continuación se presentan una serie de preguntas a las cuales usted deberá de contestar. Los resultados se manejarán de manera confidencial, por lo que le pedimos lo haga lo más veridicamente posible. Gracias.

1. ¿Qué entiende por sexualidad?
2. ¿Cuál es la diferencia entre sexo y sexualidad?
3. ¿A qué edad escuchó hablar por primera vez de sexo?
4. ¿Con quién fue la primera persona con la que platicó acerca del sexo?
5. Comente sobre la ocasión en que tuvo su primera relación sexual
6. ¿Qué tipo de problemas tiene en sus relaciones sexuales?
7. ¿A qué edad empezó a masturbarse?
8. ¿Con qué frecuencia se masturba actualmente?
9. ¿Utiliza algunos medios como las películas o revistas pornográficas para estimularse?
10. ¿Cuándo fué la primera vez que escuchó hablar de sexualidad?
11. ¿Cuáles son los órganos sexuales masculinos y femeninos?
12. ¿Considera usted que los niños siempre deben obedecer a los adultos, por qué?
13. ¿A quién cree que le corresponde hablar de Educación Sexual a los niños?
14. Mencione cómo nacen los niños
15. ¿Qué es la eyaculación y cuando se presenta?
16. Explique qué entiende por menstruación
17. Diga usted qué entiende por Educación de la Sexualidad
18. ¿Qué es el abuso sexual de menores?
19. ¿Qué entiende por violación de menores?
20. ¿Qué temas sobre la sexualidad le interesaría conocer más?

ANEXO No. 6

VACIADO DE DATOS DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

CASO CLÍNICO N° 1

EDAD: 22 AÑOS

DX: ABUSO SEXUAL INFANTIL (HERMANA)

EVALUACIÓN					
INVENTARIOS	ASERTIVIDAD DE RATHUS	INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA LA MUJER	INVENTARIO SOCIOECONÓMICO.	INVENTARIO DE MIEDOS	
	Problemas de iniciativa para conocer gente, entablar pláticas a una entrevista hablar en público, contestar un regaño o error de una persona con autoridad	Concepto de mujer igualitaria al hombre, actitud pasiva hacia ella, la mujer igual a mamá, por tanto, derechos igual al hombre	Nivel Socioeconómico bajo, viven en un cuarto mamá y tres hijos (2 mujeres y él), duermen en literas, comen, estudian y duermen en el mismo lugar, baño afuera.	Miedo a ser observado, a estar sólo completamente, a ser atacado sexualmente, a quedarse en la mediocridad, a decir "no puedo"	
ENTREVISTA	NIVEL AFECTIVO	NIVEL COGNITIVO	NIVEL CONDUCTUAL	NIVEL INTERPERSONAL	NIVEL SOMÁTICO
	No se quiere por su aspecto de gordura, se siente sólo, inferior a los demás, triste por lo que pasó y tiene miedo a que su mamá lo deje de querer y lo corra	Dice no controlar sus impulsos, ideas obsesivas del hecho, se siente sucio, culpable, marcado por la sociedad	No habla con nadie ni tiene amigos, inhibido, se dedica sólo a su trabajo y es bueno en eso. Nunca toma decisiones ni actúa por sí sólo.	No tiene amigos, no va a fiestas ni a reuniones, nunca ha tenido novia. No sabe hablar en público	Dolores estomacales continuos por comer mucho. Masturbaciones diarias lo cual le causa dolor en el bajo vientre.
PRE-POST-TEST	CUESTIONARIO SOBRE SEXUALIDAD	INVENTARIO DE R. FISIOLÓGICAS	INVENTARIO DE COGNICIONES	INVENTARIO DE EMOCIONES	INVENTARIOS DE ACTITUDES
	Desconocimiento de los nombres y partes del cuerpo, no sabe lo que es una relación sexual afectiva, desconocimiento de derechos y valores humanos. Fue abusado sexualmente cuando era niño.	Constantemente me siento cansado y sin ganas de hacer nada, me sudan las manos cuando me pongo nervioso o estoy con alguna chiea. Me enfermo muy seguido de gripa y eso no me gusta	Necesidad de apoyo, de estimación y cariño, piensa que es culpable de lo que le pasa, piensa que las cosas mejoraran con el tiempo.	Amor y respeto fuerte por la madre, sentimientos de vergüenza y culpa por lo que pasó, se siente sucio frente a su hermana.	Son educado con todas las personas mayores aunque no siempre hago lo que ellos dicen. Me gusta retar a los demás y hacer lo contrario de lo que quieren. Siempre trato de lograr lo que me propongo.

EVALUACION INDIRECTA	AUTORREPOR TES	CARTA DE LOS HECHOS	CONCEPTO DE SI MISMO	AUTORREP. REL. INTERP.	
	Deseos continuos de tocar el cuerpo de una mujer. siente excitacion y busca la forma de sentirse bien (pornografia). Frecuencia de masturbaciones nocturnas	Manoseo y tocamiento del cuerpo de su hermana menor que él. cuando dormia (5 veces). y una vez cuando se quitaba la blusa para ponerse la pijama, dice no controlar sus impulsos y desea tocar su cuerpo.	No le gusta su cuerpo porque es gordito. le molesta no poder decidir. no le gusta ser criticado. no le gusta la violencia ni que lo engañen. Es trabajador y persistente. le gusta aprender de los demas	Tiene buenas relaciones con su jefe. no sabe como hablar con los demas ni como iniciar una platica. se siente inseguro e inasertivo	
EVALUACION INDIR. FAM.	ENTREVISTA MADRE	ENTREVISTA HERMANA			
	Es cooperativo en casa. platica con las chucas de su cuadro. va a las reuniones familiares con ella. es obediente. le pidió perdón por lo que paso	Le pidió perdón por lo que hizo y prometió no volverlo a hacer. le ayuda a su tarea y es servicial. no entiende por que lo hizo si es buen hermano. Es mas sociable. tiene deseos de seguir estudiando			
SEGUIMIEN- TO	AUTORREPOR TE	AUTORREP. MADRE	AUTORREP. HERMANA		
	Es mas sociable. tiene deseos de seguir estudiando y entro a una preparatoria abierta. sigue trabajando en el taller mecanico pero ya es responsable de una área. tiene novia y no ha vuelto a pensar y sentir las excitaciones	Mas trabajador. mas amigable y mas comunicativo con la familia. no ha vuelto a suceder nada del problema tiende a decidir las cosas por el mismo	Es mas platicader y sigue ayudandola en sus tareas. no ha vuelto a tocarla y lo ve mas seguro de si mismo		

NOTA: La tabla muestra algunos de los instrumentos que se utilizaron para evaluar a esta persona. Los cuadros sombreados son los instrumentos que se analizaron para esta investigacion.

ANEXO No. 7

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA PROPUESTAS PARA EL TRATAMIENTO (CONCEPTO Y METODOLOGÍA).

1. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES. Definido como el enfoque terapéutico dirigido a aumentar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida. Es un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia individual en clases específicas de situaciones sociales (Roth, 1986).

Los orígenes del entrenamiento en habilidades sociales se atribuyen a Salter, quien en 1949 utilizó seis técnicas para aumentar la expresividad en los individuos: la expresión verbal, la expresión facial de las emociones, el empleo deliberado de la primera persona al hablar, el estar de acuerdo cuando se reciben cumplidos y alabanzas, el expresar desacuerdos y la improvisación y actuación espontánea. Posteriormente, Wolpe y Lazarus (1958) retomaron esta idea y la utilizó como "conducta asertiva" refiriéndose no sólo a la respuesta agresiva en el individuo, sino a la expresión externa de sentimientos de amistad, cariño y otros distintos de los de ansiedad. Una tercera fuente la constituyen los trabajos de Zigler y Phillips (1961) sobre el término de "competencia social" como sinónimo de habilidad social. Por último, en 1967 Argyle y Kendon se basan en el concepto de habilidad como una actividad organizada y coordinada en relación con un objeto o una situación, que implica una cadena de mecanismos sensoriales, centrales y motores (Citados en: Caballo, 1991).

La conducta socialmente habilidosa puede definirse en términos de la efectividad de su función en una situación; Linehan (1984) señala tres tipos básicos de consecuencias para identificar una habilidad social: la eficacia para lograr los objetivos de la respuesta, la eficacia para mantener o mejorar la relación con la otra persona en la interacción y la eficacia para mantener la autoestima de la persona socialmente habilidosa. De esta manera, la conducta socialmente habilidosa es el conjunto de conductas emitidas por un sujeto en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de una manera adecuada a la situación, respetando las conductas en los demás y generando la resolución de

problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Op cit).

El proceso de Entrenamiento en Habilidades Sociales implica el desarrollo de cuatro elementos de forma estructurada:

- Entrenamiento en habilidades: se enseñan conductas específicas, se practica y se integran al repertorio conductual del sujeto. Se emplean generalmente técnicas como: el modelado, las instrucciones, el ensayo de conducta, el reforzamiento, la retroalimentación, entre otros.

- Reducción de la ansiedad: su objetivo es disminuir la ansiedad en situaciones sociales problemáticas. Generalmente se consigue de forma indirecta, es decir, llevando a cabo la nueva conducta adaptativa incompatible con la respuesta de ansiedad. Si el nivel de ansiedad es muy elevado entonces se recurre a técnicas de relajación o de desensibilización sistemática.

- Reestructuración cognitiva: se intenta modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del individuo. Se maneja de forma similar al punto anterior, es decir, de forma indirecta; en donde la adquisición de nuevas conductas modifica a largo plazo, la cognición del sujeto. Sin embargo, se pueden utilizar técnicas adicionales como las autoinstrucciones, aspectos de la terapia racional emotiva, etc.

- Entrenamiento en solución de problemas: se enseña al sujeto a percibir correctamente los elementos de los parámetros situacionales relevantes. También se enseña a procesar estos elementos para generar respuestas potenciales, seleccionar una de estas respuestas y responder de manera que incremente la probabilidad de alcanzar el objetivo inicial. Este elemento no se lleva a cabo de forma sistemática, aunque generalmente se encuentra presente de forma implícita en el entrenamiento.

La aplicación de la práctica mediante el grupo para agresores sexuales, es el entrenamiento en habilidades de vida (life skills) tales como: la búsqueda de empleo, de alojamiento, uso de dinero o de tiempo extra, así como modificaciones y formación sobre la educación sexual y la educación para la salud. También, se puede intentar instruirles sobre las situaciones de riesgo que pueden encontrar en el futuro, utilizando la técnica de recaída (donde se enseña al sujeto a identificar circunstancias de riesgo, de un nuevo delito sexual y su evitación) (Marshall y Turner, 1987; Marshall y Barbarre, 1989. Citado en: Garrido, 1993).

2. METODOS DE AUTOCONTROL.- Son aquellos procedimientos terapéuticos cuyo objetivo es enseñar a la persona, estrategias para controlar o modificar su conducta a través de distintas situaciones con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. Convierte a los procesos naturales que usualmente son inconscientes, usuales e informales como conscientes, manifiestos y formales.

Uno de los primeros teóricos en centrarse en una perspectiva de autocontrol fue Kelly (1955) quien realizó una analogía de las personas como científicos individuales capaces de comprender, predecir y controlarse a sí mismo en su ambiente. Postulaba que la gente desarrolla sistemas de constructos interrelacionados que emplean para entender los acontecimientos y realizar predicciones sobre el futuro; esto conlleva a que los individuos construyan su mundo y controlen su conducta a través de dichos sistemas. Otro pionero en este campo fue Julian Rotter (1954) la cual desarrolló un modelo de cómo las personas regulan su conducta en función de los valores y expectativas que asignan a los posibles resultados de una acción determinada. Asimismo introdujo el término de lugar de control interno versus lugar de control externo; en donde una persona con un lugar de control interno cree que los resultados están, generalmente bajo su control y responsabilidades personales; y por otra parte, la persona con un lugar de control externo cree que los acontecimientos se encuentran controlados por factores fuera de ella y de su propio control. Como una función de la experiencia, los sujetos desarrollan expectativas generalizadas de su grado de control sobre distintas áreas de su actividad, en donde habrá un lugar de control interno para ciertas áreas y un lugar de control externo para otras.

Esta premisa fue retomada por Bandura (1977) y añadió la idea de las evaluaciones personales sobre la probabilidad de que el individuo puede llevar a cabo la respuesta. El decidir sobre una respuesta no sólo depende del resultado esperado de la respuesta sino de la probabilidad de que la persona pueda realizar adecuadamente la respuesta. Por último, otra perspectiva teórica importante a mencionar es la apoyada en Kanfer (1977) quien define el autocontrol en términos de aquellas estrategias que emplea una persona para modificar la probabilidad de una respuesta, en oposición a las influencias externas existentes (Citados en: Rimm y Masters, 1987; Caballo, 1991)

El término de autocontrol implica la importancia del papel del individuo como director de su propia conducta; se trata a la persona como si fuera dos personas; por una parte es el individuo respondiente que se comporta de forma problemática en una

serie de situaciones y, por otra parte, es el individuo controlador que observa, evalúa y modifica la conducta del primero. De esta forma, el terapeuta será solamente el colaborador que ayuda al individuo controlador para llevar a cabo técnicas y métodos que ayuden al individuo respondiente.

Las estrategias de autocontrol ponen énfasis en la persona dentro de la interacción persona-situación, incluyendo técnicas que la persona aplica a través de distintos contextos; esto implica que los métodos son en su mayor parte cognitivos. Los enfoques del autocontrol se centran en el cambio del ambiente natural de la persona, lo que lleva a la generalización y al mantenimiento del cambio en su propios ambientes; las estrategias por lo tanto, son generalmente "tareas para casa", lo cual intenta provocar el cambio en esas situaciones naturales donde tiene lugar la conducta problemática de la persona.

Cuando una persona se encuentra insatisfecha con algún aspecto de su conducta, empieza a implicarse en conductas de autocontrol. Este proceso es natural y puede llevarse a cabo a través de tres etapas (Rimm y Masters, 1987; Caballo, 1991):

- **Autorregistro:** en donde la persona empieza a darse cuenta de la conducta en cuestión; definiendo al sujeto como colaborador y agente de cambio. Esto podría hacerse de forma informal o bien de forma sistemática por medio de hojas de registro y evaluaciones estructuradas. El autorregistro puede utilizarse para evaluar la conducta, sus antecedentes situacionales, sus consecuencias, el efecto que la acompaña, o las relaciones entre todas estas variables.

- **Autoevaluación:** conforme la persona recoge información sobre su conducta, la compara con algún patrón. Estos patrones internos pueden ser formales o informales, estrictos o laxos. El resultado del proceso de autoevaluación es un juicio que tiene un componente afectivo, lo cual incluyen una confianza excesiva en las evaluaciones externas y esto puede dificultar el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces. Aquí, el papel del terapeuta es muy importante ya que colaborará para el establecimiento de metas, la autoeficacia y las atribuciones internas o externas realizadas para cada una de las autoevaluaciones.

Autorrefuerzo: se refiere a las consecuencias del proceso de autoevaluación, tal como se encuentra determinado por las contingencias autoimpuestas. Esto implica que cuando una autoevaluación es positiva será experimentada funcionalmente como recompensante y aumentará la probabilidad de que

continúen los esfuerzos de autocontrol. Por otra parte, cuando la autoevaluación es negativa se experimentará como punitiva lo cual puede reducir los esfuerzos posteriores o reducir los fracasos futuros. Las habilidades de autocontrol de la persona determinarán la naturaleza de las contingencias. El autorrefuerzo puede presentarse manifiesto o encubierto.

3. ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.- El entrenar a los sujetos en habilidades de solución de problemas como intervención clínica, tiene sus raíces en el movimiento que durante la década de los años 50's y 60's defendía la adopción de un enfoque de competencia social en psicopatología. El marco predominante en esa época era el modelo de enfermedad de la conducta anormal, los cuales se centran en el concepto de psicopatología como déficit en la capacidad para desarrollar una competencia social. La conducta desadaptativa era definida como el resultado de las deficiencias en las habilidades y capacidades que contribuyen a la competencia social, incluyendo las habilidades de solución de problemas. D'Zurilla y Goldfried (1971) publicaron un artículo que delineaba un modelo prescriptivo para entrenar a los individuos en habilidades de solución de problemas, como un medio de facilitar su competencia social en general. La terapia de solución de problemas se ha aplicado como una intervención de tratamiento clínico en trastornos como la depresión, la ansiedad, el estrés, la obesidad, el alcoholismo, los problemas de pareja, entre otros (Citado en: Caballo, 1991).

El objetivo de esta técnica es el encontrar alternativas que ayuden a la gente a resolver situaciones conflictivas. Lo que se pretende al aplicar la solución de problemas es crear en las personas la idea de que los problemas siempre están presentes y que todos contamos con la capacidad para enfrentarlos. Asimismo, se requiere que el paciente aprenda a identificar las situaciones conflictivas que se le presentan y a disminuir las reacciones impulsivas para sustituirlas por otras conductas más racionales (Goldfried y Davison, 1981).

Dentro de esta técnica, se entiende como "problema" las situaciones particulares de cada persona sean presentes o futuras, que exigen respuestas para el funcionamiento eficaz del individuo y que en ese momento específico, no cuenta con las respuestas funcionales para enfrentarse a dicha situación. Los obstáculos que impiden la existencia de una solución del problema pueden ser la incertidumbre, la ambigüedad, las exigencias contrapuestas, la falta de recursos y/o la inexperiencia. A su vez, se define a

la "solución" como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas así como el incremento de las consecuencias positivas o beneficios. "Se enseña al sujeto a percibir correctamente los valores de todos los parámetros situacionales relevantes a procesar, los valores de estos parámetros para generar respuestas y enviarlas de manera que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo que impulsó la comunicación interpersonal" p. 157 (Caballo, 1991).

El procedimiento a seguir para la aplicación de esta técnica según Goldfried y Davison (1981) es:

- Explicar al paciente en qué consiste la solución de problemas y sus aplicaciones.
- Definir el problema que se va a trabajar en la terapia, detectando los estímulos que están ocasionando la presencia del mismo.
- Generar alternativas posibles para solucionar el problema.
- Tomar decisiones para superar el problema, eligiendo de todas las alternativas posibles propuestas la más idónea o conveniente para solucionar la situación problemática. Para ello se requiere del análisis de las consecuencias que puede provocar cada una de las propuestas así como sus ventajas y beneficios.
- Verificar qué tan efectivas fueron las decisiones tomadas, comparando los resultados con lo previsto. Al analizar esto, el paciente está listo para finalizar la terapia o para cambiar de decisión.

4. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA. - Fue desarrollada en 1962 por Albert Ellis quien decía que los ajustes emocionales dependen de las interpretaciones personales y que llevan a dificultar la realización de los objetivos de cada persona (ideas irracionales), minimizando los positivos que podrían facilitar el logro de ciertas metas (ideas racionales). Es una terapia cognitivo conductual basada en la idea de que las conductas son producto de las creencias de un individuo y de su interpretación de la realidad (Ellis y Abrahms, 1986). Su objetivo es asistir al paciente en la identificación irracionales y/o disfuncionales y ayudarlo a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o efectivos, permitiéndole lograr con mayor eficacia metas personales. Dicha técnica se basa en el modelo ABCDE el cual consiste en:

- A- Son las experiencias que causan algún tipo de conflicto a las personas.

- B- Son las creencias que se tienen sobre una situación específica.
- C- Son las consecuencias que provocan las experiencias así como las creencias de la persona ante determinada situación.
- D- Es la refutación de las creencias irracionales. Y,
- E- Son las creencias racionales efectivas (Ellis y Abrahms, 1986).

La aplicación consiste en enseñarle al paciente en qué consiste la terapia, después se iniciará a detectar las ideas irracionales, haciendo comentarios de éstas sobre su utilidad y validez para el paciente; en este momento es cuando el paciente distingue entre las ideas racionales e irracionales, tratando de minimizar las irracionales; al final, se le ayuda al paciente a manejar sus ideas racionales que le resulten benéficas o funcionales (Caballo, 1991).

5. MANEJO DE LA AUTOESTIMA.- es la capacidad que tiene el ser humano para elegir la actitud personal ante cualquier reto o circunstancia y decidir su propio camino. Cada individuo es la medida del amor a sí mismo y su autoestima es el marco de referencia desde el cual se proyecta. (Bólio y Arciniega, 1989. Citado en: Chadwick, 1991). Para conocer la autoestima en cada ser humano se requiere identificar los pasos que conllevan al mismo:

- Autoconocimiento- es el reconocimiento de las partes que componen el yo así como de sus manifestaciones, necesidades y habilidades.
- Autoconcepto- son las creencias que las personas tienen de sí mismas y que reflejan en sus conductas.
- Autoevaluación- es la capacidad de evaluar las cosas, situaciones y actitudes tanto de las enriquecedoras y satisfactorias como de las insatisfechas y desventajosas.
- Autoaceptación- es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, así como la forma de ser y de sentir que permita la susceptibilidad al cambio.
- Autorrespeto- es entender y satisfacer las necesidades propias y los valores expresando en forma conveniente sus sentimientos y emociones hacia sí mismo, sin hacerse daño o culparse. Implica también, todo aquello que lo haga sentirse orgulloso de sí mismo.

- **Autoestima-** Es el conjunto de los pasos anteriores, ya que si la persona no se conoce, no está consciente de sus cambios, tiene un concepto pobre de sí mismo, no se acepta ni se respeta por tanto no tendrá autoestima (Chadwick, 1991).

6. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.- Está basada principalmente en los principios de la Modificación de Conducta aunque tiene influencias de las técnicas de sugestión, el magnetismo y la hipnosis. Su objetivo es enseñar al paciente a manejar la relajación cuando existen situaciones de tensión física y emocional. Aunque pareciese que fuera solo un proceso fisiológico debido a que se plantean situaciones de manejo de respuestas musculoesqueléticas, también se basa en afirmaciones verbales, motoras, somáticas y conductuales que el paciente presenta en determinadas situaciones de estrés (Caballo, 1991). Existen diversas modalidades de aplicación de las técnicas; sin embargo la aplicación de la relajación más comúnmente usada consiste en pedir al paciente que encontrándose en una situación cómoda, cierre los ojos y trate de concentrarse en una sensación de tranquilidad; de manera verbal, el terapeuta va mencionando la importancia del manejo de su respiración, lográndola hacer profunda y pausada; posteriormente se describe al paciente cada parte de su cuerpo para que se enfoque cognitivamente en esa parte y logre aflojar el músculo predominante de esa zona del cuerpo logrando que facilite la sensación de tranquilidad en el paciente. Por último, para evaluar la efectividad de la técnica, se utilizan autorregistros que permitan al paciente conocer el nivel de relajación que va experimentando diariamente (usualmente se maneja una escala del 0 al 10).

7. DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA.- Es una intervención terapéutica desarrollada inicialmente para eliminar las conductas fóbicas y los síndromes de evitación y ansiedad. Fue desarrollada con este nombre en 1958 por Wolpe, basándose en los principios del condicionamiento clásico de Pavlov con la suposición básica de que una respuesta de ansiedad ante un estímulo provocador de miedo puede eliminarse o debilitarse generando una respuesta contraria a la ansiedad. Wolpe afirmaba que la inhibición recíproca subyace a la desensibilización sistemática, de modo que si una conducta aumenta su potencia, entonces, otras conductas en compensación tienen que disminuir las suyas. La desensibilización sistemática (DS) ha sido estudiada e investigada con mucho mayor profundidad que otras técnicas conductuales. En los años

70's se han propuesto distintos tipos de explicaciones procesales sobre este término. Algunas explicaciones cognitivas sugieren de este método reestructuran las cogniciones de los pacientes o cambian su eficacia de modo que ya no sienten ansiedad en presencia del estímulo temido (Bandura, 1977). Otros investigadores han sugerido que esta técnica permite que tenga lugar un procesamiento emocional, de forma tal que los estímulos activadores de la ansiedad son incorporados e integrados satisfactoriamente por el paciente (Rachman, 1980; Lang, 1977). Por último, Goldfried (1976) ha ofrecido una interpretación de la DS en términos de un mecanismo de afrontamiento o de autocontrol. Actualmente, ninguna de las posiciones teóricas ha logrado una predominancia sobre las demás; sin embargo se presupone dentro de todas las perspectivas teóricas que la desensibilización sistemática proporciona una nueva información sobre una situación, objeto o emoción temidos, información que se procesa en tres áreas de la persona: cognitivo, fisiológica y conductual, y que sirven para inhibir la experiencia de la ansiedad o de la evitación (Citados en: Caballo, 1991).

La Desensibilización sistemática consta según Wolpe (1982) de cuatro pasos:

- Entrenamiento en el empleo de la escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS): consiste en pedir al paciente que asigne el número 100 a la ansiedad más fuerte que haya imaginado o experimentado y que asigne el número 0 a la experiencia más tranquila y apacible que haya disfrutado. Estas experiencias se convierten en los polos extremos de la escala y pondrá experiencias entre 0 y 50 y entre 50 y 100, representando más sistemáticamente la precisión de la información. Conforme los pacientes adquieren experiencia con la escala SUDS, normalmente se vuelven más seguros y habilidosos con su empleo y por tanto discriminan con mayor precisión sus miedos y ansiedades.

- Realización de un completo análisis conductual y el desarrollo de una jerarquía de miedos.

- Entrenamiento en algún procedimiento de relajación.

- La combinación de la exposición, en la imaginación, a la jerarquía de miedos junto con el establecimiento de una respuesta de relajación profunda en el paciente.

8. JUEGO DE ROLES Y PSICODRAMA. Es la representación de determinada conducta o situación ejemplificando y resaltando puntos de importancia para la sesión

terapéutica. Se basa principalmente en un procedimiento de aprendizaje dirigido con el fin de que la persona mejore o cambie sus actitudes ante situaciones conflictivas. Su finalidad consiste en que la persona interprete y simule la actitud de la persona con la que presenta una situación conflictiva en particular, mientras que el terapeuta u otros pacientes (si es que se encuentra en una terapia de grupo) juegan el papel del paciente principal. Esta técnica permite al terapeuta estructurar la conducta que la persona ha de realizar en determinada situación, es decir, se pretende que el practique situaciones conflictivas y se ponga en el lugar del otro para ver el problema desde otro punto de vista y al mismo tiempo percibir su propia conducta; tratando de percatarse de lo que está haciendo. Esto se lleva a cabo principalmente mediante el modelamiento de conductas nuevas (Goldstein y Kanfer, 1987)

9. AUTO-INFORMES- Refleja la visión que el sujeto tiene de su conducta o entorno. Los datos que expone son de naturaleza exclusivamente cognitiva, entendiéndola como información de contenidos mentales no verificables. Este tipo de instrumento aporta una muestra de la conducta del sujeto que permite un rastreo general de distintas áreas conductuales a partir de las cuales pueden hacerse una delimitación tentativa del problema, para pasar posteriormente a medidas más objetivas y específicas que corroboren dicho instrumento.

Dentro de los instrumentos o inventarios que generalmente son utilizados en la evaluación conductual para problemas sexuales según Fernández-Ballesteros y Carrobes (1981) y que resulta de importancia para este trabajo son:

Actitudes respecto al sexo	
Inventario de miedos sexuales: hombres	Annon (1975)
Culpabilidad Sexual	Mosher (1966,1968)
Actitudes Sexuales	Marks y Sartotius (1968)
Escala de Actitudes Heterosexuales: hombres	Robinson y Annon (1975)
Historias Sexuales	
Formato de historia sexual	Masters y Johnson (1966,1970)
Formato de historia sexual	Annon (1975)
Entrevista para historia sexual	LoPiccolo y Heiman (1978)
Evaluación Sexual General	
Perfil de respuesta sexual	Pio (1975)
Inventario de ajuste sexual	Stuart, Stuart, Maurice y Szasz (1975)
Información Sexual	
Inventario de conocimientos sexuales: Forma Y: vocabulario y anatomía	McHugh (1955)

Inventario de conocimientos sexuales: Forma X	McHugh (1967)
Conducta Sexual	
Inventario Sexual	Thome (1966)
Clasificación de actividades sexuales	Bentler (1968)
Inventario de interacción sexual	LoPiccolo y Steger (1974)
Inventario de interacciones heterosexuales	Twentyman y Mc Fall (1975)
Inventario de conductas heterosexuales: hombres	Robinson y Annon (1975)
Excitación Sexual	
Inventario de placer sexual: hombres	Annon (1975)
Otras Variables Sexuales	
Preferencia de rasgos corporales	Wiggins, Wiggins y Conger (1968)
Inventario de roles sexuales de Bem	Bem (1974), Winkler (1977)
Escala de interacción sexual	Levin et al. (1977)

Estos cuestionarios que han sido elaborados para evaluar conductas manifiestas como las actitudes o los sentimientos, carecen de los controles psicométricos necesarios así como de pruebas justificativas de su validez y fiabilidad. Sin embargo, pueden convertirse en un instrumento de gran utilidad para la práctica clínica principalmente en la detección de presencia o ausencia de tal conducta. Asimismo, han sido construidos para facilitar una forma rápida de información suplementaria para la entrevista y para el tratamiento en general.

10. ENTRENAMIENTO ASERTIVO.- La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos. El entrenamiento asertivo implicaría los procedimientos terapéuticos tendientes a incrementar la capacidad del cliente para adoptar una conducta de manera socialmente apropiada (Ardila, 1980; Rimm y Masters, 1987).

Las técnicas actuales de adiestramiento asertivo están basadas en gran medida de los escritos de Wolpe (1958) y de Salter (1949); quienes exaltaron las conductas de tipo asertivo por medio de ejercicios excitatorios que permitían al sujeto obtener una reducción en la ansiedad y por tanto una satisfacción plena en sus relaciones interpersonales. Asimismo, Moreno (1955) y Kelly (1955) también contribuyeron en forma directa en las técnicas actuales de entrenamiento; estos últimos autores identificaban el grado de inasertividad que el paciente mostraba ante ciertas situaciones y por medio de técnicas como el psicodrama o la terapia de rol fijo trataban de disminuir dicha situación (Citados en: Rimm y Masters, 1987).

Las técnicas más utilizadas en el entrenamiento asertivo según Rimm y Masters (1987) son:

a) El ensayo de la conducta: esta técnica requiere que el cliente y el terapeuta representen interacciones personales pertinentes; el cliente juega a ser él mismo y el terapeuta asume el papel de una persona importante en su vida del paciente. Teniendo que hacer la representación, el paciente generalmente inicia la parodia con la conducta que le es "típica" en tal situación. El terapeuta responde de acuerdo a su papel y hace que la respuesta del cliente sea concordante y así, sucesivamente.

b) La respuesta efectiva mínima: es aquella conducta que alcanza la meta del cliente con un mínimo esfuerzo y emoción negativa observable y por tanto con una mínima probabilidad de consecuencias negativas.

c) Uso de la jerarquía y de la escalación: cuando el cliente se ha mostrado a sí mismo su adaptación a la respuesta efectiva mínima es necesario que el terapeuta modele sucesivamente las contrarrespuestas "negativas o amenazantes", tratando de conservar las escalación dentro del dominio de la credibilidad y recordarle al cliente que tales contrarrespuestas tienen pocas probabilidades de ocurrir. Asimismo, el terapeuta puede elaborar estructurales para el ensayo conductual empezándose a ensayar las interacciones más sencillas.

d) Tácticas pasivo-assertivas: son técnicas en donde se instruye al cliente sobre la manera de obtener una ventaja psicológica o de conducta al jugar sobre las debilidades sutiles de su adversario.