



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Investigación documental

**AGRESIÓN SEXUAL:
REVISIÓN BIBLIOHEMEROGRÁFICA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ALEJANDRA VALERIA ROSAS QUINTERO

DIRECTOR: MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO

REVISOR: LIC. BLANCA GIRÓN HIDALGO

SINODALES: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MTRA. ANGELINA GUERRERO LUNA

LIC. ENA HERENDIDA NIÑO CALIXTO

MÉXICO, D. F.

2010



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.

Agradecimientos

A mi universidad:

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme la oportunidad de pertenecer a ella, gracias a la Facultad de Psicología que me proporcione las suficientes herramientas para salir adelante en el campo laboral.

A mis profesores:

Especialmente al profesor y director del presente trabajo Mtro. Sotero Moreno Camacho, gracias por creer en mi proyecto, por todas esas clases donde no solo se adquirían conocimientos sino también era un rincón de desahogo donde se obtenían críticas constructivas y soluciones, desde el punto personal considero que es un gran ser humano y un ejemplo a seguir en su totalidad. Gracias Dr. Samuel Jurado por esas clases tan sencillas y tan digeribles, como usted decía "hechas para cualquier mortal". También quiero agradecer al profesor Arturo Raya que siempre nos fomento la elaboración de la tesis y ahora comprendo el porque. También quiero agradecer al profesor Hugo Sánchez y Fernando Vázquez, por hacer de esas materias de experimental y neurofisiología aplicables a la vida diaria y sobre todo por sumergirme en el mundo de la investigación.

A mis padres:

Gracias por ayudarme a concluir mis estudios y por motivarme para cada día querer sobrepasar y nunca darme por vencida, porque a pesar de las mil diferencias que tuve con ustedes, siempre creyeron en lo que podía ser, los quiero y les estaré eternamente agradecida por la oportunidad que me brindaron en tenerlos como padres.

A mi novio:

Gracias por ser mi pareja, mi amigo y mi soporte, agradezco tu apoyo en esos días que llegaba cansada o fastidiada y tu siempre me recibías con una sonrisa. En verdad agradezco que creyeras en mí y siempre estuvieras a mi lado cuando te necesitaba, que me apoyaras incluso en aquellas cosas en las que no siempre estabas

de acuerdo. Gracias Mauricio por todo el tiempo dedicado y no solo al apoyo emocional sino también económico te amo cielo.

A mi hermana:

Por querer ser un buen ejemplo para tí, por motivarte para que siempre quieras más de la vida y que nunca pierdas esa chispa de alegría que tantas veces puso un sonrisa en mi rostro e incluso no solo te considero una hermana sino una gran amiga por lo que también te dedico este trabajo a ti te quiero mucho Frida.

A mis tíos:

Gracias tía Luisa y tío Miguel por apoyarme siempre en todo momento, por cuidarme y estar en las etapas más fáciles y difíciles de mi vida por compartir mis éxitos y fracasos.

A mi abuela:

Gracias abuelita Lupe por ser como una segunda mamá para mí, por cuidarme en mi niñez, por ser tan linda conmigo y siempre estar al pendiente de cómo estoy, gracias por esos detalles, este también es uno de sus logros que se lo dedico con mucho cariño y esfuerzo.

A mis amigos:

Muchísimas gracias a David Omar, Haribenn, Karenny, Norma, Efraín y mi prima e incondicional amiga Jessica, en verdad cada uno de ellos me enseñó el valor de lo que es un gran amigo y fueron parte fundamental de mi persona ya que siempre estuvieron al borde del cañón conmigo y aunque hoy no estén todos presentes son personas que admiro, respeto y quiero.

A mis compañeros de escuela y servicio:

Gracias por compartir tiempo y dedicación para salir adelante, por contar siempre con los mejores equipos, gracias Angélica y Marilyn, Agradezco también a las compañeras que siempre mostraron interés por mi trabajo como Noemi y Anita gracias por su apoyo. Y que decir del área administrativa del reclusorio, gracias en verdad por ser siempre excelentes compañeros y por permitirme a ver compartido y conocido personas lindísimas, gracias Lupita, Angelina, Chris, y Julián. También

quiero agradecer a mi asesora de servicio Fabiola Menchaca que me permitió introducirme en el área de diagnóstico y tratamiento.

A los internos de Santa Martha:

Muchas gracias por compartir sus experiencias y vivencias, sobre todo por esa inmensa confianza y participar siempre con entusiasmo especialmente gracias al estafeta Marco y el interno Mena por siempre estar ahí acompañándome a pesar de las circunstancias y mostrar la mejor actitud, este trabajo se hizo por todos los internos que se encuentran bajo sentencia y así presten atención todas las autoridades de que la reclusión no siempre es la mejor rehabilitación muchas veces es todo o contrario.

A mi fe:

Gracias diosito y virgencita por darme la oportunidad de seguir adelante con este proyecto, darme salud y amor pero sobre todo por la fortaleza que me ocasiona creer en ustedes.

Mil gracias a todos y gracias vida por ser tan grandiosa

ÍNDICE

Introducción

CAPÍTULO I CONCEPTOS E INDICADORES

1.1. Historia del concepto de violación	6
1.2. Concepto de agresión	12
1.3. Concepto de violencia	13
1.4. Concepto de violación	14
1.5. Concepto de agresión/violencia sexual	14
1.6. Marco legal (Delitos sexuales)	15
1.7. Epidemiología	20
1.8. Etiología	23
1.9. Efectos	27
1.9.1. Efectos del abuso sexual infantil	29
1.9.2. Efectos del las agresiones sexuales en adultos	30

CAPÍTULO II AGRESION SEXUAL

2.1. Ciclo del abuso	31
2.2. Agresor Sexual	32
2.2.1 Características y Diferencias Generales del agresor sexual	32
2.3. Agresores sexuales de infantes	35
2.3.1 Tipología	36
2.3.2 Clasificación	37
2.4. Agresores sexuales de mujeres	40
2.4.1 Clasificación y tipología	40
2.5. Agresoras sexuales	42
2.5.1 Clasificación	45
2.6. Agresores sexuales infantiles y adolescentes	45
2.6.1 Clasificación	49
2.7. Evaluación y Tratamiento del Agresor Sexual	50
2.7.1 Evaluación	50
2.7.2 Tratamientos Antilibidinales/ Biológicos	59
2.7.3 Tratamientos Psicológicos	61
2.8. Trastornos asociados	85
2.9. Parafilias	94
2.9.1. Clasificación	98
2.10. Prevención	106

CAPÍTULO III PROCESO METODOLÓGICO.

3.1. Consideraciones previas.	130
3.1.1. Tipo de estudio.	130
3. 1.2. Muestra	
3.2. Planteamiento del problema.	130
3.2.1. Objetivos.	130
3.2.2. Preguntas de investigación.	131
3.2.3. Justificación.	131
3.2.4. Limitaciones previsibles.	132

3.3. Variables.	133
3.4. Procedimiento.	133
3.4.1. Actividades de análisis de información.	134
CAPÍTULO IV	
4.1 Conclusiones.	135
REFERENCIAS	141
ANEXOS	148
GLOSARIO	164

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como propósito brindar a investigadores, psicólogo y al público en general un amplio panorama sobre la conceptualización y los procesos de la agresión sexual, enfocándose en el agresor y las variables que a este le acompañan, debido a la escasa intervención, aunque la bibliografía es amplia y los métodos que se emplean en la rehabilitación de estos individuos han resultado eficaces, en el país no parece haber un programa concreto para dirigir a esta población. La importancia de realizar un revisión bibliohemerográfica, es mostrar los contenidos esenciales para entender no solo el perfil de diversos tipos de agresor sexual, sino también que sirva como una guía para el psicólogo de todos los factores que deben tomarse en cuenta como son las causas y origen de estas conductas, al aplicar un tratamiento que resulte eficaz y satisfactorio para el paciente.

Los motivos sobre la elección del tema fueron diversos, el primero fue que al trabajar en un reclusorio y al tratar con los internos que se encontraban por el delito de violación o/y abuso sexual, me encontré con ciertas deficiencias debido a que el programa sobre sexualidad no tiene un seguimiento y al platicar con el interno antes y después del curso, el sigue negando y justificando su conducta, otro factor es la no existencia de instituciones, registros o estudios epidemiológicos concretos que nos permita darnos un alcance real de las agresiones sexuales existentes y el tercero como ya lo he mencionado fue la escasa intervención sobre el tema a pesar de que hay bastante bibliografía.

El trabajo esta compuesto por un primer capítulo que aborda la historia de la violación y definiciones de agresión, violencia, violación y agresión/violencia sexual que son lo términos mas utilizados al abordar dicha problemática; dentro del mismo capítulo se tratara los indicadores etiológicos, epidemiológicos y sus efectos, también se tomaron en cuenta los aspectos de un marco legal, en el cual se informa principalmente sobre los delitos sexuales en nuestro país (México) que nos da un parámetro del cual partir si se comete una agresión/violencia sexual.

En el capítulo II se tratara con más detalle las variables que acompañan a la agresión sexual como es, su tipología, la evaluación, los tratamientos existentes, los trastornos

asociados, sus parafilias en el caso del agresor y la prevención para evitar ser una posible víctima.

El capítulo III menciona la metodología como un esquema previo a la elaboración de la tesis titulada, Agresión sexual: Revisión Bibliohemerográfica, que de cuenta del procedimiento con el cual se llevó a cabo la recopilación de información para determinar el planteamiento del problema y los objetivos, a su vez sirviendo como guía para realizar las conclusiones.

El capítulo IV aborda las conclusiones a las que se llegaron al finalizar el trabajo de tesis, estas conclusiones son de tipo personal como desde diversas perspectivas teóricas.

CAPÍTULO I CONCEPTOS E INDICADORES

El capítulo presente es una breve recopilación de la historia del concepto de violación y de diversas definiciones que ayudarán a tener un mejor entendimiento sobre lo que es la agresión/violencia sexual y así evitar cualquier confusión, también nos muestra diversos indicadores en el país que reflejan el impacto que tienen dichos eventos.

1.1. Historia del concepto de violación

Thornhill y Palmer (2006) se unieron para escribir un libro que de cuenta de la historia natural de la violación. Este es un recorte del enfoque evolucionista acerca de la coerción sexual humana. Esta perspectiva se basa en la teoría darwiniana de la evolución por selección. La violación como comportamiento en la teoría darwiniana de la evolución obedece a causas próximas y últimas.

Las causas próximas (causas inmediatas del comportamiento) que operan en el agresor sexual pueden enumerarse de la siguiente manera: porque odiaba a las mujeres, sentía la necesidad de dominar a alguien, sufrió abuso cuando niño, había bebido demasiado, tenía demasiada testosterona circulándole en el cuerpo, estaba compensando sentimientos de desajuste, fue criado en una cultura patriarcal, había visto demasiada agresión/ violencia sexual en la televisión, era adicto a la pornografía violenta, estaba sexualmente excitado, odiaba a su madre entre otros factores. Es factible que se de una combinación de los factores mencionados como causas próximas del acto de violación que realizó ese agresor sexual. Las causas próximas incluyen genes, hormonas, estructuras fisiológicas, y estímulos ambientales. Las causas próximas incluyen el catálogo de factores que incidieron a que ocurra la violación, y también cómo ocurrió. Las causas últimas nos llevan a pensar que existe una base biológica para la violación sexual de la misma manera que existe una base evolucionista para todos los aspectos de la vida. Las causas últimas tienen que ver con los porqué existen mecanismos específicos que se perpetuaron para que se den estas conductas actuales. En la violación hay dos razones específicas y evolucionistas que explican porque la violación existe en nuestra especie, según Thornhill-Palmer (2006):

- a) Es un subproducto de las diferencias evolutivas entre las sexualidades de los machos y de las hembras. El macho es el que realiza menor inversión biológica, en la reproducción, que se restringe a la producción del esperma sin embargo el macho puede tener más encuentros sexuales y mas posibilidad de transmitir sus genes, la mujer por otra parte se encuentra limitada debido a que ella carga el producto durante un determinado tiempo mientras que el macho puede continuar apareándose y fertilizar a cualquier hembra y a su vez, esta solo cuenta con un tiempo determinado de fertilidad.
- b) La violación podría ser una adaptación.- Podría existir una selección favorable a los machos que abusaron sexualmente en el pasado. Y por lo tanto, podría haber unos aspectos del cerebro masculino diseñados específicamente para violar bajo determinadas circunstancias.

Estas son dos causas últimas de la violación o razones evolucionistas del comportamiento humano que incluye el acto de violar.

Las explicaciones próximas y últimas son complementarias, no alternativas. Es decir que no pueden existir contradicciones entre ellas. Así se puede decir que el aprendizaje influye en la conducta humana de la violación (causa próxima) lo que no contradice el fundamento que el comportamiento ha evolucionado. "ningún aspecto de la vida puede comprenderse a cabalidad mientras no se conozcan tanto su causalidad próxima como la última. Para asimilar cómo pueden conocerse las causas últimas uno debe entender el modo en que la selección natural lleva hacia las adaptaciones. Las adaptaciones son los caracteres fenotípicos (estructuras morfológicas, mecanismos fisiológicos y conductas) que están presentes en los individuos vivos. Sin embargo, no todos los aspectos de los seres vivos son adaptaciones. La demostración que un rasgo incrementa el éxito reproductivo de un individuo no es prueba suficiente que se trata de una adaptación, puede ser sólo un efecto benéfico más que una función evolutiva. Es decir que la diversidad de la vida se nutre de dos componentes básicos: adaptaciones y subproductos. Las adaptaciones son rasgos formados por presiones selectivas directas. Los subproductos son rasgos formados indirectamente por las presiones selectivas.

Continuando con Thornhill y Palmer (2006) la principal diferencia en el comportamiento sexual entre hombres y mujeres nos dice que: "en general, mientras los machos a menudo se comportan como si cada hembra de la especie fuera una compañera

adecuada y compiten por encontrar muchas compañeras, las hembras actúan como si sólo determinados machos de la población fueran compañeros adecuados". Además, los hombres responderían a la poliginia; es decir que, un varón produciría descendencia con múltiples compañeras, por lo que menos hombres que mujeres contribuyen genéticamente a cada generación. La violación efectivamente es un tipo de selección sexual, la coerción sexual se conceptualiza como un tercer tipo de selección sexual. Los vínculos de pareja y muchas de las alianzas entre las mujeres podrían interpretarse como formas de lucha contra la coerción sexual masculina, se ha comprobado que la violación ha sido una parte constante del ambiente social en toda la historia evolutiva de la especie humana. Con base en lo anterior y tras la explicación de la violación desde el punto de vista de la Biología, se desarrollara la historia de esta, desde un enfoque más social y legal.

De acuerdo con Manríquez y Hernández (2004) la violación ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Aunque la concepción ha ido evolucionando, a través de las épocas de la sociedad humana. Por ejemplo en la antigüedad, era una forma de conseguir esposa atribuyendo que la violación era dirigida principalmente a la mujer. Las autoras comentan que desde la prehistoria a nuestros días, la violación ha sido un modo de sometimiento contra la mujer, buscando satisfacer intereses propios o utilizándola como medio para agraviar a otros.

Por su parte Hercovich (1997) describe que la honorabilidad en la antigüedad, ya había preocupado a griegos y romanos, entregados a lograr los ideales de armonía y equilibrio físico y psíquico de los individuos, o moral y social de los pueblos, en ellos la voluptuosidad era tan peligrosa para la energía viril del ciudadano como el alcohol y otros placeres. El placer transitaba carriles distintos de los de la reproducción, por lo que los hombres libres lo obtenían de penetrar no importaba a quien ni por dónde. Sin embargo este permiso libertino, reconocía tres taxativas limitaciones: siempre y cuando fueran de origen libre, ni las mujeres casadas, ni las vírgenes, ni los adolescentes podían ser objetos de esas prácticas que serían castigadas con la pena de muerte.

García (2004) comenta que en el Código de Hammurabi de los babilónicos y caldeos sancionaban de una manera enérgica y la agraviada no sólo era considerada solo la víctima sino la sociedad en su conjunto y sobre todo los Dioses, ya que estaban

arraigadas las ideas religiosas, por esta razón la sanción que se aplicaba era la pena de muerte mediante ahorcamiento en público al violador. Sin embargo, el Derecho Hebreo, tenía penas más drásticas, pues la pena de muerte impuesta no solamente se circunscribía al autor directo sino además, a sus familiares más cercanos. Por otro lado, el Derecho Canónico sancionaba igualmente la comisión de este delito con la pena de muerte, pero requería de la desfloración de la víctima, de manera que durante el acto sexual se hacía sufrir a una persona no virgen, esta no era considerada como una violación sexual y sólo se sancionaba con penas leves. Durante el siglo IV en el Perú, los Incas sancionaban de distintas formas como, por ejemplo, la expulsión del pueblo, el linchamiento, entre otros y sólo se aplicaba la pena de muerte para los reincidentes. En las leyes Españolas, durante el Medievo siglo VI se castigaba al hombre libre con 100 azotes y al siervo a morir quemado en fuego. Mientras el fuero de Castilla determinaba la muerte de quien forzara a una mujer, fuera o no virgen. Balestra (2002) añade que "en las partidas amenazaban con pena de muerte al hombre que robara a una mujer viuda de buena fama, virgen, casada o religiosa o yaciere con alguna de ellas por fuerza". En la época de la Colonia el sistema impuesto por los españoles en América, acentuó las jerarquías sociales y en consecuencia, también las desigualdades entre los diversos grupos sociales. La cifra negra de la criminalidad aumento ostensiblemente debido al abuso y flagelo de los cuales eran víctimas la comunidad indígena. Hercovich (1997) habla que durante la edad media si las mujeres no eran intercambiables por una dote, o sea sino eran propiedad de nadie o, si siendo propiedad, habían perdido su valor original, la violación no era un crimen y en todo caso si la familia quería podía exigirle al atacante una compensación, a su vez para las autoridades municipales y eclesiásticas, la protección de las hijas de artesanos y de trabajadores o de viudas y prostitutas no era preocupación ni legal ni moral.

Entre los siglos XVI y XVIII Europa vive un cambio profundo, los oficios se multiplican, surgen nuevas clases sociales, crece la riqueza y la escasez se vuelve mas llevadera, por lo que hombres y mujeres aprenden a conducirse, es decir a controlar con severidad sus instintos, dominar mejor sus emociones y extender el dominio del pudor a nuevos aspectos de la vida. Un poder legislativo cada vez más robusto busca extender su dominio, hasta incluir el control de los cuerpos: para el estos son tan susceptibles de crimen como para la iglesia lo son de pecado. Se propaga una imagen romántica por todas las clases sociales, al calor del naciente culto a la privacidad y a la discreción. Sin embargo durante esta época se sigue tratando a la mujer como un objeto tanto, que para

reducir las demandas por el delito de violación empiezan a exigirse numerosas pruebas y fidedignas. Ello propicio que perfeccionarán los argumentos defensivos de los hombres acusados, quienes achacaban promiscuidad sexual a las denunciantes o negaban a ellas toda intención seria. El celibato elegido deliberadamente fue la única forma de revelarse, conservar los derechos civiles y no sucumbir a los denigrantes efectos de ser tildada de solterona, esto propicio una verdadera “huelga de sexo” esta perturbadora forma política de protesta contra la esclavitud sexual fue practicada y alentada por las feministas del siglo XIX. La violación de la esposa no fue la única prerrogativa sexual que se permitió disfrutar a los hombres, también se encontraba el incesto, la violación de las hijas y los ataques al pudor de los niños hechos en silencio gozan de impunidad (Harcovich, 1997).

El siglo XIX se inaugura con un Nuevo Código en Francia que visualiza mejor a la violencia sexual, pero también la revolución industrial y el iluminismo tienen sus efectos. Uno de los efectos de la Revolución Industrial es tratar de despejar los obstáculos que frenen la producción. Por eso a esta sociedad francesa de fines del siglo XVIII le interesa más el robo y el hurto, como signos de inseguridad social y frenos a la producción capitalista que el crimen sexual, que puede contener exceso de deseo y lujuria, pero que no es un peligro potencial a la producción. El iluminismo también desvía la atención del crimen sexual. Serán los campesinos ignorantes y mal informados los que se dedicarán a estos crímenes del exabrupto sexual. Por ser ignorantes y mal informados. El radio urbano parisino, el de las letras y las artes está para otra cuestión. Las crónicas de la época se ocupan de las violaciones de campesinas hechas por vagabundos, campesinos, desocupados, casi todos son ataques sexuales hechos por desconocidos hacía desprevenidas víctimas. Si bien, surgen a principios del siglo XIX nuevas categorizaciones simbólicas de la violencia sexual, como por ejemplo: ataques al pudor. En 1810 se redacta un nuevo Código Penal. Este código crea crímenes y delitos que no existían, designando como violencia sexual actos ignorados o poco reseñados hasta ese momento, fijando una nueva atención a la violencia. El artículo 331 distingue por primera vez el ataque al pudor de la violación. También especifica que el ataque al pudor puede ser contra cualquiera de los sexos, no es específico contra las mujeres. En 1820, la gazette decide aumentar su tirada de ejemplares. Se le suma El petit journal, para ello sus crónicas deben interesar a todos los extractos, no sólo a los parisinos ilustres y lectores asiduos. Se decide así conformar un espectáculo social de los tribunales penales. Las crónicas de los delitos sexuales se hace más detallada, las víctimas menos anónimas son más dignas de compasión, y el delito sexual analizado más analítica y racionalmente. En

esta época, también ingresa el público al recinto de los juicios. La alusión al sentimiento del público instala una efervescencia desconocida en torno a los procesos penales. Este movimiento en las representaciones sociales provoca también un cambio criminológico. Se le da un lugar preponderante al homicidio y no al robo. Se ha centrado más el interés en el cuerpo físico y no tanto en el cuerpo social. En este código se especifica un rasgo de la violencia sexual que no será hasta más tarde realmente dimensionada. Se legisla contra la violencia sodómica. Otro aporte del Código de 1810 fue incriminar la tentativa en el crimen sexual. Pero a este nuevo Código todavía le cuesta desprenderse de viejos prejuicios. La idea de la violación o de atentado al pudor con violencia conlleva esencialmente la idea de la fuerza física, la mujer debe preferir la muerte al ultraje; veinte años más tarde, vuelve a reactualizarse el Código (1832). Allí vuelve a aparecer una innovación en torno al delito sexual. "Todo atentado al pudor, consumado o intentado sin violencia contra la persona de un niño de uno u otro sexo de menos de once años de edad, será castigado con la reclusión"(Vigarello, 1999). Es el primer paso para quitar el mito que la violación contiene necesariamente la violencia física. Si bien, por ahora sólo se lo reconoce a los niños menores de once años, ya está la cuña simbólica inscripta. A partir de ahora se puede pensar y apoyarse en una norma legal para decir que ciertas caricias son agresiones sexuales. Y ya en 1870 el Diccionario Larousse establece un nuevo concepto de violación: Es importante observar que, para que haya violación, no es necesario que hayan sido empleadas la violencia física o la fuerza corporal para constreñir a la víctima. Una violencia moral ejercida por la vía de la intimidación sería perfectamente suficiente. Hay violación cada vez que se anula el libre arbitrio de la víctima. Después de esta definición el análisis del no consentimiento es otro, y mucho más amplio. El siglo avanza y se siguen dando los cambios socioeconómicos. La mujer logra alcanzar roles que no empiezan y terminan en el de criada y sirvienta. La mujer ingresa al mundo laboral fuera de la casa. Así que el dispositivo jurídico va a necesitar actualizarse sobre nuevas formas de abuso.

En el siglo XX el rasgo fundamental, que estuvo ausente en los otros, es la emergencia de la víctima en la escena de la violación, en el destino penal del violador, en la leyes que regulan el delito de violación, y fundamentalmente, en la sociedad machista que permitía el alto índice de impunidad, y en las costumbres que fomentan la violación. La gravedad del acto empieza a ser pensado y evaluado según la salud psicológica y mental de la víctima. El incesto comienza a ser desenmascarado de la coraza social que lo ocultaba y minimizaba. Incluso ahora emerge cómo en el delito de violación el efecto de la

dominación impone el silencio a la víctima. Víctima silenciada ya no es consentimiento. Incluso el hecho que la víctima levante la denuncia es comprendida como una parte del proceso de destrucción que produce la violación. La evolución y el tratamiento psicológico a la víctima va mostrando las secuelas psico-sociales de la violación; incluso bordeando el perfil de un trauma irremediable. Este siglo empieza a desnudar las injusticias sociales de otros siglos. La prostituta puede ser víctima de violación. La vulnerabilidad de la víctima puede tornarse en una defensa mejor organizada. El siglo XX no castiga con el suplicio y la tortura como el siglo XVIII, pero sus penas también son severas, pudiendo llegar a la máxima condena del código. La víctima incluso lograr que pueda ser penalizado, y rechazado el acoso sexual. La tentativa de violación ya estaba en los códigos del siglo XIX, pero en el Siglo XX, los violadores frustrados ocupan el campo de las penitenciarias. En el siglo XX, realmente se produce un aumento en la proporción de las denuncias y las condenas. En los pasillos de tribunales se desliza que el siglo XIX a un acusado de violación lo presupone inocente, mientras que el siglo XX lo presupone culpable. El imaginario social se ha tornado hostil hacia el agresor sexual. El sufrimiento sexual del niño se ha vuelto inaceptable, el recurso al Derecho excluyente, y la movilización individual y social con respecto a la violación seguida de homicidio absoluta (Vaquera, 2009).

En México específicamente en el año 1979 un grupo de mujeres del feminismo autónomo creó el centro de apoyo a mujeres violadas (CAMVAC) para prestar ayuda legal, psicológica y médica a las víctimas, a partir de 1989 se creó la red Nacional contra la violencia hacia las mujeres. Esta lucha se originó en los grupos feministas de clase media y fue retomada por las mujeres de sectores populares, estos esfuerzos han hecho que hoy se considere un delito que se persigue de oficio (Bartra, 1992).

1.2. Concepto de agresión

De acuerdo con Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) se habla de agresión como respuesta de defensa y afrontamiento ante peligro.

La agresión es una capacidad física natural de todos los seres vivos y se da como respuesta fisiológica ante determinadas situaciones o circunstancias del entorno (Manríquez y Hernández, 2004).

Otra definición que difiere de las anteriores, es la planteada por Márquez (2006) en el cual la agresión, supone una acción que causa miedo e incluye las acciones dirigidas contra alguien que pueden suponer un daño real o fáctico.

De acuerdo a las dos primeras conceptualizaciones citadas sobre la agresión, hacen hincapié principalmente a una reacción de afrontamiento ante una amenaza, sin embargo el último concepto nos sugiere que la agresión puede transformarse en violencia, pero no siempre deriva en ella.

1.3. Concepto de violencia

Hoff (1994), refiere que la violencia es un acto social y, en la mayoría de los casos, un comportamiento aprendido en un contexto permeado por inequidades sociales basadas en el género, la edad, la raza, etc; y en imágenes de violencia y fuerza física como la manera de resolver conflictos.

De acuerdo con Contreras (2001) la violencia es la acción contra el natural modo de proceder, que se dirige de una persona a otra, a un animal o un objeto; esta acción no es característica de los tiempos modernos, ya que ha existido desde los inicios de la humanidad.

Una definición contenida en Fonseca (2005) es la de Domenech, el cual llama violencia al uso de fuerza abierta u oculta, con el fin de obtener de un individuo o un grupo, algo que no se quiere consentir libremente Citado en Morales (2009).

Las definiciones anteriores sugieren que la violencia es el hecho de imponerse sobre un grupo, individuo o cosa para obtener un beneficio o satisfacción, independientemente de la causa como puede ser un factor de cultura o instintiva. Por lo tanto el concepto de violencia se contrapone al concepto de agresión, sin embargo a pesar de la clara diferencia de agresión y violencia, se continúan utilizando dichos términos como sinónimos.

1.4. Concepto de violación

De acuerdo con Bedolla (1985), Kilpatrick y cols. (1983) y Valladares (1989), la violación sexual es definida como “el acto por medio del cual una persona dispone sexualmente de otra sin su consentimiento, haciendo uso de la fuerza física, moral, coerción, intimidación, engaño, chantaje, soborno y/o amenaza.

Otra definición de acuerdo con Marshall (2001), se considera violación desde un tocamiento sexual no permitido hasta la agresión sexual acompañada de violencia.

Por ultimo el termino violación es definido por la legislación y jurisprudencia como todo acto donde existe la cópula con persona de cualquier sexo, y que está se efectúe sin el consentimiento del sujeto pasivo o mediando el uso de la violencia física o moral Citado en Ruano (2008).

En base a lo anterior la violación sexual es aquel proceso que tiene como finalidad el acto sexual, donde el victimario o agresor usa como principal arma la manipulación de tipo psicológica o física contra la victima para el logro de su propia satisfacción no tomando en cuenta al otro.

1.5. Concepto de agresión/ violencia sexual

De acuerdo con la Comisión de Seguimiento de los protocolos en casos de Violencia y malos tratos infantiles de Girona (2001), la violencia sexual son las acciones que obligan a una persona a mantenerse en contacto sexual o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, el chantaje, la amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal Citado en Cornejo (2004).

Valladares, (1993) habla de violencia sexual cuando se establecen relaciones de poder y dominación a través del ejercicio de la sexualidad impositiva Citado en Robles (1998)

Gordon y Cisneros (1980), ubican la agresión sexual dentro de la violencia ya manifiesta, esto se observa como la forma más severa y directa del poder físico y moral de los seres

humanos que con ella pueden causar daños somáticos incluso hasta el grado de morir citado en Cornejo (2004)

A pesar de la clara diferencia entre los conceptos de agresión, violencia, agresión sexual y violencia sexual, en la literatura y en los medios de comunicación impresos (periódicos, revistas, etc.) estos se manejan indistintamente como sinónimos, razón por la cual, la búsqueda bibliográfica se realizó utilizando las clasificaciones anteriormente nombradas por igual.

1.6 Marco legal

La importancia del conocimiento del marco legal tanto para el psicólogo como para la sociedad en general, radica en tomar en cuenta las leyes, antes de llevar a cabo cualquier acción ya sea por ética profesional o para validar nuestros derechos y asumir nuestras responsabilidades como ciudadanos y autoridades.

En el INEGI (2010) los delitos sexuales, se categorizan en el apartado de delitos contra la libertad y la seguridad sexual o el normal desarrollo de la personalidad, a su vez este se divide en cuatro apartados y cada uno está compuesto por otros; a continuación se presenta el orden de dichos delitos.

- Delitos Sexuales con propósito de cópula
 - Violación
 - Aprovechamiento sexual
 - Estupro
 - Incesto
- Delitos sexuales sin propósito de cópula
 - Abuso sexual
 - Acoso sexual
 - Ultrajes a la moral pública
- Explotación sexual
 - Lenocinio
- Explotación sexual comercial e infantil
 - Explotación sexual de menores e incapaces

Como se sabe, cada estado de la república mexicana contiene su código penal y debido a lo extensivo que resultaría poner cada uno, se englobará lo que acontece el delito sexual y las reglas generales que tiene en común de acuerdo a este delito.

Se da inicio aquellos delitos con propósito de cópula, como es el de violación el cual consiste en realizar cópula entendiéndose como la introducción del pene o miembro viril en el cuerpo de la víctima, por vía vaginal, anal u oral con una persona de cualquier sexo, utilizando fuerza o violencia física, moral y psicológica, suficiente para lograr el sometimiento de la víctima, las penas en prisión van a depender de acuerdo a cada estado pero pueden ir de una condena de los seis meses a veinticinco años en promedio con la excepción de que si hay mas de una persona involucrada en el delito, la pena puede ser entre treinta y cinco y sesenta años en prisión, englobando lo que es la violación equiparada, con algún instrumento distinto al natural es decir el pene y la realización de cópula por error o engaño llegando a una multa de 500 salarios.

En el caso de lo que se denomina aprovechamiento sexual no todos los códigos lo engloban solo dos estados usan dicha terminología como es Hidalgo y Guerrero, y se refiere a la obtención del interesado o de un tercero vinculado a éste, la cópula para si o para otro como condición para el ingreso o la conservación o permanencia del trabajo o empleo, la promoción en éste o la asignación de aumento de remuneración o prestaciones para el solicitante, el trabajador o sus familiares, al que la pena en prisión va de dos a siete años y de treinta a ciento cuarenta días de multa. Igual pena se aplicará al que imponga la misma condición, que se refiere el párrafo anterior, para el reconocimiento u otorgamiento de derechos o beneficios económicos, profesionales o académicos.

El estupro es considerado en casi todos los estados con excepción en Tabasco y Tlaxcala, el cual consiste en realizar cópula con persona o una mujer como mencionan varios artículos que sea casta, mayor de doce y menor de dieciocho años de edad, obteniendo su consentimiento por medio de seducción o engaño, la pena en prisión oscila entre tres meses hasta los ocho años y la multa puede ir de cinco días hasta trescientos cincuenta días de salario.

El último apartado de el delito sexual con propósito de cópula es el incesto englobando también el incesto equiparado, que de acuerdo a diversos códigos penales, es la cópula entre ascendientes y descendientes consanguíneos en línea recta o entre hermanos, se sancionará con prisión desde los tres meses hasta ocho años o un año de tratamiento en

libertad esto no se aplica en todos los lugares, y la multa oscila entre los treinta hasta quinientos días de salario, cabe mencionar que en el código penal de Tlaxcala y Puebla no hay leyes específicas que traten este delito.

Entre los delitos sexuales sin propósito de cópula, el primero es el abuso sexual englobando el abuso sexual equiparado, abusos deshonestos, actos libidinosos, atentados a la integridad, al pudor y a la impudicia. El abuso sexual consiste que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula se ejecute en ella un acto erótico sexual o la obligue a ejecutarlo, se le impondrá prisión desde tres meses hasta ocho años y la multa puede llegar hasta los doscientos días de salario, cabe mencionar que en varios estados como Baja California Sur, Campeche, Durango, Guerrero entre otros, no se contemplan leyes específicas sobre este tipo de delito.

El acoso sexual engloba también lo que es hostigamiento sexual el cual consiste en la expresión verbal o física degradante en relación a la sexualidad de otra persona, sin que exista subordinación real de la víctima frente al agresor en los ámbitos laboral o escolar, la pena en prisión oscila entre los seis meses hasta los tres años en prisión y una multa de cien a seiscientos días de salario, además de la baja del cargo que este desempeñe.

Los ultrajes a la moral pública engloban el exhibicionismo obsceno y pornografía de persona privada de la voluntad el cual consiste en que, aquel que promueva el delito de pornografía, financie, elabore, reproduzca, distribuya, exhiba, venda, arriende, publique, transmita o difunda la representación material de personas en actos sexuales reales o simulados para la gratificación sexual de los usuarios o toda representación de las partes genitales con fines de depravación mediante libros, escritos, pinturas, impresos, anuncios, emblemas, fotografías, películas audio o video grabación representaciones digitales computarizadas o por cualquier otro medio se sancionará de seis meses hasta ocho años de prisión, llegando hasta trescientos días de multa.

El apartado de explotación sexual engloba el lenocinio que a su vez se divide en varios apartados como es la incitación a la prostitución, trata de personas y la proporción de inmuebles destinados al comercio carnal, este delito consiste según la ley, en inducir, procurar, promover, captar, reclutar, facilitar, trasladar, conseguir, solicitar, ofrecer, mantener, entregar o recibir a una persona con la finalidad de realizar explotación o comercio laboral, explotación o comercio sexual, extracción de órganos, tejidos o sus componentes, con independencia de que el sujeto activo obtenga beneficio económico para sí o un tercero, oscilando entre los cuatro a doce años en prisión y llegando hasta el pago de multa de quinientos días de salario.

Un último apartado es la explotación sexual comercial e infantil que engloba la explotación sexual de menores e incapaces, pornografía infantil, prostitución sexual de menores, trata de personas y lenocinio de menores de edad, turismo sexual con menores y concertar, permitir o encubrir el comercio carnal de menores de edad, consistiendo en la inducción para llevar a cabo actos de exhibicionismo corporal o de carácter sexual con personas menores de 18 años de edad, con el fin de videografiarlas o fotografiarlas, también se refiere a la explotación sexual a través del infante para obtener un beneficio económico o carnal, en esta apartado varían las condenas dependiendo del grado de afectación a la víctima pero oscilan entre los cinco años hasta los veinte años de prisión.

Sobre esta línea legal es importante tomar en cuenta los aspectos médicos con los que se determinarán el abuso o agresión, no olvidando que estos procedimientos solo se llevan a cabo si existe algún daño físico, ya que por ejemplo una conducta de agresión sexual como es el frotterismo es difícil detectar con estos procedimientos. Estas pruebas médicas son de dos tipos: el examen físico que documenta los datos del interrogatorio y el análisis de laboratorio que se realiza posteriormente (Anexo,1). Ambos exámenes tratan de establecer el uso de la fuerza física, la penetración, las sustancias procedentes del agresor y las sustancias en el sitio de la agresión. El examen físico consiste en una revisión del área genital, la separación de manchas o sustancias extrañas, análisis de la vagina, del himen, en su caso y observación de desgarres o contusiones tanto en la vagina, como en el cuello uterino, además se toman muestras de secreciones y se examina manualmente el ano y la piel perineal (Vidrio, 1991). Un segundo paso es el interrogatorio que de acuerdo a Lencioni (2001) tiene varios objetivos:

- Obtener información fundamental para esclarecer el hecho.
- Conocer el nivel intelectual del examinado y otros aspectos de su psiquismo.
- Comprobar la veracidad de los hechos, al contrastar la información obtenida en el interrogatorio, con los hallazgos de la exploración física.
- Orientar los exámenes de laboratorio a los estudios clínicos.

El autor refiere que ante todo, hay que tener en cuenta que si la víctima o el victimario se expresan con toda libertad, manifiestan que no desean ser examinados ni interrogados con lo cual debe aceptarse su decisión y comunicarla al juez que solicita el informe pericial. Este interrogatorio conviene tomarlo en privado, y se utilizará un lenguaje acorde con el nivel intelectual del examinado.

Sin embargo Lameiras (2002) refiere que cuando el abuso es realizado hacia un menor, sin pruebas medicas que puedan evaluar la existencia de éste, debido a que no habido penetración, es una tarea difícil de investigar, así que de acuerdo con los expertos al realizar la entrevista hay que diferenciar entre dos enfoques para abordar el tema de la validez de las declaraciones. El primero es el enfoque de los estándares que se caracteriza por centrarse en el desarrollo de protocolos y de guías sobre cómo realizar la entrevista y proceder a la evaluación, con el objetivo de aumentar la probabilidad de que el niño describa con exactitud lo sucedido y mejorar la validez de los juicios emitidos por los profesionales. El segundo es el enfoque de los indicadores el cual implica determinar si las respuestas emocionales, conductuales o fisiológicas del niño que declara haber sido objeto de abuso son similares a las respuestas de aquellos con un historial ya comprobado de abuso sexual. La autora también nos habla de que el ambiente de la entrevista debe ser cómodo para el infante y evitar cualquier distracción y que se potencie la familiaridad ya que esto, puede facilitar el procesamiento óptimo de la información.

Ahora no enfocaremos en la problemática que tiene el especialista de salud mental desde el punto de la confidencialidad, Echeburúa (2002) menciona que la confidencialidad mas allá de un requisito imprescindible en la relación terapéutica, es esencial a la responsabilidad del psicólogo, sin embargo cuando se comete un delito actual, o próximo, contra la vida, la integridad, la salud o la libertad sexual de otras personas, el profesional tiene la obligación de denunciarlo, por lo cual el psicólogo clínico o forense nunca debe olvidar que su ejercicio profesional siempre esta ligado a un conjunto de preceptos legales, que lo regulen, así como a las normas deontológicas que deben regir su conducta profesional. En un último término los terapeutas tienen una obligación legal y ética con sus pacientes, pero sin desdeñar los deberes legales con la sociedad, cuando el otro, paciente o personas corren un serio peligro.

En el caso del código ético del psicólogo (2000) en el capítulo 8 que es el secreto profesional nos muestran una serie de cláusulas que es importante tomarlas en cuenta:

- El psicólogo esta obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por ejercicio de su profesión haya recibido información.
- La información obtenida por el psicólogo no puede revelarse a otros, excepto en los siguientes casos:

- a) Puede revelarse al consultante en aquello que estrictamente le concierne y cuando sea estrictamente necesario.
- b) Puede revelarse información a los familiares u a otras personas interesadas, con el consentimiento escrito del consultante o de su representante legal (en caso de menores de edad o que no puedan dar su consentimiento informado). Se exceptúan aquellos casos en los cuales no revelar la información, conlleva a un peligro evidente para el consultante, su familia o la sociedad.
- c) Puede revelarse información a los responsables del consultante cuando se trate de menores de edad o de personas psicológicamente incapacitadas, tomando siempre los cuidados necesarios para proteger los derechos de estos últimos.
- d) Puede revelarse la parte de información que sea requerida por las autoridades legales, en aquellos casos previstos por la ley.

1.7. Epidemiología

El siguiente apartado refleja la incidencia de los delitos sexuales en el país mexicano con el fin de concientizar a la población de dicha problemática, cabe mencionar que debido a que no todos los casos son denunciados por diferentes cuestiones y causas que se mencionarán más adelante, las estadísticas no son muy confiables, así que se basan principalmente en estimaciones o encuestas. Como antecedente se ha dicho que en 1977 en el distrito federal ocurrieron más de diez mil violaciones y en todo el país un aproximado de 80 mil (Ruiz Harrel, 1977).

Valladares (1989) hablaba que cada 7 o 20 minutos ocurre una violación en el país, y se argumenta que una de cada tres, cinco o siete violaciones se denuncia. Asimismo el ICESI (2004) da a conocer que el 96% de las víctimas de algún tipo de agresión sexual no denuncia debido a lo vergonzoso que les resulta este acontecimiento y a diversos factores como son el machismo o el miedo que aun parece prevalecer en la sociedad mexicana; dentro de estos abusos un 71% desconoce a su agresores y un 29% conoce a su agresor de los cuales 37% eran sus parientes y 25% su ex - cónyuge o ex – pareja. Por su parte el instituto ciudadano sobre la inseguridad ICESI (2008) refleja lo preocupante que resulta el delito de violación en el país, en 1997 se presentaron 11, 664 casos mientras que en el 2008 se reflejaron 13, 911 casos lo que sugiere que por cada mil habitantes hay entre 12 a 13 víctimas anualmente. El INEGI (2001) señaló en México que el 4.1% de la población

infantil ha sufrido abuso sexual, destacando que en la actualidad hay mas de 5 mil niños en albergues del DIF de los cuales el 20% se encuentran por explotación sexual entre los 8 y 17 años de edad. También diversos medios periodísticos como El Universal (2008) anuncian que el DIF y UNICEF reportaron el abuso sexual de 20 mil niños en México cuyas edades oscilan entre 10 y 14 años siendo en su mayoría niñas. Sin embargo lo anterior como ya se comento es una mínima parte de lo que realmente ocurre por lo que cabe recalcar los factores del por que la víctima no denuncia, Contreras (2001) nos proporciona las posibles razones o factores los cuales se deben a:

- Miedo al agresor por las amenazas o creencias de que les volverá hacer daño si denuncian.
- Por enfrentarse a las agresiones y trato morboso que reciben del sector policiaco.
- Miedo al desprestigio, critica o rechazo familiar y social.
- Desconocimiento de los derechos constitucionales y del procedimiento penal
- Creencia de que nunca lo encontrarán o encarcelarán y no tiene caso entonces denunciar.
- Miedo a que se enteren de su vida íntima anterior al ataque.
- Miedo de que el violador salga pronto y se vengue de la víctima o su familia.
- Mitos que existen entorno a la violación (mujer provocadora, por salir de noche, etc), lo que provoca que la víctima crea que la culparán de lo que ocurrió y es mejor no decirlo.
- Al estado emocional tan severo en que se encuentra la víctima después del ataque.
- Desconocimiento de lugares a donde pueda asistir ya sea para apoyo legal o atención psicológica.
- Creencias de altos costos en el tratamiento psicológico y desconocimiento de que se puede recibir psicoterapia sin la necesidad de denunciar legalmente.
- Preocupación por la opinión de los demás, y el rechazo, crítica o agresión de parte de la población al creer que su problema se hará público.
- A la negación de la familia a denunciar por cuestiones moralistas o bien porque el agresor es de la familia.

Lo anterior refiere que al ser víctima de una agresión sexual, existe lo que Soria y Hernández (1994) catalogan como una estigmatización social, es decir existe una tendencia a culpabilizar socialmente a la víctima tanto de instituciones sociales de apoyo como a nivel teórico en algunas disciplinas científicas, respecto a esto Vidrio (1991)

observó durante una entrevista a un médico que tuvo expresiones verbales como las siguientes: “no se puede ser sensible porque muchas de las víctimas mienten”, “algunas mujeres se golpean así mismas”, “ellas provocan la violación”, “la mujer pudo haber hecho algo para defenderse “ etc. Ante estas expresiones, no puede extrañar que las víctimas se refieran a la experiencia del examen médico en términos de una segunda violación, y esto a su vez da como resultado que las personas prefieran no denunciar.

Otra agresión que también se considera importante es el hostigamiento sexual el cual es básicamente dirigido a las mujeres Sosa(1990) cita que en México, un estudio de la Universidad de Mérida, de 1986, señaló que el 95% de las mujeres trabajadoras eran agredidas sexualmente por sus superiores, ya sea explícita o implícitamente, pasando en numerosos casos del acoso a la violación. Muchas de estas mujeres, consideraban esto un mal necesario para tener derecho a sus empleos. Del total de hostigadores sexuales el 78% eran hombres casados. Las trabajadoras tenían entre 20 y 30 años, eran solteras o divorciadas, y tenían menor jerarquía laboral que su agresor. El acoso se daba en forma de bromas acerca del cuerpo o apariencias en el 55% de los casos, en forma de solicitud de citas en un 38%, a través de pellizcarlas o asirlas en un 28%, y mediante proposiciones sexuales en un 23 por ciento. Según informes realizados por la UGT (Central de Trabajadores de España) y por el Instituto de la Mujer, más del 80% de las mujeres trabajadoras se han sentido molestas alguna vez, unas más que otras, por las miradas, roces, insinuaciones o acoso por parte de los hombres que trabajan con ellas. Las profesionales que más a menudo sufren esta situación son las azafatas y las periodistas. Casi el 100 por ciento de las primeras y el 88 por ciento de las segundas, según una encuesta encargada por UGT, han sufrido algún contacto leve o roce intencionado, y un 12 por ciento se han visto sometidas a un fuerte contacto físico. A la hora de presentar los resultados de su investigación UGT divide el acoso en cinco niveles. Los chistes, los silbidos y piropos estarían en el primero. En el segundo se encuentran las miradas lascivas y los gestos insinuantes. Las invitaciones y llamadas telefónicas se engloban en el tercer nivel. En el cuarto se recogen los pellizcos y roces. Las violaciones se agrupan en el quinto nivel. Más del 80 por ciento de las mujeres entrevistadas por UGT se incluye en el primer nivel, el 55 por ciento en el segundo, casi el 30 por ciento se han encontrado con hostigamientos pertenecientes a los niveles terceros y cuarto y un 4 por ciento afirma haber sido acosadas sexualmente en el más alto nivel.

1.8. Etiología

Existen múltiples causas o variables que están conectadas con los agresores de manera más frecuente tanto en adultos varones, mujeres, adolescentes y niños que cometen abusos sexuales. Según Noguero (2005) desde un enfoque cognitivo conductual sitúa diversos factores, el primero es una transmisión intergeneracional es decir, se ha observado que múltiples agresores ya sea de niños o de mujeres han vivido experiencias de abuso sexual o de maltrato en sus infancias en una proporción mayor que el resto de la población, un segundo factor es referente a su personalidad ya que no hay un perfil único del agresor sexual, existen rasgos que lo predisponen aun mas que el resto de las personas, por lo general presentan una baja autoestima y un pobre control de impulsos, junto con una educación sexual culpabilizadora y negativa o experiencia de modelos familiares inadecuados y un tercer factor es el aprendizaje de experiencias por observación, de situaciones de abuso sexual o las experiencias directas, en la infancia o adolescencia, siendo todas ellas estímulos que pueden configurar la orientación sexual futura.

Marshall (2001) al respecto incluye influencias biológicas entre las posibles causas, refiriéndose a los sustratos neuronales que actúan tanto en la agresión como en el sexo, por lo que las conexiones neuronales en estas áreas parecen tener una notable similitud y lo que se ha observado es que los mismos esteroides que activan la agresión, a su vez activan el sexo. En base a estas investigaciones ha demostrado que los comportamientos sexuales en las primeras etapas son predictores fiables de la delincuencia sexual en la edad adulta. Una segunda causa que menciona dicho autor es de tipo sociocultural como es la influencia de los medios de comunicación que muchas veces ponen énfasis en el poder y control de los hombres, por ejemplo la pornografía ya que los mensajes que emite en su mayoría son relaciones distorsionadas entre hombres y mujeres provocando a su vez una percepción negativa hacia la mujer.

Dentro de los factores biológicos Soria y Hernández (1994), hablan de la importancia que tiene la herencia, en la génesis de la delincuencia basados en estudios de gemelos homocigotos y adoptados pero aclarando que esto no es totalmente determinante. Dentro de este mismo apartado se toma en cuenta la inteligencia como un factor importante de la agresión sexual, que aunque son realmente excepcionales, las personas deficientes mentales acusadas por violación cabe mencionar que la mayoría de la veces lo hacen porque tienen problemas psicopatológicos asociados, especialmente trastornos de

conducta de tipo agresivo. Otro factor tomado en cuenta es el consumo de alcohol y drogas, que aunque aun sigue siendo cuestionada su influencia, es cierto que desinhibe las conductas asociales.

Respecto a los factores sociales y de aprendizaje Blaske y cols (1989) refieren que los delinquentes sexuales presentan varios problemas en sus relaciones familiares y grupo de iguales observándose poca comunicación positiva principalmente con la figura materna. De acuerdo con Karpman (1975) desde un enfoque psicoanalítico hace énfasis en la esfera familiar y social enfermiza en que se desarrolla el niño, habla de esta continua culpa y represión que reside en los padres y que no permiten actuar de forma franca y abierta frente a sus hijos trayendo consigo continuas prohibiciones y restricciones lo que inclina la joven a manifestaciones aberrantes que, al no ser corregidas, terminan siendo magnificadas y totalmente distorsionadas. Sobre esta misma línea Bowlby (1969, 1973) fue el primero en señalar la crucial importancia de los lazos entre padres e hijos en el desarrollo normal del niño, e indico que la calidad de estos vínculos proporcionará al niño el modelo para futuras relaciones Citado en Marshall (2001).

Por ultimo Ruiz (2009) explica un modelo denominado ecológico el cual refiere varios aspectos ya mencionados sobre las posibles causas que convierten a una persona en agresor sexual pero que es de importancia comentarlos ya que de acuerdo con el autor no solo nos permitirá saber los factores etiológicos, sino cada categoría del modelo representa un grado de riesgo y también puede concebirse como un punto clave para la evaluación y la intervención. El modelo ecológico se divide en cuatro niveles que a continuación son explicados:

1). Nivel individual (factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona), entre las características del individuo que aumentan la probabilidad de ser perpetrador de actos de violencia y maltratar están:

- El temperamento inflexible y explosivo, de frustración fácil, con poca tolerancia al estrés y dificultad para regular las emociones.
- El elevado nivel de psicoticismo en su personalidad (frialdad, egocentrismo, irresponsabilidad, tendencia a conductas impulsivas, agresivas o de baja empatía).
- La impulsividad, los problemas de atención, la escasa inteligencia y el bajo progreso educativo, que pueden estar vinculados con deficiencias en las funciones ejecutivas del cerebro, ubicadas en los lóbulos frontales. Estas funciones incluyen; la, atención y concentración sostenidas, el razonamiento abstracto y la formación de conceptos, la fijación de metas, la previsión y planificación, la percepción y vigilancia efectivas del

propio comportamiento y las inhibiciones con respecto a comportamientos inapropiados o impulsivos.

- Las distorsiones cognitivas (como la tendencia a pensar de forma muy radical, sólo blanco o negro).
- La interiorización defectuosa de las reglas (a veces asociada al retraso en el desarrollo de las habilidades cognitivas necesarias en el procesamiento del lenguaje).
- El pobre desarrollo moral, anclándose en un razonamiento moral primitivo (identificación de la justicia con “hacer a los demás lo que te hacen a ti o crees que te hacen”), con tendencia a vengar toda ofensa real o supuesta.
- La falta de habilidades comunicacionales y expresivas para resolver los conflictos personales o sociales de una manera no violenta.
- El abuso de sustancias psicotrópicas.
- Los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido maltrato o abuso (físico, psíquico o sexual).

2). Nivel relacional (factores asociados con las relaciones interpersonales de los niños y adolescentes, con sus familias, amigos, compañeros, pareja), los compañeros, los miembros de la familia y la pareja (en la adolescencia) tienen el potencial de configurar el comportamiento del individuo y la gama de experiencias de éste.

-La influencia de las familias es, por lo general, mayor en este sentido durante la niñez. El comportamiento de los progenitores y el ambiente familiar durante la niñez son factores fundamentales en el desarrollo de conductas violentas y maltratantes en la adolescencia.

-La supervisión deficiente de los niños por los padres, el uso del castigo físico severo para disciplinar a los niños, las conductas antisociales de los padres, los conflictos entre los progenitores durante la infancia, la violencia intrafamiliar y el no cubrir las necesidades emocionales de los hijos (vínculos afectivos deficientes entre padres e hijos) son factores predictivos de la violencia y el maltrato durante la adolescencia. Existe la hipótesis de la bidireccionalidad de la violencia intrafamiliar: observada o experimentada directamente (violencia intraparental y violencia de padres hacia hijos) es un importante factor de riesgo en el desarrollo de violencia filioparental (el 80% de los menores que han sufrido u observado situaciones de violencia intrafamiliar han sido denunciados por agredir a sus padres).

-Durante la adolescencia, los amigos, los compañeros y la pareja tienen un efecto cada vez más importante. Las investigaciones revelan que los niños y adolescentes tienen más probabilidades de involucrarse en actos violentos cuando sus amigos promueven y

aprueban ese comportamiento. Asimismo, muchos niños y adolescentes que abusan presentan falta de relaciones sociales o insatisfacción de sus necesidades interpersonales.

3). Nivel comunitario (factores relacionados con las características de los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela y el barrio), la frecuente movilidad de residencia (cuando la familia no permanece durante mucho tiempo en una vivienda en particular, sino que se muda muchas veces), exceso de heterogeneidad comunitaria (población sumamente diversa, con una escasa o nula cohesión social que mantenga unidas a las comunidades), comunidades aquejadas por problemas, como el tráfico de drogas, el desempleo elevado, tasas altas de fracaso escolar o el aislamiento social generalizado (baja integración, las personas no conocen a sus vecinos o no tienen ninguna participación en las actividades locales), las zonas de pobreza o deterioro físico, o donde hay poco apoyo institucional, y una densidad de población alta son características que se ha asociado con la violencia en niños y adolescentes.

4). Nivel social (factores sociales más generales, valores y creencias de la cultura donde se desarrolla el individuo), la cultura, que se refleja en las normas y los valores hereditarios de la sociedad, contribuye a determinar cómo responden las personas a un ámbito cambiante. Los factores culturales que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra ésta y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos, pueden influir en el nivel de violencia presente en una sociedad y enseñar a los niños y adolescentes a adoptar normas y valores que favorecen el comportamiento violento. Un instrumento importante mediante el cual se difunde imágenes, normas y valores que instigan la violencia son los medios de comunicación. El acceso de los niños y los adolescentes a nuevos tipos de medios (videojuegos, internet) ha aumentado extraordinariamente en los últimos años, multiplicando las oportunidades de exposición a la violencia.

- Las normas culturales que apoyan la violencia como una manera aceptable de resolver conflictos.

- Los valores y creencias que refuerzan el dominio de la heterosexualidad y de los hombres sobre las mujeres, o de unas etnias sobre otras;

- La aceptación en la comunidad del “dinero fácil” y de “cualquier” medio adecuado para obtenerlo.

- El grado en que se cumplen las leyes existentes sobre la violencia y en que se proporcionan opciones no violentas para resolver los conflictos;
- Las políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales que mantienen niveles altos de desigualdad económica o social entre distintos grupos o que apoyan la persistencia crónica de conflictos.

El modelo anterior se encuentre explicado desde un enfoque sistémico, donde tanto familia y sociedad comparten responsabilidad con el agresor y aunque este modelo principalmente va enfocado al maltrato y violencia en general que comete el infante y adolescente se puede retomar múltiples factores que ayudan a predecir la conducta de un individuo cuando llegue a la etapa adulta, así como los indicadores, por ejemplo la mayoría de los agresores sexuales cometen delitos como robo y el consumo de sustancias esto a su vez nos advierte que son poblaciones con conductas antisociales y asociales y existe una mayor predisposición a violentar sexualmente.

1.9 Efectos

El abuso sexual o violación trae consigo diversas consecuencias desde leves hasta severas dependiendo de diversos factores como son; el apoyo del núcleo familiar, quien fue el agresor, la edad de la víctima, todo esto trae consigo cambios en la persona. Soria y Hernández (1994) mencionan el Modelo Descriptivo donde se abordan las fases de crisis siendo hasta ese entonces, el más utilizado en el estudio de la victimización. Se encuentra estructurado en tres fases que son:

- Fase de shock emocional o impacto. Su composición y duración varía desde unos minutos a horas. El nivel afectivo es la clave en la comprensión de esta fase. La afectividad se ve dominada por los sentimientos de vulnerabilidad, impotencia, aislamiento y bloqueo afectivo. A nivel cognitivo la persona es incapaz de pensar con claridad, la conmoción y la imposibilidad de aceptar lo sucedido dominan los pensamientos.
- Fase de reorganización o recuperación. Se caracteriza por la reevaluación cognitiva del suceso. La duración aproximada fluctúa entre semanas a meses. Durante este periodo la víctima trata de integrar el suceso dentro de sus esquemas personales, escala de valores, expectativas previas de comportamiento, percepción de si misma y del entorno, etcétera.

- Fase de readaptación o ajuste. El impacto del delito se resuelve mediante el establecimiento de unas defensas más efectivas, conductas más vigilantes y mediante una revisión de valores y actitudes que permiten un reajuste en la vida cotidiana.

Sin embargo lo antes dicho no ocurre de manera espontánea, ya que generalmente la mayoría de las víctimas quedan fijados en la primera fase, sino reciben el apoyo pertinente.

En Vidrio (1991) se establecieron cuatro fases psicológicas por las que atraviesa la víctima de violación, antes, durante y después del suceso.

1. Fase anticipatoria: Durante esta fase las víctimas utilizan diversos mecanismos de defensa como la negación. Los pensamientos que acuden a su mente son: “no puede ocurrirme”, “el no lo haría”.
2. Fase de impacto: Esta fase, que comienza cuando la víctima reconoce que va a ser violada y termina cuando la violación se comete, se caracteriza por el miedo a perder la vida más que a la agresión misma. En ocasiones este temor es tan grande que la víctima se paraliza.
3. Fase postraumática: Después del crimen las víctimas pueden manifestar dos estados emocionales, miedo y ansiedad por medio de llanto, sollozos e intranquilidad o control de sentimientos aparentando calma y sumisión. Esta última reacción hace que algunos médicos legistas resten importancia al hecho. En ambos casos, la mayoría de las víctimas se sienten culpables por su reacción en el momento de la agresión y desearían haber peleado más duro. Los sentimientos de dependencia se incrementan y las víctimas necesitan ser alentadas para emprender acciones concretas. Es común que se presenten problemas físicos, tales como tensión general, náusea, insomnio y traumas que están directamente relacionados con la violación.
4. Fase de reconstitución: Ocurre cuando la víctima acude al hospital o al centro de intervención en crisis, si recibe atención inmediata esta fase termina meses después, cuando el estrés de la violación ha sido asimilado; la experiencia ya tiene otro significado y el autoconcepto de la víctima se ha restaurado.

Ruano (2008) menciona las consecuencias más comunes en la víctima las cuales son:

- La despersonalización. El cual consiste básicamente en la inhibición de la respiración y el movimiento de la misma, así que todas las sensaciones que tiene la víctima las vive como algo aterrador, tratando de impedir toda percepción del exterior.
- Rechazo Corporal. Se refiere al corte de toda sensación corporal abandonando su cuerpo.
- Trastorno por Estrés Postraumático. Se desarrolla en respuesta a la exposición de un trauma psicológico o físico externo, pudiendo ser ocasionado a la amenaza de la propia vida o a la de un familiar cercano. Cabe mencionar que no todos los que están expuestos a situaciones estresantes lo desarrollan sin embargo cabe tomar en cuenta la sintomatología que presenta.
- Sexuales. En el momento en que una mujer sufre una violación se puede dar el trastorno orgásmico femenino que se caracteriza principalmente por la ausencia o retraso del orgasmo; otro de los problemas o trastornos que causa la violación es el vaginismo que se caracteriza por la contracción de la vagina impidiendo la penetración.
- Sociales: Adicciones y aislamiento. La mayoría de las veces la víctima busca el olvido de un episodio traumático, como lo es una violación o abuso sexual en el consumo de sustancias tóxicas por lo que este consumo suele ir acompañado de el aislamiento, que resulta ser una arma poderosa para cubrirse de la sociedad, de sus sentimientos y las sensaciones que no ha resuelto.

1.9.1 Efectos del abuso sexual infantil

De acuerdo con Marshall (2001) niños y adolescentes víctimas de abuso sexual suelen tener cierta propensión a sentimientos crónicos de ansiedad y miedo, depresión, ideación y comportamientos suicidas, e irritabilidad o sentimientos de ira, también pueden mostrar un comportamiento hipersexualizado. En el ámbito interpersonal pueden caracterizarse por falta o pérdida de habilidades sociales, la desconfianza, el miedo a la intimidad y por que suelen tener pocos amigos. De igual manera es probable que tengan dificultades en el área intelectual principalmente de concentración y atención. No hay que olvidar las consecuencias físicas como son, las lesiones en los genitales, infecciones o

enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y dolores de diversa índole.

La Traumagenic Dynamics Theory (Finkelhor y Brown, 1985) determina los posibles efectos del abuso sexual en un infante, dividiéndolo en cuatro áreas de impacto:

- La sexualización traumática se refiere a la influencia del abuso en el desarrollo sexual del niño (comportamiento sexual agresivo o exagerado, disfunciones sexuales y confusión sobre la propia identidad sexual).
- La sensación de traición, existe una pérdida de confianza en el adulto por la percepción que se tiene de esta figura que provee protección, lo que provocaría en el niño un comportamiento agresivo, retraimiento social y evitar cualquier tipo de contacto ya sea físico o afectivo.
- Estigmatización ocurre por la revelación de lo sucedido provocando en que el niño reaccione con incredulidad, repugnancia o rechazo; puede sentirse culpable o sucio dando como resultado un baja autoestima o el consumo de sustancias tóxicas.
- Impotencia se presenta cuando la víctima no se siente capaz de poner fin al abuso, este sentimiento puede causarle ansiedad, miedo, depresión, agresividad, comportamientos sexuales abusivos o ideación.
- Identificación del niño con el agresor.

1.9.2. Los efectos de las agresiones sexuales en adultos

De acuerdo a Marshall (2001) las víctimas adultas de violación o abuso sexual muestran una serie de síntomas como son: trastornos del sueño, miedo, depresión, ideación suicida, trastornos de alimentación, baja autoestima, disfunciones sexuales, problemas de pareja, dificultad para confiar en los demás, adicción al sexo y somatización. Vidrio (1991) comenta al respecto cambios en el estilo de vida, que pueden ir desde cambiar el número telefónico hasta de domicilio y de ciudad, también presentan diversas fobias a lugares abiertos o cerrados, dependiendo del sitio de la violación, a que alguien camine detrás, a la misma relación sexual, sobre todo si no se ha tenido experiencia coital. Existe un deseo de huir continuamente, sentimientos de culpa, pesadillas e intentos de suicidio.

CAPÍTULO II

El capítulo tiene la intención de dar a conocer el proceso que sigue la agresión sexual, desde como comienza, los tipos de agresores sexuales que existen, indicara a su vez el tipo de evaluaciones y tratamientos que se emplean con está población para su rehabilitación, mostrando los trastornos asociados y las parafilias que la mayoría de ellos tienen, utilizándolas como posibles justificaciones para cometer dicha conducta, para concluir se hablará de la prevención principalmente para evitar ser víctima.

2.1 Ciclo del abuso

Lane (1991) nos habla en lo que consiste el ciclo del abuso, para explicarlo utiliza el ejemplo de la violación a mujeres adultas, comienza con la etapa de prejuicios y estereotipos culturales que se tiene para esta población, de ahí comenta que es necesario tener un motivante que puede venir de experiencias de la niñez, o experiencias anteriores con las mujeres, sin embargo para que se cometa la agresión como tal es necesario un detonante (como una discusión con la pareja o el uso excesivo de pornografía); después se presentan las fantasías generalizadas y mas tarde puede que vea a una potencial víctima, con todos estos elementos puede elaborar una fantasía específica y comienza con la planificación o preparación del abuso preguntando por ejemplo a esa mujer si quiere salir con el, luego se dará permiso para el abuso , puede presentar sentimientos de culpa, miedo a ser sorprendido o sentirse satisfecho con su conducta y a su vez elaborar una nueva fantasía de violación que lo llevara nuevamente a repetir el hecho Citado en Noguero (2005).

De acuerdo a Manríquez y Hernández (2004) El acto de violación sexual involucra tres elementos:

- a) El victimario, que es una entidad biopsicosocial; autor de una conducta sexual violenta que atenta contra la integridad física y mental de otra persona.
- b) La víctima es la entidad biopsicosocial en quien recae la acción sexual violenta del victimario.
- c) La situación, que hace referencia a todas las situaciones del lugar y el momento en que se lleva a cabo la violación.

En base a esto las autoras concluyen que no existe un perfil que caracterice física o psicológicamente a las víctimas de violación sexual y dependiendo de la historia individual y social de estas personas, de las condiciones del ataque sexual que hayan

sufrido y del tipo de personalidad que tengan, será como se presenten las consecuencias post-violatorias, así como su restablecimiento psicológico.

Hablando desde el punto de vista de género Valladares (2002) propone un modelo explicativo de la violencia de género denominado triada violatoria, donde trata tres componentes, los receptores, los agresores y la situación; el primer componente se caracteriza por la exclusión social, el bajo poder social (indefensión o vulnerabilidad dependiendo de su género, edad y fuerza), también esta los déficits en habilidades de autoprotección, escape/evitación y falta de información sobre los derechos humanos; el segundo componente nos habla del poder social que tiene el agresor como es la autoridad sobre la víctima, las manifestaciones exageradas de roles sexuales, por último se encuentra el componente situacional es decir aquellos ambientes que resultan de riesgo como son, la disponibilidad de tiempo entre agresor y víctima, falta de apoyo externo o aquellos que se refieren al sitio donde uno se encuentra como lugares abiertos o cerrados y donde existen deficiencias de seguridad pública.

2.2. Agresor Sexual

De acuerdo con Noguero (2005) los agresores sexuales son personas que pueden sentir atracción, hacia la conducta sexual agresiva por la descarga que, en ese momento les alivia, pudiendo utilizarse como la expresión de sus sentimientos negativos como venganza, rabia o resentimiento; observándose en muchos de ellos como menciona la autora poca manifestación del sentido de riesgo que implica su conducta.

Dwyer y Cesnik (1991) proponen tres tipos de agresores sexuales:

1. Con personalidad psicopática: poseen algún grado de psicosis y no responden al tratamiento.
2. Con poco o ningún dominio de sus impulsos: pueden ser tratados como pacientes internos.
3. Con suficiente autocontrol: pueden ser tratados como pacientes externos Citado en Lomeli (2004).

2.2.1 Características y Diferencias Generales del agresor sexual

Como es bien sabido no hay un perfil único del agresor sexual lo que dificulta la intervención o tratamiento que se ajuste a ellos, sin embargo existe una serie de

características en común que pueden orientar al psicólogo a las necesidades de estas personas. De acuerdo a Castro y cols. (2009) se pueden encontrar una serie de características comunes que aparecen en un porcentaje importante dentro de los delincuentes sexuales. Por una parte, suelen ser sujetos que presentan comportamiento sexual poco adaptado como por ejemplo excitación o preferencia por estímulos sexuales desviados. Muestran un cierto deterioro de la capacidad para la actividad sexual recíproca y afectiva libremente consentida y pueden también experimentar algunas disfunciones sexuales como la impotencia. La inmadurez emocional suele ser común y se refleja en la falta de empatía hacia las demás personas. Asimismo, es posible que muestren problemas en el comportamiento social. No suelen disponer de estrategias ni de habilidades sociales adecuadas para la resolución de sus problemas por lo que tienden a reaccionar con respuestas de enfrentamiento desadaptadas: problemas laborales, dificultades en las relaciones, baja tolerancia a situaciones de frustración, entre otras.

Según el Anda (1991) casi todos los criminalistas concuerdan en que los factores que generalmente influyen en la gestación de conductas delictivas son una personalidad frecuentemente psicopática, un ambiente familiar desintegrado, condiciones de economía precaria, ausencia de oportunidades de superación y formas de aprendizaje delincencial en el entorno; por tales condiciones el individuo se siente confundido y en conflicto en el área de la sexualidad, por lo general son personas que aparentan ser normales, sin rasgos que permitan identificarlos y en la mayoría de los casos, se trata de conocidos, amigos o familiares de la víctima Citado en Hernández (2004).

Noguerol (2005) por su parte también nos menciona algunas características del agresor como es, la falta de honestidad, la minimización de delitos, suelen atribuir la culpa a otras personas, a la víctima o quizá a su pareja y es muy fácil que tengan recaídas en su conducta abusiva. Mientras Gómez (1998) después de haber estudiado un grupo de 80 agresores señala una serie de características en común son la existencia de mitos sobre relaciones sexuales coactivas, no asumen responsabilidad en sus relaciones sexuales ni en su propio delito, la existencia de un bajo control emocional y malas relaciones interpersonales.

De acuerdo a Castro y cols. (2009) se suelen establecer diferencias en cuanto a las estrategias empleadas para atraer a la víctima. Los agresores de mujeres adultas conocen a la víctima en un porcentaje menor que en el caso de los agresores de menores, recurren más a la fuerza y amenazas e intentan llevar a cabo la penetración. Es

posible que además aprovechen la agresión sexual para robarle a la víctima. Por el contrario, los ofensores de menores utilizan más el engaño, la seducción y se valen de su posición de superioridad para atraer a la víctima. Estos sujetos no suelen recurrir a la violencia física. Otra diferencia es que los abusadores de niños tienden a planear el delito sexual en un 73% de los casos, mientras que los agresores de mujeres adultas actúan con premeditación en un 28% de los casos. Por tanto, estos últimos acostumbran a cometer delitos sexuales en función de la oportunidad (58% de los agresores de mujeres); en los ofensores de menores esto sucede en un 19% de los casos.

El Center for Sex Offender Management (2007) exponen una serie de diferencias entre agresores adultos y adolescentes femeninos y masculinos:

- Historias de victimización sexual son excesivamente más común entre adultos y adolescentes delincuentes sexuales que el de las mujeres agresoras, y sus experiencias de maltrato suelen ser más larga, amplia y severa.
- Las mujeres adultas son más propensas que los hombres a cometer delitos sexuales con un compañero, como resultado de la coerción por parte del macho.
- Los delitos cometidos por adultos y adolescentes es más probable que ocurra en el contexto de los cuidados como el ser niñera o el hermano mayor.
- Las víctimas de las adolescentes tienden a ser niños de corta edad, a diferencias del varón, el cual su víctima tiende a ser de la misma edad
- Las adolescentes pueden abusar indistintamente de un menor mientras que el varón adolescente la mayoría de las veces comete el abuso hacia el sexo opuesto.

Al igual Ray y English (1995) compararon a chicas y chicos que fueron descritos como sexualmente agresivos. Los hallazgos indicaron que las chicas tendían a ser más jóvenes que los chicos y era menos probable que hubieran perpetrado actos de violación (La violación era definida como que involucraba la fuerza o no consentimiento y penetración vaginal, oral, o anal con el pene o un objeto). Aproximadamente el 94% de las chicas en la muestra habían sido víctimas de abuso sexual, comparadas con el 86% de los chicos. Un porcentaje mayor de chicas que de chicos (94% versus 86%) habían experimentado múltiples tipos de abuso, incluyendo el abuso sexual, el abuso físico, el abuso emocional, y/o el descuido. Todos los niños de la muestra de Ray y English (1995) evidenciaron una amplia gama de problemas de conducta mientras estaban bajo la custodia del estado. Las chicas era significativamente más probable que robaran y mostrarán ataques de mal genio que los chicos. También hubo evidencia de que las chicas era más probable que

fueran absentistas escolares. Las chicas parecían tener habilidades sociales más adecuadas y más empatía hacia sus víctimas, mientras los chicos tendían a ser más coercitivos y sofisticados en su ofensa sexual. El uso de la agresión sexual parecía ir escalando más en los chicos que en las chicas. Otra diferencia notable fue que aunque aproximadamente un tercio de todos los jóvenes estudiados fueron acusados legalmente de una ofensa, sólo dos chicas (en contraste con 93 chicos) fueron acusadas. El estudio también encontró que las chicas eran significativamente más probables que los chicos que recibieran evaluación y tratamiento por sus experiencias de ser abusadas Citado en Díaz (2003).

2.3 Agresores sexuales de Infantes

El agresor sexual de infantes es uno de los más preocupantes en la actualidad debido a los estragos físicos y psicológicos que causa en la víctima por lo cual es importante mencionar sus características, tipología y clasificación. Se ha observado que este tipo de abusador comparte ciertas características en común como son, los intereses sexuales desviados (conductas parafilias), la soledad emocional, altos niveles de distorsiones cognitivas (como: a él le gusta por esa razón me provoca o es una forma de darle mi amor), baja autoestima, el haber sido víctima de maltrato físico (también se engloba de tipo sexual y golpes) y un último factor es el haber tenido una madre castrante o muy seductora que le impide que se relaciones con gente adulta. González y cols. (2004) hace una breve revisión de los modelos teóricos que se han desarrollado en los últimos años para explicar el abuso sexual infantil dentro de los cuales se encuentran modelos unifactoriales y multifactoriales la autora hace énfasis en que ningún modelo resulta ser abarcador y más bien tendría que haber una interacción entre distintos factores. Entre los modelos unifactoriales se encuentra el psicoanalítico que proviene de la teoría de la seducción de Freud el cual relaciona la seducción sexual de un menor por parte de un adulto, generalmente el padre, con la histeria en la etapa adulta. En parte porque esta teoría sugería una alta prevalencia de abuso sexual infantil, Freud la reformuló como fantasías reprimidas y no satisfechas relacionadas con la sexualidad del menor. La teoría psicoanalítica ahora se centra más en las características del abusador, como dificultades en la conformación del self y en el proceso de separación-individuación. Después se encuentra el modelo feminista donde el abuso sexual es redefinido. No se pone el acento en la gratificación sexual del abusador sino en la gratificación por el abuso de poder que

ejerce. El abuso está causado por el desequilibrio de poder existente en la familia patriarcal tradicional. Este desequilibrio de poder lleva al hombre a dominar a la esposa y a los niños y a percibirlos como posesiones que puede usar según sus deseos. El modelo conductual se ha adaptado a la perspectiva del aprendizaje social para explicar el abuso sexual infantil. Los investigadores enfatizan la importancia de experiencias tempranas de condicionamiento. El ofensor frecuentemente recordaría sus experiencias sexuales iniciales y esa fantasía adquiriría propiedades sexuales de excitación. En el caso del modelo sistémico se trabaja el incesto que es visto como producto de un sistema familiar problemático, en el cual cada uno de los miembros de la familia ha contribuido potencialmente al abuso del menor. Una preocupación frecuentemente mencionada en relación a este modelo es la posibilidad de que la víctima y/o otros miembros familiares, como la madre, puedan ser culpabilizados por el abuso sexual. Por último dentro de este rubro se encuentra la teoría del apego específicamente el de tipo inseguro el cual predispone a necesidades de dominio de las relaciones.

Dentro de los Modelos multifactoriales se encuentra el Multisistémico el cual refiere que para la aparición del abuso sexual tendrían que conjugarse tanto factores socio-ambientales como variables culturales, factores de la familia de origen del abusador (Ej. experiencia de abuso, ausencia de ambiente de cuidado y afecto), factores psicológicos individuales (Ej. Baja autoestima, habilidades sociales inadecuadas y depresión) y factores del sistema familiar (Ej. la distorsión de roles). Otro modelo es el de las cuatro precondiciones, en el que la ocurrencia del abuso sexual va a depender de la motivación de abusar, ya sea por experiencias propias traumáticas o por incapacidad de relacionarse con otras personas adultas; un bloqueo de los inhibidores internos, esto es: conciencia, moral y autocontrol; bloqueo de los inhibidores externos como: el control social, la represión judicial, la acción de la familia y de la comunidad; y acceso a una persona menor vulnerable, ya sea por falta de información, por aislamiento o porque jamás se le reconocieron sus derechos. Se cree, también, que es imprescindible incluir en el análisis los modelos de socialización y género así como las pautas de crianza.

2.3.1. Tipología

Según Groth (1978) se puede hablar de dos tipologías distintas dentro de los agresores sexuales, el primero es el agresor fijado o exclusivo, donde la característica principal de estos sujetos es que en su orientación sexual primaria es hacia los niños, su interés

pedófilo comienza en la adolescencia, no hay un estrés precipitante, sus abusos son premeditados y planificados, y el agresor se identifica como mas próximo a la víctima y adapta su conducta al nivel evolutivo del niño además es persistente y compulsiva esta orientación sexual y mantiene muy poco o nulo contacto con parejas de su edad, el segundo es el agresor regresivo, en el cual su orientación sexual primaria es hacia parejas de su edad por lo que una situación precipitante de estrés lleva al contacto sexual con el niño, el interés puede aparecer en su vida adulta , la implicación suele ser mas episódica y conectada al estrés el abuso inicial puede ser impulsivo y no premeditado, el agresor sustituye las relaciones adultas conflictivas con la implicación con el niño o niña Citado en Noguero (2005).

2.3.2. Clasificación

Pedofílico o Pedófilo

En base al DSM-IV (2000) los criterios para el diagnostico de la pedofilia son:

1. Durante un período de al menos seis meses, experimentar fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que impliquen actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menores).
2. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
3. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos cinco años mayor que el niño o los niños del criterio A.

Nota: No debe incluirse a individuos en las últimas etapas de la adolescencia que se relacionan con personas de 12 o 13 años.

- Con atracción sexual por hembras
- Con atracción sexual por ambos sexos

Hay que especificar si:

- Se limita al incesto
- Es de tipo exclusivo (atracción solo por los niños) o de tipo no exclusivo.

De acuerdo con Cohen, Sghorn y Calmas (1969) distinguieron tres tipos de paidofílicos de acuerdo a lo que les motiva a cometer el delito; el primero es el inmaduro el cual es un individuo con inmadurez en sus relaciones sociales casi siempre conoce al víctima y para lograr su cometido establece inicialmente una etapa de cortejo, en donde mostrándose cautivador se gana la confianza del niño o chico, el segundo es el regresivo antes mencionado en la tipología donde a causa de un factor estresante el adulto busca el contacto sexual con el menor, el tercero es el agresivo siendo este el menos común, normalmente presenta dificultad para relacionarse con los demás y existe una profunda enemistad contra las mujeres y lo usual es que acometa contra su víctima y cause serios maltratos Citado en Masters y cols (1987).

Glasser (1990) desde el enfoque psicoanalítico describe dos tipos de paidofílicos los cuales comparten características muy parecidas con los mencionados por Cohen, Sghorn y Calmas pero usando terminología diferente pero es importante tomarlos en cuenta para un mejor entendimiento del investigador. El primer tipo se llama invariante (primario) y es aquel individuo que siempre ha estado en contacto con los niños sin ningún interés por los adultos, posee una personalidad rígida con un campo limitado de intereses y actividades, lo cual lo lleva a menudo a una existencia solitaria y estéril, tampoco presenta sentimientos de culpa o vergüenza por sus actividades paidofílicas. El segundo es el tipo psiconeurótico (secundario), el cual se presenta como un individuo con relaciones sexuales con adultos, normalmente heterosexuales, si bien aparecen diversos trastornos en el curso de éstas, como impotencia ocasional, cierto grado de apatía sexual y algún tipo de tensión o conflicto con sus parejas, todos síntomas de índole neurótico (conflictividad intrapsíquica). Tras el acto el tipo secundario, muestra fuertes sentimientos de culpa y vergüenza, sin embargo una exploración de este tipo, proporciona que las vivencias e impulsos paidofílicos son un hecho persistente a lo largo de sus vidas y que subyacen bajo una aparente adaptación sexual y socioemocional. Por último el autor refiere que ambos tipos de paidofilia presentan una característica en común cual es un sentimiento de profundo temor y rechazo hacia la sexualidad adulta normal Citado en Vázquez (1998).

Pederasta

La pederastia se conoce como el intercambio sexual entre varones (Warren, 1977), y pederasta según Luna (2004) es la gratificación sexual del contacto con un infante

masculino, que implica primordialmente prácticas homosexuales y comportamientos afectivos y amorosos entre un adulto y un menor varón. También se le llama sodomía y existen ciertas características en común con el pedófilo como es el alcanzar la satisfacción o contacto de tipo sexual más que la imposición de la fuerza o el uso del poder también se caracterizan ambos por la fabricación de material obsceno como películas, videos y fotos, esto a su vez permiten seducir a sus víctimas y ofrecen un medio para chantajear a los niños con el objeto de guardar el secreto y lo único que los diferencia es que uno siente atracción por los niños varones y el pedófilo por ambos.

Padre incestuoso

Según Vidrio (1991) las características del padre incestuoso no corresponden a un rasgo específico, ya que generalmente algunos estudios informan que este padre es alcohólico, con conductas antisociales o personalidad inadecuada., rara vez se afirma que son psicóticos. En la mayoría de los casos se trata de hombres casados, tratan a su hija como si fuera su esposa y son muy dominantes, en general este tipo de ofensores de acuerdo con la autora han sufrido algún tipo de abuso físico o sexual cuando niños, se odian así mismos, no tienen confianza en sus posibilidades, inhiben la relación sexual con personas de su edad y tienen pánico después de varias relaciones con la víctima, por lo que frecuentemente la obligan a prometer que no los acusará. El incesto se da cuando el individuo ha perdido el trabajo, tiene problemas conyugales, lo que nos habla de que no cuenta con buenas herramientas de afrontamiento para solucionar sus problemas.

De acuerdo con Vázquez (1998) el padre incestuoso es un hombre de entre treinta hasta algo más de cuarenta años en el inicio de la relación abusiva, con una inteligencia normal. Según la autora el inicio en que este padre agrede suele coincidir con la etapa prepuberal de la niña (8-12 años). También menciona que en muchos de los padres aparece una historia de privación emocional o económica, con pobres relaciones parentales durante la infancia; una historia de incesto previo, bien como víctima directa o más a menudo como testigo, en base a lo anterior se podría decir que existe un problema de transferencia generacional.

2.4 Agresores sexuales de mujeres

Según Ramos y cols (2001) en México la violencia sexual es frecuentemente perpetrada por un varón en el que la mujer confía como es el tío, el padre o una autoridad. De acuerdo a Sánchez (2000) los delincuentes sexuales manifiestan frecuentemente las características y actitudes asociadas al abuso de poder, abuso de autoridad en la familia, doble moral, promiscuidad y degradación de las mujeres. Soria y Hernández (1994) refieren que en estos sujetos existen diversos mitos o distorsiones sobre las mujeres como son, que las mujeres son seductoras y que los provocan, que dicen no cuando quieren decir sí, que se relajan y disfrutan el coito forzado y que las buenas chicas no son violadas, por eso las víctimas algo malo debieron haber hecho.

2.4.1 Clasificación y tipología

Cohen y cols (1971) hablaba de cuatro tipos de violadores, el primero no presenta una excitación sexual inicial ya que la función inicial es el de humillar, a este tipo de violador se le denomina de agresión desplazada, la violación tiene el sentido de agraviar a la víctima por lo que pueden demandar a estas actividades como el sexo oral o masturbación, la mayoría de estos agresores suelen tener antecedentes de irritación y violencia principalmente con las mujeres. Un segundo tipo es el que está motivado por demostrar a su víctima su habilidad sexual como una compensación de una baja autoestima, introversión o pasividad, son además sujetos con fantasías centradas en imágenes complacientes a sus deseos sexuales sin embargo es importante recalcar que si la víctima lo rechaza no suelen usar excesiva violencia y huyen. El tercer tipo es violador sexual agresivo en el cual existe una relación o asociación entre su actividad sexual con la violencia y provocación de miedo, por tanto se excita cuando inflige daño, tiene ideas erróneas sobre las mujeres como es el creer que disfrutan ser dominadas por un hombre y que cuanto más se resisten más lo desean. El cuarto y último tipo es el violador impulsivo que se acompaña de otros actos delictivos como el robo y solo en determinada situación comete la violación, es decir cuando se le presenta la oportunidad Citado en Noguero (2005) y Soria, Hernández (1994).

Por otro lado Masters, Johnson y Kolondy (1987) dividen al agresor sexual de acuerdo al grado de agresión que estos demuestran:

- El violador por coerción el cual trata de intimidar a su víctima mediante, el uso de armas, fuerza física o amenazas de daños corporales, presenta dificultad para desarrollarse interpersonalmente y baja autoestima.
- 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.
- 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 Citado en Robles (1998)

Una clasificación mas es la realizada por Gobbard (1965) que se basa en las características psicosociales de los individuos: el primero consiste en hombres con defectos en el proceso del intelecto y los que se hayan intoxicado en el alcohol y otras drogas, segundo refiere aquellos hombres con problemas de aprendizaje o de interacción social; tercero hombres con trastornos de la personalidad, un cuarto tipo son aquellos hombres con modelos de conducta desviada o neurosis y un ultimo tipo son hombres funcionales y sanos Citado en Robles (1991)

Dentro de los agresores a mujeres se encuentra el hostigador sexual, En cuanto al perfil del acosador, que de acuerdo con Sosa (1990) lo define como un hombre de más de cuarenta años, casado, con hijos y una situación familiar rutinaria. Para él, su esposa ha perdido el encanto. Su categoría laboral es superior a la de la acosada y su nivel cultural tiende a ser medio o medio-bajo. Recurre a la aventura para demostrarse a sí mismo y a los demás que todavía es joven. El hostigamiento sexual en síntesis, tiene las mismas características que el acoso sexual; es decir, existen propuestas sexuales y solicitud de favores sexuales, que no son deseadas por quien generalmente las recibe solo que el hostigamiento sexual esta dentro de un marco de ventaja-desventaja jerárquica. Walker y cols. (1993), piensan que los hostigadores en especial, se sirven para sus actividades, del manejo de un modelo actual de autoritarismo. Creen que la elevación en la modernidad del estatus de la mujer, genera en el hombre en general, desconfianza y amenaza. Y si aunamos esto a la ideología sexista y tradicional, con matices violentos hacia la mujer, nos encontramos con que es muy fácil que algunos hombres desarrollen tendencia a hostigar para poder reforzar 'su superioridad' ante la mujer. Cabe subrayar aquí, que esta reacción no necesariamente es consciente, de hecho rara vez lo es. Bargh, y cols. (1995), señalan que en el hostigador sexual se establece poco a poco un proceso automático de asociación entre los conceptos de poder y sexo. Tal proceso,

dado que es automático, elimina la concientización de la conducta sexual agresiva; y tan falta de conciencia o automático es, que muchas veces para estos hombres, solamente las mujeres que les sean subordinadas les serán atractivas, pues se sitúa una necesidad de autoafirmación social de sentirse más poderoso que la mujer Citado en Cornejo (2004) Como se puede observar el perfil de un hostigador sexual no es muy preciso pero existen ciertas características psicológicas como es la búsqueda de ejercer poder sobre otra persona, en busca del reconocimiento de su masculinidad, lo que nos habla de un sujeto con baja autoestima, escasas habilidades para relacionarse con las mujeres o simplemente el medio social en el que se desenvuelve, se minimiza a la mujer y se percibe como un objeto de uso y desuso.

2.5 Agresoras sexuales

Noguerol (2005) habla de que en la década de los noventa apenas se considero la posibilidad de que existieran mujeres agresoras sexuales, sin embargo una de las causas de que existan en menor grado que el varón, se debe a que la mujer, esta más dispuesta a interiorizar estas experiencias traumáticas como la ansiedad o depresión por ejemplo. Así mismo la autora habla sobre las posibles causas que llevan a una mujer a que cometa agresión/violencia sexual mencionando la soledad emocional, la ausencia del padre, al igual este tipo de mujeres presentan necesidades infantiles extremas de dependencia, una relación matrimonial vacía o ausente de emocionalidad y actitudes posesivas y sobreprotectoras hacia sus víctimas.

Por su parte el Center for Sex Offender Management (2007) realiza una investigación de ofensoras sexuales adultas y adolescentes y nos proporciona una serie de características con las que cuenta este tipo de agresor:

- Historias de maltrato en la infancia, incluida la victimización sexual
- Síntomas mentales de salud, trastornos de la personalidad y los problemas de abuso de sustancias
- Dificultades en las relaciones íntimas, o la ausencia de relaciones íntimas;
- Una tendencia a victimizar a los niños y adolescentes principalmente (en raras ocasiones los adultos)
- Una mayor probabilidad de cometer delitos sexuales con una pareja masculina.

Por supuesto que no todas estas características, se aplican a todas las mujeres sexualmente abusivas, y hay características adicionales. En el caso de las adolescentes los investigadores han puesto de manifiesto las siguientes características comunes:

- Alta prevalencia de victimización sexual;
- La inestabilidad y la disfunción en la familia y el hogar;
- Existencia de trastornos psiquiátricos, incluyendo el estrés postraumático
- Orientación de las víctimas de ambos sexos
- Actúan solas, a menudo en actividades de cuidado.

Sobre la base de la literatura disponible actual, parece que muchas de las características de los adolescentes delincuentes sexuales son similares a los de los adultos. En términos de investigación tipológica, sólo un estudio publicado ha ofrecido una diferenciación entre los subgrupos de las adolescentes que han cometido delitos sexuales. Los siguientes tres subtipos preliminares fueron identificados a partir de la muestra de 67 adolescentes:

- Los que participan en un número limitado de incidentes contra un niño no relacionados dentro del contexto del cuidado de niños. Eran relativamente inexpertos, ingenuos y un poco temerosos con respecto a cuestiones sexuales, y sus comportamientos infractores que parecía ser motivada principalmente por la experimentación o la curiosidad. Las historias de maltrato, disfunción familiar y las dificultades psicológicas fueron bastante limitadas dentro de este subtipo.
- Las niñas que parecían tener una vida sexual reactiva, en general, abusando de los niños más pequeños de una manera que refleja su propia victimización. Aunque algunos en este subtipo manifestó las dificultades emocionales, psicológicas y otras, estos temas por lo general no fueron graves, y muchos de estos jóvenes tienen adecuadas habilidades sociales y otros puntos fuertes de la personalidad.
- Las adolescentes que cometieron más abusos de tipo sexual y reincidieron manifiestan niveles mucho mayores de perturbación emocional y psicosexual. Muchas de ellas habían experimentado un trauma considerable desarrollo, incluida la victimización sexual a menudo comienza en una edad temprana, lo que probablemente contribuyó a su grandes dificultades con el ajuste y la estabilidad.

Según Díaz (2003) antes de 1986, las referencias en la literatura profesional para las ofensoras sexuales femeninas eran pocas y limitadas. Desde entonces, algunas referencias han aparecido, pero los estudios de investigación continúan siendo escasos, y los estudios de chicas adolescentes que abusan sexualmente son relativamente raros.

La incidencia de la ofensa sexual puede ser subestimada para las jóvenes más que para los varones, quizás a causa de la resistencia de la sociedad (e incluso una resistencia entre los profesionales) para reconocer que las chicas son capaces de cometer tales ofensas. Entre las características de las ofensoras femeninas adolescentes que cita el autor de diversas investigaciones encontraron que la mayoría de las jóvenes victimizaron sexualmente a niños pequeños y lo hicieron mientras estaban cuidando de ellos como ya anteriormente se había mencionado. Sugiere que esta conducta se debe a factores tales como, la depresión, ideación suicida, ansiedad, pobre auto-concepto, y victimización sexual en la infancia. El autor cita diversas investigaciones en las que encontraron que la mayoría de las chicas que victimizaron a otro, informaron una historia de experiencias de victimización sexual, incluyendo lo siguiente:

- Todas habían sido sexualmente abusadas por más de un ofensor, el número de ofensores variaba de dos a siete.
- La experiencia de la victimización comenzó a edades tempranas, variando de 1 a 8 años; la edad media era de 4,5 años.
- Todas las chicas informaron ser sexualmente abusadas por un varón; el 60% también informó ser abusada por una mujer.
- El 90% de las chicas informó penetración real o intento de penetración vaginal, el 60% informó intento de penetración o penetración anal real, el 70% informó tener sexo oral efectuado en ellas, y todas informaron ser acariciadas.
- El 90% informó que se utilizó la fuerza en sus experiencias de victimización sexual, aunque el 80% informó que experimentaron alguna excitación sexual durante al menos una de sus experiencias como víctima.

Respecto a la conducta de su ofensa sexual, estas chicas informaron que, ellas típicamente victimizaron a niños más jóvenes; las edades de la víctima oscilaban de 1 a 13 años, con una edad media de 5,5 años, sus víctimas lo más frecuentemente eran extraños (39,4%); otras víctimas eran hermanos (30,3%), otras parientes (18,2%), y conocidos (12,1%), tenían fantasías acerca de la conducta sexual desviada (en el 89% de los casos). Otro dato importante que menciona el autor son los diagnósticos psiquiátricos que se asocian a la agresión sexual cometidos por estas jóvenes como son, trastornos de la conducta, trastorno de oposición desafiante, depresión mayor, trastorno del estrés postraumático, trastorno de ajuste, y dependencia química. La mayoría (83%) habían recibido servicios previos de salud mental, el 33% tenía historias de auto-mutilación, y el 58% había intentado el suicidio. Los problemas de control de la rabia fueron descritos

como comunes (67%), como lo fueron la autoestima baja (100%). Las relaciones con compañeros eran muy tensas; el 75% de las chicas descritas fueron descritas como significativamente aisladas socialmente, lo cual posiblemente está relacionado con la alta tasa de conducta agresiva hacia los compañeros (67%), un número significativo (58%) eran descritas como sexualmente promiscuas, habiendo tenido muchas relaciones sexuales con hombres más mayores, sus familias eran descritas como disfuncionales o caóticas.

2.5.1 Clasificación

Mathews, propuso una clasificación según el tipo de abuso perpetrado por una mujer:

- 1) Maestra -amante: no considera abusivo su comportamiento y, estima a la víctima apta para el acto sexual, tratándose en general de adolescentes varones.
- 2) Predispuesta intergeneracional: abusa de niños de la propia familia, habiendo sido en general abusada sexualmente durante su infancia; actúa sola y dirige la situación y las acciones para abusar de la víctima que generalmente es menor de 6 años.
- 3) Coercionada por un varón: pasivas, dependientes y sometidas por un hombre (generalmente con problemas de droga y alcohol), ante el temor al maltrato y/o el abandono aceptan participar en la conducta abusiva sobre menores, operando también ante la amenaza de que las víctimas sean lastimadas o golpeadas, las víctimas en su mayoría son sus propios hijos y son mujeres sumamente dependientes a los varones, son retraídas y no se sienten merecedoras de amor. Citado en Miotto (2009).

En Mendoza (2001) se cita un cuarto tipo, denominado enojada impulsiva el cual consiste en cometer el abuso como el nombre lo dice de manera impulsiva y agresiva, de manera individual hacia un adulto hombre cabe mencionar que este tipo de agresora es poco frecuente.

2.6 Agresores sexuales infantiles y adolescentes

El agresor sexual infantil o adolescente, es un problema que ha ido en aumento no solo en el país sino a nivel mundial, a lo que Ruiz (2009) refiere que la dimensión de prevalencia del maltrato entre iguales, es similar, según la mayoría de los estudios, en diferentes países, independientemente de su cultura y sistema educativo. En edades escolares, el porcentaje de menores involucrados en episodios de bullying, como

agresores exclusivos, se sitúa en torno al 7-8% y, como agresores/víctimas, alrededor del 1-1,5%. El fenómeno suele comenzar a los 6-7 años, aumenta a los 8-14 años (3% de los adolescentes inician o dirigen la situación de acoso y otro 8% participan en la agresión) y disminuye en la adolescencia media y tardía. Los hombres tienden a maltratar más que las mujeres, pero las mujeres también lo hacen. Las mujeres usan más la agresión relacional y los hombres la agresión física. Los niños más pequeños, con independencia de su género, usan más la violencia física y, en la medida que van creciendo, usan más la violencia relacional. El 60% de los menores que acosan en el colegio cometen algún delito antes de los 24 años (perpetúan la violencia y la trasladan al ámbito laboral, familiar o vecinal). La prevalencia de violencia física y sexual en las relaciones románticas durante los años de enseñanza secundaria ha sido el objetivo de investigaciones recientes variando significativamente, según los estudios, en un rango que va del 9 al 46% de los adolescentes. En Estados Unidos y en México, se calcula que aproximadamente, el 21% de la población adolescente con relaciones de noviazgo ejercen violencia hacia su pareja (ejercen violencia leve-moderada el 20% y violencia grave el 1%). El abuso sexual a otros menores, conceptualmente se trata de cualquier forma de interacción entre dos menores en los que uno (agresor sexual), siendo significativamente mayor en edad o estando en posición de poder o control sobre otro (víctima), utiliza a éste para estimularse sexualmente sin consentimiento. El autor también trata la violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes, y se ha percatado que aquellos jóvenes han sido socializados en un contexto cultural donde se reproducen las ideas con estructuras de dominación masculinas, ideas y valores que orientan sus relaciones afectivas, sexuales o de pareja, no escapan de este tipo de violencia que refleja la asimetría existente en las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

De acuerdo con Noguero (2005) habla de que el comportamiento sexual abusivo en niños y adolescentes puede venir provocado, entre otros, por una sexualización traumática en la que hayan experimentado impotencia y en la que haya existido estigmatización; puede haber sido víctima de violencia o testigo de la violencia en su familia, haber sufrido rechazo o tener vínculos emocionales disfuncionales.

Por su parte Aragonés (1998), que realizó un estudio de noventa expedientes de adolescentes agresores sexuales en el Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña, nombra varias características del agresor sexual adolescente como son:

- Dificultad para el autocontrol de sus impulsos que forma parte de su repertorio habitual de características conductuales.

- Bajo autoconcepto de sí mismo y pobre autoestima.
- Baja tolerancia a la frustración, baja capacidad para soportar la demora.
- Existencia de cogniciones que reflejan menosprecio de la figura femenina.
- Existencia de un retraso general en el desarrollo madurativo, en referencia a su edad cronológica.
- Carencias afectivas por parte del núcleo familiar.
- Altamente influenciado por la presión de la opinión del grupo de iguales.
- Sus relaciones con los demás se suelen caracterizar por altos rasgos de agresividad física o verbal.
- Las reacciones de los agresores sexuales adolescentes posteriores al delito suelen caracterizarse por: una ausencia de toma de responsabilidad, una carencia de sentimiento de culpa, una tendencia a la negación de los hechos y a pesar de ello, un cierto grado de ansiedad respecto al sistema judicial.
- En el ámbito escolar es un adolescente con significativas dificultades para el aprendizaje.

Por un lado Lassus (2009) menciona que en base a su experiencia práctica las conductas abusivas de un niño hacia otro, no son otra cosa que la reproducción de conductas en forma reactiva; lo que por otra parte sólo le permite una descarga de energía y nada más. Esa descarga reactiva no tiene ningún punto de vista placentero para el niño; está inserta, enclavada, en un contexto de secreto y de silencio impuestos; amenazas hasta de muerte; de mensajes contradictorios (antes, regalos, premios, caricias, por las mismas razones que ahora es amenazado); a veces de dolor físico genital y una gran confusión. Técnicamente dice que no se puede considerar un abuso porque:

- 1-No está la intención consciente de someter sexualmente a otro
- 2-Tampoco la de tener y/o sentir poder sobre el otro
- 3-Ni la de gozar con esa acción
- 4- No existe la planificación premeditada del suceso.

Es decir, no se hacen presentes los rasgos característicos del abuso cometido por un adulto. Sólo aparece una descarga espontánea que ni siquiera puede explicar. Esto se debe a que no tiene el desarrollo del pensamiento, ni de la conciencia; ni la madurez emocional, ni la neurológica; ni la capacidad de discriminar, ni de resolver situaciones conflictivas adecuadamente. La autora refiere con cautela que obviamente esto no se

puede generalizar pero sería importante, primeramente que el niño no este siendo víctima de abuso sexual.

Por su parte Díaz (2003) menciona un estudio de 127 niños de edades entre 6-12 años que habían evidenciado problemas de la conducta sexual, en el cual identificaron cinco subtipos: sexualmente agresivos, no sintomáticos, altamente traumatizados, reactivo abusivo, y rompedor de las normas.

- Los niños sexualmente agresivos tendían a tener las tasas más altas de diagnósticos de trastorno de la conducta. Era más probable que penetrarán a sus víctimas y menos a menudo eran víctimas ellos mismos de abuso sexual o físico.

- Los niños no sintomáticos estaban, como el nombre que la clasificación implica, dentro de la gama normal en las medidas de la mayoría de las pruebas. Ellos típicamente no tenían diagnósticos psiquiátricos, evidenciaron bajos niveles de agresión en sus conductas sexuales, y tuvieron muy pocas víctimas. Estos niños eran algunos de los que probablemente tienen en su familia extensa, personas que han perpetrado abuso sexual.

- Tanto los niños altamente traumatizados como niños reactivos al abuso estaban típicamente entre los más jóvenes y tenían un número promedio más alto de víctimas. Estos dos grupos de niños también habían sido victimizados por un mayor número de perpetradores de abuso sexual y físico.

- Los niños altamente traumatizados tenían la incidencia más alta de diagnósticos psiquiátricos y trastorno por estrés postraumático. Sus padres más probablemente que otros padres informan sentirse menos apegados a sus hijos.

- Los niños reactivos al abuso tenían el periodo de tiempo más corto entre sus propias experiencias de victimización personal y el comienzo de su abuso contra otros. Ellos experimentaron un alto nivel de maltrato y tenían un alto número de perpetradores de abuso sexual. Este grupo tenía una alta incidencia de diagnósticos psiquiátricos y la incidencia más alta de trastorno desafiante oposicional. Ocasionalmente utilizaron la agresión durante sus ofensas.

- El grupo de rompedores de normas incluían un número más alto de chicas y tenían una diferencia de tiempo mayor entre sus propias experiencias de victimización y el comienzo de su abuso contra otros. Estos niños/as tenían los niveles más altos de conductas sexualizadas y agresivas y también era más probable que externalizaran de formas no sexuales. Tenían el número más alto de abusadores sexuales dentro de sus familias extensas. Entro los cinco subtipos, se encontraron que ciertos factores están asociados con el número de víctimas abusadas por estos niños. Los niños que ellos mismos habían

sido abusados por más perpetradores y los niños que tenían los apegos deteriorados con sus padres tenían el mayor número de víctimas.

2.6.1 Clasificación

Berliner y cols (1986) desarrollaron un sistema de clasificación de las conductas problemáticas sexuales en los niños y que define tres niveles de perturbación: inapropiado, el comportamiento sexual coercitivo y precoz; el comportamiento sexual precoz implica comportamientos tales como el contacto oral o el coito entre pre-adolescentes con ninguna evidencia de la fuerza o la coerción, este comportamiento puede ser temporal y se puede dejar después de una mayor supervisión o intervención terapéutica, un segundo tipo de comportamiento sexual es el inapropiado que incluye persistentemente la masturbación pública, excesivo interés o preocupación por los asuntos sexuales y una conducta sexualizada, estos niños pueden estar en el incipiente proceso de desarrollar un patrón de excitación sexual desviada la intervención para estos niños va a depender de la frecuencia, persistencia, y las consecuencias de la conducta. Por ultimo esta el comportamiento sexual coercitivo que se refiere a actos sexuales en los que se utiliza la fuerza o amenaza, o cuando el comportamiento sexual puede estar más enfocado a la ira y la hostilidad que una búsqueda de gratificación, estos niños con conductas sexuales coercitivas necesitan de una intervención inmediata. Cabe tomar en cuenta que estos niños deben tener una nueva evaluación para determinar la necesidad y el nivel de intervención apropiada Citado en Myers (2002).

Otra clasificación es la realizada por Johnson (1991) el cual dividió cuatro grupos de infantes: exploración sexual normal, sexualmente reactivo, conductas sexuales extensivas mutuas y perpetradores infantiles.

Los factores que distinguen a estos grupos son los siguientes:

- La exploración sexual normal es un “proceso de recogida de información” que involucra a los niños que observan y tocan los cuerpos de los otros y prueban los roles de género. El juego sexual es voluntario y típicamente involucra a niños de la misma edad. Usualmente es espontáneo y alegre.
- Los niños sexualmente reactivos han sido sexualmente abusados, han estado expuestos a la pornografía, y/o viven en grupos familiares altamente sexualizados. Las conductas de estos niños incluyen exposición, toque de genitales de otros niños o adultos, auto-

estimulación de los genitales o inserción de objetos, etc. Las emociones asociadas con estas conductas pueden reflejar confusión y vergüenza.

- Los niños del grupo de conducta sexual mutua extensa, participan en conductas sexuales extensas sobre una base continua, incluyendo el sexo oral, el coito vaginal y coito anal. No parecen experimentar ansiedad, culpa, vergüenza, o confusión, y evidencian poco deseo de detenerse. La actividad sexual es mutua; no hay ofensor o víctima. La mayoría de estos niños han sido previamente abusados. Algunas veces su conducta sexual parece como una estrategia de afrontamiento en familias muy caóticas, disfuncionales, y/o sexualmente abusivas. Algunos de estos niños han sido situados en múltiples hogares de acogida y parecen aferrarse el uno al otro de esta forma sexual para apaciguar sus sentimientos de miedo y soledad.

- El grupo perpetrador infantil incluye a niños que se comprometen en una conducta sexual impulsiva, compulsiva, y agresiva. Las conductas sexuales no son mutuas e involucran coerción, argucias, soborno y fuerza. Los niños de este grupo a menudo asocian los sentimientos de rabia y agresión (y algunas veces furia) con el sexo. Otros sentimientos asociados con el sexo incluyen miedo, soledad, o abandono. Estos niños típicamente han estado expuestos a altos niveles de violencia sexual (incluyendo el incesto), promiscuidad, pornografía, y relaciones sexualizadas Citado en Díaz (2003).

2.7 Evaluación y Tratamiento

El siguiente apartado mostrará las diversas técnicas y herramientas que existen para evaluar y tratar a un agresor sexual, y cuales son los programas empleados para esta población.

2.7.1 Evaluación

Antes de comenzar a tratar en lo que consiste la evaluación del agresor sexual Sánchez (2000) comenta que hay que tener en presentes diversos factores que pudieran intervenir en un buen o mal diagnostico. El primero de ellos es tomar en cuenta que algunos agresores, falsificarán o distorsionarán la información relevante, segundo una evaluación psicológica adecuada requiere dedicación y tiempo, por lo que se debe intentar realizar una evaluación lo mas exhaustiva posible con múltiples técnicas ya que hay que tomar en cuenta que una evaluación precipitada y negligente puede ser mas engañosa y perjudicial

que la no evaluación; ya que esta tiene como fin aclarar aspectos como son el comportamiento sexual, es decir preferencias sexuales desviadas, funcionamiento sexual, funcionamiento social, evaluando habilidades sociales, asertividad, ansiedad social, ajuste y distorsiones cognitivas.

De acuerdo a Lomeli (2004) la palabra evaluación hace referencia a una estimación del valor o mérito de un objeto o de una persona. En este caso, los especialistas buscan la manera de evitar que el agresor reincida en su comportamiento, por lo tanto, la evaluación deberá enfocarse en tratar de identificar aquellos aspectos de la personalidad del individuo que promuevan una mejor adaptación a la sociedad y que consoliden una forma de ser menos agresiva. El proceso general de evaluación consiste en tres pasos esenciales: recopilar información; integrar e interpretar los datos obtenidos; y finalmente emitir una opinión objetiva que ayude u oriente en la toma de decisiones para el tratamiento. Idealmente, este proceso debe ser realizado por todos los especialistas que entran en contacto con el agresor. Sin embargo, el desarrollo de estos tres pasos no es idéntico para cada uno de ellos. Esto se debe a que las fuentes de recopilación de la información no son siempre las mismas, debido en gran medida al ambiente en el que se practica la evaluación, sobre todo en las instituciones de salud gubernamentales. Pocos médicos cuentan con el tiempo suficiente para entrevistar a profundidad al agresor, o para reunir más datos por medio de los familiares o documentos históricos.

Por otro lado, la evaluación puede llevarse a cabo a distintos niveles clínicos (Bernstein y Nietzel, 1988):

- Somático
- Físico
- Demográfico
- Conductual manifiesto
- Cognitivo/intelectual
- Ambiental

La mayoría de las entrevistas realizadas en unas cuantas visitas, sobre todo en los hospitales, abarcan principalmente los tres primeros niveles de evaluación. El comportamiento manifiesto, aunque es abordado, no lo es con la suficiente profundidad como para proporcionar datos que permitan al especialista una mayor comprensión del caso. Los aspectos cognitivos y ambientales son mejor evaluados cuando son efectuados por médicos con especialidades psiquiátricas, psicoterapéuticas, o con la experiencia

suficiente para realizar un buen examen mental, de lo contrario son ignorados, subestimados o sobrevalorados. Asimismo, la aversión que genera el lidiar con los agresores sexuales constituye un obstáculo más que puede entorpecer el proceso de evaluación.

De igual forma, la evaluación que se realice buscará cubrir tres metas principales: la clasificación, la descripción y la predicción.

1) Clasificación: está en función del marco conceptual que el especialista utiliza (DSM-IV, CIE-10, entre otros). A pesar de la negativa de algunos grupos a diagnosticar o “etiquetar” la conducta humana, se considera que la clasificación resulta útil en el ámbito clínico, ya que le proporcionará al especialista un marco de referencia en el cual sustentar su tratamiento. Es innegable el daño que un estigma diagnóstico puede causar en algunos pacientes, sin embargo, el agresor sexual debe tomar conciencia de que su conducta es peligrosa y dañina para otras personas. El conocimiento genera conciencia, ingrediente necesario en cualquier tipo de tratamiento psicoterapéutico. Esto se refiere, a evitar la utilización de la nomenclatura psiquiátrica del trastorno, la cual resulta de poca utilidad para el paciente, y sí, como lo establece el código ético del psicólogo, a proporcionar una explicación sobre la naturaleza y resultados de las pruebas, junto con el diagnóstico, en un lenguaje comprensible.

2) Descripción: el mero establecimiento de un diagnóstico psiquiátrico resulta incompleto cuando se quiere comprender mejor a un agresor sexual. Aunque la manifestación de la violencia sexual pueda tener comportamientos comunes, la motivación que se encuentra detrás suele ser diferente para cada individuo. Cuando un especialista hace una evaluación, su experiencia y juicio clínico se ponen a prueba, no sólo para establecer una categoría diagnóstica, sino para demostrar la comprensión que tiene de la persona a la que está tratando. Clasificar a un agresor como psicótico en poco contribuye al tratamiento, si no agrega una descripción de cómo es que sus factores de personalidad interactúan con el medio en el que se desenvuelve. Dentro de la evaluación psicológica, y del reporte que de ella se deriva, se deberá incluir una descripción, lo más detallada posible, de los rasgos de personalidad del individuo y de cómo es que éstos interactúan entre sí de acuerdo con los niveles de evaluación (físico, cognitivo, ambiental). Por ejemplo: el comportamiento de un agresor de sexo masculino, de un nivel socioeconómico bajo, que vive en condiciones de hacinamiento y con una capacidad intelectual limítrofe, será muy diferente al de otro agresor con una mejor capacidad intelectual, rasgos

psicopáticos y con un nivel económico lo suficientemente alto como para poder evadir las consecuencias de sus actos por medio de la corrupción o de la intelectualización.

3) Predicción: quizás el punto más complicado que una evaluación psicológica busca cubrir, consiste en intentar predecir el riesgo que el agresor sexual implica para sí mismo y para la gente que le rodea. Esto debe hacerse de manera cuidadosa, analizando los detalles resumidos por medio de la descripción. Para ello, los coeficientes de confiabilidad de las pruebas resultan un excelente punto de referencia. Tras los estudios de investigación necesarios para que las pruebas sean aprobadas antes de ser lanzadas al mercado, un coeficiente alto de confiabilidad constituye un sustento para el juicio clínico sobre el pronóstico. De igual forma, los correlatos que se hagan a estudios científicos cuya significancia estadística sea también alta, darán mayor solidez a la evaluación.

Otro factor importante es la aplicación de pruebas psicológica que consiste, en una manera particular de observar y describir la conducta de una persona en una situación tipificada o estándar (Bernstein y Nietzel, 1988). De acuerdo a Lomeli (2004) para la evaluación, el psicólogo cuenta con diversos tipos de pruebas en las cuales basarse:

1. Pruebas de funcionamiento intelectual: no cabe duda que el éxito del tratamiento se facilita cuando el agresor posee un elevado nivel intelectual. El coeficiente intelectual puede también determinar el tipo de tratamiento que se va a utilizar. Un individuo con un bajo nivel intelectual es poco probable que responda favorablemente a una terapia psicodinámica o a una terapia cognitivo-conductual. Cabe tomar en cuenta que la inteligencia está constituida por una serie de habilidades que se encuentran interrelacionadas. Por ende, conocer las habilidades de memoria a largo y corto plazo; análisis y síntesis; habilidad psicomotriz; el nivel cultural obtenido; el apego a las normas sociales; capacidad de juicio; de observación; de abstracción; estimulación ambiental; así como la atención y concentración, constituye un valioso instrumento para el clínico, sobre todo cuando se busca obtener un respaldo por escrito de las características del agresor que no pueden confirmarse únicamente con la observación. Conocer las áreas cognitivas fuertes y débiles del paciente antes del tratamiento, constituye ya una ventaja.
2. Pruebas de personalidad: a veces intentar definir la personalidad se torna una tarea sumamente complicada. En términos muy simples, se considerará como la forma, más o menos estable a través del tiempo, de manifestar diferencias individuales, por medio de nuestro comportamiento. No obstante, más allá del

debate sobre la definición de personalidad, reconocer e identificar patrones de comportamiento persistentes del paciente contribuirá en formular pronósticos mucho más certeros.

3. Pruebas de aptitudes: conocer las habilidades que el agresor presenta puede constituir un sólido puente para reinsertarlo en la vida social, junto con el reforzamiento positivo que proporciona el saberse útil a la sociedad. Asimismo, conocer las áreas débiles le permite al especialista elaborar un programa de readaptación lo suficientemente realista como para que el agresor se motive tras cada intento.
4. Pruebas de intereses, preferencias, actitudes y valores: otra información útil para el tratamiento consiste en conocer las actitudes que el agresor tiene con respecto a diferentes aspectos de la sexualidad. Conocer el arraigo de los valores culturales en el individuo puede ser esencial para determinar el éxito o fracaso de un plan de tratamiento. No es lo mismo el agresor que busca transgredir las normas debido a que no las ha aceptado y como una forma de demostrar su desacuerdo, al agresor que sí ha logrado introyectar los valores culturales pero que, por otros factores, se ve impulsado a quebrantarlos. Igualmente, los cuestionarios o inventarios que se utilizan para evaluar estos aspectos proporcionan claves cuando el clínico pretende implementar tratamientos conductuales, como por ejemplo el de “economía de fichas”. Debido a la poca motivación intrínseca que algunos agresores demuestran, en ocasiones resulta necesario buscar algún tipo de estimulante externo que instigue al agresor a cambiar.
5. Pruebas de funcionamiento neuropsicológico: no hay que olvidar que es necesario descartar la presencia de alteraciones neurológicas que pudieran estar explicando la conducta del agresor. Trastornos del aprendizaje, deficiencias neurocognitivas, fallas en la concentración o en la memoria, alteraciones motoras y deficiencias sensoriales ya que pueden ser indicio de daño neurológico.

Como se puede observar la violencia sexual no suele presentarse aislada de otro tipo de trastornos mentales. Así, pueden encontrarse aunados la presencia de esquizofrenia, retraso mental, trastornos de personalidad, trastornos relacionados con abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, delirium, demencias, trastornos cognoscitivos y parafilias, entre otros. La oportuna y acertada detección de estos trastornos se vuelve una prioridad al momento de establecer el diagnóstico y la comorbilidad. Es evidente que el abordaje de un agresor con una parafilia específica será

diferente al de un agresor con retraso mental. Ahí donde la información obtenida por medio de la entrevista con el agresor o los familiares fue insuficiente, la evaluación psicológica puede proporcionar los detalles necesarios para descartar un diagnóstico y sostener otro. Asimismo, el clínico podrá determinar el tipo de medicación que mejor se adapta a su paciente. Así, por ejemplo, podrá decidir si será necesaria la administración de un antipsicótico, de un ansiolítico o de ambos.

Dentro de los instrumentos a utilizar Garrido y Beneyto (1995) proponen la autobiografía como instrumento de evaluación durante las primeras sesiones por su utilidad terapéutica dividiéndola en:

- Autobiografía general: el paciente escribe la historia de su vida donde se reflejan sus vivencias en tres apartados importantes, infancia hasta los 13 o 14 años, adolescencia hasta los 19 o 20 años y edad adulta hasta el día de hoy.
- Autobiografía familiar: Describe las relaciones con sus familiares atendiendo a su infancia, adolescencia y edad adulta.
- Autobiografía Social: En ella se debe relatar las relaciones que tiene, o ha tenido, con las tres personas más significativas de su vida, excluyendo sus familiares. Debe pensar en tres personas que hayan sido importantes en su vida, describirlas y expresar su relación con ellas.
- Autobiografía sexual: Describe sus experiencias y vivencias positivas y negativas en el ámbito sexual, incluyendo cuestiones como la masturbación, conducta sexual, homosexualidad, utilización de pornografía, contactos con la prostitución, conducta sexual fuera de lo común, sadomasoquismo, fetichismo, llamadas obscenas exhibicionismo, voyerismo etc.
- Autobiografía delictiva: Ha de describir todas las conductas delictivas realizadas en su vida tanto si han sido o no descubiertas.

Por su parte Sánchez (2000) hace la revisión de algunos métodos que se vienen utilizando en la evaluación psicológica de los agresores sexuales:

- La entrevista: En muchos casos una historia social meticulosamente recabada puede proporcionarnos un nítido panorama del proceso de desarrollo del sujeto. Cuando este se contraste con el estatus psicológico actual, con sus respuestas a un combinado de pruebas psicológicas, aparecerá su perfil psicológico.
- Autoinforme verbal: Con este método a menudo estamos abocados a registrar distorsiones graves de lo que realmente sucedió entre el agresor y la víctima, o de sus

problemas psicológicos, la minimización, la negativa, la racionalización y los intentos de seducción se observan habitualmente en este tipo de informes.

- Evaluación fisiológica: Algunos agresores sexuales desarrollan patrones de excitación sexual anómalos, aunque generalmente minimizan sus trastornos sexuales, estos sujetos a menudo han cultivado durante años fantasías sexuales y conductas masturbadoras desviadas. Para obtener información más fiable sobre su patrón de excitabilidad se recomienda la utilización de procedimientos de registro fisiológico. En las diferentes fuentes consultadas por el autor se hace referencia básicamente a cinco tipos de respuesta fisiológica: respuesta electrodérmica, cardiovascular, respiratoria, pupilar y peneal. La más interesante, por ahora, es la medición falométrica o pletismográfica de la excitación peneal, tras la aplicación de la evaluación fisiológica se analizan con el sujeto los gráficos resultantes a sus respuestas, sustituyendo las posibles distorsiones perceptivas por descripciones más objetivas y precisas de su patrón de excitabilidad. Sin embargo Becker y cols (1992) observaron que el uso del pletismógrafo no es independiente de la voluntariedad del sujeto, ya que han demostrado ciertas dificultades con aquellos acusados que niegan el delito; un 58% de jóvenes que negaban el delito no respondieron a los estímulos del pletismógrafo, mostraron cierta habilidad para suprimir la activación en el laboratorio ya que negaban que necesitasen tratamiento, mientras que el 82% de los que admitían el delito si respondieron a los estímulos Citado en Soria y Hernández (1994).
- Evaluación Psicométrica: Algunas de las pruebas más utilizadas para identificar aspectos generales del agresor sexual son: La escala Wechsler (WAIS), el Minnesota (MMPI-2), el Million Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II) el Dieciséis factores de Cattell (16PF) el Rorschach y los Test de apercepción temática y el Cuestionario de Rotter. Entre las escalas de evaluación de violencia esta el Violence Risk Inventory (VRI) y Violence Appraisal Guide (VRAG). Entre las escalas de evaluación de agresividad esta la de Buss Hostility Aggression Scale y por último están las de evaluación de psicopatía como es la Psychopathy Checklist Revised de Hare. Sin embargo el autor refiere que aunque estas pruebas son realmente útiles a la hora de identificar deficiencias cognitivas, trastornos afectivos, déficit personales y otros problemas psicológicos, no siempre pueden proporcionarnos información específica sobre la conducta sexual de un individuo, para lo que se recomienda protocolos adicionales que identifiquen el trastorno, la disfunción o el malestar sexual principal.

- Pruebas específicas: Se encuentra S.S.I (Survey of sexual Interactions), el B.I.O (Background Information Questionnaire), los cuales proporcionan información sobre el nivel actual de fracasos y satisfacciones sexuales en un sujeto. El Sone Sexual History Background Form o el Multiphasic Sex Inventory, que proporcionan información sobre cuestiones relativas al desarrollo sexual, patrones conductuales, fantasías, experiencias, disfunciones, etc. Otras escalas habituales en la evaluación específicas de los agresores sexuales son la escala de Aceptación de mito de la violación de Burt, la escala de Actitudes hacia las mujeres, la Sexual Risk Assessment (SRA-99) y la Sexual Violence Risk- 20 (SVR-20), las cuales miden la predicción de reincidencia en agresores sexuales.

Desde una perspectiva humanística de acuerdo a Salgado (2004) la entrevista tiene que tomar en cuenta diversos factores los cuales son:

- La Evaluación demora cerca de 4 sesiones, en las cuales es fundamental indagar en la caracterización de la violencia en términos de frecuencia y cronicidad, la tipología y direccionalidad, el grado de independencia entre su voluntad y sus actos violentos desde su discurso, los primeros eventos de violencia. Además, se evalúa el grado de reconocimiento y de responsabilidad asumida por la violencia, los factores de riesgo, las características del proceso de ingreso, las consecuencias de la violencia, el compromiso con el tratamiento, recursos personales, relacionales y sociales, y detectar la inviabilidad del tratamiento. Para la evaluación, el terapeuta se vale de: la información entregada en forma voluntaria, la impresión clínica específica en violencia (intentos de formar alianzas, capacidad de diálogo, miradas, compromiso, definiciones, preguntas, etc.); las medidas del tribunal; entre otras fuentes de información.
- Derivación interna atención individual y/o grupal: casos donde no es necesario un proceso de evaluación, ya que de entrada revelan un claro reconocimiento y asunción de responsabilidad por la violencia, motivación para revertir la situación, baja presencia de factores sociales y disposición de recursos psicosociales para enfrentar el tratamiento en plenitud.
- Derivación externa que implica la sugerencia de intervención en otra institución, o bien, no específica en violencia. En este caso se encuentran los hombres que viven conflictos conyugales, quienes presentan un grave deterioro en su personalidad, un proceso de evaluación con su pareja que concluya la inconveniencia de atenderlos en la misma institución, la lejanía de la ubicación del centro, incompatibilidad de horarios, falta de

confianza en la institución, etc. También están aquellos casos que los terapeutas no se sienten en condiciones de atender, fundamentado en el auto cuidado del equipo humano.

- Derivación y atención complementaria, y documentada, para los casos de alcoholismo, por ejemplo.

- Desde la perspectiva psicoanalítica Bonino (2000), refiere que el agresor es una persona, que se encuentra en un estado de depresión enmascarada por lo que se debe buscar dicho trastorno no en su expresión emocional, sino en su comportamiento. Y menciona dos importantes indicadores para dicha evaluación.

El primero, los cambios de “carácter” que nos habla de un varón deprimido dice que no le pasa nada, no quiere hablar acerca del tema (frecuentemente no sabe qué le pasa). Sin embargo, socialmente se convierte en desagradable: enmudecido o irritable, antisocial u ofensivo, su familia tiene claro que “algo” le pasa, pues su comportamiento está cambiando, pero él se niega a reconocerlo. Estos cambios se presentan en dos diferentes y típicos modos: el “inexpresivo/huraño”, en el que predomina la desconexión y el aislamiento silencioso, que puede ser físico encerrándose en algún espacio de la casa o en alguna actividad, o mental, encerrándose en sus pensamientos. Quienes están con el varón que así se presenta lo definen como siempre preocupado, enmudecido, que no acepta que le digan nada, sin otros intereses que el trabajo, sin amigos, hiperrutinario y aburrido. El otro modo, es el modo “agresivo/agitado” en el que prevalece la irritabilidad, la pérdida fácil del control, los accesos de “mal carácter”, la explosividad, la ansiedad y la amargura. Quienes lo rodean lo describen como si fuera un animal enjaulado, hipersusceptible, hiperactivo e inaguantable por sus exigencias, que despierta temor por sus reacciones, que pone ansioso a todos y que genera que no se le informe de nada para que no se irrite.

En ambos modos, la convivencia con el varón se hace poco tolerable, y esa convivencia también se sostiene habitualmente en los genéricamente prescritos “aguantar”, complementar y responsabilizarse por la “armonía” familiar de la mujer. Eso supone un sobreesfuerzo añadido al de hacerse cargo de la emocionalidad.

El otro indicador diagnóstico: los comportamientos auto/ heterodestructivos. El estilo de reacción masculino frente al estado depresivo, o a veces la única manifestación de ese estado, es predominantemente de acción, con un formato distractivo o evasivo, utilizando estrategias de “escape” a partir de cualquier medio u actividad. Esta tipo de reacción ,avalado por el mandato genérico como forma de lidiar con los afectos, es positiva en cuanto favorece la sensación de control sobre sí y que afecta positivamente el animo,

pero muy frecuentemente se transforma en un tipo de reacción defensiva “hipermasculina”, en la que se apela en exceso a los comportamientos normalizados como masculinos. Así se desencadenan actitudes de hipercontrol, riesgo excesivo o impulsiones/compulsiones, que pueden conducir a graves y dañinas situaciones para sí o terceras. Entre ellas: descuidos graves de la salud, actividades de riesgo (deportes, conducción con accidentes frecuentes, promiscuidad compulsiva), intoxicación por alcohol o drogas, abandono impulsivo de trabajo, ludopatía, violencia, suicidio sin señales previas (cada tres suicidios consumados, dos son de varones, entre los de personas jóvenes y ancianas, representan el 90%), y a veces suicidios posteriores al asesinato de la pareja o hijos a quienes arrastra posesivamente a la muerte en su desesperación. Como es claro el autor nos refiere que una persona agresiva tiene un trasfondo depresivo, y puede llevar a conductas sumamente riesgosas para los demás por lo que cabría estar alerta de esta sintomatología no solo como psicólogo sino como familiar, pareja o amigo.

Después de realizar el diagnóstico en base a la evaluación se propondrán diversos tratamientos empleados al agresor sexual.

2.7.2 Tratamientos Antilibidinales/Biológicos

De acuerdo con Cornejo (2004) los tratamientos médico-biológicos, que trabajan con bases orgánicas, pocas veces son utilizados de manera única con los agresores sexuales. Generalmente cuando se recurre a ellos, se les combina con el uso de otros métodos terapéuticos, como pueden ser los psicológicos, los psiquiátricos, los sociales, etc. Los tratamientos biológicos, en muchas ocasiones se utilizan con personas con retardo en el desarrollo, puesto que con ellas es más dificultoso el aprendizaje de técnicas psicológicas, el cambio cognitivo o lograr una adaptabilidad social normal. De tal forma tal que no tenga necesidad de recurrir a la imposición de sus conductas sexuales hacia otras personas.

Marshall y Eccles (1991) investigaron el uso de antiandrógenos en agresores sexuales cuyas características se sustentan en déficits cognitivos, dificultades sociales, problemas en su estilo de vida y la presentación de desviaciones sexuales. Los agresores estudiados incluyeron violadores, exhibicionistas, perpetradores de incesto y ofensores de niños, y con todos ellos se sugiere la utilización del tratamiento androgénico como medida exitosa, pero siempre coadyuvando con un soporte terapéutico adjunto, como el cognitivo-conductual Citado en Cornejo (2004).

De acuerdo a White y cols (2008) los tratamientos antilibidinales que tienen como objetivo reducir el impulso sexual lo que tendrá como resultado una reducción de la tasa de delitos sexuales. En el tratamiento de personas con trastornos del deseo sexual, la hipótesis es que la reducción de la libido dará lugar a una frecuencia inferior de la fantasía o conducta anómala. Por lo tanto, se diseña para ambos grupos una reducción de la libido para efectuar una frecuencia reducida de la conducta sexualmente anómala. El interés del tratamiento no es la dirección del interés sexual. El tratamiento antilibidinal se puede utilizar como medida provisional mientras se introducen otras intervenciones psicosociales.

Se han informado de varias técnicas de tratamiento antilibidinal diferentes:

1. Fármacos

- Hormonas sexuales: el impulso sexual disminuye, en los hombres, mediante el aumento de los niveles de hormonas sexuales femeninas (como el estrógeno) o la disminución de los niveles de testosterona. Los fármacos que afectan a las hormonas sexuales son dietilestilbestrol, estrógeno, acetato de medroxiprogesterona (AMP) y acetato de ciproterona (ACP). Estos dos últimos son utilizados para las parafilias que vienen asociadas a la agresión sexual, que de acuerdo a Cáceres (2001) la medroxiprogesterona controla la producción de andrógenos, afectando a su vez el proceso de síntesis de la testosterona en los testículos, el segundo acetato de ciproterona es un fármaco que combina dos mecanismos diferentes el primero es un efecto de bloqueo específico de los andrógenos y una acción antigonadotrófica.
- Fármacos antipsicóticos: en el uso normal de estos fármacos se observó que disminuyen de manera notable el impulso sexual como un efecto secundario no deseado. Esta observación es la justificación de su uso en personas con trastornos del deseo sexual.
- Bromuros: estos depresivos del sistema nervioso central son, en la actualidad, poco frecuentes. Al respecto Kafka y Prentky (1992) propusieron el uso de un fármaco llamado fluoxetina que es un antidepresivo argumentando que la potenciación de la transmisión serotoninérgica mejoraría los trastornos del humor, que según ellos sufren todos estos pacientes, y modularía además tanto el deseo sexual como la impulsividad/compulsividad asociada a estos trastornos, sin embargo los efectos secundarios pueden ir desde una afectación mínima como cansancio o máxima como un estado depresivo.

Cáceres (2001) cita otro tipo de fármacos utilizados para agresores sexuales dentro de los cuales se encuentran:

- Estrógenos: No se ha establecido bien cual es el mecanismo de acción de los mismos. El autor refiere que posiblemente esta acción se deba a una combinación de efectos antigonadotróficos resultantes al reducir los niveles de andrógenos libres y algún efecto mas directo antiandrogénico en los órganos diana. Los estrógenos, sin embargo son hormonas que producen importantes efectos secundarios en los varones como nauseas, ginecomastia y tumoraciones malignas.

- Progestágenos: Con el fin de controlar las respuestas sexuales y ello tanto en el caso de varones como mujeres. Aunque implican un menor riesgo que los estrógenos, suelen producir desarreglos en cuanto a la espermatogénesis.

- Tranquilizantes: Esta comprobado que dosis relativamente de ansiolíticos inhiben de manera notable la respuesta sexual, de mujeres funcionales sexualmente. El haloperidol, ha sido bastante utilizado, pensándose que es el que actúa de manera mas especifica a la hora de reducir la libido.

2. Cirugía

- Castración quirúrgica: Aquí se quitan los testículos (la fuente principal de testosterona) y se reemplazan con prótesis. Hay debates en cuanto a la ética del procedimiento. La operación es irreversible y hay preocupaciones en cuanto a la calidad del consentimiento informado.

- Psicocirugía: La psicocirugía empleada, generalmente implica la hipotalamotomía estereotáxica, destinada a retirar los núcleos ventromediales del hipotálamo

2.7.3 Tratamientos Psicológicos

Existe un sinfín de programas dirigidos al agresor sexual debido al impacto que el evento ocasiona en nuestra sociedad, que al parecer va en incremento no solo en nuestro país sino en todo el mundo. Antes de comenzar a desarrollar este apartado cabe tomar en cuenta algunas consideraciones como terapeuta, paciente, grupo y entorno; para esto Terol (2008) propone lo siguiente:

- Terapeuta

El terapeuta debe en todos los casos ser perceptivo e intuitivo pero más si cabe con esta población. Tengamos en cuenta que no son pacientes que vienen a la consulta

voluntariamente porque reconozcan tener un problema sino que el tratamiento es forzoso y en la mayoría de los casos contingente a la adquisición de privilegios. Por ello el ser perceptivos nos ayudará a evitar manipulaciones y a caminar un paso por delante de ellos anticipando reacciones innecesarias. A la vez el terapeuta debe ser accesible aunque firme sin olvidar que lo que intenta es ayudar a estos individuos, independientemente de la naturaleza criminal del paciente, para conseguir como ganancia secundaria el evitar sufrimiento a la comunidad. La repulsión que nos pueden causar y la posición de autoridad que nos confiere la aplicación de los tratamientos puede sin lugar a dudas reducir nuestra empatía y en algunos casos nuestra cercanía hacia ellos. Evidentemente esto entra dentro de las reacciones normales del ser humano, sin embargo es un punto a tomar en cuenta. Los límites deben ser claros y firmes y nunca laxos o inconsistentes, estableciendo un ambiente cálido (dentro de lo posible) y comprensivo aunque crítico dentro de lo objetivo. Hay que ser conscientes de que la meta es entender qué han hecho y por qué lo han hecho, qué necesitan incorporar a sus esquemas para actuar de otra manera y cómo podemos llegar a ellos para abrir esos canales de adquisición de conocimiento. No olvidar que debemos ser un modelo de identificación y un referente del que posiblemente ha carecido en su vida anterior. Idealmente lo que queremos conseguir al ser un referente y modelar ciertas conductas es el que respeten lo que nosotros respetemos, el que nos traten como les tratamos, el infundir confianza no traicionando y el que puedan generalizar lo aprendido a la sociedad en general.

- Por parte de los equipos o grupo

Teniendo en cuenta que el equipo de tratamiento debería ser multidisciplinar, las distintas disciplinas deberán estar en contacto directo y coordinadas en todo momento para poder alcanzar las metas establecidas y vencer las dificultades o inconsistencias del proceso terapéutico. Los equipos tienen que ser responsables facilitando un ambiente terapéutico propicio para imponer intervenciones apropiadas y tratamientos coherentes eliminando así las inconsistencias.

- Adecuación de las intervenciones

Las intervenciones responsabilidad de un ambiente terapéutico y un equipo preparado y responsable deben ser apropiadas e implementadas consistentemente siendo esta la de establecerse con metas definidas claramente.

- Por parte del entorno terapéutico

Cuando los tratamientos se llevan a cabo en régimen de internamiento, la filosofía que se sigue es más de carácter punitivo lo que incita a que los reclusos puedan ver al terapeuta

como figura de autoridad en vez de identificarlo con el profesional sin prejuicios, respetuoso y empático con el que mantener una relación terapéutica. Conviene pues un replanteamiento que encuadre a la figura terapéutica independiente de la figura de autoridad.

En España se están realizando programas de rehabilitación para población que ejerza violencia de género y que se encuentre recluida en un centro penitenciario, dichos programas se dirigen a modificar las características de los delincuentes tales como intereses, destrezas, limitaciones y/o circunstancias vitales que afectan su comportamiento. La rehabilitación de los delincuentes constituye una tarea complicada, que requiere tener en cuenta aquellos factores que guardan una mayor relación con la reinserción social, según se ha deducido de múltiples investigaciones criminológicas y que se presentan a continuación: 1) la educación, tanto de carácter formal como informal; 2) la formación profesional y la capacidad de desempeño de un trabajo; 3) la enseñanza de habilidades necesarias para una mejor interacción de los delincuentes con los distintos contextos sociales a los que deberán incorporarse en un futuro, tras el cumplimiento de sus condenas. Por lo tanto y con carácter general, los programas de tratamiento e intervención con delincuentes y su praxis tienen como finalidad poner en marcha estrategias educativas en un sentido amplio para facilitarles una vida futura sin delitos. Se menciona que se debe tomar en cuenta, en este tipo de programas ciertos elementos que reflejarán la efectividad de los mismos para que alcancen su fin rehabilitador. En primer lugar, hay que referirse al principio del riesgo, según el cual los niveles mas intensos de tratamiento deben reservarse para los casos de alto riesgo. Esto supone que los delincuentes de ser evaluados de acuerdo con un amplio numero de factores, predictores potenciales de la reincidencia, de cara a detectar que individuos tienen un nivel de riesgo más alto, de manera que la intervención rehabilitadora sobre la persona debe ser de mayor intensidad cuando mayor es la probabilidad de que reincida. En segundo lugar, destaca el principio de las necesidades criminógenas, según la cual la intervención debe ir dirigida a combatir aquellos factores individuales vinculados a la actividad delictiva. Con carácter general, para luchar contra la delincuencia se precisa la eliminación de factores criminógenos y en este sentido la Criminología ha puesto de relieve la importancia de la falta de habilidades cognitivas, por lo que la actual concepción de la intervención o tratamiento de los delincuentes mantiene la necesidad de poner en marcha estrategias

educativas que mejoren sus posibilidades para vivir en libertad sin cometer delitos (Rueda, 2007).

Ruiz (2009) propone en base al modelo ecológico una forma de intervención terapéutica, para el niño y adolescente que maltrata con ciertos objetivos básicos como son:

- Desarrollar la motivación necesaria para el cambio.
- Neutralizar la acción de los factores etiológicos y mantenedores del maltrato.
- Modificar los patrones de relación afectiva destructiva que con lleva y perpetúa la experiencia de la violencia.
- Promover la resiliencia: la violencia deja heridas en el psiquismo no sólo de las víctimas sino también en el que maltrata.
- Mejorar el funcionamiento global del menor.
- Prevenir reincidencia.

Las estrategias que refiere el autor para conseguir estos objetivos, consiste en facilitar el reconocimiento del problema por parte del agresor como punto de partida para el cambio ya que muchos niños y adolescentes agresores no son conscientes en un primer momento de la necesidad de cambio; no asumen que su comportamiento maltratante supone un problema y que como tal puede ser modificado. La negación del problema puede ser un mecanismo de defensa ante lo traumático que puede ser reconocerse como maltratador. En algunos casos, puede haber además la negación de haber sido víctima previamente de otro maltrato, otro punto importante es enseñarlo a detectar y evaluar cuáles son las consecuencias que para él ha tenido el haber cometido el maltrato y las que ha tenido para la víctima; hay que utilizar todos los recursos sociales y/o institucionales disponibles en nuestro entorno (trabajo en red) para tratar todos los factores etiológicos identificados en cada nivel del modelo ecológico (individual, relacional, comunitario y social), apoyándonos en los puntos fuertes detectados en la evaluación clínica. Cabe tomar en cuenta la reestructuración de los modelos afectivos internalizados: proporcionándole vínculos afectivos seguros, se le ayudara a formar modelos de referencia positivos que le fortalecerán de cara a acontecimientos futuros (pérdidas y conflictos que encuentre en su vida). Generando proyectos de futuro: tener motivos por los que luchar ayuda a no quedar atrapado en el presente y poder salir adelante, superando el problema y la desesperanza. Otro punto es estimular la inteligencia emocional y social del menor, lo que implica trabajar varios aspectos como son:

- La capacidad empática: es posible que el menor tenga dificultad para aprender a sentir lo que el otro siente (empatía emocional), pero es más fácil que esté dentro de su alcance el ayudarle a comprender cómo se siente el otro (empatía cognitiva);
- La modificación de distorsiones cognitivas: entrenándole en la detección de pensamientos erróneos (tres preguntas clave para detectarlos: ¿qué pruebas tengo de que este pensamiento sea cierto?, ¿este pensamiento me provoca emociones demasiado fuertes y duraderas?, ¿este pensamiento me ayuda a adaptarme y conseguir mis objetivos?) y sustitución por pensamientos libres de distorsiones cognitivas o racionales (verdaderos, provocan emociones moderadas y son adaptativos);
- El control de impulsos: deshabituándole de descargas aprendidas y capacitándole para dar respuestas adaptadas a las situaciones por encima o a pesar de las emociones que produzcan esas situaciones;
- El manejo de la agresividad: facilitándole la canalización por otros medios distintos a la conducta maltratante.
- La comunicación emocional: muchos menores que maltratan tienen dificultad para distinguir pensamientos de emociones, detectar, comprender y diferenciar unas emociones de otras, experimentar las emociones en un continuo de intensidad (no dividir los estados emocionales en la dicotomía “estoy...” o “no estoy”) y, sobre todo, expresar cómo se sienten.
- Las habilidades sociales: básicas para establecer relaciones afectivas y expresar las propias necesidades de forma serena y no violenta.
- Dotando de herramientas al menor para afrontar los problemas y dificultades sin recurrir a la violencia: es fundamental tener una serie de recursos prácticos, alternativos a la terapia.

Desde la perspectiva ecológica, se recomienda que la terapia del niño o adolescente que maltrata se integren tratamientos biológicos, psicosociales y psicoeducativos. Ello implica la coordinación interinstitucional y multidisciplinar.

La Dra. Eldridge menciona el tratamiento a jóvenes agresores en un contexto ambulatorio y la adecuación de la intervención a los riesgos personales y a las necesidades de tratamiento, basado en dos modelos y la terapia Multisistémica, que a continuación se desarrollarán.

El Modelo Shrosphire desarrollado por Alix Brown.

- Cualquier niño puede ser derivado por “comportamiento sexual inapropiado”, para ayudarlo a librarse de su estigma.
- Una evaluación preliminar que posibilita una intervención inicial de 8 sesiones individuales.
- Existen opciones para un tratamiento individual más largo o una intervención familiar o un breve tratamiento en grupo.

Este modelo evita colocar a los jóvenes en programas complicados si realmente no son necesarios. Para esto se realiza una evaluación preliminar que consiste en:

1. Visitar al joven y a la familia y explicarles que ofrece la unidad.
2. Escuchar la historia de boca del joven.
3. Comprobar la actitud del joven y de la familia hacia el abuso.
4. Identificar diferencias entre víctima y el agresor.
5. Indagar sobre el ambiente del joven agresor y observar si existen factores de riesgo.
6. Realizar recomendaciones.

Las áreas clave de la evaluación incluyen factores como, el tiempo durante el cual la persona ha estado cometiendo abuso, el nivel de congruencia entre fantasía y realidad; si las creencias del agresor sugieren que éste está interpretando el comportamiento de la víctima como legitimador de la agresión.

Durante la Intervención inicial se ha de conocer las experiencias sexuales e informe inicial de la agresión por lo que hay que explorar los patrones abusivos, identificar actitudes o fantasías abusivas, y que el joven tome conciencia de lo que significa ser víctima. Por ultimo hay que elaborar un plan para el manejo de los factores de riesgo que será discutido con todas las personas involucradas.

En lo que se respecta a la intervención a largo plazo, debe lograrse que el adolescente acepte su responsabilidad, que sea empático con la víctima, que trabaje la fantasía. Al igual brindarle información de educación sexual y de las relaciones interpersonales. Que concientice las consecuencias de la agresión y proporcionarle los pasos a seguir para llegar a una vida positiva, libre de abusos.

Modelo de Adolescentes (G-MAP)

Este modelo establece trabajo en grupo durante un largo tiempo, tras una evaluación que se hace de forma individual. La evaluación examina problemas de conducta no sexual, funcionamiento social, personas influyentes para la participación en el tratamiento,

sexualidad, funcionamiento familiar y problemas relacionados de forma específica con los abusos. El tratamiento se enfoca a cada uno de estos aspectos de análisis.

Terapia Multisistémica (MST)

Se centra en variables comúnmente asociadas a los jóvenes agresores sexuales.

- Individual: En el 50% de los casos hay una historia anterior sin agresiones sexuales, en la mayoría de los casos no han sufrido abusos, existen algunos síntomas internalizados y aparecen distorsiones cognitivas relacionadas con las tasas de reincidencia.
- Familiar: Muy poco cálida, dificultades entre los padres, uso de violencia, abuso de sustancias.
- Padres: Aislamiento, socialmente poco habilidosos, inmaduros
- Colegio: Problemas académicos y de conducta, dificultades de aprendizaje, expulsiones del colegio.

El adaptar la MST a agresores sexuales significa que se toma en cuenta el ambiente social y el tratamiento se lleva a cabo a través de los padres o cuidadores. Se señaló que la mayoría de los jóvenes son sacados de sus casas y llevados a casas de acogida para continuar el trabajo. La posibilidad de compromiso con el tratamiento es muchas veces más sencillo, con familias de acogida que con familias naturales en las que pueden existir problemas de culpa, actitudes parentales o incluso otros tipos de abuso. Es importante involucrar a los padres de acogida, si no el trabajo sería ineficaz. Los agresores adultos deberían ser tratados con precaución aun cuando se muestren arrepentidos. En ocasiones, tratan de “manipular” a los terapeutas y siguen cometiendo abuso. La Dra. Eldridge concluyó que la MST es atractiva porque plantea muchos enfoques diferentes. A la hora de tratar a un agresor adulto es muy difícil tener impacto en todas las áreas, pero en el caso de los jóvenes los terapeutas pueden trabajar con ellos, con la familia, con la escuela, con la comunidad y tienen una posibilidad real de cambiar el comportamiento futuro Citado en Holman (2000).

Canadá es el país que cuenta con una mayor tradición y desarrollo en la aplicación de tratamientos con los agresores sexuales, especialmente gracias al trabajo pionero de Marshall y Barbaree y sus colaboradores, desde finales de los años setenta hasta la actualidad. El programa de los Servicios Correccionales Canadienses fue ‘acreditado’ en 1996 por un Comité Internacional, y es un programa multicomponente que incluye los siguientes componentes específicos:

Autoestima

Para comenzar, se intenta crear un clima que apoye y motive a los sujetos para creer en su capacidad de cambiar. Además, se pretende que los delincuentes sexuales mejoren su nivel educativo y sus habilidades laborales, la amplitud de sus actividades sociales, y su propia apariencia externa. También se les anima a detectar sus características personales positivas (por ej., es un buen trabajador, un amigo leal, es generoso), que deben escribir en una cartulina para poder repasarlas con frecuencia durante el día. Estos procedimientos ayudarían a mejorar la autoestima, lo que a su vez aumentaría las posibilidades de cambio en los restantes componentes del programa.

Distorsiones cognitivas

Aquí existen dos etapas sucesivas. En la primera, cada sujeto describe el delito desde su propia perspectiva y se cuestionan los detalles que va dando en esa descripción. En una segunda etapa, se confrontan las actitudes y creencias favorables al delito que van emergiendo en distintos momentos del proceso del tratamiento. Se ha considerado que las distorsiones cognitivas funcionarían en los agresores sexuales como una especie de “teorías implícitas”, explicativas y predictivas del comportamiento, hábitos y deseos de sus víctimas. Así, un agresor podría considerar que cuando una niña pregunta acerca de algún comportamiento sexual que ha observado en la televisión, está ‘lanzando el mensaje’ de que le gustaría llevar a cabo dicho comportamiento, lo que podría ‘justificar’ la propia conducta de acariciarla sexualmente.

Empatía

La investigación ha puesto de relieve la importancia que tiene la empatía tanto en la explicación de la conducta sexual desviada como en el tratamiento psicológico de la misma. Los delincuentes sexuales no carecen de empatía hacia otras personas en general, sino que más bien carecen de ella por lo que concierne a sus propias víctimas. Ello parece deberse a su incapacidad para reconocer el daño que han causado, por lo que el primer objetivo del programa de tratamiento es sensibilizarlos sobre el dolor que experimentan las víctimas. Para ello el grupo elabora una lista de posibles consecuencias de la agresión sexual y posteriormente se pide a cada sujeto que considere tales consecuencias en su propia víctima. Entonces, cada participante en el programa debe escribir una carta, que hipotéticamente dirige su víctima, y, después, una respuesta suya

a la anterior. En un reciente estudio que se ha desarrollado en la Universidad de Barcelona se han explorado las posibles relaciones entre la variable empatía y la agresión sexual, así como los posibles efectos beneficiosos que puede aportar el tratamiento psicológico en la mejora de esta variable. Para poder evaluar la empatía en delincuentes se tradujo y adaptó al castellano la Rape Empathy Measure-REM (de Fernández y Marshall) y se aplicó a una muestra de 139 delincuentes no-sexuales y 73 violadores, de los cuales 39 habían recibido tratamiento y 34 eran violadores no-tratados. Los principales resultados de este estudio ponen de manifiesto que los violadores que han recibido tratamiento muestran mejores resultados en empatía que los grupos de delincuentes no-sexuales y de violadores no-tratados. Estos resultados avalan la capacidad del tratamiento en la mejora de esta variable psicológica.

Relaciones personales/aislamiento

Marshall y sus colaboradores proponen una estrategia específica para incrementar las habilidades para las relaciones personales y reducir el aislamiento. En ella se ayuda a cada sujeto a identificar estrategias de relación inapropiadas y estilos de apego afectivo, pobres y superficiales, y, a partir de ello, a estructurar caminos más efectivos para sus relaciones personales.

Actitudes y preferencias sexuales

El programa ofrece a los agresores una cierta educación sexual y les ayuda a hacerse conscientes de que suelen utilizar el sexo como 'estrategia de afrontamiento' de problemas emocionales y de relación que no resuelven adecuadamente por otros caminos. Paralelamente, se les enseñan estrategias más apropiadas y efectivas para enfrentarse a sus problemas personales y emocionales.

Cuando los sujetos presentan fuertes preferencias sexuales de carácter desviado y una alta frecuencia de fantasías desviadas, pueden utilizarse estrategias específicamente encaminadas a reducir tales preferencias y fantasías.

Prevención de la recaída

En el módulo de prevención de recaída se pide a cada delincuente sexual participante en el programa que identifique la secuencia de elementos sucesivos que le llevan a la comisión del delito (es decir, la concatenación de eslabones de la cadena delictiva), los factores fundamentales que le ponen en situación de riesgo, y, también, las estrategias

más adecuadas para evitar los riesgos futuros. El interés de ello reside en lograr que el sujeto comprenda qué factores le sitúan en riesgo como, por ejemplo, el tener acceso a potenciales víctimas, o sentirse deprimido, aislado, o furioso, o hallarse estresado, tener problemas en sus relaciones, o, simplemente, utilizar estrategias inefectivas para afrontar sus problemas. Como resultado de la identificación de estos factores de riesgo y de la cadena de conducta delictiva, el sujeto debe elaborar un conjunto de estrategias para enfrentarse a las situaciones de riesgo imprevistas y para reducir las oportunidades de que éstas aparezcan Citado en Redondo (2004).

Un ejemplo mas específico de lo que se pretende hacer con el agresor es el tratamiento propuesto por Noguero (2005) especificando ciertos puntos de cómo tratar al agresor sexual para su recuperación expandiéndolo a población femenina, adolescentes e infantes y no solo centrándose en el agresor masculino. Para comenzar la autora plantea una serie de objetivos generales como son:

- Reconocer el problema: Es decir tomar responsabilidad de sus acciones, para esto hay que concientizar al agresor que su conductas ésta generando consecuencias negativas y valora su propia historia de victimización o los factores intervinientes para empatizar con su víctima y reconocer su conducta actual.
- Elimina las justificaciones y excusas: Cuando se inicia el reconocimiento se interviene en los soportes cognitivos como son las excusas y justificaciones, sobre los que asentaba la negación de su conducta.
- Suprimir la excitación sexual disfuncional y desarrollar la excitación sexual adecuada: Esto incluye desarrollar actitudes adecuadas hacia el sexo y la sexualidad.
- Desarrollar sus habilidades sociales: Romper con su aislamiento, implementando sus habilidades afectivas y sociales para ayudarle a controlar conductas violentas.
- Desarrollar la empatía: En general el agresor suele tener un déficit en la expresión de sus sentimientos, son personas que tienden a sentir con más intensidad, la emociones negativas que las positivas lo que dificulta su adaptación.
- Mejorar la autoestima: mediante las situaciones de riesgo, aumenta su percepción de control y disminuye la probabilidad de recaída.
- Mejorar su autocontrol y habilidad en la resolución de problemas: Hay que trabajar con sus habilidades de afrontamiento y estrategias de control de su conducta abusiva.

- Variables conectadas con su historia pasada de abuso: En el caso que el agresor haya sufrido abusos o maltratos es importante confrontar con él sus sentimientos como víctima al inicio y durante la terapia.
- Prevención de recaída: El agresor tiene que conocer todos los factores que le han llevado a la violencia sexual, las situaciones de riesgo y las decisiones que toma hasta llegar a esta conducta.

Después de conocer los objetivos generales la autora proporciona una serie de técnicas para cubrir cada objetivo además de que algunas de estas técnicas son específicas para cierta población.

- Control de impulsos: El terapeuta analiza con el cliente, los diferentes problemas ante los que se enfrenta; se establecen las diferentes alternativas o soluciones posibles y se analizan las ventajas e inconvenientes, que dada una de las alternativas ofrece, para evitar cualquier situación que facilite el abuso.
- Reestructuración cognitiva: Cuanto mas distorsiones cognitivas haya desarrollado el agresor, mayor es el riesgo de abuso por lo que el terapeuta tiene que confrontarlo con cada una de sus contradicciones para ello es fundamental repetirle cada pregunta varias veces para constatar su tendencia a mentir o minimizar los hechos, en el caso de los niños o adolescentes se tiene que utilizar otro tipo de soportes como vídeos explicativos, juegos de mesa o el mapa de carreteras.
- Sensibilización encubierta: Se trata de emparejar las consecuencias negativas de su conducta con las imágenes de los abusos sexuales para aumentar el autocontrol sobre su conducta disfuncional. Se le enseña al paciente cómo debe escapar de la consecuencia aversiva (ir a la cárcel), imaginándose relaciones sexuales consentidas con adultos. Cada paciente debe desarrollar su propia lista de consecuencias aversivas, prestando especial atención a los elementos que producen mayor ansiedad.
- Sacidad: Es una técnica terapéutica efectiva para eliminar la excitación sexual desviada, la cual requiere que el paciente diga en voz alta todas las variaciones posibles de sus fantasías desviadas, inmediatamente después de haber llegado al orgasmo a través de la masturbación, esta técnica asociará los pensamientos desviados con una excitación baja o nula. Consiste en que grabe en audio sus fantasías sexuales desviadas inmediatamente después de haber eyaculado y

por el contrario se le pide al paciente que durante la masturbación y orgasmo la asocie con fantasías sexuales adecuadas con adultos.

- Entrenamiento en habilidades sociales: El paciente debe describir en terapia, por ejemplo una situación en la que hubiera querido mantener, una conversación pero no pudo ser, o en la que la conversación se entabló y no tuvo éxito, por lo que se le pide al paciente como pudo mejorar esa comunicación discutiéndose aspectos como el tono de voz, contacto con los ojos y actitud corporal.
- Educación sexual: Implica trabajar tanto la fisiología de la sexualidad como las pautas de relación sexual saludablemente establecidas sin violencia ni abusos de poder.
- Estrategias de intervención de prevención de recaída: El paciente debe identificar las emociones, pensamientos y conductas que constituían la cadena abusiva, las situaciones, lugares o personas que podrían actuar como precipitantes de una recaída.
- Entrenamiento en empatía: Una de las estrategias empleadas para el desarrollo de la empatía es que los agresores escuchen el testimonio de las víctimas para comprender las consecuencias de sus actos y la repercusión que su conducta tiene en la víctima. Otro recurso es que escriba una carta poniéndose en el lugar de la víctima y en la que se debe preguntar cuales fueron las razones de su agresión sexual.

Dentro de las técnicas específicas se encuentra las que se trabaja con infantes y adolescentes, debido a lo dificultoso que puede ser trabajar con esta población y al grado de ansiedad que tienen se recomienda la utilización de cuentos para los mas pequeños donde se incluyan los diferentes objetivos del programa en lugar de confrontar directamente al niño. En el caso de adolescentes y preadolescentes son recomendables los juegos de mesa y otros mas específicos que cita el autor, como el que propone Johson en (1989) el cual es un juego de cartas para niños de 7 años hasta adultos o el libro de Stop just for Kids elaborado por Allen y Burns (1997) y dirigido a niños mayores de 10 años.

En el caso de las mujeres agresoras se ayuda a reconocer sus emociones y enfrentarse positivamente con los estados de ánimo negativos. Se le enseña, en terapia a tolerar esos sentimientos, a reducir el miedo y practicar repetidamente, identificando estos

sentimientos, experimentándolos y pensándolos. Hay otras estrategias como desarrollar un vocabulario que capacite a la mujer para expresar sus emociones, también se recomienda la sensibilización encubierta para romper su conexión entre las fantasías abusivas y los sentimientos positivos.

Por último Noguero (2005) habla de los protocolos que se tienen que llevar durante terapia. Este programa propuesto es de orientación cognitivo-conductual, incluye 6 módulos de tratamiento específicos para agresores sexuales. Cada módulo se completa en 5 sesiones de terapia, por lo tanto el programa de terapia exige 30 sesiones de terapia psicológica y 60 sesiones para intervención en grupo.

Los dos primeros módulos del programa que propone el autor son específicos para intervenir la disminución de la excitación sexual, sensibilización encubierta y saciedad.

- La saciedad reduce la excitación saciando o aburriendo al agresor sexual con sus propias fantasías sexuales.
- La sensibilización encubierta enseña al agresor a romper sus fantasías con niños acompañándolas de imágenes aversivas.

Los dos siguientes módulos incluyen reestructuración cognitiva y educación sexual

- La reestructuración cognitiva ataca estas creencias obteniendo, el agresor, un feedback de los otros miembros del grupo o terapeuta sobre sus distorsiones cognitivas también se le conoce como técnicas cognitivas y sus bases se cimentan en el condicionamiento operante.
- La educación sexual y el tratamiento de la disfunción sexual se ajustan a aquellos agresores que tienen carencias de un adecuado conocimiento de las habilidades sexuales para relacionarse apropiadamente, con parejas adultas. Se les enseña principios básicos de educación sexual, los problemas que se pueden desarrollar durante las relaciones sexuales y las soluciones a estos problemas.

Y los dos últimos módulos de tratamiento incluyen entrenamiento en habilidades sociales, autoestima, empatía y asertividad.

- El entrenamiento en habilidades sociales enseña al agresor como relacionarse, de formas más efectivas, con parejas adultas, como iniciar una conversación, mantenerla y manejar esas habilidades necesarias para tener contactos sociales apropiados.
- El entrenamiento en asertividad incluye enseñar como expresar sus sentimientos, como solicitar cambios en los demás y en general como expresar emociones.

Sobre esta misma línea Muse y Frigola (2003) citan una serie de tratamientos y técnicas para cada tipo de agresor. Primero se encuentran las técnicas de que se han basado principalmente en la aplicación de métodos aversivos de extinción fundados en el paradigma del condicionamiento clásico. Terapéuticamente, se asocia un estímulo aversivo incondicionado con una respuesta condicionada no deseada. La esperanza terapéutica es la de producir una nueva respuesta condicionada, tipo aversiva, en presencia de los estímulos condicionados provocadores de la respuesta sexual disfuncional como son, la sensibilización encubierta ya mencionada y las descargas eléctricas. Dentro de los tratamientos enfocados por cada perpetrador de la violación sexual, que en muchos casos, tiene en común rasgos que caracterizan con ciertas parafilias como el voyeurismo y la pedofilia. Mientras los tratamientos médicos tales como el uso de terapia hormonal y medicamentos psicoactivos para reducir las tendencias. En el tratamiento del violador, se elabora un programa terapéutico especialmente moldeado para cada individuo, con intervenciones en particular identificadas por el procedimiento de evaluación y diagnóstico. No obstante, las intervenciones, en general, suelen incluir:

1) Intervenciones designadas a cambiar las emociones ligadas al asalto sexual de otros: Resolución a la rabia, odio, sentimientos agresivos. Refuerzo de las capacidades de resistir impulsos, y de retrasar la gratificación. Cultivación de la adquisición de las habilidades de dar y recibir afecto. Descondicionamiento de la respuesta sexual realizada a violencia y humillación de otros.

2) Intervenciones designadas a cambiar las actitudes ligadas a la victimización de otros: Refutación de ideas que llevan al perpetrador a justificar sus acciones. Despejar las nociones de que la otra persona merecía e incluso deseaba estar victimizada. Comprensión, a través del entrenamiento en empatía, de cómo se siente al ser la víctima.

3) Intervenciones designadas a fomentar la conducta de apareamiento no coercitiva, o sea, entrenamiento social en cómo iniciar una relación y cómo hacer avances sexuales apropiados. Para obtener los cambios deseados, se puede utilizar varias técnicas, que incluyen:

- Interacción grupal con víctimas de violación para acercar al perpetrador a las profundas cicatrices que la violencia sexual deja en la víctima.

- Técnicas de contracondicionamiento que enlazan conductas sexuales no deseadas (imágenes sexuales con violencia) con consecuencias negativas (encarcelamiento fantaseado); en ocasiones estímulos nocivos (oler sales hediondas). También son enlazados para reforzar la aversión hacia la respuesta no deseada.

- Ensayos de habilidades sociales en el que el paciente aprende, a través del ensayo de un papel, la expresión de forma apropiada del afecto en la relación sexual.
- Psicoterapia grupal/individual dirigida a situaciones y temas de preocupación para reducir la sintomatología de depresión o ansiedad, y que refuerzan un nivel personal de funcionamiento óptimo.

Otro tipo de tratamiento clínico es el dirigido a la pedofilia, igual que el de la violación sexual, implica temas legales y éticos tales como el deber de informar a las autoridades de un caso activo de abuso de un menor, la obligación del paciente a estar en terapia por orden judicial, etc. Son temas que no siempre permiten una interpretación clara de las responsabilidades legales u ontológicas del clínico. Por lo que es importante que psicólogo que trabaja en el campo del tratamiento de agresiones sexuales haya de estar bien enterado de la legislación pertinente en su jurisdicción. Una gran parte del tratamiento para el paciente que padece una pedofilia secundaria se basa en recalcar el daño que la explotación sexual de menores causa en la víctima. Como este grado de la pedofilia se caracteriza por remordimientos por parte del perpetrador, el hecho de destacar las secuelas que la explotación sexual desencadena en el desarrollo de una persona de corta edad puede penetrar las defensas de negación y racionalización que se suelen ver con esta población de pedófilos. Como la conducta explotadora en la pedofilia de segundo grado es, en gran parte, el resultado de determinadas frustraciones en la vida del perpetrador, es posible la identificación de los estímulos que disparan los impulsos pedófilos, y así prevenir su eventual expresión. Si a un paciente le resulta más probable abusar, después de un periodo relativamente austero en sexualidad con su esposa, bebe alcohol, esa persona podría vigilar el alcohol durante los periodos de frustración sexual. También de gran utilidad en la terapia de la pedofilia secundaria es cualquier intento de resolver conflictos crónicos que predisponen a la persona a reincidir. En un caso como el que se acaba de exponer, una terapia sexual dirigida a la pareja trataría de reducir la privación al coito y, así, procuraría incrementar la satisfacción sexual entre los adultos, dando, en potencia, una ventaja en el tratamiento de la pedofilia. De igual manera, tratando el alcoholismo, la timidez, el aislamiento social o el matrimonio desierto de afecto serían intervenciones terapéuticas esenciales cuando se comprueba que la conducta pedofilia está condicionada por factores de estrés específicos. El tratamiento del pedófilo de primer grado también requiere examinar con el paciente las consecuencias negativas de su conducta sexual en sus víctimas. Sin embargo, el pedófilo de primer grado carece de la misma capacidad de autorreflexión que el de segundo grado, y se percibe

frecuentemente en la terapia que el paciente es mínimamente accesible cuando el psicólogo intenta hacerle apreciar, mediante la diseminación de información y la facilitación de empatía, del enorme daño de sus acciones.

La terapia propia del pedófilo de primer grado es la conductual, y en especial el contracondicionamiento. Tal terapia consiste en el condicionamiento aversivo de los pensamientos, imágenes e impulsos pedófilos, y en el condicionamiento nuevo de pensamientos, imágenes y conductas sexuales apropiadas. El uso de condicionamiento encubierto durante el cual la conducta pedófila es imaginada y asociada a consecuencias nocivas (como el estímulo desagradable de oler amoníaco o el de imaginar ser detenido por la policía) está combinado con la práctica de la masturbación (u otras actividades placenteras) asociada a imágenes que incluyen una relación sexual y afectuosa con un adulto. Mientras que el contracondicionamiento es opcional con el pedófilo de segundo grado, es imprescindible para el tratamiento del pedófilo de primer grado. El efecto del contracondicionamiento puede tardar unos meses en reducir el riesgo del comportamiento pedófilo, y es prudente en casos en los cuales el paciente no está encarcelado considerar emplear temporalmente un fármaco capaz de suprimir parcialmente el interés sexual.

Un tratamiento mas que cita el autor es el dirigido al compulsivo sexual el cual divide en 3 tipos que a continuación se presentarán:

- La compulsión primaria hacia el consumo de la pornografía se desarrolla al principio de la vida sexual y se mantiene en potencia a lo largo de la vida. La persona que padece de esta tendencia ha experimentado un alto índice (casi diario) de masturbación acompañada de materia pornográfica desde una edad temprana, y ha llegado a preferir la excitación lograda con la ayuda de pornografía a la que resulta de tener relaciones sexuales con otra persona. Tal individuo mantiene un gran interés en el consumo de la pornografía y, parentéticamente, pero no necesariamente, en la masturbación, a pesar de tener acceso al sexo en pareja. Cuando hay coito, suele ocurrir la disfunción sexual de incompetencia eyaculatoria. En los trastornos de personalidades, la tendencia esquizoide está, relacionada con esta condición.
- La compulsión secundaria hacia el consumo de pornografía se desarrolla situacionalmente, y suele resolverse cuando el contexto que la engendra se resuelve. Los que experimentan esta condición desarrollaron un patrón moderado de masturbación durante la etapa de pubertad, y mostraron un interés sexual tanto en masturbación como en contacto sexual con otra persona durante la adolescencia. De hecho, la persona mantiene la preferencia para el sexo en pareja durante la edad

adulto, pero ocasionalmente se masturba, a veces con la ayuda de pornografía. El intermitente incremento en la pornografía siempre está ligado a la masturbación y coincide con restricciones de acceso al sexo en pareja. Esta condición no se diagnostica como trastorno si no incomoda a la persona o si no se convierte en un hábito disfuncional. A menudo, el tratamiento indicado es una terapia de pareja para explorar la diferencia del deseo sexual entre los dos compañeros. No obstante, para algunos individuos esta inclinación conlleva consecuencias negativas de gran magnitud cuando llegan a preferir o a necesitar este contacto en lugar de una relación sexual de pareja. La tercera categoría de compulsiones sexuales, la de la promiscuidad con múltiples personas relativamente desconocidas, abarca dos subtipos: el llamado "Síndrome de Don Juan", y el de la autodestrucción.

Los tratamientos diferenciales de los primeros dos tipos de compulsiones sexuales, los del consumo de pornografía y del sexo pagado, siguen la división de subtipos en primer y segundo grado. Para las compulsiones de segundo grado, tanto en la del consumo de pornografía como en la del sexo pagado, la clave al tratamiento es la reducción del estrés y el incremento del acceso sexual en pareja. Métodos de manejo del estrés como el entrenamiento de la relajación, el manejo del tiempo, el ejercicio físico y el cultivo de un estilo de vida saludable son especialmente indicados para aliviar la compulsión sexual que proviene de intentos por parte del paciente de aliviar ansiedad y tensión mediante el sexo. En la terapia de las compulsiones sexuales de segundo grado, también están indicados esfuerzos para reducir la frustración sexual que viene a raíz de una falta de acceso al sexo en pareja. La terapia de pareja o la sexoterapia propiamente dicha están indicadas donde hay pareja, y el entrenamiento en habilidades sociales en los casos donde haya la necesidad de lograr tener una relación. En cambio, el tratamiento de las compulsiones sexuales de primer grado requiere una terapia más profunda en la cual el paciente procura transferir su preferencia para la pornografía o el sexo pagado al sexo en pareja. Como no se trata de una preferencia circunstancial, el desafío aquí es el de cambiar una preferencia duradera y bien arraigada. La terapia suele necesitar un contracondicionamiento que permita extinguir la preferencia original y, al mismo tiempo, cultivar la nueva dirección. Conjuntamente con el contracondicionamiento es importante investigar con el paciente sus motivos para querer cambiar. Si su compulsión no le es egodistónica, será difícil que el paciente se invierta en la terapia conductual si no hay otro imperativo que le motiva en serio. Una investigación a fondo de la motivación del paciente

tiene la potencia de sacar a la luz las consecuencias negativas de la compulsión y, así, ayudar a sostener la motivación necesaria para triunfar con una condición de pronóstico tan reservado.

El tratamiento del tercer tipo de compulsión sexual, el de la promiscuidad, se basa en el tratamiento del narcisismo, o del histrionismo, que son las condiciones que están en el fondo del síndrome de don Juan, con una terapia más bien psicodinámica que permita cambiar la vulnerabilidad existencial del paciente mediante una transferencia/modeling con un terapeuta que muestra cómo el valor del individuo viene de mucho más allá de su atracción sexual o "sex appeal". En efecto, el paciente que sufre de la compulsión narcisista de ver su valor reflejado en el espejo de otro, mediante el aprecio sexual, requiere una terapia que parte de la suposición de que el paciente no vale por sí, sino que tiene que probarse, para evitar lo que más teme el espectro de que no es apreciable, que es defectuoso o carente de atracción y así reivindicarse en el área pública, ya que su auto-aprecio no le permite estar tranquilo con lo que es. Tal terapia sería, en principio, una terapia psicodinámica/humanista que engendra una sensación de libertad de ser como uno es. Al mismo tiempo, la terapia dirigiría al paciente hacia la obtención de una meta loable: formar una relación duradera en la cual el paciente se ve reflejado, no por una proyección distorsionada, sino por el aprecio verdadero de otra persona. Cabe mencionar que este tratamiento es más enfocado a las parafilias que más adelante se explicarán debido a que esta sumamente relacionada con la agresión sexual.

Una propuesta de tratamiento que sugiere Terol (2008) para delincuentes sexuales con componente psicopático, el primero va dirigido al internamiento a una institución penal, lo que trae en sí diversas dificultades por la diversidad de agresores y deficiencias del mismo sistema, por lo que como psicólogo o especialista de la salud mental al elaborar un tratamiento de tomar en cuenta como objetivos terapéuticos diversas problemáticas por ejemplo carencias educativas, alternativas a las conductas delictivas, competencias psicosociales, los problemas relacionados con riesgo de violencia y prevención de recaída

En este caso la modalidad cognitivo-conductual, tanto grupal como individual, ha sido y sigue siendo la más utilizada por su efectividad a corto y largo plazo, a la hora de trabajar con conductas delictivas. En todo momento se debe considerar la motivación del individuo creando un ambiente positivo y consistente y haciéndoles comprender los aspectos deletéreos de sus conductas antisociales para con ellos mismos. El desarrollo de autocontrol y la abstinencia de drogas, la prevención de recaída y la elaboración de

planes realistas en la comunidad son factores primordiales antes de prepararles para un tercer grado o condicional. Los tratamientos, como se ha mencionado anteriormente, deben ser diseñados individualmente e impartidos por equipos multidisciplinarios. El paso de un grado a otro podría ser contingente a su evolución, adherencia y progreso en el tratamiento. En cualquier modalidad de tratamiento debemos considerar y vencer las primeras dificultades con las que nos vamos a encontrar como son la ausencia de motivación a seguir el tratamiento, las resistencias en formas de mecanismos de defensa, el nivel de agresividad, el aislamiento y las drogas. Una de las resistencias más comunes es la negación y minimización de las conductas, más importante y crucial de todo tratamiento. La agresividad de los internos en una institución puede a la vez causar graves problemas entre los compañeros así como perturbaciones del orden en las unidades. El tratamiento será inefectivo si el individuo no reconoce su conducta abusiva aunque en verdad la mayoría de los criminales empiezan los tratamientos con cierto grado de negación y el disminuirla es un proceso gradual.

Una de las prioridades en las instituciones sería el entrenamiento del equipo en apaciguamiento verbal y habilidades disuasorias, el enseñarles modelos prosociales y controlar la exposición a los medios o modelos violentos.

También está el tratamiento o programas en la comunidad el cual es dirigido a la prevención de reincidencia, la libertad condicional en el que debe incluir la asistencia a un centro de día donde se regulen y controlen los tratamientos además de contar con la supervisión y apoyo de los agentes de la condicional. En los centros, las intervenciones serán apropiadas, individualizadas e implementadas por un equipo preparado y responsable con metas claramente definidas y realistas. Los programas se adecuarán a las necesidades del individuo y del contexto siendo una continuación del que siguieron en fase de internamiento (modalidad y técnicas), mencionado anteriormente. Dentro de estos tratamientos y técnicas se retoman la que Noguero propone anteriormente como es el desarrollo de habilidades sociales, y estrategia cognitivas añadiendo las técnicas de relajación. El autor refiere que las primeras intervenciones estarán dedicadas a:

- Crear un ambiente positivo y consistente Para ello como decíamos al principio el terapeuta tiene que tener ciertas características humanas y a pesar de la repugnancia y sentimientos encontrados que estos individuos nos pueden causar debemos vencerlos no solo para poder tratarlos sino para implementar el bienestar de la comunidad. Nuestra contratransferencia puede actuar como una desventaja y por ello

antes de plantearnos ningún tipo de intervención deberíamos explorar nuestros sentimientos. Para crear un ambiente positivo lo primero en nuestro repertorio es el crear un rapport honesto desde el cual poder relacionarse abiertamente estableciendo límites firmes, justos y consistentes. No se debe interpretar los motivos encubiertos de sus conductas ni pretender que sabemos por que han actuado de tal o cual manera sino tratar de recabar la mayor información posible. Esta información ayudará a saber de que lugar remoto les vienen sus tendencias, es decir si se originaron en el dolor, en la ira, en la decepción, en el rechazo o el abandono. Con ello tendremos un arma y un lugar para poder reunirnos con sus más íntimos traumas y reconducirlos desde allí a un lugar más seguro donde puedan empezar a expresar emocionalmente lo que vienen expresando conductualmente.

- Incrementar la motivación y reducir las resistencias. Una vez establecido el rapport, lo cual puede tardar en suceder dependiendo de la personalidad del terapeuta y la conexión entre éste y el paciente, pasaremos a incrementar la motivación y reducir las resistencias haciéndoles comprender los aspectos perjudiciales de su conducta agresiva y psicopática y como les afecta, la motivación para el tratamiento es la base del éxito de éste. La motivación al cambio tiene que venir desde dentro y para obtener algo interno y estable que les facilite una vida normal y sin delitos. Tienen que introyectar el concepto de que su conducta no solo es detrimental para la comunidad sino para ellos mismos. Es difícil que se resistan cuando les exponemos las consecuencias que su conducta ha tenido para ellos. Una de las ventajas y beneficios de poder establecer una relación de honestidad y de contención emotiva incondicional con estos individuos es el hecho de que puedan generalizar esta relación a su vida familiar y social.

Las intervenciones a un nivel secundario se deben enfocar a desarrollar el autocontrol, a reducir las distorsiones cognitivas que mantienen su conducta y a desaprender conductas psicopáticas y negociación de alternativas a conductas delictivas cambiando el pensamiento criminal por un pensamiento prosocial. En cuanto la adquisición de habilidades y formación profesional se debe reforzar factores de protección naturales como sería la pareja, familia, apoyo social y tolerancia a la frustración, aplicar estrategias educativas o de ayuda social para compensar las carencias y preparar un plan de prevención de recaída enseñándoles a reconocer los detonadores y precursores de su conducta psicopática. Lo que más preocupa en este nivel comunitario es cambiar su conducta o las manifestaciones de ésta, porque es lo que resulta peligroso para la

comunidad. Más adelante si el individuo continúa el tratamiento se ha de explorar otras áreas más profundas de su personalidad y la psicodinámica de sus acciones, siempre que los rasgos psicopáticos estén dentro de un grado de leve a moderado.

En Chile se desarrolla una terapia grupal e individual de hombres que ejercen cualquier tipo de violencia sea esta física, psicológica o sexual, con un enfoque humanista, que se desarrolla entre 1998 y 2001 y se basa en la idea que cada acto o conducta del consultante puede dar cuenta de su modo de interacción con el medio. Partiendo de esta base, el tratamiento aspira a aumentar la conciencia de sí mismo y de su situación actual; se trata de centrar al consultante en la experiencia de su "ser". Este aumento en su conciencia, activando su sabiduría orgánica, dará paso a nuevas formas de actuar en el mundo, que podrán ponerse en práctica durante el proceso terapéutico, en la interacción con los otros participantes. Guiándose fundamentalmente de Latner (1973), en esta terapia no es necesario centrarse en el tema o aspecto más significativo o de mayor influencia; para los consultantes esto es: la violencia conyugal. Se considera que "la mayoría de los ejemplos de violencia contra nosotros mismos, y también contra los demás son representaciones de nuestros conflictos." Es efectivo que durante la terapia se puede tratar el tema de la violencia, pero cuando este nace de una inquietud de cierto participante o cuando tiene relación con su presente, aquí y ahora, en caso contrario, el tema de la violencia, sólo está presente en el compromiso inicial de no ejercer violencia mientras se asista al tratamiento. Otro aspecto relevante en relación con la integración de distintas técnicas con el objetivo de aumentar la conciencia, rescatando del conjunto de terapias de encuentro el comienzo con un calentamiento activo y a menudo corporal, destinado a implicar a los individuos, a mostrar en los participantes sus propios bloqueos y dificultades y a proporcionarles ganas de trabajar y expresarse en el grupo. Se trata de incentivar el contacto con los otros y su disposición a la confrontación y recorrido de su experiencia en el aquí y ahora. Las técnicas utilizadas para este fin, pueden incluir fuentes como el Psicoanálisis y Psicodrama, etc. Por lo tanto, no se trata de un proceso mecánico, se trata de desarrollar las aptitudes del contacto, del compromiso, de la discriminación, de la manipulación, y así estimular el camino hacia una exploración más completa del campo. Siguiendo a Latner, el progreso en la terapia se apoya en el aumento y la expansión de las funciones de contacto, como nuevo apoyo para un posterior mayor contacto, como una experiencia segura. También el tratamiento se orienta a experiencias emocionales cruciales, a fin de buscar con los consultantes el

significado de aquella emoción intensa que surge en el trabajo de dichas experiencias. Otras reglas que se incluyen de la Terapia Gestalt en grupo es la técnica del contrario, que consiste en pedir al cliente que simule lo contrario a su estado y la regla de la confrontación, que es poner al paciente frente a cada uno de sus compañeros para contactarse con ellos y dejar sus fantasías con respecto a lo que ellos son, piensan o esperan de él. También, se presta atención al lenguaje, y sobre todo aquellos aspectos de la forma en que nos expresamos, como un aspecto de comprensión y expresión de nuestras vidas. El rol del terapeuta también coincide con el enfoque gestáltico, se trata de llevar al paciente a la etapa explosiva, definida por Perls, usando las herramientas de la conciencia, el experimento y el encuentro entre el paciente y los otros, sobre todo con el terapeuta. Para esto es necesario que el terapeuta se encuentre en contacto consigo mismo, con el paciente y con las necesidades del momento y por supuesto del grupo. Según los terapeutas de la línea de Atención de Hombres, esta terapia se tipifica como una modalidad de Terapia Coactiva, es decir, que cuenta con el contexto de obligatoriedad para ingresar a la terapia, lo cual incide en la situación de vida de los consultantes y en su concepción del tratamiento. Por otra parte, la duración de éste abarca, las veinticuatro sesiones mínimas, tiempo insuficiente para llevar a un cambio real en los aspectos preponderantes de cualquier enfoque terapéutico que no se centre en el síntoma, sino en el soporte estructural amplio de éste. En el caso de la terapia o tratamiento individual los terapeutas informan que un atisbo de reconocimiento de la propia responsabilidad en estos actos, por parte de los consultantes, no proviene de la presencia de agresiones, sino de la posibilidad que el uso de la violencia esté siendo desmedido. Esto facilitaría una disminución inicial rápida de las manifestaciones de violencia en el hogar. Asimismo se asiste a la toma de contacto con el propio dolor de agredir y del estilo de relación que han instalado con su pareja. Luego, al reconocer el dolor en otros, los ciclos de violencia se van integrando en la propia historia. En una segunda etapa se identifica la asunción de la responsabilidad por la violencia, donde se trata el estilo de relación de pareja. No todos los casos llegan a esta etapa, quedándose algunos adheridos a una vivencia pasiva de su dolor. Un elemento surgido de la experiencia con estos hombres, aún no explorado suficientemente, es la dependencia afectiva en el tipo de relación que establecen, lo cual se traduce en dificultad significativa para lograr relacionarse con un estado determinado de la pareja sin contaminarse afectivamente por este estado, o lo más frecuente, responder con rabia a dicha manifestación. Por otra parte, el tratamiento se focaliza en el reconocimiento de los

sentimientos propios, que generalmente son expresados como rabia e impotencia. Adicionalmente, se trabaja la historia de su relación de pareja, relevando la instalación del abuso, y por otra parte, la historia personal como proceso de desarrollo de identidad, enfrentándose al abandono, a la exigencia de no repetir en la propia vida adulta lo experimentado como hijo, a la diferencia entre lo interesante de la vida laboral frente a lo conflictiva y frustrante que se observa la vida familiar Citado en Salgado (2004).

La terapia psicoanalítica y psicodinámica según Soria y Hernández (1994) se basan en la identificación y resolución de los conflictos primarios con el fin de reducir la ansiedad del individuo con parejas apropiadas y reducir sus fantasías sexuales desviadas. Desde este enfoque psicodinámico de acuerdo a Noguerol (2005) en el estudio de los agresores sexuales, se evaluaría la génesis de la perversión, del odio hacia la figura objeto de agresión, la infancia o la figura femenina. Se ira, por tanto descubriendo el motivo que llevo a la realización de su conducta perversa y porque llevo a cabo el abuso analizando si la causa es por despecho, por desamor, venganza etc. Una vez descubierto el motivo o motivos, siempre y que no se trate de un psicópata o este gravemente perturbado, consideran que se puede trabajar con el agresor poniéndole en contacto con situaciones y emociones actuales, analizando la similitud entre sus sentimientos pasados y los presentes. Por lo que el proceso de tratamiento consiste en poner en contacto las situaciones pasadas con las presentes a través del relato de los recuerdos o de los sueños. En esta línea se trabaja tanto con la palabra como con los pensamientos y fantasías asociadas a las ideas: ¿Qué ideas te vienen a la cabeza? (entendido que toda idea tiene una representación mental) y a su vez se analiza porque no se formó en el paciente la represión que garantiza, en otras personas, no realizar agresiones sexuales, confrontando cómo se ha configurado las diferentes fantasías así como los vínculos y la sexualidad, que es la psicosexualidad del individuo. La autora también comenta que se analizaran los mecanismos de defensa empleados para llegar a las escenas aversivas y las fantasías en el momento de la agresión y poder conectar su historia o recuerdos traumáticos. También aborda la necesidad de apego de todo individuo, la necesidad sensual y sexual con la exploración de sus tensiones o déficit sensoriales, trabajando así la empatía con esta carencia de maduración psíquica y se explica con los modelos que se construyeron de su familia y así organizar el proceso de construcción de su personalidad. Sobre esta misma perspectiva en Salgado (2004) se propone una terapia de grupo psicoanalítica donde Samuel Slavson, Alexander Wolf y Emanuel Schwartz integraron en

forma sistemática los conceptos psicoanalíticos a la terapia grupal, fundamentalmente resistencia, transferencia y la interpretación. En la que la tarea del terapeuta consiste en interpretar al paciente como sus actitudes hacia él o hacia los otros, correspondía a una expresión de su resistencia a la conciencia, al insight, o a una transferencia de una temprana y generalmente dolorosa forma de relacionarse con sus padres, a su vez estos tres autores plantean a la grupalidad como básica en nuestra subsistencia biológica y mental, además del requisito fundamental de una psiquis sana. Constituye la extensión natural de la relación con la madre y la manera de recomponer aquellas interferencias con el desarrollo sano, producto de la extensión o reducción inadecuada de las distintas fases de entrenamiento del niño hasta su etapa adulta, también se enfatiza la expresión de los conflictos y sentimientos infantiles en distintas actividades, la que va teniendo algunas mutaciones y avance en la edad de su población objetivo. Se sugiere que los grupos sean pequeños debido a que se asemejan a las familias, existe en ellos una estimulación mayor a reactivar las actitudes y conductas condicionadas por el medio familiar. En este sentido, en todo grupo pequeño se establece la constelación familiar imaginaria, el líder representando al padre y el grupo a la madre. Consistentemente con esto último, la aceptación y aprobación del grupo son fundamentales, más que la autoridad del líder.

La eficacia de los diferentes tratamientos anteriormente expuestos no se conocen en su totalidad, pero específicamente los métodos con enfoque cognitivo conductual han mostrado resultados favorables y efectivos para el tratamiento de agresores sexuales.

Valencia y cols. (2008) expone los niveles de reincidencia del agresor sexual basados en el programa de Control de Agresión Sexual (CAS) aplicado en España en los que se nos exponen los siguientes resultados. Antes del tratamiento en una muestra de 43 agresores reincidieron 15, de los cuales 11 no se sometieron al tratamiento posteriormente y 4 participaron en el tratamiento después de entrar a prisión. Después de estar en el tratamiento CAS de los 43 agresores solo 7 reincidieron. Otra investigación que nos habla al respecto es la expuesta por Redondo (2006) con el programa de Control de la Agresión Sexual (SAC) siendo de esta investigación los resultados más importantes, que 49 sujetos integrantes del grupo de tratamiento han reincidido en delitos sexuales, a lo largo de un periodo de seguimiento de cuatro años, 2 sujetos (4,1%) y en delitos no sexuales 1 sujeto (2,0%), lo que suma una reincidencia total de 3 sujetos (6,1%). Frente a ello, de los 74 integrantes del grupo de control, durante un periodo de seguimiento de tres años y medio, 13 sujetos (el 18,2%) han reincidido en

delitos sexuales y 10 más en delitos no sexuales (13,6%), lo que aúna un total de 23 sujetos reincidentes (el 31,8%). Todas estas diferencias entre los grupos resultan estadísticamente significativas. Estos resultados confirman en esencia la hipótesis principal de esta investigación, a saber: la eficacia del tratamiento cognitivo conductual aplicado con los agresores sexuales en la prisión de Brians. El tratamiento logra reducir la reincidencia sexual en un 14,1%, que resulta de la diferencia entre la tasa del grupo de control, que es de 18,2%, y la del grupo de tratamiento, que es del 4,1%. Considero importante los avances de las investigaciones citadas anteriormente, pero hace falta mayor interés para perfeccionar estos tratamientos no solamente de un solo enfoque sino que haya mayores investigaciones para corroborar la eficacia en todas las perspectivas psicológicas.

2.8 Trastornos asociados

En el siguiente apartado se verán los trastornos con los que mas se asocia el agresor sexual. Navarro (2004) expone una tabla resumen de la estimación del riesgo de reincidencia en base a perfiles y tipologías en agresores sexuales y violentos.

	Riesgo	Plazo
A Delincuentes sexuales:		
1. Trastornos de la personalidad:		
– trastorno psicopático:	muy alto	corto
– trastorno sádico	muy alto	corto
– trastorno antisocial:	medio	medio
– trastorno límite:	medio	corto
2. Agresores sexuales en serie:	muy alto	medio
3. Agresores sexuales situacionales:	bajo	largo
4. Agresores de menores:	muy alto	corto
5. Abusadores de menores:	bajo/medio/alto	largo
6. Pedófilos:	alto	medio

A continuación se desarrollará, aquellos trastornos que no se han tomado en cuenta durante la presentación del trabajo. El primero es el Trastorno psicopático, que menciona el autor y que no es tomando en cuenta en DSM-IV y que trata a la psicopatía de manera diferenciada respecto a lo que sería el trastorno antisocial (sería más bien casi un

subgrupo), pero para hacer predicción respecto a reincidencia en delitos graves resulta útil tenerla en cuenta como categoría diferenciada. El autor siguió el concepto de Hare y lo estableció como el grupo de sujetos que obtiene una valoración entre 18 y 24 en la PCL-SV (Anexo 2) . En el cual la psicopatía al modo de Hare es un trastorno de la personalidad que se manifiesta en tres niveles o componentes:

– Relaciones interpersonales: sujetos egocéntricos, manipuladores y dominantes
– Componente afectivo: emociones superficiales y lábiles, dificultades para mantener lazos afectivos estables, ausencia de empatía, de ansiedad o de remordimientos por los delitos.

– Área conductual: personas impulsivas y buscadoras de sensaciones, con tendencia a subvenir las normas sociales, lo que les lleva a la comisión de actos delictivos y al consumo de drogas. Según parece, lo más probable es que las personalidades psicopáticas surjan de la combinación de factores predisponentes genéticos, un proceso de socialización inadecuado y un medio social que promueve los comportamientos egocéntricos y violentos

— Trastorno sádico. Es otra entidad que el DSM-IV no reconoce en la actualidad, se dan casos de comorbilidad, es decir que algunos psicópatas pueden tener también un trastorno sádico asociado (así como otras parafilias). Constituye un cuadro poco conocido y no demasiado abundante en los centros penitenciarios, pero que conviene mencionar atendiendo a la gravedad de los delitos que pueden llegar a cometer. Los criterios para su diagnóstico serían:

A. Patrón patológico de conducta cruel, vejatoria y agresiva que comienza en los inicios de la edad adulta, y que se manifiesta por la presencia reiterada de como mínimo cuatro de las siguientes características:

1. Ha utilizado la crueldad física o la violencia con la finalidad de establecer una relación dominante (sin que necesariamente sirva para otros fines, como cometer un robo).
2. Humillar o tratar vejatoriamente a alguien en presencia de un tercero
3. Tratar o castigar con excesiva dureza a un subordinado.
4. Divertirse o disfrutar con el sufrimiento físico o psicológico de los demás (también se incluye animales)
5. Decir mentiras con la finalidad de provocar daño a alguien.
6. Conseguir imponer la propia voluntad a otros atemorizándolos con intimidación, causando terror.

7. Restringir la autonomía de la gente más próxima
8. Mostrar fascinación por la violencia, las armas, las artes marciales, las heridas o la tortura.

B. La conducta descrita en A no se ha dirigido únicamente hacia una persona, ni ha tenido como finalidad única la excitación sexual (como en el caso del sado-masochismo sexual. La existencia de delitos graves o la gravedad y el estilo de los hechos descritos en el testimonio de sentencia nos pueden poner en la pista de la presencia del trastorno, pero es útil conocer el perfil descriptivo, ya que por sus mismas características pueden pasar desapercibidos a lo largo del cumplimiento de la condena, e incluso puede llegar a pasar como personas totalmente adaptadas y modélicas. Los parámetros básicos serían:

- Casi siempre es de sexo varón.
- Introspectivo y distante.
- Escasas relaciones de amistad y poco profundas.
- Tiende a evitar las actividades de grupo.
- Puede parecer estudioso, tímido, pedante, como con falta de impulso.
- A menudo se presenta como pseudos-intelectual.
- Puede ser descrito por los demás como una persona tranquila, reservada, poco comunicativa, retraída, distante, bondadosa, agradable.
- Generalmente no responde a ataques violentos, por lo que raramente se le asocia a conductas de violencia extrema de motivaciones sexuales.
 - Puede manifestar rasgos obsesivos relacionados con el orden, la limpieza o su apariencia.
- Se siente diferente de los demás hasta el punto de aislarse.
- Generalmente no bebe ni fuma.
- Sentimiento de inferioridad, con excepción de lo relacionado con los delitos, que le hacen sentirse superior.
- Propensión a cometer delitos en los momentos de pérdida de autoestima o atentado a su masculinidad, en especial si proviene de una mujer.
- A menudo puede tratarse de una persona vanidosa, narcisista y egocéntrica, con tendencia a sentirse inmune a la acción de la justicia.
- Vida de fantasía muy activa. Imagina escenas sádicas que después interpreta en los delitos. Las fantasías le llenan más que la vida ordinaria, disminuyendo la importancia que da a la vida externa y a las personas.
- Emocionalidad plana ante las fantasías y actos de crueldad que comete.

- Sin remordimientos por sus delitos. Puede llegar a expresar arrepentimiento, pero no lo sentirá realmente.
- Muestra disociación entre la conciencia y la emocionalidad: puede ser consciente del dolor infringido, pero no sentir nada al respecto.
- Durante las entrevistas puede presentarse como una persona totalmente normal. Solo un estudio más profundo de su personalidad develará los rasgos sádicos.
- Pueden sentir placer hablando de lo que han hecho, consiguiendo una satisfacción de tipo exhibicionista.
- En prisión tienden al aislamiento, evitando crear relaciones que le comprometan. Generalmente el comportamiento es muy adaptado y de buena conducta. La trampa es que con el tiempo puede utilizar esto para conseguir beneficios penitenciarios que supongan un mayor acercamiento al exterior sin que se haya podido incidir adecuadamente en su problemática. La presencia de estos rasgos nos debe alertar en el sentido de tomar las medidas oportunas para evitar las graves consecuencias que puede representar su contacto con el medio externo.
- Agresores sexuales en serie, que el autor refiere como el grupo de personas que sin presentar un trastorno de la personalidad claro han cometido al menos dos agresiones sexuales a mujeres adultas, independientemente de su intensidad. Suelen presentar características comunes en cuanto a déficit en habilidades de relación, baja autoestima y bajo nivel de competencias psicosociales en general. Los niveles de asertividad son también bajos y en las épocas de crisis experimentan fuerte inseguridad e incapacidad para el autocontrol.

—Trastorno antisocial (TAP). Suelen cometer sus delitos sexuales en el transcurso de otros delitos, generalmente un robo. Kenberg (1994) desde un enfoque psicodinámico postula que esta personalidad presenta rasgos típicos del trastorno narcisista de la personalidad, más una patología de sus sistemas internalizados de moral (las funciones superyoicas) y en particular un deterioro de su mundo de relaciones objétales internalizadas. Los síntomas típicos que refiere al autor en este trastorno son la autorreferencia y autocentrismo excesivo; la grandiosidad y las características derivadas del exhibicionismo, dependencia excesiva de la admiración, superficialidad emocional y estallidos de inseguridad excesiva que alternan con la grandiosidad. En el ámbito de las relaciones objétales patológicas, que predominan son la envidia inmoderada (consciente e inconsciente); la desvalorización de los demás como defensa contra la envidia, la

tendencia de explotación puesta de manifiesto como codicia y el compromiso con los otros. También refiere que aquellas personas que presentan un grado de patología del superyó, manifiestan comportamientos como, incapacidad para experimentar tristeza autorrefleja, oscilaciones profundas del estado de ánimo, predominio de la vergüenza en la regulación intrapsíquica de la conducta social y un sistema de valores mas infantil que adulto. La persona antisocial no tiene ningún sentido del tiempo ni de la planificación del futuro, solo prevé el remedio de los malestares presentes y la reducción de tensión logrando de inmediato las metas deseadas.

Por otra parte Noguero (2005) cita que este trastorno se asocia en la mayoría de las veces con la agresión/violencia sexual, el cual se manifiesta en conductas impulsivas, irritabilidad, agresividad, falta de responsabilidad familiar con frecuentes maltratos, abandono de las obligaciones familiares y por último la separación y ruptura.

Los Criterios para el diagnóstico de F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (301.7) en base al DSM-IV y CIE-10 se basan en

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
5. despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

Otro trastorno también muy relacionado es el trastorno límite de la personalidad el cual es típico encontrar un exceso de agresión en los conflictos edípicos, de modo que la imagen del rival edípico adquiere características aterradoras, abrumadoramente peligrosas y destructivas; hay también angustia de castración y envidia del falo en una forma exagerada, y prohibiciones contra el sexo que tiene una calidad salvaje, primitiva, puesta de manifiesto en tendencias masoquistas graves, las idealizaciones del objeto amoroso son exageradas y tienen marcadas funciones defensivas contra la ira primitiva (Kernberg, 1994).

En el caso del trastorno límite de la personalidad en base al DSM-IV Y CIE-10 se toman en cuenta los siguientes criterios para su diagnóstico.

F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

También esta el trastorno por estrés postraumático, el cual explica Noguero (2005) se desarrolla debido a que en su infancia han sido víctimas en su infancia del algún tipo de violencia o abuso sexual, maltrato físico o emocional, que desarrolla una sintomatología, como activación, re-experimentación, evitación. También menciona que la agresión/violencia sexual un hecho traumático es una forma de liberar la tensión, cambiando de este modo el rol de víctima por el ofensor y a su vez tener ellos el control de la situación.

Los criterios para dicho trastorno de acuerdo al DSM-IV son lo siguientes:

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

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

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

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

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

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

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

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

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

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

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

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Un trastorno más es el obsesivo compulsivo donde la persona pretende controlar todas las situaciones que giran a su entorno, dándole mayor seguridad ya que seguramente el agresor fue una persona maltratada y seguramente muy criticada durante su infancia (Noguerol, 2005).

Los criterios para su diagnóstico de acuerdo al DSM-IV y CIE- 10 son los siguientes

Criterios para el diagnóstico de

F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (301.4)

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.
2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).
3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).
4. Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).
5. Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.

6. Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.

7. Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.

8. Muestra rigidez y obstinación.

En el siguiente apartado se muestra un tipo de conductas llamadas parafilias que son indicadores claves para el diagnostico de la agresión/violencia sexual, aunque no todas desenlacen en la cópula, muchas de ellas son consideradas agresiones de tipo sexual, debido a que violan o trasgreden la intimidad y libre sexualidad de otra persona.

2.9. Parafilias

Antes de comenzar el tema en si vale la pena comentar que las parafilias no siempre son anómalas es decir que salen fuera de la norma, para esta selección se toman en cuenta diversos factores, Pomeroy hace la propuesta más interesante en el tema de la explicación de lo normal en sexología, cuando plantea que se puede intentar la aplicación de cinco criterios principales para definir la conducta sexual como normal o anormal.

Estadístico: Si la mitad o más de la población la practica la conducta sexual es normal. Depende del lugar, la época, la cultura y la clase social.

Filogenético: Si corresponde con el comportamiento sexual de los mamíferos o de los primates superiores, es normal.

Moral: Los preceptos de una comunidad son muy variables en cada cultura en diferentes épocas, pero suele haber un consenso temporal, registrado en usos, costumbres creencias. Preserva los valores individuales y colectivos.

Legal: El registro de normas escritas y sanciones para defender a las personas y sus propiedades o derechos también abarca lo sexual. Las leyes se cambian y son diferentes en un lugar y otro, pero marcan el consenso.

Social: Las conductas socialmente dominantes que no dañan a la sociedad o a sus miembros, son normales, correctas, adecuadas. Si cada conducta sexual es pasada por el tamiz de estos cinco criterios, podemos establecer el grado de normalidad o anormalidad de la misma Citado en Flores (1999).

Lo anterior sugiere que antes de dar un diagnóstico habrá que conocer el medio en el que se desarrolla el individuo por ejemplo en México la violación a la mujer es considerado un delito mientras que para Sudáfrica no lo es.

El autor nos cita las conductas anómalas de tipo sexual que fue propuesta por Ganan y Simon (1967). y aunque ya no es utilizada, pero plantea una interesante diferenciación de estas conductas. Para ellos, habría tres tipos de anomalías sexuales:

Anomalía, normales: Son socialmente reprobadas pero a su vez son muy comunes, rara vez están en abierto conflicto con el orden social y son útiles como complemento de las costumbres aceptadas. Serían conductas sólo moderadamente anómalas. Estos autores ubican entre ellas a la masturbación, las relaciones prematrimoniales, los contactos oral-genitales heterosexuales, juegos anales, el sexo en presencia de otros, la promiscuidad y hasta las relaciones extramatrimoniales.

Anomalías subculturales y socialmente estructuradas: Son las conductas sexuales más categóricamente reprobadas por la sociedad y en conflicto con los modelos sociales. Entre ellas se cuentan, el intercambio de pareja, el sexo grupal, la homosexualidad.

Anomalías patológicas: Aquí están ubicadas las conductas tales como el incesto, el contacto sexual con niños, el exhibicionismo, el voyeurismo, las injurias agresivas, el sadomasoquismo, la bestialidad, la urolagnia, la coprofilia, la coprofagia y la necrofilia.

En este trabajo se interesara por aquellas anomalías patológicas como menciona el autor debido a que son las más relacionadas con la agresión sexual.

La clasificación de las parafilias, según los criterios del DSM-IV incluye las condiciones de exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia, sadismo, masoquismo, fetichismo, transvestista, voyeurismo, y parafilias no especificadas Citado en Muse y Frigola (2003).

De acuerdo a Cáceres (2001) nos proporciona una serie de explicaciones y teorías por las que se dan las parafilias. La primera explicación de estas conductas, se debe a la imposibilidad o incapacidad que tiene el desviado por conseguir intimidad, la consecuente marcada soledad deriva de un estilo inadecuado de formación de vínculos. Una segunda explicación son las experiencias de abuso y maltrato durante la infancia que como se puede ver anteriormente en el trabajo es un detonador principal y posible causa para el agresor sexual.

Un tercer componente es el desarrollo del impulso sexual como posible causa, y nos habla de la asociación entre la excitación sexual y estímulos señal previamente neutros

que anteceden a tal excitación por lo que existirían estímulos biológicamente preparados para facilitar el desarrollo de tal asociación. Sin embargo a su vez se establece que otros estímulos no necesariamente preparados biológicamente, podrían convertirse en señal como son:

- A través de experiencias sexuales concretas directas.
- A través del proceso de vinculación a otras personas mediante el desarrollo del aprendizaje social.
- A través del proceso de la adquisición de la información y educación sexual.

Asimismo se sostiene que, dependiendo el grado de semejanza existente entre el desarrollo del impulso sexual y el desarrollo social, tal orientación podrá tomar un camino u otro. El autor cita un caso que es importante tomar en cuenta, un fetichista con fijación por lo zapatos, que acudió a la consulta hace algún tiempo, recordaba que la primera vez que asocio un zapato con su proceso excitador tenía 13 años; iba montado en un bicicleta y una mujer con tacones altos pisaba un cigarrillo mientras que el asiento de la bicicleta estimulaba los genitales, al llegar a casa el joven se masturbo recordando la escena del zapato. Con lo anterior el autor no dice que, aquellos individuos cuyo desarrollo del impulso sexual es muy temprano, tenderá a un desarrollo predominantemente homoerótico, mientras que si el impulso sexual se presenta de manera tardía, los estímulos investidos eróticamente tendrían más que ver con las características heterosociales.

Una cuarta explicación que cita Cáceres (2001) es la parafilia como trastorno de las etapas de cortejo en la que de acuerdo a Freund y cols. (1983) esta compuesta por 4 fases que son:

- Fase de localización, consistiría en evaluar y localizar a una eventual pareja sexual.
- Fase de interacción pretáctil afiliativa, que se caracteriza por la emisión de gestos verbales y no verbales con una pareja potencial.
- Fase de interacción táctil, en la que se establece el contacto físico
- Fase copuladora, en ella se produciría la interacción coital.

La teoría del trastorno de cortejo considera a los diversos parafilicos como detentadores de una intensificación o distorsión de alguna de estas cuatro fases. Esta intensificación provocaría que las fases subsiguientes fueran o totalmente omitidas o mantenidas en fase vestigial solamente. Estos fallos o fijaciones diferentes en cada una de estas fases darían lugar a distintas parafilias.

FASE	TRASTORNO
Localización de la pareja prospectiva	Buscones, Voyeurismo
Interacción pretáctil	Flirteo excesivo, exhibicionismo, llamadas obscenas, escatología.
Interacción táctil	Sexualidad agresiva, frotteurismo.
Interacción genital	Abuso de prostitutas, prostitución masculina violación.

Otro tipo de explicación que menciona el autor son las de componente biológico que se refiere primeramente algún tipo de disfunción cerebral. Entre los mecanismos neuronales aducidos tradicionalmente, se hallan el lóbulo temporal que en los estudios realizados con animales se ha encontrado una relación estrecha entre el comportamiento sexual y el lóbulo temporal. Por ejemplo el síndrome “Kluver Bucy”, que consiste en que sujetos experimentales con lesiones en los lóbulos temporales desarrollan un comportamiento sexual indiscriminado y una hipersexualidad.

La edad de comienzo del trastorno suele remontarse a la infancia y las primeras etapas de la adolescencia, donde aparecen conductas parafilicas, pero se definen recién en la adolescencia y la adultez joven. Las fantasías, impulsos y comportamientos pueden ser elaborados o simples, de una sola serie o de varias parafilias asociadas. La duración debe ser mayor de seis meses, pero lo común es que sean recurrentes, se cronifiquen y duren toda la vida, con tendencia a disminuir a lo largo de los años. Puede haber períodos de mayor expresión, coincidentes con períodos de estrés, y también cuando la persona se encuentra con oportunidades existenciales de practicar sus fantasías y actos. Tal el caso de los que eligen trabajar o se ofrecen como voluntarios en comercios de venta de lencería o zapatos de mujer (fetichismo), trabajar con niños en guarderías y hogares (pedofilia), conducir una ambulancia o cirugía, la carrera militar combatiente o la carnicería, así como la policía política en los regímenes de fuerza (sadismo sexual), enfermería (frotteurismo), o en morgues (necrofilia), o empleados de los hoteles de alta rotatividad (voyeurismo). La repercusión social del trastorno parafilico es variable, pues hay casos en que el portador lleva una vida social activa que no permite sospechar trastornos íntimos, como en otras patologías del carácter. Pero otros se aíslan en sus fantasías y comportamientos, con graves repercusiones sobre su rendimiento laboral, estudiantil o su vida conyugal o social. Compran o roban y coleccionan material fotográfico, películas o prendas referidas a su trastorno exclusivo y eso les basta como

toda vida sexual. El exhibicionismo y el voyeurismo así como el sadomasoquismo, pueden llevar a situaciones que violan la ley y sus portadores terminan encarcelados o procesados. Otros, sufren un deterioro social progresivo o temporario. O llevan una doble vida: privada y pública. La mitad de los parafílicos están casados. Muchos tratan de imponer a sus mujeres sus fantasías o conductas, lo cual conlleva peligro de vida o lesiones en caso de sadomasoquismo, o delitos en caso de pedofilia. Hay parejas de parafílicos que llegan a una transacción de vida muy pintoresca y peculiar. Otras, se divorcian con frecuencia y se vuelven a casar, buscando comprensión.

La frecuencia es difícil de establecer, ya que los parafílicos no suelen consultar por su trastorno, sino por sentimientos de culpa, depresión o vergüenza con intentos de autoeliminación, disfunciones sexuales, trastornos de personalidad o incapacidad de amar o de sentimientos recíprocos. O bien por indicación judicial. La concepción psicoanalítica de que los parafílicos no sufren, no luchan, pues “la perversión es el reverso de la neurosis”, ya no es aceptable en todos los casos. No es la norma que los parafílicos no sufran por su trastorno, incluso pueden considerar sus actos o fantasías como inmorales, pero hay quienes no tienen ningún tipo de malestar, mientras no reciban el rechazo social y vivan su parafilia en la intimidad. Un índice de prevalencia de validez relativa es el alto consumo de material pornográfico a temática parafílica. Pero en las clínicas especializadas los diagnósticos más frecuentes son la pedofilia, el voyeurismo y el exhibicionismo, que además, son los casos que con mayor frecuencia son procesados por delitos sexuales. El masoquismo sexual así como el sadismo sexual se ven con menor frecuencia. Las demás parafilias tienen una frecuencia aun menor. La distribución por sexo de las parafilias nos muestra que se tratan de trastornos exclusivamente masculinos, excepto en el masoquismo sexual en que hay mujeres, pero en una relación de una cada 20 varones.

2.9.1. Clasificación

Exhibicionismo

Parafilia caracterizada por la obtención de excitación sexual mediante la exposición de los genitales a los demás en lugares públicos, sin que el sujeto actuante pretenda realizar después una actividad sexual. El exhibicionismo, desviación que ocurre de forma casi exclusiva en hombres, es probablemente la más común de las desviaciones sexuales.

Generalmente esta conducta se inicia en la adolescencia, con prevalencia entre los 20 y 30 años de edad; en la mayoría de los casos, es una conducta de carácter compulsiva. La personalidad del exhibicionista es de ser un sujeto tímido, retraído y dependiente, con dificultades en las habilidades sexuales y heterosexuales. Dicha conducta puede darse en hombres mayores, solitarios, sin pareja o abandonados por éstas, generalmente a problemas de impotencia. El exhibicionista masculino es tímido, taciturno, sumiso, carece de agresividad normal y posee sentimientos de incapacidad o inseguridad. Por lo general son inmaduros, y probablemente criados en familias con actitudes puritanas y reglas rígidas sobre el sexo, con madre poderosa y absorbente. En su mayoría el exhibicionista está casado, pero sus relaciones sexuales son defectuosas, creando dudas y temores de su masculinidad, juzgándose débil sexual. Es común que un exhibicionista, aunque sea sorprendido por la justicia, reincida una y otra vez en su conducta (Aguayo y Sepúlveda, 1999).

De acuerdo a Cornejo (2004) La mayoría de los exhibicionistas no intentan dañar físicamente a su víctima ni tampoco pretenden contactos sexuales mayores; la mayor parte de ellos reportan que no tendrían sexo con la víctima aunque esta se mostrará receptiva, sin embargo el autor cita dos tipos de agresores. El primero lo constituye aquellos que se reservan a mostrar sus genitales sin incluir agresión física, hasta aquí a la conducta parafilica no se le podría considerar como una agresión sin embargo, si es una conducta que violenta la individualidad sexual de otros. Los de segundo tipo se ven frecuentemente involucrados en crímenes que tienden a ser sociópatas e impulsivos y pueden tener un mayor probabilidad de mostrar agresión.

Desde un modelo psicoanalítico las propuestas explicativas del exhibicionismo son el complejo de Edipo y la angustia de castración, en la que se enfatiza la relación del niño con la madre en las etapas mas tempranas, describiendo a la madre como flirteadora, controladora y seductora, el padre aparece como un figura emocionalmente ausente, que no sirve de punto de referencia y es incapaz de poner limites. El acto de exhibición seria considerado como un mecanismo de defensa contra la angustia de castración. La víctima de exhibición seria la prueba de que el pene existe. Mientras que otros autores lo atribuirían a un rol narcisista y considerándolo como un mecanismo de defensa contra un identidad masculina frágil e inadecuada Citado en Cáceres (2001).

Desde un enfoque conductual de acuerdo con Aguayo y Sepúlveda (1999) se asocia el inicio de estas conductas con alguna experiencia de excitación sexual que sigue a un episodio de exposición accidental, posiblemente en juegos infantiles o ante médicos o enfermeras. La adquisición de la conducta es por influencia del impulso sexual que al mantenerse en el tiempo, pierde el carácter sexual y toma matiz compulsivo. La conducta exhibicionista comienza con sentimientos de insignificancia, sin embargo, cuando empieza tardíamente refleja trastornos emocionales.

Fetichismo

Anomalía del comportamiento sexual consistente en la asociación de sensaciones eróticas con una parte del cuerpo o con un objeto o cosa inanimada. Un ejemplo de esta anomalía es la excitación asociada a prendas de vestir, como un zapato de tacón. Estos objetos sustituyen a la pareja en la búsqueda del orgasmo, o se hacen imprescindibles para lograrlo. En su mayoría el fetichista es hombre y heterosexual, y muchas de sus fantasías son sadomasoquistas, un gran número de fetichistas son débiles mentales, de inteligencia subnormal o psicóticos, que en este caso, actúan entorno a la frustración, la ira, la soledad y la desesperanza y los fetichistas desarrollan sus actividades en forma solitaria, siendo la expresión más socialmente inadaptada, la instancia en que roban sus fetiches (Aguayo y Sepúlveda, 1999).

De acuerdo a Flores (1999) comienza en la adolescencia, pero con fetiches que ya han adquirido una especial significación en la infancia. En raros casos, el fetichismo comienza en la niñez, por condicionamiento asociativo entre el objeto y la excitación sexual. Hay autores que hablan de una herencia animal que hace llamativo el brillo metálico, sedoso y aterciopelado de las pieles, que se vinculan a los cambios en ese sentido de las hembras en celo. Una vez establecido, se hace crónico con periodos de empuje coincidentes con estrés y depresión. Lo más común es que el fetichista sea un varón de edad mediana, heterosexual, practicante habitual de la masturbación mientras mira, huele, sostiene, acaricia o manipula el fetiche. El mismo tiene un valor simbólico que sustituye al objeto heterosexual u homosexual habitual. El fetiche de goma, denota tendencias fetales, como acurrucarse en una bolsa húmeda y oscura, así como recuerdos infantiles de sábanas de goma o pañales protectores. El olor a la goma también es importante. En cuanto al cuero negro y brillante con remaches metálicos implica agresividad masculina, y

el olor a cuero suele acompañarse de fetichismo de las botas casi siempre vinculado con el servilismo y el sadomasoquismo. También pueden ser partes del cuerpo más o menos inanimados como cabellos con trenzas, vello pubiano desprendido de los genitales, a veces trozos de uña. Cuando se trata de una parte del cuerpo no genital como pies, manos, orejas, se habla de parcialismo. Si la preferencia es por mamas, nalgas o genitales, no se trata de una parafilia típica, pues poseen carácter sexual explícito. Los accesorios de limpieza o arreglo físico, como un peine, un cepillo, peinetas, alfileres, prendedores o collares, pulseras o anillos, también pueden convertirse en fetiches. Los talismanes parafilicos son objetos cuya significación secreta sexual es exclusiva del fetichista e incomprensible para los demás. Entre las formas raras de fetichismo está la dendrofilia por la que el sujeto se excita al contacto con las ramas de las plantas, y el cohabitacionismo con maniqués, o almohadas. Puede afirmarse que las modas masculinas y femeninas siguen las preferencias fetichistas en cuanto a ropas, pero no puede hablarse de fetichismo parafilico si no se cumple con las condiciones de ser estimulantes selectivos, que transformen directamente el objeto inanimado y neutro en un objeto sexual en sí mismo. No debe confundirse un objeto inanimado, pero fabricado especialmente para excitar sexualmente, como un vibrador, un pene artificial, una muñeca inflable, con un fetiche.

Desde un enfoque conductual Aguayo y Sepúlveda (1999) la causa estaría dada por condicionamiento del aprendizaje, uno de los procedimientos sería la incorporación del fetiche a través de la imaginación y por masturbación, apareciendo posteriormente el orgasmo que fortalece la unión objeto-placer. Otra hipótesis etiológica controversial es la asociación entre fetichismo y epilepsia temporal. El fetiche se asocia, durante la infancia, con la excitación sexual o amor y aceptación que alguna vez recibió de la madre. Al reforzar las experiencias infantiles y hábitos de la niñez, se constituyen las causas del fetichista de buscar bienestar y placer sexual mediante los objetos.

Desde la perspectiva psicoanalítica comenta Cáceres (2001) al respecto que el fetichismo era también el resultado de un temor de castración, ya que suponía que el fetiche podría cumplir la función de sustituto simbólico del falo y que una de sus características sería aliviar el miedo a la castración.

Masoquismo Sexual

Es un tipo de variación sexual en la que el individuo experimenta excitación o placer sexual al ser sometido a experiencias de humillación, violencia o sufrimiento, tanto físico como psicológico, durante la relación de pareja. Para que el masoquismo sea considerado como un problema debe implicar la participación real en actividades masoquistas y no simplemente fantasías masoquistas de ser golpeado, violado o humillado, que suelen facilitar la excitación sexual de algunas personas. Esta parafilia suele darse principalmente en adultos y con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. A pesar de que esta variación sexual es escasa, la aparición de fantasías sádicas tiene una frecuencia alta. Las actividades más frecuentes son los mordiscos, golpes, bofetadas, puñetazos, pellizcos y los arañazos. Con menor frecuencia aparecen los castigos, latigazos, el atado o las palizas. La algolagnia activa o pasiva (nombre que denota el placer del dolor), puede hallarse fácilmente en el sujeto normal, a veces, está asociado a una personalidad antisocial. La conducta masoquista se desarrollaría por actitud de vergüenza y disgusto hacia las relaciones heterosexuales normales, empleando dolor y auto-castigo para lavar su culpa por deseos sexuales; una causa del sadismo o crueldad sexual puede ser enseñada consciente o inconscientemente (Cáceres, 2001).

Sadismo sexual

De acuerdo a Sepúlveda y Aguayo (2001) es una parafilia específica en que hay modificaciones del acto sexual por la erotización del dolor, completando el par sadismo masoquismo, en que el placer obtenido proviene del sufrimiento ajeno. Con una pareja que no consiente, el individuo ha infligido repetida e intencionalmente sufrimiento psicológico o físico con objeto de obtener excitación sexual. Con una pareja que sí consiente, el modo repetidamente preferido o exclusivo de obtener excitación sexual combina la humillación o sufrimiento corporal simulado o ligero. Y tratándose también de una pareja que consiente, se le han infligido lesiones corporales que son intensas, permanentes o posiblemente mortales, con el objeto de obtener excitación sexual.

Desde luego, hay grados. Desde quien evoca fantasías sádicas durante el acto sexual, en que el sujeto controla totalmente a una víctima aterrorizada por la situación amenazante, pero que no las lleva a cabo en la realidad, pasando por conseguir víctimas que consienten ser agredidas, a someter contra su voluntad a personas para provocarles

sufrimiento. Las fantasías pueden ser muy variadas, ya que economizan la realidad, pero a veces los actos cometidos en la realidad son muy complejos y truculentos. Estos actos o fantasías sádicas pueden ser, inmovilizar físicamente a la víctima, atarla con los ojos vendados a la cama o contra un objeto firme, darle una golpiza, azotarla, pincharla o perforar el cuerpo con objetos punzantes, quemarla con cigarrillos, aplicarle descargas eléctricas, efectuarle cortes, intentos de estrangulación, obligar a la víctima a arrodillarse, a comer excrementos, encerrarla en una jaula y finalmente, el homicidio. La violación con penetraciones anales y vaginales violentas y todas sus preparaciones forman parte de los actos sádicos posibles. Hay casos en que se deben realizar cada uno de estos actos. Otros, se conforman con uno solo de estos actos, por ejemplo, estrangular, sin intentar siquiera violar a la víctima. Basta con verla sufrir, disfrutar su dominio total sobre ella o presenciar su agonía. Un cierto monto de agresividad forma parte de las actividades sexuales normales, pero en el sadismo sexual esta agresividad es excesiva y responde a otras causas. El psicoanálisis reconoce componentes sadomasoquistas normales en todos los seres humanos, pero su expresión es regulada por la adecuada resolución de los conflictos de la etapa anal-sádica del desarrollo psicosexual, así como la elaboración de las situaciones traumáticas agresivas a las que el niño se vio expuesto. Estas situaciones son fantaseadas con relación al acto sexual de los padres con la violencia, por ejemplo, pues escucha quejas y gritos que interpreta como dolorosos. Por la identificación con sujetos agresivos como el padre o la madre, o con personas agredidas que desean vengar, como la madre humillada o el padre despreciado o los hermanos castigados, cuando llega a la adolescencia y a la adultez, el individuo adopta conductas sádicas. Tampoco es frecuente el sentimiento de culpa, pues pueden ser portadores de severos trastornos de la personalidad, con antecedentes infantiles y adolescentes de frialdad y violencia con animales y otros niños, así como con las mujeres. Las parejas sadomasoquistas de manifestación menor, disfrutan viendo películas de violencia sexual o terror, o con la sujeción a la cama, o por el uso de ropas de cuero negro y brillante, que son símbolos de autoritarismo y poder. Se puede asociar con fetichismo. A falta de estímulos de humillación y violencia, el sádico sexual puede padecer de disfunciones sexuales, pero en sentido contrario, las fantasías sádicas actúan como “gatillo” disparador para provocar la respuesta deseada. No es común que él consulte al médico, aunque sí lo hace su mujer, aterrorizada por las “cosas monstruosas” que le proponen hacerle o han intentado hacerle o incluso le ha practicado contra su voluntad. Las fantasías sexuales sádicas suelen comenzar en la infancia y los actos comienzan a la adulta joven. El curso

suele ser estable, pero los periodos de estrés o depresión pueden hacer que se incremente el deseo de avanzar en prácticas cada vez más violentas hasta que la muerte de la pareja lo lleva a la prisión (Flores, 1999).

Voyeurismo

En base a Aguayo y Sepúlveda (1999) Es un trastorno psicosexual consistente en que la excitación y el placer sexual se obtiene por observación secreta de objetos o situaciones sexuales. La satisfacción se alcanza mediante la perversión visual activa sin buscar la relación sexual con la persona observada. Se intenta mantener el anonimato cuando mira a las mujeres desnudas o poco vestidas obteniendo así (con o sin masturbación) gratificación sexual. Se trata de una anomalía del comportamiento que forma parte de las parafilias. Como conducta sexualmente desviada, evoca respuestas relativamente débiles. Se caracteriza por su inhibición o inseguridad que lo hace incapaz de un contacto real con el otro sexo. No le interesa establecer comunicación con su víctima y no representa peligro para ésta.

De acuerdo a Cornejo (2004) el voyeurismo es una parafilia que hasta cierto punto no es agresiva, pues la víctima no se da cuenta del uso que la otra persona hace de ella para lograr satisfacción sexual. El desarrollo de las fantasías constituye el engrane fundamental en la personalidad voyeurista. Estas fantasías son de índole diversa, algunas de ellas están relacionadas al hecho de imaginar estar con la víctima, cuando esta se encuentra teniendo relaciones sexuales con otra persona, otras están encaminadas a la sensación que podría producirle la sorpresa de la víctima en caso de saberse observada. El voyeurista no tiende a atacar ya que su objetivo no es el contacto sexual físico, sino simplemente ver los cuerpos desnudos de otras personas en un ambiente o condiciones prohibidas. Por esta misma razón observa a extraños desprevenidos con los que no se relacione.

Flores (1999) al respecto comenta que lo característico del voyeurista es que se oculta para observar, espía, atisba. Las personas a quienes mira suelen ser desconocidas, o por lo menos no están informadas de que alguien les está mirando, es decir, no consienten que se las mire. Por tanto, no es voyeurismo mirar a una persona que se desviste en la playa, o a la esposa en el momento de desvestirse y menos si lo hace como acto de

provocación erótica explícita, si se observa a un ser amado desnudándose y se siente placer, ello es normal. A todos les gusta mirar como forma de comunicación sexual, pues la mirada es el sentido más poderoso en el lenguaje del cortejo a distancia. Tampoco es voyeurismo el mirar material pornográfico para incrementar el deseo sexual, como acto preparatorio de la actividad sexual, el voyeur sustituye la acción por la mirada.

Cornejo (2004) refiere que el origen se debe a experiencias traumáticas vividas durante la infancia en el ambiente familiar, tal vez la observación de una mujer desnuda, una pareja durante el acto sexual. También se piensa que pudo influir el haber pertenecido en una familia religiosa rígida y principalmente con ideas muy puritanas sobre la sexualidad.

Desde un modelo conductual esta desviación sexual por lo general comienza en la adolescencia y su inicio va asociado a la excitación sexual después de la observación, tal vez, casual de una mujer desnuda, una pareja durante el acto sexual, etc. Posteriormente el sujeto asocia las fantasías con la masturbación, condicionando la excitación sexual.

Frotteurismo

Es la obtención de placer exclusivo a través del frotamiento de los órganos genitales contra el cuerpo de una persona desconocida y sin su consentimiento, a veces utiliza las manos y acaricia a su víctima, se realiza en lugares públicos y concurridos. Esta conducta no es prelude de actividad sexual; en su mayoría, la masturbación acompaña al recuerdo de tal situación. El frotteurismo suele ser pasajero con prevalencia entre los 15 y 20 años de edad, el frotteurista generalmente es una persona pasiva y aislada. La aparición de esta conducta se asocia a la observación de la misma conducta en otras personas y la posterior imitación (Aguayo y Sepúlveda, 1999).

De acuerdo a Flores (1999) menciona que hay frotteuristas de varios tipos: exclusivos, cuando sólo se excitan con esta práctica, no exclusivos, cuando pueden tener pareja y también mantienen relaciones sexuales; parciales, cuando se conforman con un rozamiento mínimo, o completos, cuando llegan al orgasmo durante el rozamiento; selectivos, cuando acechan a mujeres acompañadas o que posean ciertas características, sobre todo en el cine, o no selectivos, cuando agreden a mujeres solas. El tocamiento "robado" puede ser compulsivo, disimulado, discreto o brusco. Los que abusan en el

vehículo público que deben utilizar para ir al trabajo, cuando se ponen en evidencia o son descubiertos suelen cambiar de horario, lo cual perturba realmente sus vidas. El tocamiento puede producirse contra compañeras de trabajo y algunas demandas por acoso sexual se deben a esta parafilia, pero no es lo común. Se manifiesta con mayor frecuencia en varones entre los 15 y los 25 años de edad, y luego la frecuencia declina gradualmente. Nuevamente la experiencia de haber sido tocados o de haber tocado a adultos en el curso de la infancia en circunstancias traumáticas, puede ser una de las causas del problema. A su vez nos comenta que no se debe confundir el frotteurismo con el placer natural del contacto que se produce entre los cuerpos en determinados lugares de apiñamiento, como un festival de música, o durante el baile con la pareja que consiente, ni en contactos circunstanciales e involuntarios, en que hay roces de rodillas, muslos, brazos, nalgas o codos, en cualquier lugar en que la distancia íntima es invadida sin protesta.

Aunque existen infinidad de parafilias y varios autores consideran como tal, que la pedofilia es una de ella, el presente trabajo la ubico como un tipo de agresor sexual, al igual que Cáceres (2001) se considero agregar este apartado debido a que muchos mecanismos de la agresión sexual se asocian con algún tipo de parafilia, específicamente las antes mencionadas debido a que son las mas relacionadas con la agresión sexual, además de que en el tratamiento terapéutico suele ser muy parecido y tomar las mismas técnicas y teorías.

2.10 Prevención

En el siguiente apartado se tratara el tema de prevención, anteriormente se citaron programas para el tratamiento de agresores sexuales con lo que obviamente se pretende su rehabilitación y por ende su incorporación a la sociedad, en este caso el trabajo se enfocará mas en cómo evitar este hecho al individuo, y lo que se esta haciendo cómo sociedad, para prevenir una agresión sexual.

Para comenzar una propuesta interesante que cabe tomar en cuenta para prevenir o evitar que se repita una agresión/violencia sexual es la elaborada por Sueiro (1997) que va dirigida tanto a las posibles víctimas como a las/os posibles abusadoras/es, tanto con y desde las familias como con y desde las primeras cuidadoras o educadoras de la infancia. Esta consiste en:

- 1.- Hacer Educación para la Salud, en un sentido amplió del término, a través de todos sus agentes organizados y coordinados. Tiene que estar enmarcado dentro de un Programa General, donde estén implicadas la familia, escuela, profesionales de la salud, comunidad y medios de comunicación social, conjuntamente. Y más concretamente, tenemos que hacer una adecuada Educación Afectiva y Sexual.
- 2.- Dirigida a todos los niños y adultos y, en el caso que nos ocupa, no solamente como posibles víctimas, sino también como posibles agresores.
- 3.- Formar educación y promoción para la salud significa mejorar la calidad de vida, a través de la promoción del desarrollo personal, social y sexual, lo cual incluye; tener conocimientos correctos y suficientes, capacidad de diálogo, de hablar y escuchar, alta autoestima, capacidad para tomar decisiones, capacidad para resolver problemas, habilidades para relacionarnos con los demás, habilidades para autoprotegerse, asertividad, creación de redes sociales.
- 4.- Comenzar desde el momento del nacimiento, ya que es más fácil generar hábitos sanos que corregir los insanos y, se sabe que, la formación de hábitos, ocurre en las primeras etapas de la vida.
- 5.- Son Programas que deben estar previstos desde el Proyecto Educativo de Centro hasta las Programaciones concretas de cada Aula.

El autor comenta que en la actual reforma educativa española hay una serie de materias que el Ministerio de Educación ha considerado conveniente incluirlas como Transversales en la enseñanza; es decir, son materias relacionadas con los valores sociales (educación para la paz, salud sexual, prevención de accidentes, ocio y tiempo libre, salud mental, que se impartirían desde las materias ya tradicionales, haciendo estos contenidos más saludables.

Como se puede observar para prevenir cualquier tipo de agresión sexual, se necesita un esfuerzo de toda la sociedad, no solo del especialista, en el presente trabajo se hará hincapié en lo que se ha ido desarrollando tanto para crear programas de prevención como lo que existe para esta, cabe mencionar al igual que la existencia de estos programas se enfocan a la población más vulnerable como son los infantes y adolescentes y para la mujeres específicamente se toman solo medidas preventivas.

En la Conferencia sobre Prevención y Respuesta a la Violencia Sexual y de Género en situaciones de refugiados durante la Sesión Inaugural (2001) se recalca que antes de implementar cualquier tipo de programa se debe tomar en cuenta un monitoreo y evaluación, comenzando por ciertos pasos a seguir como son; Identificar el problema que

se busca superar, especificar el objetivo, definir los resultados esperados del programa, establecer indicadores específicos y medibles para estimar los resultados esperados, determinar las necesidades informativas para monitorear los antecedentes del caso y las consecuencias, redactar materiales y diseñar sistemas de registro, mantener un método sistemático de registro y documentación, establecer sistemas para la revisión, la discusión, la reflexión y la presentación de la información, las actividades de monitoreo y evaluación, que incluyen sistemas, procedimientos e instrumentos (formularios, modelos de seguimiento, etc.), permiten la planificación adecuada del programa, la aplicación constante de mejoras y el cambio de dirección cuando sea necesario. Específicamente, esto incluye los siguientes aspectos:

- entender el impacto
- medir el progreso con miras a alcanzar los objetivos
- detectar y medir lo inesperado
- evaluar la sostenibilidad
- medir la eficacia en función de los costos

En esta conferencia se mencionan tres tipos de prevención que a continuación se desarrollarán:

Prevención I: que se refiere a la participación masculina para combatir la VSG (violencia sexual de género) con la colaboración de hombres. En la que se recalca la necesidad de contar con la participación de hombres como colaboradores, aunque ellos sean, estadísticamente, los principales perpetradores de los delitos de violencia sexual y de género; con el objetivo principal de la prevención, que es ante todo, garantizar que el crimen no se llegue a cometer. Esto significa que es un requisito impulsar la participación masculina para lograr la eficacia en la prevención de la VSG, siendo a su vez parte importante de la solución.

En la conferencia se enuncian una serie de modelos o estrategias utilizadas para que el hombre participe en temas como este, por ejemplo en África del Sur un grupo de teatro juvenil organizó el espectáculo ambulante “Hombres de cambio”, una campaña contra la violación. Mediante el teatro didáctico, los jóvenes representan una violación; luego, uno de ellos le habla directamente a la audiencia de jóvenes sobre la importancia de detener la violencia contra las jóvenes. Según uno de los miembros del grupo, la campaña tuvo éxito porque fue pensada y diseñada de igual a igual. Si bien esta campaña no salió del campamento, es factible repetirla en otros campamentos. Otro ejemplo más es la Campaña del Lazo Blanco la cual representa la iniciativa de hombres más importante

realizada para eliminar la violencia hacia las mujeres. La Campaña fue creada por Michael Kaufman y un reducido grupo de amigos en Canadá, en 1990, después de que un hombre masacrara, en Montreal, a 14 mujeres que estudiaban ingeniería. Esta campaña, que reconoce este tipo de violencia como una forma de afirmar el poder (privilegio y control), ha llegado a todas partes del mundo. Aboga por un plan de acción dirigido a los hombres que quieran hacer algo por la violencia masculina contra las mujeres. El plan consta de 10 consideraciones:

1. Escuche y aprenda de las mujeres.
2. Infórmese sobre el problema.
3. Aprenda por qué algunos hombres son violentos.
4. Use un lazo blanco.
5. Cuestione el lenguaje sexista y las bromas que degradan a las mujeres.
6. Aprenda a distinguir el acoso sexual y la violencia en su lugar de trabajo, escuela y familia, y demuestre su oposición.
7. Apoye los programas de mujeres locales.
8. Examine cómo su propia conducta puede contribuir al problema.
9. Trabaje en busca de soluciones a largo plazo.
10. Participe en la gestión educativa de la Campaña del Lazo Blanco.

Lo interesante de este tipo de prevención es que toma en cuenta a la comunidad masculina y que no se ve como un monstruo y atañe responsabilidades a todos recalcando que el encierro o ambiente carcelario no es el mejor método para su rehabilitación.

Prevención II: se refiere al Código de Conducta que se fundamentará en principios rectores y valores que aplican a todo el sistema de las Naciones Unidas, tales como la igualdad, los derechos humanos, la visión clara, la tolerancia, la lealtad interna, la imparcialidad, la autonomía, la presencia internacional, la no discriminación y el no hostigamiento. Estos principios se deben traducir en prácticas que garanticen el monitoreo oportuno y la reparación legal de la conducta de los funcionarios, incluso durante situaciones de emergencia.

Prevención III: se refiere al acceso a los recursos donde una de las principales actividades en materia de prevención consiste en identificar las circunstancias de alto riesgo y

vulnerabilidad frente a situaciones de violencia sexual y de género, y reducir el grado de exposición a estos riesgos.

Por otra parte en Cuba Labrador y cols. (2008) desarrollaron una estrategia de intervención comunitaria en la prevención de delitos sexuales en mujeres. En la que se realizaron un grupo de seis seminarios-talleres, con apoyo de medios audiovisuales, previamente coordinados con la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) Provincial y Municipal, en las áreas del municipio de Pinar del Río más afectadas por los delitos sexuales sobre féminas, informando a los que en representación de la comunidad participaron respecto al comportamiento de este fenómeno en los años 2003 al 2005, proporcionando a todos espacio para su participación en el análisis de las causas y condiciones que dieron y dan origen a estos fenómenos, propiciando que el debate esclarecedor permita una mejor identificación de las vías y medios para la prevención de estas conductas. Se aplicó a los participantes una encuesta anónima (Anexo 3) y mediante el método descriptivo, tabulando sus resultados. Estos fueron llevados a tablas estadísticas, de las que se infieren cómo los encuestados reconocieron la preparación alcanzada y la posibilidad de identificar situaciones favorecedoras del fenómeno para combatirlas en el seno de las comunidades donde se desenvuelven sus actividades sociales. Una vez concluido el seminario-taller, con la ilustración gráfica audiovisual (proyección de videos), se instó a los presentes a opinar libremente sobre el impacto de la información en su percepción personal del fenómeno, recogiendo de forma anónima esas opiniones en la encuesta entregada. En primer lugar, se sitúa el interés de los encuestados por la vigencia y objetividad del problema tratado, que se hace resaltar por la vivencia objetiva de los casos que sirven de ilustración. En esa forma se expresó la mayor parte de los encuestados, alcanzando el 63,65 de las respuestas. El 30% se pronunciaron por calificar el abordaje de asequible, teniendo en cuenta que la forma de expresión audiovisual, ha servido para facilitar la información, comprensión y toma de conciencia de las causas que parecen condicionar el fenómeno, considerando el 33,1%, que la exposición expresa con claridad, la repercusión positiva que esta divulgación puede tener en las conductas familiares y educativas en sentido preventivo para un futuro a corto plazo. El 25,5% admite que su participación en el taller los prepara para una mejor identificación de las situaciones vulnerables y también para la prevención de estas, como medida para la contribución personal del encuestado, en la prevención de estas situaciones, lo cual estaba implícito, como esencia de la intención que llevó a la

planificación de estas actividades. La elevada proporción de encuestados que relacionan este problema al alcoholismo parece estar influenciada por el aumento del consumo de alcohol y las vivencias negativas que de sus resultados sustentan, pero es, en definitiva, una realidad tangible que el consumo de bebidas alcohólicas puede relacionarse a estos delitos, de distintas formas, tanto por la acción sobre el victimario, como por propiciar la victimización. Las respuestas los llevan al problema familiar que repercute en control, educación, creación de valores, costumbres, que se deforman en el seno familiar, no convincentemente funcionales, opiniones que constituyen una justa medida de lo que debe evitarse y de la dirección en que debe actuarse para alcanzar una prevención adecuada de las violaciones y otros delitos que aún subsisten como secuela de la violencia de género y no erradicada en nuestra sociedad.

Por otro lado el Departamento de Seguridad de la Naciones Unidas (2006) proporciona una guía de seguridad para las mujeres, de cómo evitar el peligro y protegerse, sin embargo a lo extensivo que resulta la guía y que brinda un panorama muy amplio de situaciones en las que el individuo se podría poner en riesgo solo se mencionaran algunas de ellas que servirán como ejemplo y que tienen relación con el tema presentado a lo largo del trabajo. En un apartado denominado acoso sexual se recomienda:

1-.Si se esta en la calle

Si conoce lo suficiente su entorno como para sentirse segura en él, puede optar por responder de las siguientes formas:

a) No darse por enterada. Si el hombre sólo está tratando de hacerla reaccionar y ve que no lo consigue es posible que desista.

b) Hacerle frente. Si se detiene y pregunta cortésmente “¿Hablaba usted conmigo?”, el acosador puede sentirse avergonzado, especialmente si actúa movido por el miedo o la inseguridad.

c) Tras un incidente de esta índole es importante que se desahogue usted rápidamente de sus sentimientos de ira y humillación para que pueda olvidar el incidente lo antes posible. No existe ningún consejo concreto sobre cómo desahogarse, pues cada persona tiene su propio mecanismo para afrontar los sentimientos que se experimentan ante una situación de esta naturaleza. Hay quien se toma cierto tiempo para pensar acerca del incidente y quien prefiere hacer ejercicio o contárselo a un amigo.

Acosadores

Si cree que hay alguien que la acosa, consulte con su Asesor Principal de Seguridad, el oficial de coordinación de la seguridad sobre el terreno o el coordinador de seguridad o denuncie el caso a la policía. Debe tomar nota de los siguientes detalles de los incidentes para disponer de toda la información pertinente.

a) Anote lo sucedido, las llamadas telefónicas y toda la información posible sobre el incidente o los incidentes, incluidas la fecha y la hora exactas.

b) Trate de conseguir pruebas fotográficas; observe si hay cámaras de seguridad en el local hasta el que la han seguido, por ejemplo, en un centro comercial.

c) Manipule con cuidado y lo menos posible cualquier paquete o sobre que haya recibido. Guárdelos en una bolsa de plástico como prueba.

d) Denuncie a la policía que ha recibido material que contiene amenazas o lenguaje ofensivo y soez.

e) Si conoce a la persona o puede señalarla a sus colegas o vecinos, hágalo; así sus colegas podrán indicar si hay personas sospechosas que vigilen sus movimientos o que la estén esperando.

f) Cambie su rutina diaria, pida a sus amigos que la acompañen y procure que sepan qué planes tiene.

g) En caso de recibir llamadas amenazadoras o molestas, mantenga la calma y no demuestre ninguna emoción. Conteste al teléfono diciendo solamente “¿Sí?” Si la persona que llama persiste, responda a la llamada pero deje el auricular descolgado unos minutos. Apártese del teléfono y vuelva a colgarlo al cabo de un rato. No tiene por qué atender esas llamadas. Puede instalar un contestador automático para filtrar las llamadas y disponer de una grabación de todos los mensajes.

El acoso sexual es contrario a las disposiciones de la Carta de las Naciones Unidas y a las Normas de Conducta en la Administración Pública Internacional, y, por consiguiente, a las políticas de las organizaciones de sistema de las Naciones Unidas. De hecho, varias organizaciones han adoptado procedimientos oficiales y extraoficiales para hacer frente a los casos de acoso sexual. Esos procedimientos están disponibles en las oficinas locales de personal. El principio básico consiste en estar alerta y preparada en todo momento para poder determinar si está siendo acosada. Para ayudarla a reconocer posibles indicios de acoso sexual, el Working Women's Institute de Nueva York ha preparado la siguiente lista:

- a) ¿Cuál es la actitud hacia las mujeres en su lugar de trabajo? ¿Se hacen bromas y comentarios, hay inscripciones o dibujos en las paredes que sean degradantes para la mujer? ¿Alguien se dirige a usted de forma inadecuada con apelativos en vez de llamarla por su nombre?
- b) ¿La toman en serio en su trabajo? ¿La tratan como a la hija, la esposa, la novia o la madre de alguien? ¿Recibe usted más elogios por su aspecto que por su trabajo? ¿Se le dice que el trabajo es demasiado peligroso o complicado para usted? ¿Se la acusa de desplazar a un hombre de su trabajo?
- c) Cuando su supervisor, compañero de trabajo o colega trata algún aspecto relacionado con el trabajo, ¿la abraza, le da palmaditas en la espalda o le coloca el brazo sobre los hombros? ¿Se introducen en las conversaciones de trabajo tonos, descripciones o gestos de matiz sexual?
- d) ¿Le hacen sus interlocutores persistentemente preguntas sobre su vida social o personal? ¿Algún supervisor, compañero de trabajo o colega es conocido por sus “coqueteos inofensivos” o tiene fama de donjuán? ¿Existe una tasa alta de movimiento de personal entre las mujeres que trabajan para el mismo hombre?
- e) ¿Recibe usted constantemente elogios de su ropa, su aspecto o su cuerpo?

Entre las modalidades más comunes de acoso sexual figuran las siguientes: Invitaciones constantes a tomar copas, cenar y salir en pareja; estrecho contacto físico mientras trabaja; entrega de dibujos, tarjetas y obsequios de carácter lascivo; envío constante de mensajes de correo electrónico; gestos abiertamente sexuales dirigidos a usted; visitas inesperadas a su habitación de hotel durante viajes o misiones; miradas fijas a su pecho u otras partes de su cuerpo; contactos consistentes en tocar o asir partes de su cuerpo; invitaciones u observaciones de carácter sexual; dibujos evidentemente sexuales en las paredes; amenazas o agresiones físicas; y presiones encubiertas o abiertas para obtener favores sexuales.

Entre los problemas laborales que pueden surgir si es objeto de acoso sexual figuran los siguientes: Críticas inesperadas a su trabajo; falta de trabajo, exceso de trabajo o trabajo peligroso; denegación de oportunidades de capacitación o formación; denuncias por escrito de insubordinación o formulación de advertencias; presión para que abandone el trabajo; evaluaciones inexactas de su trabajo; negativa de los compañeros de trabajo a proporcionar capacitación e información y denegación de aumentos de sueldo o ascensos.

Si se enfrenta a un caso de acoso sexual en el trabajo, recuerde que todas las situaciones laborales son diferentes. A la hora de decidir cómo debe actuar a corto y largo plazo, deténganse a pensar cuál es el resultado que desea obtener y cuáles son los riesgos. Asegúrese de sentirse cómoda con las estrategias que haya decidido seguir. Lo que haya funcionado para otra persona puede no servir para usted ni en sus circunstancias. Manifieste lo antes posible sus objeciones al acoso sexual. Diga directamente al acosador que no le gusta lo que está haciendo. La forma y el momento en que lo plantee dependerán de usted, pero no pase por alto el acoso sexual porque no desaparecerá. Si el autor del acoso no es su supervisor, trate el asunto con su supervisor inmediato y describa concretamente el tipo, el momento y el lugar del incidente. Quizás le convenga también hablar de ello con alguien de su confianza. Esto no sólo mitigará su aislamiento y sus dudas y le permitirá, tal vez, recibir consejos valiosos, sino que, además, comunicar esa información a una tercera persona le ayudará a corroborar su declaración si más adelante decide denunciar oficialmente los hechos. Sin embargo, hasta que esté segura de lo que desea hacer y de cuáles son sus derechos, no tome ninguna medida apresurada ni revele sus intenciones. Es esencial que documente cada incidente. Lleve un registro o diario personal de los incidentes, las fechas, las conversaciones y los testigos. No lo deje en el lugar de trabajo. Conserve las tarjetas, las notas y los regalos de tipo lascivo; tome fotos de los dibujos hechos en las paredes. Expresé verbalmente sus objeciones al acosador y, de ser posible, en presencia de un testigo. Al hacerlo, indique su desagrado y relaciónelo con las observaciones o conductas que interfieren en su trabajo. Complemente las objeciones verbales con algún tipo de carta o nota donde las resuma. Guarde copias en su archivo personal. Si dispone de un contestador automático o de correo telefónico que le proporcione pruebas del acoso sexual, conserve las cintas. Guarde copias de las evaluaciones positivas de su desempeño profesional u otras pruebas que indiquen que está haciendo un buen trabajo. Conserve copias de los informes que haya preparado; tome fotografías de los proyectos que haya terminado. Piense en la forma en que el acoso sexual la está afectando. ¿Qué combinación de síntomas emocionales/físicos/de tensión relacionada con el trabajo siente usted? En caso de necesidad, acuda a la consulta de un médico privado y haga que se incluyan en su expediente laboral estos síntomas de tensión relacionada con el trabajo. Si es preciso, recurra a sus superiores jerárquicos y formule una denuncia de acoso sexual, verbalmente y por escrito. Lleve un registro de su correspondencia. Haga un “tanteo” para saber cuáles de sus compañeros de trabajo son sensibles a su situación. Averigüe si otras

mujeres han sido objeto de acoso sexual. Los directivos y los supervisores tienen la obligación de mantener un entorno laboral armónico y deben tomar con prontitud medidas adecuadas para hacer frente a los incidentes o posibles incidentes de acoso sexual o de otra índole

Otro apartado en esta guía es la toma de conciencia de la violación que se preparó con la asistencia del programa de atención a las víctimas de violaciones del Centro Médico y Hospital de Vincent de la ciudad de Nueva York. El principal objetivo de esta sección es proporcionar información sobre las cuestiones relacionadas con la violación y las agresiones sexuales con el fin de reducir las probabilidades de que sea víctima de una agresión de esa índole. Después del homicidio, la violación se considera el segundo delito más violento. Cabe tomar en cuenta que cualquier persona puede sufrir una agresión sexual. Las agresiones sexuales suponen una amenaza para todas las mujeres. Se han documentado casos de violación y agresión sexual contra personas desde dos meses hasta 97 años de edad. No puede permitirse pensar que nunca podría ocurrirle a usted, porque no es cierto. Hay funcionarias del sistema de las Naciones Unidas que han sido víctimas de agresiones sexuales. La agresión sexual es un delito violento. La mayor parte de las agresiones sexuales son cometidas por conocidos de la víctima. Muchas mujeres víctimas de agresiones sexuales han tenido previamente contacto con sus agresores. Los delincuentes sexuales pueden ser conocidos, vecinos, novios o miembros de la familia. El hecho de que se conozca al agresor no hace que el delito sea menos violento. El delincuente espera hasta que la víctima potencial se encuentre en situación de vulnerabilidad o aislamiento por lo que se aproxima a la víctima, mediante engaños para que lo acompañe, dominándola físicamente y/o atacándola por sorpresa.

El comienzo de dicha agresión es que el violador controla a la víctima por su mera presencia, con amenazas o usando la fuerza o agresión y el desenlace en este momento el agresor decide si va a seguir maltratando físicamente o va a matar a su víctima. Las opciones que tiene la víctima durante una agresión, debe tener en cuenta el tipo de violador de que se trata, las circunstancias y su propia capacidad. Puede optar por una o varias de las siguientes opciones:

- a) Someterse: Si siente que su vida esta en peligro, recuerde que el objetivo es sobrevivir.
- b) Oponer resistencia pasiva: Hacer o decir algo que anule el deseo del agresor de mantener relaciones sexuales con usted.

c) Oponer resistencia activa: Utilizar cualquier tipo de fuerza física para defenderse del agresor; incluye gritar pidiendo socorro, escapar o luchar contra el agresor. Recuerde que si opta por resistirse, el agresor puede golpearla hasta causarle lesiones graves o matarla. Otro recurso importante es la defensa personal donde existen opiniones diferentes acerca de las técnicas de defensa personal y del empleo de armas. Se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones.

a) Técnicas de defensa personal: Requieren entrenamiento y práctica. Se trata de una decisión personal de cada funcionaria. Le proporcionan confianza en sí misma y no pueden ser usadas contra usted. Son legales y están siempre a su disposición.

b) Armas improvisadas: Puede utilizarse como tal cualquier objeto accesible, y no se necesita adiestramiento especial.

c) Aerosol o gas irritante: Es preciso respetar la legislación local sobre el uso de aerosoles irritantes. Para emplearlos hay que conocer bien su funcionamiento y estar debidamente entrenada. Estos tienen una fecha de vencimiento y no siempre están al alcance de la mano cuando se necesitan.

d) Armas de fuego: Es contrario a la política de las Naciones Unidas que los funcionarios porten armas a menos que ello forme parte oficialmente de su trabajo.

Por otro lado Arredondo (2002) propone una guía preventiva para el abuso sexual infantil que consiste en una serie de talleres para diferentes edades y también es dirigido a los padres. A continuación se muestra en que consiste cada taller y que puede ser una útil herramienta para el psicólogo, profesor y público en general.

Taller nº1: Conociendo el abuso sexual infantil

Objetivo: Sensibilizar a los participantes frente a la realidad del Abuso Sexual Infantil.

Dirigido a: Padres y/o Apoderados

Duración: 4 sesiones de periodicidad semanal de 1.30 horas cada una.

Estructura del taller

1. Bienvenida

2. Presentación de los monitores y de las características generales del taller

3. Dinámica de Presentación: Se conforman parejas entre los participantes. Entre ellos deberán hacerse preguntas acerca de quienes son, qué hacen, qué cosas les gustan, sus principales características personales, etc. Se otorga un breve tiempo para ello (10

minutos). Posteriormente, cada pareja pasa al centro del grupo general y se deben presentar en forma cruzada entre ambos, señalando la mayor cantidad de información obtenida de su compañero/a. El grupo general puede hacer preguntas en ese momento.

4. Dinámica de Motivación: En el grupo general se abre la pregunta: “¿Qué esperan de este Taller?”. Se recoge cada idea dada por los participantes y se registra en una pizarra o papelógrafo. El objetivo es identificar las expectativas del grupo y compartirlas para establecer acuerdos.

5. Cierre de la Sesión: Se informa a los participantes sobre los objetivos del taller y los contenidos que se trabajarán integrando las ideas aportadas por ellos/ellas en la dinámica anterior.

Materiales: Un pliego de papel (papelógrafo) o una pizarra, plumones o tiza

Sesión 2 ¿Qué es el Abuso Sexual Infantil?

1. Recepción del grupo

2. Dinámica “Identificando el abuso sexual”: Se conforman grupos de 5-8 participantes cada uno. Se les otorga la tarea de identificar cuáles son las situaciones que constituyen abuso sexual y cuáles no lo son, a partir del juego de tarjetas. Posteriormente cada grupo pequeño a través de un representante, expone frente al grupo general las dos listas construidas: la de situaciones de abuso sexual y las que no serían abuso sexual. El monitor va registrando en un papelógrafo o pizarra los elementos principales de cada lista por ejemplo de un lado las situaciones que constituyen el abuso sexual y en otro las que no lo son. El objetivo es destacar el marco general en el que se debe entender el abuso Sexual infantil, identificando sus tipos específicos.

3. Reencuadre: El monitor devuelve al grupo los elementos principales dados por ellos en la dinámica anterior en base al contenido del apartado de los fundamentos conceptuales el que consiste en ciertas definiciones como el abuso sexual infantil, que tipo de infante puede ser víctima de algún abuso y las consecuencias que tiene el menor al ser víctima de abuso sexual.

4. Cierre de la Sesión

Materiales: Hojas oficio, plumones, pliego papel o pizarra, pliego de papel con la definición de abuso sexual infantil y sus subtipos y juegos de tarjetas.

Sesión 3: ¿Qué Le Pasa a un Niño o Niña que es Abusado Sexualmente?

1. Recepción

2. Dinámica “La Historia de Adela”: Se conforman grupos de 5-8 participantes cada uno. El cual consiste en la reacción de un niño que es víctima de abuso sexual y tiene miedo a contárselo a alguien. En base al “Cuento de Adela” se les otorga la tarea de responder las siguientes preguntas: ¿Qué le pasó a Adela?, ¿Qué es lo que siente?, ¿Por qué siente eso?, ¿Qué le podría pasar? .Posteriormente cada grupo - a través de un representante expone frente al grupo general las respuestas a las preguntas formuladas. El monitor va registrando en un papelógrafo o pizarra los elementos principales de cada respuesta. El objetivo es identificar las emociones asociadas al Abuso Sexual que vive un niño o niña y el conflicto en que se encuentra.

3. Reencuadre: El monitor expone las principales consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales que conlleva la experiencia de haber sido víctima de abuso sexual en un niño o niña.

Materiales: Papelógrafo con consecuencias del abuso sexual, hojas de oficio, lápices, plumones. Copias de la “Historia de Adela” para cada grupo (Anexo 4)

Sesión 4 : ¿Qué Podemos hacer Frente a una Situación de Abuso Sexual?

1. Recepción: En esta sesión es importante que el monitor destaque los contenidos abordados en las sesiones anteriores realizando una pequeña síntesis, de manera tal que se motive a los participantes para su aplicación en el trabajo que se realizará.

2. Dinámica “Viendo debajo del Agua”: Se les pide a los participantes que se reúnan en grupos pequeños. A cada grupo se le solicita leer cuidadosamente un caso que se les entregará y consiste en dos situaciones de abuso sexual en la que manifiestan diversos síntomas por ejemplo como es el abuso a otro menor, al concluir la lectura responderán en grupo las siguientes preguntas:

- ¿Qué le podría estar sucediendo al niño o niña?
- ¿Quiénes participan en la situación descrita?
- ¿Qué hizo cada uno de los que participaron en la situación?
- ¿Cuál fue la actitud que tomaron?
- ¿Qué actitudes o acciones fueron correctas y cuáles no?
- ¿Qué harían ustedes si participaran de la situación?

Cada representante de grupo pasa adelante y lee su trabajo. El monitor toma nota de los aspectos centrales señalados por los grupos y concluye. El objetivo de la actividad es facilitar la identificación de indicadores de abuso sexual en el niño o niña, así como todas

las personas que están involucradas, y las acciones más idóneas para enfrentar en un primer momento un caso de abuso sexual.

3. Reencuadre: El monitor cierra la sesión relevando el rol de agentes sociales que los adultos poseemos en relación a los niños y niñas, y aporta información de algún organismo o institución de consulta ante la eventualidad de que los participantes se encuentren frente a una sospecha de abuso sexual.

4. Evaluación del Taller: Se les pide a los participantes que realicen una evaluación de la actividad global, calificando y aportando su opinión sobre elementos específicos.

Materiales: Hojas de caso, papelógrafo, plumones y lápices, hojas de Evaluación (Anexo, 5).

Taller nº2: así soy yo..... Educación sexual infantil

Objetivo: Promover el acercamiento a la corporalidad a través de la integración de la dimensión sexual en los niños y niñas, enmarcado en el desarrollo de su ciclo vital.

Dirigido a: Niños y niñas entre 7 y 10 años.

Duración: 5 sesiones de 1.30 horas cada semana.

Estructura del taller

Sesión 1: "Mis dibujos"

Antes de empezar comenta el autor que es importante señalarles algunas reglas básicas de las sesiones como esperar turnos para hablar, no burlarse de los demás, etc.

1. Bienvenida: Se realiza una bienvenida a los niños y niñas a través de un juego: con un rollo de papel higiénico y sentados en círculo, la persona que inicia el juego toma el extremo del papel y dice su nombre, luego lanza el rollo a quien quiera dejando en su mano el extremo. Quien continúa hace lo mismo, diciendo su nombre y aventando el rollo de papel a otro participante. El resultado es una maraña de papel que luego hay que volver a enrollar recordando el nombre de cada participante.

2. Presentación del Taller: El monitor le cuenta a los participantes de qué se va a tratar cada sesión que vendrá, el lugar y la hora en que se juntarán y que cosas se harán.

3. Dinámica "Así es mi vida": Se le entrega a cada niño tres hojas de block y se le pide que dibuje en cada una de ellas:

- Con quienes vivo.....

- Yo en la escuela.....

- Yo jugando.....

Al finalizar sus dibujos cada uno presenta por turnos lo que representa sus dibujos. Los demás les pueden hacer preguntas durante la presentación. Cada niño y niña, luego de realizada su presentación pega su dibujo en la pared. El monitor sintetiza mostrando los dibujos, cómo es la vida de cada participante. El objetivo de la actividad es que los niños y niñas se conozcan entre sí en forma amena y participativa, con información familiar y de sus intereses.

4. Cierre: Se concluye la sesión con un aplauso del grupo y algún juego de animación: Se le asigna a cada niño y niña el nombre de un animal. Van saliendo de la sala imitando el ruido característico de ese animal.

Materiales: Globos para decorar la sala, un rollo de papel higiénico, hojas de Block, lápices de color, grafito y goma de borrar, tarjetas con nombres de animales.

Sesión 2: Identificando Diferencias

1. Recepción: Se realiza juego de animación: Cada niño hace el ruido del animal que se le asignó la sesión anterior. Cada niño y niña debe adivinar un animal, poniéndole la tarjeta con el nombre del animal al niño o niña que hace el ruido correspondiente. Todos hacen los ruidos al mismo tiempo y cada participante busca a quien poner la tarjeta correcta.

2. Dinámica “¿Cuál es la diferencia?”: Se trabaja con los participantes en un grupo general. Cada niño y niña debe decir en una lluvia de ideas los nombres de las partes del cuerpo que ellos conozcan. El monitor va dibujando como un rompecabezas cada parte que sea dicha por los niños y niñas, procurando formar una figura humana completa. Al terminar el dibujo, se realiza la pregunta general de si ese dibujo corresponde a un hombre o mujer. El grupo deberá responder y tratar de saber de qué sexo es el dibujo. El monitor ayudará a los niños y niñas, poniendo aquellas partes del cuerpo que diferencian a cada uno (pene, vagina, etc.).

3. Reencuadre: El monitor debe guiar la actividad haciendo hincapié en las diferencias físicas fundamentales entre los sexos, contrastando finalmente con las figuras diferenciadas .

4. Dinámica “¿Y cómo me veo yo?”: Se le pide a cada niño y niña que se dibuje en una hoja de block poniendo sus propias características físicas: el color de ojos, de pelo, altura, etc. en el dibujo. El monitor debe ayudar a los niños y niñas a hacer este trabajo, reflejándole sus características cuando lo necesiten. Finalmente cada niño y niña pega su dibujo en la pared. El monitor cierra la actividad contándole al grupo cómo se dibujó cada

uno. El objetivo de la actividad es que los participantes integren las diferencias de la dinámica anterior en sus dibujos, a partir de la identificación de sus propias características físicas. Es importante destacar que las diferencias entre niño y niña sólo se focalizan en la genitalidad, ya que aún no presentan mayor diferenciación a nivel de características sexuales secundarias, por lo tanto se debe evitar generalizar a partir de características laterales como largo de pelo en las niñas, usar vestido, etc.

Materiales: Tarjetas con nombres de animales, papelógrafo, plumones, lápices de colores y grafito, goma de borrar, pliego de papel con figuras humanas diferenciadas (Anexo 6) y hojas de Block

Sesion 3: “Y nuestro cuerpo crece.....”

1. Recepción: Se trabaja con los niños y niñas realizando una actividad de animación: Se les entrega a cada participante una tarjeta con un dibujo. Deben buscar sin hablar entre ellos al niño o niña que tenga la tarjeta con su mismo dibujo. Deben hacer mímica, ruidos, etc. hasta lograr comunicarse con su compañero o compañera para saber si tiene su mismo objeto.

2. Dinámica “La Carrera del Cuerpo: El grupo forma dos grupos pequeños y se ordenan en un círculo. En cada grupo se deberá desarrollar la tarea de nombrar el mayor número de partes del cuerpo de un hombre en uno, y de una mujer en el otro. Un representante por grupo deberá ir haciendo una lista con los nombres que logre dar su grupo. A medida que van diciendo las características entre los compañeros de un mismo grupo, se van pasando algún objeto a modo de posta. El tiempo para desarrollar esta prueba debe ser breve. Finalmente cada grupo lee las características que logró señalar y se pega cada lista en un papelógrafo. El objetivo de esta actividad es que los propios niños y niñas logren identificar y asociar el mayor número de elementos corporales diferenciales, esta vez en el cuerpo de un adulto.

3. Reencuadre: El monitor muestra las láminas de trabajo Cuerpo de Niño, Niña / Hombre, Mujer, asociando las respuestas dadas por cada grupo. Diferencia la corporalidad de un hombre y de una mujer, explicando cómo va variando la genitalidad y demás características corporales cuando crecemos. El monitor dirá cada parte del cuerpo que vaya señalando con el nombre real, pero les pedirá a los niños y niñas que digan a viva voz si conocen otras formas de llamar a esa parte del cuerpo (nombres comunes o sobre nombres). Ej.: Pilín, pirulín, etc.

Después de que los participantes señalen los nombres, el monitor destacará el nombre correcto por cada parte del cuerpo. El objetivo de esta actividad es que los niños y niñas se familiaricen con la identificación de la corporalidad en un marco de respeto y sin caricaturización de ella. Además, se pretende otorgar la noción de continuidad y proceso en el desarrollo corporal desde la etapa de la infancia hasta la adultez.

Nota: El monitor deberá incluir la mayor cantidad de partes del cuerpo, no sólo los genitales.

Materiales: hojas de oficio, lápices, plumones, láminas cuerpo de niño/niña-Hombre/mujer .

Sesión 4 “Y cómo llegamos al mundo?”

1. Recepción: Se le da a cada niño y niña el nombre de una fruta. Se sientan en círculo y el monitor va nombrando las frutas y se deben cambiar de asiento. Quien dirige el juego se queda de pie en el centro del círculo y debe tratar de sentarse en el asiento de alguno de los dos participantes que se trataran de cambiar. El que queda de pie irá guiando el juego. También se puede dar la orden de “canasta revuelta”, y todos deben tratar de cambiarse de asiento. El juego debe hacerse en forma rápida.

2. Dinámica “El viaje del nacimiento”: Se divide el grupo en dos. A cada grupo pequeño se le pasa el set de dibujos de las Fichas de Reproducción (Anexo 7). Los niños y niñas deben contestar la pregunta cómo nacemos poniendo en orden correcto las láminas del set. Se les da el tiempo necesario para cumplir este trabajo (15 minutos). El objetivo es que los participantes intercambien información acerca de la reproducción y sus etapas y logren visualizarla como un proceso natural. Finalmente cada grupo expone su trabajo. El monitor al terminar la exposición de los dos grupos, reordena las láminas en el lugar correcto si es que ha habido errores y destaca aquellas en las cuales ha habido aciertos, al grupo general.

3. Reencuadre: El monitor incorpora las láminas de Contrastación: Aparato Reproductivo Adulto (Anexo 7), explicándole a los niños y niñas sus partes con sus nombres correctos.

4. Cierre: Se abre el espacio para que los participantes hagan preguntas sobre los contenidos tratados. Si los niños o niñas no se atreven a preguntar, el monitor puede ir haciendo preguntas al grupo para que sean contestadas de manera de confirmar el aprendizaje realizado.

Materiales: Set de Fichas de Reproducción, lápices y plumones

Sesión 5. “Así es mi cuerpo.....”

1. Recepción: Se forma un círculo con los niños y niñas. El monitor queda al centro. Los demás participantes deben atender a la característica que nombre al coordinador del juego y cambiarse de lugar con todos aquellos que la compartan. Por ejemplo: El monitor dice “Ha llegado una carta para todos los que tengan nombre que empiece con M.....” y estos se deben cambiar de asiento entre sí. El que queda sin asiento sigue dirigiendo el juego inventando alguna otra característica.

Nota: Algunas otras órdenes pueden ser: “Traigo una carta para todos los que tengan zapatillas, para los que usen pelo corto, los que tengan 9 años, etc.

2. Dinámica “Reconociendo mi cuerpo”: Se sientan en el suelo los participantes. El monitor hace que cierren los ojos señalando que haremos un viaje por nuestro cuerpo. Los niños y niñas con los ojos cerrados deberán ir reconociendo con sus manos aquellas partes de su cuerpo que vaya mencionado el monitor. La dirección para guiar el ejercicio debe ser desde la zona de la cabeza hasta los pies. La instrucción debe ser “Ahora vamos a comenzar a recorrer nuestro cuerpo....vamos a tocar nuestro pelo, reconozcan su pelo.....ahora vamos a seguir por nuestras orejas.....ahora nuestras cejas...etc.” Al finalizar el ejercicio en grupo general se trabaja con el set de tarjetas de reconocimiento corporal, que consiste en el reconocimiento de texturas y sensaciones de cada parte del cuerpo por ejemplo si es aspero, suave, si le dio pena tocarse, si le dio cosquilla, si le gusto o no etc. Los participantes van al centro y sacan una tarjeta y tratan de responder la pregunta que allí se realiza. Las preguntas están orientadas al reconocimiento corporal y la dinámica tiene como objetivo propiciar el acercamiento a la dimensión corporal de cada niño o niña en un contexto positivo no avergonzante ni estigmatizador.

Nota: Los participantes mientras hablan no pueden hablar ni emitir ruidos...

3. Reencuadre: El monitor explica al grupo la importancia de nuestro cuerpo destacando las siguientes ideas: No tenemos un cuerpo, somos un cuerpo, nuestro cuerpo siente y nos comunica lo que siente a través de distintas formas, cada cuerpo es distinto, tenemos derecho a tocar nuestro cuerpo y así conocerlo.

4. Cierre: Se realiza un cierre de la sesión repitiendo la dinámica de animación del inicio de la sesión.

5. Despedida y Evaluación: Conviene realizar un cierre del proceso vivido generando algún ritual de despedida. Este ritual puede ser la entrega de algún regalo a cada niño y niña, alguna fiesta final, o la entrega de algún diploma de participación. La evaluación de los niños y niñas puede ser a través del protocolo de evaluación de actividad.

Materiales: Música de fondo para dinámica de reconocimiento corporal, set de tarjetas de reconocimiento corporal, protocolos de evaluación de actividad.

Taller nº3: autocuidado infantil

Objetivo: Promover aprendizaje de nociones de autocuidado infantil y seguridad personal en un marco formativo y de crianza.

Dirigido a: Padres, madres y/o apoderados

Duración: 4 sesiones de periodicidad semanal, de 1.30 horas cada una.

Estructura del taller

Sesion 1: “Acercándonos a los niños y las niñas”

1. Bienvenida

2. Dinámica de Presentación: Se le pide a los participantes que se reúnan en pareja. Se les pide que cada uno se identifique frente al otro en base a la elección de un objeto o animal y explique porque se parece. Luego, en el grupo general en forma intercambiada cada compañero de la pareja presenta al otro en base al animal u objeto elegido.

3. Dinámica de Motivación: En el grupo general se abre la pregunta: ¿Qué esperan de este Taller?. Se recoge cada idea dada por los participantes y se registra en una pizarra o papelógrafo. El objetivo es identificar las expectativas del grupo y compartirlas para establecer acuerdos.

4. Se divide el grupo general en dos. A cada grupo se le entrega el set de tarjetas “Así son los niños y niñas” que consiste en una serie de experiencias, como mi juguete preferido cuando era niño era, mi peor maldad o travesura en la escuela fue, una mentira que de niño dije era o cuando era niño le tenía miedo a. Se les pide que cada integrante saque una tarjeta y comparta con los demás su experiencia en base a la pregunta que aparece en la consigna. Para esta dinámica debe proporcionarse el tiempo suficiente para que cada integrante participe y comparta sus experiencias, para lo cual el monitor debe supervisar el proceso. Finalmente el monitor reúne al grupo en general y abre la pregunta ¿cómo se sintieron recordando su niñez? El objetivo de este trabajo es facilitar que los participantes se contacten con la realidad de los niños y niñas y se acerquen a sus vivencias.

5. Reencuadre: El monitor trabaja en plenario con el grupo en general en base a la siguiente pregunta ¿Cómo son los Niños? Consignando en un papelógrafo las opiniones

de los participantes. El objetivo de este trabajo es que se logre construir en conjunto una visión de los niños y niñas privilegiando las características positivas.

6. Cierre de la Sesión:

Materiales: Papelógrafo “¿Qué espero del Taller?”, set de tarjetas “Volviendo a ser niños y niñas?”, papelógrafo “Cómo son los Niños y Niñas”

Sesión 2: “¿Cómo cuidamos?”

1. Recepción

2. Dinámica “Identificando el Cuidado y la Protección”: Se divide el grupo en dos grupos pequeños (máx. 8 participantes). A cada grupo se le entrega una situación que dramatizar en base a los casos de Conflicto Familiar. Se le pide a cada grupo que prepare una pequeña representación de la situación. Se le debe dar el tiempo suficiente para que realicen la actividad.

Cada grupo presenta la situación frente al grupo general. El monitor en plenario, una vez presentadas ambas situaciones, pide al grupo general que identifiquen las conductas o actitudes de cuidado o protección que tuvieron los participantes en cada situación. El monitor consigna cada opinión dada por los participantes en papelógrafo. El objetivo de la actividad es que los participantes se acerquen a la comprensión de la noción de protección de los niños y niñas a partir de la realidad familiar, identificando las condiciones de vulnerabilidad que se pueden propiciar desde una actitud errada de los adultos.

3. Reencuadre: El monitor expone las “actitudes básicas de protección” desde los padres o cuidadores de los niños y niñas a partir del papelógrafo de contrastación que consiste en:

Escuchar activamente al niño o niña, sin interrumpir su relato.

No poner en duda su relato.

Mantener la calma frente a las situaciones de conflicto.

Proporcionar alternativas frente al problema que se está presentando

Confirmar al niño o niña que hay personas para protegerlo y hacerse cargo de él o ella.

Reforzar al niño o niña por haber contado lo sucedido.

Acogerlo afectivamente si está asustado, confundido o nervioso

No descalificar ni burlarse del niño o niña cuando logra expresar lo que siente.

Ideas Fuerza:

- Un niño o niña a quien se le cree es un niño o niña que aprende a decir la verdad
- Un niño o niña a quien se le respeta cuando habla es un niño o niña que aprende a respetar

- Un niño o niña que sabe quienes están para protegerlo y cuidarlo es un niño o niña seguro de sí mismo.
- Un niño o niña a quien se le permite expresar sus emociones y temores es un niño o niña que aprenderá a saber qué le sucede

Materiales: Copias de casos de Conflicto Familiar, papelógrafo con actitudes básicas de protección e ideas fuerza.

Sesión 3: ¿Y sobre el Abuso Sexual.....?

1. Bienvenida

2. Dinámica “¿Quién es la víctima?”: Se divide al grupo en dos y se le entrega a cada grupo pequeño el caso de Abuso Sexual a revisar. Se le pide que lean cuidadosamente el caso y contesten en su grupo el protocolo de Cada grupo debe sugerir actuaciones concretas en la columna del protocolo que está vacía (Anexo 8). A un grupo le corresponderá completar la Columna de Conductas Inadecuadas y al otro la de Conductas Adecuadas. El monitor le debe pedir a cada grupo que sea lo más concreto en sus sugerencias, señalando conductas o actitudes específicas a realizar. Finalmente el monitor trabaja en un papelógrafo en base a la exposición de cada grupo, completando ambas conductas en el papelógrafo.

3. Reencuadre: El monitor comenta al grupo en general lo relevante de la primera actuación de los adultos frente a la primera sospecha o señalamiento de Abuso Sexual de un niño o niña. Destacando lo siguiente:

- La experiencia de Abuso Sexual para un niño o niña es una vivencia altamente compleja y dañina.
- El niño o niña que sufre Abuso Sexual ha sido siempre una “víctima” sin responsabilidad en lo ocurrido
- El niño o niña no entiende los alcances de lo ocurrido ya que su sexualidad se encuentra aún en desarrollo.
- Si un niño o niña relata una situación de Abuso Sexual no se debe dudar de lo que dice. Es muy difícil que un niño o niña mienta al respecto.
- Todo niño o niña necesita de la protección de los adultos a su cargo, y todos somos responsables de su seguridad como sociedad.

Materiales: Copia de caso de Abuso Sexual, protocolo de Actividad, papelógrafo con ideas fuerza.

Sesión 4: “Enseñando a cuidarse....”

1. Bienvenida

2. Dinámica “Yo enseño a cuidar”: Se divide al grupo en dos grupos pequeños. Se le entrega a cada grupo un set de tarjetas de Autocuidado Infantil (Anexo 9). Cada participante debe sacar una tarjeta y señalar si está de acuerdo con lo que se plantea en ella o no. El grupo discute al respecto seleccionando aquellas afirmaciones en que hubo consenso y las que no lo hubo. Finalmente cada grupo expone en plenario su trabajo. El monitor recoge las opiniones de cada grupo y coloca las tarjetas en la posición que le ha signado el grupo. El objetivo de la actividad es que los participantes logren identificar las conductas que educan a los niños y niñas en su propio cuidado y protección.

3. Reencuadre: El monitor comparte con el grupo las conductas que forman a los niños y niñas en un marco de sus derechos y expone los Derechos Infantiles.

4. Cierre de la Jornada

5. Evaluación del Taller: Se les pide a los participantes que realicen una evaluación de la actividad global, calificando y aportando su opinión sobre elementos específicos.

Materiales: Set de tarjetas de autocuidado Infantil, papelógrafo con derechos infantiles fundamentales y protocolos de evaluación de taller.

Un último programa de prevención citado en el presente trabajo, es el propuesto por Canales (2005) que esta dirigido a niños con síndrome de down. El cual tiene como objetivo que los niños adquieran habilidades de autoconocimiento y autocuidado para enfrentar situaciones de abuso sexual de una manera exitosa; al igual que los padres se relacionen con el abuso sexual en niños con retardo en el desarrollo con el fin de que sepan detectar conductas en sus hijos que denoten este tipo de abuso. El taller fue impartido a 10 niños con síndrome de down en la fundación de John Langdon Down. Se aplicaron 2 tipos de cuestionarios uno dirigido a los niños y otro a los padres con el propósito de evaluar el nivel de información del tema por ejemplo en el caso de los niños que tanto conocían sobre su cuerpo.

El diseño se estableció en un pre- test y post-test teniendo una duración de 5 sesiones, de una hora y media, la cual se dividió en cinco áreas: cuerpo humano, caricias, sentimientos, habilidades sociales y prevención.

Para la fase de fase de Pre-test se engloba los cuestionarios (Anexo, 10 y 11) que consiste en evaluar:

- Partes del cuerpo: En este apartado se evaluaron las partes del cuerpo que mencionaron adecuadamente y donde se encuentran estas. En la parte de señalar se tomaba como respuesta correcta que tocara con sus manos la parte del cuerpo que se les pedía y que dijeran el nombre adecuado.
- Situaciones no aceptadas socialmente: En este parte de le presentaron una serie de situaciones de riesgo (situaciones donde la mayoría de veces el niño se encuentra solo o con poca vigilancia y por ello es fácil que un adulto u otro niño pueda abusar sexualmente de él) que no deben aceptar para poderla tomar como respuesta adecuada.
- Caricias adecuadas e inadecuadas a niños y niñas: En este aspecto se elaboraron varios dibujos en donde se podían ver diferentes tipos de caricias, adecuadas (caricias que no implican el tocamiento de genitales, senos y boca y que además hacen que el niño se sienta incómodo ante esas caricias) y que a su vez se dividían en niños y niñas en donde tendrían que marcar que tipo de caricia era, con el objetivo de saber hasta donde podían diferenciar entre uno y otro tipo de caricias.

Fase II Intervención

Se les impartió una plática informativa a los padres, en la cual se dio una breve explicación del tema y de lo que se trabajara con sus hijos y las diferentes formas de prevenir un abuso al finalizar la sesión se evaluó la cantidad de información obtenida por los padres. En el caso de los niños se manejaron temáticas como: partes del cuerpo, derechos de los niños, caricias, secretos, obediencia y prevención. La forma en que se expusieron estas temáticas, fue mediante diversas dinámicas con el objeto de que el niño aprenda mediante el juego.

Fase III post-test

En esta fase se aplicó nuevamente el cuestionario a los padres y los niños de la evaluación inicial.

Los resultados obtenidos de este taller fue que en la evaluación inicial lo niños tienen un escaso conocimiento de las partes del cuerpo y de cual son las caricias inadecuadas, en la evaluación final es notorio que los infantes sabían distinguir entre caricias inadecuadas y adecuadas, por ejemplo en cuestión inicial de aceptación a situaciones no adecuadas

socialmente un 50% de los infantes accedían y al finalizar no accedía un 20%. El taller presentado es muy parecido al anterior, con la diferencia de que la evaluación llega a ser mas observable y medible, sin embargo desde el punto personal considero que la población es muy pequeña y se recomendaría en casos futuros tomar una población mas amplia, para una mayor confiabilidad.

CAPITULO III PROCESO METODOLÓGICO

En este apartado se tomara en cuenta el proceso metodológico con el que se realizó la presente investigación.

3.1 Consideraciones previas

3.1.1 Tipo de estudio

El presente trabajo es una investigación de tipo documental, cuyo objetivo fundamental es el análisis de diferentes fenómenos, que intervienen con la agresión/violencia sexual como es el ciclo de abuso, centrándonos principalmente en el agresor sexual, en sus características, las causas de su conducta, los tratamientos para su rehabilitación, los trastornos con los que se asocia y las diferentes parafilias., paralelamente también se toma en cuenta a la víctima principalmente por lo efectos que ocurren en ella y como podría evitarse que ocurriera dicho evento con la prevención.

3.1.2 Muestra

Se tomara en cuenta al agresor sexual como todo individuo que ejerza agresión/violencia sexual, independientemente de su sexo o edad, así que este podrá ser un individuo adulto, adolescente o infante, de sexo femenino y masculino.

3.2 Planteamiento del problema

¿La falta de interés y desconocimiento, de programas o tratamientos antilibidinales/biológicos y psicológicos dirigidos al agresor sexual, promueve un mayor incremento de víctimas de agresión/violencia sexual en nuestro país?

3.2.1 Objetivos

- Informar al especialista en este caso al psicólogo o psiquiatra sobre las gama de tratamientos aplicados al agresor sexual que han resultado eficaces para su rehabilitación

- Orientar a la población en general, de lo que acontece una agresión sexual, tanto para la víctima como para el mismo agresor.
- Comunicar a la sociedad en general sobre el marco legal para la validación de sus derechos y responsabilidades, no solo como ciudadanos sino como instancias gubernamentales encargadas de proteger la integridad de las personas que han pasado el evento de abuso sexual y como actuar frente el agresor de acuerdo a las leyes.
- Informar sobre los métodos de prevención de violencia sexual, que están dirigidos a la población en general y a su vez mostrar a las autoridades y especialistas de la salud lo que se realiza para evitar dicho evento.

3.2.2 Preguntas de Investigación

¿La falta de programas en la sociedad mexicana, dirigidos al agresor sexual, incrementa el riesgo de reincidencia y aumento de víctimas?

¿El desconocimiento de lo que es el agresión sexual, forma a la población en general una imagen fatalista y discriminatoria tanto para el agresor, como para la víctima?

¿El desconocimiento de las leyes que nos rigen, ponen en riesgo tanto al especialista como a la propia víctima o victimario, donde se puede corromper sus derechos e integridad como persona?

¿La prevención es el método más eficaz para evitar cualquier tipo de agresión sexual?

3.2.3 Justificación

La agresión sexual, es un problema que trae consigo implicaciones sociales importantes, claramente en la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) fueron registrados del mes de Enero a Diciembre del 2009, 2794 delitos sexuales de los cuales 2581 fueron por abuso sexual, 166 por hostigamiento sexual y 47 por estupro, pero las listas negras estima que el número es mucho mayor y aunque la víctima prefiere no denunciar; por factores como el miedo al rechazo de la familia o por el desconocimiento de sus derechos y las leyes que los protegen como ciudadanos, resultando a su vez en el desconocimiento de programas de atención psicológica desarrollados en diversas instituciones como el DIF, CTA , ADIVAC, entre otras. Todas ellas centradas en el tratamiento de la víctima, pero debido a la estigmatización que se le da a la persona

cuando es víctima de algún tipo de agresión sexual no permite que se acerque a estos centros de ayuda, ahora la problemática es mayor cuando se busca solución para la contraparte de este conflicto es decir, el agresor sexual que a pesar de la vasta bibliografía no se le presta mayor valor a esta población, debido a situaciones de prejuicios y el rechazo que se tiene ante estas personas, sin embargo la importancia radica en que al implementar programas eficaces de intervención para esta población, se reducirían el número de víctimas lo que traería consigo menos costos en un largo plazo y aún mas importante la salud física y psicológica de los individuos, ya que el ser víctima o agresor deriva en otra serie de consecuencias y trastornos por mencionar algunos como son, la depresión, ansiedad, trastornos de sueño, alimentación y de aprendizaje y otros que tienen que ver con la parte instintiva del ser humano como son, la ira y el miedo manifestándose en comportamientos agresivos u hostiles para toda la sociedad y en conductas criminógenas como el consumo de sustancias toxicas o robo . De igual manera informará sobre las múltiples causas que motivan a estas personas a violentar a otras y así tratar de concientizar a la sociedad de lo que es realmente el agresor, por ejemplo la mayoría de ellos agreden por conflictos en el hogar que tienen que ver con maltrato tanto físico como psicológico, otra de las causas importantes es de tipo cultural y de aprendizaje no olvidando los factores biológicos. Por lo que el estudio planteado entre otros aspectos, proporcionará mayor información sobre el tema, al público en general y brindará un panorama amplió al terapeuta o investigador para la rehabilitación de estas personas.

3.2.4 Limitaciones Previsibles

- Debido a la no existencia de un único perfil del agresor sexual, el tipo de tratamiento puede implicar un costo monetario alto en una fase inicial, pero que en un largo plazo beneficiaría a toda la población debido a la reducción de estos delitos.
- Debido a que la mayoría de la población acusada por delitos sexuales se encuentra recluida, y al escaso personal que existe dentro de estas instancias, limita la evaluación y aplicación correcta de los programas para la rehabilitación de estas personas.
- A lo largo del trabajo en el apartado de prevención, se encuentra la limitante de que a pesar de que existen diversos programas, mayoritariamente están dirigidos a los

infantes y en el caso de los adultos solo se da guías de prevención pero no existe mayor apoyo.

- Debido a los mitos que rodean al tema y la falta de difusión de lo que realmente consiste la agresión sexual, suele ser una barrera para conocer realmente la magnitud del problema, siendo las estadísticas solo estimaciones poco objetivas.

3.3 Variables

Los principales términos son: agresión, violencia, violación, violencia sexual y agresor sexual.

3.4 Procedimiento

En este apartado se ejecutaron determinadas acciones con una serie común de pasos claramente definidos, que permitirán observar el procedimiento que se llevo a cabo para la recopilación y búsqueda de información sobre el presente trabajo.

- Procedimiento para la recopilación de documentos: Se seguirá la secuencia temática según el índice.
- Criterios de selección de los mismos: Se elegirán los libros, revistas, documentos, tesis, páginas de internet, que se relacionen con los temas a investigar.
- Centros documentales a visitarse:
 - ✓ Biblioteca de Licenciatura de la Facultad de Psicología, UNAM.
 - ✓ Centro de Documentación de la Facultad de Psicología, UNAM.
 - ✓ Biblioteca de Licenciatura de la Facultad de Derecho, UNAM.
 - ✓ Biblioteca Central de la UNAM.
- Fuentes documentales a utilizar
 - ✓ Libros de agresión sexual o abuso sexual o que estén relacionados con los subtemas de dicho trabajo, como son las parafilias y trastornos asociados, que tengan como tema principal, lo que constituye un agresor sexual, que es la agresión y violencia en general y que tipo de ayuda psicológicas se le brinda actualmente sin importar el enfoque utilizado.
 - ✓ Revistas, donde se haya estudios en relación a la agresión sexual.

- ✓ Tesis, que tengan por temas principales agresor sexual, violencia sexual, abuso sexual, tratamientos o programa preventivos para la agresión sexual
- ✓ Internet, para temas en los que haya dificultad para localizar más información en las fuentes antes mencionadas al igual para el conocimiento de instancia gubernamentales como es el INEGI y PGR con el fin de conocer la epidemiología de los delitos sexuales y conocer los aspectos legales que nos rigen, también para vincularnos con asociaciones que se especialicen en el tema.

3.4.1 Actividades de análisis de información

Hacer una integración de la información obtenida en el marco teórico enfocada en los objetivos. Antes de elaborar dicha integración primero se hace la búsqueda de la información, para ello se ha hecho la búsqueda en la base de datos de cada facultad o biblioteca mencionadas anteriormente e incluso la búsqueda también se ha llevado a cabo en la base de datos de Librunam, tesiunam y seriunam las palabras: violencia sexual, agresión sexual y los nombres de algunos autores como: Noguero, Echeburúa, Garrido, Karpman etc. Al leer algunas fichas bibliográficas ha servido para buscar más conceptos y así encontrar más referencias relacionadas con el tema, por lo que se buscó de nuevo en las bases de datos palabras como: ciclo de la violencia sexual, agresiones sexuales, agresores sexuales, pederastas, pedofilia, tratamientos existentes para la agresión sexual etc.

Cuando se presenta la dificultad acerca de un concepto, duda o para ampliar aún más algún tema se ha hecho la búsqueda en Internet utilizando las mismas palabras que se han utilizado en las bases de datos también para complementar el glosario que se presenta al finalizar la investigación. Una vez que se tienen las referencias necesarias, se leen los capítulos pertinentes a la búsqueda para encontrar tanto lo que necesitara para el marco teórico y para apartar lo que es útil para contestar nuestras preguntas de investigación en el apartado de conclusiones y lo que se pretende mostrar al público lector.

Una vez que se tiene estructurado el marco teórico, se procedió con el proceso metodológico y se anotaron reflexiones y conclusiones acerca de lo que se ha recopilado.

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES

La agresión sexual es un problema de salud pública que es de interés para toda la sociedad y no para una población en específico, la cual involucra una serie de variables como es, la víctima, el agresor incluso el mismo ambiente donde se desarrollan estas conductas. La agresión sexual como tal, compone una serie de términos que han sido mencionados ya en el presente trabajo sin embargo se considera conveniente formar una conclusión global de lo que acontece dicho término.

Así que la agresión sexual es la forma de sometimiento y manipulación del otro(s) con el propósito de obtener provecho o cualquier tipo de satisfacción por parte del victimario, también cabe aclarar que con dicha terminología no solo me refiero a satisfacción sexual, sino esta puede ser de estatus, poder o control, incluso es la clara manifestación de que el agresor en un cierto nivel ha sido víctima por la repetición de patrones agresivos que no siempre constituye un abuso sexual, sino manifiesta un ambiente inseguro, conformado por maltratos físicos como son los golpes, de tipo psicológico como humillaciones, lo que ocasiona que el individuo a lo largo de su desarrollo se convierta en agresor, en base a sus experiencias vivenciales.

La importancia de conocer en que radica la agresión sexual, específicamente desde el agresor, es debido a que la gran parte de los programas están dirigidos a la víctima, así que el conocer lo que se está haciendo en otros países, permite un panorama más amplio y nuevas alternativas para poner solución a este conflicto, mediante la inserción de procedimientos que han funcionado en otras naciones, a su vez evitando un mayor riesgo por tratamientos mal aplicados o la nula intervención.

La violencia sexual como tal trae consigo una serie de implicaciones y consecuencias tanto para la víctima como para el agresor, en diferentes niveles, dependiendo de factores como su edad, el apoyo familiar y en general del ambiente que los rodee. En el caso de la víctima adulta pueden existir diversas dificultades, como son el consumo de sustancias tóxicas, debido a sentimientos de miedo, ansiedad lo que lleva a otro tipo de trastornos como son depresión y estrés postraumático, en el caso de niño abusado o adolescente, existen problemas de aprendizaje, trastornos del sueño, agresividad etc. En el caso de agresor aunque el no sea siempre consciente de ello, la mayor problemática se da en aspectos legales y nos habla de diversos problemas psicológicos asociados a dicha

violencia. Simplemente en el país se estima que cada 7 o 20 minutos ocurre una violación, y el 96% no lo denuncia por una serie de mitos y prejuicios que hay en relación al tema.

Lo anterior sugiere que tanto el agresor como la víctima desconocen sus obligaciones y responsabilidades como ciudadanos, la mayoría de las veces por falta de información de las diversas estancias gubernamentales que nos llevan a otro importante conflicto como son la falta de programas para este tipo de población, ya que desde mi punto de vista si existiera programas eficaces para las personas cautivas en los diversos reclusorios de México, que están acusadas por algún delito de tipo sexual, como es la explotación de menores, estupro, incesto, aprovechamiento sexual, abuso sexual entre otros; existiría un menor riesgo y habría una mayor educación que daría como resultado la concientización de la sociedad sobre el tema.

Debido a que en diversos países la aplicación de programas ha reducido de manera considerable el número de víctimas, si se implementara en nuestro país considero que ocurriría lo mismo. Ya que se ha podido observar que la agresión sexual puede desatar otro tipo de conductas criminógenas y totalmente desadaptadas que ponen en situación de riesgo no solo al individuo sino a toda la comunidad.

Un apartado que es de importancia razonar, es la implementación del marco legal, ya que debido a esto se puede conocer que tipo de leyes nos rigen para distintos aspectos de lo que se considera un delito sexual, a su vez mostrando tanto al individuo como profesionales en consiste un caso de abuso sexual y que variantes lo componen como es el caso de la revisión médica e interrogatorio tanto al adulto como al infante, también al psicólogo o terapeuta se le muestra bajo que circunstancias puede romper el código de confidencialidad, esto con el propósito de evitar cualquier problema de tipo social y moral.

Durante la presentación y elaboración del trabajo se puede concluir que no existe un solo perfil del agresor sexual de hecho se menciona frecuentemente, aunque si comparten una serie de características en común como es el comportamiento sexual poco adaptado, por ejemplo la excitación o preferencia por estímulos sexuales desviados también muestra un cierto deterioro de la capacidad para la actividad sexual recíproca y afectiva libremente consentida y pueden también experimentar algunas disfunciones sexuales como la

impotencia, inmadurez emocional que suele ser común y se refleja en la falta de empatía hacia las demás personas, también es posible que muestren problemas en el comportamiento social, ya que no suelen disponer de estrategias ni de habilidades sociales adecuadas para la resolución de sus problemas por lo que tienden a reaccionar con respuestas de enfrentamiento desadaptadas; pero aun así con ciertas características similares muestran al parecer mas diferencias, en este proceso hay que tomar principalmente atención en el factor del genero es decir como actúan los diferentes agresores, ya que no se puede unificar un solo tratamiento o al menos no con las mismas técnicas independientemente del enfoque que sea empleado , ya que los victimarios no constituyen solamente la población masculina, si bien es cierto que en nuestro país existe mas riesgo de que el perpetuador sea un varón, no hay que irnos con esta idea, por ejemplo últimamente han surgido diversas investigaciones que nos hablan de mujeres adultas y adolescentes que agreden incluyendo también a los infantes, y aunque obviamente no es el mismo impacto, si existe y no se puede generalizar un mismo método de intervención; ya que el lector habrá observado cuales son los factores que llevan a una mujer o varón a cometer un abuso, considero que es hora de recapacitar como país incluyendo a las instituciones, ya que efectivamente la falta de responsabilidad en el asunto ha hecho que la mayoría de la población al no contar con programas adecuados se esfuercen mas para corregir o rehabilitar a la persona abusada que por prevenir estos eventos y sobre todo la reincidencia de estos individuos violentos.

Dentro del estudio se expone las diversas causas existentes y aunque en un principio me costo trabajo entender de que servía informar al psiquiatra, medico, psicólogo y otros profesionales e incluso personas que tenga interés por el tema sobre las diferentes teorías del porque, ocurren esto sucesos , dentro de esta etiología me encontré con explicaciones de tipo biológico, social, de aprendizaje, de apego y de personalidad, conforme fue avanzando la recopilación de información me percate, que esto se hacia con el fin de descartar o acreditar las diferentes causas por las que un individuo agrede, para poder formar un perfil especifico y brindarle la intervención mas conveniente utilizando una gama de estrategias que aunque comunes , no son necesarias en todos los casos..

Ahora, me enfocare en la importancia que tiene el apartado de la evaluación, como se menciona durante el estudio se tiene que tomar en cuenta la calidad de dicha evaluación, es decir, tomarse el tiempo necesario para elaborar un diagnostico, existiendo diversos

métodos como son la evaluación psicométrica, proyectiva, fisiológica o por medio de una estructurada entrevista, si embargo al evaluar se tiene que descartar cualquier problema de tipo orgánico o intelectual y determinar el tipo de tratamiento a emplear. Sobre esta línea hablare de la finalidad de los tratamientos expuestos en este escrito, me base en señalar, que han hecho diferentes enfoques al respecto de la violencia sexual y el tipo de población que es atendida con los diferentes programas, la mayoría de las veces nos vamos con una sola idea sin embargo no todos estamos preparados para el mismo procedimiento por ejemplo, una persona con escasa educación escolar difícilmente podrá tomar una terapia de tipo psicoanalítica, o una persona con daño cerebral difícilmente podrá acudir a un programa terapéutico sin ayuda de fármacos.

Los tratamientos, se dividieron en dos apartados, los de tipo biológicos o antilibidinales y de tipo psicológico. En lo primeros se toma en cuenta principalmente la implementación de fármacos, la castración quirúrgica y la psicocirugía, que tiene como propósito fundamental reducir aquellos componentes químicos, como es la disminución de testosterona que puede evitar una agresión sexual, este apartado fue de interés personal, debido a que es la conexión con un trabajo terapéutico, es decir no se pueden separar en la mayoría de los casos, por lo que cabe tomar en cuenta que el trabajar con agresores sexuales y al no existir un perfil único, nos enfrentamos al dilema de la medicación, pero también sin el apoyo terapéutico se podría hacer realmente muy poco por la persona. En el apartado de tratamientos psicológicos tome en cuenta primeramente las características con las que debe contar el terapeuta, individuo o grupo como tal, en caso de ser una terapia grupal, primero que nada quiero aclarar que si el profesional no esta dispuesto a dejar sus aspectos morales de lado realmente puede ayudar muy poco a esta población y como da a entender el texto ante todo debe a ver objetividad y empatía. Como ya mencione considere importante tomar distintas perspectivas teóricas como son el psicoanálisis, modelo sistémico, humanista y cognitivo conductual, esto con el propósito de mostrar a lector como puede trabajar con estos individuos y a su vez enseñar las diferentes estrategias y técnicas a utilizar con cada programa. En el caso del psicoanálisis se trabaja principalmente con cambio a nivel estructural, que se basa en la identificación y resolución de los conflictos primarios con el fin de reducir la ansiedad del individuo con parejas apropiadas y reducir sus fantasías sexuales desviadas Se ira, por tanto descubriendo el motivo que llevo a la realización de su conducta perversa y porque llevo a cabo el abuso analizando si la causa es por despecho, por desamor, venganza etc. Una

vez descubierto el motivo o motivos, siempre y que no se trate de un psicópata o este gravemente perturbado, consideran que se puede trabajar con el agresor poniéndole en contacto con situaciones y emociones actuales, analizando la similitud entre sus sentimientos pasados y los presentes, por lo que el proceso de tratamiento consiste en poner en contacto las situaciones pasadas con las presentes a través del relato de los recuerdos o de los sueños. En el caso de la perspectiva sistémica se menciona principalmente el modelo ecológico aplicado al tratamiento de adolescentes agresores, donde se toma en cuenta todas las variantes para su recuperación a nivel individual, comunitario y familiar, por lo que las causas y la recuperación del individuo se atañe como la responsabilidad de todos es decir se comparte, siendo un carga menor para el agresor. En el caso del enfoque humanista es aplicada la terapia de la gestalt que se basa en la idea que cada acto o conducta del consultante puede dar cuenta de su modo de interacción con el medio. Partiendo de esta base, el tratamiento aspira a aumentar su conciencia de sí mismo y de su situación actual; se trata de centrar al consultante en la experiencia de su "ser", al igual se trata de incentivar el contacto con los otros y su disposición a la confrontación y recorrido de su experiencia en el aquí y ahora. Por ultimo el enfoque cognitivo conductual recalca la importancia de concientizar al individuo por una diversidad de técnicas mencionadas anteriormente, con la finalidad de que acepte su acto de abuso, busca eliminar toda distorsión cognitiva y hacerlo responsable de sus acciones con el fin de que el individuo se capaz de ser empático y no repetir nuevamente esta conducta, en este caso es el enfoque más aplicable para cualquier tipo de población y del cual hay bastante investigación relacionada con el tema de violencia o agresión sexual, no minimizando obviamente a ningún modelo, pero si enfatizando mayores investigaciones en un futuro de los diversos enfoques en relación a este tema para un mejor sustento teórico y más enriquecido.

Uno de los últimos apartados fueron los trastornos asociados a la agresión sexual, obviamente hay infinidad de trastornos, sin embargo unos se encuentran mas conectados con el tema, como es el caso del trastorno antisocial, limite, psicopático, sádico, parafilico entre otros, esto se realizo con el propósito fundamental de comunicar al lector, que antes de dar un diagnostico se tiene que descartar cualquiera de estos otros trastornos o también con cual de ellos se relaciona el paciente para dar un tratamiento adecuado y aunque un programa sea similar no se aplica de la misma manera en todos los casos ya que cada paciente es único y con diferentes dificultades. Por ultimo comentare el

apartado de la prevención para evitar ser una posible víctima, debido a que la mayor parte de los programas va dirigido a una población de infantes, porque al parecer es la mas sujeta a los abusos sexuales, sin embargo hago énfasis que en futuros proyectos se tome más en cuenta a la población adulta y juvenil ya que considero que ellos se encuentran en la misma posibilidad de sufrir una agresión sexual y recordemos que por factores culturales y de desarrollo, el adulto puede sufrir consecuencias mas serias y permanentes que el infante; debido a que el infante sabe que algo no esta bien, pero con apoyo del núcleo familiar su recuperación puede ser mas rápida y sólida, mientras que en el adulto o joven se puede caer en una repetición de patrones abusivos contra los demás y a el mismo, lo que traería consecuencias en un futuro así que no pensemos que estos casos son únicos ya que ocurren frecuentemente y afectan a todos.

Para finalizar manifiesto que el presente trabajo, puede ser una herramienta eficaz para informar y comunicar a cualquier publico lector de lo que consiste la agresión sexual, incluso puede servir como guía para el especialista, que necesite información del tema y a su vez se de un idea general de lo que puede trabajar con un paciente con estas características, también es un invitación a la reflexión de toda la sociedad incluyendo estancias como son los reclusorios a poner a prueba toda esta diversidad de técnicas y tratamientos para corroborar en futuras investigaciones en el país, porque si bien conteste aquella pregunta que me hice en un inicio del proyecto la cual era si: ¿por falta de interés y desconocimiento de programas dirigidos a agresor era que existían tantos abusos de tipo sexual? y al compararlas con otros países y ver la basta información y preocupación sobre el tema, me conteste, ya que efectivamente hay demasiados casos de abuso sexual a diario y que no son denunciados por infinidad de razones entre ellas la mas importante, por el trato y estigmatización que se le da a la víctima tanto de instancias gubernamentales como el propio núcleo familiar y aun peor le va al agresor por esa falta de información, así que nada nos quita como profesionales mostrar este tipo de procedimientos para orientar y prevenir acontecimientos que afectan las salud mental de todo el país.

REFERENCIAS

- Acevedo, A. López. M. (1985) El proceso de la entrevista conceptos y modelos. México. Acevedo y asociados.
- Aguayo, I. Sepulveda, P. (1999) Informe: Parafilias desde la perspectiva conductista. APSIQUE. Universidad de Concepción.
- American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics (2001) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. Barcelona. Masson.
- Aragónés, R. M. (1998) Los agresores sexuales adolescentes. España. Anuario de Psicología jurídica.
- Arredondo, V. (2002) Guía básica de prevención del abuso sexual infantil. Apoyo a la Infancia ONG Paicabí. Vol. 003 N° 1. Julio. Chile.
- Arroyo, G. (1986) Diccionario de biología. México. Ediplesa.
- Bedolla, P. (1985) Violencia contra las mujeres. México, Centro de estudios de la mujer. Facultad de Psicología. UNAM.
- Blaske, D.M. Borduin, C.M. Henggeler, S.W. y Mann, B.J. (1989) Individual, family, and peer characteristics of adolescent sex offenders and assaultive offenders. *Developmental Psychology*, Vol. 25. N°5, pp. 846-855.
- Bartra, E. (1992) Mujeres y política en México: aborto, violación y mujeres golpeadas. Política y Cultura. N° 001. Otoño, pp.23-33.
- Balestra, C. (2002) Derecho Penal. Perú. Abeledo.
- Bernstein, D. Nietzel, M. (1988). Introducción a la Psicología Clínica. México. McGrawHill.
- Bonino, L. (2000) Varones, genero y salud mental. Carabú, Seguera. Nuevas Masculinidades. Barcelona
- Cáceres, J. (2001) Parafilias y Violación. España. Síntesis, S.A.
- Canales, M.G. (2005) Aplicación de taller de prevención del abuso sexual en una población de niños con síndrome de down. Tesis de Licenciatura. Facultad de estudios superiores Iztacala. UNAM.
- Castro, M.E. López, A. y Sueiro E. (2009) Sintomatología asociada a agresores sexuales en prisión. *Anales de Psicología*, Vol. 25 N°21. Junio, pp.44-51

Center for Sex Offender Management (2007). Female sex offenders. Mach. Silver Spring, MD: Author.

Código ético del psicólogo (2000). Fundacion Konrad Lorenz . Revista Latinoamericana de psicología. Colombia. Vol. 32 N°001, pp. 209-225

Conferencia Interagencial sobre las lecciones aprendidas (2001) Prevención y respuesta a la violencia sexual y de género en situaciones de refugiados. Ginebra.

Colapinto, J. Sistemas y teorías psicológicas y contemporáneos. México. Paidós.

Contreras-García N. (2001) Violencia sexual: Prevención y Tratamiento. Tesis de Maestría. Facultad de estudios Superiores Iztacala. UNAM.

Cornejo-Hernández D.S. (2004) Tratamientos existentes para agresores sexuales. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios superiores Iztacala. UNAM.

Díaz, J. (2003) Ofensores sexuales juveniles. Estudios de Juventud, N°62, pp. 93-129

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000) Abuso sexual en la infancia: Víctimas y agresores. Barcelona. Ariel.

Echeburúa, E. (2000) El secreto profesional en la práctica de la psicología clínica y forense: Alcances y límites de la confidencialidad. Análisis y Modificación de conducta. Vol. 28. N°120, pp. 485-501.

Finkelhor, D. y Brown, A. (1985) The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 55.October, pp. 530-54.

Flores, A. (1999) Parafilias Revista Argentina Sexualidad Humana, Año.13.N° 1, pp. 7-35.

García, F. (2004) Delitos Sexuales. Perú. Ediciones Legales.

García, R. y Gross (1994) Pequeño Larousse ilustrado. España. Larousse.

Garrido, V. y Beneyto, G. (1995) El control de la agresión sexual. Programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión y en la comunidad. Cristóbal Serrano Villalba. Valencia.

Gómez, H.M. (1998). La libertad Condicional: Peritación psicológica de los agresores sexuales .En: Colegio Oficial de psicólogos. Madrid.

González, E. Martínez, V. Leyton, C. y Bardi, A. (2004) Características de los abusadores sexuales. Sogía, Vol. 11 N° 1, pp. 6-14.

González, M. (2003). Delirium: adaptación de un instrumento de detección y evaluación del pronóstico vital asociado. Tesis de Doctorado. Universidad de Barcelona.

Hernández- Hernández, J. F. (2004) Factores Psicocriminológicos de los agresores sexuales del estado de Puebla. Tesis de Licenciatura. Facultad de estudios superiores Iztacala. UNAM.

Hercovich, I. (1997) El enigma sexual de la violación. Argentina. Biblios.

Hoff, L. A. (1994) Violence issues: and interdisciplinary curriculum guide for health professionals. Ottawa. Health Canadá .

Holman, K. (2000) Tratamiento de jóvenes agresores sexuales: posibilidades y retos. España. Informe de Alianza Internacional Save the Children.

Horrocks, E. (2003) Psicología de la adolescencia. Escuela Nacional de Psicología. UAG. México

Kafka, M. Prentky (1992) Fluoxetine treatment of non paraphilic sexual addictions and paraphilias in men. Clinical Psiquiatry, Vol 53, pp. 345-350

Karpman, B. (1975) El Psicópata Sexual. Argentina. Horme, S.A.E.

Kenberg, F. (1994) La agresión en la perversiones. Argentina. Paidós

Kilpatrick, Veron y Resick (1983) Stress Management for rape victims. En: Meichenbaum y Jaremko. Stress reduction and prevention. USA.

Kutter, P. (2001) El conflicto básico de la psicomatosis y sus implicaciones terapéuticas. Revista Portuguesa Psicopatológica. Vol. 3, N° 002. pp. 117-133. Julio.

Labrador, L.; Rodríguez, T.; Cara, M.; Menoya, M. y López, H.(2008) Una estrategia de intervención comunitaria en la prevención de los delitos sexuales en féminas. Ciencias Medicas. Vol. 13, N° 1. Marzo.

Laplanche, J. Bertrand, J. (1979) Diccionario de psicoanálisis. México. Labor. S.A.

Lassus, M.C.(2009) ¿Cuándo un niño abusa sexualmente de otro? Argentina. Revista electrónica Psicocent Equipo Interdisciplinario en Psicología Comunitaria. Julio.

Lencioni, L.J. (2001) Los delitos sexuales: manual de investigación pericial para médicos y abogados. México. Trillas.

Lomeli, J.M. (2004) El examen psicológico como auxiliar en el diagnóstico y tratamiento de los agresores sexuales. Este trabajo se presentó en el I Congreso Nacional de Salud Sexual, realizado en la ciudad de Acapulco, Gro. En Diciembre de 2004.

Lopategui, E. (2002) Respuestas cardiovasculares al ejercicio agudo. Centro de la información (CAI).

Luna- Soberanes, M.L. (2004) Psicocriminología del violador sexual sentenciado en el estado de chihuahua. Tesis de Licenciatura. Facultad de estudios superiores Iztacala. UNAM.

Manríquez-Castillo, I. Hernández Vargas, M. (2004) Un análisis de las características físicas, psicológicas y sociales de violadores sexuales sentenciados en los reclusorios de la ciudad de México. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios superiores Iztacala. UNAM.

Márquez-Sánchez, E.C. (2006) Representación social de violación sexual, violador sexual y víctima de violación sexual en menores infractores del Centro de Tratamiento para Varones. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios superiores Zaragoza. UNAM.

Marshall, W.L. Fernández, Y. M. y Serran, G.A. (2001) Agresores Sexuales. España. Ariel, S. A.

Mason (2000) DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Masters, W. Jhonson, V. y Kolodny, R.C. (1987) La relación sexual coercitiva . Enciclopedia de la sexualidad humana. España. Grijalbo

Marx, M.H. y Hillix W.A. (1988) Sistemas y teorías psicológicas contemporáneos. Argentina. Paidós.

Mendoza, S. (2001) Intervención Psicológica para agresores sexuales. Tesina de Licenciatura. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. UNAM.

Miotto, N.G. (2009) Delitos contra la integridad sexual. Argentina. Jornadas Científicas sobre Cámara Gesell.

Morales-Hernández, L. (2009) Violencia Sexual: Experiencias y significados de la violencia sexual en prostitutas del estado de México. Reporte de Investigación de Licenciatura. Facultad de Estudios superiores Iztacala. UNAM.

Morris C.G. (1997) Psicología. México. Peter Janzow, Marylin Coco.

Muse, M. Frigola, G. (2003) La evaluación y tratamiento de trastornos parafilicos. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría. N° 3, pp. 55-72

Myers E. B. (2002) The APSAC handbook on child maltreatment. California. APSAC.

Naciones Unidas (2006) Como evitar el peligro y protegerse: guía de seguridad para las mujeres. Departamento de seguridad. Aprobada por el Comité de Alto Nivel sobre Gestión (HLCM). Septiembre.

Navarro, J.C. (2004) Psicopatía y delincuencia sexual grave. Evaluación clínica psicométrica. Programas de intervención. España. Centro de Estudios Jurídicos.

Noguerol, V. (2005) Agresiones sexuales. España. Síntesis

Organización Mundial de la salud (2000) Clasificación de los trastornos mentales y de comportamiento CIE-10. Medica Panamericana.

Organización de las Naciones Unidas (1985) Prevención del delito y tratamiento de delincuente. Este trabajo se presentó en el VII Congreso de la ONU. Realizado en la ciudad de Milán.

Ramos, L. Saltijeral, M.T. Romero, M. Caballero, M.A. y Martínez N.A. (2001) Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. Scielo. Vol.43, N° 3, Mayo-Junio, pp. 182-191.

Redondo, S. (2004). El tratamiento psicológico de los agresores sexuales. Revista del Poder Judicial.

Ribes, E. (1972) Técnicas de modificación de conducta. Su aplicación al retraso en el Desarrollo. Mexico. Trillas

Roble-Mendoza, A. L. (1991) El perfil del violador. Tesina de Licenciatura. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. UNAM.

Robles-Mendoza, A. L. (1998) Alternativa terapéutica para agresores sexuales. Tesis de Maestría. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. UNAM.

Ruano-Bautista, S. (2008) Violación: consecuencias psicológicas y emocionales. Tesis de licenciatura. Centro Universitario "Vasco de Quiroga". UNAM.

Rueda, M.A. (2007) Los programas y/o tratamientos de los agresores en supuestos de violencia de género ¿Una alternativa eficaz a la pena de prisión?. España. DYKINSON.

Ruiz Harrel, R. (1977) La violación en México. FEM. Vol. 1, N° 4, Julio-Septiembre.

Ruiz, P.J. (2009) Niños y adolescentes que maltratan. Pediatría Integral. Vol. 8, N°10, pp. 919-929.

Salgado, M. (2004) Satisfacción en participantes de un tratamiento psicoterapéutico grupal para hombres que ejercen violencia basado en el enfoque gestáltico. Tesis de Licenciatura. Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. EPUC.

Sánchez, C. (2000) La agresión sexual. España. Biblioteca Nueva.

Smirnov, A.A. Leontiev, A.N. Rubinshtein, S.L. y Tieplov B.M. (1975) Psicología: Tratados y Manuales. México. Grijalbo.

Soria, M. A. Hernández, J. A. (1994) El agresor sexual y la víctima. España. Boixareu Universitaria.

Sueiro, E. (1997) Abuso sexual y su prevención. Revista galego-portuguesa de psicoloxía e educación. Año 1, Vol. 1, N°1, pp. 63-75.

Terol, O. (2008) Propuesta de tratamiento para delincuentes violentos con componente psicopático. Psicopatología clínica legal y forense Vol. 8, pp. 161-192

Thornhill, R. Palmer, C. (2006) Una historia natural de la violación. Los fundamentos biológicos de la coerción sexual. México. Océano.

Valencia, O. L. Andreu, J. M. Mínguez, P. Labrador, M. A. (2008) Nivel de reincidencia en agresores sexuales bajo tratamiento en programas de control de la agresión sexual. Psicología Clínica Legal y Forense, Vol. 8, pp. 7-18

Valladares C. P. (1989) Manejo terapéutico para personas violadas. Curso- Taller Educación Continua. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. UNAM.

Valladares, C.P. (2002). Empoderamiento femenino ¿Para qué? Equidad de Género, año 1, Revista semestral IMEM, junio.

Vaquera, G. (2009). Historia del delito de violación: Una construcción simbólica. Argentina. Revista electrónica Psicocent Equipo Interdisciplinario en Psicología Comunitaria. Julio.

Vargas-Mendoza, J. E. (2006) Condicionamiento operante: apuntes para un seminario. México. Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.

Vázquez, B. (1998) Agresión Sexual: Evaluación y tratamiento en menores. México. Siglo XXI.

Vidrio, M. (1991) Estudio descriptivo del abuso sexual en Guadalajara: Violación, Incesto, atentado al pudor y estupro. Guadalajara. Universidad de Guadalajara.

Vigarello, G. (1999) Historia de la violación desde el siglo XVI hasta nuestros días. Uruguay. Trilce.

Warren, H. C. (1977) Diccionario de Psicología. México. Fondo de cultura económica

White, P. Bradley, C. Ferriter, M. y Hatzipetrou, L. (2008) Tratamientos para personas con trastornos del deseo sexual y para personas que cometieron delitos sexuales (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 2. Oxford

Pgjdf. 2010. Estadísticas Delictivas. México. [web en línea]. Disponible desde internet en: <<http://www.pgjdf.gob.mx/temas/1-3-1/fuentes/09.pdf>> [con acceso el 19 de Marzo de 2010]

e-México.2010. Direcciones de sistema de apoyo a víctimas de violencia sexual. México. [web en línea]. Disponible desde internet en: <http://207.249.10.121/wb2/eMex/eMex_Violencia_Sexual_Jov?page=4> [con acceso el 19 de Marzo de 2010]

Icesi.2010.Encuesta Nacional de criminalidad y victimización (ENICRIV/2004). México. [web en línea].Disponible desde internet en: <http://www.icesi.org.mx/documentos/publicaciones/gacetas/diagnostico_inseguridad_en_mexico_y_enicriv4.pdf> [con accesos el 1 de abril de 2010]

Icesi. 2010. Estadísticas Oficiales-Denuncias Registradas-Fuero Comun- Violacion 1997-2008. Mexico.[web en línea]. Disponible desde internet

en:<http://www.icesi.org.mx/documentos/estadisticas/estadisticas/denuncias_violacion_1997_2008.pdf> [con acceso el 1 de abril de 2010]

Inegi.2001. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. México [web en línea]. Disponible desde internet en: <<http://www.inegi.org.mx>>[con acceso el 14 de abril de 2010]

Inegi.2010. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Mexico [web en línea]. Disponible desde internet en:<<http://www.inegi.org.mx>>[con acceso el 23 de abril de 2010]

El universal.2008. Sufren abuso sexual 20 mil niños en México.[web en línea]. Disponible desde internet en: <<http://www.eluniversal.com.mx/notas/558622.html>> [con acceso el 1 de abril de 2010]

Instituto Nacional del Cáncer. 2010. Estados Unidos [web en línea]. Disponible desde internet en:< <http://www.cancer.gov/diccionario/?CdriD=449810>> [con acceso 18 de abril de 2010]

El analista. 2010. Diccionario de Psicoanálisis. [web en línea]. Disponible desde internet en:
<[http://www.tuanalista.com/Diccionario-Psicoanalisis/7281/Seducion-\(teoria-de-la\).htm](http://www.tuanalista.com/Diccionario-Psicoanalisis/7281/Seducion-(teoria-de-la).htm)>
[con acceso 25 de mayo de 2010]

Portales Médicos. 2010. Diccionario Medico [web línea]. Disponible desde internet en:
<http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Portada>[con acceso el 24 de junio de 2010]

Definición de. 2010. Diccionario de definiciones [web línea]. Disponible desde internet en:
<<http://www.definicion.de.com>>[con acceso el 4 de agosto de 2010]

Perspectivas sistémicas. 2010. Violencia filioparental [web línea]. Disponible desde internet en: <<http://www.redsistemica.com>>[con acceso el 6 de agosto de 2010]

Medicina. 2010. Definiciones. [web línea]. Disponible desde internet en:
<http://es.mimi.hu/medicina/index_medicina.html> [acceso el 6 de agosto de 2010]

ANEXOS

Anexo 1 Entrevista y exploración física de la presunta víctima

Debe evitarse que el interrogatorio y posterior exploración de la presunta víctima del delito de violación resulten desfavorables psíquicamente para ella. De allí la necesidad de explicarle el motivo de las diversas etapas del protocolo.

Generalidades

Tipo y número de documento:

1. Nombre y apellidos: _____ Edad: _
2. Estado Civil:
Soltera_ Casada_ Viuda_ Divorciada_ Unión Libre_
3. Grado de instrucción:
Primaria_ Secundaria_ Preparatoria_ Profesional_
4. ¿Cómo ocurre la denuncia?
5. Nivel socioeconómico :
6. Domicilio:

Antecedentes Ginecológicos

Esta información es importante porque permite evaluar los hallazgos que se obtienen durante la exploración ginecológica, y descartar la posibilidad de ruptura yatrógena del himen.

7. ¿Hubo actividad sexual antes de ocurrir los hechos? _____
8. Numero y edades de los hijos _____
9. Enfermedades e intervenciones quirúrgicas que haya padecido antes

10. ¿Se realizó exámenes ginecológicos previos? ¿Cuáles?

11. ¿Padece alguna enfermedad de transmisión sexual? _____
12. ¿Menarca? _____
13. Ritmo menstrual y fecha de la última menstruación _____
14. Se encuentra la víctima en la etapa de menopausia _____
15. ¿Usa dispositivo o algún dispositivo intrauterino? _____

Antecedentes Clínicos

Esta información es importante por que permite prevenir complicaciones por estados patológicos previos.

16. ¿Toma algún medicamento? ¿Para que? _____
17. ¿Se halla en tratamiento psiquiátrico? _____

Datos sobre la agresión

18. Fecha y hora de la exploración de la presunta víctima _____
19. Fecha y hora de la agresión _____
20. Actividades que realizo la víctima después de la agresión _____

21. Descripción del lugar del hecho _____
22. Descripción de la agresión _____
23. Numero de los autores del hecho _____
24. Relación del o de los agresores con la víctima _____
25. Nombre y apellido de los mismos si se conocen _____
26. Algunos de los agresores es pariente de la víctima _____
27. Descripción física de los agresores _____
28. Estado psíquico de los agresores según la víctima _____

Los datos que proporcione la víctima son de utilidad para construir el retrato físico y psíquico del agresor.

29. ¿Cómo se encontraba el agresor según la víctima?
Alcoholizado_ Drogado_ Perturbado mentalmente_
30. Conducta sexual del agresor. En este punto debe investigarse si hubo:
Coito vaginal_ Eyaculación y en donde_ Fellatio_ Cunnilingus_ Lubricante o preservativo_ Objeto extraño que haya colocado en la boca, ano o vagina_ maniobras masturbadoras_ mas de un coito_ besos, lamidas o mordeduras en alguna parte del cuerpo_
31. La víctima se defendió o hirió al agresor _____
32. La víctima tuvo una actitud pasiva _____
33. Impresión del medico sobre el interrogatorio _____
34. Existen elementos que hagan sospechar que el testimonio es falso _____

35. Desde el punto emocional en que situación se encontraba la examinada
Calmada_ Nerviosa_ Estado de choque_ Actuaba tratando de ocultar la verdad_ se
encuentra atemorizada en relación con_____

Vestimenta

36. La ropa esta desgarrada ¿Dónde? ¿Faltan botones?

37. La ropa presenta manchas de_____

Examen Externo

38. Hay lesiones en_____

39. ¿Hay signos de mordedura? _____

Examen Neurológico

40. Radiología

41. Tomografía axial computarizada

42. Análisis de laboratorio de urgencia

Examen Ginecológico

43. Examen externo para observar

Monte de venus

Existencia de vellos extraños

Labios mayores y menores

Vestíbulo

44. Examen del himen

Hemorragia: Mínima_ Abundante_ No existente_

Orificio himeneal: Forma_ Tamaño_

Carúnculas:

Habito de coito:

Antigüedad de la desfloración: Reciente_ Antigua_

Anexo 2

La Psychopathy Checklist-Revised, Screening Sersion de Hare consta de 12 ítems que se valoran con puntuaciones 0,1,2 según se denote la presencia total (2), parcial (1), o ausencia de los criterios para cada uno de ellos. Para otorgar la valoración no sólo se utiliza una entrevista semiestructurada, sino que conviene disponer de fuentes de información colateral. La versión española ha sido adaptada por Torrubia, R. y otros , y por la información de que disponemos será publicada en breve. Los ítems se agrupan en dos factores (hay una cierta discrepancia en cuanto al número de factores, dos, tres o cuatro, pero aquí mantendremos la opinión de Hare). El primer factor haría referencia al área emocional afectiva y caracterial, la segunda a la conductual.

Los ítems son los que siguen:

FACTOR 1	FACTOR 2
Superficial	Impulsivo
Pretencioso	Pobre control conductual
Falsario/mentiroso	Ausencia de objetivos
Ausencia de remordimiento	Irresponsable
Falta de empatia	Conducta antisocial adolescencia
No acepta responsabilidades	Conducta antisocial adulta

Se considera diagnóstico de psicopatía con puntuaciones de 18 o superiores.

Anexo 3

ENCUESTA ANÓNIMA

De su participación en el taller es necesario conocer su opinión en los siguientes aspectos:

1) Aspectos positivos ____ Presentación de casos reales ____ Tratar problemas familiares ____ Información asequible al participante ____ Influencia educativa del método ____ El problema tiene actualidad ____ Uso de video ____ El problema es importante para la juventud ____ Esta forma de divulgación hace prevención de estos delitos ____ Los delitos sexuales nunca tienen justificación. ____ Otros _____

2) Factores que en su opinión inciden en estos delitos sexuales:

____ Falta de control de los padres sobre los hijos ____ errores en la educación sexual ____ Violencia intrafamiliar ____ Ingestión de bebidas alcohólicas ____ Falta de una buena comunicación entre padres e hijos ____ Inadecuados vestuarios de las jóvenes ____ Inadecuados horarios de salida de las jóvenes ____ tendencias machistas de los jóvenes ____ Pobre educación legal ____ Otros _____

3) ¿Se considera en mejores condiciones para contribuir a la prevención de estos delitos?

Si ____ No _____

4) ¿A quiénes usted cree debe invitarse a estas actividades?

Jóvenes ____ Niños ____ Adultos ____ Padres de familia _____

5) Aspectos negativos del taller:

____ No se comenzó a la hora prevista.

____ Audio deficiente.

____ Había bulla y no se oía.

____ Otros _____

Gracias por su participación.

Anexo 4

“LA HISTORIA DE ADELA”

Me llamo Adela, tengo 9 años...yo vivo en una ciudad que se llama Campito...es un lugar muy lindo, en donde tengo muchos amigos. Vivo con mi papá, mi mamá, y mis hermanos, Claudia de 11 años, Viviana de 15 años, y Sergio de 6 años...además vive con nosotros mi abuela Rosa...o sea la mamá de mi mamá.. Yo voy en tercero básico...la verdad es que no me va muy bien en el colegio, y repetí el año pasado...y casi siempre mejoro las notas al final del año...lo que pasa es que no soy muy buena para estudiar...eso dicen todos...por eso me saco puros cuatros y a veces rojos....

En mi casa a la que más retan es a la Viviana porque sale y no dice a donde va...a mi también me retan pero menos...casi siempre por lo de la escuela...el más enojón es mi papá porque si uno lo molesta al tiro pega una cachetada o un coscorrón...mi mamá es también enojona pero ella no nos pega....sólo grita y dice que nos va a castigar...pero se le olvida y nosotros la hacemos lesa, y al final salimos igual a la calle a jugar....

Yo tengo muchos amigos, algunos en la escuela, como el Juan y la Denis, con ellos jugamos al pillar, a la pinta y cambiamos láminas de Pókeon, que son unos monitos de la tele que a mi me gustan mucho...mis otros amigos son de mi población...la Rocío, el Julio, la Susi y el Pedro...a ellos los conozco de chica porque vivimos cerca....lo que más me gusta es jugar a la escondida...a veces nos quedamos hasta tarde jugando....

En mi casa yo me llevo super bien es con la abuelita Rosa.....a ella yo le cuento todo lo que hago y le digo la verdad cuando me porto mal.... y ella también me dice cosas de cuando ella era más joven y vivía todavía el abuelo Raúl...ella está viejita así que no puede salir sola porque se puede caer dice mi mamá...así que yo la acompaño a comprar el pan y a la feria.....

Hace como un mes me pasó algo que no se lo he contado a nadie...es que me da vergüenza..hay un hombre que se llama Don Mario.....Que vive a dos casas de la mía, es medio amigo de mi papá y juegan a la pelota a veces...él vive con la Señora Pilar que vende en el kiosco, ese caballero es medio raro....siempre cuando andábamos con las chiquillas nos leseaba y nos decía cosas raras como “que andan bonitas chiquillas” o preguntaba si estaban mis papás en la casa....Un día a la Susi le dijo que si la acompañaba a su casa a ver unas revistas, él le iba a dar un regalo que tenía...la Susi se asustó y no fue...

Oro día lo fuimos con la Susi a molestar al kiosko cuando no estaba la Señora Pilar y salíamos arrancando....

La otra tarde yo iba sola a comprar ...mi papá no había llegado todavía a la casa y sólo estaba mi mamá que me mandó a comprar huevosde vuelta me encontré con Don Mario, el iba medio curado parece porque hablaba raro...me dijo que lo acompañara su casa porque ahí estaba mi papá y que después me venía con él....yo me asusté un poco pero lo acompañé a su casa....cuando llegamos no estaba mi papá y me quise ir pero él se enojó..y me dijo que lo esperaríamos ahí...yo no dije nada...me agarró el brazo fuerte y me tiró al sillón...él se sentó al lado mío y me empezó a decir cosas cochinas..

Yo me asusté mucho...porque creía que me iba a pegar...me subió el vestido y me empezó a tocar...yo me puse a llorar pero me apretó el brazo más fuerte que me llegó a dejar marcado...y me dijo que no llorara ni tuviera miedo...porque eso no era nada malo y nadie lo iba a saber...pero yo tenía miedo igual...y lloraba...así que le dije que me iba a ir y me traté de arrancar..ahí se enojó y me pegó una cachetada...me empujó y empezó a abrazarme, a tocarme y moverse raro, además decía puras cosas cochinas...y garabatos....después se quedó tranquilo y me dijo que si yo le decía a alguien lo que había pasado mi papá se iba a enojar y me iba a pegar, después dejó que me fuera....yo todavía lloraba...

Cuando llegué a mi casa dije que me había caído que por eso estaba cochina y se me habían roto los huevos....y que como me iban a retar no quería llegar a la casa, mi papa'y mi mamá me retaron y me mandaron a costar...yo me fui a costar altiro...esa noche tuve puras pesadillas con Don Mario...al otro día me hice la enferma para no ir a la escuela....no quise salir a jugar tampoco....ahora ya casi no salgo a jugar con los chiquillos..y le pregunto a las chiquilla si han visto a Don Mario....a veces cuando estoy en la casa y tocan la puerta yo me escondo por si es él...mi mamá me dice que estoy rara y que si sigo así me va a castigar.....la Susi dijo el otro día que algo me pasaba con ella que por eso ya no jugaba con ellas....que estaba enojada. .pero yo no me atrevo a decirle a nadie porque no me van a creer....y me van a pegar.....y no quiero ir mas a la escuela porque me lo puedo encontrar en el camino....a veces sueño que se le cuento a mi abuelita Rosa y ella no me reta.. pero no se lo voy a decir nunca a nadie.....

Anexo 5

MARQUE CON UNA CRUZ LA ALTERNATIVA QUE ELIJA

1.- La organización general del taller le pareció:

Muy buena	Buena	Regular	Malo	Muy malo
-----------	-------	---------	------	----------

2.- Los temas trabajados durante el taller, le parecieron:

Muy adecuados	Adecuados	Regulares	Inadecuados	Muy inadecuados
---------------	-----------	-----------	-------------	-----------------

3.- El tema del Abuso Sexual Infantil le pareció:

Muy interesante	Interesante	Muy poco interesante	Nada interesante
-----------------	-------------	----------------------	------------------

4.- El clima en que se desarrolló el taller, lo considera:

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
-----------	-------	---------	------	----------

5.- Los trabajos grupales que ese hizo le parecieron:

Muy buenos	Buenos	Regulares	Malos	Muy malos
------------	--------	-----------	-------	-----------

6.- El Taller lo evaluaría como:

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
-----------	-------	---------	------	----------

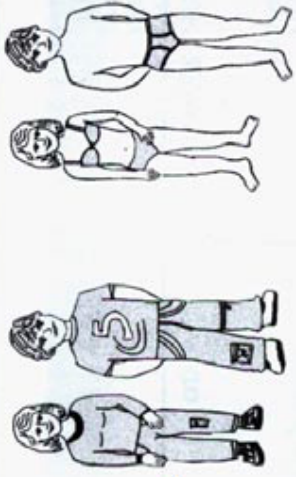
7.- Lo que le pareció más interesante del Taller fue:

8.- Lo que mejoraría del Taller sería:

9.- Comentarios:

MUCHAS GRACIAS

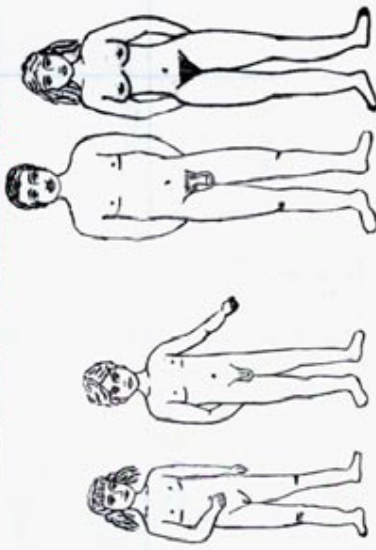
10. Dinámica ¿Cuál es la Diferencia? Figuras Diferenciadas



Así nos vemos

11. Dinámica: «La carrera del cuerpo»

niño/ niña - hombre/mujer



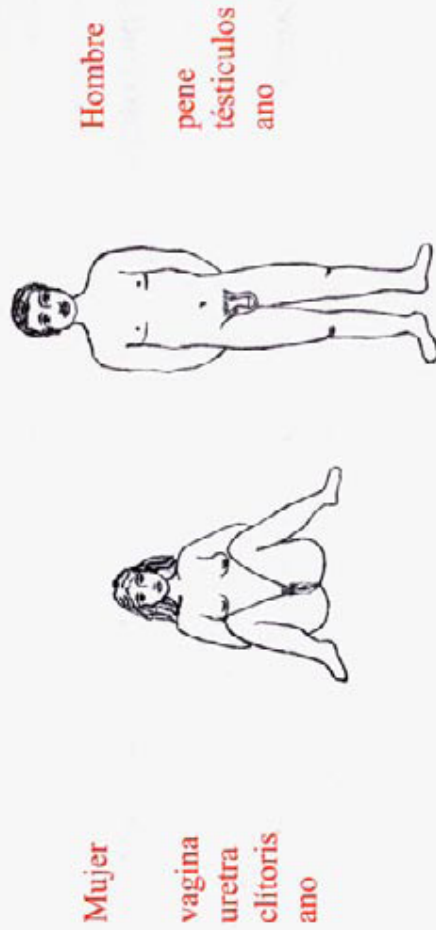
Así nos vemos ahora..

Así crecemos

12. Dinámica: «El Viaje del Nacimiento»



13. Láminas de Contraste Aparato Reproductivo Adulto



Anexo 8

<p style="text-align: center;">Conductas Adecuadas</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mantenerse calmado/a2. Creer en el niño/a3. Poner énfasis en que hay solución4. Señalarle al niño/a que se le protegerá5. Reforzar al niño/a por decir la verdad6. Ser afectuoso/a7. Evitar descalificaciones o burlas8. No culpar inmediatamente al niño/a por lo ocurrido9. Evitar exagerar la reacción ante la situación <p>Otras:</p>	<p style="text-align: center;">Ejemplo</p>
<p style="text-align: center;">Conductas Inadecuadas</p> <ol style="list-style-type: none">1. Perder la calma2. Dudar del niño/a3. Reaccionar exageradamente4. Burlarse del niño/a o descalificarlo5. Culpar al niño/a por lo ocurrido6. Expresar rabia al niño/a, retándolo o castigándolo7. Silenciar al niño/a <p>Otras:</p>	<p style="text-align: center;">Ejemplo</p>

Anexo 9

Set de Tarjetas “Yo enseño a cuidar”

1. Hay niños que mienten siempre por lo que hay que dudar de lo que dicen hasta estar bien seguros.	2.Los niños andan buscando el peligro
3.Hay niños o niñas que les encanta provocar a los adultos	4. Los niños que se sienten seguros y confiados es porque en su casa los cuidan bien
5. Cuando un niño o niña se mete en problemas hay que dejar que sólo salga de él para que aprenda	6. Cuando un niño o niña llora generalmente es por pura maña
7. Cuando un niño o niña se porta mal generalmente lo hace para llamar la atención	8. Cuando un niño o niña cambia bruscamente su manera de ser es porque algo le está pasando.
9. Los niños y niñas que no quieren ir al colegio es porque son flojos	10. Hay una edad en que los niños y niñas ya se cuidan solos.
11. Hay que enseñarles a los niños y niñas a resolver sus problemas para que aprendan para cuando sean grandes	12. Los niños y niñas siempre saben lo que hacen.
13. Hay que evitar hablar de los problemas de pareja delante de los hijos porque no entienden	14.Hay que explicarle a los niños y niñas cuando hay algún problema en la casa con palabras que puedan entender
15. Cuando los niños o niñas preguntan lo hacen sólo para molestar a los adultos	16. A los niños y niñas hay que decirles siempre que los adultos están para cuidarlos y protegerlos

Anexo 10

CUESTIONARIO QUE SE APLICÓ A LOS PADRES CON EL FIN DE CONOCER EL NIVEL DE INFORMACIÓN CON QUE CONTABAN ANTES Y DESPUÉS DEL TALLER

Cuestionario para padres

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas, las cuales usted deberá contestar. La información que nos brinde será confidencial, por lo que le pedimos conteste con la verdad y la mayor confianza posible.

El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer cuanto base acerca del abuso sexual infantil.

¿Qué es el abuso sexual?

¿Quiénes considera que pueden abusar sexualmente de un menor?

¿En qué lugares considera que puede ocurrir un abuso sexual a un menor?

¿Cómo se puede comprobar que un menor ha sido víctima de un abuso sexual?

¿Considera usted que los niños siempre deben obedecer a los adultos? _____

¿Porqué? _____

¿Qué puede hacer un niño para no sufrir un abuso sexual?

¿Cuáles son los métodos de lo que se vale un adulto para someter sexualmente a un niño (a)?

Menciona tres medidas para prevenir el abuso sexual infantil

¿Qué deben hacer los padres de familia para proteger a sus hijos (as) del abuso sexual infantil?

¿De que forma usted se podría dar cuenta si su hijo(a) esta siendo abusado sexualmente?

¿Cuáles son las consecuencias que presenta un infante que ha sido víctima de abuso sexual?

¿Qué se debe hacer en una situación en la cual un menor manifiesta haber sido abusado sexualmente?

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Anexo 11

FORMATO QUE SE LES APLICÓ A LOS NIÑOS PARA EVALUAR EL NIVEL DE HABILIDADES DE AUTOCONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO ANTES Y DESPUÉS DEL TALLER

Nombre del niño (a) _____

Cuerpo Humano

Partes del cuerpo	Mencionarlo	Señalarlo
Piernas		
Senos		
Glúteos o nalgas		
Rodillas		
Año		
Cabeza		
Vulva o Pené		
Manos		

Qué harías tu si:

Tu pelota se vuela a casa de tu vecino y el te dice que pases a buscarla

a) aceptas b) no aceptas c) no sé

Si tu mamá no esta en casa y alguna persona toca la puerta y dice que viene hacer un arreglo

a) aceptas b) no aceptas c) no sé

Si una persona que te cuida te hiciera algo que te molesta y después te pide que guardes el secreto.

a) aceptas b) no aceptas c) no sé

Si alguien te tocara de una forma que te hace sentir raro o que no te gusta

a) aceptas b) no aceptas c) no sé

Tu papá te pide que te desnudes para revisar tu cuerpo

a) aceptas b) no aceptas c) no sé

Estás viendo algo que te atrae mucho en una tienda y el dueño te dice que te lo dará a cambio de que le des un beso

a) aceptas b) no aceptas c) no sé

Tu familiar te dice que jueguen a tocarse los genitales

a) aceptas b) no aceptas c) no sé

Si tu tía te pidiera que le tocaras la vulva

a) aceptas b) no aceptas c) no sé

Un niño (a) que te gusta mucho te pide que le dejes tocar tu vulva o pené

a) aceptas b) no aceptas c) no sé

Tu maestra te pide que toques sus senos

a) aceptas b) no aceptas c) no sé

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

GLOSARIO

Probablemente para la mayoría de los profesionistas especializados en salud mental como psicólogos y psiquiatras, los conceptos presentados sean comprensibles, pero en una lectura piloto realizada a algunos colegas y amigos aparecieron ciertos conceptos poco claros, que quizá sean más obvios para nuestros lectores, buscando a su vez el propósito que dicho trabajo sea entendible para cualquier población.

A

Actitud: Disposición interna duradera que mantiene las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o una clase de objetos del mundo social (Sánchez, 2000).

Adolescencia: Tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores, la búsqueda de valores de control, en torno a los cuales la persona pueda integrar su vida que va acompañada de los ideales propios y la aceptación de su persona en concordancia con dichos ideales siendo a su vez un tiempo de conflicto entre el idealismo juvenil y la realidad (Horrocks, 2003).

Agresión: (psic. Indiv.) Aspecto de la voluntad de poder que implica el tratar a otros individuos como si fueran simplemente objetos que deben utilizarse para conseguir la meta (Warren, 1977).

Agresividad: Tipo de conducta caracterizado más por la disposición atacar que por la tendencia a eludir peligros o dificultades (Warren, 1977).

Amasio: Concubino (García y Gross, 1994).

Andrógeno: Hormona andrógina de los testículos y de las cápsulas suprarrenales que estimula el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (Arroyo, 1986)

Ansiedad: En la teoría de Horney, es la reacción del individuo ante amenazas reales o imaginarias (Morris, 1997).

Ansiolítico: Sedante o tranquilizante menor que se emplea fundamentalmente para el tratamiento de los episodios de ansiedad como los barbitúricos, las benzodiazepinas, la clorhexanona, la hidroxicina, el meprobamato y el tiamato (es.mimi.hu/medicina).

Asirlas: Del verbo asir que significa atrapar agarrar (García y Gross, 1994)

Antipsicóticos: Nombre que reciben varios grupos de fármacos químicamente heterogéneos, que tienen en común la propiedad de reducir los síntomas perceptuales y cognitivos de las psicosis. También se les denomina neurolepticos (es.mimi.hu/medicina).

Aptitud: Particularidades anatómico-fisiológicas, que forman las diferencias innatas de las personas, pero estas son solamente una de las condiciones para la formación de las capacidades; por sí misma nunca las predetermina (Smirnov y cols, 1975).

Argucia: Mentira y Sutileza (García y Gross, 1994)

Asociación libre: Sucesión libre de ideas o pensamientos, técnica que consiste en que el sujeto responda con verbalizaciones, no limitadas para fines clínicos (Colapinto, 1988).

Arosal: El constructo arousal (activación) es un término hipotético que describe los procesos que controlan la alerta, la vigilia y la activación (Morris, 1997).

Atisbo: Vislumbrar, forma difusa y conjetura (www.definicionde.com)

Autocentrismo: Es la tendencia a considerar todas las cuestiones ideológicas, históricas y culturales desde una perspectiva exclusivamente personal (García y Gross, 1994).

Autoconcepto: Se refiere a la percepción que una persona tiene de sí misma, es la propia descripción y esta se forma a partir de las experiencias y comentarios que se recibe del entorno (Sánchez, 2000)

Autoestima: Valor personal, competencia que un individuo asocia a la imagen de sí mismo (Sánchez, 2000).

Autorreferencia: Se refiere a la habilidad de un sujeto para hablar o referirse a sí mismo (García y Gross, 1994).

B

Bullying: O maltrato entre iguales es el conjunto de comportamientos físicos y/o verbales que un menor o grupo de menores, de forma hostil y abusando de un poder real o ficticio, dirige contra un compañero/a de forma repetitiva y duradera con la intención de causarle daño (Ruiz, 2009).

C

Cabalidad: Perfección, terminación, adecuación e idoneidad (García y Gross, 1994).

Circunscribía: Reducir a ciertos límites o términos (García y Gross, 1994).

Coactiva: Que tiene fuerza para apremiar u obligar (García y Gross, 1994).

Concatenación: Unión, enlace entre ideas o actos (www.definicionde.com)

Coerción: Acción de mantener o restringir (García y Gross, 1994).

Complejo de castración: Refiere a una estructura que irrumpe en el psiquismo humano a edad temprana, en íntima relación con el complejo de Edipo (tres a cinco años aproximadamente). Básicamente, se trata en el varón del miedo a la pérdida del falo (más allá del pene, en tanto representación de poder, superioridad y posibilidad de reunificación con la madre) a manos de su padre, y en la mujer a la constatación de que "ha sido castrada" (www.tuanalista.com).

Comorbilidad: La presencia de uno o más trastornos, además de la enfermedad o trastorno primario (www.portalesmedicos.com)

Complejo de Edipo: Según Freud es el apego sexual del niño al padre del sexo opuesto y los celos hacia el padre del mismo sexo (Morris, 1997).

Compulsión: Es el acto irresistible u obsesivo que tiende a la repetición de una acción determinada (Morris, 1997)

Concatenación: Unión o enlace entre ideas o actos (www.definicionde.com)

Conciencia: Reconocimiento de diversos procesos cognoscitivos, como la somnolencia, ensoñación, concentración y la toma de decisiones (Morris, 1997).

Condicionamiento clásico o respondiente: Designan el comportamiento que es producido por estímulos antecedentes, siendo esta relación mas o menos fija para los organismos de la misma especie, donde la frecuencia de la respuesta esta directamente relacionada a la frecuencia de presentación del estímulo provocador (Vargas, 2006).

Condicionamiento Operante: Se refieren a la conducta que no es producida confiablemente por estímulos antecedentes y que muestra un carácter aparentemente propositivo o voluntario (Vargas, 2006).

Conflicto primario o básico: De acuerdo a Michael Balint (1970), es la consecuencia de una falta de dedicación por parte de las personas de referencia fundamentales (padres),

como una falta de satisfacción de las necesidades básicas por lo que se desarrolla un falso self, en detrimento de un verdadero self (Kutter, 2001)

Conflicto psíquico o intrapsíquico: el conflicto es concebido como la expresión de la oposición de los sistemas inconsciente, por un lado, y preconscious-consciente, por el otro: las pulsiones sexuales que una instancia represiva mantiene apartadas de la conciencia son representadas en diversas formaciones del inconsciente (sueños, lapsus) al mismo tiempo que sufren la deformación de la censura (www.tuanalista.com)

Contratransferencia: Según Freud la contratransferencia constituiría lo que, del lado del analista, podría venir a perturbar la cura. En una cura, escribe, «ningún analista va más allá de lo que sus propios complejos y resistencias se lo permiten» Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, 1912 (www.tuanalista.com).

Coprofilia: Excitación sexual producida por las heces y suele combinarse con sadomasoquismo o infantilismo. Consiste en la atracción por oler, saborear, untarse o ver el acto de defecar como un medio de excitación sexual y placer. Esta actividad erótica se puede practicar solitariamente o en pareja (Cáceres, 2001).

Cronicidad: El grado de duración que tiene una enfermedad usualmente suele ser muy largo (www.portalesmedicos.com).

D

Delirium: Síndrome caracterizado por alteraciones de las funciones cognitivas superiores de inicio agudo y curso fluctuante. Es un síndrome de etiología compleja y a menudo multifactorial, que se presenta con alta frecuencia en los pacientes ingresados en un hospital general, afectando especialmente a los pacientes de edad avanzada. Supone una importante complicación que implica una elevada mortalidad y un aumento de la estancia media (González, 2003).

Deontología: Tratado de los deberes y derechos (García y Gross, 1994)

Descondicionamiento: Abolición de un reflejo condicionado (www.portalesmedicos.com)

Depresión: Desorden del estado de ánimo caracterizado por sentimientos abrumadores de tristeza, falta de interés y, quizá, culpa excesiva o sentimientos de inutilidad (Morris, 1997).

Despersonalización: Término que abarca una amplia escala de pérdida del sentido de la realidad del propio cuerpo o de sí mismo, o de la realidad de otros (Sánchez, 2000).

Desviación: Equivale a separación de la norma, de lo normal, alejamiento de las fuentes, del camino esperado, común, habitual, familiar (Flores, 1999).

Detentador: Que retiene en posesión lo que no es suyo (www.definicionde.com)

Disforia: Se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta, se puede experimentar en respuesta a acontecimientos vitales ordinarios, como la enfermedad o duelo, son cambios repentinos y transitorios del estado de ánimo, tales como sentimientos, de tristeza, pena o angustia (Morris, 1997).

Distorsión Cognitiva: Disfunción motivada por una actitud no realista del sujeto o por una distorsión perceptiva de las informaciones recibidas (Sánchez, 2000).

E

Egocentrismo: Hace referencia a centrarse en el ego (es decir en el yo), es la exagerada exaltación de la propia personalidad, haciendo así al egocéntrico su personalidad el

centro de la atención a su vez consiste en creer que los intereses y opiniones propias son mas importantes que la de los demás (www. definición de. com).

Egodistónica: Tendencia considerada como no conforme con el yo, impulso o idea incompatible, y que se vive como repugnante para la concepción de sí mismo (www.tuanalista.com).

Empatía: Estado mental en que uno mismo se identifica o siente el mismo estado de ánimo que el otro que otro grupo o persona (Warren, 1977).

Escatología: Parafilia en la cual se produce la excitación sexual por lo excrementos, como es el observar a alguien defecando, ingerirla o que defequen en el (Cáceres, 2001)

Esquizoide: Es una afección psiquiátrica en la cual una persona tiene un patrón vitalicio de indiferencia hacia los demás y de aislamiento social (www.portalesmedicos.com)

Esquizofrenia: Psicosis caracterizada por perturbaciones en los procesos de pensamiento y pérdida del contacto con la realidad (Marx y Hillix, 1988).

Etapa explosiva de Perls: Es la etapa donde las fuerzas estancadas disparan hacia fuera en un arranque de autenticidad, dando paso al yo verdadero que permanece oculto, se puede manifestar mediante 4 tipos de explosión, el gozo, aflicción, orgasmo y coraje (Salgado,2004)

Estigmatización: Marca o señalar a una persona, cultura u objeto (Morris, 1997).

Estrógenos: Hormonas de las glándulas sexuales femeninas responsables del curso normal de los ciclos genitales, que se presentan como en los ciclos de celo o periodos menstruales (Arroyo, 1986)

F

Fantasía: Representación mental de una escena o suceso que se presentan como irreales, pero que espera o desean (Warren, 1977).

Feedback: O también llamado realimentación, en un sistema de energía, la parte de la energía que vuelve al sistema para regular la producción ulterior (Colapinto,1988)

Fenotipo: Imagen aparente de un individuo; reacción o resultado final de los caracteres internos de un individuo con el medio ambiente (Arroyo, 1986).

Flasback: Es un fenómeno psicológico, por el cual un individuo revive, de manera repentina, y muy poderosa, una experiencia del pasado. Este recuerdo, es involuntario y extraordinariamente intenso, tanto que la persona revive la experiencia, siendo, en ese preciso momento, imposible para ella, reconocerla como una memoria, y lo percibe como algo que esta pasando en tiempo real(Morris, 1997).

G

Génesis: Origen de todo el mundo y específicamente de la vida (Arroyo, 1986)

Genotipo: Conjunto de información genética contenida en la masa hereditaria (Arroyo, 1986)

H

Hacinamiento: Amontonamiento, acumulación, es la aglomeración en un mismo lugar de un numero personas o animales que se considera excesivo (García y Gross, 1994).

Hipotálamo: Región del cerebro anterior que incluye la región tegmental subtalámica, los cuerpos mamilares, la hipófisis y el quiasma óptico (Warren, 1977).

Histeria: Clase de Neurosis que ofrece cuadros clínicos muy variados. Las dos formas sintomatologías mejor aisladas son la histeria de conversión, en la cual el conflicto psíquico se simboliza en los mas diversos síntomas corporales, paroxísticos (ejemplo: crisis emocional con teatralidad) o duraderos (ejemplo: anestésias, parálisis histéricas, sensación de bolo, faríngeo, etc.) (Laplanche y Bertrand, 1979).

Histrionismo: Tiene como rasgo fundamental su carácter en la búsqueda de atención exagerada, la demanda continúa de apoyo, la necesidad insaciable de aprobación (www.tuanalista.com)

I

Impulso sexual: Es un tipo de atracción que las personas sienten hacia otras, este va dirigido tanto al placer sexual inmediato como a la procreación (www.definicionde.com)

Incesto: Intercambio sexual entre dos individuos estrechamente emparentados y del sexo opuesto (Warren, 1977).

Insight: Conciencia de las emociones y recuerdos previamente inconscientes y la forma en que influye las emociones y conducta presente, también es el aprendizaje que ocurren rápidamente como resultado de la comprensión de todos los elementos de un problema (Morris, 1997)

Inscripta: Acción de inscribir, hacer mención de una cosa en una lista, patrón, lapida, etc. (García y Gross, 1994)

Introyección: Tendencia o acto de absorber el medio o la personalidad de otros en la propia psique hasta el punto de reaccionar ante los sucesos externos como si fueran internos, produciendo la identificación de uno mismo con otras personas u objetos (Warren, 1977).

Ira: Grupo bastante bien definido de reacciones habitualmente provocadas por injurias o restricciones auténticas o imaginarias, caracterizadas por cualidades hedónicas (placer) mixtas, en las que presenta el desagrado y señaladas con frecuencia por una descarga intensa en el sistema nervioso autónomo, frecuente acompañado de actividades somáticas de tipo de ataque u ofensa (Warren, 1977).

L

Lascivo: Propensión a la lujuria o deleite carnal (García y Gross, 1994)

Lenocinio: Acción de servir de intermediario en las relaciones sexuales de una pareja. || Oficio de alcahuete. || casa de lenocinio casa de prostitución (García y Gross 1994).

Libido: Según Freud es la energía generada por el instinto sexual (Morris, 1997).

Ludopatía: Es un impulso irrefrenable de jugar a pesar de ser consciente de sus consecuencias y del deseo de defenderse (www.portalesmedicos.com).

M

Mapa de carreteras: Es una herramienta que entrena el plan de prevención de recaídas e intenta conocer el patrón que sigue la conducta violenta que consiste en el proceso que sigue la conducta agresiva como un juego en el que se haya de evitar el accidente de un coche que circula por una carretera o, en caso de que éste suceda, plantearse qué “reparaciones” habrán de llevarse a cabo (Noguerol, 2005).

Miedo: Comportamiento emotivo caracterizado por un tono afectivo de desagrado ya acompañado de actividad del sistema nervioso simpático con varios tipos de reacciones motoras, como temblor, encogimiento, huída, ataques convulsivos (Warren, 1977).

N

Narcicismo: Se puede aludir a una serie de rasgos propios de la personalidad normal, sin embargo el narcisismo puede también manifestarse como una forma patológica extrema en algunos desórdenes de la personalidad, como el trastorno narcisista de la personalidad, en que el paciente sobreestima sus habilidades y tiene una necesidad excesiva de admiración y afirmación (www.tuanalista.com).

Necrofilia: Caracterizada por una atracción sexual hacia los cadáveres orinarse encima, observar cómo orinan otros o ser orinadas por otras personas. (Cáceres, 2001).

Neurosis: Afección psicógena, cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico, que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituye compromiso entre el deseo y la defensa (Laplanche y Bertrand, 1979).

P

Paidofilia: Amor exagerado hacia los niños impúberes (Warren, 1977).

Pedofilia: Deseo sexual de tener relaciones sexuales con niños como método preferido o exclusivo, para lograr excitación sexual (Morris, 1997).

Parafilia: Estados psicosexuales de reactividad obsesiva a estímulo desusado o inaceptable y dependiente de él, que buscan iniciar o mantener una situación sexual con el fin de mantener el orgasmo (Flores, 1999).

Personalidad: El modo singular en que están organizados los rasgos, las actitudes, las capacidades, etc; en un individuo (Marx y Hillix, 1988).

Perversión sexual: En el psicoanálisis son los síntomas patológicos donde no hay angustia ni lucha, sino "sintonía con el yo" (Flores, 1999).

Pletismógrafo: Es un calibrador elástico de mercurio, que trasforma en señales eléctricas los cambios de la circunferencia del pene (Soria y Hernández, 1994)

Poliginia: Régimen social de algunos animales en el que el macho reúne un harén de hembras (Arroyo, 1986).

Psicosis: Se toma casi siempre en un sentido extremadamente amplio, desde la clínica psiquiátrica es comprendida toda una serie de enfermedades mentales, tanto si son manifiestamente órgano-genéticas, como si su causa última es problemática (Laplanche y Bertrand, 1979).

Psiquismo: Conjunto de caracteres y funciones psíquicas de un individuo, es la estructura propia de cada individuo (www.portalesmedicos.com).

Praxis: Es el proceso por el cual una teoría o lección se convierte en parte de la experiencia vivida (www.definicionde.com)

Promiscuidad: Mezcla confusa, convivencia heterogénea de personas de sexos diferentes o de personas de sexos diferentes o de condiciones o nacionalidades diversas (García y Gross, 1994).

Psiconeurótico: Según Freud es la designación de cierto número de afecciones psiconeuróticas (histeria, fobia, obsesión, ciertas psicosis), poniendo en evidencia en ellas el papel, descubierto en la histeria, del conflicto defensivo (www.tuanalista.com).

Psicoticismo: Dimensión fundamental de la personalidad según la cual se pueden ordenar los individuos, mediante una identificación basada en diversos déficit, conductuales (Marx y Hillix, 1988)

R

Rapport: Reducción de tensión provocada por la entrevista, mediante un saludo amable, un apretón de manos por parte del entrevistador (Acevedo y López, 1985).

Racionalización: Mecanismo de defensa mediante el cual el individuo intenta encontrar una causa que justifique sus acciones (Marx y Hillix, 1988).

Razonamiento abstracto: Supone la capacidad de asumir un marco mental de forma voluntaria, esto implica la voluntad de cambiar de una situación a otra, de descomponer el todo en partes y de analizar de forma simultánea distintos aspectos de una misma realidad (www.definicionde.com).

Reluctancia: Resistencia de un circuito (García y Gross, 1994).

Reforzamiento Positivo: Todo suceso cuya presencia aumenta la probabilidad de que la conducta vuelva a ocurrir (Morris, 1997).

Resiliencia: Se refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a periodos de dolor emocional (www.definicionde.com)

Resistencia: En psicoanálisis y en la terapia psicodinámica, se llama resistencia a todo acto o palabra de oposición a que aparezcan en el análisis de contenido que revelen deseos inconscientes. Freud distinguió cinco tipos de resistencia: la represión, la resistencia de transferencia, el beneficio secundario de la enfermedad, la resistencia del inconsciente y la del superyó. Es un proceso mental o acción dirigida por el inconsciente hacia no hacer consciente ciertos contenidos reprimidos los que desde el exterior están estimulados a brotar a la conciencia, para una mejor lectura de los mismos (www.tuanalista.com).

Respuesta Cardiovascular: Cualquier cambio súbito, inmediato y temporal en las funciones de variables envueltas en el sistema cardíaco y vascular durante el ejercicio. También se refiere a cambios en las variables cardio-circulatorias como respuestas contrarrestantes al estímulo inducido por el ejercicio, de manera que se pueda alcanzar un estado homeostático dinámico en dichas funciones del corazón y circulatorias (Lopategui, 2002)

Respuesta Electrodérmica: Cambio en el calor y la electricidad que transmiten los nervios y el sudor a través de la piel. La respuesta electrodérmica aumenta en ciertos estados emocionales y durante los sofocos que se presentan con la menopausia. También se llama conductividad de la piel y respuesta galvánica de la piel (www.cancer.gov/diccionario).

S

Saciedad: Suprimir una conducta basándose en la utilización del propio reforzador que la mantiene porque aumentando de forma considerable la administración de reforzamiento hacemos que el reforzador pierda su valor como tal. De hecho, el exigir la realización continuada de una actividad en principio agradable puede convertirla en aversiva (Ribes, 1972).

Seducción: Remite en primer lugar a la idea de una escena sexual en la que un sujeto, generalmente adulto, usa de su poder real o imaginario para abusar de otro sujeto,

reducido a una posición pasiva: en general, un niño o una mujer. Por esencia, la palabra seducción carga todo el peso de un acto basado en la violencia moral y física que se encuentra en el núcleo de la relación entre víctima y verdugo, amo y esclavo, dominante y dominado (www.tuanalista.com).

Self: De si mismo, para Winnicott, el yo del lactante se encamina hacia un estado, en el que las exigencias instintivas se experimentan como parte de si mismo y no del entorno (www.tuanalista.com).

Self falso: Se produce cuando la madre no es buena, se manifiesta sobre una actitud social, cortes, de buenos modales y cierta contención (www.tuanalista.com).

Self Verdadero: Se da cuando la madre es suficientemente buena y se manifiesta en la espontaneidad (www.tuanalista.com).

Sodomía: Intercambio sexual entre varones por medio del ano (Warren, 1977).

Somatización: Transformación de los estados mentales en síntomas orgánicos, que pertenecen al cuerpo (García y Gross, 1994).

T

Taxativas: Que no admite discusión (García y Gross, 1994)

Teoría del aprendizaje social: Enfoque de aprendizaje que subraya la capacidad de aprender por medio de la observación de un modelo o de instrucciones, sin que el aprendiz cuente con experiencia de primera mano (Morris, 1997).

Teoría de la seducción: Según la cual la neurosis tendría por origen un abuso sexual real. Esta teoría se basaba a la vez en una realidad social y en una evidencia clínica. En las familias, a veces incluso en la calle, los niños solían ser víctimas de violaciones por parte de los adultos. Ahora bien, el recuerdo de esos traumas era tan penoso que cada uno prefería olvidarlos, no verlos o reprimirlos (www.tuanalista.com).

Tildada: Señalar con alguna nota denigrativa (García y Gross, 1994)

Transferencia: El proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad (www.tuanalista.com).

U

Urolagnia: Parafilia de orinarse encima, observar cómo orinan otros o ser orinadas por otras personas (Cáceres, 2001).

V

Vaginismo: Espasmo muscular involuntario en la parte externa de la vagina que hace imposible el coito (Morris, 1997).

Víctima: Es aquella persona que ha sufrido un perjuicio (lesión física o mental, sufrimiento emocional, pérdida o daño material o un menoscabo importante de sus derechos como una consecuencia de una acción u omisión que constituya un delito con arreglo a la legislación nacional o del derecho internacional, o bien constituya un abuso de los poderes públicos (ONU 1985) .

Violación: Todo abuso sexual de una persona (García y Gross, 1994).

Violencia: Abuso de fuerza ejercida sobre una persona para obtener su aquiescencia en un acto (García y Gross, 1994).

Violencia filio-parental o intraparental: Conductas reiteradas de violencia física (agresiones, golpes, empujones, arrojar objetos), verbal (insultos repetidos, amenazas) o no verbal (gestos amenazadores, ruptura de objetos apreciados) dirigida a los padres o a los adultos que ocupan su lugar (www.redsistemica.com).