



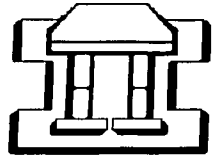
Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

*Intervención Psicológica para  
Agresores Sexuales*

**Tesina**  
*Que para obtener el título de  
Licenciada en Psicología*

Presenta:  
María Isabel Mendoza Santana

Asesores:  
*Lic. Jorge Montoya Avecías  
Lic. Jorge Alfonso Rodríguez Gómez  
Lic. Gabriela Alejandra González Ruiz*



**IZTACALA**

Tlalnepantla, Edo. de México  
Los Reyes Iztacala, Noviembre de 2002

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

## Resumen

**D**e la violencia sexual se tiene conocimiento desde épocas muy antiguas, ha sido tomada por los Agresores Sexuales como un instrumento efectivo para humillar y someter a su o sus víctimas, no como un medio para obtener satisfacciones sexuales.

Los **Agresores Sexuales**, que pueden ser *abusadores sexuales infantiles*, *violadores u hostigador sexual* (entre otros) no tienen rasgos visible que los identifiquen como tales, por lo cual resulta imposible reconocerlos y evitarlos, por tanto, es necesario emprender acciones concretas para enfrentar su violencia. En objetivo principal de la presente tesina fue efectuar una minuciosa revisión del trabajo carcelario, médico-psiquiátrico y psicológico-educativo implementado con estos agresores en diferentes países y, consecuentemente, elaborar dos propuestas de intervención encaminadas al tratamiento terapéutico de dos grupos de agresores sexuales: abusadores sexuales y violadores.

El trabajo con dichos agresores es muy variado en muchos países del mundo, sobre todo en los considerados como *desarrollados*; para el cual se han destinado importantes esfuerzos profesionales y económicos. Las estrategias son muy variadas, van desde la pena de muerte, hasta programas de tratamiento psicoterapéutico especializado, pasando por algunos mecanismos de control y monitoreo médico o electrónico.

En México, los Agresores Sexuales son recluidos en Centros de Readaptación Social, esperando que el confinamiento por sí mismo haga el trabajo de rehabilitación que requieren para evitar la reincidencia. A diferencia de otros países, no se tiene una estrategia especializada de atención terapéutica para estos grupos, ni siquiera considerada en la legislación. Por su parte, La sociedad pide que sean sancionados de forma ejemplar (castrándolos e, inclusive, aplicándoles la pena de muerte).

Se debe tener claro que si bien los agresores sexuales al *violentar* están cometiendo un grave delito, el cual debe ser castigado con severidad, también es preciso que reciban tratamiento especializado que les permita no sólo reintegrarse a la sociedad, sino orientarse para superar sus deficiencias personales, las cuales lo han llevado a agredir. Es obvio que la sociedad tiene el derecho de ser protegida al igual que lo tienen los agresores sexuales, como todo ser humano que a traviesa por problemas de índole psicológico, a recibir un tratamiento apropiado y eficaz, en el que la Psicología juega un papel vital.

## Introducción

**L**a Violencia Sexual, contrariamente a mitos y creencias populares, es una manifestación NO de la sexualidad sino de **violencia**, como muchas otras, se dirige a dañar a la víctima mediante el uso arbitrario y autoritario de su sexualidad. El agresor, que en la mayoría de las ocasiones es hombre, pretende imponerse a su víctima, mostrándole su *poder* (Browmiller, 1987; Valladares, 1993). Así, puede decirse que la violencia sexual es un tipo de agresión a gran escala, y que dicha conducta forma parte del repertorio humano que se encarga de inyectarle ímpetu y energía para emprender acciones, novedosas o cotidianas en su manera más primitiva: sobrevivir (Lorenz, 1986). Sin embargo, algunos estudiosos de la *violencia sexual* hablan de agresión y violencia indistintamente por tal razón, en adelante, se emplearán las dos palabras como sinónimos con el fin de homogenizar el lenguaje y evitar caer en contradicciones.

Hay diversas formas de agredir sexualmente, entre ellas el hostigamiento, el estupro, el abuso sexual y la violación; mismas que son dadas en un contexto de **dominador-dominado**, donde el agresor pretende mostrar su poder sometiendo a su víctima que generalmente es una mujer, un niño, una niña, un anciano, una anciana, un discapacitado o una discapacitada. La violación en su caso es incluso empleada como instrumento de coerción en conflictos armados (Blanche, 1996) y en algunos casos se han empleado perros entrenados para dicho fin (Trujano, 1998).

Las estadísticas revelan grandes cifras de violaciones: en 1997 informalmente se citaban en Estados Unidos 1 violación cada 4 minutos y en México cada 8, siendo éstas perpetradas por desconocidos sólo en un 40%. Las agresiones sexuales son efectuadas por hombres en un 90 a 100% de los casos reportados en el Programa Interdisciplinario de Atención a Personal Violadas (PIAV), las Unidades de Atención a la Violencia Intrafamiliar del Distrito Federal (UAVIF's) y la Procuraduría General de Justicia (PGJ) -en el Distrito Federal- de 1993 a 1998. El promedio diario de denuncias de violación llegó a 3.41 en las cifras oficiales de la PGJ -en el D. F.- en Noviembre de 1998 (Robles, 1998; UAVIF, 1999; PGJ, Dirección General de Política y Estadística Criminal, 1998).

El Código Penal del Distrito Federal desde 1991 ya no considera a la violación ni al abuso sexual como un delito sexual, sino como un **delito contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual** y son castigados con una pena de 8 a 14 años de prisión, misma que estará supeditada a las características del ataque y a las condiciones en que se haya perpetrado éste. En el particular caso del Estado de México estas agresiones sexuales son clasificadas como un **delito contra la libertad sexual** y se penan con 5 u 11 años de prisión y de 100 a 225 días multa, dependiendo también de las características de la víctima, el agresor y de la situación en que se haya presentado el suceso (Código Penal para el Distrito Federal, 2001; Código Penal para el Estado de México, 2001).

Ninguna de las dos entidades tienen estipulado en sus legislaciones algún apartado concerniente al *tratamiento para los agresores* sentenciados por delitos de violación o abuso sexual y, tampoco se tienen consideradas acciones concretas de atención en instituciones oficiales ni privadas, salvo algunos esfuerzos aislados de profesionistas interesados en el tema.

Se ha pretendido conformar un perfil del *violador*, del *abusador sexual* y del resto de agresores sexuales en general, pero los esfuerzos son inútiles debido a la naturaleza tan dinámica del suceso y de sus participantes. Aún cuando no puede distinguirse un perfil de los agresores sexuales, sí se pueden determinar algunas de sus características que sirven de fundamento para investigaciones que den línea a acciones especializadas de tratamiento.

Además de todo lo anterior, existen una serie de situaciones, por las cuales resulta primordial realizar este estudio, entre otras:

1. Existe muy poca información documentada en México, dentro del tópico de la violencia sexual, referente al apoyo psicológico para los *agresores sexuales*.
2. Por lo mismo, existe la necesidad de programas de atención, apoyo y rehabilitación para *agresores sexuales*.
3. No existen centros especializados ni grupos de autoayuda, dirigidos concretamente a la asistencia del *agresor sexual*; hay grupos que pueden ser considerados como alternos, como el CORIAC y Adictos Anónimos a las Relaciones Destructivas (AARD), en donde está abierta la posibilidad de su atención. sin embargo, los casos han sido muy escasos (sólo en AARD) y en el PIAV se sabe de programas o experiencia con éstos.
4. Existe dentro del ámbito profesional de la Psicología cierta renuencia a brindar apoyo a los *agresores sexuales* y, aún más, al denominado *violador*.
5. Además de que no se le ha dado la atención pertinente a los niveles de *prevención primaria* y *secundaria*, tampoco se ha atendido completamente al nivel de *prevención terciaria* de la violencia sexual, esto es, al trabajo post-evento en lo que respecta a los *agresores sexuales*, una vez que estos ingresan a un centro de reclusión. trabajo que debería ser continuo, permanente y con una estrategia formal definida de seguimiento de casos.
6. A pesar de que se sabe la alta peligrosidad de un *agresor sexual* confirmado, y su consecuente aumento por el hecho de ser recluso en prisión, no se ha abordado directamente, y en forma *diferenciada su rehabilitación*, lo que conlleva necesariamente a un círculo delictivo de "formación" de *agresores sexuales* en los centros que presumiblemente buscan rehabilitar a estos; por último,
7. La investigación podría brindar argumentos para posibilitar un nuevo campo de acción e intervención del psicólogo, no sólo penitenciario sino clínico y educativo en general, de la Psicología.

Actualmente en México no se cuenta con tratamientos especializados para los Agresores Sexuales y estos, como el resto de los reclusos, reciben un trato carcelario que dista mucho de la readaptación social para lo cual fueron creados tales centros. La necesidad es evidente dado el peligro que se trasluce por la ausencia de atención para los agresores de este tipo, debido a que estos terminan su condena y son liberados de los Centros de Readaptación Social (CERESO's) con el mismo, e incluso mayor, potencial para agredir. Su trato en las cárceles no es agradable, se sabe que son de los delinquentes más aislados y estigmatizados por la población de reclusos, quienes se encargan de violentarlos sexualmente con la firme decisión de someterlos a sus propios tratos violentos. Esta clase de eventos hizo que en Estados Unidos se tomara conciencia de la necesidad de programas especiales para los Agresores Sexuales, a raíz de los ataques que estos sufrían por parte de los prisioneros y después de un motín efectuado en una prisión de Manchester en 1990 (Fisher & Beech, 1999).

En la legislación mexicana, a diferencia de otros países, no se menciona nada acerca del tratamiento para Agresores Sexuales y en los centros especializados para la atención a Víctimas de Violencia Sexual (tanto oficiales como No Gubernamentales) no existe ningún programa dirigido a estos. De hecho, debido a la indignación que sufren las especialistas que atienden a víctimas de delitos sexuales, hay quienes manifiestan repudio (o al menos sorpresa) ante el cuestionamiento de algún tratamiento para estos Agresores (Mendoza y Montoya, 1996).

La idea general que se tiene es que el *agresor sexual* es netamente un delincuente, el cual debe ser castigado con la mayor severidad posible, esta idea es compartida incluso por algunos profesionales de la Psicología; por esta razón se realizó esta investigación documental, que tuvo como finalidad, indagar en forma amplia los tratamientos implementados en diferentes países para estos agresores.

El trabajo se integró en 4 etapas: Primero, una revisión concreta de los conceptos básicos en torno a la violencia, agresión y los diferentes tipos de agresión sexual, así como los elementos Psicosociales que los integran -etiología, incidencia y legislación-. Segundo, una revisión de las características comunes de los abusadores, violadores y otros tipos de Agresores Sexuales, tales como el Hostigador Sexual, Agresor Sexual Adolescente, Agresora Sexual y Homicida Sexual que, si bien no están todos tipificados en la legislación mexicana, son empleados con mucha cotidianidad en el lenguaje internacional; considerando aspectos cognitivos y conductuales, vida emocional y sexual, dinámica familiar, relaciones interpersonales y condición socioeconómica. Tercero, una revisión exhaustiva del trabajo efectuado con los agresores sexuales en diferentes países (incluyendo propuestas emitidas a nivel nacional). Los tratamientos propuestos para los agresores sexuales a nivel mundial son muy diversos, pero pueden agruparse básicamente en tres ámbitos generales: carcelario, médico y psiquiátrico (donde son contempladas la castración química y la quirúrgica) y psicológico y educativo (donde se toma en cuenta la

atención individual, familiar y/o grupal de los sentenciados). Cuarto, finalmente, basada en las experiencias con agresores sexuales en diferentes países, la presente tesina concluye con la descripción fundamentada de una Propuesta de Intervención Psicológica para Agresores Sexuales que facilite su rehabilitación y readaptación social, adaptada a las necesidades de atención de dos grupos, a saber: violadores y abusadores sexuales.

Nuestra alta densidad de población y la variedad de problemas a los que nos enfrentamos a diario, nos pueden llevar a alcanzar tasas aún más elevadas de violencia, si no se buscan estrategias de PREVENCIÓN alternas a las actuales, en las que sean considerados los tres niveles básicos. El trabajo preventivo (primario y secundario) desde los Centros de Apoyo, Instituciones Educativas, Centros de Reclusión, etcétera, que fomente en la sociedad una cultura de prevención de los delitos sexuales vital para nuestro país. Junto con esto, el trabajo en el nivel de atención terciaria en el que se ubicarían los programas de atención al *agresor sexual*, con estrategias multidisciplinarias, encabezadas por profesionales especializados en el área.

Como profesionistas, debemos ante todo evitar que se nos empañe la visión objetiva de los acontecimientos, dejándonos llevar por los sentimientos negativos que de un acto de violencia pueden emanar. Es importante, empero, tomar acciones concretas encaminadas a atacar de frente una problemática que ha ido incrementándose con el tiempo y que golpea con dolorosa fuerza a los miembros de la sociedad, sobre todo a grupos socialmente vulnerables: niños, ancianos, discapacitados y mujeres.

## *Reconocimientos*



Por todas sus aportaciones a este trabajo, por su incansable apoyo y su enorme paciencia, porque este trabajo no sería el mismo sin ustedes

¡Gracias por su invaluable ayuda!

Gracias Jorge, Gracias Rodríguez, Gracias Gaby

Y a mí ... por no desistir... por seguir en el camino...

**ISABEL MENDOZA SANTANA**

Noviembre del 2001





## Agradecimientos

✧ *Gracias MAMÁ por darme la vida y por enseñarme que la escuela es ante todo.*

✧ *A ti JORGE por tu inocencia, por tu felicidad, por tu curiosidad, por tus inquietudes, por tu amor a la vida... por ser parte de mí ¡Gracias!*

✧ *A todos MIS SOBRINOS por permitirme verlos crecer, porque con eso me han enseñado lo maravillosa que es la vida, ¡gracias por ser los mejores sobrinos del mundo!*

✧ *Gracias LALITO por compartirme de tu sabiduría*

✧ *A MIS HERMANOS por su apoyo incondicional y por valorar mi desarrollo en la escuela ¡Gracias!*

✧ *A todas MIS AMIGAS Y AMIGOS por haberme regalado tantos momentos invaluable, llenos de felicidad ¡Gracias!*

✧ *A todos MIS MAESTROS porque cada uno ha dejado en mí una pequeña semilla que ha llenado de flores toda mi vida ¡Gracias!*

✧ *A MI ESCUELA por ser mi casa, por brindarme su universalidad: ¡Gracias Universidad Nacional Autónoma de México!*

✧ *A LA VIDA ¡Mil Gracias!  
ISABEL MENDOZA SANTANA  
Noviembre de 2001*

# Índice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumen</b>  |           |
| <b>Introducción</b>   |           |
| <b>Capítulo 1. Violencia Sexual</b>                                   | <b>1</b>  |
| 1.1 Agresión vs. Violencia  | 2         |
| 1.2 Parámetros de la Violencia Sexual                                 | 3         |
| 1.3 Incidencia  | 5         |
| 1.4 Legislación   | 9         |
| Código Penal para el Distrito Federal                                 | 9         |
| Código Penal para el Estado de México                                 | 10        |
| <br>  |           |
| <b>Capítulo 2. Agresor Sexual</b>                                     | <b>15</b> |
| 2.1 Abusador Sexual   | 17        |
| Tipos de Abusadores Sexuales  | 20        |
| 2.2 Violador  | 22        |
| Tipos de Violadores   | 26        |
| 2.3 Otros Agresores Sexuales  | 28        |
| <br>  |           |
| <b>Capítulo 3. Intervención y Tratamiento</b>                         | <b>35</b> |
| 3.1 Carcelario  | 36        |
| 3.2 Médico y Psiquiátrico   | 39        |
| 3.3 Psicológico y Educativo   | 41        |
| Trabajo Individual  | 53        |
| Trabajo Grupal  | 58        |
| Trabajo Comunitario   | 61        |
| <br>  |           |
| <b>Capítulo 4. Enfermo vs. Delincuente</b>                            | <b>64</b> |
| 3.1 Propuestas de Intervención  | 66        |
| Intervención y Tratamiento para Abusadores Sexuales                   | 69        |
| Intervención y Tratamiento para Violadores                            | 70        |
| 3.2 Conclusiones  | 72        |
| <br>  |           |
| <b>Bibliohemerografía</b>   | <b>78</b> |
| <br>  |           |
| <b>Anexos</b>   | <b>83</b> |
| Anexo 1. Cuestionario de Actitudes para Profesionistas                |           |
| Anexo 2. Cuestionario de Actitudes para Agresores Sexuales            |           |
| Anexo 3. Cuestionario autoevaluativo del nivel de Prevención Personal |           |

# Capítulo 1

# V iolencia Sexual

*No me imagino un mundo en que no las hubiera...*

**L**a violencia sexual es constitutiva de una violencia que se vive desde tiempos inmemoriales (Browmiller, 1987), ésta ha sido tomada por los agresores como un instrumento efectivo para humillar y someter a su o sus víctimas, no como un medio para obtener satisfacciones sexuales.

Violencia y agresión son términos comúnmente empleados indistintamente, sin especificar los límites de uno y otro, por lo que es necesario determinar ambos conceptos con el fin de eliminar confusiones.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 1.1 Agresión vs. Violencia

El ser humano en su evolución constante y de gran desarrollo ha logrado un lugar privilegiado sobre el resto de las especies; sus peculiares características, sobre todo su inteligencia, han sido su mayor arma para sobresalir; sin embargo, como especie animal conserva rasgos propios de la naturaleza animal, entre ellos puede citarse el Instinto de supervivencia. Este instinto es el que ayuda al ser humano a sobrevivir dado que es el encargado de inyectar el impulso necesario para efectuar una cadena de conductas encaminadas a fortalecer y prevalecer la existencia del individuo; una de éstas conductas es la agresión. En torno a dicho comportamiento existe gran diversidad de investigaciones dirigidas a explicarlo, encaminarlo, enfrentarlo, disminuirlo o, incluso, erradicarlo. Los enfoques son variados: van desde la etología hasta el conductismo, pasando por la neurología y el psicoanálisis.

Dado que el objetivo de este estudio no es ahondar en las corrientes en mención, únicamente nos limitaremos a llevar a cabo una somera revisión de cada una de ellas con el propósito de obtener una visión generalizada que nos pueda dar elementos de análisis.

Los etólogos argumentan que la agresión es una de las conductas que caracteriza al instinto de supervivencia, ya que al estar presente en el organismo incita una serie de reacciones las cuales lo posibilitan para defenderse de las adversidades de su medio externo. Esta conducta es una característica muy positiva en el ser humano, ya que le permite "luchar" constantemente para lograr sus propios objetivos. Esto es, la agresión sólo puede ser negativa cuando se convierte en ODIO, ya que éste no lleva al logro de metas sino que en ella actúa la VENGANZA del "hombre", que lo lleva a ser cruel con miembros de su misma especie, por ejemplo, al torturar a sus semejantes y sentir placer por ello (Storr, 1981; Lorenz, 1986).

Neurólogos como Valzelli (1983), Klopfer (1970) y Montagu (1983), consideran que el impulso agresivo proviene de alguna zona cerebral específica (sistema límbico p.e.). Apoyados por una serie de investigaciones fisiológicas con animales, sostienen que la agresión puede, incluso, ser despertada con la simple manipulación de la zona antes indicada.

Se cree también que la Serotonina tiene una función importante en la regulación del estado de ánimo, humor, agresión, conducta sexual, apetito y sueño. Se ha encontrado que bajas concentraciones del metabolito están relacionadas con crímenes violentos cometidos por impulso. Esto lleva a especular que el mal funcionamiento de serotonina puede causar la pérdida súbita del control sobre la agresión, que puede desatarse sobre sí mismo o sobre los demás. Se sabe también que el alcohol afecta las concentraciones de esta sustancia en el cerebro. (Cleghorn y Lou; 1993) lo que significa falta de control de la agresión en individuos alcoholizados.

Freud (citado en Storr, op. cit.), desde su postura psicoanalista, sostiene que la agresión es la manifestación del "instinto de muerte", en donde la agresividad está encaminada

principalmente al propio "YO" y que mediante un *desplazamiento secundario* es dirigida hacia otro individuo o hacia el mundo exterior en general. Dollar (citado en Megargee, 1976) menciona que la agresión es sólo una consecuencia de las frustraciones (llamadas instigadores) de un individuo.

Si bien ocasionalmente se marcan algunas diferencias entre AGRESIÓN y VIOLENCIA, generalmente se hace referencia indistinta de ellas; esto es, aunque sabemos que la agresión es parte positiva (vital) de nuestro repertorio, reconociéndola como el impulso básico que requiere todo individuo para efectuar acciones precisas que le lleven a obtener un beneficio, cuando es generada deliberadamente para lastimar a otra persona o para satisfacer necesidades propias sobrepasando los derechos individuales de ella, entonces se convierte en **agresión negativa**. Valzelli (1983) plantea a la violencia como una patología de la agresión; no obstante, de acuerdo a lo planteado hablaremos de violencia y de agresión, haciendo constar que nos referimos a la **agresión negativa**.

La violencia es generada por las "presiones" que ofrece el entorno de determinados individuos, los cuales acuden a ésta con el objeto de "... vencer al medio que los obliga a adaptarse a una sociedad cruel y despiadada" (O'farril, 1996, p. 14). Se comenta que los primeros agredidos -o violentados- son los niños y las mujeres, por ser estos socio culturalmente considerados los individuos más débiles.

La violencia es y ha sido manifestada por el ser humano mediante un sinnúmero de formas, entre estas la sexual, que es la manifestación violenta más devastadora, en donde el individuo penetra en la más preciada pertenencia de cualquier humano: su libertad (Valladares, 1993). Tal agresión es causada por un sinnúmero de circunstancias y posee ciertas características convenientes de revisar. Estos parámetros podrán aclarar algunas incógnitas referentes a quién, por qué y para qué se agrede y, también, acerca de quiénes son más vulnerables a estos ataques.

## 1.2 Parámetros de la Violencia Sexual

Vivimos en una sociedad falocéntrica, es decir, una sociedad organizada y gobernada primordialmente por hombres, mismos que han asumido el papel de "Sexo Fuerte" encargado de "cuidar", "proteger" y vigilar al "Sexo Débil": la mujer; la que ha "cargado" por décadas con las etiquetas de fragilidad, abnegación, sumisión, sentimentalismo y delicadeza. En este contexto se visualiza con toda claridad el poder otorgado a un solo sexo: el masculino, quien con más cotidianeidad que la conocida manipula y somete a aquellos que son considerados social y culturalmente débiles (incluidos ancianos, niños y discapacitados). Con la firme idea de que el hombre es el "jefe" de la familia -que es el núcleo social- se le ha concedido a éste el derecho de posesión de sus integrantes, esto es, ser *dueño* total de los bienes familiares junto con sus mujeres, niños y/o ancianos que habiten en casa. De esta manera, el nombrado sexo fuerte tiene la concesión social de hacer *uso* a placer de todo ello. Es de esta manera como el hombre decide ejercer sus "derechos" como jefe y dueño sometiendo a su esposa para tener relaciones sexuales cada vez que él lo demande sin importar la disposición ni sentimientos de ella, respaldándose en el supuesto débito conyugal (Valladares, op. cit.;

Browmiller, 1987; Robles, 1998). Igual dinámica se sigue en el abuso sexual infantil, siguiendo la línea de utilización de posesiones familiares (Finkelhor, 1987).

Para Gutiérrez, Flores y Gibbons (2001) tanto el “*machismo*” como el “*hembrismo*”, que son ambas monedas de una visión cultural estigmatizada acerca de los roles femeninos y masculinos, fomentan la violencia en algunas culturas. Esto significa que los prejuicios y actitudes ambivalentes frente a tal violencia no existen sólo en la Psicología de los *agresores sexuales* sino también en algún grado en la población general, o reflejados en las creencias de superioridad de unos sobre otros.

En tales términos, se define a la violación como un acto de *poder* en donde el agresor y, en algunos casos agresora, pretenden mostrar su poder, fortaleza o rango a otra persona que en esos momentos no cuenta con los recursos (ya sean físico o emocionales) para escapar o defenderse de la agresión. El objetivo entonces no es la satisfacción sexual del victimario sino el dañar severamente a la víctima, de tal manera que la sexualidad se emplea en este caso como un instrumento no como un fin. (Valladares, 1993)

Desde siglos pasados, se ha tomado a la violación como una forma de mostrar poder al contrario, de ofender al hombre “dueño” de la o las mujeres violadas; misma situación que aún observamos vigente en los conflictos armados (Browmiller, op. cit.), donde se dan casos de tortura por medio de la violación ejecutada mediante perros entrenados (Trujano, 1998) e, incluso, dentro de un país durante levantamientos guerrilleros; como las repetidas violaciones del ejército mexicano a las indígenas chiapanecas a partir del inicio de rebelión del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (Blanche, 1996).

Se considera a la mujer como principal foco de agresión sexual, inclusive descartando al hombre como posible víctima de este delito; en los códigos penales de algunos países como Brasil, Cuba, Chile, República Dominicana, Perú, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Puerto Rico se establece que la víctima de violación sólo puede ser la mujer (Kvitko, 1991).

A la mujer se le ha sobrepuesto el papel de *objeto deseable* capaz de manipular. Por ello, en Argentina, el examen psiquiátrico es básico en la víctima para poder descartar cualquier *patología* que haya dado lugar a una *fabulación psicopática o psicótica* del caso; además es también importante para conocer cabalmente la real existencia de provocación o no por parte de la ésta, dado que es trascendental en la evolución y tratamiento (Kvitko, op. cit.). Mitos institucionales como estos han negado a la víctima el pleno derecho a denunciar (y salir adelante) cualquier tipo de violencia sexual, sobre todo la violación y, por tanto, se ha generado un indirecto encubrimiento al violador.

En trilladas ocasiones la víctima de violación es *revictimizada* por el Ministerio Público, los médicos y médicas y los trabajadores y trabajadoras sociales, entre otros, cuando ésta acude a presentar su denuncia por el delito de que fue objeto. Enseguida es asaltada con preguntas y/o comentarios hirientes acompañados de acciones judiciales perturbadoras de las averiguaciones y esclarecimiento del delito en donde los jueces deciden minimizar la

pena del agresor acusándolo de agravios distintos al de la violación (Calderón, 1996) o la Procuraduría de Justicia crea pruebas de descargo para proteger al violador (Olayo, 1997), son una nitida muestra del poco o nulo crédito que se le otorga a la mujer y de la realidad comentada por Arnoldo Kraus (1997): "la violación es un ilícito permitido, pues raramente se castiga". p. 16

Lo acontecido a una mujer del Distrito Federal es un ejemplo de lo mencionado y de la desigualdad de derechos entre hombres y mujeres; esta persona impidió ser violada valiéndose de un arma de fuego por lo que fue recluida durante 373 días por el delito de homicidio (Pérez, et al, 1997), debido a que se consideró que libremente ella había inducido a su agresor pero que cambió de opinión en último momento. Esta mujer rompió con las normas de Agresión Sexual (Kraus, op. cit.) porque impidió ésta y además terminó con la vida de quien intentó mostrar su *superioridad genérica*.

El hecho de que la mayoría de los violadores sean hombres (Cleghorn, y Lou, 1993) es una consecuencia de los roles sexuales impuestos socialmente a cada individuo: mientras a las mujeres se les obliga a mostrarse como un ser que tiene que contener su apetito sexual, a los hombres se les exige el ejercicio permanente de sus sexualidad (Trueba y Trueba, 1997) y ellos, sin mayor remordimiento, la ejercen como instrumento de tortura hacia las mujeres, con el afán de demostrar superioridad ante ellas. La violencia sexual es perpetrada por hombres (en más del 90% de los casos) conocidos de la víctima, ocupando los primeros lugares los padres, padrastros y novios; el sexo de la víctima en más del 80% es femenino (Trueba y Trueba, Op. cit.; Robles, 1998; UAVIF, 1999).

### 1.3 Incidencia

Las Estadísticas son alarmantes: ya desde 1997 informalmente se hablaba de una violación cada 4 minutos en los Estados Unidos y cada 8 en la Ciudad de México. Si a esto agregamos que menos del 40% de las agresiones son perpetradas por personas desconocidas para la víctima, de tal manera que ésta tendrá que lidiar no sólo con el hecho agresivo en sí mismo sino también en la "fractura" de las relaciones sociales y familiares a su entorno (Yllán, 1998).

Los datos estadístico de Robles (1998) demuestran que de 1991 a 1997 la incidencia de agresiones sexuales efectuadas por hombres es del 97 al 100% de los casos atendidos en

| CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR SEXUAL | AÑO   |       |       |       |       |       |       |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                                    | 1991  | 1992  | 1993  | 1994  | 1995  | 1996  | 1997  |
| Femenino                           | 02.6% | 00.0% | 00.0% | 01.7% | 00.0% | 01.5% | 00.0% |
| Sexo Masculino                     | 97.4% | 100%  | 100%  | 98.3% | 100%  | 98.5% | 100%  |
| Edad                               | 29    | 26    | 31    | 22    | 29    | 32    | 33    |

Tabla 1 Porcentajes de características de los Agresores Sexuales durante los años 1991-1997. Basada en Robles (1998)

el Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV) del Campus Iztacala, en la Universidad Nacional Autónoma de México (Tabla 1). Este mismo análisis presenta datos relevantes acerca de las características de las víctimas, así como del lugar,

hora, tipo de ataque, día, relación con el agresor, medios para la agresión y características del ataque (sexo y edad). El sexo de la víctima fue femenino en más del 72% de los casos; su estado civil predominante fue soltera menor de 21 años (Tabla 2); en tanto que la edad del agresor oscila entre los 22 y los 33 años (Tabla 1). El ataque se llevó a cabo en lugares cerrados (31.7%-79.4%) de manera individual (69.2%-92%) y en horas en las que aún iluminaba la luz solar (54.7%-82.4%).

| CARACTERÍSTICAS DE LA VÍCTIMA |             | AÑO   |       |       |       |       |       |       |
|-------------------------------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                               |             | 1991  | 1992  | 1993  | 1994  | 1995  | 1996  | 1997  |
| Sexo                          | Femenino    | 84.6% | 79.0% | 93.3% | 72.8% | 85.7% | 65.0% | 95.3% |
|                               | Masculino   | 15.4% | 29.0% | 06.7% | 27.2% | 14.3% | 35.0% | 04.7% |
| Edad                          |             | 19    | 18    | 21    | 15    | 14    | 13    | 16    |
| Estado Civil                  | Soltera     | 76.9% | 72.0% | 85.3% | 91.5% | 87.8% | 85.0% | 72.0% |
|                               | Casada      | 12.8% | 20.0% | 14.7% | 06.7% | 09.7% | 15.0% | 20.0% |
|                               | Unión Libre | 07.6% | 00.0% | 00.0% | 00.0% | 02.5% | 00.0% | 04.0% |
|                               | Separada    | 02.7% | 08.0% | 00.0% | 00.0% | 00.0% | 00.0% | 03.0% |
|                               | Divorciada  | 00.0% | 00.0% | 00.0% | 01.8% | 00.0% | 00.0% | 00.0% |
|                               | Viuda       | 00.0% | 00.0% | 00.0% | 00.0% | 00.0% | 00.0% | 01.0% |

Tabla 2 Porcentajes de las características de víctimas de Violencia Sexual durante los años 1991-1997. Basada en Robles (1998)

| SITUACIÓN DEL ATAQUE    |                       | AÑO     |         |         |         |         |         |         |
|-------------------------|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
|                         |                       | 1991    | 1992    | 1993    | 1994    | 1995    | 1996    | 1997    |
| Tipo de Violación       | Individual            | 69.2%   | 79.0%   | 88.0%   | 91.5%   | * 87.1% | 92.0%   | 89.9%   |
|                         | Tumultuaria           | 30.8%   | 21.0%   | 12.0%   | 08.5%   | * 68.3% | 08.0%   | 10.1%   |
| Lugar                   | Cerrado               | 79.4%   | 72.0%   | 73.3%   | 76.0%   | 31.7%   | 75.2%   | 54.7%   |
|                         | Abierto               | 20.6%   | 28.0%   | 26.7%   | 24.0%   | 68.3%   | 24.8%   | 45.3%   |
| Hora                    | Luz Natural           | 54.7%   | 62.0%   | 66.6%   | 67.1%   | 68.3%   | 82.4%   | 58.4%   |
|                         | Noche                 | 45.3%   | 38.0%   | 33.4%   | 32.9%   | 31.7%   | 17.6%   | 41.6%   |
| Tipo                    | Violación             | 48.7%   | 41.0%   | * 46.6% | * 53.1% | 52.2%   | 73.1%   | 45.2%   |
|                         | Intento de Violación  | 07.6%   | 21.0%   | * 14.6% | * 00.0% | 10.9%   | 00.0%   | 01.2%   |
|                         | Incesto               | 02.5%   | 01.0%   | * 06.6% | * 10.9% | 13.0%   | 00.0%   | 00.0%   |
|                         | Estupro               | 00.0%   | 00.0%   | * 00.0% | * 00.0% | 00.0%   | 01.0%   | 01.0%   |
|                         | Hostigamiento Sexual  | 00.0%   | 00.0%   | * 04.0% | * 01.5% | 00.0%   | 01.2%   | 02.3%   |
|                         | Abuso Sexual Infantil | 28.2%   | 24.0%   | * 28.0% | * 23.4% | 23.9%   | 23.7%   | 47.0%   |
|                         | Maltrato Doméstico    | 13.0%   | 13.0%   | * 09.4% | * 04.6% | 00.0%   | 01.0%   | 03.3%   |
| Relación con la Víctima | Desconocido           | 30.7%   | 39.0%   | * 26.7% | * 17.5% | 38.0%   | 45.8%   | 32.7%   |
|                         | Familiar              | 51.3%   | 41.0%   | * 57.3% | * 57.9% | 50.0%   | 54.2%   | 52.3%   |
|                         | Vecino                | 10.3%   | 20.0%   | * 05.3% | * 12.3% | 09.5%   | 00.0%   | 01.0%   |
|                         | Amistad               | 07.7%   | 00.0%   | * 12.0% | * 08.8% | 02.5%   | 00.0%   | 07.2%   |
|                         | Otro                  | 00.0%   | 00.0%   | * 04.0% | * 03.5% | 00.0%   | 00.0%   | 06.8%   |
| Tipo de relación        | Genital               | 53.7%   | * 75.8% | * 68.0% | 45.2%   | 55.8%   | * 76.8% | * 36.4% |
|                         | Oral-Genital          | 11.1%   | * 20.6% | * 16.0% | 06.8%   | 14.0%   | * 34.6% | * 38.6% |
|                         | Anal                  | 12.9%   | * 17.2% | * 13.3% | 22.0%   | 14.0%   | * 10.3% | * 13.3% |
|                         | Masturbación          | 22.3%   | * 06.8% | * 16.0% | 22.0%   | 16.2%   | * 15.7% | * 27.4% |
| Medios para la agresión | Objetos               | 00.0%   | * 00.0% | * 01.3% | 04.0%   | 00.0%   | * 02.9% | * 02.1% |
|                         | Armas                 | 10.3%   | * 06.8% | * 18.6% | 06.6%   | 15.5%   | * 13.2% | * 05.4% |
|                         | Fuerza Física         | 32.4%   | * 68.9% | * 56.0% | 16.0%   | 19.0%   | * 45.1% | * 39.9% |
|                         | Intimidación          | 12.9%   | * 24.1% | * 34.7% | 34.0%   | 20.2%   | * 32.4% | * 15.4% |
|                         | Amenazas              | 31.1%   | * 37.9% | * 42.7% | 20.0%   | 26.3%   | * 36.7% | * 39.8% |
| Engaños                 | 13.3%                 | * 24.1% | * 21.3% | 23.4%   | 19.0%   | * 14.6% | * 41.1% |         |

Tabla 3. Porcentajes de acuerdo a la situación en que se presentó la Agresión Sexual. Basada en Robles (1998)

\* sic



El tipo de ataque fue la violación (41%-73.1%), mediante contacto genital (36.4%-76.8%) u oral-genital (38.6%), utilizando la fuerza física (32.4%-68.9%), intimidación (34%), amenazas (26.3%) y el engaño (41.1%) (Tabla 3). El embarazo se presentó en menos del 13% (en 1997 sólo fue el 4.6%) y generalmente no hay infecciones generadas a partir de la violencia (82%-86%), salvo en 1994 en donde lo reportó el 98% y en 1997 que fue un 94% de los casos atendidos.

En las Unidades de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF) el servicio es solicitado en más del 81% por personas del sexo femenino, en tanto que del sexo masculino sólo lo requieren en un 19%; confrontado con el 90% en que los hombres son generadores de la violencia.. El tipo de maltrato que agrupa la UAVIF puede ser físico, psicológico y/o sexual; generalmente se presentan combinados unos con otros, observándose que el daño psicológico es una constante:

1. Psicológico, Físico y Sexual 37%
2. Psicológico y Físico 37%
3. Psicológico 19%
4. Psicológico y Sexual 3%
5. Físico 3%
6. Sexual 1%

Presentan también la existencia de una alta proporción de agresiones sexuales dentro de la familia, con un total del 41% de los casos, de los cuales más del 30% se refiere a la imposición coital (UAVIF, 1999).

La frecuencia de violaciones diarias en el Distrito Federal se ha ido incrementando cada año; de 3.35 denuncias

recibidas en 1993 a 4.06 en 1997. Sin embargo, este aumento de denuncias puede deberse a la mayor información que se le ha brindado a la población paralelamente al surgimiento de las agencias especializadas en el distrito federal y a Organizaciones (sobre todo no gubernamentales) encargadas de brindar apoyo multidisciplinario a las víctimas de delitos sexuales. Es importante mencionar que el mayor número de denuncias actuales se debe al reconocimiento del suceso y no tanto al incremento en las incidencias; ya que, como lo menciona Cleghorn y Lou (1993), durante gran parte del siglo las esposas y los niños tenían pocos derechos y solían considerárseles propiedad del hombre. Su hogar era un castillo y lo que sucedía en sus paredes no concernía a nadie más; incluso, los primeros psicólogos se tornaban incrédulos al incesto y los pacientes raramente admitían su experiencia por vergüenza y culpa.

|                        | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997<br>Ene-Nov |
|------------------------|------|------|------|------|-----------------|
| <i>Violación</i>       | 1222 | 1299 | 1289 | 1420 | 1356            |
| <i>Promedio Diario</i> | 3.35 | 3.56 | 3.53 | 3.88 | 4.06            |

Tabla 4. Muestra el promedio diario de violaciones durante 1993 a Noviembre de 1997 en el Distrito Federal. Fuente: PGJ, Subprocuraduría Jurídica y de Der. Humanos, Dirección General de Estadística y Política Criminal (1998).

Aunque en 1998 el número de denuncias por violación disminuyó de 1355 (registrado en 1997) a 1141, sigue siendo sorprendente la cifra. Desde los datos registrados durante los primeros 3 meses del año se tenían enlistados 160 delitos sexuales, entre estos, violaciones, tentativas de violación y abuso sexual. De esta información se desprende que al día son presentados 3.3 casos de violación, 2.2 de abuso sexual y 0.3 intentos de violación. Lo anterior implica que cada 7 horas (aproximadamente) una persona es violada y cada 11 horas una es abusada sexualmente.

|                   | 1997 | Promedio Diario | 1998 | Promedio Diario |
|-------------------|------|-----------------|------|-----------------|
| <i>Enero</i>      | 109  | 3.52            | 76   | 2.45            |
| <i>Febrero</i>    | 110  | 3.93            | 116  | 4.14            |
| <i>Marzo</i>      | 140  | 4.52            | 106  | 3.42            |
| <i>Abril</i>      | 129  | 4.30            | 106  | 3.53            |
| <i>Mayo</i>       | 138  | 4.45            | 117  | 3.77            |
| <i>Junio</i>      | 166  | 5.53            | 110  | 3.07            |
| <i>Julio</i>      | 120  | 3.87            | 93   | 3.00            |
| <i>Agosto</i>     | 107  | 3.45            | 97   | 3.13            |
| <i>Septiembre</i> | 108  | 3.60            | 107  | 3.57            |
| <i>Octubre</i>    | 133  | 4.29            | 110  | 3.55            |
| <i>Noviembre</i>  | 95   | 3.17            | 103  | 3.43            |
| <b>TOTAL</b>      | 1355 | 4.05            | 1141 | 3.41            |

Tabla 5 Muestra el promedio mensual de denuncias de violación en el Distrito Federal, de Enero a Noviembre de 1997 y 1998. Fuente: Procuraduría General de Justicia, Dirección General de Política y Estadística Criminal (1998).

| DENUNCIAS                     | ENERO | PROMEDIO DIARIO | FEBRERO | PROMEDIO DIARIO | MARZO | PROMEDIO DIARIO |
|-------------------------------|-------|-----------------|---------|-----------------|-------|-----------------|
| <i>Violaciones</i>            | 76    | 2.45            | 116     | 4.14            | 106   | 3.42            |
| <i>Tentativa de Violación</i> | 9     | 0.29            | 11      | 0.39            | 10    | 0.32            |
| <i>Abuso Sexual</i>           | 64    | 2.06            | 59      | 2.11            | 74    | 2.39            |
| <i>Estupro</i>                | 4     | 0.13            | 3       | 0.11            | 3     | 0.10            |
| <i>Adulterio</i>              | 5     | 0.16            | 2       | 0.07            | 4     | 0.13            |
| <i>Hostigamiento Sexual</i>   | 2     | 0.06            | 2       | 0.07            | 3     | 0.10            |
| <i>Incesto</i>                | 0     | 0.00            | 0       | 0.00            | 0     | 0.00            |
| <b>TOTAL</b>                  | 160   | 5.16            | 193     | 6.89            | 200   | 6.45            |

Tabla 6 Muestra el número de denuncias mensuales de delitos sexuales (y el promedio diario por mes en cada una de ellas) efectuadas de Enero a Marzo de 1998 en el Distrito Federal. Fuente: Procuraduría General de Justicia, Dirección General de Política y Estadística Criminal (1998).

No obstante, hemos de recordar que la "cifra negra" (la conocida extraoficialmente) es mucho más grande que la presentada oficialmente; Trueba y Trueba (1997) manejan un 800%, es decir, detrás de cada denuncia hay 8 casos más. Lo que significa que sólo en la violación, aproximadamente cada 55 minutos es violentada una persona en la Ciudad de México.

Si se hace un ejercicio con la "Cifra Negra" se podría deducir que al año son perpetradas más de 9600 violaciones, lo que significa una número muy similar de Violadores a los que deberán sumarse los Abusadores Sexuales y otros Agresores Sexuales. Incluso, atendiendo los datos ofrecidos por la PGJ podemos darnos cuenta que al año más de 2000 Agresores tendrían que ser juzgados por el delito de violación o de abuso sexual; esto sin considerar las violaciones tumultuarias, es decir, en las que intervienen más de dos individuos, lo cual elevaría considerablemente la cifra.

Estos datos demandan una reflexión inmediata respecto a los mecanismos legales que operan en la Ciudad de México, lo que implica el cuestionamiento, entre otros, acerca de la legislación actual referente a este tipo de delitos violentos, en la cual no se ha tomado en cuenta al castigo como medida de readaptación en los agresores. Si bien, las leyes por sí mismas no pueden eliminar la incidencia de la violencia sexual, sí pueden contribuir enormemente en su disminución.

## 1.4 Legislación

Considerando que el área metropolitana está integrada por el Distrito Federal y el Estado de México, es importante revisar los códigos penales de cada entidad con el fin de efectuar un análisis completo de la legislación vigente, correspondiente a los delitos relacionados con la violencia sexual.

### Código Penal para el Distrito Federal

El Código Penal para el Distrito Federal considera a la violación, al abuso sexual y el estupro como *Delitos Contra La Libertad y el Normal Desarrollo Psicosexual* y son castigados con penas de 2 a 5 años de prisión, en los casos de abuso sexual y estupro, y de ocho a catorce años, de acuerdo a las características del ataque y a las condiciones en las que se haya presentado éste. Los artículos correspondientes a la letra dicen:

**Art. 260.** Al que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutar dicho acto, se le impondrá de uno a cuatro años de prisión.

Si hiciere uso de violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentarán hasta en una mitad.

**Art. 261.** Al que sin el propósito de llegar a la cópula ejecute un acto sexual en una persona menor de doce años o persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo, o la obligue a observar o ejecutar dicho acto, se le impondrán de dos a cinco años de prisión.

Si hiciere uso de violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentarán hasta en una mitad.

**Art. 262.** Al que tenga cópula con persona mayor de doce años y menor de dieciocho, obteniendo su consentimiento por medio de engaño, se le aplicará de tres meses a cuatro años de prisión.

**Art. 263.** En el caso del artículo anterior, no se procederá contra el sujeto activo, sino por queja del ofendido o de sus representantes.

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

Para los efectos de este artículo, se entiende por cópula, la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo.

Se considerará también como violación y se sancionará con prisión de 8 a 14 años, al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido.

**Art. 265-bis.** Si la víctima de la violación fuera la esposa o concubina, se impondrá la pena prevista en el artículo anterior. Este delito se perseguirá por querrela de parte de la ofendida.

**Art. 266.** Se equipara a la violación y se sancionará con la misma pena:

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

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

III. Al que sin violencia y con fines lascivos introduzca por vía anal o vaginal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo, sea cual fuere el sexo de la víctima.

Si se ejerciera violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentará hasta en una mitad.

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

I. El delito fuere cometido con intervención directa o inmediata de dos o más personas;

II. El delito fuere cometido por un ascendiente contra su descendiente, éste contra aquél, el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo, o por el padrastro o amasío de la madre del ofendido en contra del hijastro. Además de la pena de prisión, el culpable perderá, la patria potestad o la tutela, en los casos en que la ejerciere sobre la víctima;

III. El delito fuere cometido por quien desempeñe un cargo o un empleo público o ejerza su profesión, utilizando los medios o circunstancias que ellos le proporcionen. Además de la pena de prisión el condenado será destituido del cargo o empleo o suspendido por el término de 5 años en el ejercicio de dicha profesión; y

IV. El delito fuere cometido por la persona que tiene al ofendido bajo su custodia, guarda o educación o aproveche la confianza en él depositada (Código Penal para el Distrito Federal, 2001).

## Código Penal para el Estado de México

Por su parte, en el Estado de México definen legalmente a la violación y a los delitos asociados al abuso sexual infantil como *Delitos Contra la Libertad Sexual*. Los artículos en cuestión son los siguientes:

### ACTOS LIBIDINOSOS

**Art. 270.** Al que sin consentimiento de una persona púber ejecute en ella un acto erótico sexual, sin el propósito directo o inmediato de llegar a la cópula, se le impondrán de seis meses a dos años de prisión y de treinta a sesenta días multa.

Si el ofendido es impúber, aún cuando otorgue su consentimiento, se impondrá de uno a cuatro años de prisión y de cuarenta a cien días multa.

Si se hiciera uso de la violencia física o moral se impondrá además la pena de uno a cuatro años de prisión.

## ESTUPRO

**Art. 271.** Al que tenga cópula con una mujer mayor de catorce años y menor de dieciocho casta y honesta obteniendo su consentimiento por medio de seducción, se le impondrá de seis meses a cuatro años de prisión y de treinta a cien días multa.

**Art. 272.** No se procederá contra el inculpado del estupro, si no es por querrela de la mujer ofendida, de sus padres o, a falta de éstos, de sus representantes legítimos; pero cuando el inculpado se case con la mujer ofendida, se extinguirá la acción penal y la pena en su caso.

## VIOLACIÓN

**Art. 273.** Al que por medio de la violencia física o moral tenga cópula con una persona sin la voluntad de ésta, se le impondrá de cinco a once años de prisión, y de cien a doscientos veinticinco días multa.

Si la persona ofendida fuese menor de doce años, se impondrán de ocho a dieciséis años de prisión y de ciento cincuenta a cuatrocientos días multa.

Comete también el delito de violación quien introduzca por vía vaginal o anal cualquier parte del cuerpo, objeto o instrumento diferente al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido.

Se equipara a la violación, la cópula o introducción de la parte, objeto o instrumento a que se refiere el párrafo anterior, con persona privada de razón, de sentido, o cuando por enfermedad o por cualquier otra causa no pudiera resistir, o cuando la víctima fuera menor de catorce años.

Para los efectos de este artículo, se entiende por cópula la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo, exista eyaculación o no.

**Art. 274.** Son circunstancias que agravan el delito de violación las siguientes:

**I.** Cuando en la comisión del delito de violación intervengan dos o más personas se impondrán, además de las penas señaladas en el artículo anterior, de cinco a dieciocho años de prisión y de cincuenta a doscientos días multa;

**II.** Si el delito fuere cometido por un ascendiente contra su descendiente, por éste contra aquél, por un hermano contra otro, por el tutor en contra de su pupilo, o por el padrastro, madrastra, amasío o amasia en contra del hijastro o hijastra, además de las sanciones previstas en el artículo 273 se impondrán de uno a tres años de prisión y de treinta a setenta y cinco días multa así como la pérdida de la patria potestad o la tutela en aquellos casos en que la ejerciere sobre la víctima;

**III.** Cuando el delito de violación sea cometido por quien desempeñe un empleo, cargo o comisión públicos o ejerza una profesión, utilizando los medios o circunstancias que ellos le proporcionen, será desistuido definitivamente del cargo o empleo o suspendido hasta por el término de diez años en el ejercicio de su profesión, independientemente de las sanciones a que se haga acreedor; y

**IV.** Cuando por delito de violación se causare la muerte, se impondrán de veinticinco a cincuenta años de prisión y de quinientos a mil días multa (Código Penal para el Estado de México, 2001).

Con fines de clasificación para el análisis, en la tabla 7 se denomina "Formas de Violación" a las diferentes circunstancias o características (en su caso) de una violación. En algunas "formas" se utilizan los apartados CON VIOLENCIA y SIN VIOLENCIA, esto parecería un pleonasma dado que la violación en sí misma es una violencia; empero, se utilizan dichos términos debido a que son considerados de tal manera en los Código Penales a los que se hace alusión. Dado que el Estado de México y el Distrito Federal utilizan diferente lenguaje en sus códigos, se han distinguido algunos rubros que pueden

ser equiparados unos con otros y, empero, en la tabla aparecen como NO CONSIDERADOS porque no es el lenguaje correspondiente.

Como puede apreciarse en la tabla 7, las penas consideradas en el caso de violación siguen siendo poco significativas con relación al gran daño emocional, físico y social (entre otros) que el agresor provoca; sin considerar la falta de atención en lo que respecta al tratamiento especializado para estos.

El código penal del Estado de México a partir de sus recientes reformas (las últimas en 1999) se ha analogado al del Distrito Federal; los conceptos, tipificaciones y penas formuladas para el delito de violación aunque mínimos, siguen siendo significativos. Por ejemplo, en el Estado de México no es considerada la violación conyugal, ni la efectuada por personas a las que se les ha confiado la custodia de algún niño o niña, tampoco toman en cuenta ningún agravante en los casos de *violación con violencia* a menores de 12 años, personas incapacitadas para comprender el hecho o privadas de razón o sentido; de hecho el agravante mayor es el de violación tumultuaria, en donde la pena puede aumentar hasta 29 años de prisión y 425 días de multa. La sanción para quien comete el delito con cualquier miembro de su familia sólo puede aumentar 3 años y 75 días de multa como máximo. En el caso de ser funcionario o profesional el autor de la agresión, la única pena adicional es la destitución de su cargo o la suspensión de su ejercicio profesional por diez años. En general, las penas señaladas en el código penal del Estado de México, aún cuando se adicionan multas económicas, siguen siendo menores que las del Distrito Federal (Ver tabla 7); sin embargo, a diferencia de éste es contemplada una sanción máxima para quien ocasione la muerte con este delito.

En el Estado de México, la violación que no implica cópula sólo es penalizada si la persona es púber (*y si no dio su consentimiento*) o impúber. La pena de estupro puede ser "perdonada" si el agresor se casa con su víctima.

Las lagunas existentes en ambos códigos penales han permitido a los *agresores* desligarse relativamente fácil de su responsabilidad ante el delito cometido. No obstante, se sabe ahora del caso, en 1998, de violaciones efectuadas por personal de "seguridad pública" en contra de tres mujeres (dos de ellas menores de edad), que en este año fueron condenados los agresores a 40 años de prisión y multados con montos que van de los 38 mil a 63 mil pesos, y que pueden conmutarse por 475 días de trabajo en favor de la comunidad. Lo más relevante del acontecimiento es que, además, se condenó a la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal a pagar los gastos de los **tratamientos psicológicos** de las víctimas hasta que éstas recuperen su IDENTIDAD PSICOEMOCIONAL. Este logro legal se obtuvo en buena parte gracias a la intervención de Organizaciones no Gubernamentales y del Programa para la Participación Equitativa de la Mujer en el D.F. (Promujer), quienes estuvieron pendientes de las irregularidades en el caso y proporcionaron apoyo, incluso económico, a las mujeres que sufrieron la agresión (López, 1999).

| Categorías   |                      | Distrito Federal   | Estado de México   |
|--|----------------------|--|--|
| Violación Sin Cópula   | <i>Sin Violencia</i> | De 1 a 4 años de Prisión   |  |
|  | <i>Con Violencia</i> | De 1 año, 6 meses a 6 años de Prisión  |  |
| Violación Sin Cópula a menor de 12 años                            | <i>Sin Violencia</i> | De 2 a 5 años de Prisión   |  |
|  | <i>Con Violencia</i> | De 3 a 7 años, 6 meses de Prisión  |  |
| Violación Sin Cópula a Púber                                       |                      |  | De 6 meses a 2 años de prisión y de 30 a 60 días multa   |
| Violación Sin Cópula a impúber                                     | <i>Sin Violencia</i> |  | De 1 a 4 años de prisión y de 40 a 100 días multa.   |
|  | <i>Con Violencia</i> |  | De 1 a 4 años de prisión, adicional a la pena ya impuesta.   |
| Violación a mayor de 12 y menor de 18 años                         |                      | De 3 meses a 4 años de Prisión   |  |
| Violación a mayor de 14 y menor de 18 años, <i>casta y honesta</i> |                      |  | De 6 meses a 4 años y de 30 a 100 días multa   |
| Violación (Con Violencia Física y Moral)                           |                      | De 8 a 14 años de Prisión  | De 5 a 11 años de prisión y de 100 a 225 días multa  |
| Violación Tumultuaria  |                      | De 12 a 21 años de Prisión   | De 10 a 29 años de Prisión y de 150 a 425 días multa   |
| Violación con Objetos (Vaginal o Anal)                             |                      | De 8 a 14 años de Prisión  | De 5 a 11 años de prisión y de 100 a 225 días multa  |
| Violación Conyugal   |                      | De 8 a 14 años de Prisión  | NO CONSIDERADO   |
| Violación a Menor de 12 años                                       | <i>Sin Violencia</i> | De 8 a 14 años de Prisión (aún con objetos)  | De 8 a 16 años de prisión y de 150 a 400 días multa  |
|  | <i>Con Violencia</i> | De 12 a 21 años de Prisión (aún con objetos)   |  |
| Violación a Menor de 14 años (aún con objetos)                     |                      |  | De 5 a 11 años de prisión y de 100 a 225 días multa  |
| Violación a Persona Incapacitada para Comprender el hecho          | <i>Sin Violencia</i> | De 8 a 14 años de Prisión (aún con objetos)  | De 5 a 11 años de prisión y de 100 a 225 días multa (aún con objetos)  |
|  | <i>Con Violencia</i> | De 12 a 21 años de Prisión (aún con objetos)   |  |
| Violación a Persona Privado de Razón o sentido                     |                      |  | De 5 a 11 años de prisión y de 100 a 225 días multa  |
| Por alguna razón No pueda resistirlo                               | <i>Sin Violencia</i> | De 8 a 14 años de Prisión (aún con objetos)  | De 5 a 11 años de prisión y de 100 a 225 días multa  |
|  | <i>Con Violencia</i> | De 12 a 21 años de Prisión (aún con objetos)   |  |
| De Hijo, Hermano, Tutor, Padre, Padrastro o Amasío de la madre     |                      | De 12 a 21 años de Prisión y pérdida de tutela en su caso  | De 1 a 3 años adicionales a las sanciones a que haya sido acreedor y pérdida de tutela (si la tuviese) y de 30 a 75 días multa           |
| De Madrastra o Amasía del padre                                    |                      |  | De 1 a 3 años adicionales a las sanciones a que haya sido acreedor y pérdida de tutela (si la tuviese) y de 30 a 75 días multa           |
| Funcionario o Profesional  |                      | De 12 a 21 años de Prisión y Destitución de cargo o empleo o suspensión de su ejercicio profesional por 5 años | De 5 a 11 años de prisión y de 100 a 225 días multa y Destitución de cargo o empleo o suspensión de su ejercicio profesional por 10 años |
| Persona con Custodia, Guarda o Educación                           |                      | De 12 a 21 años de Prisión   | NO CONSIDERADO   |
| Si se causa la muerte  |                      | NO CONSIDERADO   | De 25 a 50 años de prisión y de 500 a 1000 días multa  |

Tabla 7. Análisis de relación entre las legislaciones del Distrito Federal y del Estado de México. Basado en Código penal para el Distrito Federal (2001) y Código Penal para el Estado de México (2001).

El impacto que en el Agresor Sexual provoca el *pago* de gastos de recuperación psicológica para la víctima debe ser considerado como un medio importante en su proceso readaptativo, ya que en esta medida se le involucra con la recuperación de su víctima, lo que facilita su propio desarrollo empático hacia ésta. Sin duda, esto debe estar acompañado de todo un programa de tratamiento especializado, que permita aprovechar la influencia psicológica de las sanciones legales en los individuos.

La violencia sexual en México sigue siendo *prejuiciada* por la sociedad, tanto por la población en general, como por el sistema judicial, ello debido a la enorme ignorancia que se tiene del tema. Las víctimas tienen que pasar por un segundo *proceso victimizador* al enfrentar a los Ministerios Públicos y Jueces quienes minimizan el acontecimiento, las señalan y cuestionan. Los agresores sexuales, por su parte, al llegar a las prisiones son recluidos sin recibir ningún tratamiento, con una alta probabilidad de ser violados por los reclusos, lo que los convierte en candidatos potenciales para reincidir.

La necesidad de conocer a los agresores sexuales se vuelve imperante; investigar acerca de sus causas, rasgos, historia personal, *modus operandi* y características en general, nos permitirán desarrollar estrategias de intervención que coadyuven a su *readaptación psicosocial*. Para esta tarea deberán conformarse equipos multidisciplinarios, coordinados por psicólogos especialistas en el área.



## Capítulo 2

# Agresor Sexual

¿y si nos atrevemos a abordar el tema...?

**L**os Agresores Sexuales son aquellos que violentan a otra persona (del sexo femenino o masculino), empleando como instrumento la sexualidad, entendiendo a ésta como la expresión, física, emocional y social, del ser mujer o del ser hombre que, de acuerdo a la cultura, estará determinada en gran medida por sus genitales. Entre dichos agresores se encuentran el *abusador sexual infantil*, el *violador* y el *hostigador sexual*; estos no poseen rasgos visibles que los identifiquen del resto de las personas, son individuos comunes, de diferentes clases sociales, ocupaciones, edades, casados o solteros y de todos los niveles escolares.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

No existe un perfil de estos agresores, las clasificaciones son muy variadas, van desde la simple descripción de sus rasgos característicos, el *modus operandi* y el análisis de los factores de riesgo, hasta una tipología a partir del *tipo* de agresión cometida (si fueron empleadas o no violencia física, armas, palabras obscenas, etcétera) o de sus características fundamentales: motivaciones, sentimientos y creencias.

Se sabe que:

- Entre el 60 y 80% son conocidos de la víctima (Loredo, Reynés y Muñoz, 1994; Trueba y Trueba, 1997) , ya sea que mantengan algún lazo familiar, sentimental, laboral, escolar o simplemente sean vecinos (Valladares, 1993, Robles, 1998; UAVIF, 1999; Echeburúa y Guericachevarría, 2000; Leganés, 2001).
- En más del 90% de los casos son hombres (Finkelhor, 1980; Trujano, 1992; Valladares, 1993; Loredo y cols. op. cit.; Robles, op. cit.; UAVIF, op. cit.)
- Tiene entre 20 y 29 años (Trueba y Trueba, op. cit.)
- Los escenarios más propicios para sus ataques son la casa o la escuela de la víctima (Valladares, op. cit.; Robles, op. cit.; UAVIF, op. cit.)
- Puede recurrir a la violencia extrema por temor a ser descubierto (Trueba y Trueba, op. cit.)
- La selección de la víctima la realizan evaluando los riesgos y los “beneficios” que pueden obtener, así como su capacidad para controlarla, tanto a ella como a la situación misma;
- En general, muestran conducta violenta, bajo autocontrol, déficit asertivo y de recursos personales, alto autoritarismo y escasas habilidades para control de estrés y
- Suelen tener habilidades aprendidas en situaciones de violencia, ya sea como agresor o como víctima (Leganés, op. cit.).

De acuerdo a estudios realizados por Kaufman y Hilliker (1996) acerca del *modus operandi*, estos agresores emplean amenazas y coerción para lograr la “cooperación” de la víctima en la actividad sexual.

La escala para medir los **factores de riesgo** (creada en Canadá) está basada en 9 variables, las más importantes son: el *número de encarcelamientos* anteriores por agresiones sexuales y el *número de sentencias* previas. El resto de las variables en orden de importancia fueron:

1. Sus puntajes en una escala que mide psicopatologías.
2. El número de sentencias pasadas que involucraban violencia.
3. Una historia de nunca haber estado casado.
4. Que su víctima haya sido mujer.
5. Haber tenido un niño como víctima.
6. Haber sido sentenciado por ofensas relacionadas con el robo.
7. Excitación desviada durante la evaluación penil especializada (penile plenthsymography).

Según *Ministres des Approvisionnement et Services*, Canadá (1990, citado en Leganés 2001.) los **factores que influyen** en la agresión Sexual figuran de forma diferente en cada individuo:

1. *Factores Motivacionales*: Deseo Sexual, Deseo Sexual Inapropiado y Alteraciones de las estructuras cerebrales relacionadas con el placer sexual.
2. *Dificultades para Satisfacer el Deseo Sexual "Normal"*: Coeficiente intelectual débil, Personalidad poco atractiva, Débil afirmación del YO, Deficientes habilidades sociales, Rigidez de opinión en torno a la sexualidad, Falta de conocimientos sobre sexualidad, Disfunciones sexuales, Ausencia de pareja y Dificultades conyugales.
3. *Factores Desinhibidores*: Drogodependencia con alcohol u otros tóxicos (Abracen, 2000), Uso de pornografía, Victimización durante la infancia, Distorsiones cognitivo-sexuales (mitos sobre violación, traslado de la censura a la víctima, etcétera), Actitudes *potenciadoras* de la violencia, Forma de vida antisocial y Psicopatía, psicosis o lesión cerebral.
4. *Factores Inhibidores*: Valores morales, Empatía con la víctima, Aversión hacia la violencia, Intimidación por la pena del delito (encarcelamiento), Ausencia de posibles víctimas y Resistencia de la víctima.

Lo anterior es importante porque se cree que si se conocen los *patrones de acción* de tales agresores y si son refinadas las *técnicas de predicción* de los factores de riesgo se puede predecir la probabilidad de reagrésión o reincidencia y de esta manera el riesgo de victimización puede reducirse (Kaufman y Hilliker, 1996; Grubin, 1997).

Las tipologías de los agresores sexuales están detalladas de acuerdo con el tipo de violencia cometida, por ejemplo, si fue violación o abuso sexual, las cuales son el foco de esta investigación.

## 2.1 Abusador Sexual

Los Abusadores Sexuales entablan una relación sexual con menores de edad; la agresión involucra tocamiento de genitales de la víctima, del agresor o de ambos, masturbación y/o exhibicionismo, generalmente no se llega al coito (Finkelhor, 1980).

Contrariamente a lo que se cree, estos agresores son personas con apariencia normal, convencionales y de inteligencia media (o arriba de lo normal) y sin ningún problema *psiquiátrico*. -no son psicóticos- (Loredo, Reynés y Muñoz, 1994); aunque pueden presentar marcados rasgos de *neuroticismo e introversión e inmadurez* y sus relaciones con los otros están desprovistas de reciprocidad, y de auténtico sentido de solidaridad. Las acciones violentas de estos agresores surgen de su *conflictiva emocional* y de la *desesperación*: poseen poca *capacidad de calidez, compasión, confianza o ternura*

(Aresti, 1999), además de mostrarse *temerosos* en el establecimiento de *relaciones íntimas* (Hudson y Ward, 2000). El fracaso en crear estas relaciones (sobre todo si se fue víctima de abuso sexual durante la infancia) genera *soledad crónica, egocentrismo* y *agresividad*, así como una tendencia a abusar del alcohol. Suelen masturbarse con mayor frecuencia y a una edad más temprana y pueden llegar al sexo no sólo como una *fuentes de satisfacción* sino como una manera de *evadirse de alguna situación desagradable* para ellos. De esta forma, se obtiene *reforzamiento positivo* mediante el acto masturbatorio y *reforzamiento negativo* a causa del escape, que significa, de los problemas cotidianos (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Es sabido que en la mayoría de los atacantes de niños se observa una *profunda patología afectiva*, son individuos emocionalmente aislados, carentes de confianza en sí mismos, baja asertividad, pobre apreciación de las perspectivas de otros y con dificultades para tratar el dolor emocional (Fisher y Beech, 1999) y, aunque algunos poseen preferencias sexuales enfocadas en los niños, estos son la minoría (Finkelhor, 1980). Todo ello es manifestado en la carencia de relaciones sexuales o de una pareja adulta estable (No obstante que suelen estar casados). Presentan cierto grado de *vulnerabilidad psicológica*, debida frecuentemente a la ruptura de lazos entre padres e hijos o a la propia *victimización* durante su infancia (Loredo, Reynés y Muñoz, 1994; Echeburúa y Guerricaechevarría, op. cit.).

Los vínculos inseguros entre este tipo de padres, generan en el niño una *visión negativa sobre sí mismo* y sobre los demás, lo que facilita la aparición de una serie de efectos negativos:

- Falta de autoestima
- Habilidades sociales inadecuadas
- Dificultades en la resolución de problemas
- Estrategias de afrontamiento inapropiadas
- Deficiente control de la ira
- Egoísmo y ausencia de *empatía*

Por tal situación, los *abusadores* son individuos con un *conflicto* en sus relaciones interpersonales, especialmente con la figura femenina. Lo que explica su tendencia a buscar relaciones con personas que poseen pocas o nulas habilidades de interrelación social, como es el caso de los niños y, además, su preferencia por el sexo femenino como blanco de sus ataques.

Las *distorsiones cognitivas* en los abusadores sexuales son más intensas y específicas que en los violadores, por ello, suelen negar o minimizar la magnitud de sus agresiones y de sus problemas de comportamiento, sobre todo cuando no hay violencia física de por medio (Echeburúa y Guerricaechevarría, op. cit.), inclusive piensan que los infantes son capaces de consentir el contacto sexual adulto sin ser dañados; muestran muy poca empatía con sus víctimas. En cuanto mayor es su distorsión, su peligrosidad se

incrementa; es probable que abusen de varias víctimas intra o extrafamiliares, de diferentes edades y sexos (Fisher y Beech, 1999; Hudson y Ward, 2000).

Sus agresiones son cometidas con cierta cotidianeidad debido que en su mayoría las víctimas son familiares o amigos (del 65% al 85%), lo que les permite un fácil acceso al niño, con los que generalmente han tenido una relación de confianza previa a la agresión. Tal situación permite que los abusos sean más duraderos en el tiempo, empero, no llega a darse la penetración y no hay violencia física (Finkelhor, 1980) ni amenazas de ejercerla dado que los menores no tienen capacidad para oponer resistencia (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). El abuso efectuado por desconocidos se da en ocasiones aisladas y puede estar ligado a *conductas violentas* o amenazas al menos en un 10 al 15% de los casos. Habitualmente no se llega a la violencia física.

Se ha encontrado que los abusadores tienden a poseer una *profesión más cualificada* que los violadores y se valen del engaño, la seducción y de su posición de superioridad para llevar a cabo la agresión; su edad promedio está entre los 30 y los 50 años, aunque hay un elevado porcentaje de adolescentes (25%) que los cometen y que el 50% de los adultos hayan cometido sus primeros abusos antes de los 16 años de edad (Echeburúa y Guerricaechevarría, op. cit.). Las agresiones heterosexuales suelen darse al doble que las homosexuales y por hombres de mayor edad que el resto de los agresores sexuales (la edad promedio es de 40 años). Cuando mayor es el agresor, prefiere víctimas más jóvenes -menores de 10 años- (Leganés, 2001). Generalmente los agresores son del sexo masculino (Hilton & Mezey, 1996). Sólo en el 13% de los casos los abusos son efectuados por mujeres. Se involucra la relación padre-hija y en menor medida madre-hijo (Pfäfflin, 1999).

La condición socioeconómica de los abusadores puede ser muy variada, a pesar de que en los estudios realizados se ha encontrado que la mayoría de ellos pertenecen a *clases bajas* (Pfäfflin, op. cit.), sin embargo, estos resultados pueden deberse en gran medida al sesgo en los estudios con poblaciones exclusivas de reclusos.

Desde el punto de vista de Finkelhor (1984; citado en Echeburúa y Guerricaechevarría, op. cit.), los **factores precipitantes** de un abuso sexual son:

1. Motivación alta para tener conductas sexuales con un menor, lo cual está asociado con frecuencia a la carencia de otras fuentes de gratificación sexual.
2. Superación de las inhibiciones internas para cometer el abuso sexual. Los desinhibidores externos (alcohol) o internos (distorsiones cognitivas) contribuyen a conseguir este objetivo.
3. Eliminación de las inhibiciones externas, lo cual se consigue por el alejamiento del niño de la madre o de otras figuras protectoras o por la existencia de oportunidades poco frecuentes de estar a solas con el niño.
4. Superación de la resistencia del niño, lo cual se logra por medio de la seducción o de otras formas de presión.

De acuerdo con algunos hallazgos, lo que tiende a mantener la conducta desviada es el recuerdo activo de las *fantasías anómalas* de masturbación, con una atención selectiva a los aspectos positivos (el placer obtenido) y el olvido de los negativos (como el miedo a ser detenido o el pánico o resistencia de la víctima). Al mismo tiempo, la presencia de *factores desinhibidores*, como el abuso del alcohol (y una variedad de drogas más; Marshall, 1999), la irritabilidad o la soledad, que tienden a hacer más probable el abuso.

### Tipos de Abusadores Sexuales

Del estudio con abusadores sexuales se han generado una serie de clasificaciones que pretenden construir identificadores específicos de este tipo de agresores. Una de las clasificaciones más completas es la planteada por Groth desde 1979, la cual está basada en la intensidad de la parafilia del *agresor*, si es o no exclusiva en su vida sexual. Los aspectos generales considerados son: 1. La exclusividad de su orientación sexual, 2. El momento de surgimiento de intereses parafilicos, 3. Su estado de estrés, 4. la frecuencia de su conducta parafilica, 5. Si la ofensa es o no premeditada, 6. Si la agresión es tomada como sustitutoria o compensatoria en su vida sexual, 7. Las preferencias del sexo de sus víctimas, 8. Existencia de contacto sexual con personas adultas, 9. Si hay o no, relación con alcohol y/o drogas, 10. Características de sus relaciones de pareja, 11. El significado de la ofensa. En la tabla 1 se describen con mayor detalle cada uno de estos tipos.

| <b>Tipos de Abusadores Sexuales</b>   |   |
|---|---|
| <i>Parafilicos Exclusivos<br/>(También conocidos como Fijados o<br/>Preferenciales)</i>   | <i>Parafilicos No Exclusivos<br/>(También conocidos como Regresivos o<br/>Situacionales)</i>                                    |
| 1. Su Orientación Sexual es exclusivamente con niños.   | 1. Su orientación sexual es primariamente con adultos.  |
| 2. Sus intereses pedofilicos comenzaron en la adolescencia.   | 2. Sus intereses pedofilicos surgieron en la adultez.   |
| 3. No hay precipitación de estrés ni angustia.  | 3. La precipitación de su estrés es usualmente evidente.  |
| 4. Su Interés es Persistente / Conducta Compulsiva  | 4. Su conducta ofensiva puede ser episódica.  |
| 5. La ofensa es premeditada y planeada  | 5. La ofensa iniciar pudo haber sido impulsiva, no premeditada.   |
| 6. Compensación: El Agresor se identifica intimamente con la víctima e iguala sus conductas con el nivel del niño; el Agresor es una pseudo pareja de la víctima. | 6. Sustitución: Los Agresores reemplazan conflictos de relaciones adultas con los niños; la víctima es sustituta pseudo adulta. |
| 7. Sus víctimas pueden ser niños, niñas o ambos; más a menudo niños.  | 7. Su blanco primario son las víctimas femeninas.   |
| 8. Pequeño o nulo contacto sexual con adultos. Los agresores generalmente están solos.  | 8. El contacto sexual con niños coexiste con contacto sexual con parejas adultas; los Agresores usualmente están casados.       |
| 9. Usualmente no tienen una historia de abuso de alcohol o drogas.  | 9. En más casos la ofensa puede estar asociada con el alcohol.  |
| 10. Caracterológicamente inmaduros, pobres relaciones de pareja sociosexuales.  | 10. Estilo de vida más tradicional pero sus relaciones de pareja son subdesarrolladas.  |
| 11. Ofensa = Resolución desadaptativa de problemas.   | 11. La ofensa = Intento desadaptativo para enfrentar la vida. Específicamente tensiones.  |

Tabla 1. Tipos de Abusadores Sexuales. (Groth, 1979).

Blanchette (1996), por su parte, propone una clasificación considerando dos niveles básicos (Bajo o Alto) en cada una de ellas: a) dependiendo de su fijación (de sus Cogniciones y Fantasías acerca de los Niños), b) de su competencia social, c) del número de contactos y cantidad de tiempo que pasan con los niños y d) de los daños físicos ocasionados a la víctima.

Las tipologías presentadas por Cohen (Echeburúa y Guerricahevarría, 2000) están constituidas en 4 niveles principales:

1. *Inmaduros o Fijados en la Paidofilia.* Son socialmente inmaduros, pasivos y dependientes; no desarrollan relaciones con adultos, prefieren a los niños.
2. *Regresivos.* Son Paidofílicos eventuales. Han tenido relaciones heterosexuales pero tienen sentimientos de masculinidad inadecuada y problemas de autoconcepto.
3. *Agresivos.* Pueden causar lesiones y muerte. Normalmente eligen niños. Tienen características psicopáticas con antecedentes de conducta antisocial y su motivación sexual es agresiva. Generalmente en la infancia sufrieron lesiones.
4. *Ocasionales.* Comúnmente tienen actividad con otros adultos, sin embargo, en circunstancias especiales de estrés, ira o de aislamiento llevan a cabo conductas sexuales con menores.

Desde su punto de vista, los *abusadores sexuales* pueden dividirse en 2 tipos: Primarios y Secundarios o Situacionales.

**Primarios.** Los individuos tienen *dirigida su orientación sexual hacia los niños*, no tienen interés por los adultos y con conductas impulsivas que no requieren de un estado de estrés. Estos son completamente atraídos por los niños y, a veces, cuentan con ciertas estrategias de atracción: simpatía personal, comportamientos infantiles, sintonía con los intereses de los niños, entrega de regalos, etcétera.

Los pedofílicos consideran su conducta sexual normal y la planean anticipadamente (Arestí, 1999). Con frecuencia atribuyen su conducta a la *seducción de los niños o suelen considerarla como una lección de educación sexual* adecuada para estos. Por esta razón, no presentan sentimientos de culpa o vergüenza por sus actividades pedofílicas.

Dichos individuos pueden tener *sentimientos fóbicos o de rechazo ante las relaciones sexogenitales con mujeres adultas* e, incluso, por características secundarias del desarrollo sexual, como el crecimiento de los senos y el vello púbico. El *agresor* puede sentirse *hiperpotente* ante las pocas exigencias sexuales que un niño representa, aún cuando su actividad es pobre e incompleta.

El origen puede estar relacionado con actividades extremas negativas hacia la sexualidad o con el abuso sexual sufrido durante la infancia, así como con sentimientos de inferioridad o con la incapacidad para establecer relaciones sociales y sexuales normales.

**Secundarios o Situacionales.** Las relaciones habituales de estas personas son con *adultos*, generalmente heterosexuales, aunque pueden tener algunas alteraciones: impotencia ocasional, falta de deseo o algún tipo de tensión o conflicto en la pareja. Sus contactos sexuales con niños son aislados y comúnmente son a consecuencia de una situación de soledad o estrés.

Perciben este tipo de conductas como anómalas y las *efectúan de manera episódica* e impulsiva más que de un modo premeditado y persistente. Es frecuente que sientan culpa y vergüenza por sus actos abusivos. Aunque tales conductas pueden ser un medio para compensar su autoestima o para desfogar hostilidad que no puede liberar por otras vías. El consumo de drogas –incluyendo alcohol– y el estrés puede desencadenar este tipo de conductas.

Para fines comparativos, en la tabla 2 se detallan las características generales de los dos tipos de abusadores sexuales (primario o preferencial y secundario o situacional) mencionados.

| Tipos de Abusadores sexuales     |   |   |
|----------------------------------|---|---|
| <i>Etiología</i>                 | Secundario o Situacional                          | Primario o Preferencial   |
| <i>Ejecución de la conducta</i>  | Soledad<br>Estrés (conyugal, familiar, laboral)   | Orientación sexual dirigida preferentemente hacia niños   |
| <i>Percepción de la conducta</i> | Episódica<br>Impulsiva                            | Persistente<br>Compulsiva<br>Premeditada  |
| <i>Distorsiones cognitivas</i>   | Anómala (con vergüenza y remordimiento posterior) | Apropiada sexualmente   |
| <i>Ante el Tratamiento</i>       | Buena respuesta                                   | Atribución de la conducta a la "seducción" de los niños.<br>Mera muestra de cariño<br>Carácter inofensivo de los contactos sexuales.<br>Falta de reconocimiento del problema.<br>Recaidas frecuentes. |

Tabla 2. Características Generales de los Tipos de Abusadores Sexuales (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000)

## 2.2 Violador

El Violador es quien realiza, o intenta, un acto coital con una persona sin su consentimiento, empleando para ello la coerción física o verbal. Es irreal que la violación sea efectuada por un "viejo sucio" o un *extraño oculto en el camino*; la agresión es llevada a cabo por alguien conocido, incluso, familiar (padre, esposo) y en lugares habituales como la casa de la víctima o del victimario. Pfafflin (1999) reporta que dos



terceras partes de la violencia sexual dirigida hacia las mujeres tienen lugar dentro de la familia o en la casa y es cometida principalmente por el esposo; muchos de estos delitos no llegan nunca a denunciarse y aunque la mayoría de las mujeres está de acuerdo en que deben sancionarse a *sus agresores* (maridos), no lo hacen por vergüenza o turbación para realizar la denuncia; por lo que en la sociedad aparecen como hombres funcionales en ámbitos familiares, sociales, escolares y culturales.

El ambiente familiar puede implicar conductas de agresión sexual. La calidad de comunicación entre padres e hijos, riñas y tensiones entre los padres -distantes, fríos, extremadamente estrictos y controladores en todos los aspectos y con amenazas de abandono- inciden significativamente en la percepción distorsionada que un individuo puede tener de las relaciones sexuales, lo que trae consigo una alta probabilidad en la generación de dichas agresiones (Conor, 1998).

Este tipo de *agresor* se identifica con sus padres menos que cualquier otro, describen a sus madres como *frías, distantes, indiferentes, hostiles o agresivas*. Generalmente, la relación con los padres es peor; la proporción de abuso físico es alta. Estas experiencias negativas, igual que el divorcio y abusos sexuales, influyen en el aumento de probabilidades de actitudes negativas y antisociales (Hudson y Ward, 2000).

Una característica muy usual en los *violadores* es que son, en más del 90% de los casos, del sexo masculino (Bovnmiller, 1987; UAVIF, 1999); empero, esto no significa que las mujeres no agredan. Peluso y Putnam (1996) afirman que la violación sexual de mujeres hacia hombres es común y que la literatura demuestra consecuencias negativas en las víctimas de estas experiencias.

Se puede decir que la *Psicología de un violador* es la de un individuo que coloca a su víctima en una posición inferior y degradante para satisfacer su necesidad de dominio (Trueba y Trueba, 1997), debido a que con frecuencia presentan baja autoestima, así como baja capacidad de autocrítica, las cuales conllevan a la expresión de comportamientos agresivos como forma defensiva de sus actitudes y valores. Suelen presentar *sentimientos de culpa* y su *reincidencia* ha sido asociada con la ignorancia de los derechos y valores humanos. Es usual que expresen *sentimientos de desprecio* y agresividad hacia la sociedad (hombres y mujeres) como una forma para obtener beneficios y resolver problemas. Esto fundamentado en la idea del aprendizaje específico de la violencia a través de su historia familiar y social (Hudson y Ward, 2000).

En la investigación realizada con un grupo de 42 *violadores* recluidos en un Centro de Readaptación en El Salvador, se encontró que los Agresores presentan *actitudes y prejuicios distorsionados* respecto a la agresión sexual, mismas que sirven para minimizar o negar sus responsabilidades, lo cual es un factor determinante en la generación y justificación de su comportamiento agresivo (Gutiérrez, Flores y Gibbons, 2001). Además en la mayoría de los casos, el *autor* de la agresión suele culpar a la víctima como *provocadora* de tal suceso. Esta tendencia es mayor cuando el agresor posee creencias sobre el rol de la mujer de *subordinación al hombre* (Leganés, 2001). En

algunos estudios se han comparado las *creencias* de los violadores y se ha determinado que, a diferencia de los abusadores sexuales, comparten éstas con la población en general (incluyendo a las mujeres), quienes justifican y minimizan la conducta violenta. Diversos estudios revelan la *incapacidad empática* de los violadores por lo que es importante instruir a estos en dicho campo. Esta incapacidad los coloca como relativamente incompetentes en descifrar las emociones de las mujeres: la asertividad es interpretada como hostilidad y la amistad como seducción (Hudson y Ward, 2000), además, no distinguen diferencia entre sus expresiones de enojo, tristeza, alegría, coraje, etcétera. Tienen a interpretar las respuestas de las mujeres de acuerdo con lo que ellos “desean” de ésta. Se ha encontrado también actitudes negativas hacia las mujeres que están significativamente relacionadas con la *capacidad de intimar* del violador y con sus experiencias de aislamiento, demostrando que estos culpan a las mujeres de sus sentimientos de soledad (Marshall, 1999).

Los violadores normalmente piensan que son únicos y diferentes que el resto de las personas; sus percepciones cognitivas, creencias desadaptativas y conductas y pensamientos distorsionados juegan un papel importante en la facilitación de una ofensa. Crea excusas, culpa a otros, redefine la situación de abuso a su conveniencia, tiene fantasías de ser exitoso, miente, asume cosas que no son ciertas, no sigue las normas, tacha a los demás de tontos, minimiza su responsabilidad es colérico, juega con el “poder”, se asume como víctima, dramatiza y alborota cualquier situación, desvía la atención sobre sí mismo y se “cierra”, es posesivo y se vanagloria solo; todo esto con una conducta de fragmentación física y psicológica -doble estilo de vida- (Mid-Valley Women's Crisis Service, 2001). Aunque existe debate acerca de si estos aspectos cognoscitivos del Agresor sexual son precursores de la agresión o son estrategias postofensa para mantener su autoestima. Sus *creencias y actitudes* hacia las mujeres y niños tienden a ser tradicionales y conservadoras, con vistas fuertemente sostenidas sobre la autoridad sexual de los hombres. Los violadores tienden a centrar la responsabilidad del acto en las víctimas y a la aceptación de la violencia interpersonal (Hudson y Ward, 2000).

El violador puede poseer características de *personalidad* como: agresividad y hostilidad, conductas impulsivas, poca habilidad para la solución de problemas, déficit de habilidades asertivas, presencia de ideas irracionales en cuanto a la soledad y expectativas del futuro, conductas *depresivas y ansiosas*; muestran déficit en sus experiencias interpersonales y sociales con las mujeres debido a una pobre ejecución social, inatención y baja autoestima. De igual manera, presentan dificultad para detectar las *señales afectivas* de las mujeres e interpretan sus conductas de acuerdo al mantenimiento de ideas conservadoras sobre su rol como mujer (marcando una diferencia entre la madre y la esposa, de las demás mujeres), así como de la actitud sexual de la mujer dentro de la sociedad (Robles, 1998).

En general, sus habilidades sociales son pobres y su ansiedad alta. Las áreas interpersonales que más probablemente están involucrados en la mediación de la agresión sexual son: Intimidad, Empatía y Procesos Cognitivos Relevantes y Actitudes y Creencias

acerca de otras personas. En algunas ocasiones, presentan problemas de adaptación social: uso de drogas y/o alcohol, inadaptación social de los diferentes contextos en que vive e influencia de pornografía violenta. Tienen pobre información sobre educación de la sexualidad y temas afines, principalmente sobre el ejercicio de la masturbación y que los mitos en torno a la sexualidad son evidentes, además del desconocimiento de sus propias expresiones emocionales y psicológicas de tipo sexual, con las consecuentes ideas irracionales sobre el concepto de sí mismo (Hudson y Ward, 2000).

Aunque es sabido que los *violadores* no experimentan placer sexual durante la violación (Valladares, 1993), en algunos estudios se ha determinado que presentan mayor excitación ante escenas de **violencia** que ante aquellas de relaciones de mutuo consentimiento; suelen presentar déficit en sus relaciones heterosexuales e interpersonales, dependencia emocional y problemas de identidad sexual, (Marshall, 1999)

La investigación al respecto sugiere que los *violadores* son más deficientes para *intimar* (autodescubrimiento mutuo, provisión de calor, afecto y apoyo para enfrentar adversidades, proximidad e interdependencia) y son comúnmente más solitarios. No son muy "autodescubridores" en la intimidad, son renuentes a expresar el afecto físico, no tienen empatía y presentan deficiencias en sus habilidades para resolver problemas. Déficit de intimidad, junto con otros factores pueden llevar a una ofensa sexual, ya que el violador puede confundir intimidad y sexo, aunado a un sentimiento de insatisfacción pueden tener reacciones de aislamiento e ira que lo lleven a ser más promiscuo o a incrementar su desviación sexual, incluyendo violencia (Hudson y Ward, 2000).

En resumen, los violadores presentan las siguientes características cognitivo-conductuales (Marshall, 1999; Hudson y Ward, 2000):

1. Negación (Gutiérrez y cols., 2001) y Minimización del Daño.
2. Distorsiones Cognitivas
3. Falta de Empatía con la víctima.
4. Actitudes Negativas hacia la Ofensa y hacia la Víctima.
5. Estilos de Interacción Personal Ineficiente.
6. Fantasías Desviadas.

Los rasgos que se conocen de los *violadores* deben tomarse con reserva, ya que son derivados de investigaciones efectuadas solamente con agresores recluidos en los centros penitenciarios (Robles, 1999), frecuentemente con poblaciones pequeñas, lo que impide generalizar los resultados obtenidos, debido a que se quedan fuera de su análisis los violadores no apresados que, como es sabido, son la mayoría (Valladares, 1989).

Para Malamuth, Heavey & Linz (1993) la *excitación sexual* a estímulos o procesos *anticonvencionales, actitudes y creencias negativas* hacia las mujeres, *conductas antisociales* en general y el conseguir la satisfacción de necesidades emocionales predominantemente a través de la actividad sexual, son factores predictores de una

conducta de agresión sexual. Resumen estos factores en dos aspectos globales: *masculinidad hostil* y la *promiscuidad sexual*. Además se ha encontrado que existe una relación recíproca entre estados afectivos negativos, que reflejan *descontrol afectivo*, y las inhibiciones normales que previenen la conducta sexual agresiva; es decir, *empatía con la víctima*, *culpa*, *convicción moral* y *ansiedad* relacionada con ser perseguido. Se sabe que las agresiones se vuelven más probables bajo condiciones de alto estrés, con altas demandas cognitivas y fuertes estados afectivos. Los *violadores* experimentan enojo antes de la agresión, lo que es considerado como la *causa* para iniciar el proceso de la ofensa (Hudson y Ward, 2000).

## Tipos de Violadores

Los *tipos de violadores* sugeridos por Nicholas Groth (1979) –de poder, colérico y sádico– están clasificados de acuerdo a la conjugación de 8 aspectos generales, comunes a cada uno de los propuestos: 1. Agresión Empleada, 2. Planeación o no del Asalto, 3. Estado Emocional del Agresor, 4. Frecuencia en que se dan las Violaciones, 5. Lenguaje Empleada por el Agresor durante el Asalto, 6. Dinámica Causal del suceso, 7. Duración de la Violación, 8. Daños Físicos Infringidos a la Víctima Durante el Asalto. Los detalles de dicha clasificación están descritos en la tabla 3.

| Tipos de Violadores                                       |   |  |   |
|---|---|--|---|
| Aspectos  | Por Poder   | Colérico   | Sádico  |
| <i>AGRESION Empleada</i>                                  | Utiliza la fuerza o amenaza si es necesario para aumentar el control hacia a la víctima y vencer su resistencia.                  | Utiliza más fuerza física que la necesaria para dominar a la víctima, la cual es golpeada. | La fuerza física (cólera y poder) es erótica.   |
| <i>Planeación o no del Asalto</i>                         | Premeditada y precedida por fantasías persistentes de violación.  | Es más impulsivo y espontáneo  | Es planeado y calculado.  |
| <i>Estado Emocional del Agresor</i>                       | De Ansiedad.  | De Irritación y de Depresión.  | De Intensa Excitación   |
| <i>Frecuencia en que se dan las Violaciones</i>           | Son repetitivas y pueden presentar un incremento de la agresión conforme avanza el tiempo.  | Son episódicas   | Son ritualizadas, típicamente envueltas en cautiverio, tortura o actos caprichosos (son divulgadas con otros Agresores Sexuales no sádicos) |
| <i>Lenguaje Empleado por el Agresor durante el Asalto</i> | Es Instruccional e Inquisitivo: da órdenes, hace preguntas sobre cuestiones personales, inquiriendo para que la víctima responda. | Es Abusivo: blasfeman, maldicen y dicen obscenidades                                       | Es Autoritario y Degradante   |
| <i>Dinámica Causal del suceso</i>                         | Compensación de sus arraigadas inseguridades y sentimientos de inadecuación.  | Retribución de las injusticias de las que ha sido objeto.                                  | Destrucción simbólica y Eliminación.  |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <i>Duración de la Violación</i>                                 | Puede ser de una extensa duración, con la víctima cautiva por un tiempo.                            | Es relativamente de poca duración.                              | Puede ser de una extensa duración en que la víctima está secuestrada, asaltada y dispuesta.               |
| <i>Daños Físicos Infringidos a la Víctima Durante el Asalto</i> | La víctima puede salir ileso; el daño corporal provocado puede ser inadvertido más que intencional. | La víctima sufre trauma físico en todas las áreas de su cuerpo. | La víctima sufre trauma físico en áreas sexuales de su cuerpo; en casos extremos es asesinada y mutilada. |

Tabla 3. Tipos de Violadores (Groth, 1979)

Por su parte, la clasificación que presenta Cohen (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Leganés, 2001) es tomando en cuenta las **motivaciones** de los violadores para cometer el asalto:

1. *Violador de Agresión Desplazada.* Utiliza la violencia para expresar su cólera y dañar a su víctima. La violación tiene el fin de agraviarla y humillarla, empleando con frecuencia violencia innecesaria y sin ninguna excitación sexual inicial por lo que puede demandar de la víctima actividades orales o manipulación de genitales.

Estos agresores pueden estar casados y las víctimas pueden ser también sus esposas o novias, pero por regla general suelen ser desconocidas

Tienen antecedentes de irritación y violencia hacia las mujeres a quienes perciben como hostiles y desleales.

2. *Violador Compensatorio.* Su motivación básica es demostrar a la víctima su competencia sexual para compensar su falta de adecuación para este aspecto de su vida. Son personas pasivas, tímidas, con baja autoestima y escasas habilidades sociales pero con buena imagen social. Piensa en víctimas que complacen sus deseos sexuales. Puede sentir atracción por una mujer a la que conoce pero tiene miedo a ser rechazado, quiere demostrarle su valor pero si la víctima se resiste puede huir y no usar mucha violencia.
3. *Violador Sexual Agresivo.* Tiene asociada la actividad sexual con la violencia y la provocación del miedo. Cuando inflige daño siente fuerte excitación. Tiene creencias erróneas sobre las mujeres. Piensa que les gusta ser dominadas por los hombres y que entre *más se resisten más lo desean*. Sus relaciones de pareja son inestables y llegan a maltratar a sus compañeras. Tiene antecedentes de *conductas asociales* y utilizan más violencia de lo habitual para consumir el acto.
4. *Violador Impulsivo.* Realiza la violación aprovechándose de una situación de oportunidad provocada por la comisión de otro delito. Tienen antecedentes penales de delitos no sexuales.

Blanchette (1996) plantea una clasificación de acuerdo a las motivaciones y competencia social de los violadores:

1. *Violador Oportunista*. Sus ofensas son cometidas impulsivamente, bajo circunstancias oportunas para el delito. Poseen un *pobre control de impulsos*, historia de *conductas antisociales* en diferentes contextos y utiliza la violencia física sólo para contrarrestar la resistencia de la víctima.
2. *Violador con Ira Penetrante (Pervasively Angry Type)*. Con frecuencia emplea violencia innecesariamente, causando lesiones a sus víctimas que generalmente son desconocidas. Se considera que utiliza ésta en forma indiferenciada y su brutalidad puede ser tan severa que puede causar serios daños e, incluso, la muerte; se sabe también que su violencia no tiene algún antecedente de fantasía o motivo sexual. Este tipo de violadores generalmente tienen largas historias de dificultad en el control de la agresión de del dominio de impulsos en general.
3. *Violador Vincativo*. Presenta un patrón de conducta agresiva, dirigida *específicamente a la mujer*, sus ataques involucran daño físico y tiene como objetivo degradarlas o humillarlas (pueden ser agresiones verbales o hasta brutales asesinatos) y no hay evidencia de que éstas sean *erotizadas* o producidas por una *fantasía sádica*.
4. *Violador Sexual*. Es aquel que su motivación se centra en ofender para satisfacer sus fantasías sexuales o sádicas; de alguna forma, su preocupación sexual es la función de la agresión y sentimientos de insuficiencia, además de *cogniciones distorsionadas* sobre las mujeres, el sexo y la autoimagen masculina. Pueden ser *Sádicos* o *No Sádicos*, pero en general, cuando la víctima opone resistencia, huyen más que ponerse violentos o agresivos.

### 2.3 Otros Agresores Sexuales

Como se ha visto, uno de los asuntos pendientes, respecto al estudio y tratamiento de los agresores sexuales es la diversidad que existe entre estos; poco a poco se han tenido que dirigir estos esfuerzos al trabajo especializado a ciertos grupos reconocibles, por ejemplo los *Hostigadores Sexuales*, *Agresores sexuales Juveniles* (o adolescentes), *Agresoras sexuales* y *Homicidas Sexuales*, los cuales se revisarán brevemente.

Otros agresores sexuales, como aquellos considerados con *retardo mental*, han recibido también atención especial, en Alemania son atendidos bajo Tratamiento psicofarmacológico, generalmente en hospitales psiquiátricos, aunque las drogas empleadas difieren de las usadas en Estados Unidos, ya que en Alemania no son comunes algunos narcóticos (Pfaßlin, 1999).

Especial atención deben también recibir otros tipos de agresores no tan investigados, como los *Agresores Sexuales de Ancianos -Gerontofílicos-* (Burgess, Dowdell y Brown,

2000; Hunter, 2000), que dirigen su ataque, exclusivamente a personas de la tercera edad; los *Agresores Sexuales Aborígenes o Indígenas* (Blanchette, 1996), que agreden sexualmente en ocasiones justificados por una compleja red de tradiciones e idiosincrasias particulares de sus etnias o razas: los *Agresores Sexuales de Guerra* (Weine, Becker, Meglathan, Laub, Lazrove, Vojvoda, y Hyman, 1995; Cavanaugh, Meyer, Geis y Rahe, 1998) que agreden sexualmente bajo pretexto de dañar al enemigo o como instrumentos de Tortura; y los *Agresores Sexuales con Animales* (Dogra, y Bodkha, 1999) que usan a los animales como medio para la ofensa.

### Hostigador Sexual

El hostigador sexual es aquel que, valiéndose de su estatus laboral, docente, doméstico o de cualquier otro tipo asedia, acosa o solicita favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero con la amenaza de causar a la víctima un mal relacionado con las expectativas que pueda tener en el ámbito de su relación (Código Penal para el Distrito Federal, 2001). El hostigamiento sexual incluye: 1. Solicitar favores sexuales; 2. Actos de naturaleza sexual, verbales, físicos o visuales; 3. Pellizcos, palmaditas, besos, caricias, sonrisas, miradas, bromas y contactos que no han sido provocados ni deseados (Cooper, 2001).

El hostigamiento sexual se da dentro de una *cultura de dominador-dominado* en la cual se hace uso del poder para obtener beneficios sexuales, interponiéndolos a la libertad de otros. Generalmente son hombres con creencias estigmatizadas acerca de los roles sexuales y los roles de autoridad, es decir, son hombres que aún poseen la ideología de antaño en la que se tenían muy delimitadas las funciones de cada uno de los géneros: masculino y femenino, además de poseer creencias muy limitantes respecto a las relaciones niño-adulto, anciano-adulto, discapacitado-"normal", jefe-subordinado (Cooper, 2001).

### Agresor Sexual Adolescente

Antes de los 70's las referencias de delitos sexuales cometidos por *jóvenes* eran raras, en algunas culturas se negaba o se reprimía la sexualidad infantil, de hecho, las conductas sexuales en los jóvenes eran consideradas no como un delito sino como "incidentes de conducta abusiva" o "mala conducta sexual". Durante los años 70's surgieron contados pioneros en el campo, quienes describieron y establecieron programas, en los Estados Unidos, especializados en el tratamiento de la sexualidad del joven abusivo, y acuñaron el término de Agresor Sexual Juvenil (*juvenile sexual offender*), para aquel entonces ya se conocía de 20 programas de atención (Ryan, 1999). En los 80's el trabajo con *Agresores Sexuales Adolescentes* no se tomaba en serio porque se consideraba que su conducta era producto de una *normal experimentación* o un *desarrollo de su curiosidad*; el problema era minimizado o negado (Biscof y Stith, 1995)

Los estudios de los 70's y 80's fueron una amplísima descripción de las características y los tipos de agresión de esos adolescentes; se hacía estudios comparativos con grupos heterogéneos, en los que se encontró que estos jóvenes tenían más similitudes que diferencias con el resto de los adolescentes. Para 1988 se había registrado ya un aumento

significativo en el número de programas destinados a la atención de *jóvenes Agresores*, de acuerdo con el *National Task Force on Juvenile Sexual Offending* se identificaron 14 diferentes perspectivas teóricas aplicadas a este problema que incluyen componentes cognitivos, afectivos, conductuales y psicoeducacionales (Ryan, 1999).

En Bélgica, del total de *agresores sexuales* encontrados en 1992, el 12% correspondían a personas menores de 18 años y en su tratamiento se recomienda la separación de estos con la población adulta, ya que existen algunas desventajas involucradas con el proceso de desarrollo de los adolescentes, lo que puede obstaculizar el trabajo (Cosyns, 1999).

Aunque hay progresos en el ambiente formal y policiaco para la valoración y tratamiento de los *Agresores Sexuales* convictos, tal progreso no existe en el caso de *Agresores sexuales Adolescentes* (de hecho en México este concepto no existe). Se han iniciado un número de programas para adolescentes en agencias clasificadas de EU, pero este ha sido el resultado de Organizaciones no Gubernamentales. La disponibilidad de la evaluación y el tratamiento es considerada como un problema local y por tanto no se toma en cuenta como algo prioritario en el gasto gubernamental.

Sólo en años recientes la conducta sexual inapropiada de los adolescentes ha sido vista como algo más que *experimentación*, y todavía es difícil su valoración ya que se requiere de mucha precaución para procesarlos. La demanda para la educación y el entrenamiento en el campo de los *Agresores sexuales Adolescentes* se ha incrementado en años recientes, así lo indica la creciente demanda de los profesionistas de conocer y habilitarse en el área (Fisher y Beech, 1999).

Leff (1995) estimaba que aproximadamente 20% de las violaciones y entre el 30 y 50% de los abusos sexuales infantiles eran perpetrados por *Agresores sexuales Adolescentes*.

### **Agresora Sexual**

Aunque las Agresoras Sexuales han sido estudiadas en los últimos 10 años, las investigaciones son muy escasas y reducidas. No existe un perfil (Hayes, 1998), su nivel académico puede variar desde el bajo hasta el universitario, de todos los estratos socioeconómicos, razas u orientación sexual, el rango de edad va desde la adolescencia hasta la senectud; aunque Blanchette (1996) afirma que, a diferencia de los hombres, inician su vida ofensiva después de la adolescencia.

Creencias tales como que *los hombres raramente son agredidos sexualmente* -aunado al temor que tienen por ser calificados como *menos hombres* por el hecho de ser violados por una mujer -, así como que *los perpetradores son siempre hombres* ponen una importante barrera en la detección, evaluación y tratamiento exitosos en este tipo de casos. Los profesionales de salud mental necesitan estar conscientes de que la agresión sexual de hombres por mujeres no es tan rara como se piensa. Algunos investigadores han encontrado que el efecto de tal agresión tiene un "intenso impacto traumático" en las vidas de las víctimas. Una vez que la agresión femenina es descubierta, se aconseja a los médicos que observen sus propios prejuicios que podrán llevarlos a minimizar o mal



interpretar el suceso. Una respuesta empática apropiada al paciente (hombre joven) reportado de agresión sexual por una mujer puede ser un paso importante en el mejor entendimiento del paciente, fortaleciendo una alianza terapéutica y formulando un plan de tratamiento psicoterapéutico significativo (Bell, 1999).

Halliday-Sumner (1998) reporta algunos aspectos similares entre hombres y mujeres que agreden sexualmente: con mucha probabilidad su víctima es miembro de la familia; nunca usan la fuerza física, sino la *coerción psicológica*; la mayoría de utilizan *fantasías desviadas*, niegan el hecho; existe proyección y minimización de la agresión y tendencia a aislarse socialmente. La motivación para agredir, al igual que los hombres, es el **poder y control**. Algunos rasgos característicos que las distinguen de los hombres son que generalmente atacan en compañía de otra persona, utilizan menos violencia, raramente o nunca coaccionan a otros para ser cómplices de sus ataques, utilizan menos amenazas para que sus víctimas guarden silencio, sus abusos comienzan a una edad más tarde, es muy raro que hayan agredido antes de la adultez (Blanchette, 1996), es más probable que conozcan a su víctima y la duración y frecuencia de sus ataques es menor (Bell, op. cit.). Otros factores que pueden contribuir a su agresión son:

1. Victimización sexual infantil
2. Dependencia extrema o rechazo por hombres
3. Abuso de sustancias
4. Problemas de salud mental
5. Retención o retroceso del desarrollo psicosexual
6. Baja autoestima
7. Altos niveles de narcisismo
8. Inhabilidad para experimentar emociones
9. Necesidad de satisfacer necesidades sexuales adultas
10. Carencia de control de impulsos

Dichas *agresoras* están involucradas, del 1.1% al 40% en abusos sexuales infantiles. Una institución estadounidense reportó que, de una revisión estadística de tres estados, el 0.8% de agresiones dirigidas hacia mujeres jóvenes y mujeres adultas fueron perpetradas por *Agresoras Sexuales*, al igual que el 0.2% del total de reportes de violación hacia hombres jóvenes o adultos (Bell, op. cit.). Información recolectada por a Briggs en 1995 con 200 convictos por agresión sexual, se obtuvo que el 38% habían sido victimizados por mujeres mayores (Halliday-Sumner, op. cit.).

Blanchette (op. cit.) en la clasificación de las *Agresoras sexuales* propone 4 tipos:

1. *La Maestra del Amor*. Creció en un ambiente de agresión verbal y emocional, la mayoría de estas *Agresoras* tiene abuso de historia extrafamiliar, generalmente en la etapa juvenil y no es raro que también tenga una historia de relaciones sexualmente abusivas con sus parejas.

Como lo indica su jerarquía, instruye al niño o al adolescente, normalmente varón, para *hacer el amor* (Higgs y Canavan, 1992), inicia y lleva a cabo el abuso utilizando su posición de poder, su edad o el rol que juega en la vida de la víctima. Parece buscar una expresión sexual amorosa en sus interacciones con la víctima y cree que estos encuentros sexuales son un acto "bondadoso". No utiliza hostilidad y no considera su conducta como un delito. En la agresión no sólo interviene la idea de la seducción sino también una *lucha simbólica contra la vejez* (Trueba y Trueba, 1997).

Inicialmente tiende a ser defensiva y niega la actividad delictiva, ya que considera que la víctima *disfrutó el acto sexual* y que por lo tanto, *no presenta ningún daño* y mucho menos algún impacto negativo. A pesar de estas distorsiones cognitivas es relativamente fácil su manejo en el tratamiento a través de la reestructuración cognoscitiva, buscando que la *Agresora* se convenza de que su conducta no es apropiada y que la víctima ha tenido consecuencias psicológicas. A deferencia de otros tipos, estas muestran puntos más positivos y habilidades sociales que generalmente se ponen a disposición de la terapia en periodos cortos.

**2. Coercionada o Acompañada por un Hombre.** Como el nombre lo indica, la *Agresora* es Coercionada (Higgs y Canavan, op. cit.) o acompañada por un hombre (generalmente con problemas de alcohol y droga) que participa en la agresión sexual. Dentro de sus características más comunes incluyen una dependencia hacia los varones, falta de asertividad, baja autoestima, inteligencia baja, sentimientos de *desamor* o de no ser digna de amor, aislamiento y sentimientos de ineficiencia en sus relaciones. El hombre que participa generalmente comparte estas características y su inclusión en la agresión sexual es más activa y la lleva a cabo con mayor motivación y sin temor a las repercusiones, a diferencia de ellas.

A menudo la víctima del abuso es el propio hijo(a) de la mujer, normalmente una niña. La agresión puede darse por una cuestión situacional (uso de drogas o alcohol) de la pareja o por una coerción del hombre para incorporar a la mujer en sus agresiones "cotidianas" con una víctima. Ella participa por temor o por falta de poder dentro de su relación.

**3. Predispuesta.** Es aquella que normalmente dispone la situación y sus acciones para aprovecharse de la víctima. Generalmente son mujeres abusadas desde edades muy tempranas en diferentes ocasiones o por años y por numerosos miembros familiares (Higgs y Canavan, op. cit.), o conocidos, la mayoría logra terminar con las agresiones durante su adolescencia, pero le cuesta mucho trabajo establecer relaciones sexuales saludables. De hecho, establece relaciones con hombres abusivos y cree que ese abuso es significado de aceptación y contacto humano.

La *agresión* puede presentar las siguientes circunstancias: No existe la presencia de un cómplice, es común que este tipo de *agresoras* presente fantasías sádicas (detonadas por el enojo) y probablemente actos caprichosos y violentos que generen dolor o daño físico a sus víctimas. Se ha encontrado que sus víctimas son menores de 6 años.

Como son personas que pueden *autodañarse*, ser *suicidas crónicas* y tener un sinnúmero de problemas emocionales, su tratamiento es en extremo difícil. Específicamente las secuelas de su propia victimización en la infancia, manifiestan el extremo de los *desordenes de ansiedad* y *disociativos*; se recomienda como inicio del tratamiento buscar la eliminación de sus fantasías desviadas y es vital que estas *agresoras* no tengan ningún tipo de contacto con niños, ni con otras víctimas potenciales. Se sugiere también una extensa supervisión que vaya corroborando los avances a través de los autorreportes y un diagnóstico preciso que permita eliminar las posibilidades de retardo mental.

4. *Enojada/Impulsiva*. Como el nombre lo indica, describe a una mujer que comete el asalto en forma aislada, de una manera agresiva e impulsiva hacia un adulto hombre. De esta mujer el conocimiento es escaso, de hecho, se considera que muy pocas caerían dentro de esta tipología (en una muestra de 19 agresoras sexuales, sólo 1 fue clasificada en esta categoría).

En términos generales, el tratamiento para *Agresoras sexuales* se encuentra en etapas exploratorias, la mayoría de los estudios son con *Agresores* hombres; se ha encontrado que como ellas aceptan con mayor facilidad el ataque pueden participar más fácilmente en la terapia; y a diferencia de los hombres que tienden a “perdonarse” más pronto, las mujeres mantienen sus sentimientos de culpa y vergüenza por más tiempo, este enojo hacia ellas mismas les invade profundamente y puede prolongar su reestablecimiento emocional producto de la agresión sexual.

### Homicida Sexual

El Homicida sexual es aquel individuo que utiliza la violencia extrema y la sexualidad para realizar un asesinato, frecuentemente arremete sexualmente y asesina de manera violenta sus víctimas. El homicidio lo realiza generalmente junto a otros delitos (robo a domicilio o dependencia, asalto), utiliza la violencia extrema (incontables golpes, puñaladas o disparos), utiliza diferentes maneras de arremeter sexualmente (penetración vaginal, anal, *cunniligus*, violación *posmortem*) y asesina por medio del estrangulamiento, a puñaladas, disparos, golpes, etc. (Hunter, 2000).

Su tratamiento es en extremo delicado, ya que sus condenas son severas y la disposición para el trabajo terapéutico es escasa, muchos de ellos, que traen consigo historias delictivas y frecuentemente se confinan por largos periodos de tiempo y además se les somete hormonalmente (Connor, 1998).

En Francia están en proyecto planes para el tratamiento obligatorio de Agresores Sexuales que incluye todos aquellos tipos de *mala conducta sexual*; dicho tratamiento tendría como base la opinión médica de especialistas y una duración de 10 años para los que cometieron crimen sexual. La denegación por parte de los agresores al *tratamiento* propuesto puede generarles una sanción hasta de cinco años adicionales a su condena (Doroznski, 1997).

En Estados Unidos el FBI demostró en un grupo de *Agresores peligrosos en serie* que *las fantasías tienen una fuerte influencia para agredir*. En un estudio se compararon dos grupos: el primero, Asesinos Sexuales Seriales y el segundo, Asesinos Sexuales (de una sola ocasión). Los hombres del primer grupo revelaron haber tenido *conductas de voyeurismo y fetichismo*, lo que los autores relacionan directamente con las fantasías y el hecho de haber tomado acciones para ocultar o alterar la evidencia para evitar ser descubiertos, sugiere que el crimen había sido *ensayado previamente* en la fantasía. El grupo describió historias caracterizadas por *separación paternal, abuso físico o sexual y conductas parafilias*. Estas variables se unieron a la conducta en un modelo que incorpora una relación con *daño en edad temprana*, trauma temprano, una *vida de fantasía violenta* e interacción entre fantasía y conducta que nutrieron *patrones de pensamiento repetitivos* (Grubin, 1997).

## Capítulo 3

# I ntervención y Tratamiento

*El progreso empieza con la creencia en que lo necesario es posible.*

Norman Cousins

**L**as propuestas del manejo de los Agresores Sexuales van desde la pena de muerte, hasta programas de tratamiento psicoterapéutico especializado, pasando por algunos mecanismos de control y monitoreo médico o electrónico. En el estado de Illinois está considerando utilizar *pulseras electrónicas* que monitoreen vía satélite a los agresores sexuales cada vez que salgan de sus casas en un rango de 150 pies (DuPage, 2000). Más de la mitad de los Estados norteamericanos han puesto sus archivos en la Red (De Rituerto, 2000), una de ellas es la página electrónica de Salem, Oregon (Marion

County Sheriff's Office, 2001), en la que se incluyen fotografía y datos generales del agresor, como: Nombre completo, dirección, delito cometido, situación penal y restricciones legales (como el no acercarse a los niños, obligación de firmar semanalmente, no consumir alcohol y estar bajo tratamiento especializado). Otras estrategias como la castración quirúrgica y química serán descritas más adelante.

La intervención prestada a dichos agresores es diversa dependiendo del país e, incluso, del Estado de que se trate; lo que significa que no existe una homogenización en el trato de esta población. En muy pocos países se tiene considerado un trabajo especializado desde los centros de reclusión; generalmente, en los territorios donde se tiene contemplada la atención focalizada para agresores sexuales, se proporciona en instituciones diferentes a las de reclusión.

En los próximos apartados se hablará de la intervención y/o tratamiento que actualmente se les da a los Agresores mencionados; de acuerdo a 3 ámbitos considerados importantes para el interés de este tema: el carcelario, el médico psiquiátrico y, finalmente, el psicológico y educativo; que básicamente son los que engloban la diversidad del manejo (propuesto y efectuado) con Agresores Sexuales, ya sean estos violadores, abusadores sexuales o de otro tipo.

### 3.1 Carcelario

Los programas de atención para *agresores sexuales* tomaron auge en la década de los 80's (Cashwell y Caruso, 1997); en aquel entonces eran contados los tratamientos para este tipo de agresores, no eran asumidos con suficiente seriedad y en el ámbito legislativo no había la fortaleza necesaria para consignarlos (Fisher y Beech, 1999). Sin embargo, los progresos en la implementación de programas especializados son muy escasos y, salvo algunas excepciones (como en Canadá e Inglaterra), su implementación es dada fuera de los centros de reclusión y, en la mayoría de los países sólo se han quedado en buenas intenciones que, en el mejor de los casos, han sido plasmadas en reglamentos o en iniciativas de ley, tal es el caso de España (Leganés, 2001) y Bélgica (Cosyns, 1999), por ejemplo.

En México, tanto los violadores como los abusadores sexuales; legalmente son considerados como un delincuente más que debe cumplir su condena en un Centro de Readaptación Social (CERESO), como el resto de los reclusos; no son rehabilitados ya que no se cuenta con programas especializados para Agresores Sexuales.

La situación es similar en la mayoría de los países, a pesar de la aparente conciencia tomada a nivel mundial durante los 90's dada la necesidad de programas especiales para *Agresores Sexuales* a raíz de los ataques que estos sufrían por parte de otros prisioneros y después de un motín efectuado en una prisión de Manchester en 1990 en contra de dichos *agresores* (Fisher y Beech, op. cit.). El trabajo terapéutico es inexistente en los centros penitenciarios, lo que ha generado algunos conflictos de casos específicos debido a su traslado a instituciones especializadas en su atención, posterior a la conclusión de su

condena en prisión. El problema es si el tratamiento de dicho agresor bajo el derecho civil viola la constitución, procesándolo 2 veces, imponiéndole castigo extra a su sentencia ya cumplida (Richey, 2000).

En los Países del Este de Europa, no obstante su amplia tradición sexológica, hay muy pocos programas especializados en el Tratamiento de agresores sexuales; sólo en Eslovaquia hay una sección especial para este Tratamiento –establecida en 1994–, como parte del trabajo en prisión, utilizan *métodos psicoterapéuticos y hormonales*. En algunas zonas de este país, al igual que en Chechenia los Agresores son *encarcelados por largo tiempo* o referidos a hospitales psiquiátricos. En Hungría no existe el Tratamiento especializado, aunque en las prisiones son utilizadas *drogas para controlar el impulso sexual*. En Polonia *no hay Tratamiento* específico para Agresores, a los que cometen una ofensa sexual y se les encuentra perturbados psicológicamente, sin la capacidad de sostener su responsabilidad en la ofensa, se les considera con *desorden mental* y por lo tanto no son sentenciados, se les remite a hospitales psiquiátricos, junto con otros pacientes con desordenes variados: el propósito de este tratamiento no es sólo terapéutico, sino de protección a la sociedad con el aislamiento del delincuente. En Ucrania, y quizá en el resto de los países ex soviéticos (incluyendo Rusia), se trata a los Agresores en *hospitales psiquiátricos forenses* sin que el Tratamiento sea especializado; se les diagnostica y se les recluye con otros pacientes psiquiátricos, si no son declarados como perturbados psicológicamente, simplemente deben esperar a que se cumpla su sentencia (Weiss, 1999).

No obstante, derivado de la promulgación de reglamentos y leyes, zonas de algunos países ya cuentan con servicios de psicoterapia y psiquiatría para agresores sexuales: tal es el caso de Munich en Alemania (Pfafflin, 1999), Eslovaquia (Weiss, op. cit.), Inglaterra (Fisher y Beech, 1999) y Canadá (Wilson, Stewart, Stirpe, Barrett y Cripps, 2000 y Marshall, 1999). En Francia, es considerado el tratamiento terapéutico y químico, donde el médico coordinaría las acciones por orden judicial. Los agresores sentenciados por *mala conducta sexual* (incluyendo exhibicionistas), deben cumplir con 5 años de tratamiento que puede ser durante su estancia en prisión o una vez terminada su condena (Dorozynski, 1997). Sin embargo, no se han concretado las acciones consideradas en leyes emitidas para dicho fin en Estados Unidos (Richey, 2000) y Bélgica (Cosyns, 1999), ni en el reglamento penitenciario Español establecido desde 1996 (Leganés, 2001).

Inglaterra ha implementado ya en 25 prisiones un programa para Agresores Sexuales, el cual inició (en 1991) en sólo 14 de éstas. El programa original fue corregido y refinado y ahora incluye módulos extensos sobre *prevención de la recaída y entrenamiento de empatía* con la víctima. Los especialistas que atienden a agresores han sido entrenados para utilizar el juego de roles, complementado con el trabajo en áreas como prevención de recaída, *estilos de adaptación disfuncional* y la relación entre el *estado afectivo y el despertar sexual*. Los programas son llevados a cabo por equipos multidisciplinarios de oficiales de prisión, oficiales novatos y maestros, con psicólogos como supervisores, cuentan con cursos de entrenamiento intensivo que son periódicamente actualizados. Esta estrategia es utilizada en otros lugares, originalmente fue pensado para prisioneros de *alto*

riesgo y para sentenciados por más de 4 años; atiende 500 internos al año en grupos de 8. La evaluación consta de un pretest-postest realizado por el personal quien también efectúa chequeos conductuales de los miembros de cada grupo y proporciona reportes detallados para el servicio de libertad condicional cuando los internos son liberados. Además se realizan *terapias de apoyo para todo el personal* que trabaja con agresores para prevenir cualquier impacto personal adverso y para que puedan ocuparse eficazmente de sus tareas. Todas las sesiones son video-grabadas para monitorear los programas, la evaluación, el rumbo de los programas de prevención, el desarrollo integral del programa y la posible liberación de los agresores (Fisher y Beech, 1999).

En Toronto, Canadá, existe el programa de *agresores* de alto riesgo que está diseñado para trabajar bajo unidades de supervisión intensiva, básicamente en el Centro Correccional Comunitario, clasificados como correccionales de seguridad mínima, a cargo de la División Forense y Psiquiátrica. Este programa tiene una orientación y es de naturaleza multidisciplinaria que incluye, Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Enfermeras y otros profesionales de la salud. Los *agresores* ahí tratados reciben *consulta individual o grupal de acuerdo a las necesidades particulares* (Wilson & cols., 2000).

Marshall (1999) reporta el trabajo desarrollado en el servicio correccional de Ontario, Canadá, donde inicialmente evalúan a los agresores para distribuirlos en uno de los tres programas existentes, considerando las *necesidades individuales, el riesgo de la reofensa y el estatus de seguridad*. La determinación del riesgo y del estatus de seguridad se decide con base en los instrumentos de predicción de riesgo, que buscan las anteriores ofensas, sexuales o no sexuales, el género y edad de la víctima y sus puntajes en las valoraciones psicopatológicas. Las necesidades del tratamiento individual son determinadas a partir de las sumatorias de estas evaluaciones (ver tabla 1).

| Modelo Canadiense de Trabajo en Prisión con Agresores sexuales |  |   |
|--|--|---|
| Programa   | Tipo de Resguardo                                    | Extensión del Tratamiento                         |
| TER 1:<br>Alto Riesgo  | en prisiones de media o máxima seguridad             | 6 meses, con sesiones grupales de 3 horas diarias |
| TER 2 A:<br>Mediano Riesgo                                     | en prisiones de mediana seguridad                    | 4 meses, con tres sesiones de 3 horas por semana  |
| TER 2 B:<br>Bajo Riesgo  | en prisiones de mediana seguridad                    | 3 meses, con tres sesiones de 3 horas por semana  |
| TER 3:<br>En Libertad Condicional                              | remitido a una clínica comunitaria o en su comunidad | 2 meses, con tres sesiones de 3 horas por semana  |

Tabla 1. Modelo empleado en el Servicio Correccional de Ontario, Canadá para el trabajo diferenciado con agresores sexuales, de acuerdo a su peligrosidad. (Marshall, 1999).

Todos los programas se desarrollan con terapia grupal (uno o dos terapeutas por cada ocho o doce participantes). El énfasis se centra en apoyar los cambios de los agresores bajo un ambiente de respeto de la dignidad del *agresor* que motive sus cambios y aliente sus esfuerzos.



El formato del trabajo grupal se centra en cuatro ejes, denominados **los Cuatro F's**: *Feelings*, donde se discute sobre el rol del afecto en el ciclo de la ofensa y la función actual; *Fantasy*, el rol que juega las fantasías desviadas en el ciclo de la ofensa; *Future Planning*, donde se analizan los pasos y los objetivos para minimizar el riesgo de la recaída; *Follow Though*, donde se implementan los planes de vida.

Mensualmente se realizan reuniones grupales en donde asiste el supervisor de libertad condicional y los involucrados en el tratamiento; en estas reuniones se repasan los problemas comunes acerca del *agresor*, sobre la *vigilancia*, su actividad laboral desarrollada en la comunidad, sus contactos e interacciones, sus relaciones familiares y su actitud global hacia el tratamiento. Además, se hace un análisis del progreso del *agresor* en el tratamiento y su pronóstico (Wilson & cols. 2000).

### 3.2 Médico y Psiquiátrico

Los tratamientos considerados "médicos y psiquiátricos" incluyen, todas aquellas intervenciones que conciben al agresor como un *delincuente enfermo* y donde la mayoría de la etiología desencadenante de su conducta se ubica a *nivel fisiológico*, por lo que su *cura o remedio* está en medios y agentes externos de carácter farmacológico o quirúrgico.

En países como Francia (Dorozynski, 1997), Alemania (Pfafflin, 1999), Israel (Rosler y Witztum 1998) Suecia y Estados Unidos (Berlin, 1997; Marshall, 1999) se han considerado castraciones quirúrgicas y hormonales que pueden inhibir o disminuir la conducta sexual de los *agresores*.

La *castración quirúrgica* no es empleada actualmente, se sabe que en Alemania era utilizada en casos muy raros, pero desde su unificación en 1995, no se ha realizado en ningún paciente. Rosler y Witztum (op. cit.) comentan que la *castración quirúrgica*, considerada como una terapia para hombres con *parafilia* fue abandonada por ser considerada un castigo cruel y en algunos países era ilegal. Otra práctica quirúrgica realizada en los años 60's y 70's en Agresores Sexuales era la cirugía en una zona cerebral, no obstante, este método ha desaparecido debido a su naturaleza demasiado experimental y a las fuertes protestas de la *German Society for Sex Research*.

Las castraciones hormonales están basadas en la administración de estrógenos (Thibaut, Kuhn, Cordier y Petit, 1998) como es el Acetato de *Medroxyprogesterona* (MPA), encargado de inhibir la secreción de la gonadotropina y por lo tanto de la testosterona (Weiss, 1999) y el Acetato de *Cyproterona* (CPA) (Pfafflin, 1999), que es antagónico a la acción de la testosterona (Blanchette, 1996; Rosler y Witztum, op. cit.), los cuales han demostrado eficacia en un 80% de los casos estudiados y publicados.

En los humanos, la *testosterona* juega un rol crucial, no sólo en el desarrollo y mantenimiento de las características sexuales masculinas sino también en el control de la sexualidad, agresión, la cognición, emoción y personalidad. La testosterona es el determinante mayor del deseo sexual, las fantasías y la conducta, es incluso, el

responsable de la frecuencia, duración y magnitud de las espontáneas erecciones nocturnas. Las desviaciones de fantasías y urgencias sexuales y la conducta de hombres parafílicos también son accionadas por la testosterona; por ello, la administración de los fármacos mencionados busca inhibir o reducir la secreción de la testosterona para así controlar los síntomas en los agresores (Rosler y Witztum, 1998).

En Alemania, los problemas en la utilización del CPA se centran en la inexistencia de datos confiables acerca de cuánto tiempo y en qué dosis debe de administrarse (Pffafflin, 1999). En el caso de Francia, es limitado por 3 desventajas:

1. Su administración es exclusivamente oral.
2. Falta de criterio biológico disponible como control de buena observación.
3. Falta de indicación oficial

Por ello, Cordier, Thibaut, Juhn & Deniker (1996) estudiaron el *Triptorelin* que induce a la castración hormonal reversible y que es administrado mensualmente. Fue eficaz en 5 de 6 pacientes agresivos con hipersexualidad. En Israel, un grupo de científicos promueve el tratamiento con dicho fármaco para pacientes con parafilia. La aplicación se ha efectuado en 50 pacientes aproximadamente por más de 5 años, la eficacia del tratamiento ha sido alta y los efectos colaterales han sido mínimos, comparado con otros fármacos (Fishman, 1999). Aunque en el ámbito psicológico los Agresores Sexuales no son considerados parafílicos, es importante tomar en cuenta los tratamientos referidos a estos grupos, debido a que usualmente son catalogados de esta manera por los psiquiatras, por lo que la utilidad de las estrategias empleadas en ellos puede ser generalizada.

Rosley y Witztum (op. cit) trabajaron con 30 hombres que presentaban severos estados de parafilia (25 con pedofilia y 5 con otros tipos de conducta anormal) a los cuales se les inyectó mensualmente 3.75 mg de *triptorelin*, junto con el apoyo psicoterapéutico, que fue de 8 a +2 meses; todos los agresores tuvieron un decremento en el número de fantasías y deseos sexuales desviados, también hubo un decremento en los incidentes de "conducta sexual desviada", como por ejemplo ataques sexuales hacia niños, exhibicionismo, voyeurismo y froteurismo; concluyen que a pesar de los efectos colaterales, la administración continua de este fármaco (acompañado de la psicoterapia) puede ser un efectivo tratamiento para hombres con severas parafilias. Este medicamento es considerado por los autores más potente que el *Acetato de Cyproterona* en reducir los efectos de la testosterona e influye directamente en el Sistema Nervioso Central, en la supresión de conductas sexuales desviadas.

La *castración química* es practicada en Alemania y Suecia únicamente con el consentimiento del *Agresor* (Dorozynski, 1997), en tanto, en California se han autorizado *castraciones* (quirúrgicas o químicas) sólo en casos de reincidencia de crímenes sexuales infantiles. Las leyes californianas establecen que la libertad provisional sólo puede ser concedida si el *agresor* accede a recibir inyecciones periódicas de *MPA* o someterse a la *castración quirúrgica*. La legislación se aplica a reincidentes y a agresores cuyas víctimas sean de 12 años o menores. El Tratamiento con medicamento inicia una semana después

de iniciada su libertad condicional y se prolonga tanto como el *Departamento Correccional del Estado* lo crea conveniente (Berlin, 1997). Dicho tratamiento sólo es autorizado bajo el consentimiento del agresor, dado que no se tienen evidencias de buenos resultados cuando se administra involuntariamente.

Se ha mostrado que la castración, tanto quirúrgica como química, tienen sus limitantes legales –en algunos países– y terapéuticas. Entre otros, si no se tiene el debido cuidado en su empleo, puede generar en los agresores *irresponsabilidad de acción*, es decir, que éstos se desliguen de su responsabilidad en el daño provocado por su agresión y que, también, deposite todo el peso de éxito de la terapia en el tratamiento de castración, tal es el caso de un hombre de 59 años de edad con una muy nutrida historia de *abusos sexuales infantiles* reincidentes, quien exigía la castración quirúrgica debido a que consideraba que la química no era suficiente para su grado de peligrosidad (Alexander, Gunn, Cook, Taylor y Finch, 1993).

Los tratamientos *médicos-psiquiátricos* han avanzado en los estudios referentes a la modificación hormonal y la han ido complementando con estrategias cognitivo-conductuales; en Inglaterra cuando son valorados con desorden mental por la *National Association for the Development of Work with Sexual Offenders* (NOTA) son distribuidos en los servicios de psiquiatría o son referidos como pacientes externos para valoración y tratamiento; los servicios psiquiátricos forenses son distribuidos en *Unidades De Seguridad Regional* (RSUs) y hospitales especiales, estos últimos son de máxima seguridad para agresores con desordenes mentales y los primeros son de mediana seguridad. Los agresores sexuales elegidos para estos dos servicios psiquiátricos generalmente son con desordenes de *personalidad psicopática o esquizofrénica*. El trabajo se centra en terapia de grupo bajo los lineamientos del tratamiento cognitivo-conductual, la orientación individual y el apoyo de coterapeutas de diversas profesiones. Cuando hay altos porcentajes de agresores se trabaja con ellos en consulta externa o en comunidades, enfatizando en técnicas de modificación la fantasía y evaluación de sus preferencias sexuales. Dicho tratamiento es probablemente para aliviar o prevenir el deterioro de su condición (Fisher y Beech, 1999).

### 3.3 Psicológico y Educativo

Debido a la incapacidad de los centros penitenciarios para la atención a Agresores Sexuales, muchos de ellos han optado por remitirlos a Hospitales Psiquiátricos o a Instituciones Especializadas como *The National Organization For The Treatment Of Abusers* (Nota) en Inglaterra, *The Association for Treatment of Sexual Abusers* (ATSA), en Canadá o *Texas Association Against Sexual Assault* (TAASA) en Estados Unidos.

De hecho, en algunos países, como Holanda, los Agresores Sexuales con *desórdenes de personalidad* no eran considerados por la corte como culpables de esas ofensas y por lo tanto se les remitía a Clínicas Psiquiátricas Forenses de máxima seguridad. Actualmente son canalizados también a clínicas especializadas y, a partir de los 90's el centro de atención en la terapia ha sido la propia conducta y los elementos cognitivo-conductuales,

los cuales han sido incluidos en los tratamientos eclécticos que se aplican en dichas instituciones (Frenken, Gijls, & Van Beek, 1999).

En el instituto canadiense *Warkworth Sexual Behaviour Clinic* se llevaron a cabo tratamientos para agresores sexuales como un medio de seguridad federal penitenciaria. El programa consistió de 3 horas diarias durante 5 meses de terapia conductual grupal. El objetivo es que el agresor acepte su responsabilidad, *empaticice* con la víctima, entienda el ciclo de la agresión y desarrolle un plan de prevención individual para el caso de una recaída (Seto & Barbaree, 1999).

Etiológicamente se sabe que *víctimas de abuso sexual* con frecuencia se convierten en *agresores sexuales* en un futuro, de ahí la importancia de una intervención temprana en cuanto a su Tratamiento. Finkelhor y Berliner (1995) evaluaron la efectividad de 29 tratamientos para niños *abusados sexualmente*, encontrando que sólo en cinco de ellos había evidencias en la recuperación que no tenían que ver con el simple *paso del tiempo* ni con otros factores fuera de la terapia. La agresividad y las conductas sexualizadas son *difíciles de cambiar* y en algunos niños no hay mejora. De esta conclusión recomiendan para futuros tratamientos especial consideración en los siguientes aspectos:

1. La diversidad del abuso sexual.
2. El problema de los niños SIN síntomas.
3. La posible existencia de serios efectos del sueño.
4. La importancia del contexto familiar en la recuperación. Bischof y Stith (1995) resaltan este punto y consideran que si dentro de la familia existen oportunidades de cohesión, expresión, independencia, orientación intelectual-cultural y activa-recreativa y control pueden prevenirse actos delictivos o de agresión sexual.
5. La utilidad de la terapia focalizada en el abuso y el objetivo de la intervención
6. La óptima amplitud del tratamiento (tomando en cuenta al cliente, terapeuta y contexto)
7. El problema de la deserción al Tratamiento.
8. El desarrollo y uso de escalas específicas que midan el impacto emocional, cognitivo y conductual.

El Tratamiento implementado en España para Abusadores Sexuales por Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) forma parte de la *atención integral* que pretenden para los niños *abusados*. El trabajo es muy similar al efectuado en la terapia de alcoholismo y de otras adicciones. tiene una duración de 3 a 12 meses y debe seguir los siguientes lineamientos:

1. Prevención de nuevos episodios de abuso
  - Control de Estímulos.
2. Modificación de las ideas distorsionadas en relación con el abuso sexual
  - Reevaluación Cognitiva.
3. Supresión o reducción de los impulsos sexuales inadecuados
  - Técnicas Aversivas (Sensibilización Encubierta)

- Fármacos Antiandrógenos
- 4. Aumento de la excitación heterosexual adecuada y de las habilidades sociales requeridas
  - Recondicionamiento Orgásmico
  - Saciadad de la práctica masturbatoria.
  - Enseñanza de Habilidades Sociales
- 5. Entrenamiento en autocontrol y solución de Problemas
- 6. Estrategias de prevención de recaídas

Los Tratamientos dirigidos al ámbito psicológico en Alemania se centran en dos áreas: los que tienen objetivos de "terapia social", donde se desarrollan habilidades sociales y se busca la *prevención de la recaída*; y los de aproximaciones psicoterapéuticas que incluyen una serie de modalidades de *trabajo ecléctico* de terapeutas conductuales, psiquiatras y psicoanalistas que realizan esta práctica de manera individual o en instituciones de salud o educativas (Pfaflin, 1999).

Los tratamientos directamente generados o planeados bajo un **enfoque psicológico o educativo**, son aquellos que han retomado las enseñanzas de la Psicología conductual y aplicada, básicamente cognitivo conductual y algunos intentos de la Terapia centrada en el cliente y Racional Emotiva. Estos tratamientos para Agresores Sexuales consideran no sólo el *proceso de la ofensa*, sino al mismo *proceso del agresor*, su historia, habilidades y oportunidades de reconstruir la experiencia de un modo constructivo para él y para la sociedad. Se ha demostrado que la autoestima es significativamente más baja en los agresores que no reciben Tratamiento, quienes si lo reciben su autoestima aumenta y se correlaciona significativamente con cambio en otras áreas del tratamiento (Marshall, 1999) tales como; la empatía, la intimidad, el aislamiento y la mejora de sus preferencias sexuales.

En la actualidad las estrategias psicoterapéuticas pueden ser variadas: *Psicodrama*, *Terapia Racional Emotiva (TRA)*, *Yoga y Meditación* (Derezotes, 2000), *Estrategias de Relajación*, *Entrenamiento Físico y Terapia de Arte*, que ayudan a reforzar las competencias personales y el autoconocimiento, además, de enseñar formas adecuadas de Asertividad Social, que le permiten llenar su tiempo libre constructivamente (Weiss, 1999). Su empleo adecuado dependerá en gran medida de la correcta evaluación de cada individuo.

Es importante realizar investigaciones encaminadas a mejorar el tratamiento, que busquen (Pfaflin, 1999):

1. Operacionalizar, identificar y medir los conceptos que juegan un papel importante en la psicoterapia, por ejemplo, el *insigh*, la empatía, los procesos cognitivos, los afectos y el control de impulso.
2. Operacionalizar, identificar y medir los procesos de interacción entre el paciente y el terapeuta.
3. Identificar alcances y limitaciones de las diferentes aproximaciones terapéuticas.

Hay que considerar también que la implementación de programas para agresores requiere contar con recursos económicos fuertes que permitan obtener eficientes evaluaciones y tratamientos eficaces, aunque frente a limitados presupuestos pueden emplearse instrumentos de evaluación básicos como las entrevistas, observaciones y autorreportes (Marshall, 1999) y estrategias flexibles y adaptables a las necesidades propias; por ejemplo se ha encontrado que agresores sexuales con mejores niveles de educación, asimilan mejor la terapia Conductual (Seto & Barbaree, 1999).

En México aún no se ha considerado el trabajo especializado con estos agresores, por lo que es indispensable investigar al respecto; a continuación se describe la estructura que debe contener una Intervención Psicológica dirigida a este sector. La intervención para los *Agresores Sexuales* debe estar integrada básicamente por tres momentos: la *Evaluación inicial*, la *Implementación del Tratamiento* y la *Evaluación Final y Seguimiento*.

### **Evaluación Inicial**

La evaluación inicial para el tratamiento de los Agresores Sexuales debe integrarse recabando toda la información necesaria, que brinde elementos para su Tratamiento terapéutico; hay que considerar que todos los factores clínicos, psicológicos y socioculturales, contribuyen.

Es importante también detectar a tiempo cualquier enfermedad psiquiátrica y física coexistente que pueda complicar el problema, incluyendo alcoholismo y otros problemas farmacológicos (Cleghorn y Lou, 1993). En el estudio STEP (*Sexual Offender Treatment Evaluation Project*), que se realiza en Inglaterra, antes de iniciar el tratamiento los agresores son sometidos a una evaluación que incluye la obtención de datos demográficos y la aplicación de pruebas psicométricas, algunas de las cuales son diseñadas por los mismos investigadores del proyecto.

Para integrar dicho procedimiento de Evaluación Inicial deben considerarse los siguientes ámbitos (Blanchette, 1996; Fisher & Beech, 1999)

1. *Psicológico*. Las pruebas psicológicas pueden proporcionar información con respecto a la habilidad mental y el funcionamiento neuropsicológico de la personalidad, valores, actitudes y evaluaciones de riesgo. Se pueden también determinar a los agresores que no tienen buen pronóstico en el trabajo grupal o que, incluso, pueden obstaculizarlo debido a sus características personales y/o actitudinales.
2. *Fisiológico*. Las técnicas de valoración fisiológicas, como la evaluación falométrica, dan información específica respecto a las preferencias sexuales y excitación sexual desviadas. Para valorar la excitación sexual se utilizan varios estímulos estandarizados (cassettes de audio, videos y diapositivas) para distinguir la edad y género de las preferencias, así como el interés en la violencia sexual y el tipo de interacciones (Marshall, 1999).

3. *Revisiones de Archivos.* Los archivos institucionales incluyen: informes de la policía, transcripciones judiciales, declaraciones del impacto de la víctima, reportes de pre-sentencia y pre-disposición, reportes psicológicos y psiquiátricos y la documentación del caso. El objetivo de la revisión es conocer la carrera delictiva del agresor, así como su conducta en prisión y sus avances o retrocesos dentro de la misma.
4. *Observaciones de Conducta.* Las valoraciones de conducta están principalmente basadas en observaciones clínicas, aunque también se incluyen informes de autorreportes y el rol-playing. Estas observaciones pueden emplearse para conocer las habilidades sociales y de comunicación del ofensor.
5. *Entrevistas Clínicas.* Las entrevistas clínicas involucran interacción cara a cara con el agresor y son quizá el componente más importante del proceso de evaluación. La entrevista clínica generalmente es la única fuente para determinar información, como: la aceptación de la responsabilidad en la ofensa, nivel de empatía con la víctima y su sincero interés en modificar su conducta sexual desviada. Para obtener resultados óptimos en la evaluación clínica, el terapeuta debe ser seleccionado cuidadosamente; considerando los siguientes aspectos: historia académica, experiencia clínica, conocimiento especializado y habilidades y cualidades personales. El contar con un especialista reduce la posibilidad de manipulación por parte de los agresores y mejora la recopilación de información, siendo ésta más exacta y pertinente.

La entrevista clínica tiene el propósito, además de recabar datos, de establecer la relación del agresor con el terapeuta. Esta es constitutiva en la valoración del riesgo de reincidencia. La entrevista clínica comprensiva debe incluir, aunque no limitativamente, a: la historia social y delictiva del agresor sexual, desarrollo sexual, características psicológicas y patrones de excitación sexual.

6. *Contactos Colaterales.* Se consideran todos aquellos contactos que pueden confirmar o negar la versión del agresor, entre ellos: esposo(a) o compañero(a), miembros de la familia, personal de justicia o de salud mental, ya que se considera que el agresor tiene pocas habilidades para observar sus propias conductas. La valoración debe converger en la identificación de riesgos, necesidades y responsabilidad y debe estar centrada en las áreas de: historia social, delictiva y sexual, preferencias sexuales, valores y actitudes, habilidades cognitivas y sociales, personalidad, conducta y potencial para una violencia futura.

Toda evaluación formal de *agresores* requiere de información disponible de diversos medios (reportes policíacos, registros de la corte, declaraciones de la víctima, etcétera). Esencialmente existen 8 áreas de funcionalidad del *agresor* sexual, en donde puede emplearse la entrevista, los autorreportes y los procedimientos psicológicos para examinar todos los datos. Estas áreas son: Conducta Sexual, Funcionamiento Social, Historia de Vida, Procesos Cognitivos, Personalidad, Abuso de Sustancias, Problemas Físicos y

Problemas Relacionados con la Recaída. El propósito de la evaluación incluye la determinación de las necesidades del tratamiento y la evaluación posterior al mismo (*evaluación pre y pos Tratamiento*) para verificar la efectividad y los cambios que puedan estimarse a futuro (Marshall, 1999).

- **Conducta Sexual.** A través del uso de entrevistas, cuestionarios (p.e. *Clarke Sexual History Questionnaire*), autorreportes (p.e. *Sexual Interest Cardsort*), inventarios (p.e. *Multiphasic Sex Inventory*), se busca conocer la historia sexual del agresor, apropiada o desviada, además del contenido actual de sus fantasías masturbatorias; se utilizan también las pruebas *falométricas* para determinar las preferencias sexuales de cada tipo de *agresor*. Aunque sin duda el mejor instrumento es el Autorreporte conductual.
- **Funcionamiento Social.** Se busca conocer el dominio completo de la función social del agresor que incluya habilidades personales, como: habilidades de conversación, asertividad, empatía, ansiedad y agresión; y sus relaciones interpersonales, abarcando: intimidad, estilos de acercamiento, aislamiento y la historia de sus relaciones (duración, número y satisfacción), incluyendo matrimonio, unión libre y/o relaciones extramaritales, así como sus relaciones con niños. Algunos instrumentos para medir lo primero son: el *Social Response Inventory*, *Rathus Assertiveness Scale*, *Child Molester Victim Empathy Measure*, *Rapist Victim Empathy Measure*, *State-Trait Anger Expression Inventory* y el *Social Self-Esteem Inventory*, entre otros. Mientras que para medir sus relaciones interpersonales pueden emplearse el *UCLA Revised Loneliness Scale*, *Waring's Intimacy Scale* y la *Miller's Social Intimacy Scale*.
- **Historia de Vida.** Aquí se evalúa todo lo concerniente a la historia del desarrollo del *agresor*, que incluyen sus relaciones con parientes y si fue abusado física, sexual o emocionalmente; también se necesita entender su historia educacional y de empleos, sus sistemas de apoyo, su salud física y emocional, así como su habilidad para enfrentar el estrés. Algunos instrumentos que apoyan las entrevistas y autorreportes son: la *Hassles Scale*, *Social Network Scale*, *Social Buffers Scale*, *Multiple Screen Sexual Abuse Questionnaire* y la *Family Environment Scale*.
- **Procesos Cognitivos.** Básicamente se busca obtener información sobre las distorsiones cognitivas, negación o minimización de la ofensa, actitudes hacia las mujeres y niños y actitudes procriminales. Algunos instrumentos que pueden emplearse son: *Hostility Towards Women Scale*, *Rape Myth Acceptance Scale*, *Attitudes Toward Women Scale* y la *Attraction to Sexual Aggression Scale*.
- **Personalidad.** Es importante tener una impresión del estilo personal del agresor y determinar si presenta algún desorden de personalidad, actualmente es difícil alcanzar esto, empero pueden obtener buenos resultados con el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory II (MMPI-II)* y el *Hare's Revised Psychopathy Checklist*, sobre todo para determinar el riesgo de una *reofensa*.



- **Uso de Sustancias.** Es importante conocer el uso de sustancias, incluyendo el alcohol y su funcionalidad relacionada con la agresión sexual, reconociendo si existe abuso o dependencia de alguna de ellas. Algunas pruebas que pueden evaluar comprensivamente el uso o intoxicación a través de los años son: *The Michigan Alcoholism Screening Test* y el *Drug Abuse Screening Test*.
- **Problemas Físicos.** Reconocer el estado de salud del agresor, centrándose en posibles problemas de disfunción hormonal o neuronal.
- **Problemas Relacionados con la Recaída.** Identificas las medidas de Prevención de la recaída, guiándose en 4 puntos: frecuencia de las conductas de alto riesgo, la fuerza de éstas conductas, la capacidad del agresor para resistirse (fuerza de voluntad) y la disponibilidad de habilidades de enfrentamiento en las situaciones de riesgo.

### Implementación del Tratamiento

Una vez realizada la Evaluación Inicial, se puede iniciar el tratamiento, diferenciando a los agresores, para lo cual existe una diversidad de estrategias, por ejemplo en el proyecto más importante en Alemania, que no involucra un "castigo legal", lo realiza el Departamento de Investigación en Sexualidad de la *Psychiatric University Clinic* de Hamburgo con *Agresores Sexuales* no encarcelados (Pfafflin, 1999); se trabaja con un enfoque *centrado en el cliente* realizando una evaluación y una estandarización de 5 grupos de trabajo de agresores Sexuales:

1. Relativamente Estables a Nivel Psicológico e Integrados Socialmente.
2. Depresivos.
3. Con Marcadas Defensas Hacia La Depresión.
4. Con Disturbios Sociales Severos
5. No Clasificables.

Uno de los mayores problemas para la implementación del Tratamiento de los *agresores sexuales* es que tratan de negar, *racionalizar* o *justificar* su conducta. Ward, Hudson, Johnston y Marshall (1997) en una revisión de 160 referencias analizaron el rol que juegan los procesos cognitivos en los agresores sexuales, concluyeron que estos presentan creencias desadaptativas y distorsiones del pensamiento para justificar sus actos. Por ello sugieren que el tratamiento *integre los procesos cognitivos* para generar cambios e impactos afectivos y motivacionales en el individuo.

También es preciso complementarlo con *estrategias de empatía* que les den la oportunidad de comprender los sentimientos y expectativas de su víctima. Es posible que la presencia de anormalidades en la empatía puedan tener origen orgánico, genético o ser resultado de una lesión cerebral temprana o de experiencias de abuso físico, sexual o emocional (Grubin, 1997).

El conocimiento de la víctima genera en los *agresores* la conciencia de la magnitud del daño que sus acciones les causan. Kear-Colwell y Pollock (1997) trabajaron con

abusadores sexuales y con una técnica *confrontacional* donde el propósito era producir culpa, vergüenza y sentimientos de responsabilidad por la agresión con el fin específico de *producir la empatía* en ellos y favorecer el *cambio de conducta* a través del entrenamiento.

Lo anterior porque se ha encontrado que los *agresores sexuales* tienen anormalidades en la empatía (Grubin, op. cit.; Hudson & Ward, 2000), algunos efectos son los siguientes:

1. *Si el déficit es cognitivo*. El individuo que no puede apreciar la perspectiva de una víctima potencial puede culminar una interacción o ataque sexual en homicidio. Es un esfuerzo para imponer silencio a un testigo. Tomar la vida de alguien tiene poca importancia para ellos.
2. *Si la anormalidad es de respuesta emocional*. Con el dolor o miedo de la víctima, que da lugar a sentimientos de placer, excitación sexual o cólera, la acción sádica puede seguir.
3. *Si el individuo tiene la capacidad de empatizar normalmente*, pero no lo aplica en situaciones específicas. Por ejemplo alcoholizado, drogado o enojado puede (comúnmente) agredir sexualmente o matar.

Diversos estudios revelan la incapacidad empática de los *agresores sexuales* en cada uno de los pasos que la integran, excepto los *abusadores*, quienes poseen la capacidad para tomar la perspectiva del otro. Si bien es importante instruir a los *agresores sexuales* en empatía, hay cierto cuestionamiento al entrenamiento en los *abusadores*, debido a que carecen del resto del proceso que engloba a la empatía (Hudson & Ward, op. cit.), con lo que se caería en el riesgo de que el individuo emplee las habilidades de empatía como "herramientas" para manipular a nuevas víctimas. Por tal razón, se debe tener un especial con este tipo de *agresores* al pretender complementar su proceso empático.

El *proceso de empatía* (Marshall, 1999; Hudson & Ward, op. cit.) involucra 4 pasos:

1. Las necesidades individuales de tener una habilidad suficiente para reconocer emociones en otras personas.
2. Necesidades individuales para ser capaz de tomar la perspectiva del otro.
3. La necesidad de experimentar una apropiada respuesta emocional ante la persona empatizada.
4. Es necesario que la persona competentemente empática genere una respuesta conductual apropiada.

No existe un método de tratamiento válido para todos los *agresores sexuales*, pero los considerados más útiles (Fisher & Beech, 1999) son los siguientes:

1. *Control de Excitabilidad Sexual*
2. *Aumento de la Competencia Sexual* (Cosyn, 1999;)

3. *Mejora de las relaciones amorosas primarias*
4. *Prevención de la Reincidencia* (Kear-Colwell & Pollock, 1997; Cosyn, 1999)
5. *Terapia Cognitiva* (Ward, Hudson, Johnston, & Marshall, 1997; Marshall, 1999)
6. *Sistemas de Apoyo*
7. *Empatía con la Víctima* (Blanchette, 1996; Cosyn, op. cit.; Marshall, op. cit.; Wilson, Stewart, Stirpe, Barrett, & Cripps, 2000)
8. *Tratamiento Biomédico* (Alexander & cols, 1993; Cordier y cols, 1996; Berlin, 1997; Dorosinsky, 1997; Rosler y Witzum, 1998; Weiss, 1999; Cosyn, op. cit.; Pfafflin, 1999)
9. *Tratamientos de Control y Seguimiento* (Wilson y cols., op. cit.; Cosyn, 1999)
10. *Tratamiento para el abuso de sustancias* (Wilson y cols., op. cit.)

A pesar de tal diversidad, uno de los modelos mejor sistematizado, es sin duda el diseñado por Marshall (op. cit.) que con 29 años de experiencia integra de manera notable el trabajo a realizarse con agresores sexuales.

Este trabajo terapéutico grupal para *Agresores Sexuales*, bajo los lineamientos cognitivo-conductuales, está centrado en dos áreas de atención, aquellas que están relacionadas directamente con la ofensa y las relacionadas con la *funcionalidad del Agresor*. Éstas integran una serie objetivos que no necesariamente han de ser incluidos en todos los casos, sino empleados de acuerdo a las necesidades individuales en cada Tratamiento.

Las relacionadas con la ofensa son:

1. *Negación y Minimización del Daño*. El objetivo es analizar en el ámbito grupal, todos los actos y justificantes que el agresor emplea para negar o minimizar el daño, es decir aquellas situaciones en las que el agresor: a) niega categóricamente su falta; b) minimiza la responsabilidad o la naturaleza de los efectos de la agresión; c) minimiza su iniciativa en el acto; d) emplea justificantes irracionales; e) minimiza la fuerza o violencia empleada; f) Minimiza su conducta intrusiva y/o la frecuencia de los abusos y g) niega daño en la persona.

El trabajo Grupal se centra en que cada agresor revele verbalmente al grupo en forma total, sus ataques, incluyendo sus propios pensamientos y sentimientos en el tiempo y forma en que los realizó, además de su interpretación de los sentimientos y conducta de su víctima. Los detalles de esta revelación son modificados por los miembros del grupo y por el terapeuta (quien toma nota), durante estos cambios iniciales en el grupo el terapeuta apoya presentado modelos y estilos de cambio. El *agresor* puede analizar la negación o la minimización de las causas pero no debe aceptarlas como válidas, el grupo monitorea los cambios del agresor hasta quedar completamente satisfecho de que éste ha comprendido sus actos.

2. *Percepciones Distorsionadas (Distorsiones Cognitivas)*. El objetivo es analizar la manera en que el *agresor* construye su propia explicación de la conducta y sentimientos de la víctima: típicamente, el *agresor* se ve como víctima, considerándose como la persona que fue "involucrada y provocada" sexualmente

para realizar la agresión. Estas distorsiones son evidentes durante los discursos de los *agresores* y pueden persistir a lo largo de todo el tratamiento, cuando así sucede se trabaja en forma grupal como se hizo en la etapa anterior.

3. *Empatía con la víctima.* El objetivo es determinar los problemas concernientes a la empatía, que se centran en una falta de comprensión del daño cometido a la víctima y una falta de remordimientos. Se trabaja bajo el modelo de empatía de 4 fases: 1. reconocer las emociones de los otros; 2. adoptar la perspectiva de la otra persona; 3. reproducir una emoción compatible; 4. tomar una acción para reducir el dolor (Hudson & Ward, 2000).

Siguiendo este modelo, cada *agresor* describe al grupo sus eventos dolorosos de su vida en el ámbito emocional y después cada miembro del grupo describe sus respuestas a la historia. En esta parte, se ayuda a reconocer las emociones en las propias víctimas y en otros. Lo que sigue es que cada *agresor* describa la experiencia del ataque, desde el punto de vista de la víctima. Esta descripción es modificada por el grupo. Finalmente, cada *agresor* escribe una carta hipotética hacia su víctima, delineando su o sus dolores y problemas resultado de la ofensa, la cual es leída al grupo, quienes aportan sus opiniones para ser modificada hasta la satisfacción; el *agresor*, entonces, escribe una respuesta comprensiva hacia la víctima, la cual es también supervisada y modificada por el grupo.

4. *Actitudes hacia la Ofensa y hacia la Víctima.* Se analizan las actitudes negativas hacia las mujeres y los niños y sus creencias generales hacia los delitos. Tales actitudes son evidentes al inicio del Tratamiento y paulatinamente van cambiando, sobre todo cuando se trabaja en el ámbito grupal acerca de los derechos de los demás y se les presentan puntos de vista pro sociales a fin de que estos adopten actitudes más igualitarias.
5. *Estilos de Interacción Personal.* Se trabaja con los estilos de interrelación (que para cada tipo de *agresor* son diferentes), solicitando a cada *agresor* que describa su más reciente relación para poder inferir sobre su estilo y las desventajas de esta forma de relacionarse; también se trabaja sobre las formas adecuadas de intimar y sus beneficios, así como los costos de otros estilos menos efectivos. Se discute con el grupo acerca de las relaciones sexuales, observando las formas de interrelación que permitan darles una mayor satisfacción en conductas socialmente aceptables. También se considera la naturaleza y valor de los celos y cómo estos puede exagerar la falta de confianza de los hombres. Finalmente, se les entrena en habilidades para intimar constructivamente, incluso, con ellos mismos.
6. *Fantasías Desviadas.* Se analizan aquellas relacionadas con la ofensa, aunque la mayoría son o tienen elementos de tipo sexual, también son consideradas las que su contenido es no sexual: las que tienen que ver con el poder y el control, las que expresan agresión y/o actos de humillación o degradación hacia pasadas o futuras víctimas. El trabajo grupal implica analizar las fantasías asociándolas con ensueños

masturbatorios y no masturbatorios, monitoreando su frecuencia y duración. Cada *agresor* indica si puede resistir esas fantasías o no, tales fantasías son consideradas por el grupo y puestas a discusión para determinar el rol que juegan en la ofensa. Una vez realizado lo anterior, se pueden emplear dos métodos: la sensibilización encubierta (asociando las fantasías desviadas con posibles consecuencias desafortunadas) y el condicionamiento masturbatorio (un procedimiento en que el *agresor* intenta acostumbrar el uso de fantasías apropiadas durante el orgasmo e inmediatamente después de éste). Como las fantasías son muy fuertes y difíciles de erradicar, generalmente se les administran antiandrógenos.

7. *Prevención de la Recaída*. Se describen los procedimientos para apoyar al *agresor* a mantener sus alcances dentro de la terapia; los componentes de la prevención de la recaída son trabajados en el ámbito grupal e incluyen: identificación del ciclo de la ofensa, especificación de los factores asociados (p.e. agresión, intoxicación, estrés, etcétera) y situaciones (p.e. Estar a solas con un niño, emborracharse) que incrementan el riesgo, generación de estrategias de afrontamiento para reducir el riesgo y establecer un plan de evitación o manejo en riesgos inesperados. Finalmente, el *agresor* hace una lista de las señales de peligro que sólo él puede observar (p.e. que regresen sus fantasías desviadas, deseos de alcoholizarse) o que otros observen, como su supervisor de libertad condicional, familia o amigos (p.e. pasar mucho tiempo con niños o que inexplicablemente quiera estar solo)

Programas similares se han adaptado en Australia, Nueva Zelanda, Inglaterra y Escocia (Marshall, 1999).

También deben tomarse en cuenta algunas *variables específicas* como: Patrón de conducta parafilica y de estimulación sexual desviada, la presencia de psicopatías, agresividad y hostilidad hacia las víctimas, los procesos de socialización, las relaciones interpersonales y el contexto social, los conocimientos, actitudes y valores sobre el sexo, las distorsiones cognitivas, el consumo de alcohol u otras drogas y los trastornos *psicopatológicos*.

El concepto de *reincidencia*, de acuerdo con Seto y Barbaree (1999), puede clasificarse como: *reincidencia no violenta*, *reincidencia violenta no sexual* y *reincidencia sexual*. Debe distinguirse entre la *Reincidencia General* que mide las reofensas de cualquier tipo y la *Reincidencia Seria* que mide una nueva violencia *no sexual o sexual*.

Hanson, y Harris (2000) realizaron un estudio en Canadá para conocer los *factores de riesgo* en agresores sexuales. Los datos fueron obtenidos de entrevistas a funcionarios de vigilancia y de la revisión de 208 archivos de *Agresores reincidentes* y 201 *Agresores no reincidentes*. Se dividieron 3 grupos uniformes de *violadores*, *abusadores sexuales de niños* y *abusadores sexuales de niñas*. Para los reincidentes, la información estaba integrada en dos periodos de tiempo: 6 meses (T1) y 1 mes (T2) antes de la reincidencia. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

1. Generalmente se consideraba que los reincidentes tenían apoyos sociales pobres.
2. Actitudes tolerantes hacia el ataque sexual.
3. Estilos de vida antisociales.
4. Estrategias pobres de autogestión.
5. Dificultades para cooperar con la vigilancia de la cárcel.
6. Mostraron enojo aumentado y dolor subjetivo antes de la reofensa.
7. Los reincidentes resultaron en un promedio de edad más joven (36.3 años) que los no reincidentes (39.1 años)
8. Más víctimas diversas en edad y/o género.
9. Más víctimas extrañas.
10. Más ofensas juveniles y parafilicas.
11. El 76% asistió a Tratamiento especializado.
12. Con historias familiares de abuso, descuido, separaciones prolongadas de los padres y relaciones negativas con sus madres.
13. Desempleados con mayor frecuencia.
14. Abuso de drogas y/o alcohol e incremento de éste antes de la reincidencia.
15. Con mayor probabilidad, socialmente anticonvencional en sus actividades sexuales (aunque no necesariamente ilegales): uso de prostitutas, masturbación excesiva, fantasías sexuales "desviadas".
16. Estilo de vida generalmente caótico, antisocial.

Kear-Colwell y Pollock (1997) proponen un modelo de **prevención de recaída** en el que el terapeuta promueve en el agresor una serie de habilidades que le doten de estrategias para prevenir la reincidencia, este modelo (considerado como un acto de voluntad) implica 3 fases de acción: la de liberación, la decisión y la ejecución. En la **deliberación** se ayuda al ofensor a través de análisis detallados de su historia, experiencias y personalidad, entender el porqué su sexualidad ha llegado a ser expresada de esa manera. Terapeuta y agresor emprenden un detallado examen de anteriores y recientes ofensas, analizando variables de personalidad, cognitivas, motivacionales, emocionales y conductuales, así como los factores circunstanciales y la "cadena de ofensa". En la fase de **decisión** el propósito principal es ayudar a los agresores a identificar y detectar los detonantes de su conducta agresiva. En la fase de **ejecución** se enseña al agresor a tomar una acción positiva para evitar el riesgo a través de métodos prácticos y específicos que reduzcan la probabilidad de presentar una conducta que fomente la cadena de ofensas.

Como se observa, los métodos y estrategias para el trabajo con agresores sexuales pueden ser muy variadas: éstas deberán estar acordes con los objetivos que se persiguen en cada caso. El trabajo terapéutico puede ser individual, grupal o comunitario de acuerdo a las necesidades particulares y a las posibilidades económicas, de organización e infraestructura de la localidad que se trate. La atención en donde se involucra la familia es muy escasa, aún cuando se han reportado avances positivos en su empleo; por ello, únicamente se hablará acerca de las experiencias en el trabajo Individual, Grupal y Comunitario.

## Trabajo Individual

En la búsqueda de estrategias que permitan conocer la dinámica del agresor sexual (su funcionalidad) se han buscado muchos caminos, uno de ellos es el conocimiento del *modus operandi* de los agresores como herramienta importante para el diseño de tratamientos específicos encaminados a su atención. Kaufman y Hilliker (1996) comentan que las actitudes y las creencias que tengan los profesionistas sobre el *modus operandi* también influyen significativamente en el diseño e implementación de los programas. Al conocer con mayor detalle las tácticas y los *patrones específicos* de conducta del agresor pueden implementarse estrategias concretas para prevenir su recaída y clarificar los estímulos y eventos que la provoquen y de esta manera interrumpir tempranamente el ciclo de agresión, generando con esto una menor peligrosidad en el individuo.

De los trabajos más completos relacionados con la *funcionalidad del Agresor*, está el desarrollado por Marshall (1999), que engloba los siguientes aspectos:

1. Abuso de Sustancias
2. Manejo de la Agresión
3. Solución de Problemas
4. Habilidades de Subsistencia
5. Desordenes Emocionales
6. Manejo de Estrés
7. Educación Sexual
8. Uso Constructivo del Tiempo Libre
9. Habilidades Sociales
10. Habilidades Familiares
11. Supervivientes de Abuso Sexual

La implementación depende de las necesidades detectadas por el terapeuta en cada uno de los individuos. En la medida que la Evaluación inicial lo demande se diseña el programa de tratamiento. los tiempos, recursos y características dependerán de lo existente en el contexto de trabajo. Con lo anterior, lo que sigue es el acercamiento terapéutico al agresor.

Uno de los mejores trabajos al respecto con abusadores sexuales es el de Kear-Colwell y Pollock (1997) quienes revisan las ventajas y problemas relativos a las dos aproximaciones de acercamiento terapéutico más usadas: la **motivacional** y la **confrontacional**. Las cuales se basan en la explicación de que la conducta sexual agresiva se ubica dentro de un proceso de reforzamientos positivos intermitentes -igual que un proceso adictivo- que se generan en el ambiente del abusador, en el cual es difícil ubicar las condiciones necesarias para considerar, comenzar y mantener un *cambio de su conducta ofensiva*. Estas *estrategias de acercamiento* se aplican a las fases del Modelo de Cambio, en el cual se considera la importancia que tiene la habilidad del terapeuta para facilitar el proceso de modificación en el individuo, en la medida que aprende a activar o instigar dicho cambio. Este modelo especifica una secuencia de fases en la que la persona debe de negociar un cambio estable en su conducta: tales fases avanzan de manera

progresiva dependiendo de la estrategia que utiliza el terapeuta, pero se ajustan más cuando se usa la intervención *motivacional*: éstas son:

| Fase                    | Conducta Característica  | Tarea del Terapeuta   |
|-------------------------|--|---|
| <i>Precontemplación</i> | No reconoce que tiene un problema, tampoco planea cambiar su conducta. Puede aparecer "defensivo", "desmotivado" o ambos   | Aumentar las dudas, crear disonancia. Analizar los riesgos-recompensa. Introducir la discrepancia   |
| <i>Contemplación</i>    | Comprende y reconoce la posibilidad de existencia del problema pero lo minimiza. Aparece una comprensión "tambaleante".  | Balancear las decisiones hacia un extremo. Evocar las razones al cambio en orden para reducir la disonancia. Fortalecer la confianza en el cambio como posibilidad. |
| <i>Preparación</i>      | Reconocer el problema y su significado. Pregunta lo que puede hacerse para cambiar. Aparece "Motivado", buscando ayuda.  | Ayuda al Agresor a determinar cual es el mejor curso para llegar al cambio.   |
| <i>Acción</i>           | Se adhiere al programa de acción. Se aplica activamente al programa.   | Ayuda al Agresor en sus logros hacia el cambio.   |
| <i>Mantenimiento</i>    | Sostiene los cambios a través de la aplicación de estrategias consistentes. Si los cambios se logran, entonces el programa puede concluirse.   | Ayuda al Agresor a identificar y utilizar estrategias para prevenir lapsos y recaídas (patrón de reofensa)  |
| <i>Recaída</i>          | "Resbalones" en los pensamientos desviados o en las fantasías de conducta sexual (lapsos) llevando esto a la conducta de ofensa (recaída). Se regresa al estado de precontemplación. | Ayudar al Agresor a reanudar el proceso de precontemplación, aunque se sienta estancado o desmoralizado. Refuerce los logros obtenidos                              |

Tabla 2. Fases del Modelo Terapéutico para trabajo individual con Agresores Sexuales. Basado en Kear-Colwell y Pollock (1997)

El *Acercamiento Confrontacional* se basa en la idea de que confrontar al agresor y las consecuencias de su conducta bajo un ambiente autoritario y, a veces, agresivo es sin duda una de las estrategias para iniciar el cambio en estas personas. El objetivo de tal estrategia es lograr la admisión de la culpa, la búsqueda de la verdad sobre los hechos de la ofensa y la aceptación por parte del abusador de que tiene un problema y de que necesita ser cambiado. Se asume que los agresores no tienen el control de su conducta y existen muy pocos reportes de sus ofensas y que su personalidad está llena de una constelación de defensas para minimizar, racionalizar o rechazar las acusaciones; esto le permite engañar a otros y a sí mismos respecto a la naturaleza y calidad de su conducta sexual.

La falta de motivación para cambiar en la estrategia confrontacional se entiende como una manifestación de estas "defensas" que necesitan ser desafiadas o enfrentadas para obtener la "rendición" del abusador para que admita o acepte su problema. Se intenta obligar al *agresor* a asumir una posición de vulnerabilidad, ineficacia y sumisión, que requiere ayuda. Deben aceptar la etiqueta de Abusador Sexual, admitir el daño que han hecho y reconocer la importancia de su problema. Uno de los objetivos perseguidos es el *desempoderamiento* del agresor al reducirle la capacidad para afrontar su situación y



fabricar sus propias decisiones, para lo cual está el terapeuta quien le apoya y le invita a cooperar en el tratamiento.

Cuando es empleada esta estrategia puede predecirse un patrón de emoción y conducta en el agresor cuando se le sugiere *que tiene un problema sexual*, su reacción de discordancia y resistencia le indican al terapeuta que el agresor está en la situación de "rechazo y desmotivación", lo que se interpreta como una señal clara de su *personalidad y patología*; a esta táctica se le conoce como la "Trampa de Confrontación-Rechazo".

Existen agresores que muestran una defensa más fuerte y enérgica de su posición, argumentando no tener ningún problema (Marshall, 1999; Mid-Valley Women's Crisis Service, 2001), lo que se conoce como *Reacción Psicológica basada en una defensa de argumento-resistencia*, ya que considera que los "ataques" son dirigidos a su autoimagen y a su autoestima lo que lo lleva a tomar una posición de autoprotección y seguridad que le impide reconocer la necesidad de cambio y lo lleva a negarse a cooperar con el terapeuta. Este sentimiento de rechazo y de falta de motivación ocurre cuando las personas se perciben como poseedoras de características indeseables o de identidad; puede llevar a una falta de empatía en la relación y perdiendo o reduciendo significativamente las posibilidades terapéuticas, estancando el tratamiento.

El *Acercamiento Confrontacional* es considerado a menudo como el único tratamiento adecuado para los abusadores sexuales, aunque existe poca literatura que lo respalde. En esta estrategia el terapeuta adopta al problema y el agresor se coloca en el lado opuesto; el costo para que el *agresor* reconozca su problema puede asociarse con daños en la autoestima del individuo y niveles altos de rechazo del tratamiento. Esta estrategia sirve para promover la organización de la fase de PRECONTEMPLACIÓN y para llegar a la fase de CONTEMPLACIÓN en un estado más motivado (Kear-Colwell & Pollock, 1997).

Por su parte el *Acercamiento Motivacional* está basada en la entrevista descrita originalmente por Molinero (1983; citado en Kear-Colwell & Pollock, op. cit.) y tiene como objetivo crear una atmósfera para el cambio, basándose en la empatía directa, la confianza comprensiva mutua y la aceptación en un esfuerzo por entender la construcción del mundo desde la perspectiva de los agresores. Al elaborar una exploración común de las metas se les anima y les permite involucrarse tomando responsabilidades en ese proceso: las responsabilidades son adquiridas por ellos mismos y no impuestas por el terapeuta, los cambios de comportamiento son opciones personales basadas en el análisis de riesgos y recompensas y de las ventajas y desventajas de su conducta.

La estrategia persuasiva fomenta un sentido de disonancia y ambivalencia psicológica sobre los premios y las consecuencias de la conducta ofensora y bajo un ambiente de motivación los agresores identifican su habilidad para generar el cambio potencial.

El *Acercamiento Motivador* proviene del campo de la conducta adictiva y aunque la conducta agresiva sexual no es necesariamente adictiva se retoma este modelo porque

sugiere métodos para inducir cognoscitiva y conductualmente al agresor, motivándolo en un área del comportamiento donde el cambio es difícil de lograr. Algunos puntos importantes a considerar en este método son los siguientes:

1. Las "etiquetas" son innecesarias y dañinas.
2. El potencial para el cambio es creado y reforzado, las metas del tratamiento y las estrategias de cambio en el cliente deben ser negociadas.
3. La resistencia se percibe como un resultado de cogniciones inconscientes que pueden ser dirigidas por el terapeuta hacia la reflexión, la exploración extensa y el reconocimiento de los miedos al cambio.
4. La motivación del agresor está definida por su adhesión a los planes del tratamiento, en los cuales ha estado de acuerdo.
5. El propósito principal es "autorizar" a los agresores a su propio proceso de cambio, responsabilizándolos directamente.
6. El proceso de cambio no es impuesto por el terapeuta, los agresores tienen la oportunidad para aumentar su *autoeficacia* y reducir su disonancia al definir ellos mismos las metas del tratamiento.

El propósito del *entrevistador motivacional* en el proceso terapéutico es esencialmente inducir a la disonancia cognoscitiva (que es la incomodidad psicológica debida a la situación), sobre la situación presente del *agresor*. Una manera de hacer lo anterior es cambiar las actitudes hacia su conducta ofensiva, que lo lleven a contemplar la posibilidad de cambio en su conducta sexual y agresiva. En esta estrategia se deben revisar las relaciones potenciales entre la cognición, la motivación y la emoción de los *agresores* (Kear-Colwell & Pollock, 1997).

De acuerdo con este modelo terapéutico, el método motivacional puede colocar sus avances hasta la fase de MANTENIMIENTO, pasando por la PREPARACIÓN y la ACCIÓN. Y Cuando es necesario, se trabaja en la RECAÍDA, para reiniciar el ciclo. El estudio de la sucesión de eventos permite enseñar a los agresores métodos prácticos personales que reduzcan la posibilidad de la *reofensa*. Dichas estrategias pueden combinarse con la entrevista *motivacional*, ya que hay evidencia de que este acercamiento promueve el mantenimiento del cambio en la conducta delictiva (Kear-Colwell & Pollock, op. cit.).

Respecto a la Prevención de la recaída, existen muchos trabajos notables, algunos retomando el modelo original de Pithers (1990; citado en Marshall, 1999) y otros diseñados desde su amplia experiencia con modelos multifacéticos que combinan *estrategias de autoeficacia, manejo personal, autocontrol y auto-volición*, las cuales pueden encontrarse en la *Aproximación Cognitivo-Conductual de Prevención de Recaídas* (Marshall & Pithers, 1994; Blanchette, 1996). En esta aproximación se ayuda al agresor a realizar un análisis detallado de su historia, sus experiencias y personalidad entendiendo el porqué su sexualidad ha llegado a ser expresada a través de una conducta violenta. Los principales puntos son los siguientes:

1. Se realiza (entre terapeuta y agresor) un detallado examen de ofensas recientes y anteriores.
2. Se analizan los ingredientes que contribuyeron a la ofensa en términos de variables de personalidad, cognoscitivas, emocionales, motivacionales y conductuales; estudiándose también los factores circunstanciales y "la cadena de ofensas".
3. El objetivo principal es ayudar a los agresores a identificar los "desencadenantes" dentro de ellos mismos o en el ambiente que los llevan a presentar una conducta ofensiva. Una vez identificados, desarrollar estrategias para prevenir la recaída.
4. Entrenar al agresor a identificar las "cadenas de recaída" para que las detenga y emprenda acciones positivas que eviten la agresión.

Otro trabajo importante por la manera en que esta estructurado el trabajo individual con agresores es el que se realiza en la República Checa, desde 1976. Se trabaja con *agresores sexuales* en departamentos especializados en su Tratamiento; el cual es impuesto por la corte bajo la recomendación de especialistas en Delinuentes con parafilias. Como regla, se debe continuar la terapia después de y haber cumplido su sentencia, en departamentos de sexualidad o psiquiátricos. Los objetivos terapéuticos son los siguientes: de acuerdo al *Modelo Checo De Tratamiento Para Lo Agresores Sexuales: ajuste conductual*. Donde se busca eliminar las conductas desadaptativas de los agresores para lleven a un estándar social de comportamiento; **información**. A los pacientes se les da suficiente información acerca de la sexualidad normal y anormal, se les educa en la forma de enfrentar los problemas relacionados con su conducta sexual (parafilias, alcoholismo, adicción a las drogas), al mismo tiempo se les enseñan los principios psicológicos de funcionalidad y *disfuncionalidad*; **Insigh**. Se diseñan estrategias para que el paciente pueda identificar sus actitudes hacia su problema de conducta sexual e identifique el sistema de defensas racionales que engloban las causas de su conducta sexual desviada: **control consciente**. Se les enseña a racionalizar la manera en que son controladas sus conductas a través de los reforzamientos sociales que él mismo crea para que, al final, asuma la responsabilidad de sus actos y de su conducta sexual; **actitudes**. Se trabajan con las actitudes deformadas de los agresores para eliminar su egocentrismo, individualismo y desinterés por los problemas de los demás, que lo lleven finalmente a aceptar su propia desviación y, por lo tanto, cambiar sus sentimientos y manera de ver la problemática; **adaptación sexual**. Se les enseña y estimula a los *agresores* para observar las distintas alternativas para atender sus necesidades sexuales (fantasías, actividades *autoeróticas*), que las satisfagan sin dañar a otros y dentro de un marco socialmente aceptable de conducta sexual: **integración social**. Se busca, en la medida que lo permita la condición legal del agresor, integrarlo a sus sistemas de relaciones interpersonales con su familia y personas cercanas (Weiss, 1999).

Los métodos del Tratamiento de acuerdo al modelo Checo incluyen:

1. *Evaluación*. Especializada para el diagnóstico del agresor sexual. El método más notable es la *Penile Plethysmography*, desarrollada desde 1950 por Kurt Freund en Praga.

2. *Departamentos Especializados en parafilias.* La especialización de terapias permite la reducción sustancial de periodos de hospitalización, junto con un declive en el número de recaídas.
3. *Psicoterapia:* Psicoterapias Flexibles que incluyan enfoques psicodinámicos y/o cognitivo-conductuales que permitan trabajar a nivel individual o grupal, puntos como la empatía hacia la víctima, el aprendizaje de habilidades sociales, aceptación de la culpa y el cambio conductual; se sugiere también el uso de técnicas psicoterapéuticas como: Psicodrama, *arteterapia*, terapia racional emotiva (TRE), entrenamiento físico y programas culturales.
4. *Farmacoterapia.* Centrada en la supresión hormonal basado en antiandrógenos; además, existe el dato de que a 84 pacientes se les ha realizado la intervención quirúrgica y está dirigida para los más peligrosos, con reincidencias continuas (sádicos sexuales, sádicos pedofílicos).
5. *Intervención Social.* A través de una serie de comprensivas intervenciones se busca dotar al agresor de un funcionamiento social aceptable que le permita reintegrarse en su entorno.

Otro ejemplo del trabajo individualizado es el que se lleva a cabo en el *Universitair Forensisch Centrum* (UFC) de la Universidad de Antwerp, Bélgica, donde se trabaja con abusadores sexuales diagnosticados de acuerdo a su parafilia –con base en el DSM IV- o con desórdenes de preferencia sexual –de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud-, incluye un programa de Tratamiento cognitivo-conductual de 6 fases para trabajo individual (Cosyns, 1999).

En la primera fase, denominada **Inducción y Aplicación del Contrato**, se admiten a los abusadores referidos por el sistema judicial, el de salud o por iniciativa propia, siempre y cuando acepten entrar al programa con la convicción de que presentan un problema de conducta sexual y de que aceptan la idea de que necesitan un tratamiento para ese problema, además de firmar el contrato-compromiso. En la segunda fase, de **Cláusula de Necesidades de Salvaguarda**, se especifican los peligros y compromisos que se adquieren durante el tratamiento, incluyendo la peligrosidad y el alto riesgo de la reincidencia del abusador y las responsabilidades de éste y del terapeuta. En la tercera fase, de **Diagnóstico Biopsicosocial y Criminológico**, se especifica la descripción psiquiátrica clásica de los disturbios y excesos conductuales, como pérdida de control, ansiedad, agresión, etcétera. En la cuarta fase, de **Motivación para el Tratamiento**, se busca elevar la motivación en el agresor para participar en el tratamiento, evaluando y modificando las distorsiones cognitivas. La quinta fase, de **Prevención de la Recaída**, se centra en el control conductual, definición de situaciones de alto riesgo y desarrollo de estrategias para la prevención de la recaída. La fase sexta, de **Prevención de la Recaída II**, se enfoca en la reducción de desequilibrios en los estilos de vida y en mejoras en la calidad de vida del abusador.

## Trabajo Grupal

El trabajo de *Psicoterapia Grupal* tomó gran auge en Canadá a principios de 1970, las aproximaciones para la evaluación y el tratamiento de agresiones sexuales eran una

derivación de la terapia *psicoanalítica o psicoterapia de grupo* y algunas limitadas formas de terapia conductual; con el crecimiento de la terapia conductual y sus aportes empíricos fueron generando poco a poco una comprensiva forma de ver los problemas de los *agresores sexuales*, creando así el desarrollo de programas multifacéticos que iban desde *tratamientos hormonales* hasta programas psicológicos propiamente dichos. En la actualidad, de acuerdo con Marshall (1999), los programas Cognitivo-Conductuales representan el futuro en el *tratamiento del agresor sexual*, ya que son los que han generado mejores resultados.

Los programas de tratamiento grupal cognitivo-conductuales varían en sus contenidos específicos; sin embargo, algunos temas comunes son: *prevención de la recaída, empatía, distorsiones cognitivas, preferencias sexuales desviadas, negación y minimización del daño, relaciones sociales, relaciones sociales e interpersonales y abuso de sustancias*.

En Bélgica e Inglaterra es implementada esta labor por medio del Centre de Recherche-Action en Sexuo-Criminologie (CRASC) y el estudio *Sexual Offender Treatment Evaluation Project (STEP)*, respectivamente. El CRASC abrió sus puertas desde 1986 y aunque tiene una orientación criminológica encaminada a atender a los agresores sexuales de su "desviación social", emplea la terapia grupal basada en los modelos norteamericanos y canadienses; el proceso inicia con una inducción individual en tres sesiones, donde se les evalúa y asigna terapia de grupo; los grupos son integrados por 8 y hasta 14 agresores. Los componentes del tratamiento son: 1. *Prevención de la recaída*, 2. *Entrenamiento del control de impulsos*, 3. *Modificación de las preferencias sexuales*, 4. *Entrenamiento de habilidades sociales*, 5. *Manejo del estrés*, 6. *Grupo psicodinámico*, donde se trabajan estilos de vida y mejoras en la calidad de vida. De acuerdo a las necesidades individuales, el 10% de la población está sometido al tratamiento con medicación *antiandrogénica* (Cosyns, 1999).

En el estudio STEP se reconocieron tres modelos principales de tratamiento de acuerdo a su duración (Fisher & Beech, 1999):

1. Días completos de atención durante 1 o 2 semanas.
2. Dos horas semanales por periodos de tiempo que iban de 8 semanas a 6 meses.
3. Asistencia semanal por dos horas, por periodos largos que van de un año a indefinido.

Con respecto al número de horas hay dos categorías principales:

- a) *Residencia a largo plazo*, en la que los agresores recibieron 15 horas por semana de terapia de grupo en aproximadamente 6 a 9 meses, con un porcentaje de 462 horas de Terapia.
- b) *Tratamiento a corto plazo* que ofrece entre 50 y 60 horas de tratamiento en promedio.

El *trabajo de grupo* incluye 7 u 8 miembros, el trabajar con ellos en grupo permite que sean ellos mismos medios eficaces para recibir el tratamiento por varias razones: Dentro del grupo el agresor sexual *reconoce su necesidad de cambiar públicamente*, la terapia de

grupo proporciona un contexto dentro del que socialmente se aceptan los valores y se refuerzan las interacciones sociales aceptables, los grupos permiten al agresor *confrontarse con sus patrones de pensamiento y conducta distorsionados* y el tratamiento de grupo proporciona un ambiente favorable para nuevas actitudes y conductas a ensayar. Otra de las ventajas del trabajo de grupo en oposición al trabajo individual es que reduce la probabilidad de que los terapeutas que dan la terapia entren en relaciones de choque con el agresor. La aproximación del tratamiento es cognitivo-conductual, con énfasis en las cuatro precondiciones del modelo de *Finkelhor del ciclo de la ofensa*.

El programa cubre las áreas específicamente cognoscitivas de la terapia tales como: habilitar a los agresores para que reestructuren los patrones de su pensamiento distorsionado que les llevan a realizar un acto sexual ilegal, elevar la empatía hacia la víctima y entender su conducta sexual abusiva y aumentar su conocimiento de las consecuencias a largo plazo de su agresión. El aspecto conductual de estos tratamientos puede dirigirse a reducir la excitación o las fantasías desviadas y puede enseñar habilidades necesarias para el desarrollo de relaciones apropiadas. Una de las técnicas para reducir la excitación y las fantasías desviadas es el *condicionamiento de la masturbación* y la *terapia aversiva* que incluye presentar olores o situaciones nocivas cuando se imagina un evento asociado con la fantasía (sensibilización encubierta). Estas técnicas deben de desarrollarse en diseños  $n=1$  y se utilizan para programas a largo plazo. Otro de los puntos para el trabajo con agresores es el entrenamiento formal de habilidades para la *prevención de recaídas*; sugiere un tratamiento comprensivo cognitivo-conductual, en el cual se enseñe al agresor a identificar las señales de peligro o situaciones de riesgo que le lleven a una reofensa, tales como *técnicas de afrontamiento, anulación y estrategias de escape* para tratar adecuadamente estas situaciones (Fisher & Beech, 1999). De estas intervenciones se han derivado resultados muy positivos en más de la mitad de los participantes: la admisión de sus agresiones y problemas sexuales, la disminución de pensamientos distorsionados y mejoramiento de su autoestima, Asertividad y habilidades de intimidad. Esto reduce el riesgo de reincidencia debido a la adquisición de habilidades apropiadas y autoconfianza para relacionarse con otros adultos (Marshall, 1989).

Del ambiente terapéutico depende en buena medida la efectividad del tratamiento; el éxito en el grupo favorece la cohesión, la organización y su guía, también se anima la expresión abierta de sentimientos, produciendo una sensación de *responsabilidad de grupo*, al tiempo que generaba una sensación de esperanza en los miembros (Beech & Fordham, 1997). Es importante reconocer que los procesos terapéuticos varían dependiendo del grupo, de la ofensa cometida, de sus problemas de personalidad y de la estrategia de intervención. Y debe buscarse que los agresores participen en el tratamiento por motivación propia, ya que esto hace que sean buenos candidatos para la psicoterapia (Pfafflin, 1999).

La terapia cognitivo-conductual a pesar de sus grandes frutos reportados en la atención a Agresores Sexuales, se ha encontrado que puede permite desarrollar en algunos de estos nuevas habilidades sociales que encaminan a la manipulación, la cual pueden emplear

para el acceso a nuevas víctimas, aumentando el riesgo de una reincidencia seria, dado que aprenden el *modus operandi* de la víctima (Seto & Babaree, 1999). Por esta razón, es de vital importancia efectuar una evaluación minuciosa y un diagnóstico confiable que permita integrar a los agresores en los programas de tratamiento adecuados (si es pertinente alojarlo en el trabajo grupal o no); en donde se empleen técnicas específicas para cada caso.

### Trabajo Comunitario

A partir de los 90's en algunos países como Inglaterra, Wales, Irlanda, Canadá y Australia se ha implementado el *trabajo comunitario* con Agresores Sexuales; no obstante el peligro que implica el manejo y supervisión de esta población, así como las complicaciones debido a que en dicha tarea están involucrados al menos tres sistemas gubernamentales: el judicial, de salud y de servicio social, se han obtenido buenos resultados. Las experiencias indican que la sexualidad de estos presenta una gran dificultad y un serio dilema para la supervisión profesional, ya que hay limitaciones de su vigilancia y control que ponen al agresor y a otros en riesgo, ya sea por su decisión o bien por los incidentes naturales; empero, es reconocido que el trabajo en comunidad provee de *oportunidades viables para cambiar la conducta en situaciones de alto riesgo* (la comunidad misma) y generar respuestas de enfrentamiento que pueden aplicarse en la vida real. También es en la comunidad donde pueden obtenerse algunos grados de compromiso para cambiar la conducta ofensiva; lo anterior ha sido registrado y mantenido con éxito (Kear-Colwell & Pollock, 1997).

El trabajo desarrollado en Inglaterra, Wales y el Norte de Irlanda en 1993 fue emprendido por 3 principales agencias gubernamentales: el servicio de libertad condicional, el servicio de salud y servicios sociales. En menor grado, un número de organizaciones caritativas de atención infantil como la *National Society for the Prevention of Cruelty to Children* (NSPCC) en estos estados se contemplaron 63 programas de *trabajo de grupo* de los cuales sólo 13 tenían alguna relación con la policía; eran generalmente uniformes ya que aprovechaban los recursos disponibles y su estrategia de intervención fue **cognitivo-conductual** con pequeños grupos de agresores y cortos periodos de tiempo de asesoría. El trabajo inicial fue de dos semanas, con reuniones diarias de sesiones prolongadas, las cuales se complementaban de reuniones semanales; en promedio, los agresores recibían 50 horas de intervención. En una revisión posterior Procter y Flaxington (1996; citado en Fisher & Beech, 1999) encontró que existía el doble de servicios asistenciales para agresores y que mucha de esta era realizada por especialistas en el área, en promedio el tratamiento era ahora de 81 horas, enfatizando en el trabajo con abusadores sexuales, violadores y Agresoras sexuales.

Wilson y cols. (2000) desarrollaron el denominado *Programa de Mantenimiento*, donde se realizó el trabajo con agresores sexuales evaluados de **bajo riesgo**, la terapia era individual o grupal de acuerdo a las necesidades; centrándose en la prevención de la recaída, la aceptación de la ofensa, el manejo de la violencia hacia las mujeres y el abuso de sustancias tóxicas. La terapia grupal era dirigida por el director del programa (psicólogo) e incluía dos fases: **grupo primario**, que se completaba cuando el agresor

presentaba avances significativos después de 2 ciclos de 12 semanas; y **grupo de largo plazo**, a donde ingresaban los agresores con mayores avances y la temática de trabajo se dirigía al aprendizaje de los riesgos en la comunidad y el entendimiento de sus ofensas y la forma en que impactaba su conducta sobre las víctimas y la comunidad.

Dichos autores realizaron el *Manejo de Agresores Sexuales basado en la comunidad*, en combinación con la supervisión de *Libertad Condicional* y el *Tratamiento para la Reducción de la Reincidencia* en Toronto, Canadá; de 107 agresores que participaron durante 3 años y 7 meses, las tasas de reincidencia fueron: 21% con una reofensa en general (delitos menores), el 10.3% con reofensas violentas y sólo el 3.7% con reofensas de tipo sexual. Estos datos mejoraron las expectativas del tratamiento reportados por Barbaree, Seto y Maric (1996) quienes observaron a los agresores en la comunidad durante 2.4 años, con una reincidencia de 6.3%, y los de Montiuk y Brown (1996), de 5.4% de reincidencia sexual, que realizaron observaciones por un mismo lapso. En el seguimiento realizado por Weiss (1999) de agresores sexuales durante 20 años (de 1976 a 1996), encontró una tasa de reincidencia en 953 pacientes de 17.1% en la República Checa. Datos similares fueron obtenidos en Estados Unidos por Hall (1995), quien reporta un 19% de reincidencia en agresores sexuales que se sometieron a tratamiento.

Montiuk, Belcourt y Bonta (1995) proponen como principios generales para el *manejo comunitario* con agresores de *alto riesgo*:

1. *La valoración y reevaluación del riesgo del agresor.* Se requiere de la validación periódica de la peligrosidad (alto y bajo riesgo) a través de la sentencia, ya que esto refleja la naturaleza dinámica del riesgo en la comunidad. Teóricamente, los agresores de alto riesgo requieren de la máxima supervisión en largos o indefinidos periodos de encarcelación.
2. *La especificación de factores relacionados directamente con la conducta criminal o delictiva, que apoyen la estructura de intervención.* Muchos de los programas no estaban dirigidos al trabajo de agresores sexuales porque no existían métodos adecuados para su manejo y mucho menos psicólogos comunitarios especializados en esto.
3. *El monitoreo apropiado de las actividades en la comunidad.* Para lo cual debe capacitarse a los encargados de la supervisión de libertad condicional en estrategias de supervisión, principios de la prevención de recaída y factores asociados con el patrón de la ofensa sexual.
4. *El apropiado intercambio de información entre los responsables del tratamiento y los supervisores de la libertad condicional.* Debe haber una adecuada comunicación entre el equipo responsable del programa, el sistema judicial, los coordinadores, psicólogos, supervisores, etcétera.

### Evaluación Final y Seguimiento

Como toda intervención, los programas especializados para Agresores Sexuales deben tener una *Evaluación Final y Seguimiento*, que permita reconocer los avances y deficiencias de estos, ya que una cosa es lo planeado y escrito y otra distinta lo que sucede



*in situ*; muchos de los logros hasta el momento se han generado gracias a que los expertos se han dado a la tarea de registrar sus hallazgos y documentarlos.

La efectividad del tratamiento puede ser medida a través de la clásica valoración pre y postratamiento; ya sea a nivel individual (estudios de caso) o bien de los progresos en las tasas de reincidencia de los Agresores Sexuales.

Ejemplo de ello es el estudio STEP (*Sexual Offender Treatment Evaluation Project*) una de las investigaciones institucionales que revisa los métodos más populares de Tratamiento usados en Inglaterra con agresores sexuales; sus objetivos son: a) Describir los contenidos de los programas; b) Identificar qué aspectos eran más efectivos dentro de los programas para producir el cambio; c) Examinar la forma en que afectaba el Tratamiento en los agresores; d) Hacer las recomendaciones para que los programas mejoraran su efectividad; e) Recolectar datos para un estudio de reincidencia a largo plazo (Fisher & Beech, 1999).

## Capítulo 4

# E nfermo vs. Delincuente

*Todo error sincero, merece respetuosa consideración*

J. I.

**L**os violadores y abusadores sexuales despiertan en la población un sentimiento de rechazo inmediato. La sociedad pide que sean sancionados de forma ejemplar (castrándolos e, inclusive, aplicándoles la pena de muerte). Estos agresores son estigmatizados socialmente de tal manera que dentro los centros penitenciarios son señalados por el resto de los reclusos, quienes se encargan de “vengar” a las ofendidas por propia mano convirtiéndolos en víctimas del delito cometido.

Un agresor sexual parece ser tan *degradante* como un homicida, se le niega el derecho a ser perdonado; sin embargo, los jueces se muestran muy indulgentes con ellos y les asignan penas muy cortas, ya de por sí insuficientes en la legislación. El abuso sexual como *debate emocional* para el público, brinda interés sólo en lo que respecta a la protección y seguridad de la sociedad y no al tratamiento de los agresores (Cosyns, 1999). Tal parece que es más sencillo *satanizar* al agresor que dedicar esfuerzos por atenderle Conor (1999).

El castigo carcelario por sí solo no previene reincidencias, ni elimina la conducta delictiva violenta ni la agresión, por ello el cuestionamiento obligado es si los agresores sexuales deben ser castigados o rehabilitados y de ser tratados ¿quién debe encargarse de proporcionarlo: el sistema penal-judicial, el sistema de salud del Estado o ambos?

Uno de los puntos a tomar en cuenta para considerar a un agresor sexual como enfermo o delincuente es el análisis de su historia personal que en la mayoría de ellos está vinculada con eventos violentos o traumáticos. Por ejemplo, en la investigación de Singer, Anglin, Song & Lunghofer (1995) con estudiantes de 14 a 19 se encontró una consistente y significativa asociación entre la exposición de actos violentos y *síntomas de trauma psicológico*, entre ellos la agresión; esta conclusión revela la necesidad de identificar y proveer servicios especializados para la atención específica de adolescentes que han sido expuestos a violencia, ya que muchos de ellos se supondría que podían convertirse en víctimas (revictimización) o victimarios de delitos graves como la agresión sexual o el homicidio.

En México, tanto los violadores como los abusadores sexuales son vistos como *delincuentes repugnantes* de las peores de las penas; legalmente son considerados como un delincuente más y deben cumplir su condena en un Centro de Readaptación Social (CERESO), en donde corren la misma suerte que el resto de los reclusos: realmente no son rehabilitados como se hace alusión en el propio nombre de dichas instituciones.

Es importante no perder de vista que la agresión cometida por estos delincuentes la preceden una serie de circunstancias (historia personal, estilo de vida, situación emocional, etcétera) que no pueden desaparecer con el simple hecho de recluirlos en la cárcel: al contrario, tales circunstancias pueden ser agudizadas a causa del mismo encarcelamiento.

Sin duda, los violadores y abusadores sexuales cometen un delito grave por el que deben cumplir con un castigo, de ahí la necesidad de crear leyes que protejan a las víctimas por encima de los victimarios, pero sin dejar de lado los derechos humanos de estos últimos.

En Estados Unidos la controversia de un violador sentenciado a 5 años de prisión, que un día antes de terminar su condena, el estado de Washington decidió trasladarlo a otra institución en donde podría pasar el resto de su vida por considerar probable su reincidencia (Richey, 2000), revela los vacíos en la legislación ya que de acuerdo a su

propias leyes, no puede consignarse dos veces por el mismo delito. Las autoridades políticas generalmente reaccionan legislativamente y las medidas orientadas al castigo son aplicadas, pero las medidas orientadas al tratamiento no lo son (Cosyns, 1999).

Por tanto, es necesario contemplar dentro de las leyes los mecanismos mediante los cuales el delincuente deberá cumplir con su castigo y dejar en claro las medidas que serán tomadas para su rehabilitación indiscutible, ya que hay que reconocer que cuando un agresor sexual concluye una condena y trata de reintegrarse socialmente, encuentra adversidades producto de su encarcelamiento. Al haber dañado sus círculos sociales, a menudo pierden su alojamiento y experimentan problemas de desempleo (debido a su registro delictivo); a estos problemas se ligan las características propias de los agresores como la falta de educación y sus pocas habilidades sociales, aumentando el peligro de una recaída, ya que al entrar a la subcultura delictiva de marginación y abuso de drogas (Weiss, 1999), entre otros factores negativos, pueden producir deterioros en el control y en su manejo comportamental obtenido en la terapia.

El trabajo con agresores sexuales es por definición de alto riesgo y debe poner en alerta a todos los involucrados en su atención; de los terapeutas que trabajan con estos existe el compromiso con su ética profesional y con la sociedad, por que, como lo dice Cosyns (op. cit.): *La privacidad del Cliente termina cuando inicia la privacidad del público*; lo que significa que aún cuando el terapeuta debe entregarse profesionalmente al trabajo con los agresores sexuales, no debe de pasar desapercibida cualquier señal (o revelación) de peligro que, dejando en segundo término la confidencialidad terapéutica deberá descubrir ante las autoridades correspondientes.

Debe considerarse que el agresor también sufre las consecuencias de su conducta violenta: desde el plano psicoterapéutico podemos decir que ésta no es más que una muestra de todas sus carencias personales (emociones, habilidades, morales, afectivas) y sociales. Al respecto, Pfafflin (1999) comenta que el agresor también debe ser considerado como una persona que necesita protección ante sus propios impulsos destructivos y que requiere apoyo en el desarrollo de su autoestima y dignidad.

Es importante mencionar que existen también agresores que cometen actos sexuales violentos a causa de algún desajuste de tipo psicológico (p.e. parafilicos como pedofílicos y sádicos o con retardo) o psiquiátrico (p. e. esquizofrenia) y que merecen atención especial; por ejemplo, Cosyns (op. cit.) considera que cuando los abusadores tienen un diagnóstico de pedofilia grave, debe considerarse un tratamiento específico y obligatorio, incluso una vez terminada su condena.

### 3.1 Propuestas de Intervención

Aunque *Abusadores* y *Violadores* comparten algunas características que los ubican como agresores sexuales a ambos, tienen diferencias bastante relevantes (ver capítulo 2) para considerar en su trabajo terapéutico; por ejemplo, los *abusadores* tienen problemas de

empatía con la víctima en tres de 4 aspectos del proceso: son capaces solamente de tomar la perspectiva del otro, pero son completamente incapaces de reconocer las emociones de otras personas, experimentar una apropiada respuesta emocional hacia la persona empatizada y generar una conducta adecuada. Por tal razón, no es conveniente trabajar la empatía al mismo nivel que con los *violadores*, ya que podría resultar contraproducente: el individuo puede emplear las habilidades empáticas como “herramientas” de manipulación en nuevas víctimas.

Para ello debe realizarse una exhaustiva evaluación que permita identificar las características particulares de cada uno, mediante la aplicación de entrevistas clínicas, revisión de expedientes (en el caso de estar, o haber estado, reclusos), valoraciones fisiológicas y la aplicación de pruebas psicométricas (de personalidad, habilidades sociales e inteligencia), para lo cual, deberá integrarse un equipo multidisciplinario de Psicólogos, Médicos y Trabajadores Sociales especializados en el área. Con esto, además se precisa reconocer la conducta sexual del agresor, así como su funcionamiento social, historia de vida, procesos cognitivos, personalidad, empleo de sustancias tóxicas, problemas físicos y conflictos que puedan estar relacionados directamente con la recaída.

En el trabajo terapéutico con agresores sexuales es necesario tomarse en cuenta algunos aspectos elementales, con el fin de clasificarlos en grupos homogéneos:

1. El tipo de agresión cometida (si fue violación o abuso sexual)
2. La edad del agresor (separar a los adolescentes de los adultos)
3. El estado psicoemocional del agresor y su gravedad (distinguir *parafilicos*, de los que no lo son: *esquizofrénicos*, con *retardo* u otros).

Esta propuesta para agresores sexuales obliga a no perder de vista los tres momentos fundamentales a considerar: *Evaluación Inicial*, *Tratamiento* y *Evaluación Final y Seguimiento*. En cada uno de los cuales deben de tomarse en cuenta los tres elementos para el Análisis Terapéutico de la Agresión Sexual: Agresor, Víctima y Terapeuta (Mendoza y Montoya, 1996). En este modelo el terapeuta sirve de gestor de la experiencia, utilizando el acercamiento *Motivacional* o *Confrontacional*, dependiendo de las características de agresor. El objetivo final es que la Intervención permita obtener resultados para todos los involucrados; para la víctima, una recuperación emocional más temprana; al agresor, la posibilidad de reintegrarse a su contexto; para el Terapeuta, los conocimientos y experiencia que permitan crecer en su especialización y; para el tratamiento mismo sus respectivas mejoras.

Para la *Evaluación Inicial* se sugiere llevar a cabo un trabajo exploratorio en el que puedan conocerse las actitudes, tanto de los agresores sexuales como de los profesionales relacionados (empleados en reclusorios, centro de atención a víctimas de violencia sexual y centros de atención a agresores) con respecto a la implementación del tratamiento terapéutico con violadores y abusadores sexuales (Ver Anexos 1 y 2). De igual forma, es conveniente conocer el riesgo y nivel de *prevención* que las personas poseen ante una agresión sexual (Ver Anexo 3).

Todo esto permitiría tener una visión global del problema y, con ello, diseñar mecanismos para la implementación del *Tratamiento* con agresores sexuales, acordes con las necesidades, y disposiciones de la población implicada; centrado en tres áreas de atención: las *relacionadas directamente con la ofensa*, las relacionadas con la *funcionalidad del agresor* y las vinculadas con su *compromiso con la víctima*.

La *Evaluación Final y Seguimiento*, debe analizar todos los hallazgos y resultados en cada uno de los involucrados (agresor, víctima, tratamiento y terapeuta).

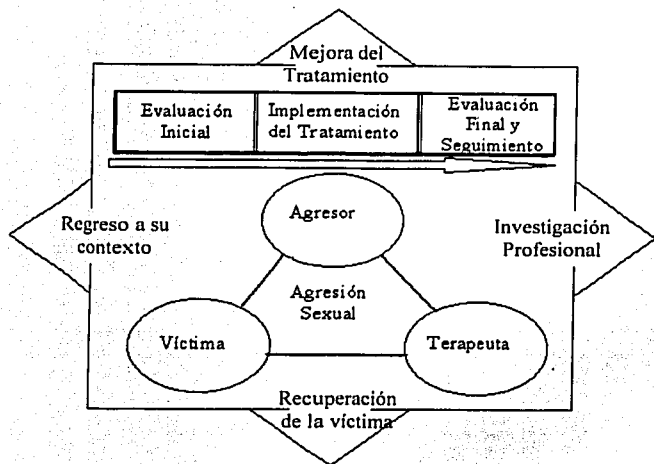


Figura 1. Esquema de la triada terapéutica

Las áreas de atención dividen para dos tipos de agresores: **abusadores sexuales** y **Violadores**. En cada uno de ellos se organizan los contenidos propuestos por orden jerárquico y en todos se sugiere el trabajo Grupal, con énfasis en el individualizado, sólo cuando la evaluación lo requiera. Tomando en consideración que, en términos generales, las necesidades de cada uno de los mencionados agresores son diferentes. En la tabla 1 se observan las semejanzas y diferencias que hay entre ellos.

| Abusadores Sexuales   | Violadores   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>** Frecuente ruptura de lazos afectivos con los padres</li> <li>** Alta probabilidad de ser Sobreviviente de Abuso Sexual</li> <li>** Poseen poca capacidad de calidez, compasión, confianza o ternura</li> <li>** Emocionalmente aislados</li> <li>** Carentes de autoconfianza</li> <li>** Baja asertividad</li> <li>** Pobre apreciación de la perspectiva de otros</li> <li>** Dificultades para tratar el dolor emocional</li> <li>** Distorsiones cognitivas más intensas y específicas</li> <li>** Empleo del sexo para evadir situaciones desagradables</li> <li>** Se muestran temerosos en el establecimiento de relaciones íntimas</li> <li>** Soledad, egocentrismo y agresividad y tendencia al abuso del alcohol</li> <li>** Carencia de relaciones sexuales o de una pareja adulta estable (aunque suelen estar casados)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>** Se identifica con sus padres menos que cualquier otro Agresor Sexual</li> <li>** Víctimas de abuso físico y probables Sobrevivientes de Abuso Sexual</li> <li>** Aprendizaje de la violencia a través de su historia familiar y social</li> <li>** Baja autoestima y capacidad de autocrítica</li> <li>** Ideas irracionales sobre el concepto de sí mismo</li> <li>** Colérico</li> <li>** Pobre información sobre sexualidad y desconocimiento de sus propias expresiones emocionales y psicológicas de tipo sexual</li> <li>** Déficit en sus relaciones heterosexuales e interpersonales, dependencia emocional y problemas de identidad sexual</li> <li>** Deficiencias en sus habilidades para resolver problemas</li> <li>** Distorsiones cognitivas</li> <li>** Percepción distorsionada de los roles sexuales, de los sentimientos de las mujeres y las relaciones sexuales</li> <li>** El alto estrés, altas demandas cognitivas y fuertes estados afectivos, vuelven más probable su agresión</li> <li>** Coloca a su víctima en una posición inferior y degradante para satisfacer su necesidad de dominio</li> <li>** Pobres habilidades sociales</li> <li>** Incapacidad empática</li> <li>** Actitudes negativas y antisociales</li> <li>** Sentimientos de rencor hacia las mujeres</li> </ul> |

Tabla 1. Características generales de abusadores sexuales y violadores

## Intervención y Tratamiento para Abusadores Sexuales

Tiene que considerarse que dadas las características específicas de los *abusadores* sexuales, sus motivaciones son distintas; de ello se desprenden las estrategias que deberán seguirse para su tratamiento, las cuales deberán centrarse básicamente en el fortalecimiento de habilidades que le permitan relacionarse efectivamente con personas de su edad y liberarse de su inmadurez afectiva, la elevación de su autoestima, educación sexual, habilidades sociales y de comunicación y asertividad. Los agresores de bajo riesgo, tales como incestuosos, requieren únicamente del trabajo de áreas específicas como: distorsiones cognitivas, empatía con la víctima, habilidades para intimar y prevención de la recaída; sólo algunos casos muy concretos requieren de tratamientos farmacológicos. La propuesta de trabajo está descrita en la tabla 2.

| Intervención Terapéutica para Abusadores Sexuales  |   |   |
|--|---|---|
| <i>Las relacionadas con la funcionalidad del agresor</i>   | <i>Las relacionadas con la ofensa</i>                                       | <i>Las relacionadas con la víctima</i>  |
| 1. Sobrevivencia al Abuso Sexual   | 1. Terapia Cognitiva. Percepciones Distorsionadas (Distorsiones Cognitivas) | 1. Análisis de Niños asintomáticos  |
| 2. Desordenes Emocionales  | 2. Negación y Minimización del Daño   | 2. Reestructuración de sus sentimientos: culpa, temor, desvalorización, odio, vergüenza, frustración. |
| 3. Solución de Problemas   | 3. Empatía con la víctima   | 3. Trabajo de mediación Familiar Víctima-agresor  |
| 4. Educación Sexual Aumento de la Competencia Sexual Mejora de las relaciones amorosas primarias | 4. Estilos de Interacción Personal  | 4. Problemas al dormir, pesadillas, temor.  |
| 5. Habilidades Familiares Sistemas de Apoyo  | 5. Actitudes hacia la Ofensa y hacia la Víctima (creencias y estereotipos)  | 5. Apoyo familiar   |
| 6. Habilidades Sociales  | 6. Fantasías Desviadas Control de Excitabilidad                             | 6. Terapia Racional Emotiva, Asertividad, Solución De Problemas y Autoestima                          |
| 7. Manejo de Estrés  | 7. Prevención de la Recaída Prevención de la Reincidencia.                  | 7. Terapia focalizada en el abuso y no en la víctima  |
| 8. Abuso de Alcohol  | 8. Tratamiento de Control y Seguimiento                                     | 8. Trabajo con los prejuicios sociales y el estigma   |
| 9. Uso Constructivo del Tiempo Libre   | 9. Tratamiento Biomédico  | 9. Entrenamiento para el Control  |
| 10. Manejo de la Agresión  |   |   |
| 11. Habilidades de Subsistencia  |   |   |

Tabla 2. Intervención Terapéutica para Abusadores Sexuales

### Intervención y Tratamiento para Violadores

La intervención para violadores deberá hacer hincapié en el entrenamiento de habilidades que le permitan diluir sus acciones antisociales (valores, roles sexuales, educación sexual) y experimentar relaciones sociosexuales satisfactorias (habilidades sociales, empatía y



asertividad). En la tabla 3 se describe la propuesta de intervención, contemplando cada una de las áreas sugeridas.

| Intervención Terapéutica para Violadores   |   |   |
|--|---|---|
| <i>Las relacionadas con la funcionalidad del agresor</i>   | <i>Las relacionadas con la ofensa</i>                                       | <i>Las relacionadas con la víctima</i>  |
| 1. Manejo de Estrés  | 1. Terapia Cognitiva. Percepciones Distorsionadas (Distorsiones Cognitivas) | 1. Trabajo con los prejuicios sociales y el estigma   |
| 2. Manejo de la Agresión   | 2. Negación y Minimización del Daño   | 2. Reestructuración de sus sentimientos: culpa, temor, desvalorización, odio, vergüenza, frustración. |
| 3. Habilidades de Subsistencia   | 3. Empatía con la víctima   | 3. Terapia focalizada en Violación y no en la víctima   |
| 4. Educación Sexual<br>Aumento de la Competencia Sexual<br>Mejora de las relaciones amorosas primarias | 4. Actitudes hacia la Ofensa y hacia la Víctima                             | 4. Problemas al dormir, pesadillas, temor.  |
| 5. Habilidades Familiares<br>Sistemas de Apoyo   | 5. Fantasías Desviadas Control de Excitabilidad                             | 5. Apoyo familiar   |
| 6. Habilidades Sociales  | 6. Estilos de Interacción Personal  | 6. Terapia Racional Emotiva, Asertividad, Solución de Problemas y Autoestima                          |
| 7. Desordenes Emocionales  | 7. Prevención de la Recaída<br>Prevención de la Reincidencia.               | 7. Entrenamiento para el Control  |
| 8. Solución de Problemas   | 8. Tratamientos de Control y Seguimiento                                    |   |
| 9. Abuso de Alcohol y Drogas   | 9. Tratamiento Biomédico  |   |
| 10. Uso Constructivo del Tiempo Libre  |   |   |
| 11. Supervivencia al Abuso Sexual  |   |   |

Tabla 3. Intervención Terapéutica para Violadores

Los psicólogos integrantes del equipo multidisciplinario para el trabajo con agresores sexuales deberán estar capacitados en intervención en crisis, manejo clínico de grupos, terapia individual y familiar, además de poseer conocimientos de la legislación sobre violencia sexual. Debe tener una amplia visión para el empleo de diversas técnicas psiterapéuticas, así como una amplia iniciativa y creatividad.

### 3.2 Conclusiones

Hay una creencia común de que si se sabe lo suficiente sobre el pasado de un individuo se puede predecir su futuro con gran exactitud, sin embargo, algunos clínicos consideran que la naturaleza heterogénea de los *agresores*, la población y la variedad de contextos en que ocurre la violencia hacen que los datos sean estáticos, por lo que sugieren que haya un acercamiento clínico más cualitativo que permita clasificar a los individuos (Grubin, 1997), con el afán de lograr clasificaciones que permitan prevenir el acto violento y, con ello, reducir al máximo el número de víctimas.

Porque no estamos en las condiciones de creer que la castración quirúrgica sea al 100% una alternativa eficaz para la atención de agresores sexuales (salvo contadas excepciones de voluntad propia), el suponer lo anterior, reduce por completo la visión acerca de lo que es la violación y lo que implica; se estaría encasillando a dicha agresión en el ámbito genital, dejándose de lado las verdaderas causas que lo generan. La *castración quirúrgica* no es, de ninguna manera, una alternativa eficaz en el tratamiento de los agresores sexuales, debido a que ésta sólo impide la procreación, no la agresión. Lo único que se puede conseguir con este tipo de procedimientos es contribuir para llenar al agresor de resentimientos y rencores, lo que alimentaría sin duda sus conductas agresivas, las cuales puede llevar a cabo valiéndose de instrumentos orgánicos o inorgánicos, propios o ajenos.

A pesar de que se han logrado cambios importantes en la legislación mexicana concernientes a los delitos de violación y abuso sexual (la más reciente en Septiembre de 1999), tanto en sanciones como en la descripción de los delitos, las leyes siguen siendo aún confusas, restrictivas y desacordes con la magnitud de los daños cometidos. Esto permite a muchos agresores evadirse de su responsabilidad legal, lo que desemboca en una creciente incidencia de agresiones sexuales a la sombra de la impunidad.

Aunque no es la única vía para dar solución a la agresión sexual, la modificación de las leyes pueden contribuir de manera significativa en su decremento. En Bélgica (Cosyns, 1999), por ejemplo, se observó una disminución anual considerable en abusos sexuales y violaciones a partir de una nueva definición legal de estos delitos. En contraste en Texas (EU) un juez ordenó que catorce ex convictos por agresiones sexuales no sólo pongan estos letreros frente a sus casas (*¡Peligro! Aquí vive un agresor sexual registrado, si nota algún comportamiento extraño, llame al teléfono...*) y calcomanías similares en sus autos, sino también que envíen cartas a sus vecinos contándoles que son corruptores de menores (Jaramillo, 2001). La intención es señalarlos públicamente como escarmiento por sus delitos. Las Leyes británicas, por su parte, han diseñado una disposición para que los agresores sexuales registren su dirección con autoridades locales; lo que ha originado

acoso y agresiones hacia ellos, después de que una gaceta publicó las listas con los nombres y direcciones. Muchos de los *agresores* sexuales, por sus múltiples faltas y delitos cometidos, son considerados como "delinquentes peligrosos" (*Dangerous Offenders*) de hecho este término existe en el código criminal canadiense; en un estudio realizado en 1995 por Montiuk y cols., con delinquentes de alto riesgo (*High-risk Offenders*), se confirmó que el 48% de los detenidos eran agresores sexuales. La designación de *delinquentes sexual peligroso* o **agresor sexual peligroso** tiene desde su punto de vista un estigma virtual que hace prácticamente imposible el retorno a su comunidad.

Dado el ambiente hostil comunitario hacia los agresores sexuales, la iglesia metodista considera que la situación actual no ayuda ni a los agresores ni a las víctimas, por lo que han emprendido un programa de trabajo con ofensores conocidos para integrarlos a la sociedad, realizando una labor conjunta con la policía local, funcionarios de libertad condicional y trabajadores sociales para dar asesoría a agresores sexuales (Christian Century, 2000).

Existe una preocupación creciente (sobre todo en países considerados *desarrollados*) para encontrar maneras eficaces de intervención con Agresores Sexuales, en respuesta al marcado aumento de casos oficialmente identificados. Sin embargo, las iniciativas en torno a este trabajo están en vías de desarrollo porque los esfuerzos están centrados en profesionistas particulares y no en instituciones (Fisher & Beech, 1999); Aunque algunas organizaciones reconocen la necesidad de desarrollar políticas en este sentido para que el trabajo se vuelva parte de la responsabilidad de una institución -de un proyecto de salud pública- y no sólo de la motivación individual de un profesional.

En México no ha sido considerado este tipo de trabajo; no hay rastro de algún interés institucional (ni gubernamental, ni civil) al respecto; del tema se sabe muy poco, las investigaciones son escasas y muy delimitadas (fruto de investigaciones para trabajo de tesis). Los estudios formales con proyección de relevante alcance sólo se conocen del trabajo extranjero, donde existe una nutrida labor sobre investigación y tratamiento de agresores sexuales. Se han creado institutos especializados en el ramo, por ejemplo la Asociación para el Tratamiento de Abusadores Sexuales (ATSA, por sus siglas en inglés) en Canadá, el Organismo Nacional para el Tratamiento de Abusadores (NOTA) en Inglaterra y, en Estados Unidos, Asociación Texana Contra el Asalto Sexual (TAASA) y la Coalición Californiana Contra el Asalto Sexual (CALCASA), por mencionar sólo algunas. Los costos implicados pueden ser una de las principales razones de la ausencia de trabajo institucional en esta área; sin embargo, es importante considerar que los gastos efectuados en el mantenimiento de los agresores sexuales en los centros penitenciarios son también altos, por ejemplo, al estado norteamericano le cuesta anualmente US\$2 055 528 000 (Conor, 1998); sobre todo si se considera una estancia larga y de reincidencia, consecuencias directamente relacionadas con la falta de intervención terapéutica especializada. De hecho, el gasto en tratamiento podrían ser menor considerando sus resultados a largo plazo; en Israel se contrasta el financiamiento entre el *mantenimiento*

anual de los agresores en prisión y la aplicación del Triptorelin que representaría sólo el 7.1% del gasto asignado al primero (Fishman, 1999).

Respecto a las *agresoras sexuales* (tema tampoco abordado en México), el tratamiento se encuentra en etapas exploratorias, la mayoría de los estudios son con agresores hombres; se ha encontrado que como ellas aceptan con mayor facilidad el ataque pueden participar más fácilmente en la terapia; y a diferencia de los hombres que tienden a "perdonarse" más pronto, las mujeres mantienen sus sentimientos de culpa y vergüenza por más tiempo, este enojo hacia ellas mismas les invade profundamente y puede prolongar su reestablecimiento emocional producto de la agresión sexual (Syed & Williams, 1996 y Blanchette, 1996). Sin embargo, aunque hace falta investigación al respecto, los pronósticos son prometedores.

Las investigaciones y tratamiento para *Agresores y Agresoras Sexuales* en nuestro país es urgente, para la implementación de estrategias terapéuticas acordes a cada uno de ellos(as). Este esfuerzo debe conjugarse con profesionales especializados e instituciones convencidas de la relevancia social de este trabajo, ya que se requieren de bastantes recursos humanos y materiales, tanto en las acciones de investigación como en las del proceso terapéutico.

El estado deberá entonces encargarse de capacitar a profesionales de la salud (psicólogos, médicos, trabajadores sociales) para prepararlos en tan arduo trabajo. Los Psicólogos deben jugar un papel importante en la evolución del tratamiento específico a agresores sexuales, buscando la fuerza en los cambios emocionales en la opinión pública, involucrando siempre a las autoridades de los Estados. Dichos profesionales tienen la obligación de proporcionar datos científicos para clarificar la forma de pensar respecto al tratamiento mencionado y ayudar en la racional toma de decisiones (Cosyns, 1999).

Además deben estar bien claros en sus actitudes, creencias y sentimientos respecto al tema, al agresor y a sus propias experiencias de abuso sexual en la infancia, como lo reportan Hilton y Jennings (1995), quienes indagaron acerca de tales experiencias en los profesionales encargados de la atención especializada con agresores sexuales, encontrando que el 32.7% había sufrido un abuso sexual infantil. En cuanto al impacto de la agresión sobre su trabajo, el 51.9% respondió que el abuso sexual en la infancia tenía un *efecto positivo* sobre su trabajo, ya que les permitía reconocer el ataque como una experiencia común, dejando atrás la culpa, lo que les permitía una mejor perspectiva de la conducta de su agresor y comprendía más a la víctima; también, se veía una influencia positiva en sus habilidades y motivación para trabajar con los agresores. Cuando se les preguntó si era aconsejable que las personas que habían sido *abusadas* debían de trabajar con agresores sexuales, el 33.3% respondió que sí, el 11.9% que no y el 54.7% dijo que bajo ciertas condiciones: haberse atendido o que pueda controlar sus reacciones emocionales (47.2%) o, en caso contrario, estar bajo un buen trabajo terapéutico (15.7%) o bien, que el abuso haya sido menor (7.5%).

El evitar obstáculos para reconocer un abuso sexual abre la posibilidad para aprender a manejar semejante experiencia, lo que permite efectuar un trabajo enriquecido (no frenado) por ésta. En México, existen una serie de centros especializados en la atención a víctimas de delitos sexuales; empero, el trabajo con agresores sexuales es inexistente e, incluso, hay un disgusto visible en las especialistas que atienden dichos centros, al cuestionárseles sobre el tema (Mendoza y col., 1996). Lo que sugiere la presencia de ciertas barreras de tipo personal que impiden al terapeuta reconocer que no sólo se tiene que atender a la víctima y analizar la situación de la ofensa, sino que también se necesita trabajar con el agresor sexual, si lo que se pretende es realmente combatir a la agresión sexual para lograr un efectivo decremento de incidencia.

Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de que los profesionales involucrados efectúen el ejercicio de autocritica y reflexión acerca de sus propias carencias, resultado de sus experiencias (que pudieron ser o no de abuso) y prejuicios.

Los Psicólogos deben estar completamente comprometidos en la labor con agresores sexuales, estar abiertos a la instrucción que los capacite para el trabajo especializado, ya que el tal entrenamiento es un buen pronóstico para el tratamiento de estos agresores (Pfafflin, 1999); en Alemania, por ejemplo, desde 1993 se entrenan psicólogos, médicos, trabajadores sociales y voluntarios en terapia conductual, psicoterapia basada en el cliente y psicoterapia psicodinámica. Ejemplo de esto es la NOTA, que fue conformada en Inglaterra a partir de la falta de participación profesional en el Tratamiento con Agresores Sexuales y a la desolada acción de practicantes con entrenamiento limitado y bajos recursos económicos. Los objetivos de NOTA giran en torno a mantener una red de multiagencias para el trabajo individual con Agresores Sexuales. Esta Asociación realiza actividades de entrenamiento profesional e investigación, además de producir una revista especializada en el tratamiento a agresores sexuales.

En México, es conveniente crear una *Asociación Mexicana Contra la Agresión Sexual* (AMCAS), que tenga como objetivo principal erradicar la violencia sexual en cualquier ámbito, a través de diversas actividades: investigación, capacitación profesional y comunitaria, tratamiento para Agresores, Asesoría a Instituciones Públicas y Privadas, apoyo de actividades de superación personal (culturales de recreación, etc) y difusión.

Experiencias en países extranjeros demuestran los beneficios del tratamiento terapéutico en agresores sexuales, de éstas se han podido dilucidar aciertos que han servido para avanzar en esta área. Algunas recomendaciones acerca de los programas de tratamiento son las siguientes:

1. Todos los Agresores deben ser evaluados antes, durante y después del Tratamiento para evitar posibles fallas en la evaluación, que puedan generar un diagnóstico equivocado del agresor.

2. El trabajo con los agresores de mayor peligrosidad (cuando las víctimas son hombres, intentos de asesinato o historia delictiva) debe ser de larga duración (sesiones prolongadas y frecuentes)
3. El trabajo terapéutico debe estar coordinado por Psicólogos especializados en el área de atención a agresores sexuales.
4. La atmósfera del grupo es una importante influencia de cambio en el *Tratamiento*. Por lo que se debe tener cuidado en el estilo de dirección útil y de apoyo.
5. Durante las sesiones grupales deben verificarse los líderes de grupo para asegurar que los Agresores comprendan los mensajes importantes de la terapia; teniendo precaución en no *sobrecontrolar* a tales líderes, debido a que eso provocaría un efecto perjudicial en el clima del grupo
6. Debe tenerse cuidado en la sincronización del trabajo sobre el desarrollo de la *empatía con la víctima*. Si esto es emprendido demasiado temprano en el Tratamiento, el efecto puede ser contra-terapéutico. En la fase temprana del Tratamiento, los Agresores pueden no haber comprendido las consecuencias de lo que han hecho y, como resultado, pueden ser más defensivos y culpar a la víctima como una estrategia de afrontamiento.
7. Es necesario trabajar con las creencias y estereotipos de los agresores sexuales en su tratamiento con el fin de prevenir la reincidencia.
8. Es importante mantener la motivación, tanto interna como externa en el trabajo terapéutico por parte de los agresores sexuales.
9. Contemplar en el plan de trabajo la **prevención de recaída**, en donde se le entrene al paciente a detectar sus propias señales para identificar el riesgo y generar una conducta apropiada para evitar la reincidencia.
10. En general, la terapia debe concentrarse en la promoción de características positivas y deseables del agresor sexual y no únicamente en la supresión de conductas indeseables

Los más grandes progresos reconocidos se han hecho dentro de la *prisión* y los servicios de libertad condicional, (Fisher & Beech, 1999), en donde se ha trabajado con los sentenciados (agresores sexuales) bajo la vigilancia penitenciaria o bien cumpliendo una sentencia de dos años. Los servicios para la atención de *Agresores sexuales Adolescentes* permanecen relativamente dispersos, en parte debido a una falta de valoración común entre la comunidad de especialistas. También hay muy poco trabajo con *Agresores sexuales, agresores sexuales de grupos étnicos minoritarios* (los más abandonados) y *Agresores con alguna necesidad especial* -dificultades de aprendizaje o problemas de salud mental-. Aunque hay limitaciones en la psicoterapia para los desviados sexuales

profundos, ésta puede ayudarles a algunos a desarrollar mejores habilidades sociales, a tener contacto con compañeros sexuales adultos más apropiados, a expresar sus necesidades y sentimientos de manera más aceptable, y a reducir su nivel general de ansiedad. Parte de este entrenamiento consiste en ayudarlos a aprender cómo llenar las partes no estructuradas de sus días, cuando sus pensamientos podrían volver a fantasías acerca de sus antiguas preferencias.

El éxito terapéutico depende en gran medida del desempeño profesional y de algunas otras consideraciones como que: los Agresores Sexuales mejor informados respecto a su sexualidad normal o anormal y sobre los problemas de tipo conductual y las disfunciones poseen mayores oportunidades de verbalizar su propio conflictos, entender las contrariedades de tratamiento y los efectos (por ejemplo, de los tratamientos hormonales o quirúrgicos); también pueden reconocer las señales de su propio desarrollo desviado y de sus propias limitantes, de sus actitudes y expectativas hacia el tratamiento; y que los resultados positivos de la terapia dependerán en buena parte de las redes de apoyo con las que cuenta el agresor, básicamente los lazos familiares y de pareja, así como un empleo.

Los agresores sexuales al *violentar* están cometiendo un grave delito, el cual debe ser castigado con severidad, dado que el daño ocasionado es enorme y muy difícil de superar en las víctimas. Empero, es preciso también que reciba tratamiento especializado que le permita no sólo reintegrarse a la sociedad, sino orientarse para superar sus deficiencias personales, las cuales lo han llevado a agredir; lo que reduciría en bajas tasas de reincidencia.

Si la sociedad tiene el derecho a ser protegida de los *agresores sexuales*, igualmente estos, por encima de todos los prejuicios, tienen el derecho a un tratamiento apropiado y eficaz; en el que la Psicología juega un papel vital.

# B Iblio hemerografía

La Búsqueda de sí mismo... es la búsqueda de todos...

J.M.A.

ABRACEN, J.; LOOMAN, J. & ANDERSON, D. (2000) *Alcohol and Drug Abuse in Sexual and Nonsexual Violent Offenders: Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 12(4), 263-274.

ALEXANDER, M.; GUNN, J.; COOK, D.; TAYLOR, P. & FINCH, J. (1993) *Controversies in treatment: Should asexual offender be Allowed castration: British Medical Journal*. 307 (6907).

ARESTI, L. (1999) *La Violencia Impune*. México: Fondo Cultural Albergues de México I.A.P.

BANDURA, A. (1984) *Modificación de conducta, análisis de la agresión y la delincuencia*. México: Trillas, 25-41 y 309-341.

BARBAREE, H., SETO, M. & MARIC, A. (1996) *Sex Offender Characteristics, Response to Treatment and Correctional Release Decisions at the Warkworth Sexual Behaviour*



- Clinic. Working Papers in Impulsivity Research Report. Toronto: Clarke Institute of Psychiatry.
- BEECH, A. & FORDHAM, A.** (1997). Therapeutic Climate of Sexual Offender Treatment Programs. Sexual Abuse. 9, 219-237
- BELL, K.** (1999) Female Offenders of Sexual Assault: Journal of Emergency Nursing. 25(3).
- BERLIN, F.** (1997) "Chemical Castration" for Sex Offenders: New England Journal Medical. 336(14).
- BISCHOF, GP, STIH, SM & WHITNEY, ML** (1995) Family Environments of Adolescent Sex Offenders and Other Juvenile Delinquents: Adolescence. 30(117)
- BLANCHE, P.** (1996) "Crece en México la violencia hacia mujeres indígenas y activistas: Al. La Jornada. Domingo 10 de Marzo. México, p.p. 1 y 12
- BLANCHETTE, K.** (1996) Sex Offender Assessment, Treatment and Recidivism: A Literature Review. Research Division Correctional Services Canada. Agosto. En Red: [www.csc-ccc.gc.ca](http://www.csc-ccc.gc.ca)
- BROWN MILLER, S.** (1987) Contra nuestra voluntad. Barcelona: Planeta
- BURGESS, A. W., DOWDELL, E. B. & BROWN, K.** (2000) The elderly rape victim: Stereotypes, perpetrators, and implications for practice. Journal of Emergency Nursing. 26(5), 516-518.
- CALDERON, G. J.** (1996) Fue sentenciado por secuestro y lesiones. Está libre bajo fianza. La jornada. Viernes 10. de marzo, México, 44
- CASHWELL, C. & CARUSO, M.** (1997) Adolescent Sex Offenders: Identification and Intervention Strategies. Journal of Mental Health Counseling. 19 (4).
- CAVANAUGH, S., MEYER, P., GEIS, A. & RAHE, R.** (1998) Psychological Sequelae Of Rape And Torture In The Former Yugoslavia. Psychosomatic Medicine. 60(1), 126-129.
- CHRISTIAN CENTURY** (2000) U.K Methodists Vow to Help Sex Offenders. Christian Century. 117 (29).
- CLEGHORN, J. y LOU, L. B.** (1993) Enfermedades Mentales. México: Manual Moderno
- CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL** (2001) México: Sista. 91-93
- CÓDIGO PENAL DEL ESTADO DE MÉXICO** (2001) Legislación Penal Procesal Para El Estado De México. México: Sista p.p. 101-103
- CONOR, D.** (1998) Sexual Crime. Current Opinion in Psychiatry. 11(6), 663-667
- COOPER, J. A.** (2001) Hostigamiento Sexual y Discriminación. Una guía para la investigación y resolución de casos en el ámbito laboral. México: Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.
- CORDIER, B.; THIBAUT, F.; KUHN, JM. & DENIKER, P.** (1996) Hormonal Treatments for Disorders of Sexual Conduct: Bulletin de l'Academie Nationale de Medicine. 180(3).
- COSYNS, P.** (1999) Treatment of Sexual Abusers in Belgium: Journal of Interpersonal Violence. 14(4), April
- DE RITUERTO, R.** (2000) Una ley obliga en EE UU a identificar en la Red a los delincuentes sexuales. La policía publica en Internet sus fotos, nombres y domicilio. El País Digital. Jueves 7 de Septiembre, Nº 1588. En Red: <http://www.lacasadejara.org/jara/cerd1.html>
- DEREZOTES, D.** (2000) Evaluation of Yoga and meditation Trainings With Adolescent Sex Offenders: Child and Adolescent Social Work Journal. 17(2).
- DOGRA, T. & BODKHA, P.** (1999) Sex oriented torture: an overview. Journal of the Indian Medical Association. 97(11), 450-456.
- DOROZYNSKI, A.** (1997) France Plans Compulsory Treatment of Sex Offenders: British Medical Journal. 314 (7078).
- DUPAGE COUNTY; GLOBAL POSITIONING SYSTEM** (2000) Satellites Track Sex Offenders: State Legislatures. 26 (5).
- ECHEBURUA, E. y GUERRICAECHUEVARRIA, C.** (2000) Abuso Sexual en la Infancia: Víctimas y Agresores. Un enfoque clínico. España: Ariel.
- FINKELHOR, D.** (1987) Abuso sexual al menor. México: Pax-Mex
- FINKELHOR, D. & BERLINER, L.** (1995) Research on the Treatment of Sexually Abused Children: A Review and Recommendations: Journal of the American Academy of Child & adolescent psychiatry. 34(11).
- FISHER, D. & BEECH, A.** (1999) Current Practice in Britain UIT Sexual Offenders: Journal of Interpersonal Violence. 14 (3), March
- FISHMAN, R.** (1999) Demand for Treatment of Sex Offenders in Israel: Lancet. 354(9185).
- FRENKEN, J.; GJIS, L. & VAN BEEK, D.** (1999) Sexual Offender Research and Treatment

- in the Netherlands: Journal of Interpersonal Violence. 14(4)
- GROTH, N. (1979) Men Who Rape: The Psychology of the Offender. New York: Plenum Publishing Corp. En Red: <http://www.ualr.edu/~dllauferswei/ci/types.pdf>
- GRUBIN, D. (1997) Predictors of Risk in Serious Sex Offenders: The British Journal of Psychiatry. 170(32).
- GUTIÉRREZ, R.; FLORES, H. Y GIBBONS, P. (2001) El Perfil Psicosocial del Agresor Sexual. Universidad Tecnológica de El Salvador. En Red <http://www.utec.edu.sv/campus/campus/htm>
- HALL, N. (1995) Sexual Offender Recidivism Revised: A Meta-analysis of recent treatment studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 63 (5), 802-809
- HALLIDAY-SUMNER, L. (1998) Sex Offenders In Canada: A Directory. En Red: <http://breakingthesilence.com/female.html>
- HANSON, R. & HARRIS, A. (2000) Where Should We Intervene?. Criminal Justice & Behavior. 27 (1).
- HAYES, L. (1998) Sex offenders are not always male. Counseling Today. The American Counseling Association. En Red: [www.counseling.org](http://www.counseling.org).
- HIGGS, D. & CANAVAN, M. (1992) Moving from defense to offense: the development of an adolescent female sex offender. Journal of Sex Research. 29 (1).
- HILTON, M. R. & MEZEY, G. C. (1996) Victims and Perpetrators of Child Sexual Abuse. The British Journal of Psychiatry. 169 (4), October, 408-421
- HILTON, N. & JENNINGS, K. (1995) childhood Sexual Abuse Among Clinicians Working With Sex Offenders: Journal of Interpersonal Violence. 10(4); December
- HUDSON, S. & WARD, T. (2000) interpersonal Competency in Sex Offenders: Behavior Modification. 24 (4), September
- HUNTER, J. (2000). Juvenile Sexual Homicide. FBI Law Enforcement Bulletin. 69(3), 1-7
- JARAMILLO, A. (2001) Juez Ordena Marcas Casca de Violadores. El Tiempo. Jueves 31 de Mayo. En Red: [http://eltiempo.terra.com.co/31-05-2001/inte\\_3.html](http://eltiempo.terra.com.co/31-05-2001/inte_3.html)
- KAUFMAN, K. & HILLIKER, D. (1996) Sexual Offenders' Modus Operandi. A Comparison of Structured Interview and Questionnaire Approaches: Journal of Interpersonal Violence. 11(1).
- KEAR-COLWELL, J. & POLLOCK, P. (1997) Motivation or Confrontation. Which Approach to the Child Sex Offender?: Criminal Justice & Behavior. 24(1).
- KENDALL-TACKETT, K., WILLIAMS, L., & FINKELHOR, D. (1993) Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. Psychological Bulletin. 113, 164-180.
- KLOPPER, A. (1970) "El fundamento fisiológico de la agresión". En: Carthy, J. y Ebling, F. Historia natural de la agresión. México: Nueva técnica, Nueva ciencia.
- KRAUS, A. (1997) "Violación: ¿Acceder o repeler?". La Jornada. Año 13, No. 4467, Miércoles 12 de Febrero, México. 1 y 16
- KVITKO, L.A. (1991) La violación.. Peritación medicolegal en las presuntas víctimas del delito. México: Trillas.
- LEFF, M. K., MD. (1995) The Juvenile Sex Offender: Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 34 (3).
- LEGANES, S. (2001) Perfil y Tratamiento de Delinquentes Sexuales en Prisión. En Red.
- LÓPEZ, G. G. (1999) "Bitácora de la Mujer. Violencia. Sentencia a Violadores de Tláhuac". Año 23, No. 197, Agosto, 35
- LOREDO, A.; REYNÉS, J. y MUÑOZ, J. (1994) Abuso Sexual. En: LOREDO, A. Maltrato al menor. (41-52) México: Interamericana.
- LORENZ, K. (1986) Sobre la agresión: el pretendido mal. México: Siglo XXI
- MARION COUNTY SHERIFF'S OFFICE (2001) Sex Offender Community Notification. A Strength in Our Community. Salem. Oregon. En Red: <http://www.open.org/~msheriff/#top>
- MARSHALL, WL (1999) Current Status of North American Assessment and Treatment Programs for Sexual Offenders: Journal of Interpersonal Violence. 14(3).
- MASTERS, W., JOHNSON, V. y KOLODNY, R. (1987) La sexualidad humana. Tomos I, II y III. Barcelona: Grijalbo
- MEGARGEE, E. y HOKANSON, J. (1976) Dinámica de la agresión. México: Trillas.
- MENDOZA, S. I., y MONTOYA, A. J. (1996) Instituciones Especializadas en Atención a Víctimas de Violencia: Experiencia y Disponibilidad para la Atención de Agresores Sexuales. Ponencia presentada en Primer Encuentro sobre Violencia Sexual y sus

- manifestaciones. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. Mayo 28 al 30.
- MID-VALLEY WOMEN'S CRISIS SERVICE (2001)** Rape and Assault. Information and Resources for Survivors and Their Supporters. Oregon. En Red: <http://www.mvws.com/pdf/rapeassault.pdf>
- MONTAGU, A. (1983)** La naturaleza de la agresividad humana. España: Alianza, Cap. 8.
- MOTIUK, L. & BROWN, S. (1996)** Factors Related to Recidivism Among Released Federal Sex Offenders. Research Report # R-49. Ottawa, ON' Research Division, Correctional Service of Canada. En Red: [www.cscsc.gc.ca](http://www.cscsc.gc.ca)
- MOTIUK, L., BELCOURT, R. & BONTA, J. (1995)** Managing High Risk offenders: A Post Detention Follow-Up. Research Report #R-39. Ottawa, ON: Research Division, Correctional Service of Canada. En Red: [www.csc-sc.gc.ca](http://www.csc-sc.gc.ca)
- O'FARRIL, T. C. (1996)** Las causas generadoras de la violencia en la familia. Material inédito de PREVIO. México
- OLAYO, R. (1997)** "Posible encubrimiento de la PGJDF a un violador". La Jornada. Año 14, No. 4710, Miércoles 15 de Octubre. México, 68 y 54
- PELUSO, E. & PUTNAM, N. (1996)** Case Study: Sexual Abuse of Boys by Females: Journal of the American Academy of Child & adolescent psychiatry. 35(1).
- PÉREZ, U. M. (1997)** "Claudia Rodríguez Salíó libre: pagó fianza de 14 mil pesos". La Jornada. Año 13, No. 4467, Miércoles 12 de Febrero, México, 14
- PFAFFLIN, F. (1999)** Issues, Incidence, and Treatment of Sexual Offenders in Germany: Journal of Interpersonal Violence. 14(4), April
- PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA, DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICA Y ESTADÍSTICA CRIMINAL (1998)** Denuncias de Delitos Sexuales. Enero a Marzo (Documento Inédito). México.
- PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL, SUBPROCURADURÍA JURÍDICA Y DE DERECHOS HUMANOS, DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICA Y ESTADÍSTICA CRIMINAL (1998)** Promedio Diario de Violaciones. De 1993 a noviembre de 1997 (Documento Inédito). México.
- RICHEY, W. (2000)** Court Confronts Issue of Treatment for Sex Offenders: Christian Science Monitor. 92 (236), October 30
- ROBLES, M. A. (1998)** Alternativa Terapéutica para Agresores Sexuales. Tesis de Mtra en Modif. de Conducta. México, ENPEI-UNAM
- ROBLES, M. A. (1998)** Análisis Estadístico del Servicio PIAV-UNAM de 1991 a 1997. (Presentación en Cartel) Noviembre. México: UNAM
- ROSLER, A. & WITZTUM, E. (1998)** Treatment of Men With Paraphilia with a Long-Acting Analogue of Gonadotropin Releasing Hormone: New England Journal Medical. 338(7).
- RYAN, G. (1999)** Treatment of Sexual Abusive Youth: Journal of Interpersonal violence. 14 (4).
- SETO, M. & BARBAREE, H. (1999)** Psychopathy, Treatment Behavior, and Sex Offender Recidivism: Journal of Interpersonal Violence. 14 (12).
- SINGER, M.; ANGLIN, T.; SONG, L. & LUNGHOFER, L. (1995)** Adolescents' Exposure to Violence and Associated Symptoms of Psychological Trauma: JAMA, The Journal of the American Medical Association. 273(6).
- SLAKIEU, K. (2001)** Intervención en crisis. México: Manual Moderno
- STERMAC, L. & COLS. (1996)** Sexual Assault of Adult Males: Journal of Interpersonal Violence. 11(1), March
- STORR, A. (1981)** La agresividad humana. Madrid: Alianza.
- SYED F. & WILLIAMS, S. (1996)** Case Studies of Female Sex Offenders in the Correctional Service of Canada. Ottawa: Correctional Service Canada. En Red: [www.csc-sc.gc.ca](http://www.csc-sc.gc.ca)
- THIBAUT, F., KUHN, J., CORDIER, B. & PETIT, M. (1998)** Hormone treatment of sex offenses: Encephale. 24(2), 132-139.
- TRUEBA, B. L. & TRUEBA, L. L. (1997)** ¡Proteja a sus Niños!. México: Promexa
- TRUJANO, R. P. (1992)** Violación y atribución de culpa. Tesis de Dr. en Psic. Barcelona, Fac. de Psic. U.A.B.
- TRUJANO, R. P. (1998)** Avances en la Investigación Psicológica sobre Violencia Sexual. La Ciencia en Iztacala (ciclo de conferencias). Febrero 27. México: UNAM-Campus Iztacala
- UAVIF (1999)** Valoración Estadística de la Atención en las UAVIF. Consejo para la

- Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el Distrito Federal: Informe Anual de Actividades 1998-1999. México
- VALLADARES, P. (1989) Algunas consideraciones metodológicas sobre los estudios de violación. Seminario sobre la participación de la mujer en la vida nacional. México: UNAM
- VALLADARES, P. (1993) Estudio epidemiológico de la violencia sexual. Tesis de Mtría. en Modif. de Conducta. México, ENEPI-UNAM
- VALZELLI, L. (1983) Psicobiología de la agresión y la violencia. España: Alhambra.
- WARD, T. HUDSON, SM, JOHNSTON, L. & MARSHALL, WL (1997) *Cognitive Distortions in sex offenders: an integrative: Clinical Psychology Review*. 17 (5).
- WEINE, S., BECKER, D., MCGLASHAN, T., LAUB, D., LAZROVE, S., VOJVODA, D. & HYMAN, L. (1995) *Psychiatric Consequences of "Ethnic Cleansing": Clinical Assessments and Trauma Testimonies of Newly Resettled Bosnian Refugees*. *American Journal of Psychiatry*. 152(4), 536-542
- WEISS, P. (1999) *Assessment and Treatment of Sex Offenders in the Czech Republic and Eastern Europe: Journal of Interpersonal Violence*. 14(4).
- WILSON, R., STEWART, L., STIRPE, T., BARRETT, M. & CRIPPS, J. (2000) *Community-Based Sex Offender Management: Combining Parole Supervision and Treatment to Reduce Recidivism(N1): Canadian Journal of Criminology*. 42(2).
- YLLÁN, B. (1998) I Foro Sobre la Asistencia y la Justicia a Víctimas de Violencia en el Distrito Federal. México, D.F.

# A nexos

Porque al final del camino, hay otro por recorrer...

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# A N E X O 1

## Cuestionario de actitudes para profesionistas

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

FOLIO: \_\_\_\_\_  
FECHA: / /2001

### CUESTIONARIO

**INSTRUCCIONES:** Por favor subraye o encierre en un círculo la opción que, considere, corresponde a **SU OPINIÓN PERSONAL**. No hay respuesta buenas o malas, lo que deseamos es que exprese **VERDADERAMENTE** su manera de actuar o pensar. No se detenga demasiado, si no desea o no puede contestar, siga adelante y regrese después. **!!GRACIAS!!**

**DATOS GENERALES:**

**Sexo:** 1) Femenino 2) Masculino  
3) Edad: \_\_\_\_\_ (anote por favor años cumplidos)

**Nivel Académico:**

4) Pasante (70% de créditos o más) 5) Licenciatura  
6) Diplomado o especialidad 7) Maestría  
8) Doctorado

**Especialidad:**

9) Clínica 10) Industrial  
11) Social 12) Educativa  
13) Otra, especifique \_\_\_\_\_

**Antigüedad profesional, dedicada a la atención a víctimas:**

14) Menos de 1 año 15) De 1 a 3 años  
16) De 4 a 6 años 17) De 7 a 9 años  
18) De 10 años o más

**Nombre de la institución en donde labora:**

19. Institución Gubernamental  
20. Organización No Gubernamental  
21. Centro de Readaptación Social

**PC) Actualmente brinda apoyo psicológico a personas que han sufrido algún tipo de violencia sexual?**

22) Si 23) No

**PC) Que tipo de intervención ocupa (la MAS frecuente):**

24) Individualizada 25) Familiar  
26) Grupal 27) Por teléfono  
28) Otra (anote cual) \_\_\_\_\_

**PC) Ha brindado apoyo psicológico a agresores sexuales?**

29) Si 30) No

**PC) Si su respuesta a la pregunta anterior fue SI, que tipo de intervención ha utilizado (con MAS frecuencia)?**

31) Individual 32) Familiar  
33) Grupal 34) Por teléfono  
35) Otra (anote cual) \_\_\_\_\_

**PC) Desde su personal punto de vista el agresor sexual, en primera instancia, debe ser:**

36) Castigado 37) Rehabilitado

**38.(APA-) El agresor sexual NO es un delincuente.**

|                        |            |                         |               |                           |
|------------------------|------------|-------------------------|---------------|---------------------------|
| Fuertemente de acuerdo | De acuerdo | Me es difícil decidirlo | En desacuerdo | Fuertemente en desacuerdo |
|------------------------|------------|-------------------------|---------------|---------------------------|

**39.(APA+) El agresor sexual es una persona psicológicamente enferma.**

|                        |            |                         |               |                           |
|------------------------|------------|-------------------------|---------------|---------------------------|
| Fuertemente de acuerdo | De acuerdo | Me es difícil decidirlo | En desacuerdo | Fuertemente en desacuerdo |
|------------------------|------------|-------------------------|---------------|---------------------------|

**40.(ASR+) El agresor sexual NO debe recibir un castigo especial dentro de la cárcel.**

|                        |            |                         |               |                           |
|------------------------|------------|-------------------------|---------------|---------------------------|
| Fuertemente de acuerdo | De acuerdo | Me es difícil decidirlo | En desacuerdo | Fuertemente en desacuerdo |
|------------------------|------------|-------------------------|---------------|---------------------------|

**41.(APT-) A todos los agresores sexuales se les debe otorgar un tratamiento psiquiátrico.**

|                        |            |                         |               |                           |
|------------------------|------------|-------------------------|---------------|---------------------------|
| Fuertemente de acuerdo | De acuerdo | Me es difícil decidirlo | En desacuerdo | Fuertemente en desacuerdo |
|------------------------|------------|-------------------------|---------------|---------------------------|

**42.(APT+) Deberían de existir centros especializados para el apoyo del agresor sexual.**

|                        |            |                         |               |                           |
|------------------------|------------|-------------------------|---------------|---------------------------|
| Fuertemente de acuerdo | De acuerdo | Me es difícil decidirlo | En desacuerdo | Fuertemente en desacuerdo |
|------------------------|------------|-------------------------|---------------|---------------------------|

- 43.(ASR-) Aquellos que se han encontrado culpables de algún delito sexual deberían ser sentenciados a más de 20 años de cárcel.  
Fuertemente De Me es difícil En Fuertemente  
de acuerdo acuerdo decidirlo desacuerdo en desacuerdo
- 44.(AAT+) Si un agresor sexual me solicitara apoyo psicológico, se lo daría.  
Fuertemente De Me es difícil En Fuertemente  
de acuerdo acuerdo decidirlo desacuerdo en desacuerdo
- 45.(APT+) Para su tratamiento, el agresor sexual debe ser considerado como un delincuente con problemas psicológicos.  
Fuertemente De Me es difícil En Fuertemente  
de acuerdo acuerdo decidirlo desacuerdo en desacuerdo
- 46.(APR-) El mejor escarmiento que puede recibir un agresor sexual es permanecer en prisión durante muchos años.  
Fuertemente De Me es difícil En Fuertemente  
de acuerdo acuerdo decidirlo desacuerdo en desacuerdo
- 47.(ASA-) Los agresores sexuales deberían ser castrados.  
Fuertemente De Me es difícil En Fuertemente  
de acuerdo acuerdo decidirlo desacuerdo en desacuerdo
- 48.(AAT+) Si se creara un centro de ayuda para agresores, yo participaría en él.  
Fuertemente De Me es difícil En Fuertemente  
de acuerdo acuerdo decidirlo desacuerdo en desacuerdo
- 49.(AAA-) Si tuviera la oportunidad, golpearía a un agresor sexual.  
Fuertemente De Me es difícil En Fuertemente  
de acuerdo acuerdo decidirlo desacuerdo en desacuerdo
- 50.(AAR+) Si estuviera en mis manos la posibilidad de aumentar los años de reclusión y castigo de un agresor sexual, **NO** lo haría.  
Fuertemente De Me es difícil En Fuertemente  
de acuerdo acuerdo decidirlo desacuerdo en desacuerdo
- 51.(AST-) El mejor tratamiento para el agresor sexual es perdonarlo y dejarlo libre.  
Fuertemente De Me es difícil En Fuertemente  
de acuerdo acuerdo decidirlo desacuerdo en desacuerdo
- 52.(ASA+) Al tener un agresor sexual frente a mí, lo primero que siento es que debo comprenderlo antes de odiarlo o sentir coraje hacia él.  
Fuertemente De Me es difícil En Fuertemente  
de acuerdo acuerdo decidirlo desacuerdo en desacuerdo
- 53.(AAR-) Si estuviera en mis manos la decisión, yo propondría **NO** recurrir al agresor sexual.  
Fuertemente De Me es difícil En Fuertemente  
de acuerdo acuerdo decidirlo desacuerdo en desacuerdo

**INSTRUCCIONES:** Por favor, conteste con sinceridad estas últimas preguntas; recuerde que no existen respuestas buenas o malas, lo importante es su valiosa opinión personal.

54.(PA) ¿Qué relevancia considera usted que tiene el brindar o no apoyo psicológico a los agresores sexuales?

55.(PA) ¿Qué tipo de intervención considera usted que es la adecuada para rehabilitar a los agresores sexuales?

56.(PA) Considera que los grupos de autoayuda son la mejor opción para los agresores sexuales o ¿Cree que deban crearse instituciones especializadas para la atención a estos?

COMENTARIOS:

!! MUCHAS GRACIAS !!

## ANEXO 2

### Cuestionario de actitudes para agresores sexuales

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

FOLIO:

FECHA: / / 2001

#### CUESTIONARIO

**INSTRUCCIONES:** Por favor subraye o encierre en un círculo la opción que, considere, corresponde a **SU OPINIÓN PERSONAL**. No hay respuesta buenas o malas, lo que deseamos es que exprese **VERDADERAMENTE** su manera de reaccionar o pensar. No se detenga demasiado, si no desea o no puede contestar, siga adelante y regrese después. Toda la información que usted nos proporcione es totalmente confidencial. **¡GRACIAS!**

**DATOS GENERALES:**

- Sexo:** 1) Femenino 2) Masculino  
3) Edad: \_\_\_\_\_ (anote por favor años cumplidos)
- Estado civil:** 4) Soltero 5) Casado  
6) Unión libre 7) Divorciado  
8) Viudo 9) Separado
- Nivel Académico:** 10) Sin primaria 11) Primaria incompleta  
12) Primaria terminada 13) Secundaria incompleta  
14) Secundaria terminada 15) Carrera técnica  
16) Bachillerato incompleto 17) Bachillerato terminado  
18) Estudios profesionales incompletos (Licenciatura)  
19) Estudios profesionales terminados (Licenciatura)  
20) Maestrías o doctorado

**Para esta pregunta, señale las opciones de acuerdo a su situación familiar actual:**

- 21) Con hijos 22) Con pareja.  
23) Con padre y madre 24) Con padre  
25) Con madre 26) Sin padre ni madre
- 27) Institución en donde se encuentra \_\_\_\_\_
- 28) Por cuál delito esta usted sentenciado o procesado? \_\_\_\_\_
- PC) ¿Acepta el delito? 29) Si 30) No
- PC) ¿Quién es el(la) agraviado(a)? 31) Hombre 32) Mujer  
33) Niño 34) Niña
- PC) Actualmente recibe apoyo psicológico por el delito de su sentencia o proceso?  
35) Si 36) No
- PC) Por parte de quién recibe apoyo?  
37) Abogado 38) Médico  
39) Carcelero 40) Psicólogo  
41) Trabajadora Social 42) Sacerdote  
43) Otro, anote quien \_\_\_\_\_
- PC) ¿Cómo es su tratamiento? 44) Individual 45) Familiar  
46) Grupal 47) Por teléfono  
48) Otra (anote cual) \_\_\_\_\_
- PC) De acuerdo a la situación en la que esta usted, cree que debe ser:  
49) castigado 50) Rehabilitado
- PC) ¿Cree usted que la persona que agrede sexualmente, debe entregar a la víctima la cantidad de dinero necesaria para que esta sea rehabilitada?  
51) Si 52) No
- PC) ¿Si le dieran la oportunidad de recibir apoyo psicológico, quien le gustaría que se lo diera?  
53) Una mujer 54) Un hombre  
55) Los dos



- 56.(APA+) El agresor sexual es un delincuente.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 57.(APA+) El agresor sexual es una persona psicológicamente enferma.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 58.(APA+) Deberían de existir centros especiales de apoyo al agresor sexual, en donde él pueda recibir un tratamiento psicológico.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 59.(APR-) Aquellos que se han encontrado culpables de algún delito sexual deberían ser liberados pagando una multa.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 60.(APR-) El mejor escarmiento que puede recibir un agresor sexual es permanecer en prisión durante mas de 20 años.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 61.(ASA-) Los agresores sexuales deberían ser castrados.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 62.(AAT+) Si se creara un centro de ayuda para agresores, yo asistiría a él.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 63.(AAV-) Si tuviera la oportunidad, golpearía a un agresor sexual.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 64.(AST+) El mejor tratamiento para el agresor sexual **NO** es perdonarlo ni dejarlo libre.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 65.(AAT+) Al tener un agresor sexual frente a mí, lo primero que siento es lástima, más que odio o coraje.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 66.(APV-) I. a persona que es agredida sexualmente es la única culpable de lo ocurrido.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 67.(AAV+) Si tuviera la oportunidad de ayudar a una persona que ha sido agredida sexualmente, lo haría.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 68.(ASV-) Al tener frente a mí a una persona que ha sido agredida sexualmente siento rencor y odio hacia ella.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 69.(ASR-) El agresor sexual **NO** debe recibir un castigo especial, dentro de la cárcel.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 70.(AAR+) Si yo conociera a algún agresor sexual, lo denunciaría para que lo encarcelaran.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 71.(AAV-) Nunca estaría dispuesto a darle mi apoyo a una persona que haya sido agredida sexualmente.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 72.(AST-) Los tratamientos psicológicos para los agresores sexuales me causan risa porque no sirven para nada.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo
- 73.(AAT-) Si me pidieran que asistiera a un tratamiento psicológico para agresores sexuales, no asistiría.  
 Fuertemente De En Fuertemente  
 de acuerdo acuerdo de decirlo desacuerdo en desacuerdo

**INSTRUCCIONES:** Por favor, conteste con sinceridad estas últimas preguntas; recuerde que no piden respuestas buenas o malas, lo importante es su valiosa opinión personal.

74.(PA)¿Qué opina acerca de tomar medicinas como tratamiento?

75.(PA)¿A qué cree, que se deba que una persona agreda sexualmente a otra?

76.(PA) ¿Considera que los grupos de autoayuda (como alcohólicos anónimos o neuróticos anónimos) son la mejor opción para los agresores sexuales o cree que deban crearse instituciones especializadas para la atención a éstos?

COMENTARIOS

!! MUCHAS GRACIAS !!

**ANEXO 3**  
**Cuestionario autoevaluativo del nivel de prevención personal**

## Autoevaluación

**Sexo M F Edad \_\_\_\_\_**

Contesta de manera honesta las siguientes preguntas; así, obtendrás tu nivel de prevención.

| Reactivos   | Si | No lo sé<br>Tal Vez<br>A veces | No |
|---|----|--------------------------------|----|
| 1. ¿Los hombres y las mujeres con quien convives saben muy poco sobre sexualidad?             |    |                                |    |
| 2. ¿Siempre Recorres la misma ruta para llegar e irte a la escuela, trabajo u otra actividad? |    |                                |    |
| 3. ¿Conoces los derechos universales de la mujer?   |    |                                |    |
| 4. ¿Te han hostigado jefes, maestros o alguna otra autoridad?                                 |    |                                |    |
| 5. ¿Te atreverías a denunciar un abuso o violación ocurrido dentro de tu familia?             |    |                                |    |
| 6. ¿Crees que los hombres y las mujeres deben tener los mismos derechos?                      |    |                                |    |
| 7. ¿Alguna de tus parejas han sido maltratadas en su infancia?                                |    |                                |    |
| 8. Si has tenido relaciones sexuales ¿Las has hecho bajo algún condicionante?                 |    |                                |    |
| 9. ¿Estarías de acuerdo en que se le proporcionara Apoyo Psicológico a un violador?           |    |                                |    |
| 10. ¿Haces valer tus decisiones ante los demás?   |    |                                |    |

### Evaluación Preventiva

Si contestaste **NO** a las preguntas 1, 2, 4, 7 y 8 y

**SI** a las preguntas 3, 5, 6, 9 y 10.

**¡FELICIDADES! ERES UNA PERSONA CON UNA ACTITUD Y CONDUCTA PREVENTIVA!**

Si tuviste algún otro resultado, por favor, tómallo en cuenta a partir de hoy, ¡**PROTÉGETE Y PONTE A SALVO!**

Psic. Ma. Isabel Mendoza Santana  
[starmedia@latinmail.com](mailto:starmedia@latinmail.com)

Autoevaluación aplicada en el *Día Estudiantil de la NO Violencia Sexual*, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Octubre 5 de 2000.



"El progreso empieza con la  
creencia en que lo necesario es  
posible"

Norman Cousins

MA. ISABEL MENDOZA SANTANA  
*lebasim@starmedia.com*  
*Intervención Psicológica para Agresores Sexuales*  
México, Noviembre de 2001

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

84