



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA.**

---

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y  
PSICOPATOLÓGICAS DE LOS AGRESORES SEXUALES  
A MENORES.**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :**

**GÓMEZ CASTREJÓN ADRIANA.**

**DIRECTORA: LIC. LIDIA DÍAZ SAN JUAN.**

**REVISORA: LIC. AIDA ARACELI MENDOZA IBARROLA.**

**ASESOR METODOLÓGICO: DR. ALBERTO J. CÓRDOVA ALCARÁZ.**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, 2012.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

### *A mi papá.*

*Gracias por todo lo que nos has dado, por ser el mejor ejemplo a seguir, por ser un papá trabajador, perseverante y con metas en la vida. Gracias por cada viaje y por cada momento en familia.*

### *A mi mamá.*

*Gracias porque has guiado mis pasos y me has dado en todo momento tu amor y apoyo incondicional. Eres una mamá excepcional, ¿sabes? eres el mejor regalo que Dios me ha concedido.*

### *A mis hermanas*

*Porque han colmado mi vida de felicidad y alegría, porque hemos compartido momentos inolvidables. Gracias por estar siempre conmigo y hacer de mi vida un viaje extraordinario a **Cecy** por cuidarme y compartir recuerdos de la infancia, **Eira** por pintar el mundo de rosa y darle un toque especial a mi vida. **Ana Maria** porque me encanta estar contigo y conversar de la vida.*

### *A mis amig@s*

*Porque los quiero de una forma única y alocada:*

*Sel por acompañarme en mis días soleados y mis días nublados, Lily por nuestras interminables pláticas y travesías, Cony por escuchar mis locuras, Kary por hacerme reír de las cosas simples de la vida.*

*A mi querido Santi por coincidir en el camino, por los buenos recuerdos que perduran y por tu adorable carisma.*

*A Jesús por creer en mí, por hacerme pensar y recordar que todo es posible para mí.*

### *Al equipo Fray*

*Gracias por hacer de aquellos días un recuerdo inolvidable, pero sobretodo porque nada humano nos es ajeno y a partir de esa experiencia se abrieron nuevos horizontes y compromisos profesionales (Are, Alma, Eliza, Pam, Diego, May, Yvonne, y Jesús ¡gracias!).*

### *A mi directora de tesis*

*Gracias Lidia por la paciencia, la dirección y el apoyo en la realización de este trabajo, por orientarme y darme ánimo a uno de mis mayores logros, gracias por ser una gran persona.*

*Quiero agradecer mi revisora de tesis la maestra **Araceli Mendoza** por su apoyo, consejos y ánimo para la realización de este trabajo así como al maestro **Alberto Córdova** por su asesoría, paciencia y sinceros consejos que me ha brindado.*

*Agradezco a la Maestra **Laura Somarriba** y a la maestra **Damariz García** por sus atinadas correcciones, por su tiempo, paciencia y el apoyo brindado ¡Gracias!*

*Finalmente quiero agradecer a los psicólogos (**Bere, Maricruz y Victor**) por darme la oportunidad de crecer profesional y humanamente, gracias por su orientación, experiencia y por el apoyo que me brindaron en el Centro Preventivo y de Readaptación Social, Chalco.*

*... en la vida he tenido pocas certezas y muchas dudas; hoy puedo decir con total certeza que solo con pasión, esfuerzo y perseverancia se pueden construir y alcanzar sueños.*

*Creo que la vida es un largo camino que hay que recorrer; no es fácil, pero depende de nosotros mismos enfrentar las adversidades, tener valor y coraje para sobrepasar las noches oscuras e inciertas que pueden atenuar nuestra voluntad... la vida es lo que nosotros queremos que sea y para mí la vida es - una travesía- donde cada día, tenemos la oportunidad de vivir, conocer, aprender y decidir el camino que queremos recorrer.*

*Hoy doy gracias por navegar en esta travesía, por este mi viaje, por este nuestro tiempo, por encontrar esas tierras lejanas que un día quise explorar y porque quedan otras a las cuales llegar... porque mientras nos quede tiempo nos queda posibilidad...*

*Pero, sobre todo porque los llevo siempre conmigo...*

*Con amor Adriana.*

# INDICE

Resumen

INTRODUCCIÓN

## Capítulo 1. DELITOS SEXUALES A MENORES

1.1 Definición .....	13
1.2 Prevalencia.....	16
1.3 Aspectos Jurídicos.....	20

## Capítulo 2. EL AGRESOR SEXUAL DE MENORES

2.1 ¿Quién es el agresor sexual de menores? .....	24
2.2 Tipología del agresor sexual infantil .....	28
2.3 Características psicopatológicas de los agresores sexuales a menores .....	31
2.4 Factores causales	
2.4.1 Factores biológicos. ....	36
2.4.2 Factores psicológicos.....	39
2.4.3 Factores socioculturales .....	41
2.5 Tratamiento .....	43

## Capítulo 3. METODOLOGÍA

3.1 Justificación.....	47
3.2 Pregunta de investigación .....	49
3.3 Tipo de estudio y/o diseño .....	49

3.4 Participantes .....	49
3.5 Instrumentos .....	50
3.6 Materiales .....	52
3.7 Procedimiento .....	52

#### **Capítulo4. ANALISIS DE RESULTADOS**

4.1 Análisis descriptivo de los datos sociodemográficos. ....	53
4.2 Análisis descriptivo de los datos criminológicos .....	56
4.3 Área intelectual.....	58
4.4 Análisis descriptivo del MMPI-2 .....	59
4.5 Análisis correlacional de los síntomas psicopatológicos del MMPI-2 .....	66
4.6 Análisis correlacional del MMPI-2 con el Test de Frases Incompletas de Sacks .....	76

#### **DISCUSIÓN**

#### **CONCLUSIONES**

#### **REFERENCIAS**

#### **ANEXOS**



## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resultados del MMPI-2.....	65
Tabla 2. Correlaciones de escala básica con escala de contenido del MMPI-2.....	68
Tabla 3. Correlaciones de escala básica con escala suplementaria del MMPI-2.....	71
Tabla 4. Correlaciones de escala suplementaria con escala de contenido del MMPI-2 .....	75
Tabla 5. Correlaciones entre las áreas del Test de frases incompletas y el MMPI-2 .....	77

## **Resumen.**

Se realizó una investigación exploratoria, descriptiva y correlacional para determinar cuáles son las características sociodemográficas, criminológicas y síntomas psicopatológicos de 8 hombres sentenciados por delito contra la libertad sexual, específicamente por delito de violación; los participantes tenían un rango de edad de 20 a 55 años y cumplían su sentencia en el Centro Preventivo y Readaptación Social Chalco, Estado de México.

A todos ellos se les realizó una entrevista individual y se les administró la prueba de Matrices Progresivas para determinar Coeficiente Intelectual, se les aplicó el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota MMPI-2 y el Test de Frases Incompletas Sacks.

El análisis de resultados comprende el análisis descriptivo de los datos sociodemográficos, criminológicos y síntomas psicopatológicos del MMPI-2, así como también se analiza las relaciones de concomitancia entre los síntomas psicopatológicos del MMPI-2 y las áreas del Test de Frases Incompletas Sacks.

Los resultados indican que los agresores sexuales de menores presentaron serias perturbaciones en el área de familia, sexo, relaciones interpersonales y concepto de sí mismo, así como múltiples correlaciones que oscilan de .75 y .90 en la escala de paranoia, psicastenia, ansiedad, miedo, problemas de salud, fuerza del Yo, depresión, baja autoestima, desajuste profesional, problemas familiares, hostilidad reprimida, género femenino, introversión social, desorden por estrés postraumático.

## **INTRODUCCIÓN.**

A lo largo de la historia de la humanidad han existido en los diferentes contextos socio culturales un sin número de conductas de agresión sexual, aunque en algunas sociedades se ha castigado con ímpetu este tipo de delitos, en otras sociedades y culturas la violación no es un delito y es frecuente la violencia sexual contra mujeres y niños como una forma de poder, dominio y control social.

Si bien es cierto que los delitos sexuales pueden ser muy variados y darse en circunstancias muy distintas; definitivamente el daño que ocasionan a la víctima física y psicológicamente puede ser devastador y los síntomas pueden manifestarse tanto a corto como a largo plazo.

Hoy en día, existen diferentes estudios enfocados a las consecuencias psicológicas relacionadas con la experiencia del abuso sexual infantil; encontrándose que las víctimas de abuso sexual infantil presentan mayores síntomas y trastornos psiquiátricos en la edad adulta (Pereda, Gallardo-Pujol y Jiménez, 2011).

Lamentablemente, en México son pocos los estudios realizados en torno al abuso sexual infantil ya que muchos de los abusos no son denunciados ni por la víctima ni por los testigos debido a que los agresores provienen del mismo contexto familiar.

Finkelhor (1979) describió que las personas que abusan sexualmente de los niños son con mayor frecuencia amigos y miembros de la familia de la víctima, por lo mismo es frecuente que se aprovechen en varias ocasiones de ellos. El abuso puede ir desde tocamiento, masturbación hasta la violación que muchas veces puede ir acompañado

de un impulso hostil, coercitivo o sádico; aumentando la gravedad cuando los episodios son reiterativos e inclusive pueden prolongarse por meses o por años.

Hasta ahora, se han realizado diversas investigaciones en torno al abuso sexual infantil, al tratamiento de las víctimas y a la prevención de los delitos sexuales; sin embargo, existen pocas investigaciones acerca de los factores psicológicos y sociales que influyen en el agresor sexual para la consecución de sus actos.

Ya que los delitos sexuales son un fenómeno complejo que afecta tanto a hombres como mujeres; afecta a todas las clases socioeconómicas y a todos los grupos de edad inclusive a los niños, no es tarea fácil comprender cuales son los factores individuales, familiares y sociales que motivan al agresor sexual.

Por eso, el propósito de nuestro estudio es identificar las características sociodemográficas y criminológicas así como los síntomas psicopatológicos que se asocian a la conducta de los agresores sexuales de menores que se encuentran sentenciados en el Centro de Prevención y Readaptación Social de Chalco, Estado de México.

Una de las razones de porque es importante detectar y atender los factores que contribuyen a la agresión sexual es porque a medida que se tenga mayor conocimiento, más eficaz será el tratamiento y menor será la probabilidad de conducta de los agresores sexuales para que reincidan.

Además los resultados obtenidos pretenden brindar un acercamiento a esta área de la psicología con el fin de crear programas especializados para los agresores sexuales

de menores así como programas enfocados a reducir los síntomas psicopatológicos de los mismos.

De esta forma el presente estudio está integrado en el primer capítulo por una revisión teórica del concepto de abuso sexual, prevalencia y aspectos jurídicos, en el segundo capítulo se explica brevemente las características del agresor sexual infantil, la tipología y también se exponen los factores causales desde una perspectiva biológica, psicológica y social así como los tratamientos empleados hasta el momento.

El capítulo 3 se describe la metodología, el tipo de estudio, las características de los participantes, los instrumentos utilizados para la evaluación y el procedimiento.

Finalmente se expone el análisis de resultados, obteniendo los datos sociodemográficos, los datos criminológicos, el área intelectual, los resultados descriptivos del MMPI-2, así como las correlaciones de los síntomas psicopatológicos y el Test de Frases Incompletas y la propuesta de tratamiento.

# Capítulo 1

## DELITOS SEXUALES A MENORES

### 1.1 Definición

El abuso sexual infantil es una forma de maltrato infantil que padecen muchos niños de todo el mundo, no importa la condición económica ni la cultura, este tipo de delitos sucede en cualquier ámbito; ya sea dentro de la familia, en la escuela, en la iglesia, en la calle, es un problema realmente grave, sobretodo; por las repercusiones psicológicas que experimenta el niño a corto y a largo plazo y que muchas veces sino se brinda el tratamiento adecuado puede restringir su desarrollo físico y emocional.

En un trabajo realizado por Finkelhor y Korbin (1988) para la UNICEF se describen los tipos de maltrato infantil, entre los tipos de maltrato infantil se encuentra el abuso sexual, que se entiende como: *“cualquier contacto sexual entre un adulto y un niño sexualmente inmaduro (definida esta madurez sexual tanto social como psicológica) con el fin de la gratificación sexual del adulto; o bien cualquier contacto sexual con un niño realizado a través del uso de fuerza, amenaza o engaño para asegurar la participación del niño; o el contacto sexual para que el niño es incapaz de ofrecer su consentimiento en virtud de la edad o de la disparidad de poder y la naturaleza de las relaciones con el adulto”*.

Finkelhor (1984) describió algunas situaciones que se dan alrededor del abuso sexual infantil:

- Normalmente no se utiliza fuerza física y puede darse por medio del engaño, coerción o amenaza, chantaje o seducción para lograr la cooperación del niño.
- Siempre se usa el abuso de autoridad y poder debido a la desigualdad de condiciones físicas, mentales y emocionales para lograr que el niño acepte, obedezca y se quede callado. El niño puede sentirse indefenso o intimidado y en muchas ocasiones mantiene una dependencia emocional con el adulto.
- En ocasiones existe complicidad cuando los familiares evaden o ignoran las llamadas de auxilio del niño, lo que puede generar una mayor sensación de desprotección, abandono e indefensión.

Redondo & Ortiz (2005) define al abuso sexual infantil como: *“toda aquella conducta que puede ir desde un contacto físico con o sin acceso carnal; puede incluir la violación (penetración en vagina, boca o ano con el pene, dedo o con cualquier objeto sin el consentimiento de la persona), el contacto genital-oral, las caricias (tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo la masturbación forzada para cualquier contacto sexual sin penetración), el obligar a que el niño se involucre en contactos sexuales con animales, el obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas, las peticiones sexuales o el exhibicionismo, también incluye la explotación sexual infantil (implicar a menores en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía o promover la prostitución infantil o el tráfico sexual)”*.

Debido a que el término de abuso sexual es amplio y existen diversas definiciones; Lameiras, Carrera & Failde (2008) en su estudio citan tres criterios para delimitar el abuso sexual:

1. **Asimetría de edad:** de forma que entre el menor y el agresor debe existir un rango, por lo menos de cinco años y un rango de diez años cuando el menor tenga más de 12 años; hoy en día estos parámetros se han puesto en duda debido a que no se descartan los abusos sexuales cometidos por los adolescentes sobre los menores.
2. **Tipo de estrategia de coerción del agresor para someter a la víctima:** implica la utilización de presión o engaño, sorpresa, seducción o fuerza física.
3. **Tipo de conductas sexuales:** incluye todas las formas de conducta sexual con o sin contacto físico, incluyendo contacto anal, genital u oral, caricias sexuales, peticiones sexuales, pornografía e exhibicionismo.



## 1.2 Prevalencia

Uno de los problemas de mayor complejidad y difíciles de enfrentar es el abuso sexual infantil debido a que la mayoría de las ocasiones no se denuncia este tipo de maltrato ya sea por el miedo del niño a denunciar o porque la mayoría de estos episodios ocurren dentro del mismo contexto familiar y muchas veces es el cónyuge u otro miembro cercano de la familia, quien comete el agravio.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el 2005 informó que generalmente los niños y niñas sufren de violencia en manos de las personas encargadas de su cuidado, en las escuelas y en los sistemas de protección y de justicia así como en lugares donde están trabajando de manera ilegal; generalmente son los adultos en posiciones de confianza que perpetran contra los niños como entrenadores deportivos, clérigos, policías, maestros y empleadores; pero no exclusivamente pueden ser personas conocidas de las víctimas.

En este mismo informe se menciona que las niñas sufren considerablemente más violencia sexual que los niños y su mayor vulnerabilidad a la violencia en muchos entornos es en gran parte producto por la influencia de relaciones de poder basadas en el género, profundamente arraigadas en la sociedad.

Las dificultades que representa hablar del abuso sexual tanto para el niño como para la familia obstaculiza la detección y la intervención oportuna; sin embargo, el abuso sexual infantil es más frecuente de lo que imaginamos, tan solo para el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que 150 millones de chicas y 73 millones de chicos menores de 18 años tuvieron relaciones sexuales forzadas o

sufrieron otras formas de violencia sexual con contacto físico; indicando que existe mayor riesgos de sufrir violencia sexual durante la pubertad y la adolescencia (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

En un estudio multipaís realizado por la Organización Mundial de la Salud OMS en el 2005 se obtuvieron datos de países desarrollados y de países en vías de desarrollo, mostrando que un 1% y un 21% de mujeres manifestaban haber sufrido abusos sexuales antes de los 15 años, en la mayoría de los casos por parte de varones miembros de la familia que no eran ni padres ni padrastros.

Para el 2010 la Organización Mundial de la Salud informó que aproximadamente un 20% de las mujeres y de un 5% a un 10% de los hombres manifestaron haber sufrido abuso sexual en la infancia.

En lo que respecta a México las cifras de abuso sexual infantil no son exactas, las estadísticas sobre abuso sexual son escasas y no se cuenta con un sistema que permita identificar el número de casos y niveles de violencia que se ejercen contra la población infantil.

El Programa de Prevención al Maltrato Infantil del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF-PREMAN) dispone de un registro de menores atendidos por maltrato infantil en los centros del DIF en todo el país. De las denuncias recibidas se observa una tendencia ascendente entre 1995 y 2004 de maltrato infantil.

Las denuncias para el 2004 fueron 38 mil 554, de estas denuncias se comprobó que hubo maltrato en un 59.2% de los casos; de este porcentaje se obtuvo el tipo de

maltrato, reportándose un 27.6% en omisión de cuidados, el 23.7% para maltrato físico, 21.1% maltrato emocional, 8.3% negligencia, 7.7% abandono y un 3.8% del total de los menores atendidos presentaron abuso sexual infantil.

Por su parte González, Ramos, Vignau & Ramírez, (2001) realizaron una investigación donde reportaron indicadores de malestar emocional y la relación entre el abuso sexual y el intento suicida; los resultados obtenidos fue que 7% de las mujeres y 2% de los varones adolescentes reportaron haber experimentado el abuso sexual; y el 11% de estas mujeres y 4% de los hombres habían intentado suicidarse.

En México en el 2006 se realizó un proyecto en conjunto con el Instituto Nacional de las Mujeres y del Instituto Nacional de Psiquiatría para medir el maltrato infantil y adolescente, la finalidad fue generar información estadística a nivel estatal para los estados de Baja California, Sonora, Tlaxcala y Yucatán, acerca del maltrato infantil y adolescente.

Los resultados reportados de maltrato físico en menores se presentaron en mayor medida en Baja California y Yucatán, en contraste con los Estados de Sonora y Tlaxcala que presentan los niveles más bajos. En todos ellos, es la mamá quien ejerce con mayor frecuencia el maltrato físico y emocional a sus hijos/as. Para el maltrato emocional, el mayor nivel fue para Baja California y los índices más bajos los reporta Tlaxcala.

Respecto al abuso sexual en Baja California las mujeres reportaron un porcentaje significativo mayor de abuso (9.1%) que los hombres (2.8%); en Sonora las mujeres

(5.1%) y los hombres (1.9%); Tlaxcala las mujeres obtuvieron (4%) y los hombres (0.9%).

Finalmente en Yucatán se reportan porcentajes similares hombres (2.3%) y mujeres (3.5%). Otros aspectos asociados al maltrato son que en las familias conformadas por mamá y padrastro, se presenta mayor maltrato, principalmente de abuso sexual.

En el 2011 Ulloa y Navarro realizaron un estudio descriptivo de prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes que tenían una edad de 13 a 17 años de ambos sexos que provenían de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, la muestra estaba integrada por 100 pacientes 50% eran hombres y 50% mujeres. Los resultados encontrados fueron que el abuso sexual fue reportado por la cuarta parte de los pacientes entrevistados; las frecuencias reportadas de maltrato de abuso sexual en pacientes con trastorno externalizado fue de 22%, con trastorno internalizado 22.4% y con consumo de sustancias tóxicas 22.6%.

Como se puede observar el abuso sexual en la infancia es más frecuente de lo que se cree, estos datos pueden minimizarse ya que un gran número de abusos sexuales se realizan dentro de la misma familia y por lo mismo en muchas ocasiones el abuso sexual es ocultado o negado.

Sin duda, un estudio de la prevalencia del abuso sexual en México ayudaría a esclarecer y visualizar la magnitud del problema, así como disminuir este tipo de maltrato dentro del contexto familiar y detectar a tiempo a los agresores y a las víctimas.

### 1.3 Aspectos jurídicos

Debido a que los delitos de índole sexual son portadores de una afectación evidente en la esfera personal e íntima; para las autoridades los delitos sexuales son un fenómeno difícil de encarar, investigar y juzgar (Gutiérrez, 2007).

Las acciones involucradas en el abuso sexual infantil se pueden distinguir en:

- a) **Conductas sexuales de abuso directo:** contacto genital o anal entre el niño y el adulto, penetración por cualquier vía, caricias, masturbaciones, frotteurismo, actos de sadismo y eyaculación sobre el cuerpo del infante.
- b) **Conductas sexuales de abuso indirecto:** exposición de genitales, producción de material pornográfico, inducción a mantener relaciones sexuales con mayores o menores, exhibición de material obsceno y propuestas de orden sexual.
- c) **Conductas de tolerancia y búsqueda de rendimiento económico ante el abuso:** difusión de material pornográfico infantil, prestación de medios o lugares para la práctica de los abusos, actividades referentes al turismo sexual.

Para nuestro estudio solo tomaremos en cuenta las conductas sexuales de abuso directo, específicamente los delitos ejercidos contra la libertad sexual referidos en los artículos del subtítulo cuarto, capítulo III del Código Penal del Estado de México en su última reforma publicada el 3 de enero de 1999.

## **Delito de violación**

**Artículo 273.** *Al que por medio de la violencia física o moral tenga cópula con una persona sin la voluntad de ésta, se le impondrán de cinco a quince años de prisión y de doscientos a dos mil días multa.*

*Comete también el delito de violación y se sancionará como tal, el que 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 por vía vaginal o anal cualquier parte del cuerpo, objeto o instrumento diferente al miembro viril, con persona privada de razón, de sentido o cuando por cualquier enfermedad o cualquier otra causa no pudiere resistir o cuando la víctima fuera menor de quince años. En estos casos, se aplicará la pena establecida en el párrafo primero de este artículo.*

*Cuando el ofendido sea menor de quince años y mayor de trece, haya dado su consentimiento para la cópula y no concurra modificativa, exista una relación afectiva con el inculpado y la diferencia de edad no sea mayor a cinco años entre ellos, se extinguirá la acción penal o la pena en su caso.*

*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.*

**Artículo 274.** *Son circunstancias que modifican el delito de violación*

*I. Cuando en la comisión del delito de violación participen dos o más personas se impondrán de cuarenta a setenta años de prisión y de seiscientos a cuatro mil días multa.*

*II. Si el delito fuere cometido por uno de los cónyuges, 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, concubina, concubinario, amasio o amasia en contra del hijastro o hijastra, además de las sanciones previstas en el artículo 273 se impondrán de tres a nueve 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 además, destituido 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;*

*IV. Cuando por razón del delito de violación se causare la muerte, se impondrán de cuarenta a setenta años de prisión o prisión vitalicia y de setecientos a cinco mil días multa;*

*V. Cuando el ofendido sea menor de quince años o mayor de sesenta, se le impondrá de quince a treinta años de prisión y de trescientos a dos mil quinientos días multa. Sin perjuicio, en su caso, de la agravante contenida en la fracción II de este artículo;*

*VI. Cuando el ofendido tenga alguna discapacidad, que limite las actividades de su vida diaria e impida su desarrollo individual y social, se impondrán de quince a treinta años de prisión y de trescientos a dos mil quinientos días multa.*



## **Capítulo 2**

### **EL AGRESOR SEXUAL DE MENORES**

#### 2.1 ¿Quién es el agresor sexual de menores?

Las primeras teorías consideraban al agresor sexual como un enfermo mental y potencialmente peligroso, en el caso del agresor sexual infantil se consideraba como un monstruo, que acechaban en los parques o en las calles a los niños.

Posteriormente las investigaciones demostraron que estos estereotipos asignados a los agresores sexuales infantiles eran falsos, ya que solamente una pequeña parte de estas personas realmente eran psicóticos, seniles o retrasados mentales.

Finkelhor (1979) menciona que los atributos del agresor sexual infantil estaban muy alejados de la realidad porque estas personas no eran hombres extraños que atacaban en el parque o en callejones a sus víctimas; sino que frecuentemente se trataban de amigos, vecinos o familiares del niño.

Solo una pequeña parte 15% al 35% del total de los agresores son completamente desconocidos de la víctima y la mayoría de las veces son personas normales y con una inteligencia media (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000).

Respecto a las estrategias empleadas para atraer a las víctimas, los agresores de menores tienden a recurrir al engaño y la seducción, valiéndose de su posición de superioridad; no suelen ser personas violentas y lo más común es que el agresor convenza al menor para mantener la relación (Finkelhor, 1984).

De acuerdo con Cáceres (2001), Echeburúa *et al.* (1997) y Soria & Hernández (1994) coinciden en afirmar que la mayoría de los agresores sexuales no presentan trastornos psicopatológicos pero defienden la relación entre delitos sexuales con determinados trastornos de personalidad (trastorno antisocial, trastorno esquizoide y trastorno límite), parafilias, alteraciones cognitivas (demencias y deficiencias mentales) y alcoholismo.

En el estudio presentado por Bueno García y Sánchez Rodríguez en 1994 se encontró que de 50 sujetos condenados por delitos de violación o agresión sexual el 10% presentó retraso mental, 4% trastorno esquizofrénico, 14% trastornos por uso de sustancias, 4% trastorno psicosexual, el 2% otros trastornos y 64% de los casos no se observó ningún trastorno. En cuanto al perfil del delincuente sexual se encontró que todos eran varones y el 84% tenía una edad igual o superior a 23 años, la mitad de los entrevistados eran solteros, siendo menos frecuente los casados, divorciados y viudos.

Respecto al nivel de estudios el 18% eran analfabetos o con un nivel inferior a la primaria, 54% con estudios primarios y el 28% con un nivel más alto.

En una revisión de estudios acerca de las características de los abusadores sexuales realizado por González, Martínez, Leyton & Bardis (2004) se describió que los abusadores sexuales pueden o no tener trastornos de personalidad, cuando lo hay principalmente es el límite, con dificultad en el control de impulsos y en lograr relaciones de intimidad; en el caso de violadores es más frecuente el trastorno de personalidad antisocial.

Otro estudio realizado por Ortiz-Tallo, Sánchez & Cardenal (2002) comprendía 90 hombres sentenciados por delitos sexuales, la finalidad fue comparar perfiles psicológicos de tres grupos diferentes de personas; el primer grupo se trataba de personas que habían cometido delitos sexuales con personas mayores, el segundo grupo era de personas que habían cometido delitos sexuales con personas menores y el tercer grupo eran personas que no habían cometido delitos sexuales.

Los resultados encontrados fueron que las personas que habían cometido delitos sexuales con personas mayores presentaban rasgos dependientes, antisociales, compulsivos y trastornos de personalidad límite.

Los delincuentes de delitos no sexuales presentaron rasgos de personalidad más alterados y un mayor consumo de alcohol y drogas, los rasgos fueron el dependiente, fóbico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, pasivo-agresivo y los trastornos de personalidad que presentaron fueron el límite y el paranoide.

Las personas que habían cometido delitos sexuales con personas menores presentaron menos alteraciones estables de personalidad y de menor gravedad; entre los rasgos de personalidad que se encontraron fueron rasgos de personalidad dependientes, fóbicos y compulsivos; estos resultados indican que los agresores sexuales a menores presentan un mejor pronóstico para su rehabilitación ya que son personas mucho más integradas en la sociedad que los agresores sexuales de personas mayores (Garrido *et al.*, 2009).

En un estudio más reciente realizado por Castro, López-Castedo & Sueiro (2009) se realizaron comparaciones entre los abusadores sexuales de mujeres adultas, estos

presentaban síntomas de hostilidad; mientras que en los abusadores de menores se detectaron síntomas de ansiedad fóbica, así como creencias erróneas sobre los abusos sexuales con menores.

En lo que respecta al perfil sociodemográfico se encontró que el agresor sexual de personas mayores generalmente es una persona joven, soltero o divorciado, cuenta con escasos estudios, baja cualificación profesional e inestabilidad laboral; a diferencia del agresor sexual de menores que se describe como un hombre de mayor edad que el agresor sexual de adultos, por lo general suele estar soltero o divorciado pero a diferencia del agresor sexual de adultos posee mayor información académica profesional y estabilidad laboral.

A pesar de los graves problemas que representa los delitos sexuales en la sociedad se deben tomar en cuenta otros factores como factores sociales y biológicos involucrados en el comportamiento del agresor. Redondo, (2002) menciona factores inherentes en el propio individuo, como la excitación sexual mediante la violencia, falta de autocontrol o carencia de habilidades sociales; factores sociales como los valores que existen en la sociedad y factores situacionales como la aparición de una oportunidad para el delito.

En síntesis, la interrelación de todos estos factores desde la historia de vida del agresor, así como las variables biológicas predeterminadas, sumado a los factores sociales y culturales establecen el comportamiento delictivo sexual.

## 2.2 Tipología del agresor sexual infantil.

Hasta ahora algunos investigadores ampliaron sus inquietudes hacia el agresor sexual infantil, tratando de dilucidar la conducta del agresor y detectar los rasgos psicocriminológicos de su personalidad.

Para su estudio se clasificaron a los agresores sexuales de menores en:

**Paidofílicos:** etimológicamente *paidos* = niño y *filia*= amor, que significa “amor a los niños”, se trata de un individuo que siente excitación y placer a través del contacto sexual con personas inmaduras de cualquier sexo; cabe mencionar que la mayoría de los agresores sexuales de menores no son paidofílicos. La paidofilia es considerada una parafilia que se caracteriza por presentarse durante seis meses, impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que impliquen objetos, actividades o situaciones poco habituales produciendo malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La clasificación de los paidofílicos basados en sus características fue propuesta por Cohen (1969) que los distingue en:

- **Pedófilo tipo impulsivo:** sus Intereses sexuales se expresan como deseo de tocar, acariciar, besar, oler a los niños. Este tipo de personas no han establecido relaciones con personas adultas. Su actividad social y laboral la prefieren donde estén rodeados de niños.
- **Pedófilo tipo regresivo:** Presentan relaciones heterosexuales normales, sin embargo; presentan un ajuste emocional, ocupacional, marital pobre e

inhabilidad para ajustarse al estrés de la vida adulta. Muchos de estos se refugian en el alcoholismo.

- **Pedófilo tipo agresivo:** La relación que mantiene con el niño son sexuales y agresivas, la mayoría de las relaciones son sádicas. El impulso sexual se dirige específicamente a la introducción del pene en la boca o en el ano del niño lo cual le resulta necesario para lograr el orgasmo ya que le resulta difícil por medio de la masturbación.

Posteriormente, Finkelhor (1986) describe un modelo sobre el abuso sexual donde presenta cuatro procesos complementarios que pueden actuar en combinaciones diversas para propiciar el interés sexual sobre los niños:

1. **Congruencia emocional:** los agresores sexuales están socializados para dominar, los niños les resultan atractivos debido a su baja capacidad de dominación (este proceso se relaciona con inmadurez, baja autoestima, agresividad).
2. **Excitación sexual:** el niño se convierte en fuente potencial de gratificación sexual. Los niños resultan sexualmente atractivos debido a la experiencia personal, modelos o pornografía en tal sentido.
3. **Bloqueo:** existen problemas para las relaciones adultas con mujeres por ello los niños son una alternativa sexual (relación con ansiedad, incompetencia social, actitudes hacia el sexo).

4. **Desinhibición.** Los sujetos se desinhiben para este tipo de conductas por el uso de drogas, alcohol, distorsiones cognitivas etc.

Más adelante Echeburúa & Guerricaechevarría, (2000) clasificaron a los agresores en:

- **Primarios:** se trata de sujetos con una orientación sexual dirigida primariamente a niños, no mostrando interés en los adultos. Poseen un campo limitado de intereses y actividades, lo cual lleva a menudo una existencia solitaria. Los pedófilos consideran sus conductas sexuales apropiadas por lo que no presentan sentimientos reales de culpa o vergüenza.
- **Secundarios o situacionales:** son personas que tienen contactos sexuales aislados con niños, reflejo de una situación de soledad o estrés. Se relaciona habitualmente con adultos, aunque en el curso de sus relaciones pueden padecer de conflicto con la pareja, falta de deseo o impotencia ocasional. Las conductas de abuso en este tipo de agresores se deben a que tratan de compensar su baja autoestima o de dar rienda suelta a su hostilidad. El estrés, el consumo excesivo de alcohol o drogas pueden intensificar su conducta.

De hecho, Noguero (2005) menciona algunos predictores que aumentan el riesgo de convertirse en un agresor sexual infantil como intereses sexuales desviados, soledad emocional, altos niveles de distorsiones cognitivas, baja autoestima, historia de maltrato físico, emocional, sexual, abandono, negligencia o sobreprotección.

### 2.3 Características psicopatológicas de los agresores sexuales infantiles

Los estudios enfocados a las características de los agresores sexuales han encontrado que los abusadores sexuales de adultos y los abusadores sexuales de niños son de naturaleza distinta (Bueno García & Sánchez Rodríguez, 1994; Soria & Hernández, 1994; Cáceres, 2001; Echeburúa *et al.* 1997; Garrido *et al.*, 1999; Redondo, 2002; Ortiz-Tallo, *et al.*, 2002, González, *et al.*, 2004).

En las investigaciones realizadas a los agresores sexuales se han identificado otras variables que influyen en la conducta de agresión sexual una de ellas y que más llama la atención por ser característica principal de los agresores sexuales es que presentan un alto nivel de distorsión de la realidad y de negación del delito cometido no solo en el propio acto sexual sino también en el mantenimiento o reforzamiento de las posteriores agresiones (Barbaree, 1991; Beneyto 1998; Redondo, 2002; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000, Marshall, 2001, Castro *et al.*, 2009).

Barbaree (1991) observó que el 54% de los violadores y el 66% de los agresores sexuales de niños negaban rotundamente sus crímenes o los minimizaban por lo mismo no llegaban a responsabilizarse de sus actos culpando a los demás.

En un trabajo realizado por Beneyto en 1998 se analizaron las percepciones e interpretaciones distorsionadas de los agresores sexuales; encontrándose que los agresores sexuales de mujeres negaban el delito explicando la mayoría de las veces que la mujer los había provocado o que la mujer lo había hecho voluntariamente, muchas veces afirmando que todo había sido un invento de la víctima.



En las agresiones sexuales de menores realizadas dentro de la familia, los agresores sexuales atribuyeron sus actos generalmente a la ignorancia y a la idea de una educación sexual como razón fundamental de la agresión. Por ejemplo: *es mejor hacerlo con mi hija, que ser infiel a mi mujer con otra; yo le he enseñado todo lo que sabe ¿Por qué no enseñarle algo sobre sexo?*

En los delitos realizados por personas fuera de la familia se encontró que la elaboración de las distorsiones es más fuerte. Por ejemplo: *un agresor de menores puede creer que los padres de la víctima son negligentes y que él al implicarse con el niño, realmente le está haciendo un favor al darle amor.*

Con estos resultados se puede afirmar que las distorsiones de los agresores sexuales a menores son más elaboradas e intensas que la de los violadores de mujeres adultas; Marshall (2001) mencionaba que todas las distorsiones tiene un mismo propósito el sentirse menos culpable ya que la mayoría de los agresores sexuales sabe que sus acciones no son correctas cuando reconocen el delito echan la culpa a la víctima, a la influencia de terceras personas, a las circunstancias concretas de la vida o se identifican como las verdaderas víctimas (Beneyto, 1998).

En un estudio mas reciente realizado por Castro y colaboradores en el 2009 realizaron un estudio del perfil sociodemográfico y de las distorsiones cognitivas con 20 internos varones que cumplían condena por delitos contra la libertad sexual, el primer grupo se trataba de hombres que habían cometido delito sexual con personas mayores y el segundo grupo se trataba de hombres que habían cometido delitos sexuales con personas menores.

En relación a las variables cognitivas y psicológicas los sujetos mostraron actitudes negativas y pensamientos distorsionados acerca de la violación a la mujer y a las creencias erróneas sobre el abuso sexual a menores; asimismo se encontró que los agresores de mujeres adultas mostraron más capacidad empática que el grupo de abusadores a menores.

Beneyto (1998) encontró que el 81% de los violadores y el 53% de los agresores sexuales a niños mostraban una ausencia de empatía. Redondo (2002) expresó que generalmente los delincuentes sexuales son incapaces de reconocer las señales de miedo, angustia y malestar en la víctima.

Además de las distorsiones cognitivas que pudieran usar los agresores sexuales, para minimizar o negar sus actos, Lyn & Burton (2004) mencionó que también los abusadores sexuales de menores presentan deficiencias en el funcionamiento social, inseguridad y apego inseguro. Además de carencia de empatía, percepciones sociales inadecuadas, distorsiones cognitivas, déficits en la intimidad interpersonal, regulación emocional maladaptativa y otras deficiencias socio-cognitivas necesarias para la estabilidad emocional y la interacción social adecuada.

En un estudio realizado con agresores sexuales de niños Anderson, Fernández y Marshall (1997; citado en Marshall, 2001) encontraron diferencias entre las relaciones que se dan entre la empatía, las distorsiones cognitivas y la autoestima de estas personas; se encontró que los delincuentes con alta autoestima no necesitaban recurrir a las distorsiones cognitivas para justificar sus delitos, estos delincuentes estaban mejor preparados para enfrentarse y sentían más empatía con sus víctimas; a diferencia de

los delincuentes con baja autoestima necesitaban distorsionar mas la información para proteger la frágil imagen que tiene de sí mismos, teniendo poca empatía con sus víctimas.

Pervan y Hunter (2007) realizaron un estudio referente a las distorsiones cognitivas, conductas prosociales y autoestima de tres grupos de delincuentes sexuales abusadores de niños, violadores, violadores violentos y un grupo control de estudiantes universitarios, sus resultados revelaron que el grupo de abusadores a menores presentaron menos distorsiones cognitivas a comparación de los violadores y los violadores violentos. En cambio los abusadores de menores obtuvieron puntajes más bajos en autoestima y los delincuentes con más alta autoestima seleccionaron más conductas prosociales que los que presentaron baja autoestima.

En relación a estos datos se puede observar que otra de las características principales de los agresores sexuales a menores es que presentan baja autoestima (Finkelhor, 1986; Echeberúa & Guerricaechevarría, 2000; Marshall, 2001; Redondo, 2002; Noguero, 2005).

Por otro lado, los diversos estudios enfocados a delitos sexuales han encontrado que la familia también ocupa un papel primordial para el desarrollo de conductas antisociales o en este caso agresores sexuales carentes de empatía; en un estudio realizado por Pinto & Aramayo (2010) se encontró que de los cinco casos analizados, todos presentaban una familia disfuncional y desligada donde generalmente vivían en un ambiente violento y de maltrato, dentro de la dinámica familiar se observaron estructuras con un predominio de relaciones desvinculadas entre sus miembros, donde

tres de los cinco casos se encontró respecto al padre que el padre era violento y maltrataba a la madre y a los hijos así como incumplimiento de las funciones de los padres.

## 2.4 Factores causales

### 2.4.1 Factor biológico.

Los estudios relacionados a la biología de la delincuencia sexual son variados porque implican una perspectiva amplia de influencias biológicas sobre la conducta agresiva y la conducta sexual; las investigaciones relacionadas hasta al momento han estudiado la interacción de factores biológicos como la función de las hormonas sexuales, los procesos neuroquímicos, así como los estudios de las estructuras cerebrales implicadas en la impulsividad y agresividad.

Para comprender a grandes rasgos cuales han sido las teorías biológicas relacionadas en la conducta delictiva empezaré por mencionar a uno de los pioneros en el estudio de la agresividad, el etólogo Konrad Lorenz (1966) decía que los seres humanos igual que los animales poseen un impulso agresivo innato y que estos impulsos estaban endógenamente determinados, además que este impulso agresivo llega acumularse por sí mismo.

Al igual que Konrad Lorenz; Freud creía que era posible redirigir este impulso agresivo hacia otras actividades y que si esto no se conseguía esta violencia estallaría en forma incontrolada, muchos otros consideraban que el impulso agresivo se genera a partir de frustraciones y estrés cotidiano.

En el campo de la criminología Cesare Lombroso a finales del siglo XIX influenciado por las ideas de Darwin defendía que algunas personas eran evolutivamente retrasadas y estaban biológicamente inclinadas hacia la conducta

antisocial por su propia naturaleza, por las diferencias anatómicas observadas en el cráneo de los delincuentes; posteriormente esta teoría fue perdiendo auge debido a las explicaciones de influencia social como el efecto del entorno familiar y las teorías de aprendizaje.

Con el fin de obtener datos claros sobre los efectos genéticos sobre el crimen y la violencia se realizaron estudios con gemelos, sobre el comportamiento entre hijos biológicos e hijos adoptivos, los datos indicaron que la criminalidad de los progenitores biológicos no siempre conducen a una conducta delictiva por parte de sus hijos sino que influían también factores ambientales (Berkowitz, 1996).

La neurobiología encargada de las reacciones químicas en el cerebro ha descrito que la serotonina tiene un papel inhibitor de la conducta agresiva y que una reducción de la serotonina neuronal le sigue un incremento de reacciones hostiles, de agresividad y violencia (Rodríguez Delgado, 1990; citado en Soria & Hernández, 1994).

Recientemente y con el surgimiento de nuevas técnicas de neuroimagen se proporcionó información sobre las estructuras y las funciones de determinadas áreas del cerebro implicadas en las conductas agresivas, concretamente las estructuras que se han relacionado con la agresividad y la actividad sexual son el hipotálamo, las estructuras límbicas y el córtex prefrontal.

El área preóptica medial (APM) se considera la estructura más importante en la conducta sexual masculina ya que se sabe que su destrucción suprime de forma permanente la conducta sexual de los machos Heimer y Larsson (1967, citado en Redondo, 2002). El APM a su vez tiene conexiones con la amígdala otra estructura

importante para la conducta sexual, disfunciones en el lóbulo temporal, donde se encuentra la amígdala, reducen el impulso sexual Carlson (1999; citado en Redondo, 2002).

Por otro lado, el estudio del papel que juegan las hormonas sexuales en la conducta agresiva específicamente la testosterona segregada en los testículos de los hombres provocaron cierta controversia ya que se realizaron estudios para comparar los índices de delincuencia correspondiente a hombre y a mujeres y se encontró que los hombres con un alto nivel de testosterona son más agresivos y propensos a cometer delitos Dabbs (1988; citado en Redondo, 2002). A raíz de estos descubrimientos se han creado tratamientos de castración química o tratamientos anti andrógenos con la finalidad de reducir los niveles de testosterona al inhibir la liberación en los testículos y con ello inhibir el impulso sexual.

Si bien existen estudios enfocados a la parte biológica del comportamiento, cabe mencionar que por lineamientos éticos estos tratamientos solo son aplicados en caso de que el agresor brinde su consentimiento, habitualmente los anti andrógenos son administrados por un cierto tiempo debido a los efectos secundarios y siempre utilizándose como medida dentro de un programa de tratamiento.

#### 2.4.2 Factores psicológicos

Desde que iniciamos la existencia, el bebé necesita cuidados no solo físicos, necesita de una madre que juegue con él, lo acaricie y le demuestre afecto de muchas maneras, los bebés que reciben estos cuidados pero cuyas necesidades emocionales son descuidadas, se desarrollan lentamente y pueden en algunos casos sufrir daño permanente, ya que en la vida adulta no logran estrechos y profundos vínculos emocionales con otro ser humano (Storr, 1965).

Los agresores sexuales presentan un cierto grado de vulnerabilidad psicológica, (Marshall, 2001) porque frecuentemente presentan una ruptura de lazos entre padres e hijos. Los vínculos inseguros entre padres e hijos generan en el niño una visión negativa sobre sí mismo y sobre los demás, facilitando la aparición de efectos negativos.

El desarrollo de esta vulnerabilidad es considerada el factor principal del fracaso para generar vínculos de apego efectivos en las relaciones interpersonales de los agresores sexuales, así un delincuente sexual es el resultado de las experiencias infantiles donde hubo carencias de vínculos afectivos por parte de los padres.

De acuerdo con Cáceres (2001) aquellos agresores que presentan mayor patología y que han vivido abusos y maltrato en su infancia, tendrán más dificultades para establecer vínculos emocionales, en sus estudios realizados revela que un porcentaje alto entre un 40% y 60% de agresores sexuales de niños fueron víctimas de abuso sexual en su infancia; además Pereda, Gallardo-Pujol & Jiménez (2011) mencionan que



el riesgo de haber sufrido abuso sexual en la infancia parece incrementar en un 30% el riesgo de ser maltratador en la edad adulta.

Por su parte, Echeburúa & Guerricaechevarría (2000) explican que los agresores se caracterizan en general por tener una baja autoestima y pobre control de impulsos, junto con una educación sexual culpabilizada y negativa o experiencias de modelos familiares inadecuados.

Las familias disfuncionales juegan un papel primordial en el desarrollo de comportamientos inadecuados incluso antisociales que el niño vulnerable puede imitar. Los malos padres son aquellos que frecuentemente abusan de la madre, tiene actitudes negativas hacia las mujeres en general y abusan de sus propios hijos (Marshall, 2001).

La vulnerabilidad generada por una infancia que se caracteriza por abuso, abandono o rechazo son factores fundamentales para explicar la delincuencia sexual.

De manera similar, Redondo (2002) menciona que la baja autoestima, el deseo de afecto y pobres habilidades en las relaciones interpersonales constituyen las características más sobresalientes de la vulnerabilidad que a la vez incrementa el riesgo de sufrir abuso sexual y la tendencia a emplear el sexo para sentirse mejor.

### 2.4.3 Factores socio culturales

Históricamente y culturalmente la agresión sexual y el delito sexual están predeterminados, por un lado las leyes penales tipifican las conductas consideradas como delitos y por otro lado las conductas asociales se determinan psicosocialmente; ya que lo que una cultura puede considerar como una conducta asocial en otra no lo es.

En México, en los últimos años se han realizado diversas investigaciones en relación al estudio de la sexualidad y del género, los hallazgos encontrados revelan la presencia de una desigualdad entre ambos sexos.

En los grupos de hombres estudiados, la sexualidad no aparece únicamente como expresión del erotismo, sino que una de las principales formas de representación y reafirmación de la masculinidad. Los estudios revisados describen principalmente dos formas de expresión de significados de la sexualidad que se vinculan con la reafirmación de la masculinidad: la excesiva importancia atribuida a la erección y penetración, como únicas formas valiosas de expresión sexual de los varones y los relatos que se hacen en espacios masculinos ponderados al saber de la sexualidad y las experiencias de penetración (Díaz, 1997; Liendro, 1993 citado en Szasz, 1998).

En el estudio anteriormente señalado también se describe otras formas de represión, silencio y trasgresión llevadas a cabo por varones mexicanos; una creencia que parece importante para nuestro estudio es la presencia de un imperativo biológico que tiene los varones respecto a la excitación sexual, se basa en un fuerte impulso biológico dolorosamente intenso que requieren de inmediato alivio; un alto porcentaje de las personas entrevistadas en los estudios cualitativos mencionaron haber sufrido

violencia o abuso sexual en la infancia, impuestos casi siempre por varones mayores con quien existía una relación cercana y de confianza.

Como menciona Soria & Hernández (1994) algunos agresores sexuales actúan una sola vez, pero existen también agresores que suelen realizar esta conducta múltiples veces, en todo ello se observa un patrón de aprendizaje, en donde la cultura influye notoriamente y donde desafortunadamente muchos de estos patrones conductuales se aprenden dentro de familia porque es el primer contacto de socialización y es ahí donde se transmiten valores y modelos de comportamiento.

Otra influencia a los comportamientos de violencia son los difundidos por los medios de comunicación, los programas de televisión, el internet, las redes de pornografía o los programas de violencia sexual pueden contribuir a reforzar estereotipos agresivos.

Aunque en los últimos años la mujer ha luchado por una igualdad de derechos y una libertad sexual, todavía no se logrado concientizar a todos los hombres y mujeres de estos derechos y en muchas comunidades la falta de conocimiento, sobretodo en relación a la sexualidad sigue siendo un tabú, en México la poca difusión de la educación sexual en todos los estratos de la sociedad, es un problema notorio, ya que muchas familias siguen siendo tradicionalistas y conservando estereotipos respecto al rol de la mujer y el rol del hombre que en sociedad deben desempeñar, por eso como menciona Redondo, (2002) el abuso sexual de mujeres y niños muchas veces emerge como un problema cultural y no individual.

## 2.5 Tratamiento

En los últimos años ha aumentado en algunos países desarrollados el interés por el tratamiento de los agresores sexuales, con esto no solo se han puesto en marcha programas de intervención con agresores sexuales sino que se han ido mejorando los tratamientos de acuerdo a sus necesidades y también se han ido detectado los factores de riesgo y la reincidencia de los delincuentes sexuales.

En general, las tasas de reincidencia de los delincuentes sexuales son bajas en comparación con otros delincuentes. En un estudio realizado por Soler y García (2009) se estudió la reincidencia en delincuentes sexuales, encontrándose que de los 315 delincuentes sexuales que salieron en libertad entre 1998 y 2003, solo 59 delincuentes sexuales reincidieron; es decir, un 19% y solo un 5.8% volvieron a cometer un nuevo delito sexual, un 6.5% reincidieron en delitos violentos no sexuales y 6.2% cometieron delitos sin rasgos violentos o sexuales.

Además entre los factores de riesgo que se detectaron fueron la carrera delictiva del sujeto, la edad a la que comete el primer delito, indicadores de rasgos antisociales en la historia del sujeto y el tipo de víctima escogida por el agresor. Los agresores sexuales que abusan de chicos fuera del entorno familiar son los que tienen mayor proporción de reincidir (30.4%), seguido de los agresores de mujeres (23.5%), los que agreden a chicas fuera de la familia (10.7%) y finalmente los agresores intrafamiliares (7.1%).

Otras investigaciones se han centrado en revisar los tipos de tratamiento aplicado a los agresores sexuales con el fin de medir su efectividad. Redondo y colaboradores en el 2002 realizaron un meta análisis de los programas y técnicas utilizadas para los

delincuentes sexuales, los modelos teóricos de intervención que se encontraron fueron terapias psicológicas no conductuales 26.9%, programas educativos 19.2%, programas de derivación 19.2%, intervención cognitiva conductual 15.4% y programas de comunidad terapéutica 15.4%.

Los programas se aplicaron con mayor frecuencia en la comunidad (50%) y en prisiones de adultos (20.8%). El país que presentó más estudios fue Gran Bretaña, seguido de Alemania y Suecia. En ese mismo estudio se explica que el hecho de que existan o no programas de rehabilitación en un país puede depender de factores como el propio sistema político del país así como niveles culturales.

En la actualidad los tratamientos más utilizados y más efectivos con los delincuentes sexuales son los de orientación cognitiva conductual.

Las teorías conductuales consideran que el comportamiento delictivo como cualquier otro comportamiento es aprendido, por eso el objetivo de los programas conductuales es utilizar los mecanismos generales del aprendizaje para (re) enseñar a los delincuentes nuevas habilidades de comportamiento prosocial, que puedan ser alternativas a sus nuevo hábitos (Garrido *et al.*, 2002).

Los programas de tratamiento conductuales se han basado en modelos de entrenamiento en habilidades sociales, autocontrol, juego de roles, solución de problemas y desarrollo moral. Redondo (1991) destaca que los programas de orientación cognitivo-conductual están dirigidos a aumentar comportamientos prosociales y disminuir conductas problemas utilizando las técnicas de solución de

problemas, habilidades sociales, control emocional, razonamiento crítico, desarrollo de valores, habilidades de negociación y pensamiento creativo.

Otros estudios han dirigido su atención al estudio de la excitación sexual de los violadores, para ello se ha utilizado el pletismógrafo que mide los cambios en el volumen del pene como indicador de excitación o resulta de la presentación de diversos estímulos sexuales, esta técnica permite conocer de modo fiable que es lo que excita o no excita a los sujetos, permite conocer si los violadores son excitados en mayor o menor grado que los no violadores por escenas de sexo forzado.

Redondo, (2002) revisó algunos de los programas de tratamiento utilizados en Europa y Norteamérica, mencionando que las características efectivas que pudieran comprender un programa son:

- Programas intensivos de larga duración, varias horas por semana durante uno o más años.
- Técnicas dirigidas a tres áreas problemáticas: comportamiento sexual desviado, distorsiones cognitivas y funcionamiento social del sujeto.
- Se pueden utilizar como medidas dentro del programa agentes químicos inhibidores del impulso sexual.
- Entrenar a los agresores sexuales en habilidades sociales.
- El tratamiento debe realizarse voluntariamente por parte de los delincuentes sexuales.

También han surgido modelos de prevención de recaídas que no pretenden curar al agresor, sino ayudarlos a prevenir su reincidencia de conducta, estos modelos se basan en la asistencia al agresor para identificar o disminuir distorsiones cognitivas empleadas para justificar su conducta y desarrollar técnicas de autocontrol que incluyen supervisión durante su periodo de prelibertad (Alarcón, 2008).

Independientemente del tipo de tratamiento, se ha probado que el tratamiento con delincuentes sexuales reduce el riesgo de reincidencia y que los mejores abordajes incluyen contenidos a modificar aspectos de la conducta y del pensamiento del agresor. Con todo esto la aplicación de tratamientos a los delincuentes sexuales solo es limitada para algunos países desarrollados y dentro de ellos unos cuantos programas en prisión, lo que significa que la proporción de agresores sexuales que recibe tratamiento es pequeña en relación con el número de agresores sexuales identificados (Soler y García, 2009).

Desgraciadamente en México ni en muchos Países Latinoamericanos, no existen programas de tratamiento aprobados que demuestren su eficacia o aseguren la disminución significativa de la conducta de los agresores sexuales, ya que la mayoría de la información y la forma de intervenir con los agresores sexuales proviene de otros países y de otros contextos penitenciarios.

## **Capítulo 3**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1 Justificación**

Uno de los temas más importantes y difíciles de tratar es el abuso sexual infantil, ya sea por las graves repercusiones psicológicas que se presenta a corto y largo plazo o porque las cifras de prevalencia son alarmantes a nivel mundial y nacional.

Las dificultades que se presentan para detectar a niños que han sido abusados sexualmente y a los agresores sexuales se debe en la mayoría de las veces este tipo de delitos no son denunciados, sino que son delitos que a diferencia de otros se mantienen ocultos dentro del mismo contexto familiar. Dado que la detección, prevención y tratamiento de las víctimas así como de los agresores sexuales representa un reto, es preciso mencionar que la información que se tiene acerca del número de abusos sexuales y número de delincuentes sexuales es poca.

Hasta ahora muchas investigaciones se han enfocado a las víctimas de abuso sexual; sin embargo, nos parece importante considerar también al agresor sexual.

La información que se tiene acerca de los factores sociales, psicológicos que motivan a los agresores sexuales a cometer la violencia sexual es todavía menor que la que se tiene con las víctimas, en esta parte me atrevo a decir que estamos hablando de un problema real y complejo que se ha dejado mucho de lado en México, algunas de las preguntas que surgieron fueron ¿Cuáles son las características de los agresores sexuales?, ¿Qué tipo de tratamiento reciben? ¿Qué tratamiento es el más eficaz para



estas personas dentro de la prisión?, ¿cambia su comportamiento al momento de salir de la prisión?, ¿Están preparados para reintegrarse nuevamente a la sociedad?, si bien es cierto que el agresor deberá cumplir con una sentencia en algún momento volverá a su entorno, por eso es preocupante el hecho de que los agresores sexuales una vez estando fuera del contexto penitenciario puedan reincidir.

A mi punto de vista existe una deficiencia en el estudio de los agresores sexuales en México porque no existen programas de rehabilitación enfocados a estas personas, ni investigaciones que prueben la eficacia de los tratamientos, como tampoco existe un seguimiento de estas personas cuando salen en libertad.

Por eso es importante brindar un tratamiento apropiado a estas personas y conocer a profundidad los elementos explicativos de la conducta del agresor sexual comprendiendo los factores biológicos, los sociales y los individuales, con el fin de prevenir y detectar oportunamente a los agresores y a las víctimas de abuso sexual.

Lo anterior justifica que el presente trabajo tenga como objetivo principal identificar las características sociodemográficas, criminológicas y psicopatológicas de los agresores sexuales a menores; así como contribuir a los conocimientos en este campo de la psicología y proponer un tratamiento a partir de la información obtenida.

También se pretende que este trabajo sea un aliciente a la realización de investigaciones en programas de atención a la víctima, al agresor sexual y a la prevención de los delitos sexuales, para finalmente motivar y reflexionar acerca del papel que tenemos los psicólogos para promover una mejor calidad de vida en nuestro país.

### **3.2 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las características sociodemográficas y psicopatológicas que pueden influir en la conducta del agresor sexual de menores del Centro Preventivo y de Readaptación Social Chalco, Estado de México?

### **3.3 Tipo de estudio y/o diseño**

Se trata de un estudio no experimental, exploratorio, descriptivo y correlacional.

### **3.4 Participantes**

Participaron 8 hombres condenados por delitos relacionados con agresión sexual de menores del Centro Preventivo y Readaptación Social Chalco, Estado de México.

La selección se hizo con un rango de edad de entre 20 y 55 años, todos los participantes fueron hombres y en el momento de la entrevista se encontraban cumpliendo su sentencia por delito contra la libertad sexual, específicamente violación.

### 3.5 Instrumentos

Para la obtención de los datos sociodemográficos y clínicos se utilizó una **entrevista semiestructurada** (Anexo 2) que permitió recopilar los datos generales de la persona, descripción de la versión del delito, estructura familiar primaria, estructura familiar secundaria, historia escolar, historia laboral, adicciones, área sexual y examen mental del paciente.

El **Test de Matrices Progresivas Raven**, se trata de un test no verbal organizado para determinar la capacidad intelectual, integrado por 5 series de 12 láminas, designadas A, B, C, D y E esta prueba consiste en presentar a la persona 60 láminas (matrices) que se hallan seriadas en orden de complejidad creciente.

El **Inventario Multifásico de la personalidad-2 (MMPI-2)** (Hathaway y McKinley, 1989; adaptación en español por Lucio y Reyes, 1994) tiene el propósito esencial de evaluar los rasgos de personalidad que pueden ser patológicos. Este inventario consta de 560 ítems que se dividen en tres secciones que permiten evidenciar tres diferentes dimensiones de un posible trastorno.

Las tres secciones son:

- Escala básica (escala de mentira, infrecuencia, corrección, hipocondriasis, depresión, histeria de conversión, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía, introversión social).
- Escala suplementaria (ansiedad, represión, fuerza del Yo, alcoholismo, hostilidad reprimida, dominancia, responsabilidad, desajuste profesional, género masculino,

desorden de estrés postraumático de Keane y Schlenger, timidez/perturbación, evasión social, alienación del Yo y de los demás, escala adicional de validez, inconsistencia en respuestas variables, inconsistencia en respuestas verdadera).

- Escala de contenido (ansiedad, miedos, obsesividad, depresión, preocupación por la salud, pensamiento delirante, enojo, cinismo, practicas antisociales, personalidad tipo A, baja autoestima, incomodidad social, problemas familiares dificultades en el trabajo, rechazo al tratamiento).

**Test de Frases Incompletas** (Sacks & Sidney, 1959) consiste en sesenta ítems para completar frases; estas frases están destinadas a obtener material clínico significativo en cuatro áreas representativas de adaptación. Estas cuatro áreas son familia, sexo, relaciones interpersonales y concepto de sí mismo.

El área de familia incluye tres series de actitudes: hacia la madre, hacia el padre y hacia la unidad familiar. El área de sexo incluye las actitudes hacia las mujeres y hacia las relaciones heterosexuales. El área de relaciones interpersonales incluye actitudes hacia los amigos y los conocidos y en el área de concepto de sí mismo involucra temores, sentimientos de culpa, metas y actitudes con respecto a las propias capacidades, el pasado y el futuro.

### 3.6 Materiales

Formatos de cuestionarios, hojas de respuesta, lápices, sacapuntas, gomas, computadora.

### 3.7 Procedimiento

**Primera fase:** se obtuvo el permiso de las autoridades del Centro Preventivo de Readaptación Social; Chalco, Estado de México, para la realización de la presente investigación.

**Segunda fase:** se realizó la revisión de expedientes, con la finalidad de identificar a las personas que se encontraban reclusas por delitos sexuales a menores. Seleccionando solo aquellos que tenían un rango de edad de entre 20 y 55 años.

**Tercera fase:** se convocó a los participantes, para pedirles su colaboración e informarles acerca de la investigación, proporcionándoles un consentimiento informado (anexo1) asegurándoles que se respetaría su anonimato. Posteriormente a los que aceptaron participar voluntariamente se les dio información acerca de cuándo se realizaría la entrevista de forma individual y la aplicación de las pruebas.

**Cuarta fase:** se realizó la entrevista semiestructuradas de forma oral y aplicación de psicometría.

**Quinta fase:** calificación de los instrumentos de evaluación de acuerdo a las instrucciones establecidas en los manuales e instructivos correspondientes.

**Sexta fase:** análisis e interpretación de resultados.

## Capítulo 4

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

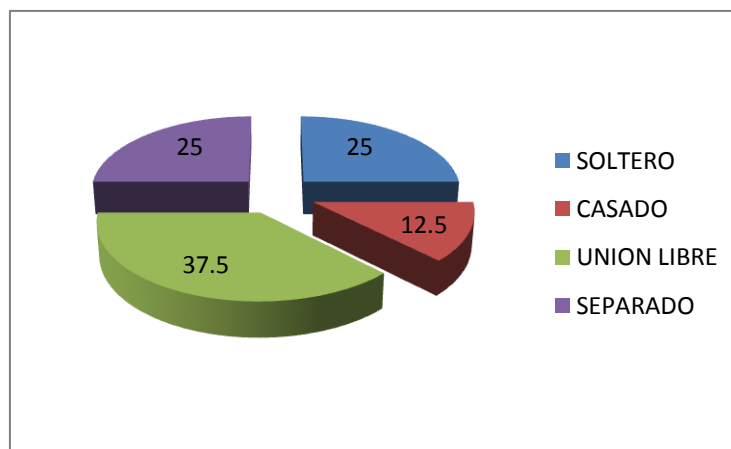
El análisis estadístico se realizó a través del programa estadístico SSPS® (Statistical Package for the Social Sciences) en su versión 19.0 para Windows.

#### 4.1 Análisis descriptivo de características sociodemográficas.

En relación a las variables sociodemográficas, se describe la edad promedio de los agresores sexuales, el estado civil, escolaridad, ocupación, religión.

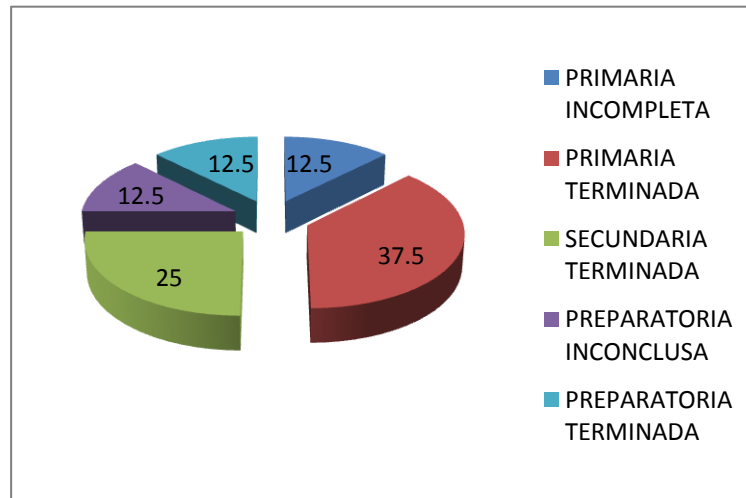
La edad promedio actual de la muestra global fue de 38.5 años con una desviación estándar de 11.0 años; respecto a la variable del estado civil, se puede observar que un 37.5% de los participantes se encuentran en unión libre, el 25% son solteros, 25% son separados y solamente un 12.5% se encuentra casado (Gráfico 1).

**Gráfico 1. Estado Civil**



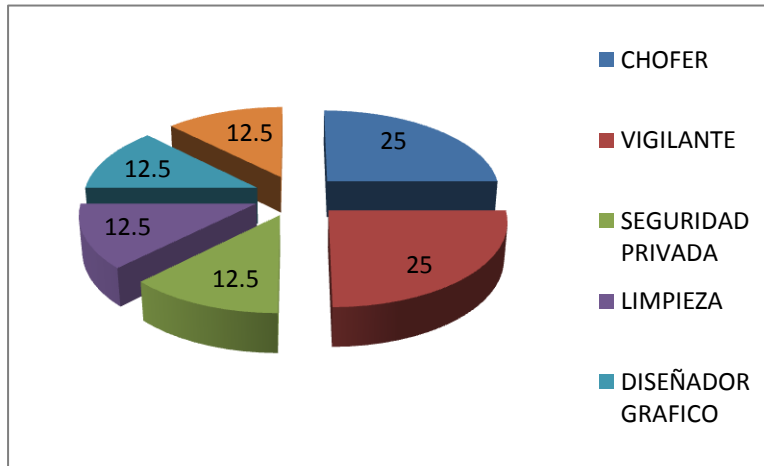
En cuanto a la escolaridad, se puede observar que un 37.5% concluyó la primaria, el 25% la secundaria, el 12.5% la preparatoria y solamente el 12.5% no terminó la primaria ni la preparatoria (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Escolaridad**



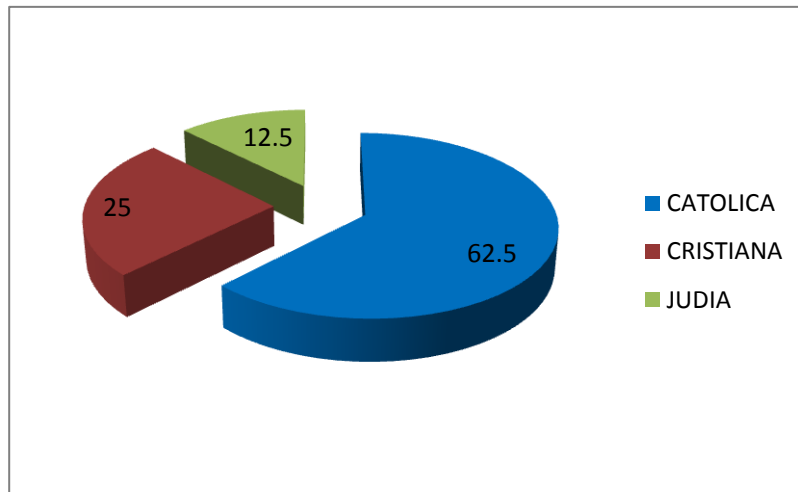
En lo que respecta a la ocupación, se encontró que el 25% era chofer, el 25% vigilante y con la misma proporción (12.5%) pertenecían a seguridad privada, empleado de limpieza, diseño grafico y obrero (Gráfico 3).

**Gráfico 3. Ocupación.**



Del total de agresores se encontró que poco más de la mitad el 62.5% es católico, 25% cristiano y un 12.5% judío (Gráfico 4).

**Gráfico 4. Religión**





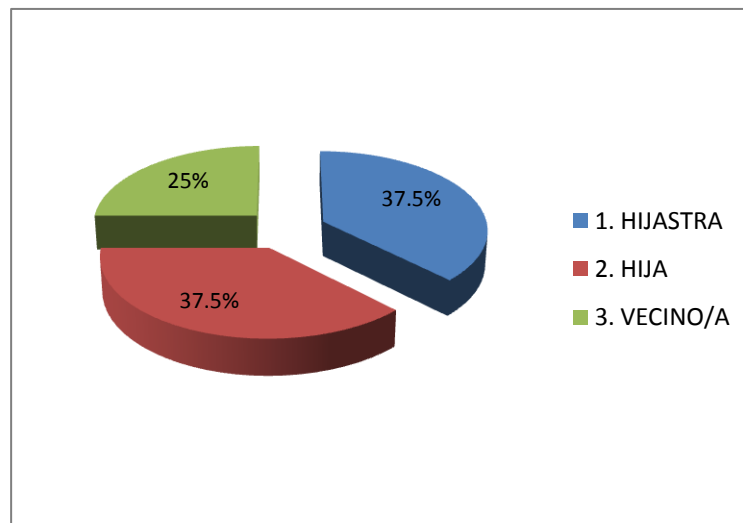
#### 4.2 Análisis descriptivo de datos criminológicos.

Con respecto a las características criminológicas, la edad promedio de los abusadores sexuales en el momento de cometer el delito fue de 34.6 años con una desviación estándar de 11.5 años.

La edad promedio de la víctima es de 8.4 años con una desviación estándar de 5.5, cabe mencionar que las víctimas en su mayoría (75%) eran niñas y los demás eran niños.

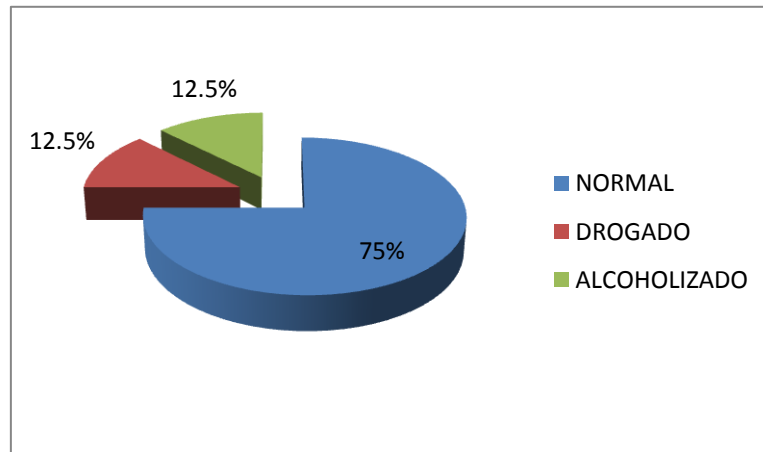
La relación familiar entre el agresor y la víctima fue del 37.5% con su hija, 37.5% con la hijastra y el 25% de las víctimas eran vecinos (Gráfico 5).

**Gráfico 5. Parentesco con la víctima**



Con respecto a que estado de conciencia mostraron los agresores al momento del delito, el 75% se encontraba sobrio y 25% restante se encontraba bajo el efecto de una droga o alcohol (Gráfico 6).

**Gráfico 6. Estado de conciencia.**



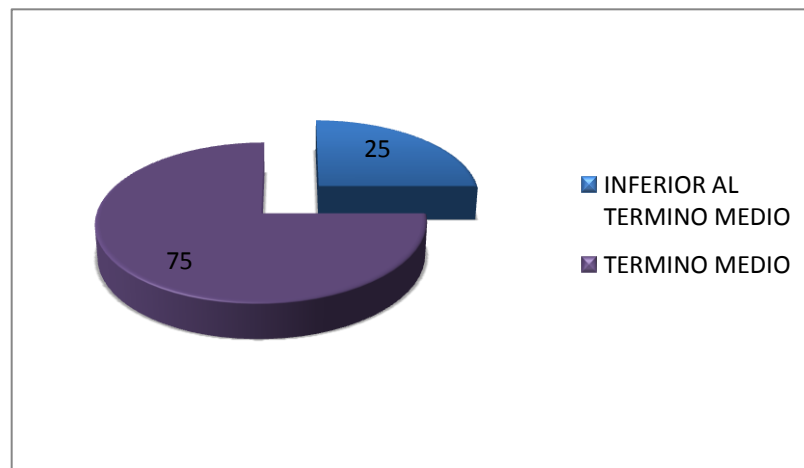
También se encontró que ninguno de los participantes había estado recluido por otro delito y que la media de los años de sentencia fue de 12 años con una desviación estándar de 5.2 años; de todos los participantes solo 2 de 8 participantes aceptaron el delito.

Otros datos que se tomaron en cuenta, fueron los antecedentes familiares, siendo que el 37.5% de los participantes reportaron haber tenido en su familia problemas de alcoholismo, el 25% refirió haber tenido abuso sexual en su infancia y violencia intrafamiliar y el 37.5% sufrió abandono por parte de sus padres.

### 4.3 Área intelectual.

De igual forma se encontró que tres cuartas partes de la muestra (75%) obtuvo un coeficiente intelectual término medio y solo una cuarta parte obtuvo una puntuación inferior al término medio (Gráfico 7).

**Gráfico 7. Coeficiente intelectual**



#### 4.4 Análisis descriptivo del MMPI-2

En relación a los puntajes obtenidos del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, en primer lugar se evaluó la aceptabilidad y la validez de los protocolos, las escalas de validez comprenden las primeras tres escalas (gráfico 8); estas escalas refieren la actitud del sujeto al contestar la prueba.

Se puede apreciar los puntajes obtenidos en las escalas de validez, la escala de mentira (L) (62) nos habla de un perfil válido con puntuación moderada, de acuerdo a la interpretación de los resultados se describen a los agresores sexuales como personas fuertemente moralistas y rígidas con represión marcada.

Para la puntuación de la escala de infrecuencia (F) (61) el nivel de puntuación es moderado, la interpretación refiere que se trata de personas que presentan riesgo de actos agresivos, son impulsivos, generalmente deprimidos, inestables, ansiosos o distraídos.

La escala de corrección (K) con (45) refleja un nivel de puntuación T medio interpretándose a personas que cuentan con suficientes recursos para el tratamiento. Como resultado de estas tres escalas se realizó la configuración del perfil encontrando una escala de (L) y (K) por encima de (F) y la (F) cerca de la media (45) este tipo de perfil nos habla de que los agresores sexuales a menores son personas normales defensivas, hipocondriacas que intentan ocultar sentimientos socialmente rechazables.

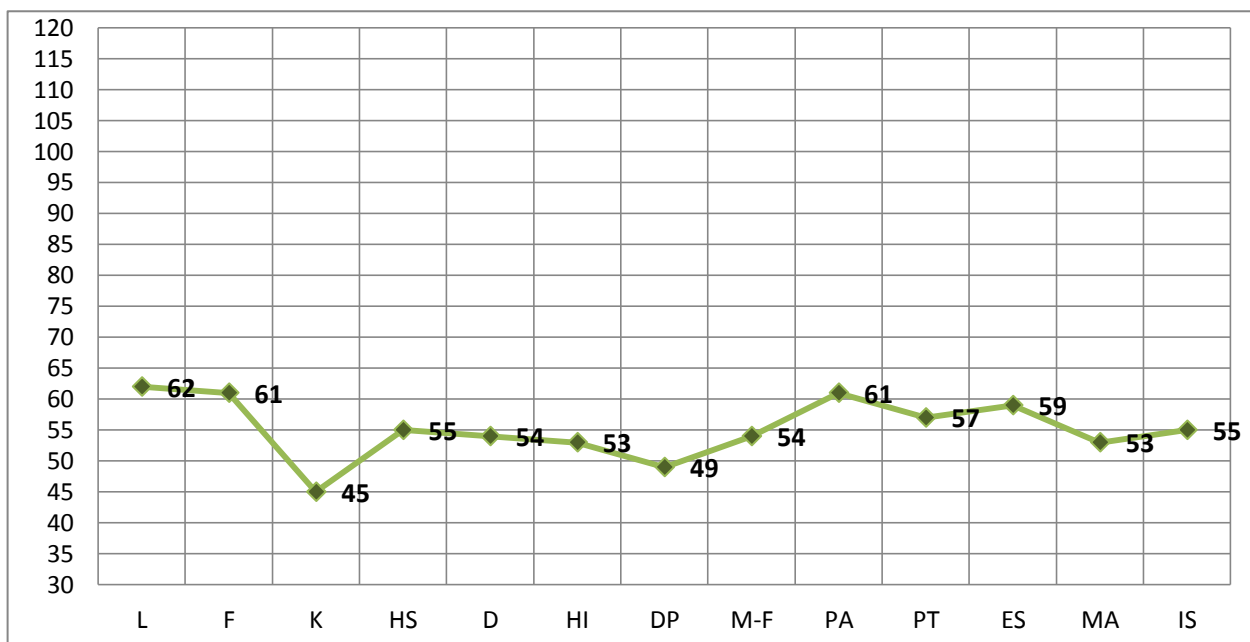
Respecto a las escalas clínicas hay que considerar que puntuaciones T mayores de 65 y puntuaciones T por debajo de 40 son consideradas clínicamente significativas.

Como se puede observar (gráfico 8) no existen puntuaciones significativas; sin embargo, el puntaje más elevado es para la escala de paranoia (PA) (61) que refleja susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros siendo defensivos en situaciones sociales tratándose de personas moralistas que tienden a hacerse las víctimas.

La escala de psicastenia (PT) con puntaje moderado (57) se interpreta como personas ordenadas y perfeccionistas; otro de los puntajes considerado como moderado fue el Esquizofrenia (ES) 59 se trata de personas que manifiestan fuertes preocupaciones religiosas y poco interés en la gente.

Los puntajes de hipocondriasis, represión, histeria, desviación psicopática, masculinidad/feminidad, hipomanía, introversión social se encuentran dentro de la media puesto que no representan síntomas significativos en los agresores sexuales.

**Grafico 8. Puntaje de la escala básica del MMPI-2**



Por otra parte, comparando los puntajes obtenidos de la escala suplementaria (gráfico 9) se puede observar que no se obtuvieron puntuaciones mayores a 65, sino que la escala con mayor puntuación fue la escala de ansiedad (A) con una puntuación de (58) esta escala describe a personas que tienden a inhibir y controlar exageradamente sus impulsos, personas inseguras incapaces de tomar decisiones.

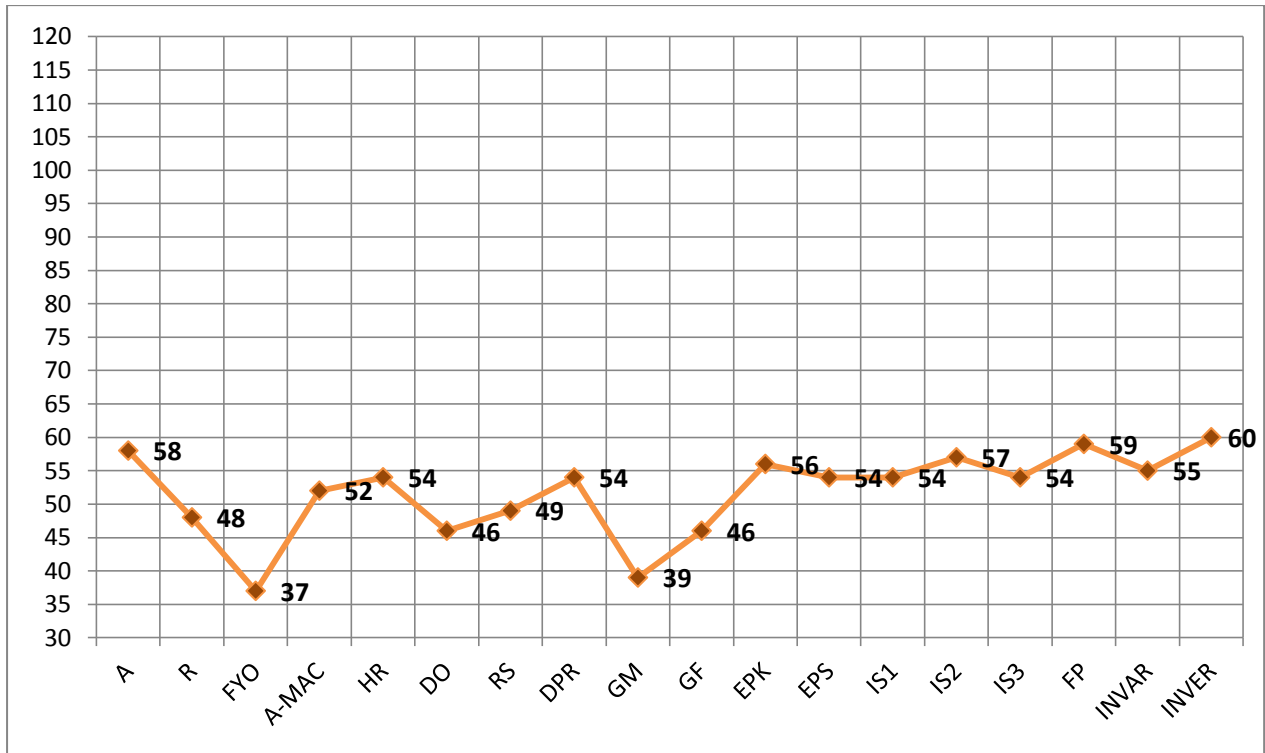
Un puntaje clínicamente significativo fue el de la escala de Fuerza del Yo (FYO) (36) revela inhibición, malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente, aparte de manifestar un pobre autoconcepto de sí mismo y dificultades para adaptarse a situaciones problemáticas.

La escala de género masculino (GM) también es clínicamente significativa ya que presenta una puntuación baja (39) describe a los agresores sexuales de menores como personas con poca confianza en sí mismos y pocos intereses en actividades masculinas.

La escala de evasión social (IS2) con puntuación (59) indica disgusto y repudio a las actividades en grupo, por lo que se deja ver que estas personas evitan relacionarse con gente que no conocen.

Las últimas tres escalas (FP), (INVAR) e (INVER) forman parte de la validez del instrumento, que se evaluaron junto con las escalas de validez de la escala básica para aceptar la validez de la prueba.

**Gráfica 9. Puntaje de la escala suplementaria del MMPI-2**



En (gráfica 10) se observan las puntuaciones de la escala de contenido, en esta escala se toman en cuenta los puntajes más elevados para su interpretación, como se puede observar muchos de los síntomas se sitúan alrededor de la media, la escala con puntuación más elevada fue la de preocupación por la salud (SAU) (61) refleja problemas físicos en relación a funciones corporales en general son personas que se sienten más enfermas que la mayoría de las personas, podrían presentar problemas gastrointestinales, estreñimiento, náuseas, vómito u otros síntomas cardiovasculares o problemas respiratorios.

En la escala de depresión (DEP) se observa una puntuación (59) quiere decir que se trata de sujetos con pensamientos depresivos acompañados de sentimientos de

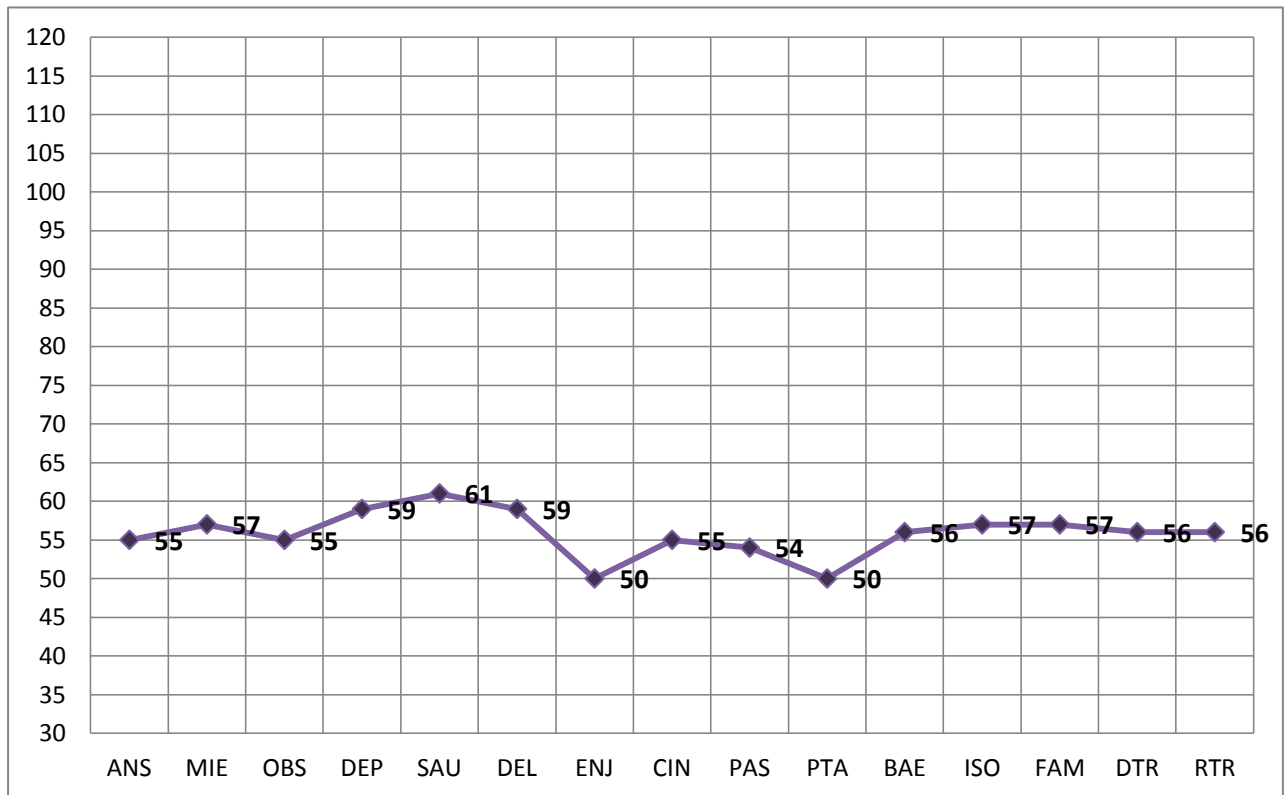
tristeza e incertidumbre sobre el futuro y desinterés en la vida. La escala de pensamiento delirante (DEL) con una puntuación de (59) describe a personas que pueden presentar alucinaciones o pueden reconocer que sus pensamientos son extraños y particulares, en algunas veces acompañado de ideación paranoide, es decir personas que tienen la creencia que están conspirando contra ellas.

Incomodidad social (ISO) con una puntuación de (57) son personas con dificultad para relacionarse con los demás por lo que prefieren estar solas, son personas tímidas que evitan reuniones. También la escala de problemas familiares (FAM) con una puntuación (57), se interpreta como personas que continuamente manifiestan pleitos familiares ya que describen a su familia como desagradable y poco afectuosa, carentes de amor, incluso pueden sentir odio por su familia. En algunas ocasiones pueden ser personas que hayan sufrido abuso en su infancia y consideran a sus matrimonios infelices con poco afecto.

Por último en la (tabla 1) se observa de manera general las puntuaciones que se obtuvieron del MMPI-2 y las desviaciones estándar de cada una de las escalas que conforman el inventario.



**Gráfica 10. Puntaje de escala de contenido del MMPI-2**



**Tabla 1. Resultados del MMPI-2**

ESCALA BÁSICA	x	SD	ESCALA SUPLEMENTARIA	x	SD	ESCALA DE CONTENIDO	X	SD
Escala de mentira (L)	62	16	Ansiedad (A)	58	15.6	Ansiedad (ANS)	55	13.1
Infrecuencia (F)	61	21.4	Represión (R)	48	16	Miedos (MIE)	57	11.4
Corrección (K)	45	12.7	Fuerza del yo (FYO)	<b>37</b>	12	Obsesividad (OBS)	55	13.6
Hipocondriasis (HS)	55	12.2	Alcoholismo (A-MAC)	52	13	Depresión (DEP)	59	11.6
Depresión (D)	54	9.9	Hostilidad reprimida (HR)	54	12.9	Preocupación por la salud (SAU)	61	12.9
Histeria de conversión (Hi)	53	10.3	Dominancia (DO)	46	12.3	Pensamiento delirante (DEL)	59	19.1
Desviación Psicopática (DP)	49	10.4	Responsabilidad (RS)	49	15	Enojo (ENJ)	50	14.4
Masculinidad-feminidad (M-F)	54	6.7	Desajuste profesional (DPR)	54	11.1	Cinismo (CIN)	55	11.3
Paranoia (PA)	61	12	Género masculino (GM)	<b>39</b>	10.6	Prácticas antisociales (PAS)	54	16.5
Psicastenia (PT)	57	16.9	Género femenino	46	8.5	Personalidad tipo A (PTA)	50	14.8
Esquizofrenia (Es)	59	14	Desorden por estrés postraumático de Keane (EPK)	56	14.8	Baja autoestima (BAE)	56	14.1
Hipomanía (MA)	53	17.6	Desorden por estrés postraumático de Schlenger (EPS)	54	14.4	Incomodidad social (ISO)	57	5.2
Introversión social (IS)	55	4	Timidez/perturbación (Is1)	54	5.7	Problemas familiares (FAM)	57	13.7
			Evasión social (Is2)	57	8.5	Dificultades en el trabajo (DTR)	56	13.3
			Alienación del yo y de los demás (Is3)	54	9.3	Rechazo al tratamiento (RTR)	56	13.4
			Escala adicional de validez (FP)	59	17.2			
			Inconsistencia en respuestas variables INVAR	55	11.3			
			Inconsistencia en respuestas verdaderas INVER	60	13.6			

#### 4.5 Análisis correlacional de los síntomas psicopatológicos del MMPI-2.

Se utilizó la correlación de Pearson para determinar las asociaciones entre las variables estudiadas, cabe aclarar que debido a la magnitud de la información solo se colocaron en los cuadros las correlaciones significativas.

En la tabla 2, se muestran las correlaciones directas más significativas entre la escala básica con la escala de contenido del MMPI-2.

Como se puede observar, los resultados evidencian que existe una asociación directa entre la escala de hipocondriasis (HS) con preocupación por la salud (SAU); es decir, que mientras aumentan los síntomas de hipocondriasis caracterizados por quejas somáticas sin una base orgánica; aumentan los síntomas físicos que se relacionan con funciones corporales como trastornos gastrointestinales, síntomas cardiovasculares y molestias respiratorias.

La relación entre la desviación psicopática (DP) con incomodidad social (ISO) sugiere que los abusadores sexuales con alto puntaje en desviación psicopática son personas que reflejan poco interés en las normas sociales y morales de conducta tienden a ser personas que prefieren estar solas y aisladas, sobretodo porque se perciben muy inquietos cuando se encuentran con otras personas.

Por otro lado, se observaron múltiples asociaciones directas de la escala de Paranoia (PA) con personalidad tipo A (PTA) (se trata de personas hostiles que se enojan fácilmente por lo que se ven afectadas sus relaciones interpersonales), practicas antisociales (PAS), enojo (ENJ) (dificultades para controlar sus impulsos), pensamiento

delirante (DEL) (creencia de que están conspirando en su contra), cinismo (CIN) (rechazo al trato con los demás, dificultades para relacionarse, actitudes negativas hacia personas cercanas) y depresión (DEP) (sentimientos de tristeza, desesperanza, vacío interior, ideas suicidas, incertidumbre hacia el futuro); los datos obtenidos demuestran que si aumenta la sintomatología de paranoia aumentan las prácticas antisociales, el enojo, del pensamiento delirante y lo más importante se ven afectadas las relaciones interpersonales; porque se trata de personas sumamente desconfiadas que mantienen actitudes negativas hacia quienes están cerca de ellos; generalmente son personas intranquilas que sienten una sensación de desesperanza y vacío interior.

Además se halló una relación considerable entre Psicastenia (PT) con ansiedad (ANS) (caracterizada por tensión, problemas somáticos, dificultades para dormir y tomar decisiones), baja autoestima (BAE), pensamiento delirante (DEL), cinismo (CIN), miedo (MIE), depresión (DEP), prácticas antisociales (PAS), personalidad tipo A (PTA) (*ver tabla 2*), los datos demuestran que los síntomas frecuentes que se asocian con psicastenia son preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos o temores exagerados se relacionan directamente con muchos síntomas de los cuales destaca ansiedad, baja autoestima, indecisión, temores, miedos, problema de atención y concentración.

Las correlaciones entre Esquizofrenia (ES) con ansiedad (ANS), depresión (DEP), pensamiento delirante (DEL), enojo (ENJ), cinismo (CIN), prácticas antisociales (PAS), personalidad tipo a (PTA), baja autoestima (BAE) problemas familiares (FAM), ponen de relieve que la esquizofrenia (incongruencia en expresión afectiva, aislamiento emocional, falta de interés en el medio, pobre contacto social) se asocia con diversos

síntomas psicopatológicos y que estos mismos síntomas se asociaron simultáneamente con la sintomatología de la escala de hipomanía (MA).

En relación con Introversión social (IS) los resultados revelan que esta escala se asoció considerablemente con incomodidad social (ISO) observándose que los abusadores sexuales son personas que prefieren permanecer solos y carecen de autoafirmación social, por lo mismo son personas frustradas en sus relaciones interpersonales o heterosexuales, síntomas que se asocian con incomodidad social como una tendencia de estas personas a permanecer solas y aisladas.

**Tabla 2. Correlaciones de escala básica con escala de contenido del MMPI-2.**

	ANS	MIE	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM
HS				.920**								
DP											.794*	
PA			.714*		.776*	.828*	.738*	.842**	.958**			
PT	.846**	.707*	.747*		.754*		.791*	.746*	.791*	.802*		
ES	.904**		.901**		.873**	.861**	.883**	.889**	.896**	.862**		.829*
MA	.791*		.819*		.786*	.778*	.847**	.849**	.883**	.766*		.716*
IS											.792*	

\*p<.05; \*\*p<.01

En la tabla 3 se presentan las relaciones significativas entre la escala básica con la escala suplementaria del MMPI-2; los resultados demuestran una asociación positiva entre la escala de histeria (HI) con Fuerza del Yo (FYO); significa que mientras aumenta la sintomatología de la histeria (negación de ansiedad social, necesidad de afecto, abandono, malestar somático e inhibición de la agresión); aumenta los sentimientos de incapacidad para manejar las presiones del ambiente y dificultad para adaptarse a las situaciones.

Por otro lado, la escala de psicastenia (PT) se relacionó positivamente con la escala de ansiedad (A), con desajuste profesional (DPR), con desorden por estrés postraumático de Keane (EPK) y con desorden por estrés postraumático de Schlenger (EPS), los datos obtenidos sugieren que un aumento en los síntomas (preocupación obsesiva, rituales compulsivos, temores exagerados) de psicastenia aumenta la sintomatología asociada a la ansiedad, a un control exagerado de los impulsos, problemas emocionales y un aumento en la tendencia a angustiarse, junto con un conjunto de síntomas relacionados al desorden por estrés postraumático.

A su vez, la misma escala de psicastenia (PT) se relacionó inversamente con alcoholismo (A-MAC), responsabilidad (RS) y hostilidad reprimida (HR); los resultados sugieren que aumentando la sintomatología de psicastenia disminuye la propensión a la adicción en general, la responsabilidad y disminuye la hostilidad reprimida, es decir; disminuye la capacidad para responder a la agresión o desquitarse.

Otra escala que obtuvo múltiples correlaciones fue la escala de Esquizofrenia (ES) como se puede observar obtuvo una correlación directa con la escala de ansiedad (A),

desajuste profesional (DPR), desorden por estrés postraumático de Keane (EPK), desorden por estrés postraumático de Schlenger (EPS) y la misma escala de esquizofrenia obtuvo correlaciones inversas con responsabilidad (RS), hostilidad reprimida (HR), género masculino (GM) (mide negación de miedos y ansiedad así como el interés en actividades masculinas estereotipadas) y género femenino (GF) (negación de actos antisociales).

Cabe mencionar que la escala de esquizofrenia revela sintomatología asociada a incongruencia en la expresión afectiva, aislamiento emocional, contenido extraño en el pensamiento, falta de interés en el medio, pobre contacto social, susceptibilidad marcada; estos síntomas se asociaron directamente con un aumento en la ansiedad, mostrando personas poco adaptadas y siendo personas pesimistas y angustiadas, además de síntomas asociados al estrés postraumático.

Del mismo modo, se puede observar la relación inversa de la escala de esquizofrenia con responsabilidad, lo que significa que aumentando la sintomatología de esquizofrenia disminuye la responsabilidad (disposición para aceptar las consecuencias de su propio comportamiento) disminuye la hostilidad reprimida (capacidad para tolerar la frustración a desquitarse) y disminuye la escala de género masculino (negación de miedos, ansiedades y síntomas somáticos) y la escala de género femenino (falta de interés en conductas masculinas estereotipadas).

Finalmente se puede ver una asociación positiva entre hipomanía (MA) (ambición exagerada, aspiraciones elevadas, extraversión, falta de moralidad, sobrevaloración del yo) con desajuste profesional (DPR) (dificultad en la adaptación), alcoholismo (A-MAC)

y ansiedad (A) y una relación inversa de hipomanía con hostilidad reprimida (HR) y responsabilidad (RS).

**Tabla 3. Correlaciones de escala básica con escala suplementaria del MMPI-2.**

	A	FYO	A-MAC	HR	RS	DPR	GM	GF	EPK	EPS
HI		.712*								
PT	.851**		-.840**	-.718	-.840**	.805*			.753*	.842**
ES	.868*			-.888**	-.944**	.870**	-.731*	-.728*	.817*	.901**
MA	.738*		.816*	-.887*	-.782*	.845**				

\*p<.05; \*\*p<.01

En la tabla 4 se presentan las correlaciones significativas de todas las variables psicopatológicas de la escala suplementaria con escala de contenido del MMPI.

En la escala de ansiedad se puede observar múltiples asociaciones directas con dificultades en el trabajo (DTR), baja autoestima (BAE) y pensamiento delirante (DEL); seguido de la escala de obsesividad (OBS), cinismo (CIN), depresión (DEP), enojo (ENJ), practicas antisociales (PAS), personalidad tipo a (PTA), problemas familiares (FAM) y rechazo al tratamiento (RTR). Estos datos ponen de relieve que los agresores sexuales a menores presentan altos niveles de ansiedad (angustia, inconformidad y problemas emocionales con un control exagerado de sus impulsos) que se relacionan con los síntomas psicopatológicos y problemas de conducta ya mencionados.



En la escala de represión (R) (personas que se esfuerzan por evitar disgustos o situaciones desagradables) se obtuvo una correlación inversa con ansiedad (ANS); es decir, que mientras aumenta la represión disminuye los síntomas asociados a la ansiedad.

También se dieron correlaciones significativas inversas entre la escala de Fuerza del yo (FYO) con baja autoestima (BAE), miedo (MIE) y obsesividad (OBS); la escala de (FYO) es de suma importancia porque evalúa la salud psicológica y la adaptación del individuo así como sus recursos personales que posee para un buen funcionamiento en su medio, la relación inversa con baja autoestima (BAE) pone de manifiesto que mientras la fuerza del yo aumenta disminuye la baja autoestima, el miedo y los síntomas patológicos que comprende la obsesividad.

En la escala de alcoholismo (A-MAC) se observa una asociación directa con cinismo (CIN), pensamiento delirante (DEL), ansiedad (ANS), dificultades en el trabajo (DTR), baja autoestima (BAE), practicas antisociales (PAS), de acuerdo con estos resultados se pone en evidencia que una propensión al consumo excesivo de drogas o alcohol tiene una relación directa con síntomas patológicos y con problemas de conducta como dificultades en el trabajo y practicas antisociales.

En la escala de hostilidad reprimida (HR) se observan múltiples correlaciones inversas, las más fuertes son con la escala de prácticas antisociales (PAS), enojo (ENJ), personalidad tipo A (PTA), cinismo (CIN); también existen correlaciones considerables con pensamiento delirante (DEL), depresión (DEP), problemas familiares

(FAM), ansiedad (ANS), baja autoestima (BAE), dificultad en el trabajo (DTR) rechazo al tratamiento (RTR).

Estos resultados evidencian que mientras aumenta la hostilidad reprimida disminuye los síntomas patológicos de enojo, cinismo, practicas antisociales, personalidad tipo A, pensamiento delirante, depresión, ansiedad, baja autoestima dificultades en el trabajo y rechazo al tratamiento.

La escala de responsabilidad (RS) se relaciona inversamente con depresión (DEP) problemas familiares (FAM), dificultades en el trabajo (DTR), enojo (ENJ), practicas antisociales (PAS), rechazo al tratamiento (RTR), ansiedad (ANS), pensamiento delirante (DEL), cinismo (CIN), personalidad tipo A (PTA), baja autoestima (BAE).

Por otra parte la escala de desajuste profesional (DPR) (dificultades de adaptación) se asocia directamente con ansiedad (ANS), dificultades en el trabajo (DTR), pensamiento delirante (DEL), cinismo (CIN), rechazo al tratamiento (RTR), depresión (DEP), baja autoestima (BAE), practicas antisociales (PAS), personalidad tipo A (PTA), problemas familiares (FAM), enojo (ENJ) y obsesividad (OBS).

En la escala de género femenino (GF) que se describe como la negación de actos antisociales se obtuvo una correlación inversa con depresión (DEP), problemas familiares (FAM), rechazo al tratamiento (RTR), dificultades en el trabajo (DTR), ansiedad (ANS), miedo (MIE), enojo (ENJ).

La escala de desorden de estrés postraumático de Keane (EPK) se relacionó fuertemente con ansiedad (ANS), con la escala de obsesividad (OBS) pensamiento

delirante (DEL), baja autoestima (BAE), rechazo al tratamiento (RTR) y cinismo (CIN); se observó una asociación directa considerable con enojo (ENJ), depresión (DEP), problemas familiares (FAM), personalidad tipo A (PTA) y dificultades en el trabajo (DTR). Simultáneamente se dieron las mismas correlaciones de la escala de desorden de estrés postraumático de Schlenger con todos los síntomas mencionados a excepción de prácticas antisociales.

La escala de timidez/perturbación (IS1) se observó una correlación directa con dificultades en el trabajo (DTR) y practicas antisociales (PAS).

Por otro lado, la escala de evasión social (IS2) (indica disgusto y repudio en actividades de grupo y evita el contacto con otras personas) se relacionó inversamente con ansiedad (ANS), obsesividad (OBS); lo que significa que si aumenta la sintomatología asociado a la evasión social disminuyen los síntomas psicopatológicos de ansiedad y obsesividad.

Finalmente se puede observar la asociación directa entre la escala de alienación del Yo y los demás (IS3) (personas nerviosas, con indecisión, temores y desconfianza respecto a los demás) con ansiedad (ANS), obsesividad (OBS), depresión (DEP), pensamiento delirante(DEL), baja autoestima (BAE), problemas familiares (FAM), dificultades en el trabajo (DTR) y rechazo al tratamiento (RTR).

**Tabla 4. Correlaciones de escala suplementaria con escala de contenido del MMPI-2.**

	ANS	MIE	OBS	DEP	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	FAM	DTR	RTR
A	.989**		.896*	.800*	.913**	.830*	.876**	.828*	.784*	.919**	.811*	.941**	.843**
R	-.725*												
FYO		-.734*	-.732*							-.749**			
A-MAC	.792*				.768**		.807**	.722*		.764*		.770*	
HR	-.813*			-.870**	-.896**	-.944**	-.900**	-.969**	-.908**	-.813*	-.846**	-.851**	-.817*
RS	-.876**			-.940**	-.895**	-.917**	-.886**	-.903**	-.820**	-.866**	-.921**	-.918**	-.899**
DPR	.935**		.739*	.862**	.925**	.811*	.884**	.832*	.820*	.879**	.830*	.934**	.883**
GF	-.734*	-.713*		-.920**		-.709*					-.866**	-.786*	-.825*
EPK	.975**		.933**	.818*	.931**	.881**	.855**		.756*	.905**	.864**		.892**
EPS	.995**		.878**	.872**	.950**	.890**	.889**	.839**	.835**	.917**	.873**	.926**	.902**
IS1								.870**				.960**	
IS2	-.740*		-.848**										
IS3	.860**		.750*	.764*	.726*					.723*	.750*	.821*	.790*

\*p<.05; \*\*p<.01

4.6 Análisis correlacional mediante la prueba de Pearson del test de frases incompletas Sacks y el MMPI-2.

Se analizan las relaciones de las variables del Inventario Multifásico de Personalidad MMPI-2 con el Test de Frases Incompletas Sacks (tabla 5).

En relación al área de la familia, destaca el área de actitud hacia el padre (P2) que se correlacionó considerablemente con desviación psicopática (DP) con depresión (DEP) y con problemas familiares (FAM), estos datos sugieren que una puntuación alta en el área de actitud hacia al padre donde se refleja desapego, abandono o ausencia del padre se presentan más síntomas psicopatológicos relacionados con tendencias antisociales, dificultades en la conducta; confirmándose que existen relaciones poco afectuosas dentro del contexto familiar, así como haber sufrido de maltrato durante la infancia. También refleja que la ausencia de una figura paterna se relaciona con el aumento de síntomas psicopatológicos como la depresión que comprende sentimientos de tristeza, desesperanza y vacío interior.

Por otro lado, se obtuvieron correlaciones significativas en el área de sexo, particularmente en el área de actitud hacia las relaciones heterosexuales (P5) se relacionó positivamente con introversión social (IS). Los datos sugieren que existe una relación directa entre la deficiencia para establecer relaciones interpersonales y la incomodidad relacionada ante situaciones sociales, susceptibilidad interpersonal y dificultades para relacionarse con el sexo contrario.

En el área de las relaciones interpersonales, en el caso de la actitud frente a los superiores en el trabajo o escuela (P7) se correlacionó significativamente con histeria de conversión. De estas relaciones se puede decir que existe una asociación directa entre la actitud hacia los superiores en el trabajo o escuela con histeria conversión, donde los reactivos reflejan quejas físicas sin una base orgánica, así como negación de problemas emocionales y negación de la ansiedad social.

También se describe en esta misma área una correlación directa entre el área de actitud frente a los colegas en el trabajo (P9) con hipomanía (MA), de estos datos se sugiere que se presentan deficiencias en las relaciones sociales con tendencia para actuar de manera eufórica o agresiva hacia sus compañeros, mostrando poco control de sus emociones y dificultad para concentrarse.

En esa misma área se describe una asociación directa entre (P9) y Psicastenia (PT), estos resultados ponen de relieve que existen problemas emocionales serios hacia los colegas de trabajo relacionados con altas puntuaciones en la escala clínica de psicastenia, presentando síntomas de ansiedad, angustia y un rígido control de impulsos así como rituales compulsivos.

**Tabla 5. Correlaciones entre las áreas del Test de Frases Incompletas y el MMPI-2.**

	SAU	DP	DEP	FAM	IS	HI	PT	MA
P2		.773*	.741*	.775*				
P5					.752*			
P7						.755*		
P9							.719*	.881**

\*p<.05; \*\*p<.01

## **DISCUSIÓN.**

A partir de la evidencia teórica, se conoce que la conducta de agresión sexual es un fenómeno complejo multicausal donde confluyen factores ambientales, factores socioculturales y factores psicológicos de personalidad (Soria y Hernández, 1994; Garrido *et al.*, 1999, Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Marshall, 2001; Redondo, 2002; Noguerol, 2005; Valencia, *et al.*, 2010).

En nuestro estudio se describieron las características sociodemográficas del agresor sexual de menores, la edad promedio al momento de cometer el delito fue de 34.6 años, una edad relativamente joven en comparación con Valencia y colaboradores en el 2010.

Respecto al estado civil se encontró que un 12.5% se encuentra casado y un 37.5% en unión libre; el 50% restante no tienen ninguna relación de pareja, comprende a los solteros y los separados, lo que concuerda con el estudio de (Castro, *et al.*, 2009) y (Valencia, *et al.*, 2010) donde se encontró que generalmente los agresores sexuales de menores no mantienen relaciones de pareja estables, lo que ocasiona que se vuelvan más vulnerables para cometer agresión sexual.

En cuestión de escolaridad, solo una pequeña proporción no terminó la primaria (12.5%), la mayoría presentó estudios de primaria (37.5%), secundaria (25%) y preparatoria (12.5%) a diferencia de Castro y colaboradores (2009) no se encontraron abusadores que hayan cursado estudios universitarios.

En las características criminológicas se encontró que las víctimas (75%) fueron del sexo femenino, la edad media de la víctima fue de 8.37 años una edad menor que en el estudio de Castro y colaboradores (2009). Las víctimas en un 75% eran conocidas por parte del agresor.

Además se encontró que un 25% de los agresores fueron víctimas de abuso sexual en la infancia, estos datos sustentan otros estudios enfocados a víctimas de abuso sexual, pues como se mencionó el hecho de haber sido abusado sexualmente en la infancia es un factor de riesgo para desarrollar trastornos de personalidad en la edad adulta (Pereda et al., 2011) por lo que es fundamental tratar a las víctimas y abrir nuevas líneas de investigación en esta área.

De igual forma se pudo evidenciar que los agresores sexuales de menores presentan un coeficiente intelectual término medio en un (75%) de los entrevistados, resultados que reafirman lo reportado por (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000).

En lo que respecta a las puntuaciones obtenidas de los instrumentos de evaluación, se encontró que los agresores sexuales son personas fuertemente moralistas y rígidas con represión marcada, esto podía explicar lo que menciona (Marshall, 2001) que los agresores sexuales son personas que saben que sus actos no son buenos por eso en la mayoría de las veces niegan sus actos o distorsionan sus pensamientos como una forma de sentirse menos culpables.

Por otro lado, las escalas clínicamente significativas del MMPI-2 fueron la escala de Fuerza del Yo que revela que los agresores sexuales de menores son personas inhibidas que presentan malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar



la presión de su ambiente, manifestando pobre autoconcepto de sí mismo y dificultades para adaptarse a situaciones problemáticas.

También se encontraron puntuaciones clínicamente significativas en la escala de género masculino donde se observa que los agresores sexuales de menores son personas con poca confianza en sí mismos y pocos intereses en actividades masculinas.

Los resultados de los coeficientes de correlación de Pearson muestran múltiples correlaciones con los síntomas psicopatológicos de los abusadores sexuales, se obtuvieron asociaciones considerables en la escala de ansiedad, depresión, pensamiento delirante, baja autoestima, dificultades en el trabajo, responsabilidad, desorden por estrés postraumático (ver tabla 1, 2 y 3).

Una de las escalas que obtuvo más asociaciones fue la escala de ansiedad (ANS) ya que como se puede observar (tabla 3) se correlacionó con casi todas las escalas (obsesividad, depresión, pensamiento delirante, enojo, cinismo, practicas antisociales, personalidad tipo A, baja autoestima, problemas familiares, dificultades en el trabajo y rechazo al tratamiento); estos resultados sugieren un tratamiento enfocado a disminuir síntomas de ansiedad, porque al disminuir la ansiedad, se disminuirían otros síntomas psicopatológicos; asimismo, hay que tomar en cuenta que la ansiedad que presentan los agresores sexuales puede provenir del mismo contexto penitenciario, por eso un programa que permita reducir los niveles de ansiedad se podría incluir en un tratamiento.

La escala de alcoholismo (A-MAC) llama la atención ya que se asoció directamente con (ansiedad, pensamiento delirante, cinismo, prácticas antisociales, baja autoestima y desajuste profesional); estos resultados cobran importancia debido a que muchas veces el alcohol actúa como desinhibidor de la agresión sexual (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000) por lo mismo hacerle ver a las personas cuales son los factores de riesgo que podrían hacer reincidir en su conducta y con ello establecer un programa de adicción así como de recaídas podría formar parte de un programa de tratamiento para los abusadores sexuales.

Por otro lado, la escala de responsabilidad obtuvo asociaciones negativas con (ansiedad, depresión, pensamiento delirante, enojo, cinismo, prácticas antisociales, personalidad tipo a, baja autoestima, problemas familiares, desajuste profesional, rechazo al tratamiento) estos datos sugieren que los agresores sexuales de menores son personas que no están dispuestas a aceptar las consecuencias de sus propio comportamiento, personas carentes de honestidad, poco dignas de confianza y con una gran falta de responsabilidad ante los demás. Estos resultados demuestran es fundamental que los agresores sexuales aprendan a reconocer sus errores y responsabilidades, un tratamiento basado en terapia cognitiva conductual resultaría ser el más efectivo. Estos resultados reafirman lo encontrado por (Beneyto, 1998; Marshall, 2001, Lyn & Burton 2004; Redondo, 2006).

Cabe destacar que de muchas de las asociaciones presentadas, una de las que llama más la atención son la escala de baja autoestima (tabla 3) que se asoció directamente con psicastenia, esquizofrenia, hipomanía ansiedad, alcoholismo,

desajuste profesional, estrés postraumático, alienación del yo; además obtuvo asociaciones inversas con fuerza del yo, hostilidad reprimida, responsabilidad, género masculino.

Estos resultados permiten ver que los abusadores sexuales presentan pobre autocrítica, sentimientos de incapacidad para determinar el propio destino, temores e indecisión y elevada desconfianza respecto a los demás, lo que apoya a Echeburúa & Guerricaechevarría (2000) y Noguero (2005) quienes explican que los agresores se caracterizan en general por tener una baja autoestima y que al mismo tiempo la baja autoestima es un factor predictor que aumentan el riesgo de convertirse en agresor sexual, por tal motivo; una de las principales intervenciones serían programas enfocados a la autoestima ya que en base a los resultados obtenidos (tabla 3) la mayoría de los síntomas psicopatológicos se relacionan con esta escala.

También se evaluaron los rasgos de personalidad del MMPI-2 en función de los componentes que constituyen las áreas del Test de frases incompletas de Sacks (tabla 4) encontrándose que existen graves conflictos en relación a la figura paterna, los participantes reportaron haber sufrido de abandono, maltrato en la infancia y ausencia del padre, esta falta de apego provoca que no existan profundos vínculos afectivos con otra persona (Marshall, 1989; Cáceres, 2001, Lyn & Burton; 2004, Pinto & Aramayo 2010).

Se comprobó que los abusadores sexuales presentan déficit significativos en las relaciones interpersonales y la mayoría son personas extremadamente solas, resultados que apoyan a Marshall (2001) y a Lyn & Burton (2004); los resultados del

estudio comprueban que los agresores sexuales de menores son personas que prefieren aislarse y no involucrarse en actividades de grupo, ya que se observó desconfianza hacia sus compañeros de trabajo y escuela.

También se encontró una asociación directa en el cruce de actitud hacia las relaciones heterosexuales con introversión social, lo que sugiere que existe una relación entre la deficiencia para establecer relaciones interpersonales y la incomodidad relacionada ante situaciones sociales, sobretodo dificultades para relacionarse con el sexo femenino.

En relación a la falta de habilidades sociales y característica principal de los agresores sexuales; se han creado programas específicos para fomentar las relaciones interpersonales. Un programa efectivo utilizado por Marshall, *et al.*, (1996; citado en Redondo, 2006) sugirió que el tratamiento debe incluir la enseñanza de habilidades sociales así como ayudarle al agresor a identificar estrategias de relación inapropiada y estilos de apego afectivos pobres.

Una de las limitaciones que se encontraron al momento de realizar este estudio fue que a pesar de que se detectaron más personas con estas características no quisieron cooperar, porque mencionan no obtener beneficios para disminuir su sentencia y prefieren no asistir.

Si bien los datos obtenidos son de pocos participantes, no buscamos generalizar las características de los agresores a otros contextos sino más bien identificar las necesidades y conocer los síntomas psicopatológicos de la muestra para así implementar un programa de intervención.

Aunque no podemos negar la necesidad de realizar investigaciones con una muestra más grande y crear modelos de intervención aplicables a todos los centros penitenciarios de México.

## CONCLUSIONES.

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir lo siguiente:

1. Existe poca información en torno a los agresores sexuales en México y no existen programas especializados para tratar a los delincuentes sexuales.
2. Los resultados aportados permiten corroborar que los agresores sexuales presentan heterogéneas características sociodemográficas y psicopatológicas, dentro de las características sociodemográficas se puede decir que se trata de hombres adultos, la mayoría con un nivel de escolaridad de primaria y secundaria, generalmente son personas que no tiene ninguna relación de pareja estable sino que son en su mayoría solteros y separados.
3. En cuanto al perfil criminológico se encontró que en un 75% de las víctimas eran conocidas del agresor y un 75% eran del sexo femenino con una edad alrededor de 8.4 años. Ninguno de los participantes había estado recluido anteriormente y solo 2 de 8 participantes aceptaron el delito.
4. Se puede decir que el (75%) de los agresores sexuales a menores presentaron un coeficiente intelectual término medio; es decir que más que presentar daño orgánico son personas que han sufrido severas privaciones afectivas y culturales.

5. De acuerdo a las características psicopatológicas de los agresores sexuales de menores se encontró que son personas inhibidas que presentan malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente; son personas con baja autoestima y pobre autoconcepto. Generalmente se trata de personas con poca confianza en sí mismos, pocos intereses, siendo defensivos en situaciones sociales y personas moralistas que tienden a hacerse las víctimas
6. Los síntomas psicopatológicos que obtuvieron más correlaciones fueron ansiedad, hostilidad reprimida, responsabilidad, desajuste profesional, baja autoestima, dificultad en el trabajo y desorden por estrés postraumático.
7. Los resultados de la investigación permitieron identificar cuáles son las variables que favorecen la conducta de agresión sexual y en base a esto implementar intervenciones efectivas. Una de las propuestas sería implementar programas enfocados a la disminución de ansiedad, fomentar la autoestima, habilidades sociales y disminuir las distorsiones cognitivas, estos resultados apoyan lo obtenido en otras investigaciones donde se menciona que el problema de agresión sexual a menores gira en torno a estos ejes.
8. A pesar de que nuestro estudio se realizó con una muestra relativamente pequeña, no pretendemos generalizar los resultados a los agresores sexuales de menores, sino más bien conocer a profundidad las características del grupo para en base a esto aplicar estrategias terapéuticas.

9. Si bien los agresores sexuales son personas que merecen un castigo por el daño cometido, también tienen derecho a un tratamiento que les permita reincorporarse a su medio y adquirir las herramientas para vivir dignamente, sobretodo porque estamos hablando de personas que en algún momento se reincorporaran al medio y es fundamental evitar su reincidencia.
  
10. El reto que implica tratar a los agresores sexuales no solo depende de los programas especializados sino que en los últimos años la situación del sistema penitenciario en México se ha agravado debido a la creciente población, a la corrupción, a la poca infraestructura destinada a las cárceles en México y a la falta de planeación y organización por parte del gobierno mexicano y el sistema de administración de justicia, por eso es necesario que las autoridades actúen en estas irregularidades, mejorando las condiciones del sistema penitenciario y se implementen programas de rehabilitación.
  
11. Finalmente queda decir que el abuso sexual infantil sigue siendo ocultado en la mayoría de los casos y ha generado graves repercusiones psicológicas para las personas que han sido abusadas sexualmente, corresponde a los psicólogos tratar a estas personas que han sufrido abuso sexual y a los agresores sexuales para su rehabilitación; además de desarrollar programas eficaces de tratamiento para así disminuir su reincidencia y abrir nuevas líneas de investigación que profundicen en el tema y favorezcan su reinserción al medio.



## REFERENCIAS.

- Alarcón, A. (2008). Agresores sexuales: características, evaluación y tratamiento. *Psicología Jurídica y Penitenciaria*. Universidad Nacional de Colombia.
- Barbaree, H. E. (1991). Denial and minimization among sex offenders: Assessment and treatment outcome. *Forum on Corrections Research*, 3: 30-33
- Besten, B. (1997). *Abusos sexuales en los niños*. Barcelona: Herder.
- Berkowitz, L. (1996). *Agresión. Causas, consecuencias y control*. España: Descleé de Brouwer.
- Bueno, G. y Sánchez, R. (1995). Violadores y agresores sexuales. *Boletín criminológico*, 15:1-4.
- Castro, M.E., López-Castedo, A., & Sueiro, E. (2009). Sintomatología asociada a agresores sexuales en prisión. *Anales de psicología*, 25(1): 44-51.
- Castro, M.E, López-Castedo, A., & Sueiro, E. (2009). Perfil sociodemográficos-penal y distorsiones cognitivas en delincuentes sexuales. *Revista Gallego-Potuguesa de psicología y Educación*, 17 (1, 2):155-166.
- Código Penal del Estado de México última reforma 03-01-1999 México. Cámara de Diputados Secretarios de la LIII Legislatura del Estado.
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso Sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Un enfoque clínico. Madrid: Ariel.

Echeburúa, E., Corral, P. & Amor, P.J. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. Vol. 4: 227-244.

Finkelhor, D. (1979). *El abuso sexual al menor. Causas, consecuencias y tratamiento psicosocial*. México: Pax.

Finkelhor, D. (1984). *Child Sexual Abuse. New Theory and research*. New York: The Free Press.

Garrido, V., Stangeland, P. & Redondo, S. (1999). *Principios de Criminología*. Valencia: Tirant Lo Blanch.

González, C., Ramos, L., Vignau, L.E., Ramírez, V. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24(6): 16-25.

González, E., Martínez, V., Leyton, C. & Bardis, A. (2004). Características de los abusadores sexuales. *Rev Sogía*, 11(1): 6-14. Recuperado de <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2004/XI1abusadores.pdf>

Gutiérrez, P. (2007). *Delitos sexuales sobre menores*. Buenos aires: La Rocca.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI. (2006). *Estadísticas a propósito del día internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres. Datos nacionales*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en colaboración con Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad (ICESI).

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI. (2006). *Estadísticas a propósito del día del niño*. México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI.
- Lameiras, M., Carrera, M.V. & Failde, J. M. (2008). Abusos sexuales a menores: Estado de cuestión a nivel nacional e internacional. *Revista d'estudis de la violencia*.
- Lyn, T. & Burton, D. (2004). Adult attachment and sexual offender status. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74 (2): 150-159.
- Marshall, W. (2001). *Agresores sexuales*. España: Ariel.
- Noguerol, V. (2005). *Agresiones sexuales*. España: Síntesis.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). Estudio multipaís sobre la salud de la mujer y violencia doméstica. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. OMS
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2005). *Informe Mundial sobre la violencia contra los niños y niñas*. Organización de las Naciones Unidas. ONU.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2006). *Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niño*, presentado por la Organización de las Naciones Unidas en Agosto 2006.
- Ortiz-Tallo, M., Sánchez, L.M. y Cardenal, V. (2002). Perfil Psicológico de Delincuentes Sexuales. Un estudio clínico con el MCMI-II de Th. Millon. *Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Barcelona*, 29(3): 44-153.

- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D. y Jiménez, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso infantil. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(2):131-139.
- Pervan, S. y Hunter, M. (2007). Cognitive distortions and social self-esteem in sexual offenders. University of Newcastle. *Applied Psychology in Criminal Justice* 3(1): 75-91.
- Pinto, B. y Aramayo, S. (2010). Estructura Familiar de Agresores sexuales. *Ajayu*, 8(1): 58-86.
- Redondo, F. Ortiz, O. (2005). *El abuso sexual infantil*. Boletín de la sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León.
- Redondo, S. (1992). Evaluar e intervenir en las prisiones. Análisis de conducta aplicado. PPU, Barcelona.
- Redondo, S., Sánchez-Meca, J. & Garrido, V. (2002). Los programas psicológicos con delincuentes y su efectividad: la situación europea. *Psicothema*; 14 supl. 164-173. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3487.pdf>
- Redondo, S. (2002). *Delincuencia sexual y sociedad*. España: Ariel.
- Redondo, S. (2006). Intervención intensiva con internos autores de delitos violentos y contra la libertad sexual. Barcelona: *Congrés Penitenciari Internacional: La función social de la política penitenciaria*, 181-199.
- Sánchez, C. (2000). *¿Qué es la agresión sexual?* Madrid: Biblioteca Nueva.

- Soler, C. y García, C. (2009). Delincuencia sexual y reincidencia. *Un estudio en las prisiones de Cataluña*. Catalunya: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Soria, M.A. & Hernández, J.A. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Marcombo.
- Storr, A. (1965). *Las desviaciones sexuales*. Buenos Aires: Horme.
- Szasz, I. (1998). *Los varones y la sexualidad*. Aportes del pensamiento feminista y primeros acercamientos a su estudio en México en Lerner, S. (comp). *Varones, sexualidad y reproducción*. El Colegio de México.
- Ulloa, R. y Navarro, G. (2011). Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud Mental*, 34:219-225.
- Valencia, O. L., Andreu, J. M., Mínguez, P., & Labrador, M.A. (2008). Nivel de reincidencia en agresores sexuales bajo. Tratamiento en Programas de control de la Agresión Sexual. *Psicología clínica Legal y Forense; Vol. 8: 7-18*.
- Valencia, O. L., Labrador, M.A., Peña, M. (2010). Características demográficas y psicosociales de los agresores sexuales. *Diversitas-perspectivas Psicológicas*; 6(2): 297-308.
- Villatoro, J., Quiroz, N., Gutierrez, M., Díaz, M. et al. (2006) *¿Cómo educamos a nuestros hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y factores Asociados*. México: Instituto Nacional de Mujeres (INMUJERES), Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### CARTA DE CONSENTIMIENTO

**Estudio de las características de personalidad de los agresores sexuales de menores.**

#### **Propósito del Estudio**

Este estudio ha sido diseñado para obtener un perfil socio-demográfico y psicológico de los agresores sexuales de menores con la finalidad de proponer un tratamiento psicológico eficaz que permita disminuir la probabilidad de la conducta delictiva.

#### **Procedimiento y duración.**

La investigación consiste en la realización de una entrevista semi-estructurada y la aplicación del Test de Matrices Progresivas, el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota (MMPI-II) y el cuestionario de Frases incompletas Sacks.

#### **Riesgos y molestias**

No se ha reportado que existan riesgos ni molestias posteriores al procedimiento.

#### **Beneficios**

- 1) El participante tendrá el beneficio indirecto de contribuir al entendimiento de su comportamiento.
- 2) Los procedimientos realizados en el protocolo NO tendrán costo monetario alguno para los participantes. Estos costos serán absorbidos en su totalidad por los investigadores.

#### **Compromiso**

Esta investigación tiene un costo, de tiempo y monetario para garantizar resultados confiables, por lo que es fundamental el compromiso de cada persona para participar.

#### **Confidencialidad**

Tus resultados serán estrictamente **confidenciales**, ni tu identidad ni tus resultados serán revelados.

#### **Participación Voluntaria / Suspensión de la Participación**

Tu participación en este estudio es voluntaria. Puedes rehusarte a participar o suspender tu participación en el estudio en cualquier momento. He leído la hoja de información y entiendo de

qué se trata el estudio. He hablado directamente con el investigador responsable y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin consecuencia alguna. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados.

---

Nombre y firma del Participante

---

Fecha

---

Nombre y firma del Investigador

---

Fecha



## ANEXO 2

<b>HISTORIA CLINICA</b>		
<b>DATOS GENERALES</b>		
NOMBRE COMPLETO	EDAD	ESTADO CIVIL
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	ESCOLARIDAD	
OFICIO	RELIGION	DELITO
DOMICILIO		SENTENCIA
<b>ANTECEDENTES ANTISOCIALES</b>		
Reclusión anterior por otros delitos	Delito	Tiempo recluso
<b>DATOS PSICOCRIMINOLOGICOS</b>		
¿Qué edad tenía cuando cometió el delito?_____ ¿Cuántos delitos ha cometido?_____ ¿Cuál es el parentesco con la víctima?_____		
¿Se encontraba sobrio el día de los hechos?___ ¿Cuál fue su participación en el delito?		
<b>ESTRUCTURA FAMILIAR PRIMARIA</b>		
Nombre del padre:_____		
Escarlaridad:_____		
Ocupación:_____		
Nombre de la madre:_____		
Escarlaridad:_____		

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Viven sus padres?

¿Qué edad tenía cada uno de los padres cuando falleció?

Hubo separaciones Si ( ) No ( )

Divorciados Si ( ) No ( )

Conoce las causas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Fue entregado para su crianza o educación a algún familiar? \_\_\_\_\_ ¿A qué familiar? \_\_\_\_\_ Motivos por los que fue entregado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía? \_\_\_\_\_ Tiene hermanos Si ( ) No ( )

¿Cuántos? \_\_\_\_\_

NOMBRE	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	EDO. CIVIL

Antecedentes familiares patológicos

Enfermedad mental ( )

Alcoholismo ( )

Infidelidad ( )

Drogadicción ( )

Epilepsia ( )

Violencia intrafamiliar ( )

Abandono ( )

Depresión ( )

Suicidio ( )

Abuso sexual ( )

ESTRUCTURA FAMILIAR SECUNDARIA

¿Cuál es su estado civil?

Ha estado casado Si ( ) No ( )

Por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

Cuántas veces ha estado casado (a): \_\_\_\_\_

Si ha estado casado (a) más de una vez indique como terminaron sus matrimonios

\_\_\_\_\_

Si está casado, actualmente: Vive su esposo (a) Si ( ) No ( )

Qué edad tiene: \_\_\_\_\_

Numero de años de casado (a): \_\_\_\_\_

Si está separado (a) o divorciado (a) actualmente tienen contacto con su esposo (a):

\_\_\_\_\_

¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiene hijos: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION

Existen hijos fuera del matrimonio: \_\_\_\_\_

Tipo de relación con ellos: \_\_\_\_\_

HISTORIA ESCOLAR

¿Hasta que grado escolar estudio?

<p>¿Cuáles fueron las causas de porque ya no siguió estudiando?</p> <p>Intereses especiales en algún área:</p>
<p>HISTORIA LABORAL</p>
<p>Edad en la que empezó a trabajar: _____</p> <p>Tipo de trabajo: _____</p> <p>Duración en el trabajo: _____</p> <p>Trabaja actualmente: Si ( ) No ( ) _____</p> <p>¿Cuáles fueron los motivos de sus despidos?</p>
<p>ADICCIONES Y/TOXICOMANIAS</p>
<p>¿a los cuantos años consumió alcohol? Edad, Cantidad, frecuencia, duración.</p> <p>Padece o ha padecido alcoholismo Si ( ) No ( )</p> <p>Farmacodependencia Si ( ) No ( )</p> <p>Otras sustancias: _____</p> <p>_____</p>
<p>HISTORIA DE SALUD</p>
<p>Enfermedades padecidas durante su vida: _____</p> <p>Enfermedades padecidas en el último año: _____</p> <p>_____</p> <p>Tiene enfermedades crónicas: Si ( ) No ( )</p> <p>Cuales: _____</p> <p>Intervenciones quirúrgicas: Si ( ) No ( )</p> <p>Edad que tenía y tipo de intervención:</p> <p>_____</p> <p>Enfermedades de tipo hereditario: _____</p>
<p>AREA SEXUAL</p>

Edad en que tuvo su primera relación sexual: \_\_\_\_\_

Recuerda la experiencia: \_\_\_\_\_

Sexualidad actual: Satisfactoria Si ( ) No ( )

Insatisfactoria Si ( ) No ( )

Masturbación Si ( ) No ( )

Homosexualidad (activa o pasiva): \_\_\_\_\_

Frecuencia de relaciones sexuales: \_\_\_\_\_

No. Parejas sexuales: \_\_\_\_\_

¿Ha padecido alguna ETS?

¿Ha sufrido impotencia sexual?

Métodos anticonceptivos \_\_\_\_\_

**DESCRIBIR EL EXAMEN MENTAL DEL PACIENTE**

Notas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_