



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y ASERTIVIDAD  
SEXUAL EN AGRESORES SEXUALES DE CUATRO CENTROS  
PENITENCIARIOS DEL PAÍS**

**PRESENTADA POR  
SIXTO SERAFIN BONIFACIO GUTIERREZ**

**ASESOR  
PAUL ROGER BROCCA ALVARADO**

**TESIS  
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN  
PSICOLOGÍA**

**LIMA – PERÚ  
2018**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**  
**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y  
PSICOLOGÍA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**SECCIÓN DE POSTGRADO**

**CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y ASERTIVIDAD SEXUAL  
EN AGRESORES SEXUALES DE CUATRO CENTROS  
PENITENCIARIOS DEL PAÍS**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN  
PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:  
SIXTO SERAFIN BONIFACIO GUTIERREZ**

**ASESOR:  
MG. PAUL BROCCA ALVARADO**

**LIMA, PERÚ**

**2018**

## **Dedicatoria**

A mis padres ya ausentes, por su motivación de siempre en mis logros académicos. Y a mis hijos, nietas y esposa por su trascendencia en mi existencia.

## **Agradecimientos**

A mis asesores que me orientaron en el desarrollo de la investigación. Dr. Manuel Fernández, Dr. Jesús Romero y al Mg. Paul Brocca.

A mis colegas de la Universidad Peruana Unión de Tarapoto y Juliaca que cooperaron conmigo en la aplicación de muestra en los penales de ese lugar, por su tiempo e interés en la investigación, de igual manera en Chimbote al colega Leonardo Fuerte por su apoyo en el penal de ese lugar. Y en Lima a la colega Lissette Casariego por su contribución en el penal de esta ciudad.

Al Psicólogo Wildman Vilca por el apoyo en el tratamiento estadístico y su orientación para la comprensión y la significancia de los resultados.

A las autoridades de los penales por brindarme el acceso a las instalaciones y a los internos por su colaboración para la aplicación de los instrumentos.

## ÍNDICE

<b>PORTADA</b>	i
<b>DEDICATORIA</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	iii
<b>ÍNDICE DE CONTENIDO</b>	iv
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	vi
<b>RESUMEN</b>	vii
<b>ABSTRACT</b>	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	ix
<b>CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO</b>	
1.1. Bases teórico-científicas del estudio.....	11
1.1.1. Personalidad.....	11
1.1.1.1. Definición.....	11
1.1.1.2. Trastornos de personalidad.....	12
1.1.1.3. Clasificación de los trastornos de personalidad.....	16
1.1.2. Asertividad sexual.....	18
1.1.2.1. Definiciones.....	18
1.1.2.2. Factores asociados.....	18
1.1.3. Agresión sexual.....	23
1.1.3.1. Definición.....	23
1.1.3.2. Características del agresor sexual.....	25
1.1.3.3. Factores asociados a la agresión sexual.....	27
1.1.3.4. Modelos tipológicos del violador.....	30
1.1.3.5. Teorías explicativas.....	33
1.1.3.6. Evaluación del agresor sexual.....	40
1.1.4. Asertividad sexual y agresión sexual.....	42
1.1.5. Personalidad y asertividad sexual.....	43
1.1.6. Definición de términos.....	44
1.1.7. Política administrativa de los centros penitenciarios en relación a los reclusos por agresión sexual.....	45
1.2. Antecedentes de la investigación.....	46

1.3. Planteamiento del problema.....	51
1.3.1. Descripción de la realidad problemática.....	51
1.3.2. Formulación del problema.....	53
1.4. Objetivos de la investigación.....	54
1.4.1. Objetivo general.....	54
1.4.2. Objetivos específicos.....	54
1.5. Justificación e importancia de la investigación.....	54
1.6. Limitaciones del estudio.....	55
<b>CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	
2.1. Hipótesis.....	56
2.2. Variables de estudio.....	56
2.3. Definición operacional de las variables.....	57
<b>CAPÍTULO III: MÉTODO</b>	
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	59
3.2. Población y muestra.....	59
3.3. Instrumento de recolección de datos.....	60
3.4. Procedimiento.....	65
3.5. Análisis estadístico.....	65
3.6. Aspectos éticos.....	69
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	
4.1. Análisis descriptivo.....	70
4.2. Prueba de normalidad.....	72
4.3. Correlación de las variables.....	73
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	
5.1. Explicación.....	77
5.2. Contraste con la teoría y resultado de otras investigaciones.....	80
<b>CONCLUSIONES</b>	
<b>RECOMENDACIONES</b>	
<b>REFERENCIAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	<i>Clasificación de los trastornos de personalidad.....</i>	16
Tabla 2.	<i>Distribución de las puntuaciones de los componentes del SAS.....</i>	62
Tabla 3.	<i>Estimaciones de consistencia interna de la escala de Asertividad Sexual.....</i>	66
Tabla 4.	<i>Correlaciones sub test – test del SAS.....</i>	67
Tabla 5.	<i>Estimaciones de consistencia interna del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.....</i>	67
Tabla 6.	<i>Correlaciones entre los componentes del MCMI-II.....</i>	68
Tabla 7.	<i>Patrones clínicos de personalidad.....</i>	70
Tabla 8.	<i>Patrones severos de la personalidad.....</i>	71
Tabla 9.	<i>Nivel de asertividad sexual.....</i>	71
Tabla 10.	<i>Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables en estudio.....</i>	72
Tabla 11.	<i>Coeficientes de correlación entre patrones clínicos de personalidad y asertividad sexual.....</i>	76

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la relación entre las características de personalidad y asertividad sexual en reclusos que cumplen condena por delito de agresión sexual, de cuatro centros penitenciarios del país (Perú). El tipo de estudio es cuantitativo, de diseño descriptivo correlacional transversal, en el cual participaron 184 reclusos, cuyas edades oscilan entre 18 y 60 años. En la recolección de datos, se utilizó el Inventario de Personalidad Multiaxial MillonII (MCMI-II) y la Escala de Asertividad Sexual (SAS).

Los resultados evidenciaron que existen una relación significativa y negativa entre las variables de estudio; de las 13 características de personalidad, se encontraron que 11 tenían una relación significativa y negativa con la baja asertividad sexual; con mayor acentuación en las dimensiones de inicio y rechazo; en la muestra estudiada.

**Palabras clave:** *característica de personalidad, asertividad sexual, agresión sexual*

## ABSTRACT

The present work of investigation has as objective to determine the relation between the characteristics of personality and sexual assertiveness in prisoners who fulfill sentence for crime of sexual aggression in four penitentiary centers of the country (Peru). The type of study is quantitative, of descriptive correlational transversal design, in which there took part 184 prisoners, whose ages range between 18 and 60 years. In the compilation of information, there was in use the Millon Clinical Multiaxial Inventory of Personality II (MCMI-II) and Sexual Assertiveness Scale (SAS).

The results demonstrated that there is a significant and negative relation between the variables of study; of 13 characteristics of personality, there was found that 11 had a significant and negative relation with a low level of sexual assertiveness; with major accentuation in the dimensions of beginning and rejection in the studied sample.

**Key words:** *personality characteristic, sexual assertiveness, sexual aggression*

## INTRODUCCIÓN

Actualmente en el país y en el mundo, nos encontramos frente a un grave problema psicosocial, que es el aumento alarmante de la violencia y agresión de distintas formas, y el que llama más la atención de los profesionales de la salud mental, es la violencia sexual, que la padecen niñas, adolescentes y adultos.

En la presente investigación se pretende ampliar la explicación sobre el problema y sus causas. Es así que el objetivo del estudio es relacionar la personalidad del agresor sexual con los niveles de asertividad sexual, y explicar en esa relación la conducta sexual agresiva, indiscriminada y compulsiva del agresor.

De los resultados se contribuirá a plantear nuevas estrategias de intervención y sobre todo de prevención en personas potencialmente agresores, interviniendo en etapas temprana de su desarrollo. De igual manera se pueda mejorar los programas de educación y formación personal del individuo, así como replantear la participación de los padres y demás miembros del grupo familiar.

La asertividad sexual se entiende como la capacidad de iniciar la actividad sexual, aceptarla o rechazarla y utilizar los métodos anticonceptivos como protección (Morokoff, 1997). No es una tarea fácil para los padres ni las instituciones educativas, de allí que es importante el conocimiento de los resultados para a partir de ello, implementar nuevas estrategias de intervención que relacionen las características de personalidad y la asertividad sexual.

El trabajo se sustenta en un marco teórico, definiendo y describiendo las variables, presentando los antecedentes de investigaciones previas, para luego plantear el problema señalando los objetivos que se espera alcanzar.

A continuación, se plantea el diseño que es de tipo descriptivo correlacional entre las características de la personalidad y la asertividad sexual; seguidamente se realizará el análisis estadístico de los datos que permitirán responder las hipótesis.

Se presentarán los resultados, describiendo y correlacionando las variables entre la personalidad y la asertividad sexual. Posteriormente se hará la discusión, explicando y contrastando con otras investigaciones previas con el respectivo marco teórico.

Finalmente se presentarán las conclusiones globales y las recomendaciones a partir de los resultados.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

### **1.1. Bases teóricas del estudio**

Para abordar la relación entre la asertividad sexual y la personalidad es pertinente establecer la definición de las variables para luego establecer la asociación entre ellas.

#### **1.1.1. Personalidad**

##### **1.1.1.1. Definición**

Feldman (1998) señala que el término en sí mismo se usa de dos maneras diferentes pero relacionadas, por un lado, la personalidad se refiere a las características que diferencian a las personas que hacen a un individuo único. Por el otro lado, la personalidad se usa como la forma de explicar la estabilidad de la conducta de las personas que los lleva a actuar uniformemente en diferentes situaciones y en períodos de tiempo distantes. Por otro lado, Delgado (1966) define la personalidad como el sistema de las disposiciones individuales dominantes según el cual se ordena y manifiesta la vida anímica de cada sujeto en lo que respecta a su espontaneidad, a su impresionabilidad y a su modo de reaccionar distintivos, con cierto grado de coherencia y con mayor o menor conciencia e intención por parte del yo. Entonces la personalidad es un constructo que reúne tres grandes factores, la dimensión biológica, psicológica y la social, de la relación estrecha de estas tres componentes, se estructura la identidad de sí mismo, sus necesidades y su motivación que impulsa su desarrollo.

Millon (1995) define la personalidad como el patrón profundamente incorporado que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que persiguen por largos periodos de tiempo. Estos rasgos emergen de una complicada matriz de disposiciones biológicas y del aprendizaje experimental. Hay dos procesos:

como interactúa el individuo a las demandas del medio ambiente y como se relaciona consigo mismo.

Las definiciones de personalidad son diversas, la coincidencia en todas ellas están en atribuirle en su estructura factores interno guiados por impulsos biológicos y factores externos que tienen que ver con el carácter y el aprendizaje en la interacción con el medio social a lo largo de la vida.

### **1.1.1.2. Trastornos de personalidad**

#### *a. Historia de los trastornos de la personalidad*

Los trastornos y tipos de la personalidad han sido descritos desde hace miles de años, como se ejemplifica en los cuatro temperamentos hipocráticos: el pesimista, melancólico; el abiertamente optimista, sanguíneo; el irritable, colérico; y el apático, flemático. Es interesante observar que cuando los primeros griegos teorizaban que dichos temperamentos estaban determinados por la proporción relativa de los cuatro humores corporales (bilis negra, sangre, bilis amarilla, y la flema, respectivamente) ya se estaban reflejando los actuales intentos por descubrir las bases biogenéticas de la personalidad.

A principios de siglo XIX, psiquiatras como Pinel, Esquirol, Rush y Pritchard, describieron tipos de personalidad socialmente inadaptados que encontraron en situaciones clínicas. Tipos más específicos de la personalidad fueron descritos a inicios del siglo XX, como, por ejemplo, Janet (1901) y Freud y Bleuler (1893-1895/1957) describieron los rasgos psicológicos asociados con la histeria, el precursor del trastorno histriónico de la personalidad.

Posteriormente, la teoría psicoanalítica sobre el instinto primario, propone que detenerse en los tres estadios psicosexuales del desarrollo infantil -la fase oral, anal, y fálica- permitía el desarrollo de los tipos de carácter dependiente, obsesivo-

compulsivo e histérico, respectivamente. Sin embargo, este punto de vista cambió cuando la teoría del instinto primario y el posterior modelo psicológico del ego de la teoría psicoanalítica fue gradualmente suplantada por la teoría de la relación de objeto, la cual propone que la personalidad se forma mayoritariamente en la primera infancia a partir de las relaciones parentales.

En este marco teórico, los rasgos de la personalidad de tipo dependiente derivan de la privación parental, los rasgos obsesivo-compulsivos de la lucha por el poder con las figuras paternas, y los rasgos histéricos, en parte, de la seducción y de la rivalidad con los padres. Los conceptos del trastorno límite y narcisista de la personalidad también se desarrollaron fuera de la teoría de la relación de objeto.

Desde una perspectiva completamente distinta, los fenomenólogos alemanes Kraepelin (1921) y Kretschmer (1925) describieron los tipos o trastornos de la personalidad en términos del concepto de espectro -teoría que apunta que los tipos de personalidad son variantes relacionadas genéticamente de la paranoia y de la psicosis afectiva (las cuales deberían ahora ser consideradas en los trastornos del Eje I). Estos primeros tipos de personalidad fueron los antecedentes de los actuales trastornos paranoide, esquizotípico, ciclotímico, y depresivo de la personalidad. Contrariamente Schneider (1958), otro fenomenólogo alemán, no suscribió el concepto de espectro pero consideraba que los trastornos de la personalidad representaban desviaciones sociales y variantes extremas de rasgos normales de la personalidad. Desarrolló el primer sistema comprensivo de categorías de trastornos de la personalidad, sistema que suministró un modelo para muchos de los que están contenidos en el CIE-10 (World Health Organization, 1992) y en el Manual de Diagnóstico Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-V, 2014).

Los trastornos de la personalidad han sido incluidos en cada versión del DSM, pero sólo los trastornos paranoide, obsesivo-compulsivo, y antisocial han sido categorías estables de este manual.

Algunas categorías actuales (por ejemplo, el trastorno límite de la personalidad) fueron añadidas en posteriores ediciones, mientras que otras (por ejemplo, el trastorno de la personalidad por inadecuación) fueron eliminadas. El sustrato teórico de las categorías (DSM -V) para los trastornos de la personalidad ha cambiado también con el paso del tiempo

Los cambios del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) y del (DSM-V) estaban dirigidos a incrementar la validez de las categorías de los trastornos de la personalidad incorporando los hallazgos provenientes de la creciente literatura empírica. Aunque las descripciones actuales del (DSM -V) intentan representar una síntesis óptima entre la tradición clínica y los hallazgos empíricos, tales descripciones probablemente continúen evolucionando con el tiempo a medida que nuestra comprensión de estos trastornos se incremente.

Las clasificaciones de trastorno de personalidad que los ofrecen las guías internacionales son importantes, sin embargo en toda evaluación clínica se debe considerar además de ellas la apreciación clínica del evaluador para determinar un diagnóstico de trastorno de la personalidad.

*b. Definición de los trastornos de personalidad*

Un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto (DSM IV, 1994). Es decir, los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones de

percepción, reacción y relación que son relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados, incluyendo una variedad de situaciones. Cada uno tiene patrones característicos de percepción y de relación con otras personas y situaciones (rasgos personales). Dicho de otro modo, toda la gente tiende a enfrentarse a las situaciones estresantes con un estilo individual pero repetitivo. Por ejemplo, algunas personas tienden a responder siempre a una situación problemática buscando la ayuda de otros. Otras siempre asumen que pueden manejar los problemas por sí mismas. Algunas personas minimizan los problemas, otras los exageran. Aunque las personas tienden a responder siempre del mismo modo a una situación difícil, la mayoría es propensa a intentar otro camino si la primera respuesta es ineficaz. En contraste, las personas con trastornos de la personalidad son tan rígidas que no pueden adaptarse a la realidad, lo cual debilita su capacidad operacional. Sus patrones desadaptados de pensamiento y comportamiento se hacen evidentes al principio de la edad adulta, frecuentemente antes, y tienden a durar toda la vida. Son personas propensas a tener problemas en sus relaciones sociales e interpersonales y en el trabajo.

Las personas con trastornos de la personalidad generalmente no son conscientes de que su comportamiento o sus patrones de pensamiento son inapropiados; por el contrario, a menudo creen que sus patrones son normales y correctos. Cuando las personas con trastornos de la personalidad buscan ayuda por sí mismas (frecuentemente, a causa de frustraciones), tienden a creer que sus problemas están causados por otras personas o por una situación particularmente difícil. Los trastornos de personalidad, definidas como tal, alteran el normal desenvolvimiento de la persona en todas las áreas de su vida, personal, familiar, social, laboral, relación de pareja, entre otros, experimentando niveles alto de insatisfacción, lo cual hace que sus relaciones interpersonales sean conflictivas.

### 1.1.1.3. Clasificación de los trastornos de personalidad

Actualmente la clasificación se basa en el DSM-IV así como el Manual de Clasificación Internacional CIE-10. (1992) Se esboza los siguientes trastornos de personalidad en estos dos tipos de clasificaciones:

Tabla 1

*Clasificación de los trastornos de personalidad*

DSM-IV	CIE-10
<p>Grupo A:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Trastorno paranoide de la personalidad.</li><li>• Trastorno esquizoide de la personalidad.</li><li>• Trastorno esquizotípico de la personalidad</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trastorno paranoide de la personalidad</li><li>• Trastorno esquizoide de la personalidad</li><li>• Trastorno disocial de la personalidad</li><li>• Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad</li></ul>
<p>Grupo B:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Trastorno antisocial de la personalidad.</li><li>• Trastorno límite de la personalidad.</li><li>• Trastorno histriónico de la personalidad.</li><li>• Trastorno narcisista de la personalidad</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trastorno histriónico de la personalidad</li><li>• Trastorno anancástico de la personalidad</li><li>• Trastorno ansioso o por evitación de la personalidad</li><li>• Trastorno dependiente de la personalidad</li></ul>
<p>Grupo C:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Trastorno de personalidad por evitación.</li><li>• Trastorno de la personalidad por dependencia.</li><li>• Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.</li><li>• Trastorno de la personalidad no especificado</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Otros trastornos de personalidad específicos</li><li>• Trastorno de personalidad, sin especificar</li></ul>

Los trastornos de la personalidad, según el DSM IV (1994), están reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características. El grupo A incluye los trastornos paranoides, esquizoide y esquizotípico de la personalidad.

Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisociales, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos. Es frecuente que los individuos presenten al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos.

Se caracteriza por ser un patrón estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta. El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo: una droga, una medicación o la exposición a un tóxico) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, traumatismo craneal). Los ítems en cada grupo de criterios para cada uno de los trastornos de la personalidad específicos son enumerados en orden de importancia diagnóstica decreciente según los datos relevantes sobre eficiencia diagnóstica (DSM – IV, 1994).

Algunos tipos de trastornos de la personalidad (especialmente el trastorno antisocial y el límite de la personalidad) tienden a atenuarse o a remitir con la edad, lo que no parece ser el caso en algunos otros tipos (por ejemplo, el trastorno obsesivo-compulsivo y el esquizotípico de la personalidad).

Las clasificaciones de los trastornos de personalidad nos ayudan a identificar un prototipo de estructura alterada que se van desarrollando a lo largo de la vida, estas estructuras patológicas no son tan fáciles de determinarlas hay que hacer uso de criterio clínicos rigurosos y fundamentados en el accionar de la personas para identificarlos como tal.

## **1.1.2. Asertividad sexual**

### **1.1.2.1. Definiciones**

La asertividad sexual está definida como la capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, negociar las conductas sexuales deseadas, emplear métodos anticonceptivos y asumir comportamientos sexuales saludables (Harlow, Grimley, Gibson, Burkholder, Morokoff, Quina, Whitmire 1997). También hace referencia explícitamente a la actividad sexual, ya que no siempre una persona asertiva lo es también en su vida sexual (Morokoff et al., 1997). Se considera que la asertividad sexual es una habilidad más difícil de desarrollar en mujeres, y esto se ha corroborado con estudios concluyendo que los hombres tiene un mayor nivel de asertividad sexual que las mujeres, al margen de sus respuestas y funcionamiento sexual (Santos & Sierra, 2010) Entonces la asertividad sexual se entiende como las habilidades o recursos que tienen las personas para interactuar adecuadamente en las relaciones sexuales con las parejas, respetando sus derechos, actuando con madurez y respeto.

### **1.1.2.2. Factores asociados**

En el estudio sobre este constructo, Vélez (2015) ha buscado medir los niveles de asertividad sexual y correlacionarlos, dando como resultado que de hecho se ha encontrado la correlación existente con distintos factores, que según estudios actúan sea como barrera o facilitador para su desarrollo (Zerubavel, 2010). Ejemplos de dichos factores asociados son: Factores Demográficos (género, edad y Educación); Culturales (estereotipos de género como el machismo y marianismo); Experiencias Sexuales (empoderamiento y experiencias de victimización); y factores psicosexuales (funcionamiento sexual, regulación de emociones). Este modelo

teórico Enzlin y López, (2013) lo consideran delimitado y claro, puesto que abarcan las correlaciones más conocidas de la asertividad sexual.

*a. Factores demográficos*

- **Género:** Se considera que las normas determinadas por género influyen en las relaciones íntimas y comportamientos sexuales, por tanto, hombres y mujeres expresan de diferente manera los pensamientos sexuales (Morokoff et al., 1997). Este constructo ha sido estudiado mayormente en poblaciones de mujeres debido a que se ha encontrado el desarrollo de este constructo es más complejo en este grupo (Santos-Iglesias & Sierra, 2010; López, & Enzlin, 2013). En este sentido, algunas de las investigaciones realizadas en esta temática, se han orientado a comparar la Asertividad Sexual con aspectos psicológicos del ser humano, tales como la autoestima, dando como resultado que mujeres con un nivel más alto de autoestima tendrán una mayor posibilidad de desarrollar una adecuada asertividad sexual, los mismos autores concluyen que los hombres tiene un mayor nivel de asertividad sexual que las mujeres, al margen de sus respuestas y funcionamiento sexual (Santos-Iglesias & Sierra, 2010).
- **Edad:** La Asertividad Sexual es muy importante en todas las etapas de la vida, pero se evidencia momentos claves para su desarrollo, tal es el caso de la etapa de la adolescencia y más adelante en la juventud, en donde se espera que hombres y mujeres ejerzan una vida sexual saludable, desarrollen habilidades de comunicación para hacerlo, que consideren a su cuerpo de una manera positiva, y que tengan la posibilidad de auto protegerse contra embarazos no deseados e Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) (Zerubavel, 2010). Se dice que el desarrollo de la asertividad sexual en estas edades, de

la adolescencia, no es fácil ya que al iniciar la actividad sexual, tienen poca capacidad de negociación, casi no conocen sus derechos sexuales y reproductivos, se puede ver una mayor influencia de la presión de grupos y miedo a ser rechazados por la pareja (Crooks & Baur, 2009; Rickert, Sanghvi & Wietmann, 2002; Eskin, 2003; López & Enzlin, 2013).

- **Educación:** El nivel de educación se puede considerar otro factor demográfico muy importante ya que una investigación centrada en la comparación entre mujeres graduadas y estudiantes universitarias, demostró que, a mayor nivel de educación, se desarrollará un mayor nivel de asertividad (Rodríguez, Johnson & Combs, 2001). Además, en esta misma línea, la literatura muestra la importancia del desarrollo de programas de educación sexual para su desarrollo y mejora de esta habilidad (Hirst, 2008; Farmer & Meston, 2006; López & Enzlin, 2013; Pick, 2006, citado por Santos–Iglesias & Sierra, 2010).

#### *b. Factores culturales*

Dado que plantean qué comportamientos son aceptados o no, la cultura y la sociedad son componentes fundamentales para el desarrollo de la asertividad sexual en mujeres como en hombres, enmarcándose en estándares de normalidad. En cuanto a la sexualidad es importante recalcar que esto se ve sometido a constante evaluación (Tiefer, 2004, citado por López & Enzlin, 2013). En el caso de las mujeres, se puede ver un claro seguimiento de los pensamientos de sus padres, por lo tanto, cuando sean sexualmente activas no conocerán que tienen derecho a comunicarse sobre su comportamiento sexual, para así proteger su salud sexual y su autonomía (Vaughn, Sanghvi & Wiemann, 2002).

La cultura y la sociedad enmarcan la vida de las personas con una especie de guiones sociales y sexuales, los cuales determinan el comportamiento humano, considerándolos como modelos cognitivos que se van asociando a las vivencias de cada persona. Estos modelos cognitivos incluyen mensajes dados por la cultura que definen la forma de un encuentro sexual, se considera que estos guiones trabajan en tres niveles: Cultural/Histórico (Familia, religión, escuela y medios de comunicación); Social/Interactivo (patrones establecidos por la interacción); y personal/ intrapsíquica (pensamientos y fantasías) (Simón & Gagnon, 2003, citado por López & Enzlin, 2013). En este sentido, la literatura ha reportado diferencias de género. Por ejemplo, a las mujeres estos guiones sexuales pueden causar impotencia y papel pasivo en todo lo que a su vida sexual se refiere, ya que será permitido tener una vida sexual activa bajo una relación comprometida y estable y por su parte a los hombres dichos guiones les permiten tener cualquier tipo de relación y dar inicio a una vida sexual activa y controlada por ellos mismos (Morokoff et al, 1997).

Aparte de los guiones sexuales, la cultura, especialmente en Latinoamérica, cuenta con estereotipos de género que han demostrado su correlación con la Asertividad Sexual: machismo y marianismo.

- El machismo se define como superioridad del hombre frente a la mujer, obteniendo muchos privilegios frente a la mujer, los mismos que se han ido marcando como algo natural de generación en generación (Pizano, 2013).
- Marianismo se define como un marcado culto a la superioridad espiritual femenina, considerando a las mujeres como moralmente superiores y espiritualmente más fuertes, mostrándose claramente como la otra cara del machismo en América Latina (Busch, 2011).

Estos son considerados como códigos morales establecidos por la sociedad, con una visión extrema de masculinidad o feminidad, marcando estereotipos de género que enmarcan rasgos de personalidad, actitudes, valores y comportamientos (Sánchez-Bravo, Morales-Carmona, Carreño-Meléndez & Martínez-Ramírez, 2005). En la cultura Latinoamericana, se considera como un obstáculo importante para desarrollar la asertividad sexual en la vida íntima, por el hecho de que los hombres mantienen un sentimiento de poder y las mujeres un sentimiento de sumisión. Técnicamente hablando, como resultado del machismo, el hombre puede exigir la actividad sexual, dejando de lado los derechos o deseos de la mujer (Gillian et al, 2004, Pérez-Jiménez, Serrano García & Seal, 2009 citado por López & Enzlin, 2013).

### *c. Factores psicosexuales*

En la historia de nuestra vida, las experiencias sexuales influirán en el desarrollo de la asertividad sexual. Morokoff et al. (1997) establecieron que existe una relación entre experiencias positivas o negativas y los niveles de asertividad sexual, si las experiencias son positivas, desencadenarán una mejor asertividad, por los sentimientos de confianza que brinda al individuo. En contraste, las experiencias negativas van de la mano con las dificultades de desarrollar esta habilidad (Livingston, Testa & Vanzile, 2007 citado por López & Enzlin, 2013). Auslander et. al (2007) demostraron en sus estudios que la cantidad de experiencias sexuales en las mujeres enmarcaran diferentes niveles de asertividad sexual. En cuanto a las mujeres, quienes tengan más experiencias sexuales serán más asertivas que las que no, al igual que si las experiencias son positivas o negativas influirán en el nivel de asertividad sexual, considerando que a menos experiencias negativas mayor será el nivel de asertividad sexual, y a más experiencias negativas el desarrollo de la

asertividad sexual se verá afectado y por tanto, la posibilidad de una nueva experiencia de victimización se incrementa (Quina et al, 2000, citado por López & Enzlin, 2013).

#### *d. Empoderamiento y victimización*

De igual manera, se considera al empoderamiento como un mecanismo con el cual las personas llegan a tener control sobre su vida (Rappaport, 1981; 1987; Swift & Levin, 1987, citado por Vázquez, 2004). Zerubavel (2010) mencionó en su investigación que las mujeres que tienen dificultades con el empoderamiento, se encontrarán en situaciones de vulnerabilidad, desencadenando miedo al hablar de su sexualidad con su pareja, y por tanto presentan un bajo nivel de asertividad sexual. Si las personas presentan miedo, no tendrán la facilidad de negociar con su pareja, por ejemplo: cuando den inicio a su vida sexual, se dejarán llevar por el miedo y mantendrán una relación no deseada, ya que esto dará paso a la victimización dentro de la pareja. (Harlow, Morokoff, Redding, Sookhyun, Rossi, Kathryn, Mayer, Koblin, & Brown-Peterside, 2009). La victimización según Finkelhor (2008, citado por Pereda, Guilera & Adad, 2014) es entendida como el daño o perjuicio causado a una persona por el comportamiento contrario a las normas sociales de otra persona o grupo de personas. Está asociada directamente a un nivel bajo de asertividad sexual, ya que la depresión y ansiedad pueden causar sentimientos de dependencia, impotencia y muchas veces de sumisión (Morokoff, et al. 2009).

### **1.1.3. Agresión sexual**

#### **1.1.3.1. Definición**

La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como: todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, o insinuaciones no deseados, o las

acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. (OMS, 2002)

La violencia sexual incluye todo acto de índole sexual donde no existe el consentimiento de una de sus partes. Es un acto de violencia deliberado por parte de la persona agresora donde se ultraja emocional y físicamente la integridad del ser humano.

Una agresión sexual es cualquier tipo de violencia de naturaleza sexual cometida contra otra persona, atacando su libertad sexual. Aunque la agresión sexual esté asociada al crimen de violación, puede cubrir otros tipos de violencia que generalmente no encajan en la definición de violación (Katherine Ramsland, 2005)

Se considera como agresión sexual la relación sexual ilegal sin consentimiento con otra persona. Incorre en agresión sexual quien tuviere acceso carnal con otra persona sea por vía vaginal, anal u oral con uso de medios, modos o instrumentos que supongan intimidación, fuerza o engaño. El término de agresión sexual, desde el punto de vista médico, engloba los conceptos jurídicos de estupro, violación y agresión sexual.

Desde el punto de vista legal, existen diferentes formas de delito contra la libertad sexual, con pequeños matices entre ellas y las define a través de la agresión sexual, abuso sexual y violación.

La agresión sexual es cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. La violación: es la agresión o abuso sexual consistente en la penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal, o la

introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales por vía vaginal o anal.

Por otro lado, Calvente (2009) afirma que son actitudes y comportamientos que realiza una persona sobre otra, es un acto que pretende dominar, poseer, a la persona a través de la sexualidad. Unas veces el agresor actúa desde la violencia explícita hacia la víctima, que se siente impotente, desprotegida y humillada. Otras veces, se vale de la confianza en él depositados para desde la cercanía de una relación afectiva, romper los límites de la intimidad e introducir elementos eróticos, sobre todo en niñas y adolescentes, sin su consentimiento o conocimiento. Para que un acto se pueda definir como abuso, debe cumplir con tres elementos a saber:

- Uso de la fuerza física o emocional y/o colocación de la víctima en incapacidad para discernir por medio de sustancias psicotrópicas.
- Contacto sexual.
- Desacuerdo de la víctima.

Desde el punto de vista legal y clínico, el abuso sexual se define como el coito forzado que ocurre bajo fuerza física o coerción psicológica. Asimismo, la violación se define como el abuso sexual en el que se produce penetración vaginal, anal u oral del ofendido por el agresor, incluso puede realizarse con cuerpos extraños.

#### **1.1.3.2. Características del agresor sexual**

Las características personales de los agresores son la conducta general violenta, menor autoconcepto, déficit asertivo, autoritarismo, sistema de creencias y escasas habilidades para el manejo del estrés.

La mayoría de ellos no son extraños a los niños o víctimas, de hecho, a la mayoría de ellos son conocidos por ellos, se podría decir que son amigos y no todos son adultos, podría ser algunos adolescentes. Es el ofensor, el abusador, el que inicia la

actividad sexual, siempre es responsable por el abuso, no importa lo que la víctima diga o haga. La persona que tiene este trastorno confunde sus sentimientos y su percepción, a tal punto que no llega a ver las reacciones de ansiedad, temor o dolor que sufre la víctima por la agresión sexual, los malinterpretan y los entienden como si fueran parte de una especie de placer gozo. (Gonzales, E. 2004)

La mayoría de los agresores son varones, aunque existe un porcentaje importante de mujeres. En los casos en que una mujer aparece como agresora, es frecuente que se trate de un tipo de abuso difícil de catalogar, en efecto, el caso más frecuente que se ha encontrado es el de adolescentes que tienen relaciones sexuales con mujeres adultas, con su propio consentimiento. El sexo del agresor está relacionado con las conductas que éste pone en juego durante el abuso, los varones practican con más frecuencia la agresión sexual.

La mayor parte de los agresores son adultos de mediana edad. Pero la edad del agresor es suficientemente variable como para que no podamos hablar de un determinado tipo de agresor (Larrota y Rangel, 2013). Además, normalmente conoce a los niños; sólo un porcentaje de los abusadores son desconocidos de la víctima. A pesar de esto, los agresores pueden tener muy diversas relaciones con las víctimas. Estas agresiones se producen en todos los grupos sociales, pero lo cierto es que los agresores de clases acomodadas acuden más a relaciones bajo pago en redes de prostitución de las grandes ciudades y/o el turismo sexual hacia otros países.

El agresor sexual tiene todas las características antes señaladas pero el problema está que no son perceptibles externamente de manera cotidiana no están dirigidas a este fin, lo sobrellevan como impulsos internos que hace presión hasta que en un momento rebasa los controles y sale en situaciones propicias para él y cuando esto

se exterioriza, utilizan la manipulación atemorizando a sus víctimas para mantener oculto el acto.

### 1.1.3.3. Factores asociados a la agresión sexual

Son diversos entre ellos tenemos: características de la personalidad, área cultural, área sexual, área social y trastornos de la personalidad asociados.

- **Personalidad:** entre las características de la personalidad de un abusador sexual según De la Torre (2012), se encuentra: una acentuada inmadurez emocional, desequilibrio afectivo que se proyecta en las conductas repetitivas, se puede manifestar en un comportamiento tímido, inhibido, reservado este comportamiento resulta paradójal en la conducta sexual, dificultades para la comunicación interpersonal, puede existir cierto aislamiento, la búsqueda de afecto en otra persona es evidente y como medida de protección niega su conducta sexual manifestando como un recurso protector de tipo inconsciente. Por otra parte, Besten (2001) en su obra *Abusos sexuales en los niños*, refiere que: Los autores de actos sexuales son personas normales, son profesores, terapeutas, vendedores, médicos, sacerdotes, pedagogos, funcionarios, padres de familia, vecinos, tíos, hermanos, abuelos, etc. Así entonces, tenemos que, de acuerdo con lo anterior, cualquier persona, bajo ciertas condiciones puede emitir una conducta de abuso sexual, por lo tanto, se debe desechar la idea de que un abusador sexual es una persona perversa y enferma que se encuentra escondida en un rincón oscuro esperando el momento adecuado para atacar a su víctima, esto no es así. Esto implica que no hay un patrón definido pre determinado dentro de la patología como única condición potencial de agresión sexual, sino que también puede ser llevada a cabo por persona con comportamiento funcional

social externamente adaptable. En otras investigaciones, Soto (2011) citado por De la torre (2012), se considera que el agresor sexual presenta los siguientes rasgos: insensibilidad a los demás colocando sus deseos por encima de las necesidades o el bienestar de quienes lo rodean, utilizan un lenguaje violento o amenazante en donde consideran que todas las mujeres son mentirosas y prostitutas esto puede ser acompañado por amenazas de violencia para obtener lo que desea de personas que él considera débiles e inseguras, poseen una infancia marcada por abusos, maltratos y privaciones materiales y/o afectivas. Por lo tanto, poseen una baja autoestima que encuentra su máxima plenitud a través del sometimiento sexual, ira excesiva frente a problemas menores, egoísmo, capacidad de seducción, destreza para la manipulación e intolerancia a las frustraciones. En su entorno social, familiar y cultural se destacan por su confiabilidad y por su inteligencia, el abusador cree que él puede llegar a ser rico, famoso o extremadamente exitoso de otras maneras, si otras personas no lo estuvieran deteniendo, usa las mentiras para controlar la información disponible y por lo tanto controlar la situación. Las personas abusadoras a menudo pretenden que saben lo que otros están pensando o sintiendo.

- **Área Sexual:** Muchos investigadores, como Esbec y Echeburúa (2011) comentan que el sujeto que comete un abuso sexual, manifiesta una intensa voluntad de autoafirmación, especialmente la afirmación de la masculinidad, es muy poderosa en los varones. Cuando esta afirmación no se produce normalmente en el desarrollo, da por resultado un cúmulo enorme de agresiones desviadas. Un intenso sentimiento de inadecuación social y sexual puede motivar a un violador a superar dichos afectos; agrediendo

sexualmente a una mujer, en un intento de tener dominio y control. Poder y control son temáticas que aparecen frecuentemente en las investigaciones sobre violadores sexuales, y que están ligados fuertemente a la noción de humillación a la víctima. En los agresores sexuales, fallan los frenos inhibitorios. Buscan el placer inmediato, muchos de ellos saturados, cargados de estrés; se refugian en el alcohol, en la soledad. El impulso de violar, de agredir sexualmente es una adicción, no se cura, se trata de controlarlo.

- **Área social:** Peligrosamente la sociedad está incrementando y aceptando imágenes sexuales violentas en todas sus formas: revistas, televisión, internet, videos. Las conductas desviadas se vuelven comunes en los materiales que nosotros leemos, escuchamos y vemos. Sirven de estímulo para las fantasías sexualmente desviadas. Paralelamente, estas conductas aparecen en crímenes sexuales, particularmente los realizados contra extraños/as. Uno de los peligros sociales es la pornografía, cada vez más violenta, donde se trata a la mujer y a los niños como objetos. Les quitan su humanidad y enseña que el sexo solo sirve para la gratificación sexual, en donde las necesidades físicas o emocionales de la pareja no tienen relevancia. Por otro lado, algunos sujetos que cometen abuso sexual son provenientes de hogares disfuncionales o sufrieron algún tipo de agresión sexual (Castro, López-Castedo y Sueiro 2009).
- **Habilidades sociales:** El violador o agresor sexual sería una persona con incapacidad de mantener relaciones sociales y afectivas solidarias y/o carente de autoestima o asertividad. Es la hipótesis de la inmadurez social que busca gratificación fuera de cauces establecidos y hay una gran presencia de

fantasías sexuales frente a encuentros reales, normalmente estos agresores cometerán los delitos de forma impulsiva.

Ciertamente existen muchos factores que explican la conducta sexual agresiva de estas personas, como son la personalidad inmadura, muchas veces traumatizada por agresiones similares, también juega un papel importante el medio social, que muchas veces incentiva o refuerza la conducta sexual libre sin restricciones, con exposiciones pornográficas sin control, sumándose a la vez con carencia de valores, principios y el respeto al prójimo que debiera inculcarse desde los hogares.

#### **1.1.3.4. Modelos tipológicos del violador**

Se han construido muchos modelos tipológicos en el intento de buscar una personalidad del violador; actualmente se busca la construcción de perfiles criminales multimodales. (Soria, 1994). Si se observa desde el punto de vista de la motivación del agresor sexual se ha desarrollado:

- ***Violador de agresión desplazada:*** Cuyo objetivo es el de agraviar y humillar a la víctima en ausencia de una excitación sexual inicial.
- ***Violador compensatorio:*** Consiste en la motivación básica de demostrar a la víctima su competencia sexual donde las fantasías están centradas en imágenes con víctimas complacientes a sus deseos sexuales.
- ***Violador sexual agresivo:*** Son aquellos que activan su estimulación sexual a partir del daño infringido.
- ***Violador impulsivo:*** Se desarrollan en una oportunidad no prevista.

Por otro lado, Soria (1994) desarrolla una de las más descriptivas:

- ***Violador de afirmación de poder:*** Es el menos violento de los violadores y el menos competente en su interacción social; lleva una vida solitaria, pasiva y altamente fantasiosa e incurre a la violación para elevar su autoestima.

- **Violador por venganza:** Mediante su agresión pretende desquitarse de las injusticias reales o imaginarias que han padecido. Socialmente es competente, impulsivo y comete la violación como una expresión de venganza.
- **Violador depredador:** Su afán es demostrar su virilidad, masculinidad, ante una sensación de superioridad por su género. Emplea la violencia sin discreción para llevar a cabo su cometido, previa la planificación y preparación criminal.
- **Violador sádico:** Es denominado como el más peligroso de los violadores y su accionar es una manifestación de sus fantasías sexuales agresivas que pueden llegar al homicidio con facilidad. La mayoría de ellos podrían tener personalidades antisociales.

Tomando en cuenta que los abusadores sexuales no constituyen un grupo homogéneo, se ha intentado clasificar a los abusadores en distintos tipos, de manera que se pueda orientar el trabajo clínico. Según las inclinaciones sexuales de los abusadores se clasifican en:

- **Abusadores extrafamiliares o pedófilos:** Sus impulsos, intereses y fantasías sexuales están centrados en niños y/o niñas. No manifiestan haber tenido relaciones sexuales adultas exitosas y son más bien solitarios. Pueden ser generosos y estar muy atentos a todas las necesidades del niño que no estén relacionadas con la victimización sexual, de manera de lograr ganar su cariño, interés y lealtad y asegurar así que la víctima mantenga el secreto. Un solo pedófilo puede cometer cientos de abusos sexuales.
- **Abusadores intrafamiliares, endogámicos o incestuosos:** Dirigen sus intereses sexuales preferentemente hacia las niñas de sus familias. Se

encuentran mejor integrados a la sociedad y pueden lograr mantener una fachada intachable. Es realizado por padres, hermanos, abuelo, tíos etc.

Según la exclusividad de la atracción por niños pueden ser:

- ***Pedófilos exclusivos:*** Individuos atraídos sexualmente solamente por niños.
- ***Pedófilos no exclusivos:*** Individuos atraídos sexualmente por adultos y niños.
- ***Según el sexo de las víctimas:*** Con atracción sexual por los hombres, mujeres o ambos sexos.

Según la edad de las víctimas se pueden subdividir en:

- ***Abusadores pedófilos propiamente dichos:*** Eligen niño pre púber, sin hacer distinción en cuanto al género. Presentan importantes rasgos de inmadurez e inadecuación.
- ***Abusadores hebefílicos:*** Prefieren púberes o adolescentes y tienen mejor adaptación social.
- ***Abusadores de adultos:*** El abuso sexual se acompaña de violencia física y psicológica.

Según el estilo de la conducta abusiva se clasifican en:

- ***Abusadores regresivos:*** Estos adultos presentan un desarrollo normal de su sexualidad, es decir, llegan a la edad adulta con la capacidad de sentir atracción sexual por adultos del sexo opuesto o de su mismo sexo. La necesidad de seducir y de abusar sexualmente de los niños se produce por deterioro de sus relaciones, ya sea conyugales o experiencias traumáticas. En general el abuso es intrafamiliar.
- ***Abusadores obsesivos o pedófilos o fijados:*** Hombres o mujeres que abusan de varios niños, presentando una compulsión crónica y repetitiva a

hacerlo. Están casi siempre implicados en situaciones de abuso sexual extra familiar. La relación abusiva les da la ilusión de amar y ser amado por alguien poco exigente y extremadamente gratificante.

#### **1.1.3.5. Teorías explicativas**

##### **a. Teoría del afrontamiento**

Esta teoría postula que algunos niños no pueden inhibir su respuesta agresiva a la hora de realizar conductas sexuales por una combinación entre patrones de relación destructivos con sus padres, y porque tanto agresión, como el comportamiento sexual, tienen idénticas influencias biológicas, esto significa que ambas conductas se procesan por las mismas vías neurológicas, lo que contribuye a su manifestación conductual simultánea si no se ha producido un aprendizaje diferencial entre ellas. Ante la influencia biológica poco se puede hacer, especialmente si el entorno ambiental no es el más adecuado. Este patrón se adquiere principalmente, en función del estilo de apego que se tenga con los padres. La relación de apego está formada por dos componentes: uno de ellos es la imagen de los demás, que se forma, en función de la disponibilidad de la figura de apego y en la apreciación de que es alguien de confianza; el otro componente es la imagen de sí mismo que se crea en relación a cómo se comporta su propia figura de apego, y que dará lugar a que se sienta una persona digna de ser amada e interesante para los demás. Del lugar en que cada sujeto se sitúe en estas dos dimensiones de intimidad y autonomía, se derivan los patrones de relación que establecerá con personas significativas de su entorno (Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola y Sainz de Murieta, 2001). Si atendemos a la clasificación realizada por Bartholomew, encontramos los estilos de apego seguro e inseguro, dentro del que se incluyen el preocupado, el

temeroso/ evitativo y el despreciativo/evitativo (Bartholomew, 1996, citado en Vázquez, 2005).

En el estilo seguro, para el niño, la figura de apego se percibe como una base de seguridad que le permite concentrarse en otras tareas, ya que tiene la certeza de que, si fracasa en su intento, estará ahí para ayudarlo; además, ha contribuido en la construcción de su identidad y del sentido de pertenencia que ha desarrollado, en cuanto a que no se encuentra solo en el mundo, sino que esa persona es su referente, con claros vínculos emocionales. Si no se establece este tipo de apego entre unos padres y su hijo, el niño aprenderá que esas figuras no son de referencia, puesto que a veces están y a veces no, a veces le demuestran su afecto y otras su desprecio, independientemente de la conducta del niño. De esta forma, estos estilos convierten al niño en una persona con una baja autoestima, falta de habilidades sociales y de resolución de problemas, egocéntrico, puesto que sólo busca su propia satisfacción y con dificultades en las relaciones sociales.

Cuando llega a la adolescencia, el niño puede utilizar el sexo como una forma de afrontamiento ante la ansiedad, las frustraciones y/o el miedo, conducta que se ve doblemente reforzada: por un lado, por la disminución de ese malestar emocional previo y, por otro, por el propio placer sexual. Teniendo esto en mente, parece que está claro que cualquier persona con estos antecedentes que se encuentre en una situación personal estresante, o con determinados problemas mentales, tales como depresión, ansiedad no hará sino potenciar este mecanismo de adaptación que ha aprendido a utilizar ante las dificultades. Como cualquier conducta humana, y poniéndolo en relación con el tema que nos ocupa, podemos considerarlo un continuo en el que en el extremo más leve podríamos situar la masturbación compulsiva y, en el más grave, las agresiones sexuales seriales, de hecho, Marshall

y su equipo han demostrado que los agresores sexuales utilizan el sexo como principal mecanismo de afrontamiento.

Interpretamos esta teoría como la influencia del padre en el apego seguro o positivo que el niño desarrolla con el padre, de tal manera que crecerá seguro, con confianza en sí mismo, con estima adecuada y capacidad de afronte suficiente a sus problemas; y el estilo inseguro o negativo donde el apego con el padre le genera ansiedad, inseguridad, y baja autoestima, por ello no podrá manejar en el futuro la resolución de sus conflictos y esta insatisfacción lo puede canalizar a través de la agresión sexual.

#### ***b. Teoría de la adicción sexual***

Marshall (2002), nos explica cómo se inicia el problema, Carnes y Coleman nos explican cómo y por qué se mantiene, pese a las nefastas consecuencias que puede conllevar. Carnes lo definió en 1970 como un trastorno adictivo en el que el síntoma nuclear es la incapacidad para controlar de forma adecuada la conducta sexual (Carnes, 1970, citado en Briet, 2004).

Hay que atender a las diferencias entre el comportamiento compulsivo, el impulsivo, y el adictivo: el objetivo de la compulsión es aliviar la ansiedad u otro estado de ánimo negativo, por lo que el comportamiento se mantiene mediante un reforzamiento negativo; por su parte, la impulsividad se caracteriza por la dificultad para posponer una gratificación que se siente inmediata, por lo que este comportamiento se mantiene por reforzamiento positivo; la adicción produce placer y alivio de forma simultánea, por lo que comparte características de ambas conductas anteriores y, en este caso, se mantiene por un doble reforzamiento, como acabo de mostrar. Como se puede comprobar, en las tres opciones hay una necesidad

imperiosa en el sujeto de obtener una gratificación inmediata, con independencia de las consecuencias que se deriven de ella (Briet, 2004).

Coleman fue el que atribuyó el desarrollo de este comportamiento sexual adictivo a dos dinámicas: una que predispone a un individuo al uso compulsivo de sustancias para aliviar el dolor emocional, y otra que, dentro de esa predisposición, lleva al individuo a seleccionar determinados comportamientos sexuales para aliviarlo (Romero, 2005).

Según Coleman, y muy en la línea de lo que Marshall, citados por De la Torre (2012) propone en su teoría, el origen son disfunciones en la familia del individuo, como abusos o negligencias en la niñez. Estos vínculos disfuncionales afectan a la habilidad de los niños para autorregular sus afectos y les privan de la capacidad de disfrutar de una relación íntima saludable, puesto que nunca han experimentado ninguna; el niño desarrolla un sentido de vergüenza por el que se percibe a sí mismo como la causa de ese rechazo de sus padres, y como resultado de esto se siente desvalorizado e inadecuado. La vergüenza y la baja autoestima repercuten en sus relaciones interpersonales, dificultándolas hasta el punto de ser disfuncionales e, incluso, inexistentes, lo cual disminuye aún más su autoestima y esta situación es la que provoca que trate de evadirse para aliviar el malestar emocional que siente (Romero, 2005). Ya hemos visto que el apego está directamente relacionado con las creencias sobre uno mismo y sobre los otros, por lo que estos esquemas interiorizados en la infancia se van a mantener a lo largo del tiempo. Si, tal y como apuntaba en la teoría de Marshall, esto lo consigue mediante conductas sexuales, éstas se convertirán en la estrategia de afrontamiento ante cualquier dificultad que se le presente, de forma que cuando de adulto se le presenten situaciones estresantes o que le generen ansiedad, al no haber aprendido a tolerarlas, utilizará

el sexo como un medio para aliviar esas sensaciones (Romero, 2005; Malamuth, citado en Romi, 2004).

El abuso de sustancias para aliviar el dolor emocional está en la base de cualquier conducta adictiva, por lo que observamos en la adicción sexual una similitud con otros patrones de adicción al alcoholismo, o a sustancias, que se caracterizan por (Briet, 2004; Romero, 2005):

- Pérdida de control, manifestada por un deseo férreo y/o por una incapacidad para inhibirse
- Repetición de la conducta a pesar de las consecuencias negativas
- Obsesión o preocupación por mantener el comportamiento adictivo, a pesar de conocer el daño tanto para sí mismo como para los otros

Hasta aquí, se ha tratado de explicar el proceso que se da hasta que un individuo comete su primer delito, y cómo este comportamiento puede mantenerse, pero llegados a este punto podríamos preguntarnos cómo es posible que no se dé cuenta del daño que hace, si también él es una persona. En este momento, entran en juego los mecanismos de defensa y determinados patrones cognitivos que investigaciones posteriores han puesto de manifiesto en los agresores sexuales, como ya mostraré: las personas que son adictas al sexo viven reactivamente, funcionando con un pensamiento automático que rara vez les permite conocer las razones de sus conductas. Esto conlleva que almacenen sus pensamientos y recuerdos de forma compartimentada, sin poder relacionar unos con otros, lo que dificulta el reconocer sus problemas y que estaría en la base de fenómenos disociativos leves (Carnes, 2002, citado en Romero 2005). Algunas de las características que nos hablan de estos fenómenos son la falta de conciencia de estos patrones de conducta, pobres recuerdos de los incidentes, aunque sean recientes, conciencia borrosa y sensación

de que lo realizan de forma automática, sin tener ningún tipo de control sobre sí mismos. Así, experimentan una identidad disociada y son conscientes de sus contradicciones, lo que les lleva a sentir más ansiedad que tienen que liberar, realizando de nuevo el comportamiento adictivo (Romero, 2005).

Para terminar, simplemente señalar que es muy importante realizar un diagnóstico diferencial con el trastorno límite de la personalidad, ya que ambos trastornos comparten síntomas comunes como la impulsividad, la inestabilidad afectiva, la reactividad del estado de ánimo, comportamientos de riesgo (Romero, 2005).

Existen muchas teorías desarrolladas para explicar la génesis de la conducta del agresor sexual, sin embargo, hay que considerar una visión integrada de estos factores que pueden ser muy particular en cada caso, visto de una manera individual como lo recomienda el criterio clínico para ser evaluado y considerado dentro de su contexto para el abordaje desde diferentes instancias.

En cuanto a la historia social familiar del agresor sexual, aunque no se puede hablar de un único perfil del agresor, ni de antecedentes determinantes, sí se deben considerar algunas características que son relevantes y guardan alguna correlación con la conducta sexual. De estas características se debe considerar la exposición por observación o victimización a la violencia en la familia de origen, la baja autoestima, el déficit en habilidades verbales y asertividad, así como el consumo de alcohol y drogas, asimismo se ha de considerar que por sí misma no es una variable suficiente para explicar el abuso, pero son desinhibidores de la agresión. (Noguerol, 2005). De estas cuatro variables, se señalan dos: la historia de maltrato y el consumo de alcohol.

Antecedentes de maltrato: los niños que han tenido infancias desestructuradas y muy deficitarias, cuando son adultos desarrollan modelos de afectividad patológica y de sexualidad inadecuada.

Aparecen actitudes machistas y se podrían desarrollar actitudes inadecuadas con la pornografía (Romero, 2006). De acuerdo con Marshall y Marshall (2002), los delincuentes sexuales tienen una alta probabilidad de crecer en hogares en los que el apego con sus padres ha sido una experiencia destructiva que les ha enseñado a enfrentarse a los problemas con violencia o cualquier estrategia para no ocuparse de ellos; en ambos casos hay un sentimiento de auto indulgencia, de no asumir la responsabilidad personal. El origen de todo habría que ponerlo en las características de las familias de los delincuentes sexuales, dominadas por el consumo de alcohol, el abuso y la negligencia hacia sus hijos, actividades delictivas y aislamiento social.

Por ello se asume que en estas personas hay procesos de socialización deficientes debido a la desestructuración familiar, violencia física o psíquica ejercida por parte de sus progenitores, problemas de aprendizaje, fracaso escolar, alcoholismo en la familia, abuso emocional o sexual en la infancia, etc. (Carcedo & Reviriego, 2007).

De acuerdo con Gerardin & Thibaut (2004) los factores ambientales que explican las agresiones sexuales en los adolescentes van desde la exposición a modelos de conducta agresiva, experiencias de maltrato, exposición a la pornografía y abuso de sustancias. Estos autores encontraron que el 66% de una muestra de agresores sexuales adolescentes había sufrido victimización de orden físico (19%) o sexual (49%).

En otros estudios se ha encontrado que los ofensores sexuales estaban bajo la influencia del alcohol en el momento en que cometieron la agresión, y ésta variaba del 3.4% hasta el 72%. Aunque el consumo ha sido identificado como un problema

para muchos ofensores sexuales, el papel del abuso de sustancias en la ofensa sexual permanece incierto (Díaz, 2003).

#### **1.1.3.6. Evaluación del agresor sexual**

Desde una perspectiva general no resulta fácil acometer el estudio de las conductas violentas. La terminología que habitualmente se viene empleando, violencia, agresividad, delincuencia, etc., conjuntamente con los juicios de valor que dichos términos suscitan, induce a confusión.

Como ya se ha comentado, dentro de la categoría agresores sexuales se engloba una población muy heterogénea, no solo en lo que se refiere al tipo de actividad delictiva y a la comisión o no de los otros delitos no sexuales, sino también en características personales, proceso de socialización, psicopatología, estilos de vida, tasa de reincidencia y respuestas al tratamiento.

Además, muchas veces los factores individuales son demasiados para adscribir el caso a una categoría o clasificación dada, sobre todo si esta ha de condicionar diferentes tipos de tratamiento y diferentes predicciones de riesgo y de éxito al tratamiento.

Cuando se evalúan delincuentes sexuales, se deberían intentar establecer los siguientes objetivos:

- El alcance y la magnitud de la desviación sexual.
- La existencia o no de una amenaza social inmediata o a largo plazo.
- Si se pueden modificar las cogniciones, actitudes, reacciones emocionales y conductas erróneas.
- Que programas de tratamiento deberían ser los más apropiados y nivel de motivación.

Se van a revisar brevemente algunos de los métodos que se vienen utilizando en la evaluación psicológica de los agresores sexuales.

- **La entrevista:** En muchos casos una historia social meticulosamente recabada puede proporcionarnos un nítido panorama del proceso de desarrollo del sujeto. Cuando éste se contraste con su status psicológico actual, con sus respuestas a un combinado de pruebas psicológicas, aparecerá su perfil psicológico. Dicho perfil puede utilizar un pronóstico realista de su conducta futura.
- **Evaluación fisiológica:** Algunos agresores sexuales desarrollan patrones de excitación sexual anómalos. Aunque generalmente minimizan sus trastornos sexuales, estos sujetos a menudo han cultivado durante años fantasías sexuales y conductas masturbadoras desviadas. Para obtener una información más fiable sobre su patrón de excitabilidad sexual se recomienda la utilización de procedimientos de registro fisiológico. Pueden aparecer diferencias significativas entre la estimación del sujeto sobre su propio arousal y el nivel real del registro. En Marshall (2002), hace referencia básicamente a cinco tipos de respuesta electro dérmica, cardiovascular, respiratoria, pupilar y peneal. La más interesante por ahora, es la medición falo métrica o pletismográfica de la excitación peneal, ya sea porque otras opciones están en fase de desarrollo o bien por haber sido prácticamente abandonadas. Numerosos especialistas confirman el uso del pletismógrafo peneal como el mejor método de evaluación de la excitación sexual disfuncional y normal. Con esta técnica se permite medir la excitación sexual normal, la que puede ser controlada por la persona, de la excitación anómala que no puede controlar, la cual le podría llevar a la agresión sexual.

- **Evaluación psicométrica:** Las pruebas psicométricas se han utilizado para identificar aspectos generales del agresor sexual: aptitudes emocionales, problemas de aprendizaje, disfunciones neurológicas y una pléyade de rasgos psicológicos y patrones de comportamiento. Algunos de los más utilizados podrían ser: La escala de Wechsler, el Minnesota Multiphasic Personality Inventory, el Millon Clinical Multiaxial Inventory, el Sixteen Personality Factors de Cattell, el Rorschach y los Tests de Apercepción Temática, y el Cuestionario de Potter: Incomplete Sentence Back. Escalas de evaluación de la violencia Violence Risk Appraisal Guide (VRAG), Violence Risk Inventory (VRI), Escalas de evaluación de la psicopatía: Psychopathy Checklist Revised de Hare.

A pesar de que estas pruebas son muy útiles a la hora de identificar deficiencias cognitivas, trastornos afectivos, déficits personales y otros problemas psicológicos, no siempre pueden proporcionarnos información específica sobre la conducta sexual de un individuo, para lo que se recomiendan adicionar protocolos que identifiquen el trastorno, la disfunción o el malestar sexual fundamental.

#### **1.1.4. Asertividad sexual y agresión sexual**

Dentro de la literatura encontrada sobre asertividad sexual, se halló asociación con la agresión sexual, tanto para sujetos que cometen la agresión sexual y para las víctimas que lo sufren.

La asertividad sexual actúa como un agente de prevención de relaciones sexuales no voluntarias, es decir agresión sexual. Vélez (2015) y otros investigadores, demostraron en sus estudios que la cantidad de experiencias sexuales en las mujeres desarrollaron diferentes niveles de asertividad sexual. En cuanto a las mujeres, quienes tengan más experiencias sexuales serán más asertivas que las

que no, al igual que si las experiencias son positivas o negativas influirán en el nivel de asertividad sexual, considerando que a menos experiencias negativas mayor será el nivel de asertividad sexual, y a más experiencias negativas -ejemplo por experiencias de violación- el desarrollo de la asertividad sexual se verá afectado y por tanto, la posibilidad de una nueva experiencia de victimización se incrementa (Quina et al, 2000, citado por López & Enzlin, 2013).

Van Zile (2007) ha demostrado que las mujeres que viven una situación de maltrato sexual por su pareja poseen menor asertividad sexual, menor satisfacción sexual, y mayor frecuencia en sus relaciones sexuales que las mujeres que no sufren violencia; así como también se ha demostrado que existe una la relación recíproca entre la victimización sexual y la baja asertividad sexual. Se afirma que un tercio de las mujeres que son víctimas de violencia dentro de la pareja son forzadas a mantener relaciones sexuales. En Hernández y Cabrera, citado por Van Zile (2007) en su estudio el porcentaje de mujeres que refieren haber sido coaccionadas a realizar conductas sexuales que no deseaban, por miedo, o por evitar una respuesta agresiva de sus parejas es del 71,43 %. Estas mujeres reconocen que sus parejas en muchas ocasiones las amenazaban, se mostraban agresivos o les hacían chantaje emocional para conseguir su objetivo, y que ellas accedían, aunque no lo desearan.

#### **1.1.5. Personalidad y asertividad sexual**

Por otra parte, en cuanto a la personalidad de los agresores sexuales, se ha encontrado que estos poseen un bajo nivel de asertividad sexual, que muchos de estos jóvenes que cometen abuso sexual tienen dificultades de autoestima, falta de confianza, habilidades mínimas asertivas (Ramírez, 2002).

Jiménez (2009), reporta en la personalidad de los agresores sexuales, la falta de asertividad con las mujeres, un déficit en el control de impulso sexual, disminución en las habilidades sociales, además lo describe con fuertes sentimientos de inseguridad asociado a la incapacidad para relacionarse de manera genuina y comprometida con los demás, lo que implica falta de empatía.

En estas personalidades se ha encontrado que el 50% de violadores y un 45% de abusadores de infantiles, un déficit en la asertividad sexual, específicamente para establecer relaciones íntimas lo que lo ha conducido a la soledad y a una disposición agresiva manifestada en proponer relaciones sexuales bajo amenaza. (Marshall, 1989; en Soria y Hernández, 1994)

Por otro lado, Me Guire (1965) entiende que el delincuente sexual siente un fracaso crónico de impotencia y falta de asertividad sexual con las mujeres, manifestando así una conducta delictiva sexual.

Es claro la afirmación de las investigaciones, que la asertividad sexual tiene una relación altamente significativa con la personalidad del agresor sexual; centrada básicamente en la inseguridad, inmadurez, déficit en las habilidades sociales, descontrol de los impulsos, falta de empatía y sentimientos de frustración en el área sexual, lo cual potencia su agresión hacia sus futuras víctimas.

#### **1.1.6 Definición de términos**

- ***Asertividad sexual:*** La asertividad sexual está definida como la capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, negociar las conductas sexuales deseadas, emplear métodos anticonceptivos y asumir comportamientos sexuales saludables (Morokoff, Quina, Harlow, Whitmire, Grimley, Gibson & Burkholder, 1997).

- **Agresión sexual:** La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como: todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. (OMS, 2002)
- **Personalidad del agresor sexual o violador:** Son personas con poca capacidad en controlar sus impulsos sexuales, puede manifestar un comportamiento tímido, inhibido, este comportamiento resulta paradójal en la conducta sexual.  
  
Presenta dificultades para la comunicación interpersonal, puede existir cierto aislamiento (Marchiori, 2000).

### **1.1.7 Política administrativa de los centros penitenciarios en relación a los reclusos por agresión sexual**

Según protocolo de procedimientos del Ministerio de justicia y del Instituto penitenciario, se siguen los siguientes pasos:

- a. El inculcado es detenido por intervención policial y por orden judicial es recluido en la carceleta judicial.
- b. Por orden del juez de la jurisdicción, es derivado a un penal, a una celda común, donde llegan todos los reos del día.
- c. En el penal, pasan por un consejo de clasificación, conformado por una junta (psicólogo, abogado y trabajadora social), ellos determinan a qué pabellón será designado en el penal.

- d. Pueden ir a dos pabellones según delito y característica siguientes:
- *Pabellón "X"*: Van los reincidentes en el delito, la víctima es menor de edad y el infractor tiene menos de 40 años, donde se ha determinado prisión de más de 20 años y cadena perpetua. En este pabellón, no hay un tratamiento o rehabilitación específica, sola reciben charlas con temas generales.
  - *Pabellón "Z"*: Están los agresores sexuales que cometen delitos por primera vez, la víctima no es menor de edad y los reos pueden ser mayores a 40 años de edad. Estos infractores se acogen a un programa de tratamiento TAS. (Tratamiento del Abuso Sexual), a cargo de psicólogos y trabajadores sociales.
- e. Los reclusos cumplen su condena con algunas restricciones legales y de ambiente físico penitenciarios, según disposición legal, no aplica para ellos el sistema 2x1 para acortar su tiempo de condena.
- f. En el tiempo que dure su condena, pueden ser trasladados a otros centros penitenciarios del país, por sobrepoblación, por motines o por lugar donde se cometió el delito.

## **1.2. Antecedentes de la investigación**

Firoozi, Azmoude, & Asgharipoor (2016) realizaron un estudio con el objetivo de determinar si existe relación significativa entre los rasgos de personalidad y la autoestima sexual en 127 mujeres casadas de Mashhad, Irán. Para lo cual utilizaron el Inventario de la personalidad NEOPIR y el cuestionario de autoestima sexual de Zeanah y Schwarz. Encontraron que existe una relación significativa entre la dimensión de la personalidad neuroticismo ( $r = -0,414$ ), extroversión ( $r = 0,363$ ),

agradabilidad ( $r = 0,420$ ), y responsabilidad ( $r = 0,364$ ) con autoestima sexual ( $P < 0.05$ ). La relación entre la apertura con la autoestima sexual no fue significativa ( $P > 0.05$ ). Además, con base en los resultados del modelo de regresión por pasos, tres dimensiones de amabilidad, neuroticismo y extraversión podrían predecir el 27% de la varianza de la autoestima sexual de las mujeres.

Miri, AliBesharat, Asadi, & Shahyad (2011) realizaron un estudio con el propósito de investigar la relación entre las dimensiones de la personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y escrupulosidad) y deseo sexual en 140 profesores (70 mujeres y 70 varones). Para lo cual utilizaron el Inventario de personalidad de cinco factores (Costa y Mc Crae, 1992) y el Índice de deseo sexual de Hulbert (1992). Los datos se analizaron mediante la prueba t independiente, el coeficiente de correlación de Pearson y la regresión múltiple por pasos. Se encontró que el deseo sexual tuvo una correlación negativa con neuroticismo y una correlación positiva con la extraversión. El análisis de regresión paso a paso mostró que solo la extraversión y neuroticismo en dos pasos podrían explicar el 26% de la varianza del deseo sexual. Otras investigaciones realizadas en España sobre rasgos y trastornos de la personalidad que guardan relación con los agresores sexuales, mencionaremos algunos.

En el estudio de Ortiz-Tallo, Sánchez y Cardenal (2002), los participantes fueron 90 varones, de entre 20 y 65 años, que fueron condenados por delitos sexuales desde 1996 hasta 1998 y que ingresaron en la prisión de Alhaurín de la Torre (Málaga). La muestra fue dividida en tres grupos para proceder a su estudio: delincuentes sexuales de adultos (mayores de 16 años), delincuentes sexuales de menores (menores de 16 años) y grupo control (delincuentes no sexuales). La evaluación de la personalidad y de los síndromes clínicos se llevó a cabo mediante el Inventario

Clínico Multiaxial de Millon II; también se aplicaron otras técnicas como entrevistas individuales, cuestionario de actitudes sexuales de Eysenck y la prueba de inteligencia general D-48. Los resultados de este estudio muestran que los delincuentes sexuales de menores presentan menos condiciones estables de la personalidad, y rasgos de personalidad dependiente, fóbicos y compulsivos. Por su parte, los delincuentes sexuales de adultos presentan rasgos de personalidad dependientes, antisociales y compulsivos, y trastornos de personalidad límite. Ambos grupos presentan estilos de personalidad diferentes del grupo de delincuentes no sexuales.

Por otra parte, en el estudio de Castro, López-Castedo y Sueiro (2009), la muestra consta de 20 penados, hombres, que cumplen condena por delitos contra la libertad sexual en la prisión de Pereiro de Aguiar (Ourense). Las edades oscilan entre los 22 y los 61 años. El 55% fue condenado por agresiones a mujeres adultas y el resto, a niños. Los instrumentos de evaluación fueron el MCMI de Millon, una entrevista clínica y un registro. Los resultados mostraron que los agresores de adultos presentaban comportamientos antisociales, tenían un estilo de personalidad agresivo-sádica y en ocasiones cursaba con el trastorno compulsivo de la personalidad, y con el trastorno límite de la personalidad. Por su parte, los agresores sexuales de menores presentaban rasgos de personalidad esquizoide, dependiente, fóbica y compulsiva.

Santos-Iglesias y Sierra (2010) realizaron una revisión sistemática sobre estudios realizados acerca de la asertividad sexual, que es una habilidad social que permite a la persona comunicar de manera adecuada necesidades y preferencias sexuales a su pareja (Erchull y Liss, 2014; Koolae, Asadi, Mansoor, Mosalanejad y FathAbadi, 2014). Después de una búsqueda en las principales bases de datos, se obtiene un

total de 76 trabajos publicados entre 1980 y 2009, que demuestran que la asertividad sexual es un factor determinante tanto de la respuesta sexual como del funcionamiento sexual humano. Además, se relaciona de forma directa con una visión positiva de la sexualidad humana y con algunas variables sociodemográficas como el sexo. Se discuten los resultados y se plantea la necesidad de incluir la asertividad sexual de forma específica, más que la asertividad general, en los programas educativos y en intervenciones con poblaciones en situación de riesgo. Ménard & Offman (2009) realizaron un estudio con el objetivo de establecer la relación entre autoestima sexual, la asertividad sexual y la satisfacción sexual. Se formuló la hipótesis de que los niveles más altos de autoestima sexual se asociarían con una mayor satisfacción sexual y que la asertividad sexual actuaría como un mediador parcial. Los participantes fueron 25 hombres y 46 mujeres, de entre 19 y 56 años, reclutados de la comunidad. Los participantes completaron cuestionarios que miden la autoestima sexual, la asertividad sexual y la satisfacción sexual. Los resultados mostraron fuertes correlaciones entre las tres variables y la asertividad sexual confirmada como un mediador parcial de la relación entre la autoestima sexual y la satisfacción sexual.

Moyano & Sierra (2013) examinaron la relación del género, edad, religión, neuroticismo, extraversión, apertura y obsesividad con la frecuencia y contenido de los pensamientos sexuales experimentados de modo positivo/agradable o de modo negativo/desagradable. Se evaluó una muestra de 1.500 sujetos (42,8% hombres y 57,2% mujeres) con edades entre 18 y 72 años. Se utilizó la Versión en Español de la Lista de Verificación de Cognición Sexual, el Inventario de personalidad de cinco factores – versión corta (NEO-FFI) y sub escala obsesiva del inventario de personalidad multifásico de Minnesota. Entre los resultados encontraron que los

datos sociodemográficos y los rasgos neuroticismo, apertura y obsesividad predicen la frecuencia global de pensamientos sexuales positivos. Para la predicción global de los pensamientos sexuales negativos, resulta relevante la edad y los rasgos de neuroticismo, apertura y obsesividad.

Con respecto al Perú, la situación es crítica, Portal (2014), comisionada de la Adjuntía para los Derechos de la Mujer de la Defensoría del Pueblo, reveló que un estudio de la Organización Mundial de la Salud de 2013, en naciones con alta incidencia de casos reveló que el Perú ocupa el tercer lugar en el mundo entre los países con mayor prevalencia de mujeres entre 15 y 49 años que sufren de violencia sexual. El Perú solo por debajo de países como Etiopía y Bangladesh, donde las violaciones crecen porque las menores son casadas antes de los 15 años.

Según las estadísticas del Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer el 42% de las mujeres fueron violadas en sus domicilios o en otros espacios que eran considerados seguros, como las escuelas y las casas de familiares. Además, en la mayoría de casos el agresor fue un familiar de la víctima y el 75% de las mujeres violadas eran menores de edad.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2014) lo corrobora, ya que muestra que en el Perú el 48% de casos de violación sexual no se denuncia por miedo, vergüenza o sentimiento de culpa.

En la actualidad, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables, MIMP (2017), en el año 2017 reportan 9,012, violaciones; 63,500 casos de violación en el Perú en los últimos 09 años, siendo el 70% de ellos menores de 18 años. De igual manera la Policía Nacional reporta 5,683 casos en el año 2016 y para el presente año 2017; alcanzarían una proporción de más 7,600 casos. Todo ello indica el creciente aumento de estos delitos en diferentes partes del país, sin medidas de contención

eficaz tanto policial, judicial, así como psicosocial, y lamentablemente nuestro país se está ubicando el primer lugar junto con Bolivia en Sudamérica de incidencia de estos.

Solo en Lima, que incluye zona metropolitana y provincias, MIMP (2017), los Centros Emergencia Mujer (CEM) brindaron atención a 4,625 casos de violencia familiar, de los cuales 2,033 fueron denuncias de agresión psicológica; 1,127 de agresión física; y 1,465 de violencia sexual. En la región Junín, durante, los CEM reportaron 1,353 denuncias de violencia a niños, niñas y adolescentes; de las cuales 583 fueron agresiones físicas; 421 fueron agresiones psicológicas y 349 fueron casos de violencia sexual. Les sigue La Libertad con 1,095 atenciones integrales a víctimas de violencia familiar el año pasado. De ese total, 358 fueron violencia psicológica, 470 fueron denuncias de violencia física y 267 fueron de agresión sexual. En tanto, en Ica se denunciaron 860 agresiones a menores de edad, de las cuales 370 fueron violencia psicológica; 341 fueron violencia física y 149, agresiones sexuales. Actualmente, hay 226 CEM en todo el país, cuya cobertura alcanza el 100 por ciento de las regiones y el 96 por ciento de las provincias.

La realidad de estas cifras creciente obliga a ser parte del problema y buscar formas de intervención desde la especialidad o competencia que contemos y sumar los esfuerzos que actualmente se vienen realizando en el país.

### **1.3. Planteamiento del problema**

#### **1.3.1. Descripción de la realidad problemática**

El ser humano en su desarrollo personal y emocional atraviesa por una serie de conflictos familiares, sociales, existenciales, vivencias que alteran el normal desarrollo en la estructura de su personalidad, así como el manejo adecuado de sus

emociones, que sumados a otras vivencias negativas, crean un estado psicológico que lo desestabiliza desarrollando conductas desadaptativas que son dañinas para las personas como agresiones que atentan contra la salud y la vida de las personas, entre ellas están las violaciones sexuales de diversos tipos que se constituyen en una amenaza y atentado contra el bienestar de las personas y la sociedad.

En relación a ello, nos encontramos ante una creciente incidencia de violaciones, agresiones sexuales a menores y adultos sobre todo de mujeres, que dejan secuelas emocionales muy fuertes e insuperables en la mayoría de las víctimas, más aún si son menores, frente a este fenómeno pareciera que las medidas que se están tomando no son suficientes para prevenir la alta incidencia de estos hechos, así lo demuestra los reportes estadísticos, donde el Ministerio de la Mujer en Poblaciones Vulnerables (2015) reportó 6,315 casos de violaciones, de los cuales 4,924 correspondían a menores de 17 años; y 1,325 casos a mayores de 18 años; así mismo en el año 2017, reportó 9,012 agresiones sexuales en todo el año en el Perú, de los cuales el 70% corresponde a menores de 17 años, vale decir un promedio de más de 8,500 violaciones por año, 700 por mes, y 24 por día, y 02 por cada hora, siendo los departamentos de mayor incidencia, Junín, Cusco, Lima y San Martín.

Así mismo el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, a través de su funcionaria Zapata (2017), que toma como referencia el informe del Observatorio de Seguridad Ciudadano de la Organización de Estados Americano (OEA), reporta que el Perú se encuentra en el segundo lugar en violencia sexual en Sud América, detrás de Bolivia, siendo tercero Brasil, por otro lado esta misma fuente, ubica al Perú en tercer lugar de incidencia en violaciones sexuales en el mundo, después de Etiopía y Bangladish,

Los agresores sexuales de adultos, se caracterizan por presentar rasgos de personalidad dependientes, antisociales y compulsivos y otros con trastornos de personalidad límite (Marchiori, 2000). Al igual que los que han cometido delitos contra menores presentan un estilo de personalidad que tiende a afrontar las relaciones interpersonales con dificultad. En este grupo de sujetos los rasgos de personalidad antisociales complican las relaciones sociales. Así, personas con estas características suelen actuar de forma impulsiva e irresponsable. Suelen tener actitudes desleales y deshonestas, violando de forma activa los códigos socialmente establecidos con conductas habitualmente ilegales, existen agresores sexuales emocionalmente estables e inestables, introvertidos y extrovertidos, emocionalmente blandos y duros, dependientes e independientes, homosexuales y heterosexuales y de todas las edades. Los agresores sexuales suelen ser reincidentes pueden presentar problemas de introversión, inmadurez, falta de socialización y serios problemas por carencia de los valores y falta de asertividad sexual para orientar un acto sexual maduro.

Entonces se entiende por asertividad sexual como la capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, negociar las conductas sexuales deseadas, emplear métodos anticonceptivos y asumir comportamientos sexuales saludables (Morokoff, Quina, Harlow, Whitmire, Grimley, Gibson & Burkholder, 1997).

### **1.3.2. Formulación del problema**

Teniendo en cuenta la importancia del tema, se pretende conocer si existe relación entre las características de personalidad y la asertividad sexual en individuos que han cometido delitos sexuales.

## **1.4. Objetivos de la investigación**

### **1.4.1. Objetivo general**

Conocer si existe relación significativa entre las características de personalidad y el nivel de asertividad sexual en agresores sexuales de cuatro centros penitenciarios del país.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Identificar las características de personalidad prevalentes en agresores sexuales de cuatro centros penitenciarios del país
- Describir el nivel de asertividad sexual prevalente en agresores sexuales de cuatro centros penitenciarios del país
- Conocer si existe relación significativa entre las características de personalidad y la capacidad para iniciar adecuadamente la actividad sexual en agresores sexuales de cuatro centros penitenciarios del país.
- Conocer si existe relación significativa entre las características de personalidad y la capacidad para rechazar la actividad sexual en agresores sexuales de cuatro centros penitenciarios del país.
- Conocer si existe relación significativa entre las características de personalidad y el empleo de métodos anticonceptivos en agresores sexuales de cuatro centros penitenciarios del país.

## **1.5. Justificación e importancia de la investigación**

La agresión sexual es una forma de violencia que atenta contra la salud mental y emocional de las personas que la padecen, y en nuestro país la incidencia de este tipo de agresión es muy alta (Ministerio de la Mujer, en Poblaciones Vulnerables, 2017) reporto más de 9,000 casos de violaciones, ubicándonos según estadísticas internacionales en deshonrosos primeros lugares en América Latina y en el mundo.

Ante este problema no se cuenta con información respecto a las características de la personalidad y la asertividad sexual en nuestro medio, esta información puede permitir la elaboración y ejecución de programas de prevención, orientado con eficiencia a prevenir o detectar precozmente al potencial agresor e intervenir oportunamente para detener las consecuencias futuras; esto implica conocer las causa centradas en la personalidad, su historial de desarrollo, los conflictos y estado patológico del futuro agresor y tomar las medidas del casos desde diferentes instancias, sean educativas, familiares, sociales y otras que contribuyan a detener estas conductas tan nocivas para las personas víctimas.

La sanción legal y penitenciaria como castigo a este delito no es suficiente para detenerlo de su reincidencia posterior. Esto implica que no sólo hay que castigar el acto delictivo sino analizar y atender a la persona portador del delito para que la intervención y prevención se dirija hacia él, de esta manera atacaremos el problema primario y en consecuencia detener la reincidencia, así como la disminución de la incidencia de nuevos casos.

#### **1.6. Limitaciones del estudio**

Entre las limitaciones del estudio se encuentra el restringido acceso a los internos en los centros penitenciarios por su condición de especiales y reservados, a pesar de ello con la gestión de la autorización de los centros, se pudo acceder a una parte de los internos. También para minimizar el ocultamiento de información por temor a que afecte negativamente su proceso legal o identidad ya que algunos de los internos no tienen todavía una sentencia fija, se enfatizó en el anonimato de los test y se aplicó solo a los internos que deseaban participar en el estudio. Además, se utilizó los criterios de sinceridad, deseabilidad y autodescalificación, para minimizar la manipulación de las respuestas por parte de los internos.

## CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 2.1. Hipótesis

#### 2.1.1. Hipótesis general

Existe relación negativa y significativa entre las características de personalidad y la asertividad sexual en agresores sexuales de cuatro centros penitenciarios del país.

#### 2.1.2. Hipótesis específicas

- Existe relación negativa y significativa entre las características de personalidad y la capacidad para iniciar adecuadamente la actividad sexual en agresores sexuales de cuatro centros penitenciarios del país.
- Existe relación negativa y significativa entre las características de personalidad y la capacidad para rechazar la actividad sexual en agresores sexuales de cuatro centros penitenciarios del país.
- Existe relación negativa y significativa entre las características de personalidad y el empleo de métodos anticonceptivos en agresores sexuales de cuatro centros penitenciarios del país.

### 2.2. Variables de estudio

- ***Características de personalidad.*** - Patrón de rasgos que caracterizan y tipifican a un individuo y lo hace particular en su forma de ser y actuar en su relación con los demás. Las características o estilos de personalidad pueden tener alguna denominación que las identifica como tal, para su reconocimiento al compararlo con otros patrones de rasgos estilos diferentes; las cuales son: esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo-agresivo, autoderrotista, esquizotípico, borderline y paranoide.

- **Asertividad sexual.** - Conducta sexual orientada a actuar de una manera particular en cada individuo en la relación de pareja o la interacción en el acto sexual, observándose tres componentes; la iniciativa, el aceptar o rechazar la actividad sexual y tomar medida de prevención con protección con métodos anticonceptivos en el acto sexual.

### **2.3. Definición operacional de las variables**

Para fines de esta investigación se definieron como variables generales: la asertividad sexual y las características de personalidad. De ese modo, se asignaron instrumentos de medición para obtener datos de cada variable empírica.

La asertividad sexual se midió mediante el uso de la Escala de Asertividad Sexual (SAS, por sus siglas en inglés) de Morokoff et al. (1997), que está conformada, luego de diferentes análisis de validez, por 18 ítems, dispuestos en tres subescalas, que engloban los tres componentes del constructo:

- *Inicio*: Evalúa la frecuencia con la que una persona inicia una relación sexual de forma deseada.
- *Rechazo*: Evalúa la frecuencia en que una persona es capaz de evitar una relación sexual o cualquier práctica sexual no deseada.
- *Prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual*: Evalúa la frecuencia con la que una persona insiste en el uso de métodos anticonceptivos (condón).

Asimismo, para evaluar los patrones de personalidad se empleó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, que consta de 175 afirmaciones. Este instrumento establece 13 tipos de personalidad patológicas y 9 síndromes clínicos para adultos que están recibiendo tratamiento psicológico, o algún tratamiento en general. Para fines de

esta investigación, se trabajó únicamente con los 13 primeros. Estos están divididos a su vez, en 2 grupos:

- *Patrones clínicos de personalidad*, Eje I, son 10 en total: (1) Esquizoide, (2) Evitativa, (3) Dependiente, (4) Histriónica, (5) Narcisista, (6A) Antisocial, (6B) Agresivo/sádica, (7) Compulsiva, (8A) Pasivo/agresiva y (8B) Autodestructiva.
- *Patología severa de personalidad*, Eje 2, son 3 en total: (S) Esquizotípica, (C) Límite y (P) Paranoide.

## CAPÍTULO III: MÉTODO

### 3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación se caracteriza por ser de tipo cuantitativa y tener un diseño descriptivo correlacional (Sánchez y Reyes, 2015). En el presente estudio se utiliza este diseño porque permite describir las relaciones entre las características de personalidad y el nivel de asertividad sexual, en internos de centros penitenciario por el delito de agresión sexual.

### 3.2. Población y muestra

La población elegida son los internos por delitos contra el pudor y violencia sexual de establecimientos Penitenciarios del Perú, de los departamentos de San Martín, Puno, Ancash y Lima, del año 2017.

El método de muestreo es no probabilístico de tipo intencional, participaron un total de 184 internos de cuatro centros penitenciarios; 30 del Centro penitenciario de Juliaca; 17 del Centro Penitenciario de Chimbote, 33 del Centro Penitenciario de Tarapoto y 104 de Lima.

Los internos están comprendidos entre los 18 hasta los 60 años de edad, procedentes de diferentes zonas del país, todos ellos privados de su libertad por el delito de violencia o agresión sexual en mujeres menores y adultas.

- ***Criterios de inclusión***

- Tener una edad comprendida entre los 18 y 60 años.
- Ser varón.
- Estar sentenciado por delito de agresión sexual.
- Estar recluido en un penal.
- Estar consciente de sus actos y de su realidad circundante.
- Participar voluntariamente del estudio.

- ***Criterios de exclusión***

- Presentar datos demográficos incompletos en las pruebas.
- Haber omitido responder más del 10% de preguntas en la prueba.
- Presentar puntuaciones altas en las escalas de validez, sinceridad, deseabilidad social, autodescalificación y/o alteraciones en el MCMI-II.

### **3.3. Instrumentos de recolección de datos**

#### ***a. Escala de Asertividad Sexual***

El instrumento *Sexual Assertiveness Scale* (SAS). (Morokoff et al., 1997) fue adaptado al español por Sierra et al. (2011). Esta escala recoge un amplio contenido de componentes de la asertividad sexual: inicio de relaciones sexuales deseadas, rechazo de las relaciones no deseadas, y la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual. La escala puede ser administrada de forma individual o colectiva, tanto a nivel global como individual. Ha mostrado buenas propiedades psicométricas. La escala SAS está compuesta por 18 ítems que recogen los tres componentes que definen sintácticamente el constructo de asertividad sexual. La primera subescala la cual se llama Inicio, evalúa la frecuencia con la que una persona comienza una relación sexual y que acontezca de forma deseada; la segunda, cuyo nombre es Rechazo, mide la frecuencia en que una persona es capaz de evitar, tanto una relación sexual, como una práctica sexual no deseada; la última dimensión cuyo nombre es Prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual, evalúa la frecuencia con la que una persona insiste en el uso de métodos anticonceptivos de barrera de látex con su pareja. Todos los ítems se puntúan sobre una escala de respuesta tipo Likert que oscila entre 0 (Nunca) y 4 (Siempre). La mitad de los ítems están redactados de forma

inversa (3, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 14 y 16). Puntuaciones elevadas indican mayor asertividad sexual. La prueba completa del SAS se encuentra en la sección anexos.

Para el estudio se obtuvo baremos utilizando el método de percentiles, utilizando dos cortes 25 y 75 para ubicar las puntuaciones en tres niveles: bajo, moderado y alto. En la tabla 2 se aprecia la distribución de las puntuaciones.

En la evaluación de las propiedades psicométricas del instrumento se encontró que la versión original de la Escala de Asertividad Sexual (SAS) de Morokoff et al. (1997) reportó buena fiabilidad (Inicio  $\alpha = .77$ ; Rechazo  $\alpha = .74$ ; E-ETS  $\alpha = .82$  y escala global  $\alpha = .82$ ) y validez interna (RMSR = .04) y externa ( $r = .65$ ,  $p < .001$ ). Asimismo, la adaptación española de la prueba, llevada a cabo por Sierra, Vallejo-Medina y Santos-Iglesias (2011), demostró también buenas propiedades psicométricas. Se realizó un análisis factorial exploratorio, aislando las tres dimensiones del modelo original de Morokoff et al. (1997), y la estructura fue confirmada después mediante análisis factorial confirmatorio, hallándose valores que oscilaban entre un alfa de Cronbach de .76 y .85 en cuanto a su fiabilidad.

Para el presente estudio la escala pasó por criterio de jueces, donde el formato de aplicación como el contenido de los ítems fue evaluado por cinco jueces del Hospital Hermilio Valdizan, todos ellos psicólogos especialistas con más de 30 años de experiencia profesional.

Tabla 2

*Distribución de las puntuaciones de los componentes del SAS*

	Puntaje global	Inicio de la actividad sexual	Rechazo de la actividad sexual	Prevención de ETS
Bajo	0-32	0-10	0-10	0-9
Moderado	33-39	11-13	11-13	10-13
Alto	40 a más	14 a más	14 a más	14 a más

***b. Inventario Clínico Multiaxial Millon II***

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon II fue elaborado por Millon (1999) con el objetivo de evaluar los prototipos de personalidad. La prueba está compuesta por un manual de 175 preguntas y una hoja de respuestas, de resultados, y una hoja de gráfico en donde se puede apreciar el nivel de las diversas escalas. Los ítems de la prueba son de tipo verbal y dicotómico.

Está constituida por 4 escalas de validez (Validez, sinceridad, Deseabilidad Social, Autodescalificación), 10 escalas de posturas clínicas de personalidad (Esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo- sádico, compulsivo, pasivo- agresivo, autoderrotista); 3 escalas de patología severa de personalidad (esquizotípico, borderline y paranoide); 6 escalas de síndromes clínicos (ansiedad, somatomorfo, bipolar, distimia, dependencia al alcohol, dependencia a drogas) y por último 3 escalas de síndromes severos (desorden del pensamiento, depresión mayor y desorden delusional).

Para el presente estudio se tomó una muestra piloto compuesta por 20 internos del penal de Tarapoto, donde se modificó la redacción de 20 ítems (6, 19, 28, 38, 46, 48, 51, 55, 69, 70, 81, 115, 118, 121, 123, 144, 160, 167, 168, 174).

En cuanto a los estilos moderados de la personalidad, podemos encontrar una breve descripción a continuación:

- *Esquizoide*, es de orientación pasiva-retraída. Denotan carencia de deseo e incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor.
- *Evitativa*, es de orientación activa-retraída. Experimentan pocos refuerzos positivos, tanto de sí mismos como de los otros.
- *Dependiente*, es de orientación pasivo-dependiente. Han aprendido a sentirse cómodos, adoptando un papel pasivo en sus relaciones interpersonales, sometiéndose a los deseos de otros con el fin de mantener su afecto.
- *Histriónica*, es de orientación activa-dependiente. Tienen la habilidad para manipular los sucesos de tal modo que aumentan al máximo la cantidad de atención y favores que reciben.
- *Narcisista*, es de orientación pasivo-independiente. Se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer simplemente por permanecer pasivos o centrados en sí mismos.
- *Antisocial*, es de orientación activa-independiente. Actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros; esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno a favor de uno mismo. Son irresponsables e impulsivos.
- *Agresivo-sádico*, es de orientación activo-discordante. Son hostiles, belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos abusivos y brutales.
- *Compulsivo*, es de orientación pasiva-ambivalente. Su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social.

- *Pasivo-agresivo*, es de orientación activa-ambivalente. Su comportamiento muestra un patrón de terquedad o enfado explosivo entremezclado con periodos de culpabilidad y vergüenza.
- *Autodestructivo*, es de orientación pasivo –discordante. Se relacionan con los demás de manera autosacrificada, permiten y pueden fomentar que los demás les exploten o se aprovechen de ellos.

Asimismo, respecto a los perfiles severos de la personalidad:, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, incluye:

- *Esquizotípico*. Presentan excentricidades del comportamiento, que son notables y son percibidos como extraños y diferentes.
- *Límite (Borderline)*. Experimentan alta inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Reflejan una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva, con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia otros.
- *Paranoide*. Muestran desconfianza vigilante respecto de los demás, irritabilidad y tienden a exasperarse de modo precipitado y colérico.

En cuanto a los índices de confiabilidad de la versión original en inglés del MCMI II, los índices de consistencia interna fueron bastante significativos fluctuando entre .81 (Escala PP: Trastorno Delirante) y .95 (Escala D: Distimia). Además, en 1998, en la adaptación al castellano en España por Ávila- Espada, contó con 3 tipos de validez: de contenido, de criterio y de construcción por análisis factorial; así como con índices que oscilan entre .67 y .94, en lo que refiere a la confiabilidad de consistencia interna. Asimismo, las escalas que ostentan mejor fiabilidad son los estilos Autoderrotista, Borderline, entre otros. Por otro lado, los coeficientes obtenidos en los estilos Esquizoide, Histriónico y Compulsivo son más bajos pero todavía satisfactorios (Millon, 1998 a).

### **3.4. Procedimiento**

El proceso inicial fue conseguir las autorizaciones de los Establecimientos Penitenciarios a través de la Región Lima y de provincia, del Instituto Nacional Penitenciario (INPE). Después de recibir el permiso correspondiente de cada Establecimiento Penitenciario se procedió a la selección de las muestras en coordinación con nuestros asesores correspondientes, una vez obtenido el acceso a los pabellones escogidos se procedió a la aplicación de las pruebas de manera colectiva en pequeños grupos de 15 participantes, contando con la ayuda de los psicólogos responsables de cada pabellón; este proceso duró un promedio de 06 meses del año 2017, en los turnos de la mañana y de la tarde según las facilidades que se podían presentar, tanto en provincia como en la ciudad de Lima. En el momento de hacer contacto con los participantes, se les explicó por medio del consentimiento informado de manera detallada el motivo de la aplicación de las pruebas; así mismo, se les mencionó las consideraciones que deben tener para el llenado de las mismas y sobre todo se les hizo mención de los datos serán utilizados con fines investigativos netamente y que es voluntaria su participación, aclarando por último la confidencialidad de ellos en la información recabada.

Una vez obtenido estos datos se procedió a calificar e interpretar las pruebas administradas a los internos(as) de los Establecimientos Penitenciarios, luego se procedió a realizar el análisis estadístico de los datos recopilados.

### **3.5. Análisis estadístico**

Una vez recopilados los instrumentos se procedió a registrar los datos en una matriz de recepción de datos, especialmente preparado en el programa estadístico SPSS versión 22.0. En dicha matriz, cada columna representaba un ítem o pregunta, y

cada fila incorporaba las respuestas correspondientes a un encuestado. El proceso de datos se realizó en base al análisis estadístico descriptivo y correlacional. Para el análisis descriptivo se utilizó tablas de frecuencias para realizar la exploración de cada una de las escalas del Inventario Clínico Multiaxial Millon II y las dimensiones de la Escala de Asertividad Sexual (SAS).

Para el análisis estadístico inferencial primero se comprobó el supuesto de normalidad de las variables a través de la prueba Kolmogórov-Smirnov, y se encontró que no todas las variables estudiadas presentan distribución normal, por lo cual se utilizó el coeficiente rho de Spearman para la prueba de hipótesis.

### **Confiabilidad y Validez de los Instrumentos Utilizado en la Muestra Investigada**

#### ***Fiabilidad de la escala de Asertividad Sexual***

La fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach.

La tabla 3 permite apreciar que la consistencia interna global de la escala (18 ítems) en la muestra estudiada es de .828 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad. Asimismo, se aprecia que la mayoría de las dimensiones presenta adecuados niveles de fiabilidad.

Tabla 3

#### *Estimaciones de consistencia interna de la escala de Asertividad Sexual*

	Nº de ítems	Alpha
Asertividad sexual global	18	.828
Inicio de la actividad sexual	6	.745
Rechazo de la actividad sexual	6	.714
Prevención de ETS	6	.642

### **Validez de constructo de la Escala de Asertividad Sexual (SAS)**

Como se observa en la tabla 4 los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson ( $r$ ) son significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de las dimensiones y el constructo en su globalidad son moderados en su mayoría, además de ser altamente significativos.

Tabla 4

*Correlaciones sub test – test del SAS*

Ítems	Asertividad Sexual	
	R	p
Inicio de la actividad sexual	.392**	.000
Rechazo de la actividad sexual	.682**	.000
Prevención de ETS	.765**	.000

### **Propiedades psicométricas del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)**

#### ***Fiabilidad del Inventario MCMI-II***

La fiabilidad de la escala se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 5 permite apreciar que las consistencias internas del inventario en la muestra estudiada en su mayoría son adecuadas.

Tabla 5

*Estimaciones de consistencia interna del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II*

	Nº de ítems	Alpha
Esquizoide	35	.565
Evitativo	39	.802
Dependiente	36	.403
Histriónico	40	.565
Narcisista	48	.596
Antisocial	45	.729
Agresivo-sádico	44	.627

Compulsivo	38	.607
Pasivo-agresivo	40	.784
Autoderrotista	40	.809
Esquizotípico	44	.816
Borderline	60	.893
Paranoide	44	.765

### ***Validez del Inventario MCMI-II***

Como se observa en la tabla 6 los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) son significativos entre los diferentes componentes de la escala, evidenciado que existe validez de constructo de la escala.

Tabla 6

### ***Correlaciones entre los componentes del MCMI-II***

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Esquizoide	1	.722	.282	.205	.456	.431	.482	.169	.576	.626	.740	.588	.633
Evitativo	.722	1	.275	.392	.498	.607	.543	.135	.761	.897	.912	.842	.578
Dependiente	.282	.275	1	.349	.186	.043	.055	.347	.090	.358	.265	.127	.370
Histriónico	.205	.392	.349	1	.753	.625	.581	.056	.585	.568	.463	.535	.558
Narcisista	.456	.498	.186	.753	1	.706	.759	.040	.662	.582	.579	.601	.765
Antisocial	.431	.607	.043	.625	.706	1	.755	.314	.798	.656	.677	.804	.563
Agresivo-sádico	.482	.543	.055	.581	.759	.755	1	.002	.776	.612	.615	.712	.661
Compulsivo	.169	.135	.347	.056	.040	.314	.002	1	.169	.113	.097	.246	.361
Pasivo-agresivo	.576	.761	.090	.585	.662	.798	.776	.169	1	.812	.784	.908	.639
Autoderrotista	.626	.897	.358	.568	.582	.656	.612	.113	.812	1	.848	.889	.621
Esquizotípico	.740	.912	.265	.463	.579	.677	.615	.097	.784	.848	1	.833	.669
Borderline	.588	.842	.127	.535	.601	.804	.712	.246	.908	.889	.833	1	.547
Paranoide	.633	.578	.370	.558	.765	.563	.661	.361	.639	.621	.669	.547	1

### **3.6. Aspectos éticos**

En la fase de aplicación de los datos, se utilizó un consentimiento informado (ver anexo 1) donde se explicó el objetivo del estudio y se enfatizó en que los cuestionarios son anónimos para cuidar la confidencialidad de las respuestas. Además, se explicó a los internos, que la participación era voluntaria y en cualquier momento del estudio podían decidir no continuar y retirarse. Además, el estudio antes de la recolección de datos fue aprobado por un comité de ética de la universidad.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### 4.1. Análisis descriptivo

#### *a. Patrones clínicos de personalidad de los internos*

Se aprecia en la tabla 7 que los patrones clínicos de personalidad que se encuentran en mayor número en los internos evaluados son la personalidad Compulsivo (51.6%), Dependiente (50.5%), Esquizoide (44.6%), Evitativo (40.8%) y Autoderrotista (37%). Además, se aprecia que muy pocos internos presentan un estilo de personalidad Histriónico (7.6%).

Tabla 7

#### *Patrones clínicos de personalidad*

	Leve		Moderado		Severo	
	n	%	n	%	n	%
Esquizoide	67	36.4%	35	19%	82	44.6%
Evitativo	66	35.9%	43	23.4%	75	40.8%
Dependiente	47	25.5%	44	23.9%	93	50.5%
Histriónico	137	74.5%	33	17.9%	14	7.6%
Narcisista	91	49.5%	34	18.5%	59	32.1%
Antisocial	97	52.7%	35	19%	52	28.3%
Agresivo-sádico	90	48.9%	40	21.7%	54	29.3%
Compulsivo	48	26.1%	41	22.3%	95	51.6%
Pasivo-agresivo	111	60.3%	21	11.4%	52	28.3%
Autoderrotista	64	34.8%	52	28.3%	68	37%

#### *b. Patrones severos de personalidad de los internos*

La tabla 8 permite apreciar que el 23.4% de los internos presenta indicadores severos de patrones de personalidad Esquizotípico, y el 20.7% presentan

indicadores severos del patrones de personalidad Paranoide. Además, solo el 14.7% de los internos presentan indicadores severos de personalidad Borderline.

Tabla 8

*Patrones severos de la personalidad*

	Leve		Moderado		Severo	
	n	%	n	%	n	%
Esquizotípico	123	66.8%	18	9.8%	43	23.4%
Borderline	127	69%	30	16.3%	27	14.7%
Paranoide	124	67.4%	22	12%	38	20.7%

***c. Medidas de resumen de la asertividad sexual de los internos***

En la tabla 9 se observa que solo el 22.3% de los internos presentan un nivel alto de asertividad sexual, y la mayoría presentan un nivel entre bajo y moderado de asertividad sexual. De manera similar ocurre con las dimensiones de la asertividad sexual, donde solo el 16.3% tiene un nivel alto de asertividad en el inicio de la actividad sexual. Asimismo, el 26.6% presenta un nivel alto de asertividad al rechazar la actividad sexual y el 28.3% presenta un nivel alto de asertividad en la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 9

*Nivel de asertividad sexual*

	Bajo		Moderado		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Asertividad sexual	48	26.1%	95	51.6%	41	22.3%
Inicio de la actividad sexual	54	29.3%	100	54.3%	30	16.3%
Rechazo de la actividad sexual	42	22.8%	93	50.5%	49	26.6%
Prevención de ETS	44	23.9%	88	47.8%	52	28.3%

## 4.2. Prueba de normalidad

Con el propósito de contrastar las hipótesis planteadas, se procedió a realizar la prueba de bondad de ajuste para evaluar si las variables presentan una distribución normal. En ese sentido la tabla 10 presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov -Smirnov (K-S). Como se observa los datos correspondientes a las 17 variables, en 07 de ellas no presentan distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) es significativo ( $p < .05$ ). Por lo cual se utilizó el estadístico no paramétrico para la prueba de las hipótesis.

Tabla 10

*Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables en estudio*

Instrumentos	Variables	Media	D.E.	K-S	P
Patrones clínicos de personalidad	Esquizoide	28.4	7.68	.048	.200
	Evitativo	27.1	11.6	.057	.200
	Dependiente	35.5	6.42	.068	.037
	Histriónico	32.9	8.17	.058	.200
	Narcisista	37.9	9.22	.047	.200
	Antisocial	33.1	11.7	.070	.029
	Agresivo-sádico	32.8	9.21	.044	.200
	Compulsivo	45.1	8.15	.092	.001
	Pasivo-agresivo	28.2	12.3	.064	.064
	Autoderrotista	28.5	12.0	.054	.200
	Esquizotípico	30.8	12.9	.051	.200
	Borderline	31.4	17.8	.062	.077
	Paranoide	38.4	11.3	.047	.200
Asertividad sexual	Puntaje global	36.1	6.57	.106	.000
	Inicio	11.5	2.27	.122	.000
	Rechazo	12.5	3.46	.176	.000
	Prevención de ETS	12.1	4.33	.142	.000

### 4.3. Correlación de las variables

Se observa en la tabla 11 que existe una relación altamente significativa y negativa entre el patrón de personalidad Esquizoide y la asertividad sexual ( $\rho = -.221$ ,  $p < .003$ ). Es decir, la presencia de indicadores severos de la personalidad Esquizoide a su vez está relacionada con un menor nivel de asertividad sexual en los internos. Asimismo, esta personalidad presenta una relación altamente significativa y negativa con el rechazo de la actividad sexual ( $\rho = -.221$ ,  $p < .01$ ) y la prevención de enfermedades de transmisión sexual ( $\rho = -.224$ ,  $p < .01$ ). También se aprecia que existe una relación altamente significativa y negativa entre el patrón de personalidad Evitativo y la asertividad sexual ( $\rho = -.234$ ,  $p < .01$ ). Es decir, la presencia de indicadores severos de la personalidad Evitativo a su vez está relacionada con un menor nivel de asertividad sexual en los internos. Asimismo, esta personalidad presenta una relación altamente significativa y negativa con el rechazo de la actividad sexual ( $\rho = -.237$ ,  $p < .01$ ) y la prevención de enfermedades de transmisión sexual ( $\rho = -.151$ ,  $p < .05$ ).

Además, la personalidad Dependiente presenta una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.176$ ,  $p < .05$ ). Es decir, la presencia de indicadores severos de la personalidad Dependiente a su vez está relacionada con un menor nivel de asertividad sexual en los internos. Asimismo, esta personalidad presenta una relación altamente significativa y negativa con inicio de la actividad sexual ( $\rho = -.215$ ,  $p < .01$ ). El patrón de personalidad Histriónico no presenta una relación significativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.058$ ,  $p > .05$ ), no obstante, sí tiene relación con el inicio de la actividad sexual ( $\rho = -.252$ ,  $p < .01$ ). La personalidad Narcisista presenta una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.157$ ,  $p < .05$ ). Es decir, la presencia de indicadores severos

de la personalidad Narcisista a su vez está relacionada con un menor nivel de asertividad sexual en los internos. Además, no presenta relación significativa con ninguna de las dimensiones de la asertividad sexual.

El patrón de personalidad Antisocial presenta una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.160$ ,  $p < .05$ ). Es decir, la presencia de indicadores severos de la personalidad Antisocial a su vez está relacionada con un menor nivel de asertividad sexual en los internos. Asimismo, esta personalidad no presenta una relación significativa con los componentes de la asertividad sexual. Por otro lado, la personalidad Agresivo-sádico presenta una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.171$ ,  $p < .05$ ). Es decir, la presencia de indicadores severos de la personalidad Agresivo-sádico a su vez está relacionada con un menor nivel de asertividad sexual en los internos. Asimismo, esta personalidad evidencia una relación significativa y negativa solo con el rechazo de la actividad sexual ( $\rho = -.162$ ,  $p < .05$ ). El patrón de personalidad Compulsivo no presenta una relación significativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.108$ ,  $p > .05$ ). Sin embargo, si presenta una relación significativa y negativa con el inicio de la actividad sexual ( $\rho = -.162$ ,  $p < .05$ ). El estilo de personalidad Pasivo-agresivo evidencia una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.166$ ,  $p < .05$ ), es decir la presencia de indicadores severos de la personalidad Pasivo-agresivo a su vez está relacionado con un menor nivel de asertividad sexual en los internos. Asimismo, esta personalidad presenta una relación significativa y negativa con el rechazo de la actividad sexual ( $\rho = -.156$ ,  $p < .05$ ).

También se aprecia que la personalidad Autoderrotista presenta una relación altamente significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.264$ ,  $p < .01$ ), es decir la presencia de indicadores severos de la personalidad

Autoderrotista a su vez está relacionado con un menor nivel de asertividad sexual en los internos. Además, esta personalidad presenta una relación significativa y negativa con el rechazo de la actividad sexual ( $\rho = -.214$ ,  $p < .01$ ).

Con respecto a las patrones severos de la personalidad, se aprecia en la tabla 11, que el estilo de personalidad Esquizotípico presenta una relación altamente significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.224$ ,  $p < .01$ ), es decir la presencia de indicadores severos de la personalidad Esquizotípica a su vez está relacionado con un menor nivel de asertividad sexual en los internos. Además, se aprecia que presenta una relación significativa con el rechazo de la actividad sexual ( $\rho = -.213$ ,  $p < .01$ ). El patrón de personalidad Borderline presenta una relación altamente significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.252$ ,  $p < .01$ ), es decir la presencia de indicadores severos de la personalidad Borderline a su vez está relacionado con un menor nivel de asertividad sexual en los internos. Además, se aprecia que prese una relación significativa y negativa con el rechazo de la actividad sexual ( $\rho = -.213$ ,  $p < .01$ ). Finalmente, el patrón de personalidad Paranoide presenta una relación altamente significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.204$ ,  $p < .01$ ), es decir la presencia de indicadores severos de la personalidad Paranoide a su vez está relacionado con un menor nivel de asertividad sexual en los internos. Además, este patrón de personalidad presenta una relación significativa con la prevención de las enfermedades de transmisión sexual ( $\rho = -.163$ ,  $p < .05$ ).

Tabla 11

*Coefficientes de correlación entre patrones clínicos de personalidad y asertividad sexual*

	Asertividad sexual		Inicio		Rechazo		Prevención de ETS	
	rho	p	rho	p	rho	p	Rho	P
Esquizoide	-.221	.003	.016	.828	-.221	.003	-.224	.002
Evitativo	-.234	.001	-.015	.843	-.237	.001	-.151	.041
Dependiente	-.176	.017	-.215	.003	-.078	.290	-.085	.251
Histriónico	-.058	.436	-.252	.001	-.066	.371	.103	.163
Narcisista	-.157	.034	-.110	.139	-.131	.077	-.062	.401
Antisocial	-.160	.030	-.072	.331	-.141	.057	-.083	.263
Agresivo-sádico	-.171	.021	-.114	.123	-.162	.028	-.076	.303
Compulsivo	-.108	.143	-.162	.028	-.046	.535	-.092	.214
Pasivo-agresivo	-.166	.025	-.071	.341	-.156	.034	-.082	.270
Autoderrotista	-.264	.000	-.141	.056	-.214	.004	-.119	.108
Esquizotípico	-.224	.002	-.054	.467	-.213	.004	-.123	.098
Borderline	-.252	.001	-.101	.173	-.198	.007	-.131	.077
Paranoide	-.204	.005	-.143	.053	-.128	.084	-.163	.027

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

### 5.1. Explicación

Actualmente la asertividad sexual, juega un rol muy importante en la sexualidad humana, especialmente en la salud sexual (Santos-Iglesias y Sierra, 2010) ya que es una habilidad social que permite a la persona comunicar de manera adecuada necesidades y preferencias sexuales a su pareja (Erchull y Liss, 2014; Koolaee, Asadi, Mansoor, Mosalanejad y FathAbadi, 2014). Frente a ello los patrones de personalidad están relacionados de manera negativa con esta capacidad, como se aprecia al contrastar las hipótesis de este estudio. De los 13 tipos de personalidad, 11 presentan una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual en los internos de cuatro centros penitenciarios del país.

Siguiendo la clasificación dada por el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, 2013), en el grupo A, el patrón de personalidad paranoide presenta una relación altamente significativa y negativa con la asertividad sexual ( $\rho = -.204$ ,  $p < .01$ ), es decir una mayor presencia y gravedad de rasgos disfuncionales de la personalidad paranoide está relacionado con un menor nivel de asertividad sexual. Esta personalidad tiene muchas dificultades en su interacción con los demás, especialmente al expresar sus opiniones, ya que presenta un patrón marcado de desconfianza y suspicacia frente a otros. (Millon y Grossman, 2006). Estas características hacen evidente su relación negativa con la asertividad sexual, ya que tienen muchas dificultades para expresar sus deseos sexuales o están siempre predispuestos para a contraatacar con rapidez y reaccionar con ira ante la mínima provocación percibida por ellos. También el patrón de personalidad esquizoide presenta una relación altamente significativa y negativa ( $\rho = -.221$ ,

$p < .01$ ) con la asertividad sexual. Esta relación se hace evidente ya que esta personalidad se caracteriza por un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales, no hay un deseo de intimidad, tampoco un deseo de formar una familia o grupo social y muestran un escaso interés en tener experiencias sexuales con otra persona (Millon, 1999). De manera similar el patrón de personalidad esquizotípico presenta una relación significativa y negativa ( $\rho = -.224$ ,  $p < .01$ ) debido a que una característica esencial de este tipo es la incapacidad para utilizar todo el abanico de afectos y habilidades para interactuar de manera adecuada y efectiva con los demás, lo que hace que tengan un comportamiento inapropiado e inflexible (DMS-IV, 2003; Caballo, Salazar, y Iruirria, 2011). Estas características hacen evidente que la persona tenga muchas dificultades para a iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada y negociar el empleo de métodos anticonceptivos de barrera.

Con respecto al grupo B, el patrón antisocial de la personalidad presenta una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.160$ ,  $p < .05$ ), es decir una mayor presencia y gravedad de rasgos disfuncionales de la personalidad antisocial está relacionado con un menor nivel de asertividad sexual en los internos. Esta relación se hace evidente ya que esta personalidad se caracteriza por una carencia de empatía y la insensibilidad frente a los sentimientos y derechos de los demás. También se caracterizan por ser irresponsables, impulsivos y manipuladores en sus relaciones sexuales además de tener múltiples parejas sexuales (DSM-5, 2013; Millon y Davis, 2001). El patrón de personalidad límite también presenta una relación altamente significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.252$ ,  $p < .01$ ). Esto debido a su marcada inestabilidad emocional e impulsividad, donde pueden involucrarse en prácticas sexuales de

riesgo (Millon y Davis, 2001). Además, el patrón de personalidad narcisista presenta una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.157$ ,  $p < .05$ ), esto debido a que tienen un sentido grandioso de su persona, carecen de empatía y tienen dificultades para reconocer los deseos y sentimientos de los demás (DSM-5, 2013). Sin embargo, el patrón de personalidad histriónico no presenta una relación significativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.058$ ,  $p > .05$ ). Si bien este tipo de personalidad se caracteriza por tener un comportamiento provocador y seductor hacia la otra persona además de una inestabilidad emocional, esto no guarda relación con la asertividad sexual. Esto podría deberse a que los participantes son varones y hay muy pocos que presentan este tipo.

En el grupo C, el patrón de personalidad por evitación presenta una relación altamente significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.234$ ,  $p < .01$ ). Esto debido a que esta personalidad se caracteriza por un patrón general de inhibición social, sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad hacia la evaluación. Esto hace que iniciar una actividad sexual o rechazar una actividad sexual de manera asertiva les resulte muy difícil (DSM-5, 2013). El patrón de personalidad por dependencia presenta una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.176$ ,  $p < .05$ ). Esto debido a que esta personalidad se caracteriza por una necesidad general y excesiva de depender de alguien que ocasiona un comportamiento sumiso y con temor al abandono. Además, la dificultad para expresar sus emociones y opiniones, así como mostrar su desacuerdo (DSM-IV, 2013; McGorry, 2010) hace que tengan muchas dificultades para iniciar, rechazar o negociar el uso de métodos anticonceptivos en la actividad sexual. Por otro lado, el patrón obsesivo-compulsivo no presenta una relación significativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.108$ ,  $p > .05$ ), pero sí con uno de sus componentes, con el

inicio de la actividad sexual ( $\rho = -.162$ ,  $p < .05$ ). Esto debido a que la característica esencial de este trastorno es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control estricto de su comportamiento (Millon y Davis, 2001), lo que hace que tengan dificultad para iniciar una actividad sexual.

Por otro lado, se encontró una relación significativa entre el patrón de personalidad agresivo-sádico y el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.171$ ,  $p < .05$ ). Este patrón de personalidad encuentra placer en humillar, intimidar y menospreciar a otras personas (Millon y Davis, 2001), todo ello hace que tenga muchas dificultades en la actividad sexual. El patrón de personalidad pasivo-agresivo presenta una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.166$ ,  $p < .05$ ). Esto debido a que este patrón de personalidad está predispuesto a la hostilidad, a discutir y una ambivalencia en su conducta (Millon y Davis, 2001).

Finalmente, el patrón de personalidad autoderrotista presenta una relación altamente significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.264$ ,  $p < .05$ ). Esta personalidad se caracteriza por evitar o socavar las experiencias placenteras, se involucra en relaciones perjudiciales que le producen frustración, fracaso e incluso a ser maltratado y rechaza a personas que le traten con respeto (Millon y Davis, 2001). Todo ello hace muy difícil para este tipo de personas tener asertividad sexual en la intimidad.

## **5.2. Contraste con la teoría y resultados de otras investigaciones**

La asertividad sexual juega un rol relevante en la sexualidad humana, especialmente en la salud sexual (Santos-Iglesias y Sierra, 2010) puesto que es una habilidad social que permite a la persona comunicar de manera adecuada necesidades y preferencias sexuales a su pareja (Erchull y Liss, 2014; Koolaee, Asadi, Mansoor, Mosalanejad y FathAbadi, 2014). En relación a ello, los patrones de personalidad

están relacionados de manera negativa con dicha capacidad, como se muestra al contrastar las hipótesis del presente estudio. Así, de los 13 patrones de personalidad, 11 de ellos presentan una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual en los internos de cuatro centros penitenciarios del país. Este resultado coincide con los estudios de Firoozi, Azmoude, & Asgharipoor (2016), Miri, AliBesharat, Asadi, & Shahyad (2011) y Moyano & Sierra (2013), donde alguna de las características de la personalidad influyen significativamente sobre la sexualidad de la persona.

Tomando en consideración la clasificación dada por el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, 2003), en el grupo A, el patrón de personalidad paranoide presenta una relación altamente significativa y negativa con la asertividad sexual ( $\rho = -.204$ ,  $p < .01$ ), es decir una mayor presencia y gravedad de rasgos disfuncionales de la personalidad paranoide está relacionado con un menor nivel de asertividad sexual. Esta personalidad tiene muchas dificultades en su interacción con los demás, especialmente al expresar sus opiniones, ya que presenta un patrón marcado de desconfianza y suspicacia frente a otros (Millon y Grossman, 2006). Estas características hacen evidente su relación negativa con la asertividad sexual, ya que tienen muchas dificultades para expresar sus deseos sexuales o están siempre predispuestos para a contraatacar con rapidez y reaccionar con ira ante la mínima provocación percibida por ellos. También el patrón de personalidad esquizoide presenta una relación altamente significativa y negativa ( $\rho = -.221$ ,  $p < .01$ ) con la asertividad sexual. Esta relación se hace evidente ya que esta personalidad se caracteriza por un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales, no hay un deseo de intimidad, tampoco un deseo de formar una familia o grupo social y muestran un escaso interés en tener experiencias

sexuales con otra persona (Millon, 1999). De manera similar el patrón de personalidad esquizotípico presenta una relación significativa y negativa ( $\rho = -.224$ ,  $p < .01$ ) debido a que una característica esencial de este patrón es la incapacidad para utilizar todo el abanico de afectos y habilidades para interactuar de manera adecuada y efectiva con los demás, lo que hace que tengan un comportamiento inapropiado e inflexible (DMS-IV-TR, 2003; Caballo, Salazar, y Irurria, 2011). Estas características hacen evidente que la persona tenga muchas dificultades para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada y negociar el empleo de métodos anticonceptivos de barrera.

Con respecto al grupo B, el patrón antisocial de la personalidad presenta una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.160$ ,  $p < .05$ ), es decir una mayor presencia y gravedad de rasgos disfuncionales de la personalidad antisocial está relacionado con un menor nivel de asertividad sexual en los internos. Al comparar con otras investigaciones relacionadas al objetivo del estudio, se encontró que concuerda con lo reportado por Ortiz-Tallo, Sánchez y Cardenal (2002) y por Castro, López-Castedo y Sueiro (2009). Además, esta relación se hace evidente ya que esta personalidad se caracteriza por una carencia de empatía y la insensibilidad frente a los sentimientos y derechos de los demás. También se caracterizan por ser irresponsables, impulsivos y manipuladores en sus relaciones sexuales además de tener múltiples parejas sexuales (DSM-IV-TR, 2003; Millon y Davis, 2001). El patrón de personalidad límite también presenta una relación altamente significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.252$ ,  $p < .01$ ). Esto coincide con el estudio de Castro, López-Castedo y Sueiro (2009), donde los rasgos de personalidad límite están presentes en los internos condenados por delito sexual. Esto puede suceder debido a su marcada inestabilidad emocional

e impulsividad, donde pueden involucrarse en prácticas sexuales de riesgo (Millon y Davis, 2001). Además, el patrón de personalidad narcisista presenta una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.157$ ,  $p < .05$ ), esto debido a que tienen un sentido grandioso de su persona, carecen de empatía y tienen dificultades para reconocer los deseos y sentimientos de los demás (DSM-IV-TR, 2003). Sin embargo, el patrón de personalidad histriónico no presenta una relación significativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.058$ ,  $p > .05$ ). Si bien este tipo de personalidad se caracteriza por tener un comportamiento provocador y seductor hacia la otra persona además de una inestabilidad emocional, esto no guarda relación con la asertividad sexual. Esto podría deberse a que los participantes son varones y hay muy pocos que presentan el trastorno.

En el grupo C, el patrón de personalidad por evitación presenta una relación altamente significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.234$ ,  $p < .01$ ). Esto debido a que esta personalidad se caracteriza por un patrón general de inhibición social, sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad hacia la evaluación. Esto hace que iniciar una actividad sexual o rechazar una actividad sexual de manera asertiva les resulte muy difícil (DSM-IV-TR, 2003). El patrón de personalidad por dependencia presenta una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.176$ ,  $p < .05$ ). Esto debido a que esta personalidad se caracteriza por una necesidad general y excesiva de depender de alguien que ocasiona un comportamiento sumiso y con temor al abandono. Además, la dificultad para expresar sus emociones y opiniones, así como mostrar su desacuerdo (DSM-IV-TR, 2003; McGorry, 2010) hace que tengan muchas dificultades para iniciar, rechazar o negociar el uso de métodos anticonceptivos en la actividad sexual. Por otro lado, el patrón obsesivo-compulsivo no presenta una relación significativa con el

nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.108$ ,  $p > .05$ ), pero sí con uno de sus componentes, con el inicio de la actividad sexual ( $\rho = -.162$ ,  $p < .05$ ). Esto debido a que la característica esencial de este tipo es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control estricto del comportamiento de los demás (Millon y Davis, 2001), lo que hace que tengan dificultad para iniciar una actividad sexual.

Por otro lado, se encontró una relación significativa entre el patrón de personalidad agresivo-sádico y el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.171$ ,  $p < .05$ ), el cual coincide con los resultados encontrados por Castro, López-Castedo y Sueiro (2009). Este tipo de personalidad encuentra placer en humillar, intimidar y menospreciar a otras personas (Millon y Davis, 2001), todo ello hace que tenga muchas dificultades en la actividad sexual. El patrón de personalidad pasivo-agresivo presenta una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.166$ ,  $p < .05$ ). Esto debido a que este tipo de personalidad está predispuesto a la hostilidad, a discutir y una ambivalencia en su conducta (Millon y Davis, 2001).

Finalmente, el patrón de personalidad autoderrotista presenta una relación altamente significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual ( $\rho = -.264$ ,  $p < .05$ ). Esta personalidad se caracteriza por evitar o socavar las experiencias placenteras, se involucra en relaciones perjudiciales que le producen frustración, fracaso e incluso a ser maltratado y rechaza a personas que le traten con respeto (Millon y Davis, 2001). Todo ello hace muy difícil para este tipo de personas tener asertividad sexual en la intimidad.

Respecto a las variables investigadas, no se encontraron otras investigaciones que tengan una relación directa entre características de personalidad y la asertividad sexual; las halladas establecen una relación por separado, tanto con la variable personalidad, así como la asertividad sexual.

## CONCLUSIONES

- No se encuentra un patrón de características de personalidad o perfil definido en el agresor sexual.
- Se encontró que, de los 13 patrones de personalidad, 11 de ellos presentan una relación significativa y negativa con el nivel de asertividad sexual; siendo éste bajo en los internos de cuatro centros penitenciarios del país.
- Se encontró que solo la personalidad Histriónico ( $\rho = -.058$ ;  $p > .05$ ) y Compulsivo ( $\rho = -.108$ ;  $p > .05$ ) no presentan relación significativa con el nivel de asertividad sexual de los reclusos evaluados. Las demás características de personalidad si guardan relación significativa con el nivel de asertividad sexual.
- Respecto a las dimensiones de asertividad sexual, la personalidad Esquizoide ( $\rho = .016$ ;  $p > .05$ ), Evitativo ( $\rho = -.015$ ;  $p > .05$ ), Narcisista ( $\rho = -.110$ ;  $p > .05$ ), Antisocial ( $\rho = -.072$ ;  $p > .05$ ), Pasivo-Agresivo ( $\rho = -.071$ ;  $p > .05$ ), Esquizotípico ( $\rho = -.054$ ;  $p > .05$ ) y Borderline ( $\rho = -.101$ ;  $p > .05$ ), no presentan relación significativa con el inicio de la actividad sexual. Las demás características de personalidad si guardan relación significativa con esta variable.
- También la personalidad Dependiente ( $\rho = -.078$ ;  $p > .05$ ), Histriónico ( $\rho = -.066$ ;  $p > .05$ ), Narcisista ( $\rho = -.131$ ;  $p > .05$ ), Antisocial ( $\rho = -.141$ ;  $p > .05$ ), Compulsivo ( $\rho = -.046$ ;  $p > .05$ ) y Paranoide ( $\rho = -.128$ ;  $p > .05$ ), no presentan relación significativa con el rechazo de la actividad sexual. Las demás características de personalidad si guardan relación significativa con esta variable.

- Finalmente, solo las personalidades; Esquizoide ( $\rho=-.224$ ;  $p<.01$ ), Evitativo ( $\rho=-.151$ ;  $p<.05$ ) y Paranoide ( $\rho=-.163$ ;  $p<.05$ ), presentan relación significativa con la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Las demás características de personalidad no presentan relación significativa con esta variable.

## RECOMENDACIONES

- Ampliar el estudio de estas dos variables considerando otras poblaciones y muestras no abordadas en esta investigación.
- Realizar estudios para determinar la relación entre la personalidad y el descontrol de impulsos en agresores sexuales.
- Ampliar el estudio para determinar si la personalidad y los niveles de satisfacción sexual, son factores causales de la conducta de agresión sexual, en agresores.
- De los resultados de la presente investigación difundir el concepto y aplicación de la *asertividad sexual*, en los centros educativos, padres de familia y a la comunidad en general, para dirigir su desarrollo de manera adecuada y satisfactoria en las personas.
- De los resultados de la presente investigación que sensibilice a las instituciones del poder judicial, que no tome en cuenta no solo el delito y aplicar el castigo, sino que considere que detrás de ello esta una personalidad mal estructurada con falta de asertividad sexual, para evaluar la prevención de futuros agresores sexuales en la sociedad.
- Se sugiere se implemente o mejoren programas de intervención psicoterapéutico, en función de los resultados encontrados, para el control de impulsos sexuales que puede emerger incluso en personas normales, considerando que este acto es considerado como uno de los más fuertes gratificadores en el ser humano.

## REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría, APA. (2005). DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos. España, Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría, APA. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Estados Unidos, Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Beate, B. (2001). *Abuso sexual en los niños*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Blanc, A., Sosa, M., Díaz, L., Pinto, E., & Scolara, M. (2012). *Asertividad sexual en mujeres y hombres heterosexuales en pareja* (tesis de posgrado). Instituto Kinsey, Rosario, Argentina.
- Castro, M. E., López-Castedo, A., y Sueiro, E. (2009) Perfil psicopatológico de agresores sexuales. *Cuaderno de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 89(90), 30-39.
- De la Torre, B. (2012). *Personalidad y agresión sexual* (tesis de posgrado). Instituto de Ciencias Forenses y de la Seguridad, Madrid, España.
- Echeburúa, E. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona. España: Ariel.
- Esbec, E y Echeburúa, E., (2011). Violencia y Trastornos de la Personalidad, implicancias Clínicas y Forenses. *Acta Española de Psiquiatría*, 38(51), 249 - 261.
- Firoozi, M.; Azmoude, E. & Asgharipoor, N. (2016). The relationship between personality traits and sexual self-esteem and its components. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(3), 225–231. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.180375>

- González, E., Martínez, V., Leyton, C., & Bardi, A., (2004). Características de los abusadores sexuales. *Revista SOGIA*, 11(1), 6-14. Recuperado de <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2004/XI1abusadores.pdf>
- Larrota, R; &Rangel Noriega, K (2013) El agresor Sexual. Aproximaciones teóricas a su caracterización. *Informes Psicológicos*, 13(2), 103-106.
- Lavado, L. (2009). Conversaciones en Simposium “*Desafíos de la Psicología penitenciaria en el tratamiento de los agresores sexuales*”. Unidad de Investigaciones Criminológicas y Penitenciarias, Lima, Perú.
- Lizano, R. (2009). *Pragmática y negación en agresores sexuales*. Lima, Perú: Instituto Nacional Penitenciario.
- López, S. y Enzlin, P. (2013) *Factors associated with the development of sexual assertiveness in women: A Literature Review*. Leuven, Bélgica: Katholieke Universiteit Leuven Faculty of Medicine.
- Machiori, H. (2000). *Criminología. La víctima del delito*. México D.F., México: Porrúa.
- Marshall, W. (2001). *Agresores sexuales*. Barcelona, España: Ariel.
- Matamoros, F. (2014) *El Agresor Sexual. Un Enfoque Clínico Forense de sus Características Psicológicas y Alteraciones Sexuales*. México D.F., México: Trillas.
- Mayorga, M. (2012). Características de los agresores en la violencia hacia la pareja. *Liberabit*, 18(1), 59-68.
- Ménard, A. & Offman, A. (2009). The interrelationship between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 18. Recuperado de [www.highbeam.com/doc/1G1-205857970.html](http://www.highbeam.com/doc/1G1-205857970.html)
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona, España: Masson.

- Millon, T. (1999). *Manual del Inventario Clínico Multiaxial de Millon. MCMI-II* (2da. Edición Revisada). Madrid, España: TEA Ediciones.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, MIMP. (2017). *Programa Nacional contra la violencia familiar y sexual*. Lima, Perú. Recuperado de <https://www.mimp.gob.pe/publicaciones>
- Miri, M.; AliBesharat, M.; Asadi, M. & Shahyad, S. (2011). The Relationship between Dimensions of Personality and Sexual Desire in Females and Males. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 15, 823–827. <https://doi.org/10.1016/J.SBS.PRO.2011.03.192>
- Morokoff, P.; Quina, K.; Harlow, L.; Whitmire, L.; Grimley, D.; Gibson, P. & Burkholder, G. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 790-804.
- Moyano, N. & Sierra, J. C. (2013). Relationships between personality traits and positive/negative sexual cognitions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(3), 189–196. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70023-1](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70023-1)
- Muñoz, D.; Trujillo, L. y Gotuzzo, E. (1995). Prácticas sexuales de riesgo para la transmisión VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en varones clientes de prostíbulos en el Callao. *Revista Médica Herediana*, 8(3), 92-104.
- Noar, S.; Morokoff, P. & Redding, C. (2002). Sexual Assertiveness in Heterosexuality Active Men: a Test of Three Samples. *AIDS Education and Prevention*, 14 (4), 330-342.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Violencia Sexual en Latinoamérica y el Caribe: Análisis de datos secundarios*. Recuperado de [http://www.oas.org/dsp/documentos/observatorio/violencia\\_sexual\\_la\\_y\\_caribe\\_2.pdf](http://www.oas.org/dsp/documentos/observatorio/violencia_sexual_la_y_caribe_2.pdf)

- Ortiz, M. y Sánchez, L. (2002). Perfil psicológico de delincuentes sexuales. Un estudio clínico con el MCMI-II de Theodore Millon. *Revista de Psiquiatría*, 29(3), 144-153.
- Portal, D. (2014). Defensoría del Pueblo. Perú es el tercer país en el mundo con más casos de violación sexual. Recuperado de [www.inversionesenlainfancia.net/blog/entrada/noticia/2439/0](http://www.inversionesenlainfancia.net/blog/entrada/noticia/2439/0)
- Ramírez, W. (2002). Caracterización de Ofensores Sexuales Juveniles: Experiencia de la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños. *Acta Pediátrica Costarricense*, 16(2), 69-74. Recuperado de [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00902002000200005](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902002000200005)
- Ramírez, W. (2002). *Prevención y tratamiento de la delincuencia*. Recuperado de: <http://www.marisolcollazos.es/Prevencion-tratamiento-delincuencia/Prevencion-05.pdf>
- Rickert, V. (2002). ¿Es la falta de asertividad sexual entre mujeres adolescentes y adultas jóvenes un motivo de preocupación? *Perspectivas en salud sexual y reproductiva*. 34(4), 178-183.
- Romero-Sánchez, M. & Megías, J. (2009). Agresiones sexuales en población universitaria: El papel del alcohol y de los mitos sobre la violación. *International Journal of Psychological Research*, 2(1), 44-53.
- Sánchez, C. y Morales, F. (2005). Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Reproducción Humana*, 19(1), 152-160.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica* (5ta. Edición). Lima, Perú: Business Support Aneth.

- Santos-Iglesias, P. & Sierra, J. (2010). The role of sexual assertiveness in human sexuality: a systematic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 553-577.
- Santos-Iglesias, P.; Sierra, J. & Vallejo-Medina, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de Psicología*, 1, 17-26. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/113431/107421>
- Santos-Iglesias, P.; Sierra, J. y Vallejo-Medina, P. (2012). Evaluación de la equivalencia factorial y métrica de la Sexual Assertiveness Scale (SAS) por sexo. *Psicothema*, 24(2), 316-322.
- Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P. & Santos-Iglesias, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de Psicología*, 27(1), 17–26.
- Soria, M. (2007). *Manual de Psicología jurídica e investigación criminal*. Madrid, España: Pirámide.
- Valencia, O.; Labrador, M. y Peña, M. (2009). Características demográficas y psicosociales de los agresores sexuales. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(2), 297-308.
- Vélez, P. (2015). *Niveles de asertividad sexual de estudiantes de la universidad de Cuenca* (tesis de licenciatura). Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22848/1/tesis.pdf>
- Viviano, T. (2012). *Abuso sexual. Estadísticas para la reflexión y pautas para la prevención*. Lima, Perú: Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Recuperado de:

[http://www.mimp.gob.pe/files/programas\\_nacionales/pncvfs/libro\\_abusosexual.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/libro_abusosexual.pdf)

Zurubavel, N. (2010). *Barriers to Sexual Assertiveness in college women: a focus on fear of sexual powerlessness and emotion dysregulation*. Oxford, Estados Unidos: Universidad de Miami.

# ANEXOS

## A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este consentimiento es brindarles a los participantes información acerca de la investigación que se está realizando.

La presente investigación tiene por objetivos, determinar la relación existente entre el perfil de personalidad y el nivel de asertividad sexual en varones de un centro penitenciario.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una encuesta donde se recogerán algunos datos básicos acerca de usted y luego completar dos pruebas: la primera es el Inventario Multiaxial Clínico de Millon II, el cual contiene 174 ítems y la prueba de asertividad sexual, la que contiene 18 ítems. Resolver ambas pruebas le tomara aproximadamente 45 minutos de tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este trabajo, puede hacer preguntas en cualquier momento durante dure este proyecto. Igualmente, puede retirar del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. El estudio no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio. Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducido por\_\_\_\_\_.

He sido informada de que el objetivo de este estudio es \_\_\_\_\_.

Me han indicado también que tendré que responder dos cuestionarios, lo cual tomara aproximadamente\_\_\_\_\_.

Reconozco que la información que yo brinde en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando lo decida, sin que esto me traiga perjuicio alguno.

Fecha: Lima\_\_\_\_, de\_\_\_\_\_de 2017

---

**Firma del Participante**

## B. PROTOCOLO DEL INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON II



# MCMII - II

*TH. MILLON*

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (II)

### INSTRUCCIONES

1. Anote todas sus contestaciones en la Hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
2. Para contestar en la Hoja de respuestas utilice un LÁPIZ blando que escriba en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
4. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
5. A continuación, tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la Hoja de respuestas. Si **ESTÁ DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** correspondiente a la letra "V" (Verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** de la letra "F" (Falso). Así:
  1. **"Soy un ser humano"**  
Como esta frase es verdadera para Ud. se ha rellenado completamente el espacio de la letra V (Verdadero).
  2. **"Mido más de tres metros"**  
Esta frase es falsa para Ud. por lo que se ha rellenado completamente el espacio de la letra F (Falso).
6. Procure responder a todas las frases, aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas, pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (Falso)
7. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
8. No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

Hoja de Respuestas

1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas sólo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso que pienso más en mí mismo.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extrovertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre evito llamar la atención en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad o talento para actuar y convencer a las demás personas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por personas que dicen necesitar ayuda y es falso.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.

41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Frecuentemente mi deseo de hacer las cosas muy bien, demora mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear o insinuarme con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en lo que va a suceder cada día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas que dicen siempre saber todo, y que piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía (comunicación mental) para influir en mi vida.
70. Consumir drogas ilegales pueden ser dañinas, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.
81. Siempre he tenido poco interés en el sexo que la mayoría de la gente.

82. No comprendo por qué pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intenta engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga intencionadamente mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento impulso de hacerme daño a mí o a otra persona.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Tengo pensamientos extraños o raros de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Cuando peleo o discuto con la persona que amo, me excito bastante sexualmente.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Yo para confiar en las personas, siempre tengo que ponerlas a prueba.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.

126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Miento frecuentemente para liberarme de los problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado ente amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño mis fantasías o imaginación me alejaban de la realidad en que vivía.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.

166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destruido psicológicamente.
168. A la gente que quiero, parece que le incentivo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. Ha habido periodos en mi vida en los que he estado muy alegre con mucha energía, para luego caer en el desánimo y la tristeza.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

## C. Escala de Asertividad Sexual (Morokoff et al., 1997) Adaptación de Sierra et al. (2011)

Esta escala está diseñada para evaluar algunos aspectos de las relaciones sexuales con su pareja. No es una prueba, por lo tanto no existen respuestas correctas ni incorrectas. Por favor responda a cada afirmación de forma honesta y precisa, seleccionando una **X** su respuesta.

Nunca

A veces (en un **25%** de las ocasiones, aproximadamente)

La mitad de las veces (en un **50%** de las ocasiones, aproximadamente)

Casi siempre (en un **75%** de las ocasiones, aproximadamente)

Siempre **100%**

		Nunca	A veces	La mitad de veces	Casi siempre	Siempre
1.	Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo.					
2.	Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando lo deseo.					
3.	En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja espero que me toque los genitales.					
4.	Le digo a mi pareja que acaricie mi cuerpo cuando yo lo deseo.					
5.	Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando lo deseo					
6.	Espero a que mi pareja inicie el contacto sexual, como acariciar mi cuerpo					
7.	Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, aun cuando le he dicho que no.					
8.	Si mi pareja lo desea, estimulo sus genitales con mi boca, aun cuando no me apetece					
9.	Si no lo deseo evito que mi pareja acaricie mi cuerpo, aunque insista.					
10.	Acepto tener relaciones sexuales con mi pareja, aunque yo no quiera.					
11.	Si lo he decidido no dejo que mi pareja me toque los genitales, aunque me presione.					
12.	Me niego a tener sexo si no me apetece, aunque mi pareja insista.					
13.	Si a mi pareja no le gusta usar condón, tengo relaciones sexuales, aunque yo si prefiera usarlos.					
14.	Tengo relaciones sexuales sin utilizar condón, aunque yo no quiera por insistencia de mi pareja.					
15.	Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón.					
16.	Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón.					
17.	Insisto en usar condón cuando quiero, incluso si mi pareja prefiera no usarlos					
18.	Me niego a tener relaciones sexuales, si mi pareja no quiere utilizar condón.					

## **D. VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA ESCALA DE ASERTIVIDAD SEXUAL**

Lima, 30 de Marzo del 2017

Estimado (a):

\_\_\_\_\_

Presente:

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitar su valiosa colaboración en calidad de JUEZ (a) para validar el contenido de un instrumento de medición. Instrumento que lleva por título:

### **ESCALA DE ASERTIVIDAD SEXUAL**

Para dar cumplimiento a lo anteriormente expuesto se hace entrega formal de la operacionalización de variables involucradas en el estudio, las tablas de especificaciones respectivas, el cuestionario y los formatos de validación, el cual deberá llenar de acuerdo a sus observaciones, a fin de orientar y verificar la claridad, congruencia, adecuado uso de palabras para el contexto y dominio de los contenidos para los diversos ítems del cuestionario.

Agradezco de antemano su receptividad y colaboración. Su apoyo me permitirá utilizar un instrumento con garantía de validez científica en la elaboración de mi tesis de post grado.

Quedo de Ud. en espera del feedback respectivo para mi trabajo académico.

Muy Atentamente:

Ps. Sixto Bonifacio Gutiérrez

## INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO (JUICIO DE EXPERTOS)

### Instrucciones

El presente instrumento tiene como finalidad establecer el nivel de asertividad sexual en adultos de 18 a 87 años de edad. Es importante señalar que el instrumento será aplicado a personas que en su mayoría han concluido solamente la primaria.

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **congruencia con el contenido, claridad en la redacción, uso de palabras en el contexto y dominio del constructo**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrece un espacio para las observaciones que hubiera.

Juez N°: \_\_\_\_\_ Fecha actual: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos del Juez: \_\_\_\_\_

Institución donde labora: \_\_\_\_\_

Años de experiencia profesional o científica: \_\_\_\_\_

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL DEL CONSTRUCTO

#### **Asertividad sexual:**

La asertividad sexual se refiere a la capacidad de las personas para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada y emplear métodos anticonceptivos, desarrollando comportamientos sexuales saludables; se basa en el derecho humano a la autonomía, que asume que las personas tienen derecho a elegir sobre su propia experiencia y actividad sexual (Morokoff, Quina, Harlow, Whitmire, Grimley, Gibson et al., 1997).

#### **Dimensiones del constructo:**

- **Inicio de la actividad sexual:** Frecuencia con la que se inicia la actividad sexual y que esta se desarrolle de forma deseada.
- **Rechazo de la actividad sexual:** Frecuencia con la que una persona se niega a tener una relación o práctica sexual no deseada.
- **Prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual:** La insistencia en el uso de métodos anticonceptivos de barrera **Anexo 1**

## CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DICTAMINADO POR EL JUEZ

**1) Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinador) y estructura del INSTRUMENTO?**

SI ( )

NO ( )

Observaciones:.....  
Sugerencias:.....

**2) ¿A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?**

SI ( )

NO ( )

Observaciones:.....  
Sugerencias:.....

**3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?**

SI ( )

NO ( )

Observaciones:.....  
Sugerencias:.....

**4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?**

SI ( )

NO ( )

Observaciones:.....  
Sugerencias:.....

**5) Los ítems del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?**

SI ( )

NO ( )

Observaciones:.....  
Sugerencias:.....

### OPERACIONALIZACIÓN DEL CONSTRUCTO “ASERTIVIDAD SEXUAL” ESCALA DE ASERTIVIDAD SEXUAL

**Objetivo General:** Establecer el nivel de asertividad sexual en adultos de 18 a 60 años de edad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	DIMENSIONES DEL CONSTRUCTO	VARIABLES EMPIRICAS O INDICADORES
Frecuencia con la que se inicia la actividad sexual y que esta se desarrolle de forma deseada	Inicio de la actividad sexual	p1, p2, p3, p4, p5, p6
Frecuencia con la que una persona se niega a tener una relación o práctica sexual no deseada.	Rechazo de la actividad sexual	p7, p8, p9, p10, p11, p12
La insistencia en el uso de métodos anticonceptivos de barrera látex con la pareja.	Prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual	p13, p14, p15, p16,p17,p18

## **Especificaciones generales**

Total de número de páginas de la tesis: 93 páginas