

ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DE LA AGRESIÓN SEXUAL: ANTECEDENTES Y UNA REVISIÓN SOBRE LAS NUEVAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN.

Enrique Esbec Rodríguez¹

Audiencia Provincial de Madrid. Universidad Complutense de Madrid

Olga Fernández-Sastrón

Universidad Complutense de Madrid

Resumen

En líneas generales, podría decirse que la atención sigue focalizándose mayoritariamente en el estudio de la sintomatología post traumática en un amplio sentido de la palabra en las mujeres víctimas de éste tipo de agresiones, aunque enfatizando el papel de la victimización secundaria como consecuencia de la interacción víctima-marco jurídico / social, así como en la necesidad de mejora de la atención comunitaria. Diversas líneas de investigación comienzan a dar relevancia al estudio de víctimas masculinas de éste tipo de delitos. En lo que respecta a los agresores, se presta gran atención a la elaboración de perfiles diferenciales que permitan homogeneizar en mayor medida las distintas muestras de ésta población, y se enfatiza el estudio sobre los aspectos cognitivos en la etiología de la violación. Se aprecia una insatisfacción generalizada respecto al tratamiento de éstos sujetos, ya que aún en la actualidad las tasas de reincidencia son relativamente altas. Cobra interés, así mismo, el fenómeno de la violación dentro del matrimonio, dando lugar a distintas líneas de investigación que tratan de arrojar algo de luz a un problema que, aunque frecuente, sigue siendo poco conocido.

PALABRAS CLAVE: *Violación, Agresión Sexual, Víctimas, Psicopatología Forense.*

Abstract

In general lines, the primary focus of attention is still the study of posttraumatic symptomatology in victims of rape, although emphasis is placed on secondary victimization as a consequence of victim-social/legal frame, as well as the increasing need for improving community care centers. Several lines of investigation begin to take in account the study of male rape victims. Regarding sexual offenders, much attention is paid to profiling, as an attempt to homogenize such a varied sample. The study of cognitive aspects in the etiology of rape also becomes an important target. There seems to be a general dissatisfaction with the treatment of these subjects, for still nowadays, reconviction rates continue to be relatively high. Finally,

¹ *Correspondencia:* Enrique Esbec, Departamento de Psicología Clínica, Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223 Madrid (Buzón 79).

efforts are focused on the investigation of the phenomenon of marital rape, trying to shed some light on a problem that although frequent, it is still deeply unknown.

KEY WORDS: *Violation, Sexual Aggression, Victims, Forensic Psychopathology.*

Introducción

Según un reciente estudio del Centro de Investigaciones Sociales (CIS, 2000) el tercer tema que más preocupa a la sociedad española después del paro y la droga, es la inseguridad ciudadana. Los delitos de violación, abuso y acoso sexual se encuentran en segundo lugar en orden de importancia a la hora de hablar de éste tema y son el tercer delito que más temen los españoles (.CIS- Dirección General de la Guardia Civil: Estudio 2284, abril 1998, Boletín 24. Abril-Junio 2000)

Estadísticas actuales (Petter & Whitehill, 1998) indican que en los Estados Unidos se produce un asalto sexual cada 6.4 minutos. Una de cada 6 de mujeres serán víctimas de una agresión sexual a lo largo de su vida, de entre las cuales un alto porcentaje cree que podría ser violada otra vez. Aunque es casi cuatro veces más probable que las mujeres sean asaltadas por un conocido, la mayoría de éstos delitos, no son denunciados.

Ante ésta situación, a todas luces problemática, el presente artículo pretende dar una visión global sobre el problema de la agresión sexual y en torno a las líneas de investigación actuales sobre el fenómeno de la violación en el panorama internacional, tratando de extraer unas conclusiones generales de los enfoques actuales sobre éste problema. Para ello se ha efectuado una revisión de la literatura científica sobre el tema en los últimos tres años.

En líneas generales, podría decirse que la atención sigue focalizándose mayoritariamente en el estudio de la sintomatología post traumática en un amplio sentido de la palabra en las mujeres víctimas de éste tipo de agresiones, aunque enfatizando el papel de la victimización secundaria como consecuencia de la interacción víctima-marco jurídico/social, así como en la necesidad de mejora de la atención comunitaria. Diversas líneas de investigación comienzan a dar relevancia al estudio de víctimas masculinas de éste tipo de delitos. En lo que respecta a los agresores, se presta gran atención a la elaboración de perfiles diferenciales que permitan homogeneizar en mayor medida las distintas muestras de ésta población, y se enfatiza el estudio sobre los aspectos cognitivos en la etiología de la violación. Se aprecia una insatisfacción generalizada respecto al tratamiento de éstos sujetos, ya que aún en la actualidad las tasas de reincidencia son relativamente altas. Cobra interés, así mismo, el fenómeno de la violación dentro del matrimonio, dando lugar a distintas líneas de investigación que tratan de arrojar algo de luz a un problema que, aunque frecuente, sigue siendo poco conocido.

El trauma de la violación. Concepto, antecedentes y líneas actuales de investigación.

Las personas que sufren agresión sexual², son en general las más intensamente victimizadas. La violación constituye uno de los delitos violentos más traumatizante generando inmediatamente síntomas de TEPT y en muchas víctimas secuelas psicológicas a largo plazo. Según Shapland (1990), en un 100% de los casos de delito sexual con violencia y en al menos 2/3 partes de los demás casos, se evidencian reacciones emocionales considerables, especialmente miedo, depresión y rabia que llevan a cambios significativos en los estilos de vida.

Estudios clásicos

Clásicamente se describe una fase de impacto agudo muy bien descrito por Olga Knopf en 1978 en donde al shock traumático se une un importante sentimiento de culpabilidad, fundamentalmente si la víctima ha sentido placer sexual durante el coito forzado. Si el trauma no es integrado surgirá ansiedad crónica, con tensión y fatiga, depresión, fobias, daño en el ajuste sexual con aversión al sexo y desajuste social, autoimagen negativa, e incapacidad para disfrutar de la vida. Se trata del <<síndrome traumático diferido de la violación>>, cuya descripción en dos fases (desorganización y reorganización) ya esbozaron Burgess y Holmstrom (1974).

² La agresión sexual está definida en el Art. 178 del Penal, recientemente reformado por Ley 11/1999.

Artículo 178: El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cuatro años.

Artículo 179: Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado, como reo de violación, con la pena de prisión de seis a doce años.

Artículo 180:

1. Las anteriores conductas serán castigadas con las penas de prisión de cuatro a diez años para las agresiones del artículo 178, y de doce a quince años para las del artículo 179, cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:

- 1- Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.
- 2- Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas.
- 3- Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, y, en todo caso, cuando sea menor de trece años.
- 4- Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines con la víctima.
- 5- Cuando el autor haga uso de armas u otros medios igualmente peligrosos, susceptibles de producir la muerte o alguna de las lesiones previstas en los artículos 149 y 150 de este Código, sin perjuicio de la pena que pudiera corresponder por la muerte o lesiones causadas.

2.. Si concurrieren dos o más de las anteriores circunstancias, las penas previstas en este artículo se impondrán en su mitad superior.

La mayor parte de las investigaciones efectuadas sobre repercusiones psíquicas de hechos delictivos -especialmente la delincuencia sexual- coinciden en afirmar que dicho evento en sus múltiples variedades y manifestaciones supone un gran deterioro para la vida psíquica del individuo. Symmonds, en una sistematización ya clásica diferenció cuatro etapas de victimización psíquica (Esbec, 1994) : 1-*Etapa de shock*. La persona queda paralizada por el crimen con sensaciones de irrealidad e incredulidad (fase de negación). En esta fase el criminal tiene que insistir en la firmeza de sus propósitos para imponerse. 2-*Etapa de miedo*. Se impone la realidad aplastante de los hechos y surge el terror, el pánico, el miedo generadores de alteraciones graves en el comportamiento. El miedo es mayor cuanto más prolongado haya sido el contacto con el criminal. 3-*Etapa de apatía y rabia*. A veces se alternan en el tiempo. Esta etapa puede ser larga en algunos sujetos. La apatía y resignación proceden de una "depresión traumática". La rabia puede estar dirigida hacia uno mismo originando culpa y depresión o dirigida hacia fuera, en forma de irritabilidad, hostilidad o conducta agresiva. Puede acompañarse de insomnio, pesadillas, autoacusación o elaboración del trauma mediante producción de fantasías. Puede desplazarse el conflicto hacia médicos, jueces, policía, asistentes sociales, etc., de tal forma que todos se comportan mal, "todos son culpables". 4-*Etapa de resolución del conflicto*. Se caracteriza por actitud hipervigilante y revisión de valores y actitudes. Esta etapa puede retrasarse según la duración e intensidad de las etapas precedentes. A veces ocurre represión en vez de resolución. En esta etapa se dan los sentimientos pleitistas, de venganza o de agradecimiento hacia el ofensor ("Síndrome de Estocolmo").

El primer estudio que analiza sistemáticamente el patrón de respuesta en víctimas de violación (n=13) es el que publican en 1970 Sandra Sutherland y Donald Scherl, describiendo tres fases características: (a) reacción aguda; (b) ajuste y (c) integración-resolución del conflicto.

Pero el estudio con mayor repercusión internacional se debe a Ann Wolbert Burgess y Lynda Lytle Holmstrom (1974), "rape trauma syndrome". Estudian la respuesta conductual de 92 mujeres adultas atendidas hospitalariamente durante un periodo de un año. Las manifestaciones del síndrome traumático de la violación son sistematizadas en dos fases: (a) fase de desorganización, que incluye reacciones conductuales diversas, reacciones somáticas, reacciones emocionales y (b) fase de reorganización (a largo plazo), que incluye actividad motora, traumatofobia (miedos), y trastornos del sueño (Burgess y Holmstrom, 1974).

Rose (1986) se refiere a la violación como un acontecimiento "peor que la muerte" y analiza dos tendencias predominantes antes de 1970: a) la concepción de la violación como un evento que tiende a darse en mujeres provocativas o b) el trauma de la violación no es más que una exacerbación de conflictos psicológicos pre-existentes. Para Rose, el trauma de violación se caracteriza psicodinámicamente por la pérdida profunda (de la confianza básica e omnipotencia primitiva) y el desarrollo de defensas (racionalización, disociación, regresión, despersonalización, proyección masiva, negación), mermando gravemente la autoestima, sexualidad y relaciones con las demás. La culpa que es intensa, animada por la rabia mal

expresada y la vergüenza, es responsable de muchos cambios caracterológicos y en el estilo de vida. La pérdida de la autonomía personal por el control del asaltante activa afectos primitivos que arrollan al ego. La persona despersonalizada primero queda reconstruida, después cambia y esos cambios persistirán durante toda la vida.

Semiología de la vivencia traumática

La semiología en la fase aguda, consiste esencialmente en un cuadro reactivo que con frecuencia encaja en los criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)³. Las víctimas se quejan de sentimientos de humillación, vergüenza, ira o impotencia, preocupación constante por el trauma, autoculpabilidad con tendencia a revivir y percibir el suceso como responsable principal del mismo, pérdida progresiva de autoconfianza como consecuencia de los sentimientos de indefensión e impotencia experimentados, alteración del sistema de valores, especialmente su confianza en los demás y su creencia en un mundo justo.

La clínica del TEPT que sufren las víctimas de agresión sexual, ofrece algunas peculiaridades, muy bien estudiadas por Sutherland & Scherl, 1970; Symonds, 1975; Brodsky, 1976; Notman y Nadelson, 1976; Burgess y Holmstrom, 1979; Ellis, et al., 1981; Kilpatrick, et al., 1981; Ellis, et al., 1981; Norris y Feldman-Summers, 1981; Nadelson, et al., 1982; Becker, et al., 1984; Rose, 1986; Mezey y Taylor, 1988; Quina y Carlson, 1990 y otros (ver la revisión en Delgado, 1994, Esbec, 1997):

- *Re-experimentación del trauma*: recuerdos (rememorar) intrusos de la experiencia, pesadillas o 'flashbacks', donde la víctima reacciona conductualmente a los sucesos que ella revive. Estos flashbacks, también pueden ocurrir durante la actividad sexual, momento durante el cual, la mujer puede sentir a su pareja sexual como al violador, e ir desarrollando una progresiva aversión al sexo.
- *Alteraciones del sueño*: El problema del sueño más común, es en forma de pesadillas y /o despertares nocturnos con incapacidad para volver a conciliar el sueño. Otras investigaciones también han encontrado alteraciones en los patrones de sueño en víctimas de violación. Las mujeres que fueron atacadas cuando se encontraban en su propia cama,

³ El TEPT es reconocido por vez primera en la tercera edición del <<manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales>> (DSM III; APA, 1980). Sus antepasados más significativos son la llamada "neurosis traumática" (Oppenheim, 1892; Eulenburg, 1895), "Schreckneurose" (Kraepelin, 1896), "neurosis de guerra" (Kardiner, 1947), "reacción intensa de estrés" (DSM I, 1952), "estrés relacionado con el combate" (DSM II, 1968). Debido a su bisonñez, fue objeto de un intenso debate. La controversia llegó a considerar la posibilidad de incluir al SEPT en una categoría aparte, pero al final en el DSM-IV, las modificaciones respecto a la anterior edición DSM han sido mínimas, permaneciendo dentro de los Trastornos por ansiedad con unos criterios diagnósticos muy similares: La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para la integridad física o la de los demás y (2): La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

- están particularmente afectadas -inundadas- por el insomnio que padecen.
- *Culpabilidad*: Es la más irracional de las respuestas de las víctimas de violación, pero también es una de las más frecuentes. Precisamente la culpa puede ser el principal factor en el sostén de todo el cuadro sintomático derivado del trauma y los cambios caracterológicos.
 - *Evitación fóbica*: La evitación fóbica de las actividades que recuerden el trauma es uno de los fenómenos más curiosos de observar más dramáticos por crónicos, más difíciles de superar y más constantes en víctimas de violación. Las connotaciones y repercusiones de las fobias van a estar directamente relacionadas con la causa que las genera, lo que lógicamente va a tener diferentes repercusiones. Así una mujer violada a punta de cuchillo puede desarrollar ansiedad ante los objetos puntiagudos (caso descrito por Quina y Carlson y visto también por nosotros) y una mujer agredida en el centro de trabajo aversión al desempeño, como pudimos apreciar en siete empleadas de una inmobiliaria, víctimas de abuso por un cliente (todas las empleadas de la inmobiliaria abandonaron su puesto de trabajo a consecuencia directa del hecho a causa del miedo). Pero lo más grave es que la mayoría sienten una desconfianza en general hacia todo el mundo y concretamente hacía los hombres. Tienen miedo a salir del hogar, a caminar por la calle y presentan un sentido muy acusado de vulnerabilidad.
 - *Evolución a largo plazo*: En una gran proporción de casos, la mejoría sucede entre los tres y los seis meses. Investigaciones longitudinales rigurosas efectuadas por Kilpatrick, et al, Veronen et al, Mezey y Taylor, Nadelson et al, Santiago, et al., etc. (Delgado, 1994; Esbec, 1997) demuestran que no existen diferencias en el funcionamiento de las víctimas de violación a los tres y a los seis meses después del suceso ni entre seis meses y un año, ni entre los 12, 18 y 24 meses, que sugiere de forma clara una patrón caracterizado por una mejoría inicial después de la fase aguda, seguido de una nivelación. Un año después de la violación, las víctimas continúan sufriendo los efectos de la agresión sexual principalmente miedo y problemas de ansiedad relacionados con la violación.

Sobre la víctima vulnerable

La *víctima vulnerable* es uno de los apartados más importantes de la victimidad y en general de las diferencias individuales. Los *modelos interactivos* de los eventos de la vida, la vulnerabilidad de la personalidad, y los recursos sociales (Moos; Emmons; Landerman et al; Vitalino et al; Ursano, Fullerton y McCaughey, etc.) sin duda explican por qué ante hechos similares unas personas presentan un afrontamiento adaptativo y, sin embargo, otras quedan intensamente traumatizadas. En general, predicen trastornos adaptativos en la victimización (ver esta revisión en Esbec, 1994, 1997, 2000) la inestabilidad emocional y puntuaciones altas en la escala de *Neuroticismo* [N] del EPI y EPQ (Eysenck); bajo *nivel de inteligencia*, *nivel educacional bajo* e historia de dificultades escolares; el locus de control externo (apreciación de poca contingencia entre sus acciones y los acontecimientos del entorno); pobre *nivel de*

recursos sociales, especialmente apoyo o *soporte social*, *estado civil*, *papeles o roles sociales*, sistema de *redes sociales* o -en general- *habilidad social*; *conurrencia de otros sucesos vitales* próximos al hecho victimizante principal (estrés acumulativo); estilo atribucional; otros *aspectos biográficos*; etc.

En nuestro estudio de investigación (Esbec, 1997) las repercusiones psicológicas de las víctimas fueron evaluadas mediante los autoinformes GHQ-28 de Goldberg y Hillier (1979), validado para población española y la escala de Impacto del suceso de Horowitz et al (1979). Factores socio-demográficos moderadores de vulnerabilidad (edad, sexo, estado civil, convivencia, nivel de escolarización, situación laboral, nivel económico) han sido evaluados junto a la gravedad de las lesiones y tipo de evento (accidente, agresión física, agresión sexual). Los resultados de los análisis de varianza (ANOVA KRUSKAL-WALLIS) permiten afirmar que en la muestra objeto de estudio, los factores moderadores han influido significativamente en el desarrollo de sintomatología postraumática, que ha sido descrita, junto a ciertos elementos de riesgo para la victimización. La mujer víctima de agresión sexual, presenta mayor nivel de sintomatología si se encuentra en paro laboral, carece de apoyos y si vive con su cónyuge. No se pudo probar la hipótesis de que el nivel de sufrimiento emocional sea superior en la víctima sexual que en las otras víctimas. La gravedad de las lesiones somáticas no tuvo ninguna influencia significativa en este estudio.

Investigaciones recientes sobre psicopatología postraumática

La mayor parte de las investigaciones sigue centrándose en la sintomatología post-traumática y depresiva en mujeres víctimas de agresiones sexuales, sobre todo en lo que se refiere al TEPT (Yehuda et al,1998; Echeburúa et al,1998; Darves-Bornoz et al, 1999; Darves-Bornoz,1998; Ritchie,1998; Stepakoff,1998; Jenkinset al,1998; Feenyet al, 1999; Petrak y Campbell, 1999).

Sigue despertando interés, así mismo, todo aquello que rodea a los factores de riesgo de victimización (Collins,1998; Bromet, Sonnega y Kessler, 1998; McFarlane, 1998, McCabe y Gregory, 1998; Acierno, Resnick, Kilpatrick, Saunders, Best,1999; Avakame, 1999; DeJong,1999; Grayson y Schwartz, 1999; Zanarini et al, 1999; Seifert, 1999) y factores de vulnerabilidad que influyen en el desarrollo de dicha sintomatología (Epstein, Saunders y Kilpatrick, 1997; Breslau et al, 1998; Arata, 1999; Regehr y Marziali, 1999; Darves Bornoz, 1999; Nashith, Mechanic y Resick P, 2000).

Diversas líneas de investigación se centran en metodología de evaluación de las víctimas (Falk, Van Hasselt y Hersen,1997; Amir, Stafford, Freshman y Foa, 1998; Weaver,1998) lo que lleva a intentos de validar y analizar las propiedades psicométricas de distintas escalas, como la versión francesa de 28-items del *Self-Rated Dissociative experiences Scale* (DES) (Darves-Bornoz, Degiovanni y Gailliard, 1999), el *Distressing Events Questionnaire* (DEQ) (Kubany, Leisen, Kaplan y Kelly, 2000), *Escala de Gravedad de los Síntomas* (Echeburúa, del Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasúa,1997), el *Davidson Trauma*

Scale (DTS) (Davidson et al, 1997; Meltzer-Brody et al, 1999), y el Cuestionario de salud general (GHQ-28) de Goldberg y Hillier validado en España por Lobo y cols., como medida de screening para la detección de sintomatología por personal no-profesional (Darves-Bornoz et al, 1998).

La importancia de una correcta evaluación, se pone de manifiesto en un estudio llevado a cabo por Gibbon (1998) en el que presenta un caso del Síndrome de Münchausen manifestado como un asalto sexual grave. El sujeto del estudio (una mujer), denunció una falsa violación y asalto indecente. El incidente tomó la forma de inserción de varios lapiceros de cera en la vagina, que tuvieron que ser extraídos con anestesia general. Una vez en el hospital, desarrolló una condición pseudo-epiléptica, requiriendo su admisión en la Unidad de Cuidados Intensivos. Aunque éste parece ser un caso único, (ningún otro parece haber sido descrito en la literatura científica hasta la fecha), no cabe duda que pone de manifiesto la importancia de la motivación (en éste caso patológica) para denunciar en falso. Una evaluación exhaustiva de la víctima, por lo tanto, resulta relevante no solo a la hora de detectar y clasificar el daño físico y psicológico para su adecuado tratamiento e indemnización, sino para evitar casos en los que por diversos motivos (venganza, remuneración económica, etc.) pueda existir una posible simulación o metasilulación de la sintomatología postraumática en las supuestas víctimas (Fantón et al, 1999).

La víctima masculina

Aunque el interés se centra principalmente en mujeres víctimas de agresión sexual, la violación de hombres por otros hombres es una forma de asalto sexual a la que se está dando cada vez mayor importancia (Scarce, 1997). Estudios como el de Isely et al (1997) intentan determinar la naturaleza y existencia de agresiones sexuales en varones extrayendo información de los centros de atención a las víctimas de asaltos sexuales en la comunidad. De las 336 encuestas completadas en el mencionado estudio, 172 centros afirmaron haber tenido contacto con un total de 3.635 hombres que buscaron tratamiento por agresión sexual en la edad adulta. La mayoría de los asaltos ocurrieron entre los 16 y los 30 años y la mayor parte de los sujetos experimentaron síntomas de TEPT. Poco, sin embargo, ha sido estudiado sobre el impacto psicológico (Rogers, 1997; Rentoul y Appleboom, 1997; Ruchkin, Eiseman y Haeggloeff, 1998) y físico (Pesola, Westfal y Kuffner, 1999) en hombres víctimas de agresión sexual. La escasez de denuncias o petición de asistencia por parte de los hombres puede estar estrechamente ligado a un fenómeno cultural. Los hombres no suelen denunciar lo sucedido si consideran que puede poner en peligro su identidad masculina (Rentoul y Appleboom, 1997; Pino y Meier, 1999). Resulta paradójico, sin embargo, que en general, la sociedad tienda a culpar en menor medida a las víctimas masculinas que a las femeninas (Anderson, 1999), aunque existen diferencias dependiendo de la orientación sexual de las mismas (Mitchell y Hirschman, 1999).

Importancia de la victimización secundaria

Parece que un foco central de las diversas investigaciones sobre el tema, sigue siendo la victimización secundaria en un amplio sentido de la palabra. Destaca el gran número de investigaciones con respecto a las actitudes sociales frente al fenómeno de la agresión sexual y cómo éstas pueden contribuir no solo a perpetuar la comisión de éste tipo de delitos, sino a dificultar la recuperación de las propias víctimas. Estudios como el de Pino y Meier (1999) ponen de manifiesto que las víctimas en general se muestran reticentes a denunciar los hechos cuando éstos no encajan en lo que sería una situación estereotípica de agresión sexual; los únicos factores que parecen incrementar la probabilidad de denuncia son la existencia de lesiones físicas (generalmente graves) y el uso de algún tipo de arma por parte del agresor (Bachman et al, 1999).

De las actitudes anteriormente mencionadas, destaca la atribución de culpa hacia la víctima por parte de la sociedad. Como afirman Doherty y Anderson (1998), culpar a la víctima por haber sido agredida, es una forma de victimización secundaria en la que las éstas pueden sentir culpa o vergüenza por el feedback negativo que reciben sobre su conducta. Factores como la apariencia física (Heaven, Connors y Pretorius, 1998; Workman y Freeburg, 1999), relevancia personal y/o profesional (Westwell, 1998; Workman y Freeburg, 1999), credibilidad que se atribuye a la víctima (Kopelaar et al, 1997) así como actitudes y creencias sobre la sexualidad, igualdad de la mujer y tolerancia a la violencia (Anderson et al, 1997; Anderson; Caron y Carter, 1997) forman parte de lo que se denomina “*mitos sociales*” sobre la violación. (Jones, Russel y Bryant, 1998; Caringella-McDonald, 1998; Hengehold, 1998; Bernat et al, 1999). Parecen existir diferencias significativas entre sexos en la aceptación de éstos mitos, siendo en general los hombres los que más tienden a culpar a la víctima (Caron y Carter, 1997; Winkel y Kleuver, 1997; Marciniak, 1998; Anderson, 1999; Pascale y Lester, 1999; Cowan, 2000). Sin embargo, en líneas generales, la aceptación de la violencia contra la mujer y la no creencia en la igualdad entre sexos suelen ser buenos predictores de la aceptación de éstos mitos (Bachman, 1998). En las actitudes sociales ante éste fenómeno, influyen también otros factores como la creencia en un mundo justo (Hogue y Peebles, 1997; Feldman, Ullman, Dunkel-Schetter, 1998; Sinclair y Bourne LE. Jr, 1998; Lambert y Raichle, 2000), la identificación con la víctima (Dexter et al, 1997; Olsen-Fulero y Fulero, 1997), percepción de vulnerabilidad (Feldman, Ullman y Dunkel-Schetter, 1998) y las actitudes y estilos educativos parentales (Anonymous, Phares, Bryant y Stenmark, 1999).

Se ha prestado también gran atención en los últimos años a la interacción de la víctima con el sistema legal y profesionales de la salud (Campbell, Baker y Mazurek, 1998; Lukic et al, 1999; Duldt y Pokorny, 1999) enfatizando una necesidad de mejora en el trato personalizado de éste tipo de víctimas, así como modernización y desarrollo de los centros de asistencia comunitarios (Temkin, 1997; Campbell y Ahrens, 1998; Campbell, 1998; Schmucl y Schenker, 1998; Campbell y Raja, 1999; Harrison y Murphy, 1999; Campbell et al, 1999; Draucker y Stern, 2000). Parece interesante señalar, que según afirma Martin (1997), en los últimos años

se ha podido observar que las mujeres no son necesariamente mejores que los hombres a la hora de manejar víctimas de agresiones sexuales.

Sobre los agresores sexuales. Perfiles psicológicos del delincuente.

Son escasos los trabajos científicos rigurosos que abordan la estructura y dinámica de la personalidad del sujeto con desviaciones sexuales. Sin embargo, la prevalencia de alteraciones o trastornos de la personalidad en el paciente parafílico parece ser muy elevada, variando en función del tipo de trastorno, de la metodología diagnóstica (evaluación clínica, entrevistas estructuradas, tests generales, pruebas específicas) y del encuadre diagnóstico (categorial /// dimensional). La mayoría de los estudios encuentran elevada proporción de rasgos desadaptativos, rasgos que ofrecen una mayor fiabilidad inter-jueces cuando la evaluación es dimensional (.80 vs. .50).

Indudablemente, los trastornos de la personalidad suelen estar presentes en el sujeto sexualmente desviado, pincelando la forma de presentarse el trastorno codificable en el eje 1 de la evaluación multi-axial, su curso y pronóstico. Por ejemplo, los rasgos de tipo límite y antisocial añaden conductas impulsivas o violentas al acto parafílico con ocasión del cual la justicia está presente; los rasgos de tipo dependiente cronifican la dinámica incestuosa; los rasgos de tipo sádico agudizan la conducta de sexualidad dolorosa; los rasgos esquizoide y esquizotípico las disfunciones más aberrantes de tipo coprofilia, urofilia, necrofilia, bestialismo, etc.

No existe un tipo de personalidad parafílica. Los perfiles MMPI en el atlas de Hathaway y Mehl, resultan variopintos, si bien suelen mantener elevadas las escalas Depresión, Psicastenia y Desviación psicopática. Estos perfiles resultarían indiferenciables de la población criminal general.

Recordemos al respecto, que ya desde Freud, Krafft Ebing y Ellis se adoptan dos premisas: La etiología de todas las parafilias es teóricamente similar: 2) Todas constituyen un desorden del carácter.

No existe un solo *tipo psicológico de violador sistemático*. Podría decirse que cada uno presenta su propia personalidad y circunstancias biográficas. Se han sistematizado algunas tipologías de delincuentes sexuales en serie. Algunos son antisociales y su comportamiento sexual no representa más que una arte de su conducta antisocial genérica; otros muestran con sus atentados un profundo odio y resentimiento hacia la figura de la mujer, que se forja durante la infancia; los hay aculturales, que aún piensan que la mujer es propiedad privada; unos pocos tienen una estructura sádica y vejan o matan a sus víctimas.

Perfiles habituales. El caso del violador de pirámides.

Muchos se caracterizan por presentar una parafilia inespecífica y un trastorno ansioso-evitativo de la personalidad: fracasan en las relaciones interpersonales y ya desde la adolescencia son incapaces de desarrollar relaciones normales con personas del sexo opuesto, anticipan el fracaso y se muestran deprimidos. Así es Arlindo, el “Violador de Pirámides”, el más importante de la historia española. Se parece al tipo "explosivo" de Bowden o al "sexual" de Cohen.

Estas personas sufren conflictos intensos secundarios a un deseo sexual muy intenso no satisfecho. La anamnesis suele mostrar que este tipo de agresor sexual no ha desarrollado suficientes habilidades sociales, especialmente en relación al sexo opuesto; carecen de recursos para el cortejo y su autoestima es muy pobre. El desarrollo de la personalidad es disfuncional: niños solitarios, dependientes en exceso de la figura materna, que se encierran en si mismos; al llegar la pubertad presentan ansiedad crónica e intolerancia a la frustración sexual ante la que responden con disforia intensa; sus impulsos sexuales muy marcados (hiper-genitalismo; hipererotismo; fluencia de ideas intensa y tendencia a la fantasía) no son satisfechos adecuadamente de tal forma que la posesión del objeto puede convertirse en un deseo obsesivo que al principio se alivia mediante masturbaciones compulsivas, y después de todas las formas posibles. La soledad, el aislamiento, la frustración, pueden generar un repliegue sobre si mismo y un refugio en el alcohol u otras sustancias.

La línea narrativa de estos sujetos suele estar bien definida, mostrando un importante sufrimiento en relación a su desarrollo sexual, a su carencia de recursos para el cortejo, incapacidad para controlar, desplazar, o sublimar sus impulsos, etc..es decir un sentimiento de coerción psicológica, o de inevitabilidad (...seguía a una chica, no podía evitarlo,... a veces tenía que pararme, acercarme a una fuente para refrescarme... *Arlindo Luis Carballo*). El informe completo sobre el violador de Pirámides emitido por el servicio de psicología de la Clínica Forense de Madrid puede verse en Esbec y Gómez-Jarabo (1999).

Estudios sobre disposiciones cognitivas

En los últimos años, los aspectos cognitivos del agresor en la etiología de la violación parecen haber cobrado gran relevancia (Blumenthal et al, 1999; Drieschner y Lange, 1999; Bernat, Calhoun y Adams, 1999; Bernat, Wilson y Calhoun, 1999; Valliant et al, 2000), en la línea de las investigaciones sobre la criminalidad en general (Esbec y Gomez-Jarabo, 1999). La idea central de las distintas líneas de investigación gira en torno a la creencia que los agresores sexuales poseen esquemas cognitivos que minimizan su responsabilidad en la comisión del delito y justifican su conducta. Se enfatiza en concreto la importancia de creencias arraigadas de aprobación a la violencia y la atribución de culpa a factores externos y a la propia víctima (Blumenthal, Gudjonsson y Burns, 1999), así como una falta de conocimiento sobre el impacto negativo que la violación pueda tener en la víctima y la fuerte

asociación que existe entre los conceptos de sexo y poder en éstos sujetos (Anderson y Doherty, 1997; Drieschner y Lange, 1999). Estudios como el de Bernat, Wilson y Calhoun (1999) apoyan un modelo de coerción sexual en el que un “set” cognitivo consistente en creencias de aprobación hacia la violencia puede servir como desinhibidor de la excitación sexual, facilitando la consecución de conducta agresiva.

Perfiles diferenciales

Otras líneas de investigación, parecen centrarse en la elaboración de perfiles diferenciales (Brown y Forth, 1997; Dale et al, 1998; Porter et al, 2000; Smallbone y Dadds, 2000), estudio de las estrategias utilizadas por el agresor (Tyler et al, 1999) y tipo de violencia ejercida de cara a una detección temprana y posible prevención de éste tipo de delitos llevados a cabo por conocidos de las víctimas.

Investigaciones como la llevada a cabo por la Unidad de Ciencias del comportamiento del FBI (1998), con una muestra de 116 sujetos que cometieron ofensas contra mujeres y 25 violadores en serie junto con 254 violadores reincidentes del Centro de Tratamiento de Massachussets (MTC) parecen demostrar que es posible elaborar un perfil del agresor en base a las variables de la escena del crimen. En el mencionado estudio se efectuó un análisis secundario de los datos para predecir la clasificación en la Tipología de Violadores Versión 3 (MTC:R3 de Knight y Prentky, 1990). Los resultados indican que los dominios de sadismo, planificación del crimen y relación con la víctima mostraron una alta consistencia interna y una consistencia temporal media-alta, lo que sugiere que éste tipo de escalas predictivas resulta posible para éstos dominios. (Knight et al, 1998).

Son varias las investigaciones que intentan establecer una relación entre el grado de psicopatía de los sujetos y el tipo de agresiones sexuales cometidas (Brown, 2000). En un estudio comparativo entre agresores sexuales psicópatas y no-psicópatas en factores de riesgo estáticos y precursores emocionales y motivacionales, se concluye que la psicopatía está positivamente asociada con delitos no sexuales previos y negativamente asociada con la edad de inicio de la historia criminal, el número de víctimas sexuales y la intensidad de emociones negativas experimentadas antes de cometer el delito. La psicopatía, por otro lado, no parece estar relacionada con la historia de agresión sexual, inicio de la carrera delictiva, o daño a la víctima. Según éstos autores, los psicópatas suelen ser clasificados como violadores “oportunistas” e “irascibles” (Brown y Forth, 1997).

En ésta misma línea, el estudio de Porter y otros (2000) concluye que los violadores de tipo mixto (aquellos que cometen violación y abusos sexuales infantiles) así como violadores exclusivos (únicamente con adultos) presentaban un mayor índice de psicopatía que los abusadores infantiles exclusivos. Los violadores de tipo mixto reflejan un perfil criminal en el que la búsqueda de sensaciones se dirige a una amplia gama de víctimas sexuales (o lo que se ha venido llamando psicópata sexual).

Estudios con agresores no encarcelados, tratan de establecer los perfiles

psicopatológicos de éste tipo de sujetos (Ouimett, 1997). En un estudio comparativo (utilizando el *Sexual Experience Survey* de Koss y Gidycz, 1985) entre sujetos que cometieron o no algún tipo de agresión sexual, se concluye que los rasgos psicopatológicos más frecuentemente observados en los agresores sexuales incluyen déficits en el control de impulsos, problemas de conducta en la infancia y abuso de alcohol y drogas, así como rasgos de personalidad entre los que destacan la falta de empatía y un alto índice de egocentrismo y manipulación.

Otros factores etiopatogénicos. El problema del agresor sexual adolescente.

En los últimos años, ha aumentado alarmantemente el número de agresores sexuales adolescentes (Marciniack, 1998; Myers, Burgess y Nelson, 1998; Grausz y Pelucio, 1999). Manocha y Mezey (1998), apoyan una etiología multifactorial de éste problema que incluye factores ambientales, familiares, interpersonales y de desarrollo, entre los que destacan la carencia de protección parental, así como la victimización sexual previa de éstos. (Zgourides, Monto y Harris, 1997). Según Marciniack (1998) éste fenómeno está estrechamente ligado a los efectos de una influencia sociocultural sobre la aceptación de los “mitos” sobre la violación que ya han sido mencionados anteriormente en éste artículo. Este autor enfatiza la importancia de la educación de los adolescentes con respecto a la naturaleza de la violación y los derechos y roles femeninos, de cara minimizar la aceptación de éstos mitos que actúan en detrimento de la víctima.

Un factor añadido en la etiología de la violación es la relación entre el consumo de sustancias y la comisión de éste tipo de delitos (ElSohly et al, 1999; LeBeau et al, 1999; Wild et al, 1999; Dáderman y Lindberg, 1999; Marx, Gross y Adams, 1999). En líneas generales, parece que es el alcohol la sustancia más comunmente asociada a los delitos por agresión sexual, seguido de sustancias cannabinoides, cocaína, benzodiazepinas y anfetaminas, aunque se han llegado a detectar hasta 20 tipos de sustancias asociadas. (ElSohly y Salamone, 1999). No cabe cuestionar la importancia de la relación entre abuso de sustancias y la comisión de éste tipo de delitos. Estudios como el de Marx, Gross y Adams (1999) ponen de manifiesto el impacto de los efectos psicológicos y farmacológicos del alcohol en la habilidad para discriminar cuando una mujer quiere frenar los avances sexuales de su pareja. En ésta misma línea, Aderman y Lindberg (1999) señalan el peligro del uso de Rohypnol en combinación con el alcohol, y la relación de éstas sustancias con una conducta agresiva premeditada. Otros como Marx, Gross y Adams (1999), por el contrario, enfatizan la sobreestimación del alcance que la intoxicación del agresor puede tener en la atribución de culpa a éste en un marco legal, antropológico y atribucional como el actual.

Destaca la falta de estudios recientes con respecto al tratamiento de los agresores sexuales, lo cual resulta extraño teniendo en cuenta la alta tasa de reincidencia de éstos sujetos. (Clelland, Studer y Reddon, 1998; Firestone et al, 1998). Clelland y sus colegas (1998), en un estudio comparativo entre agresores excarcelados que completaron o no un tratamiento, no encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tasa de

reincidencia entre ambos grupos, aunque casi más del doble de los sujetos del grupo que no completó el tratamiento reincidió posteriormente. Otros estudios enfatizan las diferencias en la tasa de reincidencia dependiendo del tipo de agresor. En líneas generales podría decirse que los agresores sexuales cuyas víctimas son adultos, presentan un mayor riesgo de reincidencia respecto a aquellos que cometen abusos infantiles aunque en el caso de los segundos hay que distinguir entre aquellos que cometen incesto y agresores sexuales infantiles extrafamiliares, quienes presentan un mayor índice de reincidencia. (Proulx et al, 1997; Greenberg, 1998).

Éstos estudios ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la elaboración de perfiles diferenciales del agresor, dada la heterogeneidad de ésta población, de cara a adecuar de forma más operativa el tratamiento al que deben ser sometidos (Marx et al, 1997).

El fenómeno de la violación conyugal

Cobra interés en la literatura reciente el fenómeno de la violación dentro del matrimonio. En el Informe Especial sobre Violencia contra las mujeres de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1996) se publica lo siguiente: “Recientemente, muchos países han empezado a reconocer la violación dentro del matrimonio como una ofensa criminal, aunque algunos afirman que la violación no existe entre marido y mujer. El término violación se define a grandes rasgos como relaciones sexuales no- consensuadas mediante el uso de la fuerza física, amenazas o intimidación, incluyendo aquellas entre marido y mujer. Sin embargo, reconocer la violación marital no sólo como un crimen, sino como una violación de los Derechos Humanos se complica por la concepción del hogar como una esfera privada. Tan solo recientemente, ésta dicotomía público-privado (teniendo como ejemplo más íntimo las relaciones maritales) ha sido discutida”.

Lo anteriormente expuesto, se considera la consecuencia de un fenómeno legal y cultural que establece que una vez casada, la mujer no tiene derecho a negarse a mantener relaciones sexuales con su marido. Esta premisa ha permanecido vigente hasta los años 70, en que un grupo de mujeres del movimiento feminista exigieron la eliminación de la exención de la esposa por perjudicar la igualdad de protección de todas las mujeres ante la violación (Finkelhor e Yllo, 1985; Bidwell y White, 1986).

El 5 de Julio de 1993, se penalizó la violación dentro del matrimonio en al menos alguno de los Títulos de Ofensas Sexuales en los 50 estados de los Estados Unidos de América. En 17 de los estados y el distrito de Columbia, no existe ya ninguna exención para el marido. Cuando la mujer es especialmente vulnerable (por enfermedad mental, estado de inconsciencia e incluso estar dormida) y es legalmente incapaz de dar su consentimiento, se exime al marido de toda culpa en muchos de esos 33 estados (Russell, 1990; Bergen,1996). La existencia de exenciones maritales en la mayoría de los estados indica que la violación dentro del matrimonio aún es tratada como una forma “atenuada” de violación (Bergen, 1999), y esto es similar a lo que acontece en nuestro país.

Tabla 1. Principales líneas de investigación sobre la agresión sexual.

<ul style="list-style-type: none"> • PSICOPATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA <ul style="list-style-type: none"> ○ Sintomatología Postraumática, especialmente TEPT ○ Factores de riesgo de victimización ○ Factores de vulnerabilidad psico-social ○ Metodología de investigación : Cuestionarios y escalas ○ Falsas víctimas ○ Víctimas varones • VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA <ul style="list-style-type: none"> ○ Actitudes sociales frente al fenómeno de la agresión sexual que inciden en la cifra negra y la recuperación de las víctimas ○ Mitos sociales: apariencia física, relevancia social, credibilidad que se atribuye a la víctima, creencias y actitudes sobre la sexualidad, igualdad de la mujer, tolerancia a la violencia ○ Factores que influyen en los mitos sobre la violación: genero, creencias sobre la igualdad, creencias en un mundo justo, identificación con la víctima, percepción de vulnerabilidad, actitudes y estilos educativos parentales. • VIOLACIÓN EN LA PAREJA <ul style="list-style-type: none"> ○ Aspectos jurídico-legales ○ Tipos o categorías ○ Mitos ○ Lesiones físicas e impacto psicológico ○ Establecimiento de límites ○ Deficiente apoyo en estos casos • PERFILES DEL AGRESOR <ul style="list-style-type: none"> ○ Esquemas cognitivos ○ Creencias de aprobación de la violencia ○ Atribución externa ○ Desconocimiento del impacto en la víctima ○ Perfiles psicopatológicos ○ Perfiles diferenciales de delincuentes ○ Estrategias delictivas ○ El agresor sexual juvenil: etiología e intervención ○ Consumo de sustancias ○ Intervención terapéutica
--

A pesar de su elevada prevalencia, éste tema ha recibido poca atención por parte de psicólogos, personal sanitario, sistema de justicia y en general, la sociedad como conjunto, por lo que poco se sabe aún de éste tipo de violencia íntima. Hasta la fecha, los estudios más completos sobre violación marital se han obtenido mediante entrevistas con mujeres sobre sus experiencias de violencia sexual, cuyos resultados indican que en los Estados Unidos, aproximadamente 10-14% de mujeres casadas son violadas por su marido, generalmente de

forma reiterada (Bergen, 1999). Según el estudio de Painter y Farrington (1998), de una muestra de 1.007 mujeres provenientes de diez regiones estándar de Gran Bretaña, un 13% afirmaban haber sido obligadas a mantener relaciones sexuales con su marido sin su consentimiento.

En general, los autores clasifican la violación en el matrimonio en tres categorías (Bergen, 1999) :

- *Violación con uso exclusivo de fuerza* (El marido tan solo utiliza la fuerza necesaria para forzar a su mujer),
- *Violación con maltrato* (cuando el marido viola y maltrata a su mujer antes, durante o después de cometer la violación) y
- *Violación sádica/obsesiva* (Los maridos torturan o llevan a cabo actos sexuales perversos. Generalmente implica el uso de pornografía)

Autores como Monson y Langhinrichsen (1998) se interesan por establecer una tipología del agresor que describa a aquellos maridos que son exclusivamente maltratadores, aquellos que maltratan y violan, y los que exclusivamente violan. Más concretamente, señalan cuatro tipos de agresores:

- Exclusivamente familiar
- Disfórico/borderline
- Generalmente violento/antisocial
- Maltratadores sexuales obsesivos (Una revisión de las implicaciones teóricas y prácticas de ésta integración puede verse en el artículo original de éstos autores).

Es un mito que la violación marital sea menos seria que otro tipo de violaciones, ya que conlleva gran variedad de secuelas físicas y emocionales (Bergen, 1999). Las consecuencias físicas incluyen lesiones en el área del ano y la vagina, laceraciones, dolores, cardenales, lesiones musculares, fatiga y vómitos (Adams, 1993; Bergen, 1996). Las mujeres maltratadas y violadas, frecuentemente padecen huesos rotos, hemorragias nasales y heridas por arma blanca . Entre las consecuencias ginecológicas más destacables aparecen estrechamiento de la vagina, abortos, infecciones, enfermedades de transmisión sexual e infertilidad (Campbell y Alford, 1989). El impacto psicológico a corto plazo, suele manifestarse en forma de ansiedad, shock, miedo intenso, depresión, TEPT e ideación suicida.(Campbell y Alford, 1989) A largo plazo, suelen aparecer trastornos del sueño, de la alimentación, depresión, problemas para relacionarse en la intimidad, autoconcepto negativo y disfunciones sexuales.(Bergen, 1999).

Los diversos estudios ponen de manifiesto la falta de respuesta y apoyo a las víctimas de violación marital, y es que no cabe duda que en ocasiones puede resultar complejo establecer un límite razonable. Basile (1999) examina en un estudio que amplía las investigaciones de D. Finkelhor y K. Yllo (1985) sobre los tipos de coerción no-física, los procesos por los que las mujeres pueden “ceder” por aquiescencia a mantener relaciones sexuales no deseadas con su marido. Parece que en general resulta necesario para el observador que exista una historia previa de abuso físico para establecer que efectivamente ha existido coerción por parte del cónyuge (Langhinrichsen-Rohling y Monson , 1998).

Referencias

- Acierno, R., Resnick, H., Kilpatrick, D.G., Saunders, B., Best, C.L. (1999). Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: Examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders*. 13:6, 541-63.
- Adams, C. (1993). I just raped my wife! What are you going to do about it, Pastor?. En E. Buchwald,; P. Fletcher y M. Roth (Eds). *Transforming a rape culture* (pp. 57-86). Minneapolis, MN: Milkweed.
- Amir, N., Stafford, J., Freshman, M.S., Foa, E.B. (1998): Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress*. 11:2, 385-392.
- Anderson, I., Doherty, K. (1997). Psychology, sexuality and power: *Constructing sex and violence*. *Feminism & Psychology*. 17:4, 547-552.
- Anderson, I. (1999). Characterological and behavioral blame in conversations about female and male rape. *Journal of Language & Social Psychology*. 118:4, 377-394.
- Anderson, K.B., Cooper, H., Okamura, L. (1997). Individual differences and attitudes toward rape: A meta-analytic view. *Personality & Social Psychology Bulletin*. 23:3, 295-315.
- Anonymous, Phares, V., Bryant, J.B., Stenmark, D. (1999). Beliefs and attitudes about sexual aggression: Do parents and daughters share the same belief system?. *Psychology of Women Quarterly*. 23:3, 559-572.
- Arata, C.M. (1999). Coping with rape: The roles of prior sexual abuse and attributions of blame. *Journal of Interpersonal Violence*. 14:1, 62-78.
- Avakame, E.F. (1999). Females labor force participation and rape: An empirical test of the backlash hypothesis. *Violence Against Women*. 5:8, 926-949.
- Bachman, R. (1998). The factors related to rape reporting behavior and arrest: New evidence from the National Crime Victimization Survey. *Criminal Justice and Behavior*. 25:1, 8-29.
- Balakrishna, J. (1998). Sexual abuse: How far do the ripples go?. *Sexual & Marital Therapy*. 13:1, 83-89.
- Bergen, R.K. (1996). Wife Rape: Understanding the Response of Survivors and Service Providers. Thousand Oaks, CA.-Bergen RK (1999): *Marital Rape*. *Violence Against Women Online Resources (VAWNET)*.
- Bernat, J.A., Wilson, A.E., Calhoun, K.S. (1999). Sexual coercion history, calloused sexual beliefs and judgement of sexual coercion in date rape analogue. *Violence & Victims*. 14:2, 147-160.
- Bernat, J.A., Calhoun, K.S., Adams, H.E. (1999). Sexually aggressive and nonaggressive men: Sexual arousal and judgements in response to acquaintance rape and consensual analogues. *Journal of Abnormal Psychology*. 108 :4, 662-673.
- Bidwell, L., White, P. (1986). The family context of marital rape. *The Journal of Family Violence*, 1, 277-287.
- Blumenthal, S., Gudjonsson, G., Burns, J. (1999). Cognitive distortions and blame attribution in sex offenders against adults and children. *Child Abuse and Neglect*. 23:2, 129-143.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., Andreski, P., (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 55:7, 626-32.
- Bromet, E., Sonnega, A., Kessler, R.C., (1998). Risk factors for DSM-III posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Epidemiology*. 147:4, 353-61.

- Brown, S.E., Forth, A.E. (1997). Psychopathy and sexual assault: Static risk factors, emotional precursors, and rapist subtypes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:5, 848-857.
- Burgess, A., Holmstrom, L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131:9, 981-986.
- Campbell JC, Alford P (1989): The dark consequences of Marital Rape. *American Journal of Nursing*. 89, 946-949.
- Campbell, R., Johnson, C.R. (1997). Police officers' perceptions of rape: Is there consistency between state law and individual beliefs?. *Journal of Interpersonal Violence*. 12:2, 255-274.
- Campbell, R., Ahrens, C.E. (1998). Innovative community services for rape victims: An application of multiple case study methodology. *American Journal of Community Psychology*. 26:4, 537-571.
- Campbell, R. (1998). The community response to rape: Victim's experiences with the legal, medical, and mental health systems. *American Journal of Community Psychology*. 26:3, 355-379.
- Campbell, R., Raja, S. (1999). Secondary victimization of rape victims: Insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence & Victims*. 14:3, 261-275.
- Campbell, R., Self, T., Barnes, H.E., Ahrens, C.E., Wasco, S.M., Zaragoza-Diesfeld, Y. (1999). Community services for rape survivors: Enhancing psychological well-being or increasing trauma?. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 67:6, 847-58.
- Campbell, R., Baker, C.K., Mazurek, T.L., (1998). Remaining radical? Organizational predictors of rape crisis centers' social change initiatives. *American Journal of Community Psychology*. 26:3, 457-483.
- Caringella-McDonald, S. (1998). The relative visibility of rape cases in national popular magazines. *Violence Against Women*. 4:1, 62-80.
- Caron, S.L., Carter, D.B. (1997). The relationships among sex role orientation, egalitarianism, attitudes toward sexuality, and attitudes toward violence against women. *Journal of Social Psychology*. Oct, 137:5, 568-587.
- CIS- Dirección General de la Guardia Civil. *Estudio 2284*, abril 1998 Boletín 24. Abril-Junio 2000.
- Clelland, S.R., Studer, L.H., Reddon, J.R. (1998). Follow-up of rapists treated in a forensic psychiatric hospital. *Violence & Victims*. 13:1, 79-86.
- Cleveland, H.H., Koss, M.P., Lyons, J. (1999). Rape tactics from the survivors' perspective: Contextual dependence and within-event independence. *Journal of Interpersonal Violence*. 14:5, 532-547.
- Collins, M.E. (1998). Factors influencing sexual victimization and revictimization in a sample of adolescent mothers. *Journal of Interpersonal Violence*. 13:1, 3-24.
- Cowan, G. (2000). Women's hostility toward women and rape and sexual harassment myths. *Violence Against Women*. 6:3, 238-246.
- D'Aderman, A.M., Lindberg, L. (1999). Flunitrazepam (Rohypnol) abuse in combination with alcohol causes premeditated, grievous violence in male juvenile offenders. *Journal of American Psychiatry & Law*. 27:1, 83-99.
- Dale, A., Davis, A., Wei, L. (1997). Developing a typology of rapists' speech. *Journal of Pragmatics*. 27:5, 653-669.
- Darves-Bornoz, J.M., Lepine, J.P., Choquet, M., Berger, C., Degiovanni, A., Gaillard, P. (1998). Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder in rape victims. *European Psychiatry*. 13:6, 281-287.
- Darves-Bornoz, J.M., Pierre, F., Lepine, J.P., Degiovanni, A., Gaillard, P. (1998). Screening for psychologically traumatized rape victims. *European Journal of Obstetrics and Gynecology. Reproduction & Biology*. 77:1, 71-5.

- Darves Borno, J.M., Berger, C., Degiovanni, A., Gaillard, P., Lepine, J.P. (1999). Similarities and differences between incestuous and nonincestuous rape in a French follow-up study. *Journal of Trauma Stress*.12:24, 613-23.
- Darves-Borno, J.M., Degiovanni, A., Gaillard, P. (1999). Validation of a french version of the dissociative Experiences Scale in a rape victim population. *Canadian Journal of Psychiatry*.44:3, 271-275.
- Davidson, J.R.T., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A. et al (1997). Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*. 27:1, 153-160.
- DeJong, W. (1999). Rape and physical attractiveness: Judgements concerning the likelihood of victimization. *Psychological Report*.85:1, 32-34.
- Delgado, S. (1994). Aspectos psiquiátricos de la violación. En: S. Delgado (dir): *Psiquiatría legal y forense*.Madrid: Colex
- Dexter, H.R., Penrod, S., Linz, D., Saunders, D. (1997). Attributing responsibility to female victims after exposure to sexually violent films. *Journal of Applied Social Psychology*.27:24, 2149-2171.
- Doherty, K., Anderson, I. (1998). Perpetuating rape-supportive culture: Talking about rape. *Psychologist*.11:12, 583-587.
- Draucker, C.B., Stern, P.N. (2000). Women's responses to sexual violence by male intimates: Response. *Western Journal of Nursing Research*.22:4, 405-406.
- Drieschner, K., Lange, A. (1999). A review of cognitive factors in the etiology of rape: Theories, empirical studies, and implications. *Clinical Psychology Review*. 19:1, 57-77.
- Duldt, B.W., Pokorny, M.E. (1999). Teaching communication about human sexuality to nurses and other healthcare providers. *Nurse Education*.24:5, 27-32.
- Echeburúa, E., del Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I., Sarasúa, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*. 23:90, 503-526.
- Echeburúa, E., del Corral, P., Amor, P.J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*. 24:96, 527-555.
- ElSohly, M.A., Salamone, S.J., (1999). Prevalence of drugs used in cases of alleged sexual assault. *Journal of Analysis & Toxicology*.23:3, 141-6.
- Epstein, J., Saunders, B., Kilpatrick, D. (1997). Predicting PTSD in women with a history of childhood rape. *Journal of Traumatic Stress*.10:4, 573-588.
- Esbec, E. (1994). Daño psíquico y su reparación en víctimas de delitos violentos. Una línea general de investigación. Los centros de ayuda. En S Delgado (dir): *Psiquiatría legal y Forense*. Madrid:Colex
- Esbec, E. (1997). *Victimas de delitos violentos y contra la libertad sexual en una Jurisdicción. Impacto psíquico y factores socio-demográficos de vulnerabilidad*. Tesis Doctoral inédita. Universidad Autónoma de Madrid.
- Esbec, E. (1999). Perfil Clínico del violento. En G Gomez-Jarabo (ed): *Violencia, antítesis de la agresión*. Valencia: Promolibro.
- Esbec, E. (2000). El psicólogo en el Proceso penal. En E Esbec y G Gomez-Jarabo: *Psicología forense y Tratamiento Jurídico-Legal de la discapacidad*.Madrid: Edisofer,
- Falk, B., Van Hasselt, V.B., Hersen, M. (1997). Assessment of posttraumatic stress disorder in older victims of rape. *Journal of Clinical Geropsychology*. Apr, 13:2, 157-171.

- Fanton, L., Schoendorff, P., Achache, P., Miras, A., Malicier, D. (1999). False rape: a case report. *American Journal of Forensic and Medical Pathology*.20:4, 374-7.
- Feeny, N.C., Zoellner, L.A., Foa, E.B. (2000). Anger, dissociation, and posttraumatic stress disorder among female assault victims. *Journal of Traumatic Stress*. 13:1, 89-100.
- Feldman, P., Ullman, J., Dunkel-Schetter, C. (1998). Women's reactions to rape victims: Motivational processes associated with blame and social support. *Journal of Applied Social Psychology*.28:6, 469-503.
- Feldhaus, K.M., Houry, D., Kaminsky, R. (2000). Lifetime sexual assault prevalence rates and reporting practices in an emergency department population. *Annals of Emergency Medicine*. 36:1, 23-7.
- Finkelhor, D., Yllo, K. (1985). *License to rape: Sexual abuse of wives*. N.Y.: Holt, Reinhart y Wilson.
- Firestone, P., Bradford, J.M., McCoy, M., Greenberg, D.M., Curry, S., Larose, M.R. (1998). Recidivism in convicted rapists. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*. 26:2, 185-200.
- Gibbon, K.L. (1998). Munchausen's syndrome presenting as an acute sexual assault. *Medical Science & Law*. 38:3, 202-5.
- Grausz, H.M., Pelucio, M.T. (1999). Adolescent violence. *Emergency Medicine & Clinic in North America*.17:3, 595-602.
- Grayson, C.E., Schwartz, N. (1999). Beliefs influence information processing strategies: Declarative and experiential information in risk assessment. *Social Cognition*. 17:1, 1-18.
- Greenberg, D.M. (1998). Sexual recidivism in sex offenders. *Canadian Journal of Psychiatry*.43:5,459.
- Gross, W.C., Billingham, R.E. (1998). Alcohol consumption and sexual victimization among college women. *Psychological Report*.82:1, 80-2.
- Harrison, J.M., Murphy, S.M. (1999). *International Journal of STD & AIDS*.10:5, 238-289.
- Hankin, C.S., Skinner, K.M., Sullivan, L.M., Miller, D.R., Frayne, S., Tripp, T.J. (1999). Prevalence of depressive and alcohol abuse symptoms among women VA outpatients who report experiencing sexual assault while in the military. *Journal of Traumatic Stress*.12:4, 601-12.
- Heaven, P.C.L., Connors, J., Pretorius, A. (1998). Victim characteristics and attribution of rape blame in Australia and South Africa. *Journal of Social Psychology*. 138:1, 131-133.
- Hengehold, L. (1998). Between rape and "desired" sex: Making a more complex difference. *Journal of the Psychoanalysis of Culture & Society*.3:2, 27-39.
- Hogue, T.E., Peebles, J. (1997). The influence of remorse, intent and attitudes toward sex offenders on judgements of a rapist. *Psychology, Crime & Law*. 3:4, 249-259.
- Isely, P.J., Gehrenbeck-Shim, D. (1997). Sexual assault of men in the community. *Journal of Community Psychology*. 25:2, 159-166.
- Jenkins, M., Langlais, P., Delis, D., Cohen, R. (1998). Learning and memory in rape victims of post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 155:2, 278-279.
- Jones, M., Russel, R.L., Bryant, F.B. (1998). The structure of rape attitudes for men and women: A three-factor model. *Journal of Research in Personality*.32:3, 331-350.
- Kilpatric, D.G. (1992). Etiología y factores predictivos de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. En E echeburúa: *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Pirámide: Madrid.
- Knight, R.A.; Prentky, R.A. (1990). En Brown SE, Forth AE, 1997: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:5, 848-857.
- Knight, R.A., Warren, J.I., Reboussin, R., Soley, B.J. (1998). Predicting rapist type from crime-scene variables. *Criminal Justice & Behaviour*.25:1, 46-80.

- Krafka, C., Linz, D., Donnerstein, E., Penrod, S. (1997). Women's reactions to sexually aggressive mass media depictions. *Violence Against Women*.3:2, 149-181.
- Kubany, E.S., Leisen, M.B., Kaplan, A.S., Kelly, M.P. (2000). Validation of a brief measure of posttraumatic stress disorder: The distressing Event Questionnaire (DEQ). *Psychological Assessment*.12:2, 197-209.
- Lambert, A.J., Raichle, K. (2000). The role of political ideology in mediating judgements of blame in rape victims and their assailants: A test of the just world, personal responsibility, and legitimization hypotheses. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 26:7, 853-863.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Monson, C.M. (1998). Marital rape: Is the crime taken seriously without co-occurring physical abuse?. *Journal of Family Violence*.13:4, 433-443.
- LeBeau, M., Andollo, W., Hearn, W.L., Baselt, R., Cone, E., Finkle, B., Fraser, D., Jenkins, A., Mayer, J., Negrusz, A., Poklis, A., Walls, H.C., Raymon, L., Robertson, M., Saady, J. (1999). Recommendations for toxicological investigations of drug-facilitated sexual assaults. *Journal of Forensic Science*. 44:1, 227-30.
- Lukic, A., Barbarino, P., Prosperi Porta, R., Agostini, P., Vecchiotti, C., Vetrano, G. (1999). The role in the gynecologist in first aid in cases of sexual violence. A protocol proposal. *Minerva Ginecology*.51:11, 453-61.
- Manocha, K.F., Mezey, G. (1998). British adolescents who sexually abuse: A descriptive study. *Journal of Forensic Psychiatry*.9:3, 588-608.
- Marciniak, L.M. (1998). Adolescent attitudes toward victim precipitation of rape. *Violence & Victims*. 13:3, 287-300.
- Martin, P.Y. (1997). Gender, accounts and rape processing work. *Social Problems*. 44:4, 464-482.
- Marx, B.P., Miranda, R. Jr., Meyerson, L.A., (1999). Cognitive-behavioral treatment for rapists: Can we do better? *Clinical Psychology Review*. 19:7, 875-94.
- Marx, B.P., Gross, A.M., Adams, H.E. (1999). The effect of alcohol on the responses of sexually coercive and noncoercive men to an experimental rape analogue. *Sex Abuse*.11:2, 131-45.
- McCabe, K., Gregory, S.S. (1998). Elderly victimization: An examination beyond the FBI's index crimes. *Research on Aging*.20:3, 363-372.
- McFarlane, A.C., (1998). Epidemiological evidence about the relationship between PTSD and alcohol abuse: The nature of the association. *Addictive Behavior*. 23:6, 813-25.
- McGregor, M.J., Le, G., Marion, S.A., Wiebe, E. (1999). Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? A retrospective cohort study. *CMAJ*. 160:11, 1565-9.
- Mechanic, M.B., Resick, P.A., Griffin, M.G. (1998). A comparison of normal forgetting, psychopathology, and information-processing models of reported amnesia for recent sexual trauma. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 66:6,948-957.
- Meltzer-Brody, S., Churchill, E., Davidson, J.R., (1999). Derivation of the SPAN, a brief diagnostic screening test for posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Resources*. 18; 88:1, 63-70.
- Mitchell, D., Hirschman, R. Hall, G.C. (1999). Attributions of victim responsibility, pleasure and trauma in male rape. *Journal of Sex Research*.36:4, 369-373.
- Monson, C., Langhinrichsen -Rohling, J. (1998). Sexual and non-sexual marital aggression: Legal considerations, epidemiology, and an integrated typology of perpetrators. *Aggression & Violent Behavior*.3:4, 369-389.

- Myers, W.C., Burgess, A.W., Nelson, J.A., (1998). Criminal and behavioral aspects of juvenile sexual homicide. *Journal of Forensic Science*.43:2, 340-7.
- Nashith, P., Mechanic, M., Resick, P. (2000). Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*. 109:1, 20-25.
- Naciones Unidas: Commission on Human Rights. *Report on the Special Raporteur on violence against women, its causes and consequences*, Ms. Radhika Coomaraswamy, submitted in accordance with Commission on Human Rights resolution 1995/85 (Distr. gral. E/CN.4/1996/53, 5 Febrero, 1996).
- Olsen-Fulero, L., Fulero, S.M. (1997). Commonsense rape judgements: An empathy-complexity theory of rape juror story making. *Psychology, Public Policy & Law*. 3:2-3, 402-427.
- Ouimette, P.C. (1997). Psychopathology and sexual aggression in nonincarcerated men. *Violence & Victims*.12:4, 389-395.
- Painter, K., Farrington, D.P. (1998). Marital violence in Great Britain and its relationship to marital and non-marital rape. *International Review of Victimology*. 5:3-4, 257-276.
- Pascale, M., Lester, D., (1999). The blame attributed to rape victims. *Psychological Report*. 84:3, 1, 880.
- Pesola, G.R., Westfal, R.E., Kuffner, C.A., (1999). Emergency department characteristics of male sexual assault. *Academy of Emergency Medicine*. Aug, 6:8, 792-8.
- Petrak, J.A., Campbell, E.A., (1999). Post-traumatic stress disorder in female survivors of rape attending a genitourinary medicine clinic: a pilot study. *International Journal of STS & AIDS*.10:8, 531-5.
- Petter, L.M., Whitehill, D.L. (1998). Management of female sexual assault. *American Family Phisician*. 58:4, 920-30.
- Pino, N.W., Meier, R.F.(1999). Gender differences in rape reporting. *Sex Roles*. 40:11-12, 979-990.
- Polaschek, D.L., Ward, T., Hudson, S.M. (1997). Rape and rapists: Theory and treatment. *Clinical Psychology Review*. 17:2, 117-44.
- Porter, S., Fairweather, D., Drugge, J., Herve, H., Birt, A., Boer, D.P. (2000). Profiles of psychopathy in incarcerated sexual offenders. *Criminal Justice & Behavior*. 27:2, 216-233.
- Proulux, J., Pellerin, B., Paradis, McKibben, A., Aubut, J., Ouimett, M. (1997). Static and dynamic predictors o recidivism in sexual aggressors. *Sexual Abuse: Journal of Research & Treatment*. 9:1, 7-27.
- Regehr, C., Marciali, E. (1999). Response to sexual assault: a relational perspective. *Journal of Nervous & Mental Desease*.187:10, 618-23.
- Rentoul, L., Appleboom, N. (1997). Understanding the psychological impact of rape and serious sexual assault of men: a literature review. *Journal of Psychiatry, Mental Health & Nursing*. 4:4,267-74.
- Ritchie, E.C. (1998). Reactions to rape: A military forensic psychiatrist's perspective. *Military Medicine*.163:8, 505-509.
- Rogers, P. (1997). Post traumatic stress disorder following male rape. *Journal of Mental Health (UK)*.6:1, 5-9.
- Rose, D. (1986). Worese than death: psychodynamics of rape victim and the need for psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 143 (7), 817-824.
- Ruchkin, V., Eiseman, M., Haeggloeff, B. (1998). Juvenile male rape victims: Is the level of post traumatic stress related to personality and parenting?. *Child Abuse & Neglect*. 22:9, 889-899.
- Russell, D.E.H. (1990). *Rape in Marriage*. N.Y. McMillan Press .
- Scarce, M., (1997). Same-sex rape of male college students. *Journal of American College Health*. 45:4, 171-3 .

- Schmuel, E., Schenker, J.G., (1998). Violence against women: the physician's role. *European Journal of Obstetrics & Gynecological Reproductive Biology*. 80:2, 239-45.
- Seifert, S.A., (1999). Substance use and sexual assault. *Substance Use & Misuse*.34:6, 935-45.
- Shapland, J. (1990). Victims of violent crime En R Bluglass y P Bowden (dirs). *Principles and practice of forensic Psychiatry*. New York :Churchill Livingstone.
- Sinclair, H.C., Bourne, L.E. Jr. (1998). Cycle of blame or just world: Effects of legal verdicts on gender patterns in rape-myth acceptance and victim empathy. *Psychology of Women Quarterly*.22:4, 575-588.
- Smallbone, S.W., Dadds, M.R. (2000). Attachment and coercive sexual behavior. *Sex Abuse*. 12:1, 3-15.
- Stepakoff, S. (1998). Effects of sexual victimization on suicidal ideation and behavior in U.S. college women. *Suicide & Life-Threatening Behavior*.28:1, 107-126.
- Temkin, J. (1997). Plus a change: Reporting rape in the 1990's. *British Journal of Criminology*.37:4, 507-528.
- Tyler, K.A., Hoyt, D.R., Whitbeck, L.B. (1998). Coercive sexual strategies. *Violence & Victims*.13:1, 47-61.
- Valliant, P.M., Gauthier, T., Pottier, D., Kosmina, R. (2000). Moral reasoning, interpersonal skills, and cognition of rapists, child molesters and incest offenders. *Psychology Report*. 86:1,67-75.
- Weaver, T.L. (1998). Method variance and sensitivity of screening for traumatic stressors. *Journal of Traumatic Stress*. Jan, 11:1, 181-185.
- Westwell, C.A. (1998). Cognitive processing therapy in the treatment of marital rape. *Psychotherapy in Private Practice*. 17:2, 63-77.
- Wild, T.C., Graham, K., Rehm, J., (1998). Blame and punishment for intoxicated aggression: when is the perpetrator culpable. *Addiction*.93:5, 677-87.
- Winkel, F.W., de Kleuver, E. (1997). Communication aimed at changing cognitions about sexual intimidation: Comparing the impact of a perpetrator-focused versus a victim-focused persuasive strategy. *Journal of Interpersonal Violence*.12:4, 513-529.
- Workman, J.E., Freeburg, E.W. (1999). An examination of date rape, victim dress, and perceiver variables within the context of attribution theory. *Sex Roles*. 41:3-4, 261-277.
- Yehuda, R., Resnik, H., Schmeidler, J., Yang ,R.K., Pitman, R.K. (1998). Predictors of cortisol and 3-Methoxy-4-hydroxy-phenylglycol responses in the acute aftermath of rape. *Biological Psychiatry*.43:11, 855-859.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D., Marino, M.F., Haynes, M.C., Gunderson, J.G. (1999). Violence in the lives of adult borderline patients. *Journal of Nervous & Mental Disease*.187:2, 65-71.
- Zgourides, G., Monto, M., Harris, R. (1997). Correlates of adolescent male sexual offense: Prior adult sexual contact, sexual attitudes, and use of sexually explicit materials. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*.41:3, 272-283.