

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1.- TEMA

“La visita conyugal íntima influye en conductas de promiscuidad sexual en las internas del Centro de Rehabilitación Social Ambato”

1.2.- Planteamiento del problema

1.2.1.- Contextualización

1.2.1.1 Macrocontextualización

Un informe de Human Rights Watch (1999), habla sobre los centros penitenciarios de Estados Unidos en cuanto a la visita conyugal en los pabellones de mujeres; este informe determina que existe un gran número de internas que no reciben visita conyugal íntima, debido que han sido abandonadas por sus esposos o compañeros, a causa de que no cumplen con todos los requisitos indispensables que piden las penitenciarías para que sustenten su unión, dejando de lado las repercusiones físicas y psicológicas que de ellas se derivan, debido a que estas visitas conyugales no solo se centran en las relaciones sexuales, sino también ayudan a que las internas puedan sentirse parte de una familia.

En España, investigaciones de la Human Rights Watch (1999), descubren que uno de los principales problemas dentro de la cárcel de Barcelona, pabellón de mujeres, es el contagio de enfermedades venéreas debido a que no existe control sobre la promiscuidad sexual, las autoridades y los departamentos psicológicos no se centran en las causas como; el abandono del cónyuge, inestabilidad

psicoemocional, depresión, etc., “después de todo las internas son seres humanos que tiene necesidades fisiológicas al igual que cualquier mujer”.

Datos extraídos del Diario “La nueva Sociedad” de México (2008), en su artículo “mujeres invisibles”, refiere que en los pocos establecimientos penitenciarios mexicanos, en donde existe la visita íntima conyugal para las mujeres, estas son objetos de exigencias que los hombres reclusos no lo sufren, como el uso forzoso de anticonceptivos o la obligación de estar casadas o mantener un vínculo estable con el visitante.

En el Diario “Universal” Suverza (2005), afirma que 9 de cada 10 internas que permanecen en las cárceles mexicanas no reciben visita conyugal; sus esposos, cónyuges y novios las abandonaron y ni siquiera accedieron a realizar los trámites necesarios para compartir la intimidad. Datos de un estudio realizado por el Instituto Nacional de la Mujer llevado a cabo por la Dirección General de Readaptación del Distrito Federal de México; Briseó (2005), afirmó que en penales de Morelos, Jalisco, Sinaloa y Chiapas, tan solo el 1% de las 9.853 internas reciben visita íntima conyugal.

Ante esto a las internas solo les quedan dos soluciones:

- a) Asistir a la visita conyugal con un interno de otro reclusorio, o
- b) Sumirse en sí mismas, en sus hijos y en su familia.

En el primer caso, conocen a los internos en eventos o fiestas que organizan entre reclusos o por carta.

Una interna de estos Centros Penitenciarios expresa que;

“Desde que me aprendieron, mi esposo vino tan solo dos veces y eso solo para “regañarme”, yo trato de convencerlo para que haga los trámites respectivos y así poder acceder a la visita conyugal, sin embargo en los centros penitenciarios es como si no quisieran que tangamos relaciones sexuales, ¡piden muchos requisitos!: testigos, cartas de concubinato, estudios de sangre que tardan en entregarse hasta tres meses, y eso si no los pierden....somos adultas, no tienen por qué pedir tantas cosa”

Un informe de la cárcel de Najayo (2005), refiere que los pabellones de mujeres dejan de ser un centro de reclusión para convertirse en “un cabaret” un

centro de negocios, de prostitución y drogas, de compra y venta de indultos, “son puros antros de infierno “ en los que la tortura nunca ha dejado de ser un componente del castigo, fuente a la vez de odio y de venganza de muchos; (2 internas han sido compradas por el ejército y 12 por la policía). La capacidad de todas esas cárceles es de 9,152 y se encuentran alojados más de 13, 000 internos, esto provoca hacinamiento y con ello promiscuidad siendo un factor de riesgo para los motines y reyertas, peleas por amoríos y otros.

Según censos de los centros penitenciarios de México realizados por la Defensoría de Pueblo (2006), manifiestan como al reglamentar la visita conyugal; la ley manifiesta que estos derechos que se reglamentan de acuerdo con las normas de salud, de implementarse este régimen de visitas, sería conveniente que las mujeres no fueran las únicas que deban usar anticonceptivos, también sería importante que se permita, como en el caso de los hombres, encuentros con su compañeros, aunque estos no necesariamente sean sus cónyuges, sin embargo esta propuesta parece estar bastante lejana.

En Chile, Geleano (2002), refiere que en cárceles chilenas; 125 mujeres que están detenidas, solo un total de 24 reciben visitas conyugales; “las otras no, porque son madres solteras y no tienen quien las visite”, en el caso de las mujeres que si reciben visitas conyugales, existen 2 cuartos, y tienen una programación de tres horas, las visitas son cada 15 días y hay 24 mujeres que reciben visitas y las que no, es porque no tienen esposos, son madres solteras que únicamente tienen hijos.

Según Córdova (2007), el reglamento para la visita íntima de *Costa Rica*, define esta institución como el ejercicio del derecho de la persona privada de libertad, al contacto íntimo con otra persona de su elección, que sea de distinto sexo al suyo, dentro de las restricciones que impone la prisionalización y el ordenamiento jurídico, en un marco de dignidad, respeto y crecimiento afectivo mutuo.

Cortez, (2005), señala que en Bolivia, las personas privadas de libertad, tendrán derecho de recibir visitas conyugales dos veces al mes; cuando ambos cónyuges o convivientes se hallen detenidos en el mismo distrito, la dirección

departamental determinará el cronograma de visitas conyugales.

Según Córdova (2007), para las mujeres que se encuentran recluidas en Colombia, la situación es mucho más complicada, que en el resto de países en que se ha hecho la comparación en cuanto a las restricciones de derechos fundamentales, ya que antes de 1991, la mujer reclusa no tenía derecho a la visita conyugal porque las autoridades penitenciarias presumían que podía quedar embarazada, y por lo tanto, obtendrían su libertad.

Posteriormente, después de promulgada la Constitución de 1991, las internas fueron conquistando este derecho mediante la acción de tutela. En la práctica existe un trato diferencial de las autoridades carcelarias. Las mujeres internas deben someterse al cumplimiento de todos los requisitos legalmente previstos (demostración de estado civil de casada, o de relación permanente, autorización del fiscal o del juez, si es sindicada o de la respectiva directora del establecimiento si es condenada) los hombres en cambio, la gran mayoría de establecimientos de reclusión, no están sometidos a esas exigencias".

1.2.1.2 Mesocontextualización

Cárdenas (2007), redacta en el Diario "El Comercio", que las visitas conyugales en la cárcel del Inca de la ciudad de Quito, son supuestamente encuentros que tiene la detenida con su conyugue o pareja, sin embargo estos encuentros no solo sirven para tener un contacto sexual, sino también para afianzar la relación familiar que es algo que se puede derrumbar cuando una mujer está tras las rejas.

Según Anda (2008), el propósito de las visitas conyugales, es que las internas no pierdan contacto con su familia. Este criterio es compartido por una interna de 45 años que está detenida en la cárcel del Inca desde hace 4 años, por tráfico de drogas. Esta madre de tres hijos es parte de las 50 mujeres que tienen autorización para recibir a sus parejas dentro de las celdas.

La interna refiere;

“Las vistas intimas no deberían tener ese nombre, porque no hay la suficientes intimidad para estar en pareja, además lo que yo busco es tener un acercamiento con mi esposo, algo que me permita sentirme en familia; sin embargo otras de mis compañeras no pueden acceder a este privilegio se han quedado completamente solas, sus familias y parejas las abandonaron”

Según refiere Anda (2008), otras mujeres que no tiene esposos o parejas estables, pueden quedarse a dormir en las cárceles de varones, solo en fechas especiales tales como; el día del padre, día de la madre o pidiendo una autorización previa a la dirección;

Estudios de la FLACSO Pontón (2006), investiga sobre el Centro Penitenciario del Inca en la ciudad de Quito, en su estudio “Mujeres que cruzaron la línea: vida cotidiana en el encierro”

Según menciona Lagarde (2003), la pena de prisión, concreta materialmente su poder sobre el cuerpo de la mujer, que es atrapado, vigilado y disciplinado, desarraigando al sujeto de su mundo individual y social. Así mismo, al ser el sistema penal en el Ecuador una institución con marcados componentes androcéntricos por estar inspirada en las necesidades masculinas, impone a las reclusas a través de su normativa un único modelo de mujer de acuerdo al “deber ser femenino” en la cultura patriarcal, incorporando los mecanismos del control social informal dentro del control formal penitenciario.

Lagarde (2003), refiere que;

“Múltiples han sido los caminos para conculcar a la mujeres la capacidad de ser en sí misma y para construirla como cautiva. Pero, de manera recurrente se han centrado en la expropiación de la sexualidad, del cuerpo, de los bienes materiales y simbólicos de las mujeres”

Para Vartabedian (2001), el sistema penal despoja a las mujeres del derecho de gobernar su cuerpo, transforma la moral católica tradicional, en la ley del Estado, la institucionaliza en la vida cotidiana de la mujer” (Coba 2001: 9).

En el Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito (CRSFQ) existe un riguroso control al cuerpo de las mujeres, principalmente en lo que respecta al manejo de su sexualidad, esto se hace explícito al momento de tramitar el acceso a la visita conyugal, más conocida como visita íntima, lo cual es un proceso largo, riguroso y entrampado, tanto para las internas que reciben a sus parejas en el centro, como para las que salen a las cárceles de varones a ver a sus esposos:

Testimonio de una interna del CRSFQ, tomado por la FLACSO (2006);

“Uy, madre mía aquí no es nada fácil, tienes que demostrar que estás un año con una pareja y que no ha venido aquí para pasar el rato, vamos a salir monjas. No sé por qué será esto, por ejemplo, decían que Gabriel me tiene que venir a ver un año y bueno hasta que me planté y les dije, señores míos yo llevo ocho meses con este chico, me viene a ver dos veces por semana, está operado de la columna vertebral no puede estar pasando frío, somos dos personas adultas, no tenemos 15 años, él conoce a mi familia, la cosa va en serio, somos responsables, hemos hablado de todo. La íntima es que puedes estar todo el día en tu habitación con tu pareja, esto es horroroso, porque se piensan que tienes solo sexo, son mentes muy manchadas. Recién a los ocho meses nos permitieron tener el permiso, la íntima es en sábado, igual tienes que demostrar y subir con este permiso, y te lo están mirando con lupa, es mucho problema sacar este permiso”

Segundo testimonio de una interna del CRSFQ, tomado por la FLACSO (2006);

A las cárceles de hombres pueden ir las mujeres que están casadas o tienen la unión libre notarizada, comprobando que se conocieron afuera. Es un papeleo, tienes que presentar toda la documentación, si tienes hijos, partidas de nacimiento de los hijos, demostrar que se conocieron afuera a través de fotografías o cosas así. Está negada la visita conyugal a personas que se conocieron dentro de las cárceles.

Según Vartabedian (2001), en este sentido, es evidente el trato diferenciado con respecto a los hombres que reciben las reclusas por el solo hecho de ser mujeres. Para poder visitar a sus maridos en el ex penal García Moreno o cárcel No. 2, las internas deben presentar una serie de papeles, pruebas y certificados para demostrar que eran pareja antes de caer en reclusión, mientras a los hombres no se les exige ningún tipo de papel.

Ellos pueden recibir a cualquier persona indiscriminadamente dentro de sus celdas, en el Inca en cambio, es prohibido el ingreso de visitas (sean estas hombres o mujeres) dentro de las habitaciones a menos que tengan el permiso del centro. Por otro lado, el sistema exige exámenes de sangre para control de enfermedades exclusivamente a las internas que acuden a la visita conyugal, no así a los esposos de ellas; además, los hombres tienen el derecho a la quedada, esto quiere decir que cada 15 días cualquier mujer puede dormir un fin de semana en la cárcel de varones (sea esta esposa, amiga o amante), lo cual es un derecho inalcanzable para las reclusas en este sistema. (ibid)

Como menciona la autora antes mencionada todo ello demuestra que la prisión es para la mujer un espacio genéricamente discriminador y opresivo, que se expresa en la desigualdad del tratamiento que reciben, principalmente con respecto al control de su cuerpo y su sexualidad.

Elena Azaola (2004), sostiene que existen sistemas penitenciarios (como el ecuatoriano) que se caracterizan por adoptar una política que favorece el contacto de los internos con su familia así como con su pareja, sólo que emplea distintos criterios para los internos hombres que para las mujeres. Ellas deben demostrar que quien pretende acudir a la visita conyugal es su esposo, que ha procreado hijos con ella o que vivían en una relación de concubinato, y no es raro que, aun después de haber demostrado lo anterior, el personal determine que tal persona con la que la mujer ha resuelto relacionarse no es conveniente para ella, por lo que se le impide la visita.

Las restricciones en el acceso a la visita conyugal reflejan la extrema vigilancia del sistema sobre los cuerpos de las internas, esto las descalifica como personas adultas capaces de tomar decisiones sobre sí mismas, les resta autonomía sobre el manejo de su sexualidad y las vuelve eternamente niñas custodiadas, lo cual es una continuación de las normas religiosas con las que se dirigió por muchos años este centro. (ibid)

Como menciona Azaola (2004), si bien es cierto que las mujeres confinadas viven una situación de vulnerabilidad por encontrarse presas y esto las puede volver blanco de abusos por parte de personas de afuera, lo que ellas requieren no es una vigilancia obsesiva sobre sus cuerpos, sino educación y capacitación en derechos humanos, derechos legales, derechos sexuales y reproductivos, entre otros; de manera que puedan fortalecer sus conocimientos, su autoestima y así mejorar sus niveles de empoderamiento.

En cárceles de Guayaquil la situación es diferente debido al escaso control sobre aspectos como la salud, el hacinamiento, y programas de capacitación; la promiscuidad sexual y con ella a un paso la prostitución, se convierten en medidas urgentes que sirven para satisfacer desde las necesidades físicas y psicológicas hasta las necesidades económicas.

Estudios de la FLACSO Pontón (2006), investiga sobre el Centro Penitenciario del Inca en la ciudad de Quito, en su estudio “Mujeres que cruzaron la línea: vida cotidiana en el encierro”

Refiere sobre las cárceles de la Costa Ecuatoriana; como por la falta de atención que viven las internas, la corrupción y sobre todo la inexistencia de oportunidades de trabajo al interior del sistema, ha desencadenado en la penitenciaría de mujeres de Guayaquil niveles altos de prostitución en las detenidas, pues han encontrado en esta actividad la opción de satisfacer sus necesidades de subsistencia:

Testimonio de una interna de la penitenciaría de mujeres de Guayaquil tomado por la FLACSO (2006);

“Aquí es muy normal ver una chica que tiene un hombre, y luego otro y luego otro, en especial en este pabellón vienes un fin de semana y ves que es la cantina. ¡ Aquí hay visita de lunes a domingo y aquí entran a los cuartos el marido, el amigo, el amante, se quedan a dormir cuando hay quedada, entran desde las ocho de la mañana hasta las seis de la tarde. Acá tienen un pensar tonto las mujeres, la más propia es la que más maridos tiene, no hay cuidado, pero eso evita el lesbianismo. Aquí hay unas cuatro parejas de lesbianas, pero

porque son así desde la calle, no es porque aquí se hicieron, eso ayuda a que no haya mucho lesbianismo pero hay mucha promiscuidad que aumenta la peligrosidad del SIDA. Hay mucho SIDA, vinieron a dar una charla el otro día, y dicen: a mí no me importa preferir morir gozando, de algo me voy a morir, esos son los comentarios, toman como un chiste.”

FLACSO (2006); manifiesta que es alarmante el que cualquier persona pueda ingresar al centro cualquier día de la semana sobornando al personal de seguridad, el que las internas no reciban ningún tipo de educación sexual con respecto a la prevención del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), y el que la institución no tome medidas para evitar que las personas no sean contagiadas; son factores que colocan a estas mujeres recluidas costeñas en total estado de vulnerabilidad, pese a que existe “menos control sobre ellas”, lo cual en realidad es abandono e irresponsabilidad del sistema penitenciario con respecto a vidas humanas femeninas.

Muchos hombres y mujeres presos en estas dos penitenciarías establecen contacto “techeando”, que quiere decir coqueteando y haciéndose señas parados en los tumbados de los pabellones. Me llamó la atención cuando caminaba por el corredor de la cárcel de mujeres, silbidos y piropos que venían de al lado, cuando alcé mi mirada, varios varones y chicas de a un lado y del otro cruzaban gestos con el propósito de conocerse. El techeo es una estrategia para romper las barreras carcelarias entre hombres y mujeres, sin embargo, es una práctica que ha decaído y ha dado lugar a la corrupción, al peligro y a la explotación del cuerpo femenino (ibid).

1.2.1.3 Microcontextualización

Salazar (2008), psicóloga jurídica del Centro de Rehabilitación Social Ambato, refiere que a pesar de que no existen datos estadísticos concluyentes para detectar cifras de promiscuidad sexual en el pabellón de mujeres a causa de la irregularidad de visitas íntimas conyugales, es una de las realidades propia de este centro y posiblemente de muchos sistemas carcelarios, realidad que preocupa a las autoridades, en especial cuando a causa de estas situaciones existen conflictos

entre las internas, en cuanto a reventas de violencia por celos de parejas y la tensión que se incrementa ante el riesgo de contraer enfermedades venéreas.

Salazar (2008) refiere que la promiscuidad sexual de las mujeres que se encuentran en reclusión puede derivarse a un sinnúmero de problemáticas psicosociales, en especial quienes sufren el abandono ocasional o total de sus conyugues o parejas, debido a que por el encierro estas terminan han buscado otras mujeres y compromisos, otras razones que deriva dicha problemática esta también a la dificultad que presentan las internas al momento de realizar los documentos para solicitar la visita íntima conyugal y más aun que está le sea concedida, debido a que el trámite es largo y necesita un sinnúmero de papeles que confirmen la unión conyugal con la pareja.

La promiscuidad sexual no solo aparece como una forma de satisfacer los deseos sexuales constantemente reprimidos, significa también y más aun en el esquema psicosexual de la mujer, un contrato en donde y por medio del sexo puede sentir compañía, seguridad y cariño, condiciones que de alguna manera reafirma su identidad como mujer, de manera que la promiscuidad sexual aparece como una respuesta ante todos esta efervescencia de emociones y necesidades no satisfechas, en un abandono de la dignidad y el respeto por su propio cuerpo.

Sin embargo este tipo de conductas provienen también de factores psicoemocionales tales como la inestabilidad emocional que poseen la mayoría de internas, por sus estilos de vida y carencia afectivas desde fuera de la cárcel y agravada en su interior, conlleva a que estas mujeres tomen deliberadamente decisiones de buscar en uno y otro hombre sensaciones de seguridad, placer y hasta amor, sin embargo dado a las condiciones de la cárcel es difícil que en este tipo de relaciones se encuentren con una relación seria y estable.

Mediante entrevistas del autor con internas del pabellón de mujeres, muchas de ellas manifiestan que la soledad que las rodea es insoportable, los sentimientos de abandono se hacen cada día más fuertes cuando al pasar el tiempo la esperanza

de volver a ver al compañero de toda la vida decrece y más aun cuando llegan noticias de que tiene una nueva mujer. Ante esta situación, como refieren, lo que les resta como mujeres es buscar otras aventuras dentro de la cárcel para que apacigüen la soledad y hasta satisfagan sus necesidades femeninas de sentirse abrazadas y amadas aunque de por medio siempre este el sexo, sin darse cuenta terminan siendo la presa de uno y otro, hasta que por último se pierda toda conciencia de dignidad.

1.2.2. Análisis Crítico

En el Centro de Rehabilitación Social de Ambato, la promiscuidad sexual dentro del contexto carcelario es una de las problemáticas que sufren las internas por el abandono de sus conyugues o parejas, y por la dificultad desmesurada que se encuentran en las reglas penitenciarias al restringir las visitas conyugales sin previos documentos que certifiquen una unión filial de la interna con la pareja, sin embargo cabe pensar que a pesar de que la promiscuidad sexual obedece a un sinnúmero de antecedentes psicoemocionales de la mujer y de su historia de vida, son las condiciones carcelarias un factor detonante ante la dirección que de sus afectos y deseos sexuales.

La cárcel es para la mujer un espacio discriminador y opresivo, debido a un tratamiento desigual y por su significado, muy diferente, que asume el encierro para las mujeres y para los hombres. La prisión es para la mujer doblemente estigmatizadora y dolorosa si se tiene en cuenta el rol que la sociedad le ha asignado. Una mujer que pasa por la prisión es calificada de “mala” porque contravino el papel que le corresponde como esposa y madre.

Es por ello que en el área sexual la mujer es doblemente cuestionada, sus derechos son concebidos desde el margen de esposa o al menos de mujer fiel a un mismo hombre, realidad que difícilmente se encuentran en los testimonios de mujeres que viven en la cárcel, mayoría que han sido abandonadas por sus esposos o al menos no cuentan con visitas regulares que signifiquen para ellas un momento real de catarsis de sus emociones, experiencias cotidianas y deseos sexuales constantemente reprimidos.

Ante ello las autoridades parecen reaccionar con una actitud indiferente, solo se escuchan expresiones hasta “obscenas” que condenan a las mujeres como simples objetos sexuales, cosificándolas a tal punto que sus necesidades emocionales recaen insatisfechas en donde su dignidad se ve doblemente amenazada, la desesperanza y la urgencia sexual hace que las conductas de promiscuidad sexual sea la única respuesta de desahogo.

Si bien el abandono de las parejas de las internas no constituye una responsabilidad del centro penitenciario, si es al menos de las mujeres que luchan y reclaman por sus derechos sexuales y el deseo de compartir su intimidad con personas de su elección, con ello no se desea promover un cierto tipo de libertinaje sexual, pues se cree que el departamento psicológico y de salud debe anteponer a todas estas disposiciones una adecuada orientación y asesoramiento al área judicial, de manera que las vistas íntimas conyugales se conviertan en parte de una rehabilitación integral, de apoyo para la mujer, una manera de abrir las puertas para las noticias familiares; un “pedazo” de sociedad que le dé la oportunidad de sentirse libre.

1.2.3. Prognosis

Es muy importante que esta problemática se tome consciencia por parte de las autoridades del Centro de Rehabilitación Social Ambato, debido a que cada vez más se siguen aumentando los casos de promiscuidad sexual y con ellos una serie de riesgos desde los aspectos físicos hasta los componentes psicoemocionales y sexuales más complejos; tales como: Trasmisión de VIH-S , enfermedades de transmisión sexual, el riesgo de ser víctima de reyertas y daños físicos a causa de los celos que origina tener varios compañeros, y en el aspecto emocional, sentimientos de abandono, ansiedad, frustración y desamparo, lo que a su vez incide en el incremento de una confusión entre los esquemas mentales y la conducta sexual de la interna, lo que conlleva a una inestabilidad emocional más profunda y constante, todo ello funciona como un factor determinante para que la mujer busque constantemente en el otro un mediador de su dolor emocional aún cuando el sexo sea un contrato

1.2.4.- Formulación del Problema

¿Influye la irregularidad de las visitas conyugal íntimas en conductas de promiscuidad sexual en las internas del Centro de Rehabilitación Social Ambato. Durante el periodo Junio 2009 a Mayo 2010?

1.2.5.- Preguntas directrices

- ¿La irregularidad de las visitas conyugales íntimas influye en conductas de promiscuidad sexual en las internas del Centro de Rehabilitación Social Ambato. Durante el periodo Junio 2009 a Mayo 2010?
- ¿Cuál es el número de parejas con las cuales las internas han mantenido relaciones sentimentales y sexuales en el lapso de un año?
- ¿Cuán extendidas se encuentran las conductas de promiscuidad sexual en el pabellón de mujeres del Centro de Rehabilitación Social Ambato?
- ¿Qué elementos psicosexuales buscan las internas detrás de las conductas de promiscuidad sexual?
- ¿La promiscuidad sexual refuerza la inestabilidad emocional en las internas?

1.2.6.- Delimitación del objeto de investigación.

- Campo: Psicología Clínica
- Área: Afectiva
- Aspecto: Promiscuidad
- Espacial: Centro de Rehabilitación Social Ambato
- Temporal: periodo junio 2009 a mayo 2010

1.3. Justificación.

El Centro de Rehabilitación Social Ambato cumple con la función de privar la libertad a personas que cometen actos delictivos con el propósito de dar rehabilitación a sus conductas desajustadas psicológica y socialmente, para que estos sujetos puedan reinsertarse plenamente a la sociedad.

El trabajo de rehabilitación en cuanto a la población femenina tiene el objetivo de devolver a la sociedad “mujeres aptas y productivas moral y socialmente”.

El interés de la presente investigación surge a partir de las prácticas preprofesionales realizadas por el autor en el pabellón de mujeres, en cuanto observe que las necesidades psicosexuales de la internas, no eran canalizadas por medios favorables que permitan un pleno desenvolvimiento emocional, debido a que por la privación de su libertad, se veían forzosamente separadas de sus familias y con ellas de sus conyugues o parejas, con los cuales fuera de la cárcel, mantenían estrechos vínculos de afecto, sin embargo tras las rejas muchas mujeres fueron abandonadas, o a su vez los reglamentos penitenciarios permitían visitas conyugales solo a internas que estaban legalmente comprometidas con sus parejas, circunstancias que no eran posibles con todas las internas debido a que muchas eran solteras, o mantenían noviazgos.

Esto a su vez condujo una serie de dificultades en cuanto a la carga emocional y sexual constante de las internas, misma que replicaba más tarde en conductas de promiscuidad sexual que de cierta manera mitigaban aquellos vacíos insatisfechos.

Sin embargo es necesario recalcar que las conductas promiscuas obedecen a un sinnúmero de componentes psicosexuales que inician desde la consolidación de la personalidad en cuanto se presenta la inestabilidad emocional como resultado de experiencias frustrantes, pérdidas emocionales, abandono y con ellos vacíos afectivos en donde la entrega del cuerpo y la búsqueda de placer por medio de este se vuelve un atenuante del dolor moral.

Cabe resaltar que es en cierta manera el contexto carcelario un factor detonante para que estas conductas, y por las condiciones extremas de la cárcel, la

promiscuidad encuentre un nivel de descontrol y con ello el significado de ser mujer se vea reducido a tan solo un objeto sexual.

Los fundamentos de las ciencias psicológicas del autor aporato al desarrollo del proceso investigativo, se accedió a información de campo mediante la consulta bibliográfica y gracias a la colaboración del equipo de trabajo del Centro de Rehabilitación Social Ambato.

Se dispuso de recursos físicos para la ejecución de las entrevistas psicológicas con las internas, y se accedió con el material de oficina que permitió elaborar los registros teóricos.

Al ser está investigación original dentro del contexto carcelario posee toda la predisposición de tiempo y voluntad del autor para que sus resultados sirvan de puntales en la concientización de que todo ser humano tiene derecho a ser tratado dignamente y sea autor de un verdadero programa de REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

1.4. Planteamiento de Objetivos.

1.4.1.- General

Relacionar la irregularidad de las visitas conyugales íntimas con las conductas de promiscuidad sexual en las internas Centro de Rehabilitación Social Ambato. Durante el periodo Junio 2009 a Mayo 2010?

1.4.2.- Específicos

- Precisar el número de parejas con las cuales las internas hayan mantenido relaciones sentimentales y sexuales en el lapso de un año.
- Identificar cuan extendidas se encuentran las conductas de promiscuidad sexual en el pabellón de mujeres del Centro de Rehabilitación Social Ambato.
- Detectar cuales son los elementos psicosexuales que buscan las internas detrás de las conductas de promiscuidad sexual.

- Identificar si la promiscuidad sexual refuerza la inestabilidad emocional de las internas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Vizcarra (2003), en sus investigaciones realizadas en las penitenciarías de España, refiere en cuanto a la visita conyugal que esta ayuda a que las internas no sientan un distanciamiento con su pareja, contacto que les permite sentirse seguras y desarrollar un sentido más propio de la autoestima además del deseo de seguir luchando y seguir adelante.

Según un testimonio de una interna sobre la visita conyugal íntima;

“Es como olvidarse por un momento de los problemas y sentirme nuevamente aceptada dentro de la sociedad, que por diferentes motivos me privó de la libertad, así puedo sentir nuevamente contacto con el mundo exterior gracias al tipo de relación que mantengo con mi pareja”

Vizcarra (2003), añade que hay que pensar que las visitas conyugales van más allá del acto sexual, estos encuentros crean una idea para las internas de sentirse protegidas por la persona que ellas aman. El encuentro íntimo, como tal, juega un papel importante dependiendo de la edad de la pareja, si por ejemplo son jóvenes el contacto es trascendental, no solo por la satisfacción que involucra el acto sexual, sino por todo lo que implica hacer el amor.

Reneaum (2003), Directora de Equidad de Género en Justicia y Derecho de “Inmujeres”, en un informe escrito para el comercio refiere que muchas mujeres que se encuentran en prisión expresan que sus esposos y novios las abandonaron en la cárcel y ni siquiera acceden a realizar los trámites para compartir la

intimidad. El problema de muchas internas es que al no tener relaciones sexuales, porque no existe la visita conyugal, optan por la búsqueda de compañeros sexuales dentro de la cárcel sumergiéndose en ocasiones a la práctica promiscua a la que la inestabilidad emocional se suma y agrava tales conductas; debido a que las internas se encuentran en constante búsqueda no solo de placer mediante el acto sexual, sino de compartir con un compañero que les brinde apoyo, estabilidad y compañía.

Reneaum (2003), explica que la reclusa ante estas dificultades tiene tres opciones;

- a) La visita conyugal con su pareja
- b) Las relaciones sexuales con otros internos dentro de la cárcel
- c) Una relación lésbica transitoria.

En el departamento de salud se le recomienda a la interna pedir la visita familiar antes de la visita conyugal par que la interna pueda socializar sus sentimientos con mayor confianza, luego el consejero técnico analiza si el interno puede ser mala influencia, si es peligro o no; sin embargo “ellas son mujeres adultas que saben cómo cuidarse”

Briseño (2006), autora de un estudio “mujeres privadas de la libertad; el doble cautiverio”, investigación llevada a cabo en cuatro penales del país; asegura que el abandono por parte de los hombres se debe a que se sienten agraviados en su masculinidad, prefieren no solo alejarse de la mujer sino del resto de las responsabilidades. Los resultados de esta investigación amparan su afirmación; en cuanto al 30% de los casos antes mencionados los abuelos cuidan o se hacen cargo de los hijos de las internas.

La autora antes mencionada refiere que muchas de las internas que atraviesan este tipo de abandono por sus parejas, buscan noviazgos con internos que de alguna forma atraviesan las mismas condiciones de manera que se cubra mediante estas relaciones esporádicas el vacío de sus parejas.

Investigaciones realizadas por la FLACSO, Pontón (2006), expone un informe del Centro Penitenciario del Inca en la ciudad de Quito, en su estudio “Mujeres que cruzaron la línea: vida cotidiana en el encierro”

A lo largo de este estudio y durante conversaciones con las internas se pudo observar los tipos de relaciones que desde la cárcel las mujeres establecen con los hombres. El estado de reclusión ha ocasionado en la mayoría de las entrevistadas la pérdida de contacto con sus familias, pues con el paso del tiempo han dejado de ser visitadas, fracturándose especialmente sus relaciones conyugales y de pareja, lo cual tiene una grave repercusión en la vida cotidiana de las internas y en su resistencia al encierro.

Rosa del Olmo (1996) hace referencia al estudio de la catalana Bona I Puigvert, quien afirma que existen dos características principales que diferencian a las mujeres de los varones reclusos: (a) la una es la importancia trascendental de la maternidad; y (b) la otra es la gran dependencia afectiva con respecto a sus compañeros, esto último acarrea como consecuencia en las encarceladas un mayor sentimiento de soledad y tendencia a la depresión, ya que, a diferencia de la fidelidad y solidaridad demostrada por las madres, esposas o compañeras, cuando sus hombres están en prisión, no se da el mismo apoyo cuando ellas se encuentran en la mismas circunstancias. (Del Olmo 1996: 22-23):

Un testimonio de una interna con referencia a lo expuesto anteriormente, refiere que;

“No tengo visita, mi esposo ya no viene, yo le reclamé, le dije yo sé que tú estás con alguien. Yo le dije que no se preocupara, que me siga ayudando con lo del abogado porque yo aquí no tengo a nadie, él ya está con ella, qué puedo hacer yo ahora. Yo no estoy viendo por él, sino por mí, yo sí quisiera volver, pero es que yo ya sé que el tiene a otra, yo no voy a estar con la esperanza de que él venga. Si hubiera sido el caso contrario, yo creo que yo no lo hubiera dejado, o sea yo no me siento sin apoyo de él económico, la cuestión es sentimental, afectiva. No sé cuánto tiempo tengo que estar acá, no le voy a poner más mente al problema porque me hago daño, yo ya pasé unos meses mal y no quiero volver a estar ahí, con el sentimiento de culpa, de porqué me dejo, será que yo soy así y la otra asado, yo sé que cometí el error pero ya voté corriente con él, ya pasó”

Las mujeres presas no sólo son sancionadas por las leyes penales, sino olvidadas y abandonadas por sus parejas y maridos, lo cual causa efectos devastadores en su estado anímico. La encuesta realizada por la FLACSO – Ecuador en este centro, revela el alto porcentaje de abandono por parte de los hombres que viven las mujeres recluidas en el Inca, pues de las 335 encuestadas el 51.3% afirmó no recibir visita de su cónyuge, frente a un 19.2% que sí recibe visita de este. Como refiere Lagarde (2003), “a diferencia de los internos, pocas mujeres mantienen vigente la conyugalidad con esposos y amantes; en general son abandonadas debido a su encarcelamiento y a su transformación pública e inocultable en malas mujeres”

Aunque esté privada de su libertad, una mujer seguirá gozando del sexo. Lo hará sola o acompañada, con mayor o menor satisfacción, pero lo hará. A quienes esta afirmación les cause asombro, el sexólogo Carlos Cotiz, que estudió la conducta sexual en reclusas venezolanas, les recuerda que la sexualidad es una condición del ser humano; sin embargo, enfatiza, es verdad que el encierro atenta contra ella, debido a diversas razones: tristeza, desesperanza, rabia, depresión, que pueden afectar el deseo y la respuesta.

El estudio realizado por el sexólogo en un recinto penitenciario de Venezuela concluyó que 8 de cada 10 reclusas se masturbaban (se tocaban los genitales con la mano). "La autosexualidad es más íntegra, pues se puede realizar sin dependencia de nadie, sin demostrarle capacidad de desempeño sexual a nadie; por lo tanto, la ansiedad es menor y el proceso es más relajado.

Sin embargo, para poder ejercer la función sexual, buscaron mecanismos para estar a solas o para que nadie se diera cuenta". Casi la mitad tenía entre 18 y 27 años de edad.

Admitieron masturbarse aun cuando reportaban recibir visitas de su pareja. Para activarse sexualmente acuden a los recuerdos y las fantasías.

La investigación liderada por Cotiz, que será presentada en el Congreso

Mundial de Sexología Médica que comienza mañana en el Hotel Meliá Caracas, muestra lo que es vox pópuli: las sexualidad entre mujeres, que se asocia con relaciones de pareja dentro del penal. De acuerdo con el especialista, "llama la atención que mujeres antes de ingresar al recinto eran de preferencia heterosexual y con el tiempo adquieren preferencias homosexuales. Este es un elemento que podría sustentar que la homosexualidad se aprende y no se nace con ella"

2.2. Fundamentación Filosófica.

La presente investigación se orienta por el paradigma crítico- propositivo. Es *crítico* porque cuestiona el contexto social marginalizado en el que cohabitan las internas, mismo que no proporciona una rehabilitación adecuada, sino más bien constituye un factor de riesgo para las conductas de promiscuidad sexual.

Es *propositivo*, porque el investigador no solo busca analizar y describir la problemática en cuanto a la asociación de variables, sino se plantea, en su momento, una propuesta que concientice la función de la verdadera rehabilitación terapéutica en la responsabilidad regenerativa de las internas.

2.3. Fundamento epistemológico

Para la construcción del conocimiento científico se considera la interrelación entre el sujeto cognoscente y el objeto conocido, entendiendo al sujeto como el investigador que recopila y procesa la información que le proporciona las internas acerca de sus conductas en la búsqueda constante de parejas sexuales y emocionales, a la vez que manifiestan los impactos psicológicos que de ellos surgen, con los cuales el autor busca construir la realidad de las internas y posteriormente proponer una alternativa de solución.

2.4. Fundamento Social

Se entiende al hombre sin distinción de género como un "ser social" por excelencia, en donde los términos de individuo y sociedad mantienen un proceso continuo de reciprocidad e interacción, y de los mismos fenómenos

(estratificación social, o conflicto sociales) que se derive la conducta individual de cada sujeto; de esta manera el fundamento social juega un papel importante en la presente investigación debido a que las internas presentan una construcción de sociedad posiblemente desfigurada rebasando los límites de la autoridad, de la concepción que se tiene por lo "bueno" y "malo" lo que configura la conducta delictiva o desajustada socialmente, sin embargo dentro del contexto carcelario aparece un nuevo subsistema social agrupando un conjunto de sujetos que vulgarmente se los identifican como la "escoria" de la sociedad, sin embargo en este contexto surgen nuevas relaciones grupales que interactúan con los esquemas mentales asumidos del sujeto desde afuera, y afianzados por los nuevos niveles de sufrimiento, abstinencia de sus necesidades físicas y emocionales que representa sobrevivir detrás de las rejas, condiciones que refuerzan el rechazo hacia la sociedad y la incorporación de nuevas conductas desajustadas que sujetas al análisis, se convierten en una problemática de investigación psicológica en donde se cuestiona el significado que asume la sociedad por la rehabilitación .

2.5. Fundamento Psicológico

Para el fundamento psicológico se tomara en cuenta la corriente Cognitiva-Conductual, debido a que su teoría se centra en la *función del pensamiento* en la etiologías y mantenimiento de los problemas, de manera que busca alterar patrones del pensamiento que se cree contribuyen a los problemas del paciente. Estas técnicas poseen una gran cantidad de sustento empírico por teóricos como Smith y Cols, 1980; Hollon y Beck, 1994.

La teoría cognitiva conductual explica el comportamiento como un producto del reforzamiento y las expectativas del sujeto, de manera que si el sujeto elige comportarse como lo hace, es porque espera que aquel comportamiento lo conduzca a una meta o resultado de algún valor. Su teoría se sustenta en cambiar los esquemas mentales del paciente utilizando el re-aprendizaje para que el sujeto entienda la congruencia entre el pensar, sentir y actuar.

La fortaleza de la corriente cognitiva conductual es centrarse en el "aquí y ahora" trabaja con los elementos del conflicto del paciente en el momento que

estos surgen, por lo tanto no es necesario focalizar la génesis de sus experiencias pasadas. La terapia cognitiva no interpreta y no juzga las condiciones o historia de vida del paciente.

La terapia cognitiva conductual permite una constante evaluación de los avances terapéuticos, fijándose en sus aciertos o falencias.

Según esta teoría lo que pretende alcanzar con el uso de la terapia cognitiva – conductual es;

- La teoría cognitiva conductual al ser considerada como una situación de reaprendizaje; la función del terapeuta se convierte en: capacitar al paciente para lograr cambios planeados en su pensamiento y comportamiento observable.
- La estructura de solución de problemas es una forma útil de ver las dificultades de la mayoría de los pacientes.
- Con frecuencia, la función del terapeuta es guiar el proceso del trabajo en equipo, de modo que no solo se debiliten comportamientos y actitudes inadecuadas si no que a su vez se aprendan comportamientos más satisfactorios y constructivos.
- A menudo es necesario cambiar las expectativas irreales del paciente; al hacerlo, se es consciente de como surgieron ciertos comportamientos y expectativas, y cómo fue que el paciente sobregeneralizó sus experiencias previas.

Para la propuesta de solución se tomará en cuenta la Corriente Cognitiva de Beck, debido a que su sustento científico se centra en la problemática presente del paciente, y su función se destina a modificar su pensamiento y conductas disfuncionales. De manera que al estudiar sus procesos mentales se puede comprender el grado de adaptación que tenga el sujeto de su medio y el control que de él tenga.

2.6.- CATEGORIZACIÓN FUNDAMENTAL

2.6.1.- Irregularidad

Según datos obtenidos del Diccionario de la Lengua Española (2007), irregular posee los diferentes significados:

- Que no es regular en su forma
- Que no se ajusta a la ley, a las reglas o a lo que se espera normalmente.

- Que no es constante, puntual.
- Palabra cuya flexión o formación no se ajusta a la regla general.

El termino que más representa a la variable por su significado y correlación es; irregular como situación que no sucede ordinariamente, que no es constante y que no se ajusta a la ley o reglas esperadas normalmente.

Según datos obtenidos del Diccionario Enciclopédico Larousse Editorial (2009), se entiende por irregularidad;

- Que no sucede ordinariamente.

2.6.2.- Visita conyugal en la cárcel.

En datos obtenidos de la Dirección General de los Centros Penitenciarios (2007), esta actividad va dirigida a toda la población interna casada o unida, cuyos objetivos principales son el mantenimiento del vínculo conyugal y la canalización adecuada de los impulsos sexuales de la pareja. El interno participante tiene la oportunidad de compartir una visita íntima con su cónyuge con regularidad, una dos veces al mes, adicional a la visita ordinaria. Para este fin se dispone de habitaciones especiales, acondicionadas con mobiliario y equipo de casa, para darle un ambiente hogareño. El reglamento de la visita depende de cada penitenciaria según la ley y su presupuesto; por lo general en Panamá en los

centros penitenciarios por ejemplo, estas tienen una duración entre 5 a 8 horas, dependiendo de la hora de inicio.

Según la Dirección General de los Centros Penitenciarios (2007), los requisitos generales a los cuales se someten la mayoría de penitenciarías en América Latina para la participación en esta actividad son:

- El privado o privada de libertad solicitará la inclusión en el registro de su cónyuge o conviviente con el que este casado o unido.
- Aportar certificado de matrimonio o certificado expedido por el corregidor.
- Pruebas médicas necesarias para diagnosticar si el privado (a), no padece de VIH o enfermedades de transmisión sexual.

Para Neuman (1998), quien realiza un estudio de las prisiones en cuanto a la sexualidad de los internos; la visita conyugal consiste en permitir el ingreso de la esposa (o) del condenado (a), previa solicitud de éste y de acuerdo con él o ella, a la celda o a un recinto preparado para tener el contacto sexual. Las autoridades del penal expiden el comprobante al cónyuge que deberá, en adelante, mostrarlo en la recepción cada vez que se presente a la visita íntima, y deberá someterse a las revisiones médicas y chequeos que con carácter periódico se le practiquen.

De esa manera, en días y horas previamente determinados deberá concurrir a recintos preparados para esas visitas, que también se las denominará higiénicas, en la prisión. El recluso (a), es sometido a periódicas revisiones médicas a fin de verificar si es portador de enfermedades venéreas que hubiese contraído en la relación o padece VIH- SIDA. (ibíd.)

Neuman (1998), refiere que las prácticas de las visitas conyugales demostraron, a poco andar, la necesidad perentoria de extenderla a quien no tuviera legítima esposa o esposo. Se sumaron las concubinas y los amantes de estos internos que acreditasen de modo fehaciente esa condición por la continuidad del ligamen. El criterio debió ampliarse por una suerte de justicia

distributiva; y es que solteros (as), viudos (as) o divorciados (as) o separados (as) de hecho, requerían satisfacer sus necesidades sexuales.

Se han conocido casos de mujeres que van a visitar a un preso y comienzan una relación amistosa que culmina siendo amorosa con otro, esto da la impresión de que el amor nada tiene que ver con estructuras legales o de papeles que sustenten unión conyugal. De allí que la ley procesal ha sido ampliada en su concepto inicial por la reglamentación, y hoy, en ciertas circunstancias y con ciertas prevenciones médicas, ya señaladas anteriormente, se permiten, de un modo más amplio, esas relaciones.

- **La Normativa de la visita conyugal en Latinoamérica**

En el 2007, la ONUD y ONUSIDA dieron a conocer un marco de acción para una respuesta nacional eficaz al VIH-Sida en el ámbito penitenciario; refieren que algunas de las normas que los sistemas penitenciarios deberían aplicar, entre otras, son: reconocer la existencia de relaciones sexuales consensuales en el medio carcelario y asegurar que no se penalice la actividad sexual consentida, asegurar que se prohíba el sexo no consentido, coercitivo, el acoso y las violaciones, apoyar el comportamiento y las relaciones sexuales reconocidas por las normas sociales, todo ello mediante el ofrecimiento de instalaciones apropiadas para las visitas conyugales y privadas.

En el informe final de la Consulta Regional para América Latina y el Caribe sobre VIH-Sida en el medio carcelario efectuada en Sao Paulo, Brasil (mayo 2008), en donde concurren representantes ministeriales de Justicia, Sistemas Penitenciarios y Salud de 21 países de la región; además de Organizaciones Sociales y de la Coordinadora de las ONG de las Américas sobre SIDA, Cárcel y Encierro –COASCE- que era una de las instituciones convocantes, como recomendaciones después del análisis detenido de la situación penitenciaria en cuanto a los derechos de los internos en al ámbito sexual;

- a) Adoptar metodologías aplicadas a la prevención basada en evidencias en el ámbito de los sistemas penitenciarios, garantizando el acceso a preservativos y otros insumos de prevención y las visitas íntimas de ambos sexos, que propicien el ejercicio de la sexualidad como un derecho.
- b) Garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas privadas de libertad, incluyendo el derecho a las visitas íntimas.

Sin embargo estas afirmaciones de las/os representantes del estado en Sao Paulo, fueron borradas de una plumada por la autoridad ministerial de Valdivia al decir que lo anterior “es un beneficio y no un derecho”.

Por lo cual se concluye, que aunque exista una política que defienda la visita íntima conyugal en penitenciarias de América Latina, la misma siempre se realizara en las condiciones que solo determine la autoridad, lo que conduce a pensar que todavía se vulneran derechos esenciales del interno en cuanto a su sexualidad.

2.6.3. Importancia de la visita conyugal íntima en la Cárcel.

Para entender la importancia de la visita íntima conyugal para la mujer dentro del sistema carcelario es necesario comprender primero cuales son los efectos que tiene este subsistema para el psiquismo de la mujer y las relaciones que de esta se deriven.

- **La Mujer y la cárcel**

En un artículo publicado por la revista “Nueva Sociedad” (2007), llamado “Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina”, refiere que la prisión significa para la mujer un espacio discriminador y opresivo, debido al desigual tratamiento recibido y muy diferente que asume el encierro para las mujeres y para los hombres. Las características reflejadas en todos los

establecimientos penitenciarios de América Latina son similares: regímenes estrictos, largas condenas, alta proporción de detenidas no condenadas, instalaciones precarias, falta de atención y tratamientos médicos especializados, terapias basadas en trastornos diagnosticados como “nerviosos”, escasa o nula capacitación laboral, y pocas actividades educativas y recreativas.

Lo que indica que no se está utilizando la perspectiva de género y que más bien se refuerza la formación de la asignación del sexo, consolidándose la idea de la mujer como un ser subordinado, incapaz de tomar decisiones, sin responsabilidades y sin posibilidad de enfrentar el futuro.

La supuesta formación profesional impartida en la cárcel está dirigida a que la mujer aprenda a coser, planchar, cocinar, limpiar, confeccionar pequeñas artesanías y tomar cursos de modistería. Este modelo social traza una equivalencia entre lo femenino y lo maternal y reproduce vínculos que maternaliza a infantilizan a las mujeres. La condición femenina es definida, entonces, por un modelo social y cultural que se caracteriza por la dependencia, la falta de poder, la inferioridad física, la sumisión y hasta el sacrificio.

Como se menciona en la revista “Nueva Sociedad” (2007), uno de los aspectos más traumáticos para las mujeres privadas de su libertad lo constituye la pérdida de sus hijos, la preocupación por ellos está presente en toda su vida carcelaria y en muchas ocasiones se convierte en una verdadera obsesión. El sentimiento de ser «malas madres», de haber abandonado a sus hijos, las persigue desde que entran hasta que salen de prisión.

Otro factor agravante es que muchas de estas mujeres han sido abandonadas por sus maridos o sus compañeros o son madres solteras. En las cárceles de mujeres es usual que las visitantes sean también mujeres, muchas parientas que suelen llevar a los hijos, especialmente a los menores de edad, a visitar a sus madres, (en muchos casos la familia paterna impide el contacto ya que culpabiliza a la mujer por sus trasgresiones). (Ibid).

De allí la *importancia* de la visita conyugal que juega un papel primordial en el psiquismo de las mujeres, Córdova (2007), refiere que cuando la mujer accede a esta intimidad y la misma resulta ser satisfactoria; mejora su comportamiento y la

calidad de vida, las mujeres demuestran un menor sentimiento de soledad romántica y una mayor satisfacción sexual.

Para Córdova (2007), es importante reconocer, que no se trata de un capricho corporal, sino de un derecho a la manifestación de sentimientos, cariño, respeto y sobre todo de sentirse apreciado y querido por otra persona, de lo cual no puede desprenderse una persona al momento de no gozar de libertad plena, mismo que está reconocido en la Declaración de los Derechos Sexuales, en cuanto que la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano, los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos.

El desarrollo pleno de las internas depende de la satisfacción de sus necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad emocional, placer, ternura y amor. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales, su consecución es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. (Ibid)

Según Vizcarra, sexóloga (2010), las visitas conyugales ayudan a los detenidos a levantar tanto su aspecto psicológico como moral. A través de estos encuentros, ellos sienten que no hay distanciamiento con sus familias.

Además, el contacto con su pareja les permite a las detenidos sentirse seguros y desarrollar más su autoestima y el deseo de seguir luchando y salir adelante. “Es como olvidarse por un minuto de los problemas y sentirse nuevamente aceptados dentro de una sociedad que, por diferentes motivos, les privó de su libertad” (ibid)

Para Vizcarra, sexóloga (2010), estos encuentros íntimos sirven para que las internas sienten nuevamente contacto con el mundo exterior gracias al tipo de relación que mantienen con su pareja. Hay que pensar que las visitas conyugales van más allá del acto sexual. Estos encuentros crean una idea de sentirse protegidos por la persona que ellos aman, juega un papel importante dependiendo de la edad de la pareja. Si son jóvenes, el contacto es trascendental, no solo por la satisfacción, sino por todo lo que implica hacer el amor. En ese momento, hay caricias y una demostración permanente de cariño.

Esta es una manera de afianzar la seguridad en uno mismo, al mismo tiempo que descarga adrenalina y estrés, es una forma de sentirse nuevamente libre. A pesar de que el lugar no es el apropiado, son relaciones íntimas de la pareja, por el tipo de contacto. Sin embargo, no existe la suficiente privacidad para hacerlo. (ibid)

2.6.4.- Desarrollo de las visitas íntimas conyugales en la cárcel.

Según Neuman (1998), en buena parte de las cárceles de América hay modalidades de actividad heterosexual informal (más allá de normas y reglamentos) que resulta conocida, tolerada y amparada por ciertas razones, aunque se suele argüir la de la humanidad. Hay funcionarios que explican que es una realidad que no se puede negar y que hay que admitir para no sembrar incertidumbre. Cuando no existen habitáculos para recibir las visitas sexuales, la relación puede realizársela en la propia celda, todo se reduce a un problema de costos. Se han conocido casos en los que el contacto ha tenido lugar en oficinas administrativas o aún en los baños.

La astucia del preso y el silencio de custodios, y en ocasiones de funcionarios se coligaron para el logro de las relaciones heterosexuales, pese a la posibilidad de castigo. Elias Scaff Silva, lo informa con total claridad: “no obstante la existencia de castigos y restricciones; el contacto sexual es una realidad y se realiza de manera ocasional y en forma subrepticia”.

En la cárcel de Olmos en la Prov. de Bs. As., en la de Devoto de la capital y otras del interior del país, son conocidos casos de relaciones sexuales durante las visitas en que los contactos se efectúan en el patio o en locales. Se forma una suerte de biombo humano de presos y visitantes que, solidarios, ayudan para que detrás de ese biombo, la pareja pueda verificar algún tipo de relación sexual.

Hay guardias que parecen distraídos, algunos por una suerte de caridad comunicativa, otros por precio. Pero el método más utilizado, siempre que no

medie una cerril prohibición, es la de carpas armadas con mantas (“armar el embrollo”) colocadas por los presos en el patio destinado a las visitas. Dentro de esas carpas se verifican relaciones sexuales. (ibid)

Hace unos años el entonces subsecretario de justicia de la Prov. de Bs. As., Rocha, impulsó un proyecto de visitas íntimas, se refirió con inédita sinceridad sobre este tema:

“Los días de visita podían derivar en cordones de presos que ocultaban a alguna pareja haciendo el amor fomentando, además la corrupción, porque las coimas a los carceleros para gozar de un lugar más íntimo eran habituales”. (“Clarín”, 7/4/91).

2.6.5.- La visita íntima como un derecho humano

Michel Foucault, mencionaba al respecto;

“Meter a alguien en la cárcel, privarlo de comida, de calor, impedirle salir, impedirle hacer el amor, etc. Es la forma de poder más delirante que se pueda imaginar.”

Choquemamani Ccalli (2007), realiza un estudio de los derechos sexuales de los internos desde el marco legal Peruano, sus datos ayudarán a elaborar conceptos significativos en cuanto se establece la visita conyugal íntima como un derecho humano.

Este autor empieza cuestionando si la visita íntima es un derecho o beneficio. Sobre la actual regulación jurídica de la visita íntima, la Defensoría del Pueblo ha señalado: “el criterio utilizado para incluir a la visita íntima como un beneficio penitenciario es poco claro, salvo que se la quiera utilizar como mecanismo de presión, no se comprende cómo un aspecto natural de la actividad humana tenga que ser vista en términos de beneficio”.

Aparentemente entre un *derecho* y un *beneficio* no habría muchas diferencias; sin embargo, sí las hay y no se agotan al plano semántico. Detrás de ellas hay

concepciones ideológicas subyacentes que influyen en la regulación jurídica de los derechos.

Según Choquemamani Ccalli (2007), un beneficio es un premio o una gracia; “un derecho en su expresión subjetiva es un atributo, una facultad, un *poder jurídico* de hacer u omitir algo o de exigir a los demás una determinada conducta”. Un beneficio es pone requisitos, muchas de éstas son arbitrarias; un derecho no pone requisitos, salvo casos excepcionales, en donde es necesario y razonable.

- *Desde el punto de vista jurídico*

Según Choquemamani Ccalli (2007), desde el punto de vista formal de las normas, la Constitución se encuentra en la cúspide de la pirámide legislativa ofreciendo su capacidad programática para dar contenido al resto del Ordenamiento jurídico. De acuerdo con esta jerarquía ninguna norma inferior puede entrar en contradicción con una superior: una Directiva –normas del régimen interior para un establecimiento penitenciario– no puede contradecir un Decreto Supremo –RCEP–, un Decreto Supremo una Ley –Código de Ejecución Penal– y una Ley, la Constitución.

Por ello, la regulación jurídica de la visita íntima en términos de beneficio penitenciario resulta inconstitucional por no estar en armonía con la Constitución. Liborio Hierro, citado por Eusebio Fernández¹¹, sostiene: “tener un derecho es tener una necesidad cuya satisfacción hay razones suficientes para exigir en todo caso; consecuentemente, tener un derecho es, jurídicamente hablando, tener una necesidad que las normas del sistema jurídico exigen satisfacer en todo caso. (ibid)

Choquemamani Ccalli (2007), manifiesta;

“Sólo podemos sostener como derechos aquellas necesidades humanas que exigen su satisfacción de forma incondicional, cual si se

tratase de un fin en sí mismo, y sólo cuando existan posibilidades de satisfacerlas, cuando podamos imponer sobre otros los correlativos deberes según sus posibilidades”.

El punto de vista de Liborio Hierro y, bajo esa premisa, se sostiene que el contacto afectivo y sexual es una necesidad humana y las normas del sistema jurídico están obligadas a brindar un marco legal para satisfacer dicha necesidad.

Si bien la libertad sexual no está contenida de manera expresa en el Capítulo de Derechos Fundamentales de la Constitución de 1993, su inescindible conexión con el derecho a la dignidad, a la vida, a la intimidad, a la autonomía individual y al libre desarrollo, lo configuran como un derecho fundamental indiscutible. Negar la titularidad de éste derecho a las personas privadas de libertad sería inconstitucional. (Ibid)

- *Desde el punto de vista del poder*

Según Choquemamani Ccalli (2007), siguiendo la línea de estudio del pensador francés Foucault, el asunto de la visita íntima en las prisiones sería una cuestión de poder, es decir, una relación de fuerzas, de lucha, de resistencia, de represión, expresada en normas, discursos y prácticas. El objetivo del poder no suele ser reprimir, sino obtener diversos resultados, en el presente caso: sometimiento y obediencia ante la autoridad carcelaria. Por ello, la “buena conducta” es un requisito indispensable para acceder a la visita íntima.

Una vez conseguido el sometimiento del recluso/a ante la autoridad penitenciaria, ésta impondrá una determinada forma de ver el sexo, ya no con fines de placer, sino con fines de “Higiene”, “Planificación Familiar” y “Profilaxis Médica”.

- *Libertad sexual*

Según Choquemamani Ccalli (2007), la libertad sexual es la capacidad de decidir, de forma individual y autónoma, sin intervención de terceros, cuándo, dónde y con quién tener contacto sexual.¹⁹ El hecho de que una persona se encuentre privada de su libertad ambulatoria no significa que pierde su derecho a la libertad sexual, ya que ni la ley ni la sentencia privan este derecho. El ejercicio de este derecho le generará bienestar a la persona privada de libertad y le permitirá reforzar los lazos conyugales con su pareja.

El Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología (España) realizó una investigación sobre “*Las necesidades socio-emocionales y sexuales de los presos*”²⁰, con una muestra de 80 personas privadas de libertad del Centro Penitenciario de Topas (Salamanca). En dicha investigación llegaron a la siguiente conclusión: “tener relaciones afectivas y sexuales produce una mayor satisfacción emocional y sexual que no tenerlas”. Eso quiere decir que el ejercicio de la libertad sexual de una persona privada de libertad mejora su calidad de vida, porque le brinda satisfacción, le alivia las tensiones amorosas, le comunica e integra con su pareja. (Ibid)

Además de lo arriba mencionado, el reconocimiento, ejercicio y protección de la libertad sexual en el ámbito carcelario es una garantía jurídica y ética del respeto a los derechos fundamentales de la persona en espacios susceptibles de cualquier tipo de vulneración o amenaza hacia ellos.

- *Intimidad*

Para Choquemamani Ccalli (2007), el derecho a la intimidad se proyecta en dos dimensiones: como secreto de la vida privada y como libertad. Concebida la intimidad como secreto, atentan contra ella todas las divulgaciones ilegítimas de

hechos relacionados con la vida privada o familiar, o las investigaciones también ilegítimas de acontecimientos propios de dicha vida.

El sentido de *la intimidad como libertad* es aquella libertad que permite decidir qué hacer con la vida privada en prisión. Cuando el RCEP señala: “La visita íntima se realizará en un ambiente adecuado y con la privacidad necesaria” (Art. 202º), está protegiendo la intimidad de la persona privada de libertad y la de su pareja. No obstante ello, cuando el RCEP exige requisitos tales como: quién es la persona con quien el interno tendrá la visita íntima; qué tipo de vínculo lo une; demostrar que no sufre una ETS; y todo ello deberá ser acreditado con documentos (partida de matrimonio, certificado médico, etc.) (Ibid)

Aquí la visita deja de ser íntima, porque hay una interferencia injustificada en la vida amorosa y sexual de la persona privada de libertad. No es potestad de la administración penitenciaria interferir en la vida privada del interno/a, sino ejecutar la pena privativa de libertad conforme a la Constitución y los Tratados Internacionales.

El CEP (Art. 58º) y su RCEP (Arts. 197º-205º) configuran a la visita íntima como una visita sexual. Por ejemplo, el CEP da recomendaciones tales como: “Higiene”, “Planificación Familiar” y “Profilaxis Médica”. E, incluso, en una Directiva del INPE se ha establecido que: “La pareja acudirá con la ropa de cama y útiles de aseo el día que le corresponda la visita íntima, debiendo retirarla a su regreso”. Aquí la normatividad penitenciaria está diciendo que la visita es sexual, y no íntima.

Como manifiesta Choquemamani Ccalli (2007), la visita íntima *puede* ser una visita sexual, pero la visita sexual no puede ser una visita íntima. La visita íntima es más amplia, no se reduce a lo biológico (contacto sexual), comprende también el ámbito psicológico (contacto afectivo). Corresponde a la persona privada de libertad y a su pareja elegir lo que harán en la visita íntima autorizada por la administración penitenciaria; no al revés, como viene sucediendo.

Así también, se sostiene que la vida íntima de una persona privada de libertad no se puede reducir a una sola persona (cónyuge o concubino). El hombre es un ser social por naturaleza. Por tanto, puede relacionarse íntimamente con muchas personas, y, así como tiene relaciones íntimas, también puede poner fin a ellas e iniciar nuevas relaciones íntimas con otras personas.

- Discriminación de la visita íntima por el sexo

Choquemamani Ccalli (2007), cita a La Defensoría del Pueblo que ha manifestado: “El acceso al beneficio penitenciario de visita íntima muestra una clara diferencia según se trate de la población femenina o masculina.

En el caso de los establecimientos de varones, la administración penitenciaria se muestra permisiva para que en los días de visita femenina las mujeres visitantes puedan ingresar a los diversos ambientes de reclusión (incluidas las celdas o cuadras), momento en el cual los internos pueden mantener relaciones sexuales. La situación es totalmente distinta en el caso de la población femenina en general, ante la cual la administración penitenciaria se muestra escrupulosa en hacer respetar la norma penitenciaria. (ibid)

En ese mismo sentido, Rosa Mavila ha expresado: “La mayoría de internos ejerce su sexualidad sin restricciones, a pesar de los riesgos que implica la promiscuidad, las potencialidades de contagio de las enfermedades sexuales y la patrimonialización en el uso de las prestaciones de prostitutas”.

Estos hechos constituyen una discriminación contra la mujer, entendiendo por ella:

“Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil o en cualquier otra esfera”.

Como menciona Choquemamani Ccalli (2007), la discriminación, por sexo, se da cuando el INPE, de forma arbitraria, no autoriza visitas íntimas a las mujeres privadas de libertad. Si bien el RCEP establece una serie de requisitos discriminatorios (partida de matrimonio, certificado médico y certificado de conducta) que *deben* ser cumplidos tanto por internos e internas; dicha exigencia se hace efectivo sólo a las mujeres más no a los varones.

2.6.6.- Irregularidad de la visita conyugal íntima en la cárcel.

La irregularidad de la visita conyugal ocurre por procesos diversos tales como: el abandono de la pareja, hombres que buscan en libertad la compañía de una nueva mujer, o las leyes penitenciarias que dificultan con mayor fluidez los documentos para ceder la visita íntima de las internas, o por que se impide la misma a mujeres solteras o con relaciones de noviazgo. A continuación se profundizara cada una de ellas.

- **Abandono de la pareja**

El Nuevo Diario de Nicaragua , Alemán (2007), realiza un reportaje de cómo las mujeres pierden sus hogares en la prisión, la mayoría de la internas del Sistema Penitenciario Nacional son abandonadas por sus parejas, según la Asociación de Defensa de los Derechos de las Mujeres Nicaragüenses, que realiza un trabajo de atención psicológica a internas del Centro Penal La Esperanza. “Muchas de ellas encuentran la destrucción del núcleo familiar al ser abandonadas por sus parejas”, aseguró Álvarez (2007), psicóloga de la asociación antes mencionada.

“Los cónyuges llegan a decirles que ya no pueden con esa situación y las dejan en las cárceles”, asegura Álvarez, para quien esa actitud contribuye a profundizar el estado de depresión que la mujer sufre con el hecho de estar encerrada.

La mayoría de las mujeres enfrentan serios problemas psiquiátricos, depresión por falta de visitas, por el encierro y la falta de contacto con la familia, explica Álvarez, para quien la situación se les agrava debido a la falta de atención especializada en el penal.

- **Reglas carcelarias que dificultan la visita conyugal par mujeres solteras.**

Estudios de la FLACSO Pontón (2006), investiga sobre el Centro Penitenciario del Inca en la ciudad de Quito, en su estudio “Mujeres que cruzaron la línea: vida cotidiana en el encierro”

Su estudio expone como para poder visitar a sus maridos en el ex penal García Moreno o cárcel No. 2, las internas deben presentar una serie de papeles, pruebas y certificados para demostrar que eran pareja antes de caer en reclusión, mientras a los hombres no se les exige ningún tipo de papel.

Ellos pueden recibir a cualquier persona indiscriminadamente dentro de sus celdas, en el Inca en cambio, es prohibido el ingreso de visitas (sean estas hombres o mujeres) dentro de las habitaciones a menos que tengan el permiso del centro. Por otro lado, el sistema exige exámenes de sangre para control de enfermedades exclusivamente a las internas que acuden a la visita conyugal, no así a los esposos de ellas; además, los hombres tienen el derecho a la quedada, esto quiere decir que cada 15 días cualquier mujer puede dormir un fin de semana en la cárcel de varones (sea esta esposa, amiga o amante), lo cual es un derecho inalcanzable para las reclusas en este sistema. (ibid)

Según la FLACSO (2006), todo esto demuestra que la prisión es para la mujer un espacio genéricamente discriminador y opresivo, que se expresa en la desigualdad del tratamiento que reciben, principalmente con respecto al control su cuerpo y su sexualidad.

Azaola (2004), sostiene que las internas deben demostrar que quien pretende acudir a la visita conyugal es su esposo, que ha procreado hijos con ella o que vivían en una relación de concubinato, y no es raro que, aun después de haber demostrado lo anterior, el personal determine que tal persona con la que la mujer ha resuelto relacionarse no es conveniente para ella, por lo que se le impide la visita.

El resultado es que la institución, una vez más, infantiliza y adopta decisiones que les corresponden a las mujeres internas. Para Azaola, estas medidas obedecen a una doble moral del sistema penitenciario, pues los estereotipos de género y la distinta manera en que a partir de éstos se aborda la sexualidad del hombre y de la mujer provocan una posición de desventaja para ellas.

Las restricciones en el acceso a la visita conyugal reflejan la extrema vigilancia del sistema sobre los cuerpos de las internas, esto las descalifica como personas adultas capaces de tomar decisiones sobre sí mismas, les resta autonomía sobre el manejo de su sexualidad y las vuelve eternamente niñas custodiadas, lo cual es una continuación de las normas religiosas con las que se dirigió por muchos años este centro.(íbid)

Azaola (2004), manifiesta que las mujeres confinadas viven una situación de vulnerabilidad por encontrarse presas y esto las puede volver blanco de abusos por parte de otras personas, lo que ellas requieren no es una vigilancia obsesiva sobre sus cuerpos, sino educación y capacitación en derechos humanos, derechos legales, derechos sexuales y reproductivos, entre otros; de manera que puedan fortalecer sus conocimientos, su autoestima y así mejorar sus niveles de empoderamiento. Esta rigurosidad de la institución en la vigilancia de los cuerpos provoca como consecuencia abuso de poder y corrupción por parte del personal penitenciario hacia las internas.

FLACSO (2006), expone un testimonio de una interna del Inca, que al respecto refiere;

“Me parece que es arbitrario que no pueda subir la vista acá libremente ¿por qué? porque es un gran negocio para los guías. El guía que se queda cuidando afuera el día de visita, si tú le das un billetito te deja subir, pero con billete, tienes que pagarle algo, entonces es un negociado de ellos el que aquí no suba la visita. En cualquier cárcel del país hay esa libertad, solamente en la cárcel del Inca no hay esa libertad de subir las visitas, este es el único centro del país que es sólo de mujeres, porque las otras cárceles están adosadas a las de varones y casi siempre tienen contacto”

Según la FLACSO (2006), el que las internas tengan que sobornar o “dar billete” a guías, más allá de revelar la descomposición del sistema, muestra las estrategias que utilizan las mujeres recluidas para transformar el poder penitenciario y acceder a su derecho a la intimidad y a ejercer su sexualidad. El “dar billete” constituye lo que De Certeu (1996) llamaría una táctica de los débiles para subvertir el orden establecido.

Sin embargo, el abuso de poder por parte del personal de seguridad del centro va más allá de tener que pagar para subir a la visita a las habitaciones, los jueves después de encontrarse con sus esposos recluidos en las cárceles de varones, al regresar al Inca las internas son sometidas a una terrible requisa con el supuesto objetivo de brindar seguridad al centro, como comenta la interna;

“La visita conyugal es otro derecho ganado por autogestión, con luchas y luchas y luchas hemos logrado esa salida. Cuando volvemos es otro puntito que yo siempre he puesto en tela de juicio y denuncia, nos requisan las guías, nos hacen quedar en ropa interior, nos hacen poner en cuatro para ver si no traemos droga en la vagina. No pueden tocarte, ni siquiera bajarte el calzón, yo como interna he impugnado cincuenta mil veces esa requisa, es una forma de irnos restringiendo hasta la visita, yo he protestado, pero ¿qué pasa? las mismas compañeras internas dicen “que nos revisen nomás así, para que vean que no somos nosotras las que traemos la droga”. Por eso digo que aquí hay que hacer un trabajo masivo de autoestima de valores y de conocimiento, aquí lo que falta es instrucción con respecto a este tipo de cosas.”

Estos estudios llevados a cabo por la FLACSO y los testimonios de las internas demuestran que las leyes penitenciarias están lejos de cumplir con los derechos humanos en cuanto al disfrute íntimo de la sexualidad, la indiferencia, y el escaso profesionalismo de los directores de Centros de Rehabilitación constituye una vejación para todo ser humano, que aunque se encuentre pagando

una pena por sus conductas no da derecho para que sea tratado mucho menos que un animal.

2.6.7.- Abstinencia sexual

Estas dificultades que encuentra el instinto sexual ante la irregularidad de las visitas conyugales en la cárcel, suponen una forma de abstinencia sexual que más tarde determinará una serie de conductas que buscan canalizar inconscientemente estas necesidades no satisfechas.

Arenas (2009), refiere 3 tipos de abstinencia:

a) Abstinencia sexual completa: es privarse de cualquier forma de placer; se puede conseguir de manera voluntaria.

b) La abstinencia parcial: puede ser voluntaria o impuesta; esta puede ser durante la ausencia o enfermedad de la pareja, antes del matrimonio, después del divorcio o enviudar.

c) La abstinencia forzosa: estas son las que totalmente son impuestas por alguien.

Este tipo de abstinencia deriva algunas consecuencias físicas y psicológicas, y aunque no existen pruebas medicas que la abstinencia total y permanentemente de cualquier tipo de orgasmo produzca alguna enfermedad o daño físico, una consecuencia física puede ser dificultad en la erección y eyaculación / y no tener un orgasmo (en ambos sexos). Es dudoso en algunas ocasiones que se produzca un daño físico permanente, pero habrá un malestar psicoemocional crónica.

- *La abstinencia o privación sexual forzosa*

Según Arenas (2009), la consecuencia de la privación sexual debida al ambiente es que impulsa a las personas a actividades sexuales sustitutivas. La más frecuente es la masturbación.

La masturbación es la estimulación de los órganos genitales para producir placer erótico que se hace con la mano u otros medios. La masturbación en las mujeres es una actividad solitaria. En la masturbación femenina desempeña un papel importante las fantasías de episodios románticos, de seducciones, coitos, violaciones y otras situaciones exóticas.

Las técnicas de la masturbación de las mujeres son más variadas, lo más frecuente es que utilicen los dedos para acariciar los lados del clítoris hasta obtener un orgasmo. La masturbación intravaginal es menos frecuente ya que siempre deberá ir acompañada de la estimulación del clítoris ya que en esta está concentrado todas las determinaciones de placer.

2.6.8. Conductas

Ridruejo (1998), en el libro de la Psicología Médica refiere que las actitudes supone un hito determinante en la posibilidad de explicar la conducta en general, en este plano hay que situarlas en el a priori de la conducta, al que viene aludiéndose como ámbito de su predisposición, este hecho determina el descubrimiento de la actitud en el origen mismo de la conducta, confirmando aquel axioma clásico en el cual, tal y como sean las actitudes de un determinado sujeto, así habrá de ser luego su comportamiento.

Pero no están solo en la vertiente de la conducta potencial donde se hace patente la vinculación entre actitud y comportamiento, si no que esta vinculación se descubre también cuando las actitudes de un sujeto se presenta como consecuencias directas de sus experiencias activas, y por lo tanto, como generadas a partir de la conducta que el sujeto a tenido. Se confirma entonces como un derivado del ejercicio conductual, y de esta forma se cierra el círculo que engarza

a actitud- conducta y a conducta- actitud, mostrando hasta que punto ambas categorías resultas ensamblables. (Ibid)

2.6.9. Promiscuidad sexual.

Para entender lo que comprende la promiscuidad sexual se detallara la sexualidad desde el campo de lo normal, entendiendo a la primera como resultado de una disfunción que tiene su base predominantemente en el área afectiva social en cuanto a la ausencia de visita conyugal que supone el contacto sexual íntimo.

- **Función Sexual**

Según Baile (2006), la función sexual es la unión de dos entidades conocidas como sexo y sexualidad;

El *sexo*; cuyo componente es puramente biológico; mecanismo mediante el cual los humanos y cualquier otra especie se reproducen.

Sexualidad, es la capacidad de expresar sentimientos y emociones profundas como el amor que enriquece el espíritu y condicionan muchos aspectos del comportamiento afectivo del individuo.

La función sexual comprende entonces la integración armónica entre el sexo netamente biológico con la sexualidad (que manifiesta la actitud psicológica frente al sexo) e implica al mismo tiempo la expresión de sentimientos.

A continuación se profundizará el término de sexualidad que servirá para relacionar la variable de investigación.

- **Sexualidad**

Según Labrador (1995), la sexualidad es un universo complejo en el cual intervienen aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales. La

sexualidad engloba una serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta, relacionadas con el sexo que caracterizan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

Encontrar una definición de sexualidad es una tarea difícil ya que la sexualidad hace referencia a un concepto multiforme, extenso, profundo y variadísimo de elementos que todos unidos forman el concepto de sexualidad como un todo. La sexualidad es un término dinámico, es vivida y entendida de modos diversos en a lo largo y ancho de la geografía mundial atendiendo a las diferentes culturas, ideales, modelos de sociedad y de educación. (Ibid)

Además de este condicionante socio-cultural, debemos tener en cuenta que la sexualidad es un concepto dinámico que ha ido evolucionando de la mano de la] del ser humano.

Como menciona Labrador (2005), no se puede encajonar la sexualidad como algo estático y predecible, sino como un todo que envuelve la vida del hombre, que evoluciona a lo largo de la historia personal de cada individuo. La sexualidad acompaña al hombre desde que nace hasta que muere, y va moldeándose al ritmo de nuestras experiencias de vida, poniendo su sello en todo lo que vemos, entendemos, sentimos y vivimos.

- *Dimensión psicológica de la sexualidad*

Según Ochoa (1992), la psique (mente) humana juega un papel fundamental en nuestro modo de vivir y sentir nuestra sexualidad. Nuestra forma de percibir la belleza, nuestras ideas sobre lo que está bien o mal en cuanto al sexo, nuestra personalidad, nuestras convicciones, el temperamento de cada persona, son factores decisivos en nuestras relaciones sexuales. Nuestra propia identidad sexual, nuestra orientación sexual, depende en gran manera de nuestro modo de vernos y entendernos psicológicamente en relación a lo sexual.

- *Dimensión social de la sexualidad*

Ochoa (1992) refiere que la dimensión social, engloba el papel fundamental que ejerce la familia, los amigos, la educación recibida en el colegio, la religión, etc., sobre la sexualidad. Las distintas sociedades poseen modelos distintos de entender y vivir la sexualidad. Es por ello que existen grandes mitos sobre la calidez erótica de los latinos, la represión sexual de los países árabes, etc.

- *Deseo Sexual*

Según Baile (2005), el deseo sexual humano no se produce en los genitales sino por la utilidad cerebral. Es el cerebro el principal órgano sexual, es quien rige y dirige nuestros impulsos y estímulos, esos que tanto hacen al hombre anhelar el contacto íntimo con el otro cuerpo. El deseo es una fuerte sensación que recorre el cuerpo y el pensamiento, lo que moviliza la voluntad y las acciones en direcciones muchas veces insospechadas.

El deseo sexual, es un impulso elemental que anhela un contacto íntimo de otro cuerpo: recibir y provocar respuestas eróticas.

- *Amor*

Según versos del Kamasutra, refiere del amor;

''El amor es actuar de forma que resulte agradable al oído, a la vista, al gusto, al olfato, cada uno en su ámbito, todo controlado por la mente unido al alma, pero en concreto el amor es una sensación adecuada de esa último rebotante de alegría que brota de la consciencia, y rica en resultado, relacionado con un contacto especial''.

- *Conducta sexual femenina.*

Jiménez (2007), refiere que la mujer procesa el sexo de una manera distinta al hombre, debido a que busca un significado dentro de la relación.

Soreano y Dávila (2007), describen sobre el rol de género femenino en la actualidad, manifiestan por ejemplo como las mujeres hablan con naturalidad del sexo, que es algo que lo realizan y disfrutan. El amor sigue siendo la opción que refleja una sexualidad responsable, antítesis de la mescolanza que implica la promiscuidad.

- **Concepto de Promiscuidad sexual.**

Según la definición del Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, se entiende por promiscuo: “ A la persona que mantiene relaciones sexuales con otras varias, así como de su comportamiento, modo de vida, etc.”, a esto habría que añadirle que esta actitud no le supone ningún problema de tipo moral o psicológico, ya que es consecuente con sus actos y disfruta plenamente de sus relaciones.

Martínez (2002), toma fuentes de Symons (1979) “Devolution of human sexuality”, et al, mismo que refiere que la promiscuidad sexual es una conducta que acompañado al ser humano durante toda su historia, para iniciar se puede recordar a una de las sociedades más famosas al respecto; los romanos, para casi todos es una cultura conocida por la promiscuidad sexual en la que se vivió en aquella época. Esa libertad sexual no era solo del privilegio de los gobernantes. La presencia de esclavos y esclavas en los hogares de los grandes señores permitían relaciones sexuales constantes y deliberadas.

Esta ‘libertad sexual’ estaba íntimamente relacionada con el amplio desarrollo de la prostitución. Las prostitutas romanas tenían que llevar vestimentas diferentes, teñirse el cabello, o llevar una peluca amarilla e inscribirse en un registro municipal, además de recibir educación para el placer y la conversación, puesto que eran mujeres de amplia cultura general. (Ibid)

Según Symons (1979), en el año I D.C de Cristo se tenía registro de 32.000 prostitutas que estaban recogidas, habitualmente, en burdeles, lugares con licencia municipal cercanos a los circos y anfiteatros o aquellos lugares donde el sexo era

un complemento de la actividad principal; tabernas, baños o posadas. El lugar favorito para las relaciones sexuales eran los baños, ofreciendo sus servicios tanto a hombres como mujeres; incluso se conoce que existían algunos prostíbulos frecuentados por mujeres de clase elevada donde podían obtener servicios de jóvenes, conocidos como "Spadoni", calificativo obviamente relacionado con el buen funcionamiento y buen tamaño de sus atributos masculinos.

En esa época, las prostitutas estaban divididas en diversas categorías, la meretrices estaban registradas en las listas públicas mientras que las "prostibulae" ejercían su profesión donde podían, librándose del impuesto, las "ambulatorae" recibían ese nombre por trabajar en la calle o en circos, mientras que las "lupae", trabajaban en los bosques cercanos en las ciudades y las "bustuariae" en los cementerios.

Las personas que trabajan al servicio de los placeres del sexo, contantemente han sido tachadas de promiscuas, y a su vez las personas que las buscan para contratar sus servicios también han sido llamadas promiscuas. Estas son algunas de las capas sociales más evidentes de lo que se conoce como promiscuidad y por una relación más que obvia la ganancia primaria es la satisfacción y como secundaria la monetaria. (ibid)

- *Perspectiva cultural de la Promiscuidad*

Según Martínez (2002), la promiscuidad aparece en la sociedad de manera encubierta y cada día más frecuente. Tradicionalmente al varón se lo ha tachado de ser el promiscuo ya que fácilmente se ha escuchado comentarios y anécdotas de las mujeres que han conquistado y han podido "llevar a la cama". Mientras que las mujeres, mucho más discretas, no comentan de sus aventuras amorosas.

Los papeles van cambiando y ahora con el uso generalizado del internet cada vez se hace más fácil conseguir compañeras sexual; incluso es algo que las mujeres empiezan hablar con mayor naturalidad como algo que realizan y disfrutan, sobre todo las mujeres jóvenes menores de 20 años, este fenómeno del

“Cyber promiscuo”, es general sin importar la frecuencia heterosexual, homosexual, y bisexual. (Ibid)

Es importante resaltar que existen los que se llaman los “sexo adictos”, aunque pueden llevar una vida promiscua, tienen por lo general sentimientos de culpa, remordimientos y en muchos casos, depresión, todo ello después de una relación sexual de la que, por otra parte, no obtienen placer. Por eso también a este desorden se lo conoce como “bulimia sexual”, debido a que se convierte en un acto obsesivo- compulsivo producido por la ansiedad.

2.6.10.- Causas de la promiscuidad

Según el Diario Hoy (2007), la promiscuidad es una hipersexualidad cuyo factor determinante se encuentra en problemas psicológicos; esta se debe a lesiones en zonas límbicas del cerebro, que es la parte donde se genera la atracción y la sensualidad, dando lugar a relaciones promiscuas en donde su base patológica esta dentro de los trastornos de la sexualidad.

La ninfomanía puede presentarse durante un episodio de convulsiones del lóbulo temporal. Tras ese proceso, la mujer puede cometer crímenes pasionales y después tener un proceso de amnesias del hecho, por lo que la ninfomanía no es una fantasía sexual. En otros casos, la ninfomanía está asociada a dipsomanía (excesiva sed), a violencia física y propensión a tener accidentes. En algunos casos, tras la menopausia también se puede provocar la ninfomanía, debido a la disminución de estrógenos y el aumento de andrógenos.(ibid)

- *El origen en problemas emocionales.*

Hernández (2007), menciona sobre la promiscuidad femenina que usualmente la mujer toma la idea errada de que “mediante las relaciones sexuales se puede obtener afecto”. Otras mujeres tienen la creencia de que el sexo es una forma de comunicarse con personas del sexo opuesto y en esa medida, la relación sexual no tiene un fin de placer sino una búsqueda constante de afecto. Cuando la promiscuidad tiene ese objetivo, lo único que logra es que la mujer cada vez se

sienta más insatisfecha emocionalmente y le resulte más difícil un nuevo encuentro para satisfacer esta necesidad sentimental constantemente replegada.

2.6.11.- La promiscuidad sexual en el sistema penitenciario de mujeres.

García (2007), refiere que la promiscuidad sexual es muy frecuente en los centros carcelarios, es la única opción que tienen las internas para sentirse amadas, además es la forma más rápida para satisfacer sus necesidades sexuales.

Los internos, los guías y en muchas ocasiones las autoridades de los centros penitenciarios acceden a tener relaciones sexuales con las internas. García (2007) menciona que; “así de contaminado e infectado están las cárceles y cada vez más van accediendo las mujeres a estas reglas”. Muchas de las internas comienzan con relaciones sexuales esporádicas que las hacen sentir bien, sentirse vivas para así llenar su vacío emocional. La promiscuidad funciona como una droga, una vez que se accede a ella es difícil salir, las conductas promiscuas ya no son relaciones esporádicas sino se convierten en ocasionales, se fija la hora y día para sus encuentros.

Como consecuencia y dado al contexto carcelario altamente peligroso y agresivo muchas internas son sometidas a golpes, humillaciones y toda clase de vejámenes; aparte de ello las internas ven en su cuerpo una fuente de ingreso teniendo posteriormente relaciones sexuales más seguidas con diferentes hombres buscando algún tipo de recompensa, dejando a un lado sus sentimientos y aferrándose más a la supervivencia.

Investigaciones realizadas por la FLACSO, Pontón (2006), expone un informe del Centro Penitenciario del Inca en la ciudad de Quito, en su estudio “Mujeres que cruzaron la línea: vida cotidiana en el encierro”

En este sentido, el abandono que viven las presas reproduce los patrones de género establecidos en nuestra sociedad, con el agravante de que ellas se encuentran privadas de libertad, lo cual vuelve mucho más difícil su situación. Al verse olvidadas y abandonadas por sus parejas las internas reaccionan con

diferentes percepciones y actitudes con respecto a los hombres. Las necesidades afectivas que en muchos casos se vinculan con las necesidades materiales, hace que ellas creen que su tabla de salvación es una pareja masculina que las visite y les brinde seguridad, por lo que buscan desesperadamente entablar relaciones con quienes acuden o se vinculan de alguna manera a la cárcel. (Ibid)

Lagarde (2003), comenta su experiencia durante la investigación;

“Los días de visita que fui al centro pude observar largas filas de varones intentando ingresar, muchos de ellos casados van a la cárcel de conquista, por conocer chicas, especialmente extranjeras. ¿Qué puede buscar un hombre libre en una cárcel de mujeres? Sin duda la respuesta es aprovecharse de la situación de vulnerabilidad en que se encuentran las internas”

Un testimonio de una segunda interna refiere que;

Interna; “Mis compañeras son peor que perras en la calle, yo estoy hablando como compañera, yo les digo “compañera porque se porta así, esos hombres se vienen a burlar porque tienen su mujer afuera”¿porqué no respetarnos? estamos presas, perdemos solo la libertad, la dignidad no se pierde nunca. No son instruidas, no estoy exagerando, es verdad, tres años estoy acá ¿no voy a conocer a mis compañeras como son? son como unas perras, las extranjeras también, ven un negro feo, feo, ¡que Dios me perdone! y a ellas no les importa, lo importante es estar con un hombre al lado ¡qué asco Diosito lindo! Te digo sinceramente de todo corazón, yo soy negra, pero negra fina, vienen hombres feos, feos ¡qué hombres más feos que tiene Ecuador! Mal vestidos, vienen con olor a alcohol ¡qué asco!, entran aquí a conseguir mujeres y pagan a las guías para subir, porque aquí es prohibido entrar a hombres a los pabellones, pero les pagan a las guías cinco o 10 dólares y están arriba mija. Ven un día de visita sábado o domingo y vas a mirar cada negraco feo, abrasado con esas gringas negros y blancos también, la mayoría negros, hay de Esmeraldas ¡que bestia! lo digo yo que soy morenita, eso mijita linda.”

Para Lagarde (2003), “aun sin esperanza, las presas esperan, deslizan el presente al futuro para tolerarlo y se depositan en los otros para vivir la dependencia vital de todas”

Por esa dependencia vital, las internas buscan ligarse a otros en fusión perpetua, es el motor que las mueve a relacionarse con hombres extraños, desconocidos, “mal encarados”, quienes en la mayoría de los casos buscan sexo, diversión y/o el dinero que les envían a las extranjeras norteamericanas o europeas.

El testimonio de la anterior interna muestra indignación ante esta situación, sin embargo, juzga a sus compañeras por ser mujeres que transgreden “el deber ser”, ya que en lugar de “guardar su cuerpo”, hacen lo posible por acceder a su

derecho de tener una pareja desde adentro, pese a las regulaciones del sistema. Siguiendo a Lagarde, la actitud de reproche de Mara hacia las otras internas refleja lo bien que funciona el mandato patriarcal en el pensamiento de las mujeres, pues en soledad las vuelve por un lado sujetos de opresión y por el otro, vigilantes del cumplimiento de los designios de este poder. (Ibid)

Según refiere la anterior autora, no sólo los hombres que van de visita a la cárcel se involucran con las internas, es muy usual que el personal masculino del centro tanto técnico, administrativo, como de seguridad mantenga relaciones íntimas con ellas; situación que es considerada por funcionarios/as como símbolo de “buen trato” a las presas, según lo pude constatar en una conversación con una guía:

Guía; “el trato del compañero a las internas es un trato como cualquier persona normal, no porque están presas se les va a tratar a la patada, no mija, más sensible es uno. Los hombres con las mujeres son más sensible, incluso aquí los varones se enamoran de las internas”

Autora; “Pero eso no está bien”

Guía; “Eso no está bien, pero qué les he dicho yo a los compañeros, usted tiene que guardar las distancias, pero cuál es el problema, que ellas mismo les buscan”

Lo que manifiesta la jefa de guías demuestra claramente el sexismo que impera en el sistema penitenciario del Ecuador, pues a través de cómo piensan y actúan con respecto a las internas quienes trabajan en la institución, es posible conocer la manera en que opera el poder patriarcal en la vida cotidiana de los centros de reclusión femeninos.

Como expresa Lagarde (2003), la guía califica de bueno y humanitario el trato del personal de la cárcel del Inca a las mujeres presas, y confunde esto con el hecho de que hay compañeros varones que se enamoran de las internas. Más adelante cuando cuestiono su opinión, ella acepta que no es correcto que suceda esto, pero al mismo tiempo libera de responsabilidad a los funcionarios al sostener que ellas son las culpables por buscarlos, como si por ser hombres (debido al mito

de su sexualidad explosiva e instintiva) no pudieran decir que no a una mujer, y actuar respetuosa y profesionalmente.

La culpa desde el punto de vista de la institución es nuevamente de las internas; mientras tanto, no existe una posición clara por parte del DNRS con respecto a este tipo de situaciones que son reales al interior del sistema. Se delega su regulación a cada centro penitenciario, lo cual es también un problema ya que, por ejemplo, el Inca carece de un estatuto definido y se rige por un proyecto de reglamento que nunca fue aprobado, por lo que las normas de la cárcel son ambiguas y están sujetas al criterio particular de sus directivos. (Ibid)

2.6.12.- Riesgos físicos de la promiscuidad sexual.

Según Neuman (1998), el SIDA es algo que todo sobreviviente de asalto sexual debe tomar en cuenta. Un enfoque inteligente del problema implica que los internos no te tienen que infectarse, aunque tengan sexo regularmente tras las rejas. El problema del Sida es uno de los más cruciales aunque difícil de ser encarados por los presos sobrevivientes del asalto sexual, porque puede convertir una corta detención en una pena de muerte sin que el juez sepa jamás de ello.

El virus VIH (que según la mayoría de los científicos causa SIDA) es transmitido de sangre a sangre o de semen a sangre. La transmisión sexual generalmente ocurre de pene a vagina o a ano, del activo al pasivo, no al revés. El riesgo se incrementa al tener relaciones con hombres que han usado agujas para drogas en el pasado o que siguen haciéndolo. Sexo anal pasivo con un asador de agujas es actividad sexual del más alto riesgo y debe ser evitado siempre que sea posible. Un asalto sexual anal es probable que cause la infección, la situación más peligrosa de todas es si el ano de la mujer está sangrando, debido a que eso le da fácil a la entrada del virus a la corriente de sangre. Así que trata de usar un lubricante o grasa o crema para minimizar el daño a tus partes internas delicadas. (Ibid)

Según Neuman (1998), el sexo oral tiene un riesgo comparativamente insignificante o ninguno, a menos que se tenga un corte o una herida abierta en la boca. La saliva ataca al virus y los ácidos del estómago lo destruyen. Si se insiste en la penetración anal, para ella se deberá hacer uso del condón

- **Cuando los preservativos son innecesarios.**

Neuman (1998), refiere que en las cárceles las vejaciones sexuales son siempre silenciadas cual una fatalidad insuperable. En la Argentina los encargados de la dirección y la seguridad en las cárceles indican que la reclusión, por sí sola, no define riesgos de exposición al VIH, y que el riesgo proviene, o está determinado, por la infección que los reclusos ya traen y, en todo caso, admiten por lo bajo, la frecuencia con que efectúen prácticas “de riesgo” entre infectados y no infectados.

La primacía, en cuanto a la transmisión, según ellos, se debe al uso de jeringas y agujas por los adictos a drogas inyectables. Cuando se les pregunta sobre las situaciones sexuales, intentan minimizarlas: “No, ya no es como antes... las cosas han cambiado en el encierro”. “Desde que existen visitas conyugales no hay mas violencias sexuales”. Y cuando la pregunta es disparada con respecto al SIDA y a la posibilidad de contagio, entonces es posible advertir otras formas de escamotear la realidad: “La mayor parte de los que se contagian es siempre por drogas”. (Ibid)

Aunque resulte de inapelable dureza, habrá que decir que los directores y empleados de las cárceles saben y mucho sobre estos escabrosos problemas, pero por lo general se han decidido por no hablar sobre ello o escapar de realidades que forman parte del encierro como las rejas o los candados. Existen también quienes han optado por tolerar la situación sexual, tal vez sabiendo que algunos funcionarios la propician, pues así el penal estará más calmo y será de mas fácil manejo, y, por ende, ocasionara menor trabajo.

2.7.- Hipótesis.

2.7.1.- General

La irregularidad de las visitas conyugales íntimas conlleva a conductas de promiscuidad sexual en las internas del Centro de Rehabilitación Social Ambato. Durante el periodo Junio 2009 a Mayo 2010.

2.7.2.- Específicas

- Las internas del pabellón de mujeres han tenido durante el lapso de seis meses al menos ocho parejas distintas con las cuales han mantenido relaciones sexuales.
- Las conductas de promiscuidad sexual en el pabellón de mujeres obedecen a un 60%.
- El principal elemento psicosexual que buscan las internas detrás de las conductas de promiscuidad sexual es la necesidad de compañía y afecto.
- La promiscuidad sexual constante refuerza la inestabilidad emocional de las internas.

2.8.- Señalamiento de Variables.

2.8.1.- Variable Independiente

La irregularidad de visitas conyugales íntimas

2.8.2.- Variable Dependiente

Conductas de promiscuidad sexual

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ENFOQUE

Se investigó con un enfoque predominantemente *cualitativo*, debido a que el estudio de las conductas promiscuas en el contexto carcelario, son variables cualitativas sujetas al análisis de sus características y relaciones; variables no cuantificables matemáticamente.

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se cumplió en las modalidades de *campo* y *bibliográfica*.

De *campo*, siendo el objeto de estudio identificado en el Centro de Rehabilitación Social Ambato, lugar en donde se desarrollan las conductas promiscuas, que permitieron al investigador recoger información a partir de testimonios vivenciados por las internas mediante las entrevistas psicológicas.

Bibliográfica, en cuanto se tuvo como propósito profundizar teóricamente fundamentos del contexto carcelario, utilizando fuentes bibliográficas tales como: libros, publicaciones, páginas electrónicas y estudios científicos, que permitieron relacionar criterios e ideas del pensamiento del autor.

De esta forma la investigación es *mixta* debido a que en ella se asocian las dos modalidades, de campo y bibliográfica.

3.3. NIVELES O TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Se partió de un *nivel exploratorio*, al reconocer que las conductas de promiscuidad sexual constituyen una de las variables de la investigación, en cuanto es una realidad cuestionada dentro de su contexto particular; por tal razón la exploración del objeto estudiado permite aproximarse, lo más posible a su realidad, de manera que pueda profundizarse teóricamente.

De esta manera la exploración integra sus variables acercándose a un *nivel descriptivo* en donde se relaciona sistemáticamente con los objetivos.

Finalmente la investigación llegó a un *nivel de asociación* entre variables y al análisis de la vinculación que existe entre ellas; sin llegar a una causalidad lineal que implicaría un grado superior de investigación.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 Población y Muestra

La presente investigación se realizó en el Centro de Rehabilitación Social Ambato de la Provincia de Tungurahua.

Previa encuesta exploratoria, se estableció que de 45 internas del Pabellón de Mujeres, 36 mantenían conductas promiscuas con otros internos dentro del Centro de Rehabilitación; los mismos que constituyen la población para investigar. Por tanto no hubo necesidad de aplicar muestreo.

3.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VI: La irregularidad de las visitas conyugales íntimas

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TECNICAS_ INSTRUMENTOS
La irregularidad de las vistas conyugales se conceptualiza como una actividad no regular u ocasional en donde la población interna casada o unida tiene dificultad por su periodicidad de mantener un vínculo conyugal y su canalización adecuada de los impulsos sexuales de la pareja	<ul style="list-style-type: none"> - Una visita conyugal íntima al mes. - Una visita conyugal a los tres meses. - Una o dos visitas conyugales íntimas a los 6 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe un contacto sexual y sentimental de la interna con su pareja. - El contacto íntimo de la interna con su pareja es más distante, lo cual precede al abandono. - El contacto sexual obedece a ciertas festividades sin que haya un compromiso sentimental más que el desahogo sexual de la interna 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuanto tiempo lleva privada de su libertad - Usted ha realizado el trámite solicitando las visitas íntimas conyugales. - A tenido dificultad al realizar los trámites de las visitas conyugales íntimas - Tenía antes una pareja estable - Que busca detrás de la relación sexual -Cuál es su sentimiento después del coito sexual. - Como se siente ante la irregularidad de la 	<p><i>1.- Técnicas:</i></p> <p>Entrevistas dirigidas a las internas</p> <p>Encuesta dirigida a las internas</p> <p><i>2.- Instrumentos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario Estructurado <p>Test Psicológico</p>

			<p>visita conyugal</p> <ul style="list-style-type: none">- Si ha tenido pareja cual es el sentimiento que guarda por el- Cuando fue su última visita conyugal-Cuál es su sentimiento o reacción cuando accede a la visita íntima conyugal.- Como se siente cuando sus compañeras reciben visita conyugal.- Ha tenido relaciones estables dentro de la cárcel.	
--	--	--	---	--

VD: Conductas de Promiscuidad sexual

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TECNICAS_ INSTRUMENTOS
<p>Las conductas de promiscuidad sexual se conceptúan como;</p> <p>A la persona que mantiene relaciones sexuales con otras varias, en donde el placer es la fuente primordial de satisfacción.</p>	<p>La promiscuidad sexual se dimensiona según su objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda de placer sin que de por medio exista la recompensa económica. - Búsqueda de un valor económico en donde no necesariamente se encuentre el placer. - Búsqueda de placer que involucre también un valor económico 	<ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda del otro por medio del acto sexual para satisfacer necesidad de seguridad y afecto. - Uso del cuerpo y del placer para adquirir del otro una recompensa económica, sin que necesariamente la urgencia sea emocional. - El deseo de satisfacción sexual es constante mismo que se vuelve un medio para obtener un valor económico. 	<p>¿Tiene relaciones sexuales con internos dentro del CRSA?</p> <p>¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido Usted en relación de seis meses?</p> <p>¿Qué busca detrás de la relación sexual?</p> <p>¿Cuál es su sentimiento después del coito sexual?</p> <p>¿Usted tiene alguna recompensa económica después del acto sexual?</p> <p>¿Piensa que solo tiene relaciones por que le representa una forma de ganarse la vida?</p>	<p><i>1.- Técnicas:</i></p> <p>Entrevistas dirigidas a las internas</p> <p>Encuesta dirigida a las internas</p> <p><i>2.- Instrumentos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario Estructurado - Test Psicológico

3.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se utilizó principalmente la entrevista como una técnica que permitió obtener información acerca de las conductas de promiscuidad sexual de las internas.

También se aplicó:

- Encuesta exploratoria dirigida a las internas del pabellón de mujeres (anexo I) con la finalidad de detectar la población de internas que poseen conductas de promiscuidad sexual.
- La historia Clínica Psicológica (anexo II), misma que sirvió para la exploración de la historia biosicosocial de la interna y la relación con las conductas promiscuas sexuales; esta historia clínica permitió recopilar valiosa información en cuanto a: Datos de identificación, motivo de consulta, estado psicológico al momento de la entrevista, delito actual, psicoanamnesis personal, normal y patológica, historia familiar normal y detallada, vida social y laboral, adaptación intracarcelaria, visitas íntimas carcelarias, psicosexualidad detallada de la interna, exámenes de funciones psíquicas, diagnóstico de identidad clínica, pronóstico, y firma de responsabilidad.
- La encuesta (anexo III), dirigida a las internas del pabellón de mujeres, para detectar si la irregularidad de visitas íntimas influye en conductas de promiscuidad sexual.
- Test Psicológico para medir el grado de ansiedad sexual de las internas lo cual permite establecer un diagnóstico de promiscuidad.

3.7.- PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información recogida se transformó mediante los siguientes procedimientos:

- 1) Revisión crítica de la información recogida, mediante una limpieza de información defectuosa: incompleta, contradictoria, no pertinente entre otras fallas
- 2) Repetición de la recopilación, cuando así lo ameritaba, para corregir fallas.
- 3) Tabulación según las variables de cada hipótesis
- 4) Elaboración de cuadros estadísticos
- 5) Presentación gráfica de la información
- 6) Análisis e interpretación de resultados
- 7) Verificación de hipótesis

ENCUESTA EXPLORATORIA DIRIGIA A LAS 45 INTERNAS DEL PABELLÓN DE MUJERES DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL AMBATO PARA DETECTAR CONDUCTAS DE PROMISCUIDAD SEXUAL

1. Internas del pabellón de mujeres que mantienen de forma irregular visitas intimas conyugales con sus parejas,
 - Si: 27
 - No: 18
2. Internas que mantienen prácticas sexuales con otros internos (no esposo) dentro del Centro de Rehabilitación Social Ambato
 - Si: 36

- No: 9

3. Número de parejas con las cuales las internas del pabellón de mujeres han mantenido relaciones sexuales (internos y guías) del Centro de Rehabilitación en un tiempo de seis meses

- Tres a cinco parejas; (19)
- Seis a Ocho; (13)
- Nueve o más (4)

ENCUESTAS DIRIGIDAS A LAS 36 INTERNAS DEL PABELLÓN DE MUJERES, PARA DETECTAR CONDUCTAS DE PROMISCUIDAD SEXUAL VINCULADAS A LA IIREGULARIDAD DE LA VISITA INTIMA CONYUGAL.

1.- Cuanto tiempo lleva privada de su libertad

- 8 días hasta 5 años (10)
- 5 años un mes a 8 años (14)
- 8 años un mes a 12 años (8)
- 12 años un mes a 16 años (4)
- 16 años un mes a 25 años 0

2. Ha realizado el trámite correspondiente solicitando las visitas intimas conyugales.

- Si (28)
- No (8)

3.- Ha tenido dificultad al realizar los trámites de las visitas conyugales íntimas

- Si (31)
- No (5)

4.- Ha que piensa que se debe la dificultad para realizar los trámites de la visita íntima conyugal.

No es casada y es requisito indispensable para la visita (15)

Le piden una serie de requisitos que no puede cumplir (5)

Pierden sus papeles, o no hay ligereza en sus trámites (13)

Su pareja no le colabora con el pedido de la vista íntima (3)

Su pareja le abandono (0)

5.- Si accede a la visita íntima conyugal cada cuanto la tiene.

Una visita conyugal íntima al mes. (6)

Una visita conyugal a los tres meses. (16)

Una o dos visitas conyugales íntimas a los 6 meses (14)

6.- Cual es el sentimiento predominante que tiene después de que accede a la visita íntima conyugal con su pareja.

Satisfecha sexualmente (8)

Se siente acompañada y amada (9)

Las dos anteriores (18)

7.- Cree que la visita íntima conyugal con su pareja es suficiente para satisfacer sus necesidades emocionales y sexuales

Si (5)

No (31)

8.- Ha tenido relaciones sexuales con algún interno del Centro de Rehabilitación Social.

Si (36)

No (0)

9.- ¿Qué busca detrás de aquellas relaciones sexuales?

Satisfacerse sexualmente (6)

Compañía y seguridad (10)

Las dos anteriores (17)

Olvidar a su pareja (3)

10. ¿Cuál es su opinión al tener varias parejas sexuales?

No me molesta, lo disfruto (19)

Busca estabilidad pero no la encuentra y recurre constantemente a nuevas relaciones sexuales (15)

Ninguna (2)

11.- ¿Usted tiene alguna recompensa económica después del acto sexual?

Si (5)

No (31)

12.- ¿Tiene control ginecológico?

Si (2)

No (34)

13.- Al ser sexualmente activa se cuida mediante anticonceptivos?

Si (11)

No (25)

TABULACIÓN DEL TEST DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL PARA MUJERES, TOMADO A LAS 36 INTERNAS DEL PABELLÓN DE MUJERES DEL CRSA.

Este es un cuestionario sobre la actividad sexual entendida como relación coital, masturbación o fantasía sexual. Marcar con una X lo que creas que corresponde a tu situación, solo una respuesta por ítem.

1.- Comparada con las relaciones que te brindaban más placer, ¿Cuán placentera es tu vida sexual actualmente?

Puntos

- A. Sin placer (6)
- 1B. Poco placentera (17)
- 2C. Algo placentera (8)
- 3D. Bastante placentera (5)
- 4E. Muy placentera (0)

II.- ¿Cuán frecuentemente te involucras en actividades sexuales (coito, masturbación, fantasías)?

A. Nunca

- 1B Raramente (una vez al mes o menos) (10)
- 2C. A veces (más de una vez al mes, hasta dos veces a la semana) (11)
- 3D. Frecuentemente (más de dos a la semana) (15)
- 4E Todos los días 5

III.- ¿Cuán frecuentemente tienes deseo de mantener alguna actividad sexual?

Puntos

- A. Nunca
- 1B Raramente (una vez al mes o menos)
- 2C. A veces (más de una vez al mes, hasta dos veces a la semana) (12)

3D. Frecuentemente (más de dos a la semana) (20)

4E Todos los días 5 (4)

IV.- ¿Cuán frecuentemente tienes pensamientos sobre el sexo?

Puntos

A. Nunca

1B Raramente (una vez al mes o menos)

2C. A veces (más de una vez al mes, hasta dos veces a la semana) (15)

3D. Frecuentemente (más de dos a la semana) (18)

4E Todos los días 5 (3)

V.- ¿Disfrutas de libros, películas, videos, obras de arte o música de contenido sexual?

Puntos

A. Nunca

1B Raramente (una vez al mes o menos) (10)

2C. A veces (más de una vez al mes, hasta dos veces a la semana) (14)

3D. Frecuentemente (más de dos a la semana) (8)

4E. Siempre 5 (4)

VI.- ¿Cuánto placer obtienes de pensar o fantasear en el sexo?

Puntos

A. Nada

1B. Poco

2C. Algo (8)

3D. Mucho (25)

4E. Enorme 5 (3)

VII.- ¿Con qué frecuencia te excitas sexualmente?

Puntos

A. Nunca

1B Raramente (una vez al mes o menos)

2C. A veces (más de una vez al mes, hasta dos veces a la semana) (12)

3D. Frecuentemente (más de dos a la semana) (22)

4E. Todos los días 5 (2)

VIII.- ¿Te excitas con facilidad?

Puntos

A. Nunca

1B Raramente (menos de la mitad de las veces)

2C. A veces (más de una vez al mes, hasta dos veces a la semana) (12)

3D. Con frecuencia (más de la mitad de las veces) (22)

4E. Siempre 5 (2)

IX.- ¿Tienes adecuada lubricación vaginal durante la actividad sexual

Puntos

A. Nunca

1B Raramente (menos de la mitad de las veces)

2C. A veces (cerca de la mitad de las veces) (3)

3D. Con frecuencia (más de la mitad de las veces) (25)

4E. Siempre 5 (8)

X.- En las relaciones sexuales, ¿Tienes dolor antes o durante la penetración vaginal?

Puntos

A. Siempre

- 1B Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- 2C. A veces (cerca de la mitad de las veces)
- 3D.Raramente (menos de la mitad de las veces) (3)
- 4E. Nunca 5 (33)

XI.- ¿Con qué frecuencia te excitas y luego te desconcentras y pierdes interés

Puntos

A. Siempre

- 1B Frecuentemente (más de la mitad de las veces) (3)
- 2C. A veces (cerca de la mitad de las veces) (23)
- 3D.Raramente (menos de la mitad de las veces) (10)
- 4E. Nunca

XII.- ¿Con qué frecuencia llegas al orgasmo?

Puntos

A. Nunca (8)

- 1B Raramente (menos de la mitad de las veces) (18)
- 2C. A veces (cerca de la mitad de las veces) (10)
- 3D. Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- 4E. Siempre 5

XIII.- ¿Eres capaz de tener un orgasmo cuando lo deseas?

Puntos

A. Nunca

- 1B Raramente (menos de la mitad de las veces) (8)
- 2C. A veces (cerca de la mitad de las veces) (15)
- 3D. Frecuentemente (más de la mitad de las veces) (7)
- 4E. Siempre 5 (6)

XIV.- ¿Cuánto placer obtienes de tus orgasmos

| Puntos

A. Ningún placer (3)

| 1B. Poco placer (13)

2C. Algo de placer (18)

3D. Mucho placer (2)

4E. Enorme placer

|

CAPITULO IV

4.1.- ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Algunos cuadros estadísticos han sufrido ajustes de datos, por cuanto se han encontrado celdas con valores mínimos (cero, uno o dos).

Por el análisis se identifican y describen los principales resultados en función de los objetivos. Por la interpretación se asigna un significado científico a los resultados, a la luz del marco teórico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS ENCUESTAS EXPLORATORIAS TOMADAS A LAS 45 INTERNAS DEL PABELLÓN DE MUJERES PARA DETECTAR CONDUCTAS DE PROMISCUIDAD SEXUAL.

4.1.1.- Internas del pabellón de mujeres que mantienen de forma irregular visitas conyugales íntimas (VCI) con sus parejas.

Cuadro 1

Pregunta ¿Tiene visitas íntimas conyugales con su pareja?

Opción	Nº de Internas	Porcentaje
Si	27	60%
No	18	40%
Total	45	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

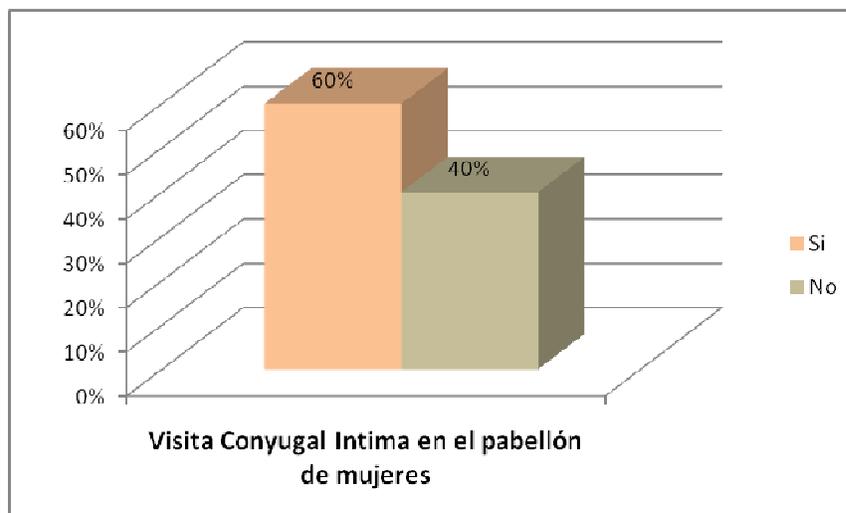


Gráfico 1. Visita Conyugal Intima en el pabellón de mujeres (2009-2010)

Analisis: Del 100%, el 60% que corresponde a 27 internas refieren que sí tienen visitas conyugales íntimas, mientras que el 40% que corresponde a 18 internas no tienen dichas visitas.

Interpretación: Mediante los datos obtenidos se puede observar que la mayoría de internas mantiene visitas conyugales íntimas.

4.1.2.- Frecuencia de la visita íntima conyugal.

Cuadro 2

Pregunta: ¿Cada cuanto puede Usted acceder a la visita íntima conyugal?

Opción	Nº de Internas	Porcentaje
Una visita conyugal íntima al mes.	6	13%
Una visita conyugal íntima a los tres meses.	16	36%
Una o dos visitas conyugales íntimas a los 6 meses.	5	11%
Ninguna	18	40%
TOTAL	45	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

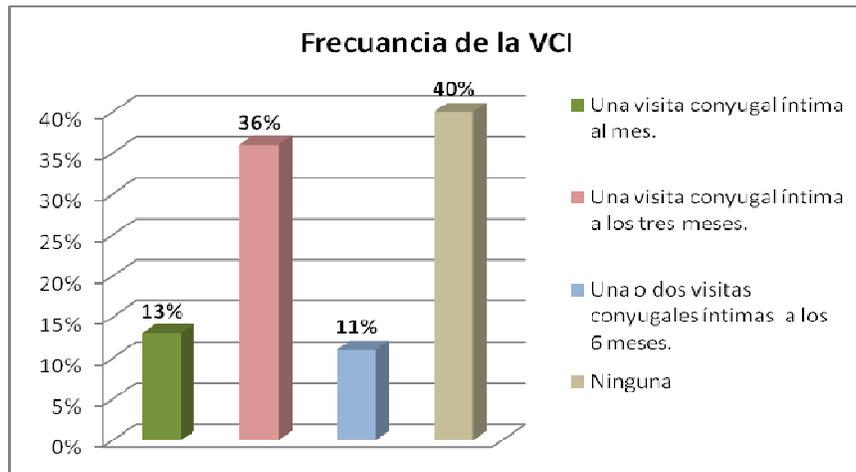


Grafico2 : Frecuencia de la VCI del pabellon de mujeres (2009-2010)

Análisis: Del 100%, el 40% que corresponde a 18 internas no tienen ninguna visita conyugal íntima, mientras que el 36% que corresponde a 16 internas tiene una visita conyugal a los tres meses, el 13% que corresponde a 6 internas tiene una visita íntima al mes, mientras que el 11% que corresponde a 5 internas tienen una o dos visitas a los 6 meses.

Interpretación: Se puede observar que predomina el porcentaje de internas que tienen una visita conyugal a los tres meses, lo cual indica que posiblemente sus necesidades emocionales y sexuales no se encuentran totalmente satisfechas por la irregularidad del tiempo.

4.1.3.- Internas que mantienen prácticas sexuales con otros internos (no esposo) dentro del Centro de Rehabilitación Social Ambato (CRSA)

Cuadro 3

Pregunta: ¿Ha tenido relaciones sexuales con otros internos que no sea su esposo dentro del Centro de Rehabilitación Social?

Opción	Nº de Internos	Porcentaje
Si	36	80%
No	9	20%
Total	45	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

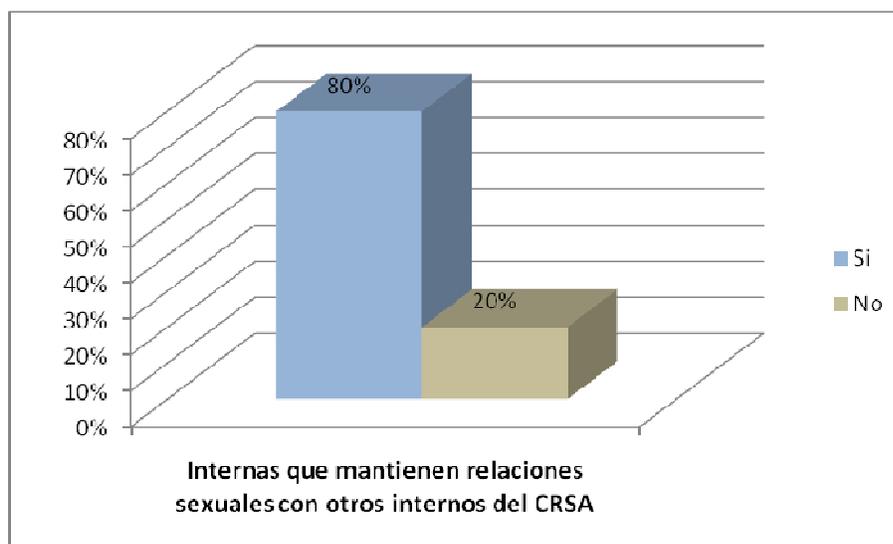


Grafico 3: Internas que mantienen relaciones sexuales con otros internos dentro del CRSA

Análisis: Del 100%, el 80% que corresponde a 36 internas refieren que si han tenido relaciones sexuales con otros internos (no esposo) dentro del CRSA, mientras que el 20% que corresponde a 9 internas no han tenido relaciones sexuales con otros internos.

Interpretación: Mediante los datos obtenidos se puede valorar que el mayor porcentaje de internas tienen relaciones sexuales con otros internos (no esposo) dentro del CRSA, aun cuando en los anteriores gráficos se puede observar que muchas de ellas se encuentran dentro del grupo de quienes acceden a la VCI con su pareja, la dificultad estaría en la irregularidad de las mismas, lo cual indica que las necesidades emocionales y sexuales de las internas no se están satisfaciendo, a la vez que quienes no tienen visita conyugal íntima se sumarían a este porcentaje.

4.1.4.- Justificación del 20% de internas que refieren no tener VCI

Cuadro 4

Pregunta: Si Usted respondió no a la anterior pregunta, justifique su razón principal por la cual no ha mantenido relaciones sexuales con otros internos dentro del CRSA.

Opción	Nº de Internas	Porcentaje
Soy fiel a mi esposo	5	55%
Soy de mediana edad	4	45%
No me interesa tener relaciones con otros internos	0	0%
Total	9	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

Análisis: Del 100%, el 55% que corresponde a 5 internas respondieron que el motivo por el cual no tienen relaciones sexuales con otros internos dentro del CRSA es porque son fieles a sus esposos, mientras que el 45% que corresponde a 4 internas refieren que son de mediana edad.

Interpretación: Las internas que no mantienen relaciones sexuales con otros internos dentro del CRSA, son fieles a sus esposos, lo que indica que posiblemente la visita conyugal íntima si representa para ellas una oportunidad para afianzar lazos emocionales y sexuales.

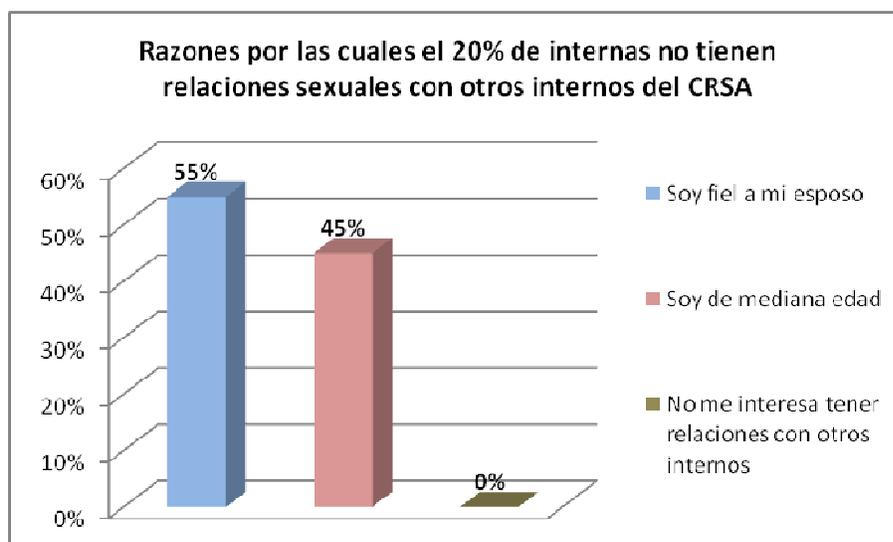


Grafico 4: Razones del 20% de internas por las cuales no tienen relaciones sexuales con otros internos del CRSA. (junio 2009 a mayo 2010)

4.1.5.- Número de parejas sexuales con los cuales las internas han mantenido relaciones sexuales dentro del Centro de Rehabilitación en un tiempo de seis meses.

Cuadro 5.

Pregunta: ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido dentro del Centro de Rehabilitación social (internos) durante el tiempo de seis meses?

Opción	Nº de Internas	Porcentaje
Tres a cinco parejas	19	53 %
Seis a ocho	13	36 %
Nueve o más	4	11 %
Total	36	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

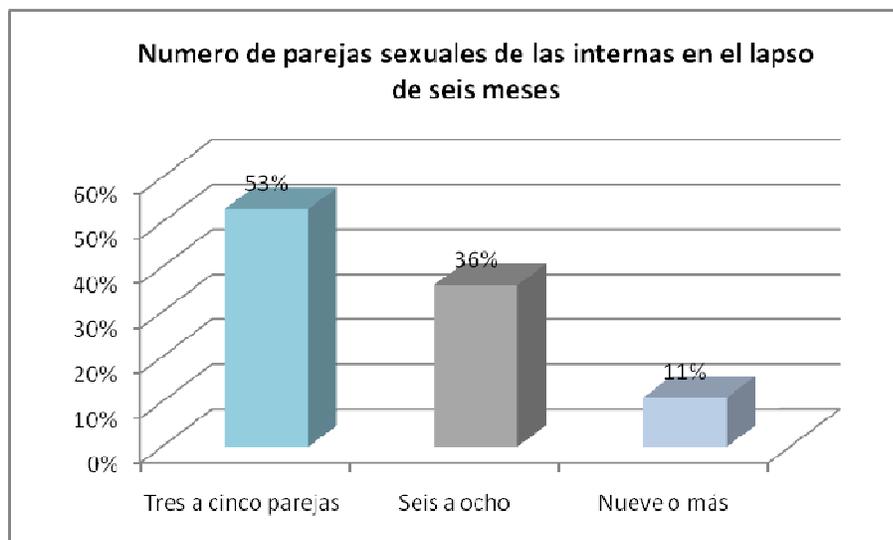


Gráfico 5: Número de parejas de las internas del CRSA- en 6 meses (junio 2009 a mayo 2010)

Análisis: Del 100%, el 53% que corresponde a 19 internas refieren que han tenido relaciones sexuales con 3 a 5 parejas durante el transcurso de 6 meses, seguido por el 36% que corresponde a 3 internas que han tenido de 6 a 8 parejas, mientras que el 11% que corresponde a 4 internas han tenido 9 o más parejas durante el mismo periodo de tiempo.

Interpretación: Se puede observar que el mayor porcentaje de internas refieren un número de 3 a 5 parejas sexuales en el transcurso de 6 meses, lo cual indica una característica de promiscuidad sexual debido a la inestabilidad de parejas, mientras que el menor porcentaje al tener de 9 a más parejas sexuales indica características más severas de promiscuidad.

ANALISIS DE LAS ENCUESTAS DIRIGIDAS A LAS 36 INTERNAS DEL PABELLÓN DE MUJERES, PARA DETECTAR LA RELACIÓN SISTEMÁTICA ENTRE LA IRREGULARIDAD DE LA VISITA INTIMA CONYUGAL CON CONDUCTAS DE PROMISCUIDAD SEXUAL.

4.1.6.- Tiempo de privación de la libertad.

Cuadro 6

Pregunta ¿Cuánto tiempo lleva privada de su libertad?

Opción	Nº de Internos	Porcentaje
8 días hasta 5 años	10	28%
5 años un mes a 8 años	14	39%
8 años un mes a 12 años	8	22%
12 años un mes a 16 años	4	11%
TOTAL	36	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

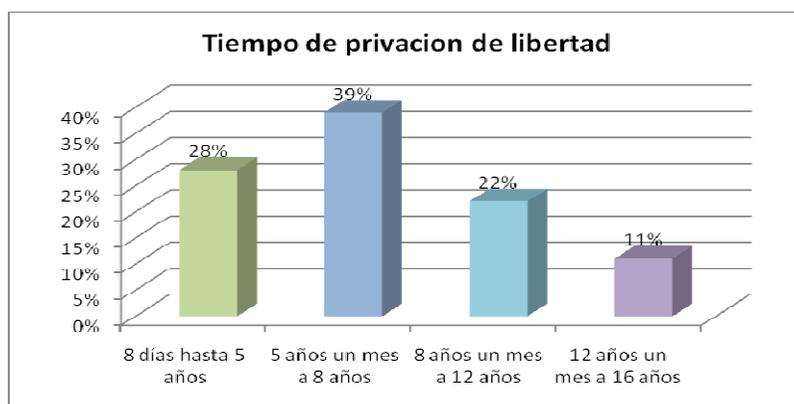


Gráfico 6: Tiempo de privación de libertad (junio 2009 a mayo 2010)

Análisis: Del 100%, el 39% que corresponde a 14 internas están privadas de su libertad de 5 años 1 mes a 8 años, seguido por el 28% que corresponde a 10 internas que se encuentran privadas de su libertad de 8 días a 5 años, mientras que el 22% que corresponde a 8 internas están privadas de su libertad de 8 años 1 mes a 12 años.

Interpretación: El mayor porcentaje de internas están privadas de su libertad de 5 años 1 mes a 8 años, lo que constituye un tiempo considerable para una adaptación al contexto carcelario, en donde las necesidades sexuales y emocionales pueden verse claramente afectadas, y la posibilidad de nuevas prácticas sexuales reaparecen como una nueva solución

4.1.7.- Internas que han realizado los trámites para la visita íntima conyugal

Cuadro 7

¿Ha realizado el trámite correspondiente solicitando las visitas íntimas conyugales?

Opción	N° de Internas	Porcentaje
Si	30	84%
No	6	16%
Total	36	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

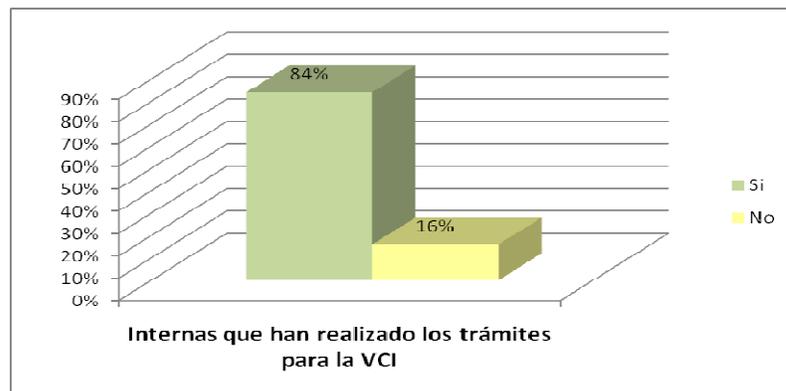


Gráfico 7: Trámites para la visita íntima conyugal (junio 2009 a mayo 2010)

Análisis: Del 100%, el 85% que corresponde a 30 internas si han realizado los trámites para las VCI, seguido por el 16% que corresponde a 6 internas que no han realizado los trámites.

Interpretación: El mayor porcentaje de internas si han realizado los trámites pertinentes para la visita íntima conyugal, mismas que por la relación entre gráficas se encuentran en el grupo de internas que si reciben la visita.

4.1.8.-Dificultad en el trámite de la visita íntima conyugal

Cuadro 8

Pregunta: ¿Ha tenido dificultad en realizar el trámite de la visita íntima conyugal?

Opción	Nº de Internas	Porcentaje
Si	30	84%
No	6	16%
Total	36	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

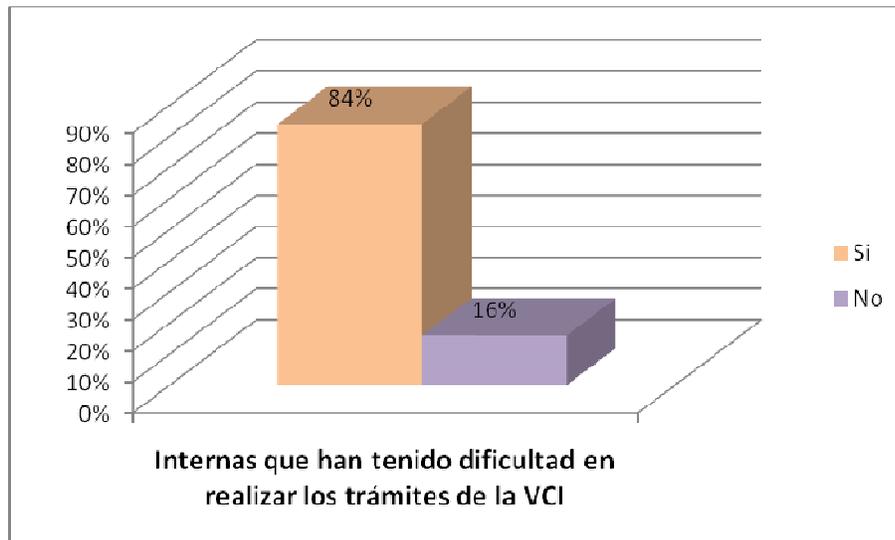


Gráfico 8: Dificultad en los trámites para la VCI (junio 2009 a mayo 2010)

Análisis: Del 100%, el 84% que corresponde a 30 internas si han tenido dificultades para realizar los trámites para la VCI, mientras que el 16% que corresponde a 6 internas refieren que no han tenido dificultad.

Interpretación: La mayoría de internas refieren que han tenido dificultad para realizar los trámites de la visita, situación que para un centro que pretende la rehabilitación integral no debería existir, puesto que las internas tienen derecho a que se respeten sus derechos sexuales.

4.1.9.- Origen de la dificultad en el trámite para pedir la visita íntima conyugal.

Cuadro 9

Pregunta: ¿Ha que piensa que se debe la dificultad para realizar los trámites de la visita íntima conyugal?

Opción	Nº de internas	Porcentaje
No es casada y es requisito indispensable para la visita	15	42%
Le piden una serie de requisitos que no puede cumplir	5	13%
Pierden sus papeles, o no hay ligereza en sus trámites	7	21%
Su pareja no le colabora con el pedido de la vista intima.	3	8%
No tiene pareja	6	16%
TOTAL	36	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

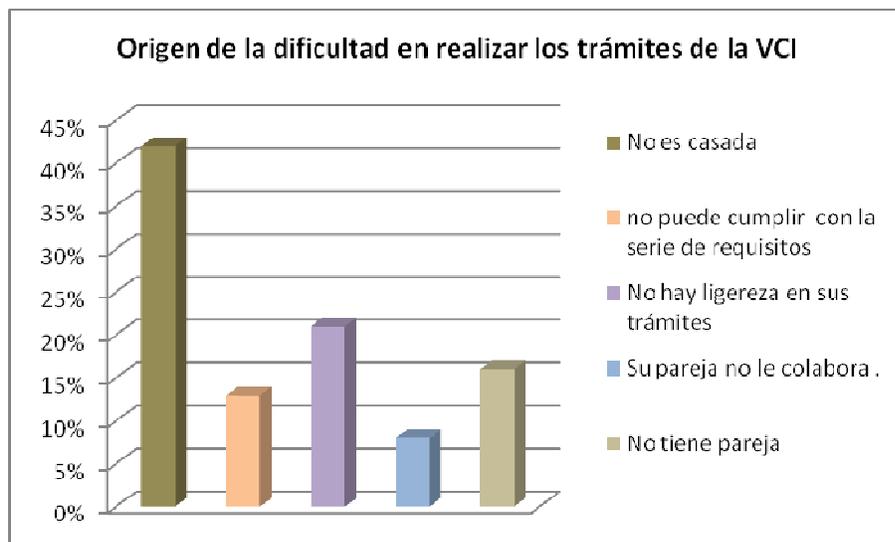


Grafico 9: Origen de la dificultad en realizar los trámites de la VCI (junio 2009 a mayo 2010)

Análisis: Del 100%, el 42% que corresponde a 15 internas manifiestan que la dificultad que encuentran en los trámites de la VCI es que no están casadas, seguido por el 21% que corresponde a 7 internas refieren que las autoridades pierden sus papeles o no existe ligereza en sus trámites, el 16% que corresponde a 6 internas refieren que no tienen pareja.

Interpretación: La mayor dificultad que encuentran las internas al momento de realizar los trámites de la VCI es que no son casadas, bien en libertad han convivido en unión libre o tienen novio, situación que para los requisitos de la VCI es muy importante por toda la complejidad que representa la visita íntima, otro porcentaje de internas refieren que las autoridades pierden sus papeles o no hay ligereza en los trámites, lo cual indica que no existe organización para conceder las visitas tan importantes para las internas

4.1.10.- Sentimiento predominante de la interna después de la visita íntima conyugal

Cuadro 10

Pregunta: ¿Cuál es el sentimiento predominante que tiene después de acceder a la visita íntima conyugal con su pareja?

Opción	Nº de Internas	Porcentaje
Satisfecha sexualmente	9	30%
Se siente acompañada y amada.	3	10%
Las dos anteriores	18	60%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

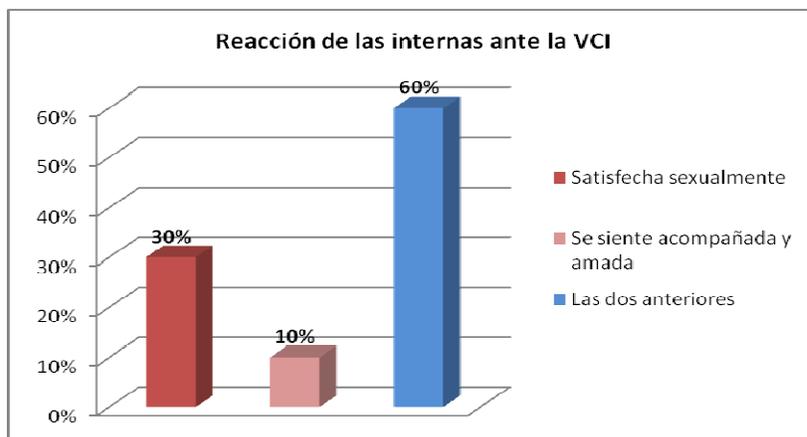


Gráfico 10: Reacción emocional de las internas ante la VCI (junio 2009 a mayo 2010)

Análisis: Del 100%, el 60% que corresponde a 18 internas refieren que el sentimiento predominante después de acceder a la VCI es de satisfacción sexual a la vez que se sienten acompañadas y amadas, mientras que el 30% que corresponde a 9 internas sienten predominantemente satisfacción sexual, y solo el 10% que corresponde a 3 internas refieren sentirse acompañadas después de la visita íntima.

Interpretación: Se puede observar que el mayor porcentaje de internas tienen una respuesta de satisfacción sexual a la vez que emocionalmente se sienten acompañadas y amadas, respuesta muy esperada debido a que en la organización psíquica de la mujer no solo se encuentra el significado sexual, sino que es este el canal principal que le permite obtener amor y seguridad.

4.1.11.- Visita íntima conyugal

Cuadro 11

Pregunta: ¿Cree que la visita íntima conyugal con su pareja es suficiente para satisfacer sus necesidades emocionales y sexuales?

Opción	Nº de Internas	Porcentaje
Si	3	10%
No	27	90%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

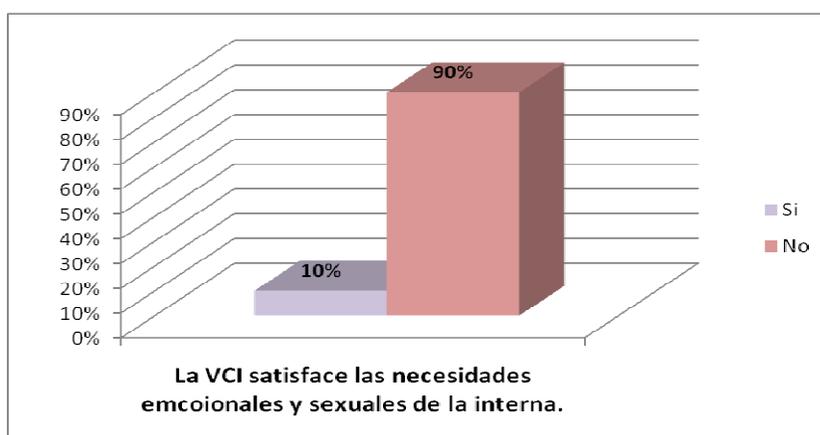


Grafico 11: satisfacción de necesidades emocionales y sexuales de la interna (junio 2009 a mayo 2010)

Análisis: Del 100%, el 90% que corresponde a 27 internas manifiestan que no cree que la frecuencia de la VCI sea suficiente para satisfacer sus necesidades sexuales y emocionales, mientras que el 10% que corresponde a 3 internas manifiestan lo contrario.

Interpretación: La frecuencia con la que se desarrolla la VCI no es suficiente para calmar las necesidades sexuales de las internas, debido a que por las condiciones en como estas se desarrollan, la lejanía de la pareja, y los cambios psicosociales son factores que llegan a deteriorar la relación entre la pareja, por lo cual se ve claramente que las internas se encuentran en constante necesidad psicosexual.

4.1.12.- Objetivo de las relaciones heterosexuales con internos dentro del CRSA

Cuadro 12

Pregunta: ¿Qué busca objetivamente detrás de aquellas relaciones sexuales?

Opción	Nº de Internas	Porcentaje
Satisfacerse sexualmente	6	16%
Compañía y seguridad	10	28%
Las dos anteriores	17	47%
Olvidar a su pareja	3	8%
TOTAL	36	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

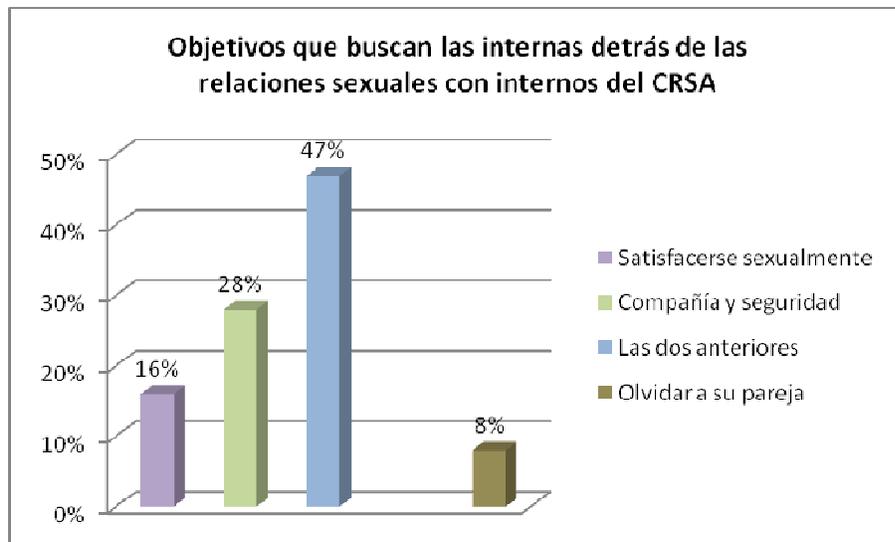


Gráfico 12: Objetivos de las relaciones sexuales dentro del CRSA (junio 2009 a mayo del 2010)

Análisis: Del 100%, el 47% que corresponde a 17 internas refieren que lo que buscan objetivamente de una relación sexual con internos del CRSA, es la satisfacción sexual y la compañía y seguridad, el 28% que corresponde a 10

internas buscan compañía y seguridad, mientras el 16% que corresponden a 6 internas buscan predominantemente satisfacerse sexualmente.

Interpretación: De lo anterior se puede interpretar que el mayor porcentaje de internas lo que buscan detrás de las relaciones sexuales con internos del CRSA, además de la satisfacción sexual, es la oportunidad de sentirse acompañadas, seguras y en cierto modo queridas, todo el componente emocional que involucra el compartir la intimidad, se deduce que la promiscuidad no solo involucra una entrega del cuerpo sino también de sentimientos y afectos.

4.1 13.- Opinión al tener varias parejas sexuales

Cuadro 13

Pregunta: ¿Qué piensa al tener varias parejas sexuales?

Opción	Nº de Internas	Porcentaje
¡No me molesta, lo disfruto!	18	50%
¡Al no encontrar estabilidad recurro constantemente a nuevas relaciones sexuales!	13	36%
Ninguna opinión	5	14%
TOTAL	36	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

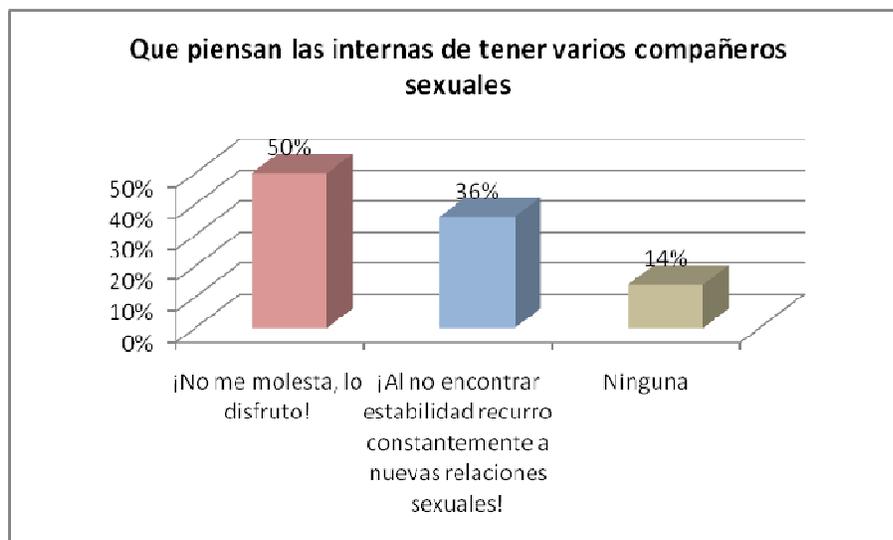


Gráfico 13: Esquema mental de las internas al tener varias parejas sexuales. (Junio 2009 a mayo del 2010)

Análisis: Del 100%, el 50% que corresponde a 18 internas no le molesta tener varias parejas sexuales, seguido por el 36% que corresponden a 13 internas que refieren que al no encontrar estabilidad con la pareja recurren constantemente a nuevas relaciones sexuales, y el 14% que corresponde a 5 internas no tienen ninguna opinión.

Interpretación: La mayoría de internas no les molesta tener varias parejas sexuales lo que indica que disfrutan del tipo de relaciones que establecen con otros internos, sin embargo habría que valorar hasta qué punto esta reacción no conlleva a un grado de afectación a mediano o largo plazo en su área emocional, sin embargo se encuentra también el porcentaje de internas que aceptan que al no encontrar una pareja estable la fantasía les lleva a vincularse en nuevas relaciones, de esta manera se puede observar como la promiscuidad es evidente por su respuesta emotiva.

4.1.14.- Remuneración económica del acto sexual

Cuadro 14

Pregunta: ¿Usted tiene alguna recompensa económica después del acto sexual?

Opción	Nº de Internas	Porcentaje
Si	5	14%
No	31	86%
TOTAL	36	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

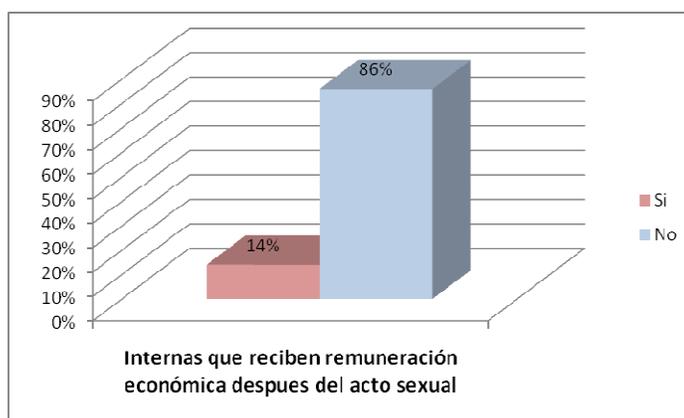


Gráfico 14: Remuneración económica (junio del 2009 a mayo del 2010)

Análisis: Del 100 %, el 86% que corresponde a 31 internas manifiestan que no reciben ninguna remuneración económica, mientras que el 14% de internas mencionan que sí.

Interpretación: La mayoría de internas no reciben una remuneración económica, lo cual indica que la promiscuidad sexual no desencadena aún en conductas de prostitución, sin embargo con un porcentaje menor se encuentran las internas que además del placer pueden obtener una remuneración económica vinculándose a la prostitución.

4.1.15.- Control ginecológico

Cuadro 15

Pregunta: ¿Tiene control ginecológico?

Opción	Nº de Internas	Porcentaje
Si	7	19%
No	29	81%
TOTAL	36	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

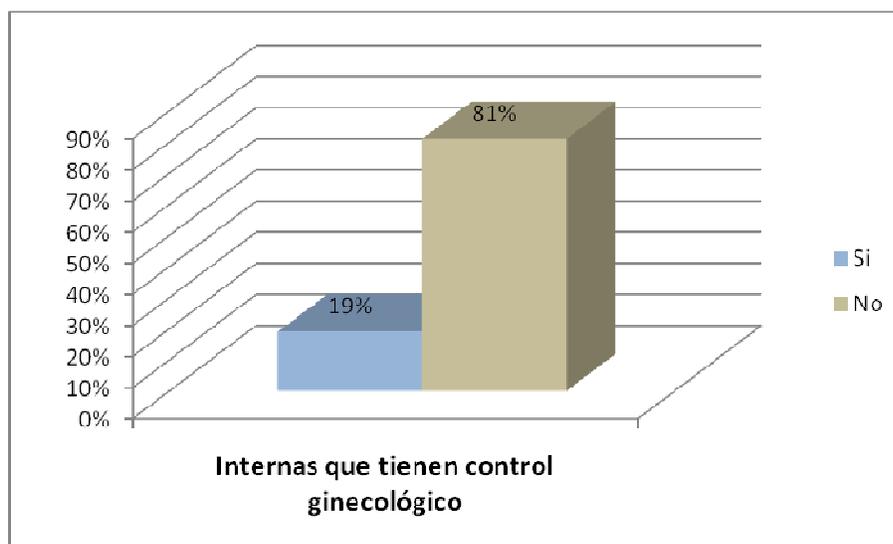


Gráfico15: Control ginecológico (junio 2009 a mayo del 2010)

Análisis: Del 100%, el 81% que representa 29 internas no tienen control ginecológico, mientras que el 19% que corresponde a 7 internas si tienen control ginecológico.

Interpretación: En realidad el mayor porcentaje de internas no tiene un control ginecológico lo cual incrementa el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual o VIH- sida, más aun cuando la problemática es la promiscuidad sexual.

4.1.16.- Utilización de anticonceptivos

Cuadro 16

Pregunta: ¿Al ser sexualmente activa utiliza anticonceptivos?

Opción	Nº de Internos	Porcentaje
Si	11	31%
No	25	69%
TOTAL	36	100%

Fuente: Encuesta a internas del pabellón de mujeres periodo junio 2009 a mayo 2010

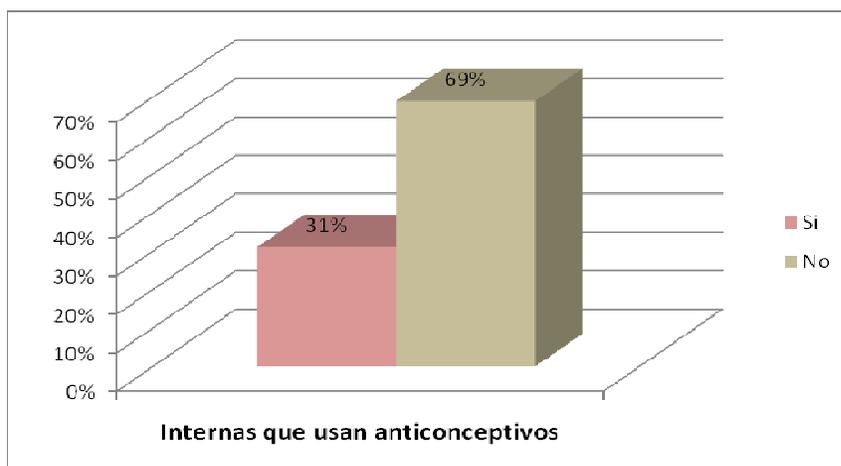


Gráfico 16: Uso de anticonceptivos por las internas (junio 2009 a mayo 2010)

Análisis: Del 100%, el 69% que corresponde a 25 internas refieren que no usan anticonceptivos, mientras que el 31% que corresponde a 11 internas si usan anticonceptivos.

Interpretación; De lo anterior se puede estimar que el mayor porcentaje de internas, aún al ser sexualmente activas no tienen una debida protección que prevenga ITS o embarazos no deseados, lo cual incrementa el riesgo de contagio hacia otros internos (as), sin imaginar el destino de los embarazos.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS CARACTERISTICAS PREDOMINANTES DETECTADOS EN EL TEST DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL PARA MUJERES APLICADO A LAS 36 INTERNAS DEL PABELLON DE MUJERES DEL CRSA.

Coloca a la izquierda el puntaje correspondiente:

Placer (ítem I)

Deseo- frecuencia (ítem II-III)

Deseo-interés (ítem IV-V-VI)

Excitación-lubricación (ítem VII-VIII-IX-X-XI)

Orgasmo (ítem XII-XIII-XIV)

Puntaje total (ítems I AL XIV)

Si obtienes un puntaje por debajo de la tasa de corte (los números que están en negrilla en alguna de las escalas indicará que puedes estar padeciendo alguna disfunción sexual: Puntaje total para el cuestionario: **42** (rango de 14 a 70) Placer sexual: **4** (rango de 1 a 5) Deseo sexual-frecuencia: **6** (rango de 2 a 10) Deseo sexual-interés: **9** (rango de 3 a 15)

Excitación-lubricación: **12** (rango de 5 a 25) Orgasmo: **11** (rango de 3 a 15)

- **Rango de Placer:** Poco Placentera (1b), lo cual indica un placer deficiente
- **Deseo Sexual-** frecuencia: ítem II y III: Frecuentemente (más de dos veces a la semana) lo cual indica un un deseo sexual elevado
- **Deseo-interés** (ítem IV-V-VI): Frecuencia, a Veces (más de una vez al mes, hasta dos veces a la semana), tienden a la fantasía sexual constante.
- **Excitación-lubricación** (ítem VII-VIII-IX-X-XI), existe un predominio en el resultado de frecuentemente, lo cual tienen un rango dentro de lo normal
- **Orgasmo** (ítem XII-XIII-XIV), existe una dificultad por parte de las internas en lo que se refiere a frecuencia, calidad, para lograr tener un orgasmo.

CONCLUSIÓN: De acuerdo a los datos obtenidos se observa que las internas a comparación de lo que fue su vida sexual en libertad, mencionan poco placer en las actuales relaciones sexuales, lo cual indica inconformidad y dificultad de

adaptación por las condiciones carcelarias, sin embargo mantienen un deseo e interés sexual frecuentemente elevado lo cual indica una ansiedad sexual por las condiciones de abstinencia. De la misma manera no existe dificultad de excitación lo cual facilita la penetración, pero sí la consecución del orgasmo, que puede surgir por factores emocionales de tensión.

De acuerdo a lo mencionado se concluye que el deseo e interés sexual se encuentra elevado, posiblemente exacerbado por las condiciones de abstinencia que involucra la privación de la libertad y la irregularidad del contacto sexual con la pareja. Se determina que fisiológicamente la sexualidad de las internas es sana, sin embargo factores emocionales tales como inseguridad al compartir la intimidad, tensión o condiciones de estrés por el medio que las rodea puede afectar el área afectiva de la sexualidad, lo que incrementa *la inestabilidad emocional de las internas.*

4.2.- VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

4.2.1. PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS

MODELO LÓGICO

a) **HIPOTESIS NULA (H_0):** “La irregularidad de las visitas conyugales íntimas **NO** conlleva a conductas de promiscuidad sexual en las internas del Pabellón de Mujeres del Centro de Rehabilitación Social Ambato. Durante el periodo Junio 2009 a Mayo 2010.”

b) **HIPOTESIS ALTERNA (H_1):** “La irregularidad de las visitas conyugales íntimas **SI** conlleva a conductas de promiscuidad sexual en las internas del Pabellón de Mujeres del Centro de Rehabilitación Social Ambato. Durante el periodo Junio 2009 a Mayo 2010.”

MODELO MATEMATICO

$H_0 = H_1$

$H_0 \neq H_1$

- **NIVEL DE SIGNIFICACIÓN**

Para la comprobación de la hipótesis se escoge un nivel de significación del 5%.

- **SELECCIÓN DEL ESTADÍSTICO**

La existencia de de varias alternativas, conllevan a elaborar una tabla de contingencia, seleccionando el Chi-cuadrado, para la comprobación de la hipótesis:

$$X^2 = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e}$$

4.2.2.- REGION DE ACEPTACIÓN Y RECHAZO

Para determinar la región de aceptación y rechazo, se calcula los grados de libertad, y se determina el valor del Chi-cuadrado en la tabla estadística.

Regla de decisión

Se acepta la hipótesis nula si el valor de chi-cuadrado a calcularse es igual o menor a 12,5916 caso contrario se acepta la hipótesis alterna o de investigación

$$g.l. = (F - 1)*(C - 1)$$

$$g.l. = 6*1$$

$$g.l. = 6$$

$$g.l. \text{ Equivalente a: } 12.5916$$

4.2.3.- CÁLCULO ESTADÍSTICO

TABLA N° 1
FRECUECIAS OBSERVADAS

ALTERNATIVAS PREGUNTAS	SI	NO	TOTAL
¿Ha realizado el trámite correspondiente solicitando las visitas íntimas conyugales?	28	8	36
¿Ha tenido dificultad al realizar los trámites de las visitas conyugales íntimas?	31	5	36
¿Cree que la visita íntima conyugal con su pareja es suficiente para satisfacer sus necesidades emocionales y sexuales?	5	31	36
¿Ha tenido relaciones sexuales con algún interno del Centro de Rehabilitación Social?	36	0	36
¿Usted tiene alguna recompensa económica después del acto sexual?	5	31	36
¿Tiene control ginecológico?	2	34	36
¿Al ser sexualmente activa se cuida mediante anticonceptivos?	11	25	36
TOTAL	118	134	252

Fuente: Encuesta aplicada a las Internas (junio 2009 a mayo 2010)

Autor: Alex Ayala Pasquel

TABLA N° 2
FRECUENCIAS ESPERADAS

ALTERNATIVAS PREGUNTAS	SI	NO	TOTAL
¿Ha realizado el trámite correspondiente solicitando las visitas íntimas conyugales?	16.8571	19.1429	36.0000
¿Ha tenido dificultad al realizar los trámites de las visitas conyugales íntimas?	16.8571	19.1429	36.0000
¿Cree que la visita íntima conyugal con su pareja es suficiente para satisfacer sus necesidades emocionales y sexuales?	16.8571	19.1429	36.0000
¿Ha tenido relaciones sexuales con algún interno del Centro de Rehabilitación Social?	16.8571	19.1429	36.0000
¿Usted tiene alguna recompensa económica después del acto sexual?	16.8571	19.1429	36.0000
¿Tiene control ginecológico?	16.8571	19.1429	36.0000
¿Al ser sexualmente activa se cuida mediante anticonceptivos?	16.8571	19.1429	36.0000
TOTAL	118	134	252

Fuente: Encuesta aplicada a las Internas (junio 2009 a mayo 2010)
Autor: Alex Ayala Pasquel

TABLA N° 3
CALCULO DEL XI – CUADRADO

O	E	O – E	(O - E)²	(O - E)² /E
28	16.8571	11.1428571	124.16	7.37
8	19.1429	-11.1428571	124.16	6.49
31	16.8571	14.1428571	200.02	11.87
5	19.1429	-14.1428571	200.02	10.45
5	16.8571	-11.8571429	140.59	8.34
31	19.1429	11.8571429	140.59	7.34
36	16.8571	19.1428571	366.45	21.74

0	19.1429	-19.1428571	366.45	19.14
5	16.8571	-11.8571429	140.59	8.34
31	19.1429	11.8571429	140.59	7.34
2	16.8571	-14.8571429	220.73	13.09
34	19.1429	14.8571429	220.73	11.53
11	16.8571	-5.85714286	34.31	2.04
25	19.1429	5.85714286	34.31	1.79
				136.87

Fuente: Encuesta aplicada a las Internas (junio 2009 a mayo 2010)
Autor: Alex Javier Ayala Pasquel

4.2.4.-DESICIÓN

Para un contraste bilateral, el valor del Chi-cuadrado con 6 grados de libertad es de 12.5916 y el valor calculado es 136.87; por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, determinando que: “La irregularidad de las visitas conyugales íntimas SI conlleva a conductas de promiscuidad sexual en las internas del Centro de Rehabilitación Social Ambato

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- Conclusiones

- Un bajo porcentaje de internas mantienen la visita conyugal íntima, cuya frecuencia se estima 1 vez a los 3 meses, lo cual indica que sus necesidades emocionales y sexuales no se encuentran totalmente satisfechas, debido a las condiciones en como estas se desarrollan, la lejanía de la pareja, y los cambios psicosociales que son factores que llegan a deteriorar la relación entre la interna y su pareja.
- Muchas de las internas solicitan las visitas conyugales íntimas sin embargo existen una serie de dificultades que impiden que esta se realice por medios razonables, realidad que demuestra un programa de rehabilitación deficiente puesto que no se respeta los derechos sexuales de las internas. Esta dificultad se expresa en cuanto no se autoriza para ella la unión libre o relación de noviazgo, además de la ineficiencia para autorizar la visita debido a la pérdida de los documentos de las internas.
- Las internas mantienen contactos sexuales con otros internos (no esposo) dentro del CRSA, aun cuando muchas de ellas acceden a la VCI con su pareja, una de las principales razones radica en la irregularidad de las mismas y las condiciones en las que estas se desarrollan, de esta manera se incrementa el deseo de compañía, seguridad y afecto, encontrándose en el

acto sexual una forma de canalizar las apetencias sexuales y satisfacer las necesidades emocionales.

- Las internas mantienen de 3 a 5 parejas sexuales en el transcurso de 6 meses, lo cual indica características de promiscuidad sexual debido a la inestabilidad continua de parejas estos contactos buscan predominantemente hallar satisfacción sexual, la oportunidad de sentirse acompañadas, seguras y en cierto modo queridas, todo el componente emocional que involucra el compartir la intimidad.
- La promiscuidad sexual es una respuesta emotiva desfigurada que busca constantemente un sostenimiento afectivo en donde involucrar el cuerpo sexual erógeno es un medio para la obtención de estas seguridades misma que permite calmar las angustias emocionales
- Las respuestas emotivas de las internas ante las conductas de promiscuidad sexual es en cierta manera de indiferencia lo cual se interpreta como una respuesta inmediata a las presiones emocionales y sexuales, sin embargo también aceptan la realidad de que utilizan el contacto sexual con otros internos para buscar varias parejas sexuales en la fantasía de que por medio de ellas encuentren estabilidad y un sujeto que las ame y pueda hacerse cargo de ellas.
- Las internas que mantienen constantes encuentros sexuales con internos del CRSA no reciben la adecuada atención ginecológica y muchas desconocen la forma de acceso a los anticonceptivos, circunstancias que indican irresponsabilidad por quienes se encuentran a cargo de la salud, los

cual incrementa el riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual y el VIH- sida.

5.2.- Recomendaciones

- Las internas que mantienen una pareja fuera de reclusión merecen que se autorice la visita conyugal íntima, como un derecho importante del cual no se puede prescindir, de la misma manera su frecuencia debe ser mas periódica, las condiciones deben mejorar en cuanto se respete la privacidad y los derechos humanos, de la misma manera el departamento psicológico debe evaluar los impactos emocionales que de esta se deriven.
- Se debe valorar la oportunidad de que internas reciban como visita íntima a sus parejas que no necesariamente sean esposos, se recomienda que la valoración que se tenga dependa en un primer lugar del grado de responsabilidad y consciencia que tenga la interna de su propia sexualidad, y de los afectos que experimente con su pareja, no se puede infantilizar a las internas en el escojitamiento de su pareja menos aun en la forma como tienen que expresar sus afectos y deseos
- De la forma como se proceda a autorizar las visitas conyugales íntimas como un derecho de las mujeres internas, dependerá la respuesta emotiva y conductual de la mismas, si sus necesidades emocionales y sexuales se satisfacen con su pareja a la cual conoce y sabe que esperar, no habrá la necesidad de recurrir a otros hombres que satisfagan ciegamente aquellas necesidades, de la misma manera para quienes no tiene pareja estable fuera del Centro se recomienda que el departamento de psicología valore sus necesidades psicosexuales para que las internas puedan hacer una elección de pareja de forma responsable y racional.

- Se recomienda la aplicación de una terapia cognitiva misma que se enfoque en la identificación de los pensamientos automáticos, su evaluación y reacción para buscar soluciones a la medida que estos pensamientos sean reales, esta terapia debe ser grupal para que las experiencias emocionales sean socializadas y contenidas por medios terapéuticos.
- El departamento médico deberá conocer el informe final del presente estudio para que realice una planificación en cuanto se atienda con prontitud a las internas que mantienen contactos sexuales frecuentes de manera que se dé la prevención de embarazos no deseados, enfermedades infectocontagiosas y el VIH- sida.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

De acuerdo con el enfoque crítico-propositivo, la presente investigación culmina con una propuesta de solución al problema estudiado.

6.1.- Datos informativos.

Título de la Propuesta: Aplicación de la terapia cognitiva grupal de Beck para disminuir la incidencia de conductas de promiscuidad sexual en las internas del pabellón de mujeres del Centro de Rehabilitación Social Ambato.

Institución: Centro de Rehabilitación Social

Espacio: Capilla del CRSA

Tiempo: Durante cuatro meses: 3 días a la semana, 45 minutos por día.

Unidades de observación: Internas del pabellón de mujeres, con la intervención del departamento salud, departamento de tratamiento psicológico y el personal de seguridad.

6.2. Antecedentes y Justificaciones

- Mediante las conclusiones del capítulo V se obtienen los antecedentes de la propuesta de solución al problema investigado; misma que busca urgentemente plantear una estrategia

psicoterapéutica; recurriendo a técnicas cognitivas, que permitan detectar pensamientos automáticos contenidos en las internas para así disminuir la frecuencia e impacto de la conducta de promiscuidad sexual, estimulando además la participación grupal, el constante aprendizaje y los beneficios de la psicoterapia.

- Esta terapia se centra en la problemática actual del paciente, destinado a resolver problemas actuales para modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales, la terapia cognitiva ha sido escogida debido a que según su precursor Beck (1964) es muy apropiada para trabajar con internos dentro del contexto carcelario de manera que también se utiliza en grupos.

- La terapia cognitiva se enfocaría en las conductas de promiscuidad sexual de las internas debido a que la sexualidad parte del esquema mental (creencias) mismo que deriva una serie de emociones y así determina un tipo de conducta, la relación sistemática para identificar esta triada se estimaría de la siguiente manera; *un pensamiento* que parte de la necesidad sexual: ¡las visitas sexuales no me satisfacen porque son irregulares!, *el sentimiento* ¡me siento sola, triste y frustrada sexualmente!, *la conducta disfuncional* ¡voy en búsqueda de un encuentro sexual!

6.3.- Objetivos.

6.3.1.- General

Proponer la terapia cognitiva grupal de Beck para disminuir la incidencia de conductas de promiscuidad sexual en las internas del pabellón de mujeres.

6.3.2 Específicos

- Plantear al Departamento Psicológico el uso de la terapia cognitiva como un modelo de psicoterapia que permite determinar la percepción y la estructura de las experiencias del individuo en el mantenimiento de los sentimientos y conductas promiscuas sexualmente.
- Definir una estructura terapéutica de sesiones cognitivas grupales mismas que consten de objetivos, plan de acción, y resultados.
- Evaluar periódicamente el impacto de la terapia cognitiva grupal en las respuestas psicosexuales de las internas, para registrar niveles de disminución de conductas de promiscuidad sexual.

6.4. Fundamentación Científica y Técnica.

6.4.1.- Antecedentes

Según Wikipedia, (2009), el enfoque cognitivo considera que dentro del proceso cognitivo pueden localizarse explicaciones sobre la conducta basadas en la propia cognición. Desde el enfoque cognitivo-conductual (muy especialmente el conductual) la explicación de la conducta sólo puede sustentarse en el medio y no en conceptos intrapsíquicos (dentro de la mente). Se mantienen por tantos distintos axiomas de partida. Como referencia a esta explicación puede consultarse a Rocío Fernández Ballesteros, si bien ciertamente no todos los autores hacen este tipo de distinciones, ya que resulta complejo discernir lo cognitivo y lo conductual cuando ambos pueden estar realizando técnicas similares pero desde distintos enfoques teóricos. Además, la práctica clínica suele presentar

muchas semejanzas con independencia del enfoque teórico de partida, dada una realidad social común.

La terapia cognitiva, como aplicación de la psicología cognitiva, mantiene una concepción psicológica centrada en los procesos mentales (como el razonamiento, memoria y atención) y desde un punto de vista intrapsíquico (entendiendo que existe algo dentro de la mente comparable de unas personas a otras). Por ejemplo, ha sido fructífero en la creación de test/cuestionarios en este sentido, con múltiples aplicaciones de diversa índole.

6.4.2.-Principales conceptos teóricos

Según el libro Terapia Cognitiva de Beck (2000) los principios teóricos se basan en tres estructuras:

a). *Estructura de significado y psicopatología*

La terapia cognitiva (C.T) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979). Equivalen también a las Creencias según la concepción de A. Ellis (1989 y 1990).

Con todos estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma idiosincrática nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes.

Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

b). *Cognición*

Se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no. En el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar (Beck, 1981):

b.1. un sistema cognitivo maduro-Hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos que podemos denominar como racionales y de resolución de problemas a base de contratación de hipótesis o verificación.

b.2. un sistema cognitivo primitivo-Hace referencia a lo anteriormente expuesto bajo el epígrafe de Supuestos personales. Esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos. Esta forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los "procesos primarios" y a la de Piaget de "Egocentrismo" y primeras etapas del desarrollo cognitivo.

c). *Distorsión cognitiva y pensamientos automáticos:*

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos. Beck (1967 y 1979) identifica en la depresión no psicótica los siguientes:

-Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.

-Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.

-Sobregeneralización: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.

-Maximización y minimización: Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.

-Personalización: Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.

-Pensamiento dicotómico o polarización: Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectadas en distintos estados emocionales alterados (p.e Mckay, 1981).

Lo esencial es destacar que aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados. Sólo la organización cognitiva es idiosincrática y personal a cada individuo, aunque pueden encontrarse semejanzas en sus distorsiones y Supuestos personales.

Según el libro *Terapia Cognitiva* de Beck (2000), los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los Supuestos

personales. Las características generales de los pensamientos automáticos son (Mckay, 1981):

- 1.-Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
- 2.-Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
- 3.-Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
- 4.-Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
- 5.-Suelen conllevar una VISIÓN DE TÚNEL: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos:
 - A. Los individuos ansiosos se preocupan anticipadamente
 - B. Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.
 - C. La gente crónicamente irritada se centra en la inaceptable conducta.

Una representación del modelo podría postularse de la siguiente manera:

- Factores biológicos
- Historia de aprendizaje y estructura de significados
- Sistema Primitivo (Supuestos personales)
- Sistema evolucionado o maduro
- Eventos actuales activadores de la estructura de significado
 - Distorsiones cognitivas
 - Círculos viciosos interactivos
 - Pensamiento-Afecto-Conducta

6.4.3.- Conceptualización de los problemas

Según el libro Terapia Cognitiva de Beck (2000), los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Beck, 1981). Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: (1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas; (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; y (3) el material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

- 1.-El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas. Estos datos se suelen obtener a partir de preguntas del siguiente estilo: "¿Cómo interpretaste la situación en que te sentiste mal?", "¿Qué significó para ti el que sucediera x?"
- 2.-Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos. Tipos comunes (p.e "creer que debe tener apoyo permanente para afrontar las situaciones", "aplicar el rechazo a situaciones personales", etc.); (2) En función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva (p.e. "sobregeneralización", "polarización", etc.); y (3) En función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones.
- 3.-Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en Significados personales o Esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo a la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica.

En resumen (Beck, 1979), el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadores-pensamientos- afectos-conductas implicadas como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los Supuestos Personales subyacentes, haciendo esto último en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes (p.e empleados en palabras "clave" o expresiones del paciente), como defiende el paciente una creencia y de momentos asintomáticos o "felices" del paciente (donde se suele confirmar el reverso del Supuesto Personal).

6.4.4.- La terapia cognitiva

Según el libro Terapia Cognitiva de Beck (2000), la terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la T.C. "terapia a corto plazo" consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían VULNERABLE al sujeto.

- **Principios de la terapia.**

Según el libro Terapia Cognitiva de Beck (2000), los principios de la terapia son:

- *Principio 1.* La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas en términos cognitivos, y los enmarca en tres tiempos, al comienzo identifica su pensamiento, luego su sentimiento y por último su conducta

-*Principio 2.* La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica

-*Principio 3.* La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa entre el terapeuta y el paciente lo cual deciden juntos cosas como los temas que trabajan en cada sesión, la

frecuencia de los encuentros y las tareas que debe realizar entre sesión

-Principio 4. La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problema

-Principio 5. La terapia cognitiva utiliza principalmente el método socrático

-Principio 6. La terapia cognitiva es estructurada y directiva

-Principio 7. La terapia cognitiva se basa en un modelo educativo

Los principios anteriores tienen su puesta en práctica en distintos aspectos como:

- **La relación terapéutica.**

Según Beck (2000), el terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas.

El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar él como el paciente parece vivir sus estados emocionales y su visión de su situación), la aceptación del cliente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia). (Beck, 1979).

Un punto importante es que lo que sucede en la relación entre terapeuta y paciente es entendido como reflejo del intercambio cognitivo entre ambos. Así los fenómenos de "Resistencia", "Transferencia" y "Contratransferencia" serían resultado de las distorsiones cognitivas y supuestos personales y de otros factores (p.e falta de acuerdo sobre las metas de la terapia, imposibilidad de proveer racionalidad en el tipo de cuestionamiento, etc.) (Beck, 1979).

- ***Estrategias de tratamiento:***

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.

Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa una área problema seleccionada.

- ***Técnicas de tratamiento:***

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

C.1. Finalidad de las técnicas cognitivas: Facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su validez.

C.2. Finalidad de las técnicas conductuales: Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

Conviene señalar que la T. C en principio, es "eclectica" en cuanto a las técnicas empleadas. Lo relevante es revisar y contrastar la validez, a modo de hipótesis, de las distorsiones y supuestos personales, EL PROCESO que conlleva tal revisión.

A continuación presento algunas técnicas empleadas con frecuencia en la C.T. según el libro Terapia Cognitiva de Beck (2000).

- **Técnicas cognitivas:**

1.-Detección de pensamientos automáticos: Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autoregistros como tarea entre sesiones.

2.-Clasificación de las distorsiones cognitivas: A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

3.-Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos: Puede hacerse de diferentes maneras: (1) A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis. (2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba. (3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente. (4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

4.-Concretizar las hipótesis: Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

5.-Reatribución: El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa.

Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

1.-Descentramiento: El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros (p.e diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

2.-Descatastrofización: El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

3.-Uso de imágenes: El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

4.-Manejo de supuestos personales: Uso de preguntas:

- Preguntar si la asunción le parece razonable, productiva o de ayuda.
- Preguntar por la evidencia para mantenerla.
- Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción.
- Diseñar un experimento para comprobar la validez de la sunción.

A continuación se presentan algunos ejemplos del MÉTODO DE LAS PREGUNTAS, en algunas de las técnicas cognitivas:

1.-COMPRESIÓN DE SIGNIFICADOS ASOCIADOS A LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

- "¿Qué quiere decir con...?"

- "¿Por qué razón piensa o cree eso?"

- "¿Por qué es tan importante eso que piensa para Ud.?"

2.-CUESTIONAMIENTO DE EVIDENCIAS:

- "¿Qué pruebas tiene para creer eso?"

3.-REATRIBUCIÓN:

- "¿Pueden haber otras causas que expliquen ese suceso?"

- "¿Ha pensado usted en la posibilidad de que influyera..?"

4.-EXAMEN DE OPCIONES ALTERNATIVAS DE INTERPRETACIÓN:

- "¿Puede haber explicaciones distintas para ese suceso, otras formas de verlo?"

- "¿Son posibles otras interpretaciones?"

- "¿Qué otras cosas pensó ante ese suceso?. Veamos las evidencias para cada interpretación y sus consecuencias."

5.- EXAMEN DE CONSECUENCIAS ANTICIPADAS:

- "¿A qué le lleva pensar eso?"

- "¿Le es de alguna utilidad?"

6.- COMPROBAR LOS EFECTOS:

- "Si ocurriera lo que teme, ¿sería tan horrible?"

- "¿Se podría hacer algo si ocurriese?"

7.- EXAMEN DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS:

- "¿Qué ventajas tiene mantener ese pensamiento, y qué desventajas?"

8.- ESCALAR UN PROBLEMA:

- "¿Podríamos acercarnos gradualmente a ese problema?"

- Hacer jerarquías

6.5. Metodología

Para iniciar la terapia cognitiva es necesario identificar sus principales lineamientos básicos mismos que se enfocan en la reducción de la incidencia de las conductas de promiscuidad sexual.

Según el libro Terapia Cognitiva de Beck (2000) las fases son:

- **FASE INICIAL.**
 1. Familiarizar al paciente con el modelo cognitivo
 2. En la fase inicial del tratamiento, el terapeuta tiene un rol más activo que el paciente
 3. Generar una lista de problemas
 4. Desarrollar y someter a prueba la conceptualización del caso
 5. Desarrollar un plan de tratamiento
 6. Enseñar al paciente a identificar pensamientos automáticos
 7. Producir reacciones en el paciente hacia las diversas técnicas.

- **FASE INTERMEDIA**
 8. Utilizar pensamientos automáticos para ayudar a identificar las creencias del paciente (suposiciones subyacentes)
 9. Ayudar al paciente a dominar habilidades cognoscitivas para enfrentarse a situaciones

10. Explorar el desarrollo de las suposiciones subyacentes.

● **FASE FINAL**

11. Dar al paciente mayor responsabilidad del tratamiento

12. Examinar las creencias y sentimientos del paciente acerca de dejar el tratamiento

13. Revisar metas obtenidas

14. Preparar la terminación y enfocarse en cómo prevenir recaídas

15. Hacer arreglos para sesiones de refuerzo o llamadas telefónicas de seguimiento.

Una vez identificados los principales lineamientos de la terapia cognitiva se propone adaptar los mismos a la terapia grupal dirigida a las internas del CRSA que presentan conductas de promiscuidad sexual.

Para ello se iniciara con dos pasos:

1.- Revisión analítica de la evaluación psicológica realizada a las 36 internas, cuyos resultados se encuentran en la presente investigación, (Historias Clínicas psicológicas, encuestas, y test del funcionamiento sexual para mujeres)

2.- Mediante la evaluación se identificarán dos grupos, (uno de 16 internas, y el segundo de 17 internas), la división tiene el objetivo de realizar una intervención terapéutica personalizada en donde cada integrante tenga su momento de expresarse y compartir, además se quiere

lograr que cada grupo sea homogéneo por sus participantes, es decir que el grupo compartan experiencias similares de vida, esquemas mentales similares, necesidades sexuales y por lo tanto la ansiedad sexual también sea similar.

Para que el grupo se pueda convertir en una comunidad permanente se tomará en cuenta algunos lineamientos de la comunidad terapéutica que se aplica en el pabellón de varones, misma que permite organizar la estructura terapéutica en donde se aplicará diversas técnicas cognitivas para modificar en fase final las conductas de promiscuidad sexual de las internas.

Esta comunidad terapéutica observada en el pabellón N° 1 del CRSA (2008), sigue algunos lineamientos mismos que se describen a continuación.

1.- PREPARACIÓN: *El terapeuta, se reunirá con el grupo 30 minutos antes para planificar los puntos que se van a tratar, tomar la asistencia, delegar funciones para la reunión matutina o aclarar algunos puntos importantes de la reunión anterior, etc.*

Cabe indicar que las reuniones se realizan dos veces a la semana, la duración de las actividades es de 120 minutos

2.- Se establece una **FILOSOFÍA** del grupo, organizado por las internas “estamos aquí porque” misma que guarda correspondencia con sus experiencias de vida, con lo que quieren lograr (su compromiso de cambio), las metas y el aprendizaje que desean obtener de la comunidad terapéutica.

Ejemplo:

¡Estamos aquí pese a toda la adversidad que hemos vivido, queremos una oportunidad para cambiar por nosotras, por nuestros hijos, familia y sociedad!

Nota: Esta filosofía se repite varias veces textualmente durante el día de la reunión misma que cambiará cada mes. El objetivo de la filosofía es introducir resonancias cognitivas en las internas que ayuden a modificar sus esquemas mentales.

3.- ANUNCIOS. La persona que está a cargo de este ítem tiene que anunciar las necesidades, preocupaciones, asuntos pendientes que presenta el grupo

Ejemplo:

¡Se necesita más sillas porque el grupo terapéutico está creciendo y se necesita comodidad para un mejor aprendizaje!

4.-PULL UP. En este momento existe una confrontación grupal hacia un miembro del grupo que tal vez no acata las normas y disposiciones que se encuentra dentro del reglamento establecido por el grupo o cuando existe alguna falta disciplinaria, peleas, insultos, robos, etc. Esta intervención tiene el objetivo de que las internas expresen sus desacuerdos o malestares de una manera crítica constructiva, sin hacer daño para permitir el aprendizaje.

Ejemplo:

Cuando en una celda dos internas miembros del grupo se agredieron física y verbalmente.

En el momento del Pull up se les ubica a las internas en dos sillas cada miembro del grupo se sienta frente a ella y con respeto le comunica en lo que ha fallado, la interna que cometió la falta se compromete al cambio utilizando la frase ¡Estoy dispuesta a!.....

5.- AFIRMACIÓN. Es el momento positivo, ayuda a calmar la ansiedad, se anotan las afirmaciones en una pizarra. Estas afirmaciones tendrán el objetivo de descubrir los elementos positivos de las internas, cualidades que permiten afianzar su autoconcepto y establecer una mejor correlación entre el pensamiento y sentimiento. Estas pueden ser

- Felicitaciones
- Afirmaciones de conductas positivas
- Motivaciones
- Agradecimientos

6.- TEMA DEL DÍA.- Es el momento más importante de la reunión terapéutica, es aquí en donde el terapeuta trabajara con las técnicas cognitivas para fortalecer pensamientos reales-positivos encontrar la relación con los sentimientos de las internas y así impulsar el cambio de conductas promiscuas, para ello intervienen las internas investigando y profundizando algunos puntos que establezca el terapeuta.

Para ello se utilizaran las siguientes técnicas cognitivas, y a partir del tema del día por ejemplo “La importancia de mi cuerpo” se identificara y vigilará lo siguiente:

a) Pensamientos automáticos, para ello se utilizara las siguientes técnicas

1. Interrogatorio directo

2. Imaginación
3. Rollk-playing
4. Determinar cambios de estados de ánimo durante la sesión terapéutica.
5. Registro del Pensamiento Disfuncional.

b) Identificar suposiciones subyacentes

6. Determinar el significado de una situación, la técnica de "flecha descendente"
7. Buscar los temas

c) Someter a prueba y desafiar los pensamientos automáticos

8. Ayudar a la interna a evaluar de manera racional las creencias
9. Enseñarle a la interna a nombrar la distorsión.
10. Registro del Pensamiento Disfuncional
11. Ventajas versus desventajas.
12. Preguntarle acerca de otra persona
13. Redefinir (hacer concreto lo abstracto)
14. Exageración y sentido del humor
15. Imaginación.

Estas técnicas se desarrollan periódicamente en cada sesión grupal terapéutica, lo que se trata es que la interna se adapte al grupo, adaptación que requiere tiempo y estrategia, para ello las intervenciones cognitivas se

realizarán en los momentos donde se identifiquen el pensamiento automático.

7.- NOTICIAS.- Las noticias son los sucesos que han pasado durante el día, estos pueden ser locales, nacionales e internacionales. Este momento sirve para que las internas se informen y cambien o adquieran hábitos culturales e informativos y no sientan apatía hacia lo que está ocurriendo en la sociedad, pueden opinar los demás miembros del grupo sobre la noticia.

8.- RITUALES DE LEVANTAMIENTO.- Se realizan dinámicas donde participan todas las internas para reducir ansiedad, mediante el juego dirigido o el ejercicio, este momento sirve para afianzar lazos de aceptación y amistad.

10.- OBSERVACIONES O CONCLUSIONES.-Es el resumen de la actividades que se realizaron en el grupo, además se establecen compromisos, por ejemplo de acuerdo el tema los compromisos podrían ser ¡conozco la importancia de mi cuerpo, siento que es mío y lo quiero, por ello voy a cuidarlo y cultivarlo mediante hábitos alimenticios sanos, aseo, una vestimenta apropiada,»

Para el manejo de la terapia grupal es necesario establecer una serie de reglas de disciplina que permiten su buen manejo.

Las internas deberán repetir durante la filosofía:

- Las peleas físicas o verbales destruyen la integridad del grupo, por eso no las permitimos.

- El vocabulario soez no permite una metacomunicación, por eso la deseamos.
- Presentarse al grupo desaseadas con ropas sucias o rotas dicen mucho de nuestra personalidad, por eso no lo permitimos
- La asistencia puntual es una prioridad.

6.6. Administración

6.6.1 Recursos Institucionales

Centro de Rehabilitación Social Ambato

6.6.2. Recursos Humano

Director del Centro de Rehabilitación Social Ambato (CRSA)

Departamento médico, de psicología y de seguridad.

Área de psicología (Psicóloga encargada y pasantes de psicología clínica)

Psicólogo ejecutor de la propuesta de solución.

Internas del pabellón de mujeres del CRSA.

6.6.3. Recursos Materiales

- Sillas
- Pizarrón
- Materiales de oficina (papeles, lápices, esferos, cartulinas, borradores, colores, etc.)
- Grabadora
- TV, DVD.

6.6.4. Recursos Financieros.

RUBRO DE GASTOS / AL MES	TOTAL
1.- Sillas	\$80,00
2.- Pizarra	\$ 60,00
3.- Material de oficina	\$30,00
4.-Grabadora	\$120,00
5.-TV, DVD	\$300,00
TOTAL	\$590,00

6.7. Plan de Acción: Junio-Mayo 2010

ETAPAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
1ª. Socialización de resultados de la investigación.	Exposición de resultados a los directivos del Centro de Rehabilitación Social Ambato (CRSA) y sus Departamentos.	Diapositivas, equipo de proyección digital	Investigadora: Alex Ayala Pasquel.	Primera semana de Junio 2010
2ª. Sensibilización y compromisos.	Orientación a las internas del pabellón de mujeres departamentos de salud y psicología, a partir de los resultados expuestos.	Resumen ejecutivo de la investigación	Comisión integrada por: Investigador: Alex Ayala Pasquel.	Segunda semana de junio 2010
3ª. Evaluación médica	Revisión médica-ginecológica de la interna, con el fin de identificar algún tipo de ETS	Departamento médico	Comisión integrada por: Departamento médico e Investigador: Alex Ayala Pasquel.	Tercera semana de junio 2010
4ª. Aplicación de la comunidad	Desarrollo de los principios de la	Materiales antes	Comisión integrada por: Investigador	A partir de la

terapéutica y de las técnicas cognitivas para modificar conductas	comunidad terapéutica	especificados	(Alex Ayala P.)	cuarta semana de junio hasta la penúltima semana de Mayo del 2010
6ª Supervisión y Evaluación	Seguimiento, control y evaluación	Guía de evaluación de la aplicación del proceso de intervención en terapia cognitivo conductual	Investigador.	Última semana de Mayo del 2010
7ª. Informes de supervisión	Presentación de informes parciales y del informe final al director del CRSA y los departamentos de psicología.	Guía de evaluación de la aplicación del proceso de intervención en terapia cognitivo conductual	Investigadora	Mayo 2010

6.7.1. Previsión de la evaluación de la comunidad terapéutica y aplicación de técnicas cognitivas para la modificación de conductas

Para la evaluación del proceso terapéutico desarrollado en las internas del pabellón de mujeres se seguirá la siguiente guía:

- Guía de evaluación y seguimiento de la aplicación del proceso de intervención en terapia cognitivo conductual
- Informe médico- ginecológico de las condiciones de salud de las internas.
- Informe final dirigido al director del Centro de Rehabilitación Social Ambato, y al departamento médico y psicológico de los resultados de la terapia cognitiva Grupal de Beck en la modificación de conductas de promiscuidad sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. BARLOW, David y DURAND, Mark (2003). *Psicopatología*. 3ª
2. CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL AMBATO (2007).
Departamento Psicológico.
3. Edición. Edit. Thomson, Madrid.
4. BARON, Robert (1996). *Psicología*. 3ª Edición. Edit. Prentice Hall, México.
5. BARON, Robert y BYRNE, Donn (1998). *Psicología Social*. Edit. Prentice Hall, Madrid.
6. BECK, Aaron (2000). *Terapia Cognitiva*. Edit. Gedisa, Barcelona
7. BELLAK, Leopold. (1992). *Manual de Psicoterapia* Edit. El Manual Moderno, México
8. *CODIGO PENAL DEL ECUADOR*.
9. FARRÉ, Joseph (2004). *Enciclopedia de la Psicología* Océano. (Tomo I). Edit. Océano, Barcelona.
10. KALAT, James (2004). *Psicología Biológica*. 8ª Edición. Edit. Thomson, Madrid.

11. KIMBLE, Charles y otros (2002). *Psicología Social de la Americas*. Edit. Person Educación, México.
12. MACIAS, Marlene (2009). *Psicóloga Clínica*.
13. SALAZAR (2007). *Psicóloga Jurídica del Centro de Rehabilitación Social Ambato*.
14. SARASON, Irwin y SARASON, Barbara (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. Undécima Edición. Edit. Pearson Educación, México.

Infografía

<http://www.derechopenalonline.com> (2008)

<http://www.vidahumana.org> (2007)

<http://www.bcn.cl>. (2001).

<http://www.boliviahoy.com> (2002).

<http://www.prisiones.com> (2003)

<http://www.colombiadiversa.org> (2007)

<http://www.ive.org>. (2000)

<http://www.laflacso.com> (2005).

<http://www.carcelesdeecuador.com> (2005)

<http://www.ikusbide.net> (2004)

<http://www.vivirlacárcel.com> (2004)

<http://www.aciprensa.com> 2000

<http://www.hrw.org> (2001)

Microsoft Encarta. (2009).

[http://esau42@hotmail.com](mailto:esau42@hotmail.com)

<http://www.monografias.com> – el encarcelamiento (2008)

<http://www.cafebabel.com>. (2003)

<http://www.eluniverso.com> (2008)

<http://www.sucesos.com> (2007)

<http://www.fidh.com> (2000)

<http://www.mailxmail.com> (2004)

<http://www.librosdeeliasneuman.com> (2000)

<http://www.kamasutra.com> (2008)

<http://www.identidades.com> (2008)

<http://www.bagó.com> (2008)

<http://www.geomundos.com> (2005)

<http://www.buenafuente.com> (2006)

<http://infoportal@terapia-ocupacional.com> (2004)

<http://www.sportlife.es> (2008)

<http://www.publispain.com> (2008)

<http://www.revistadesexologia.com> (2008)

<http://www.anodis.com>(2007)

<http://sis.senavirtual.edu.co/oferta.php> (2008)

<http://www.afa.com> (2000)

<http://www.lalibertad.com> (2003)

ANEXOS

ANEXO I

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA
CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL AMBATO**

H.C.No. _____

Fecha _____

1.- DATOS DE IDENTIFICACION

Nombres y Apellidos: -----

Lugar y Fecha de Nacimiento-----Edad-----

Estado Civil ----- No. de hijos -----

Instrucción: Analfabeto (); Escolar (gr.-----); Colegio (curso-----)

Superior (-----); Ocupación anterior -----

Ocupación actual; ----- Delito-----

Lugar y fecha de detención-----Autoridad que conoce la causa-----

-----Estado de la causa: sumariado (); sentenciado (

); número de detenciones anteriores (); fecha de ingreso al C_R_S.-----

----- Número de sentencias ()

2.- MOTIVO DE CONSULTA

3.- ESTADO PSICOLÓGICO AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA

4.- DELITO ACTUAL.

Descripción: -----

5.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

5.1.-RASGOS DE PERSONALIDAD DEL INTERNO:

Independiente (), dependiente () tímido () expansivo () agresivo ()
controlado (), deprimido (), alegre (), frustrado (), conducta psicopática ()
.síntomas neuróticos ()

Describe-----

5.2.-ADOLESCENCIA, JUVENTUD Y ADULTEZ

Consumo de sustancias: Sí () No () Edad de inicio -----

Sustancias que consume: -----

5.2.1.-Historia Psicosexual:

Actitud hacia el sexo -----

Primer experiencia sexual (edad): -----Heterosexual ()Homosexual ()
Satisfactoria () Insatisfactoria () Descripción:-----

Enamoramientos; -----

Felicidad o no alcanzada en su vida conyugal o sexual; conflictos, desengaños,
etc. -----

Masturbación Sí () No (). Observaciones:-----

6.- HISTORIA FAMILIAR

6.1.-ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres juntos, Sí () ; No () ; Padre fallecido () , Madre fallecida () .

Conflictos con los padres Sí () ; No () ; hogar organizado () , desorganizado () ,
inexistente () , completo () , incompleto () .

Actitud de los padres: Afectuosa () , sobreprotectora () , apática () , .hostil () ,
relación inexistente () . Número de hermanos () , varones () . mujeres () , lugar
entre hnos. () , relación con los Hnos.: Afectuosa () , conflictiva () , apática ()
) , inexistente ()

Fuga del hogar () indicar edad () .

7.-. VIDA SOCIAL Y LABORAL:

Desempeño laboral: -----
-----Estable () , Inestable () , Satisfactorio o. Insatisfactorio ()

Adaptado () Inadaptado () , se siente realizado () , se siente frustrado () .

Otros: -----

8.- ADAPTACIÓN INTRACARCELARIA

Adaptado () . Inadaptado () .

Relaciones interpersonales con: grupo disocial () . grupo sano () , grupo mixto ()
) .

Tiene conflictos: frecuentes () , poco frecuentes () , no tiene conflictos ()

Número Compañeros de prisión con quien comparte actualmente su celda:-----

Recibe visita íntima conyugal: Sí () No () Cada que tiempo, -----
-----Se siente satisfecho con la visita: Sí () No () ¿Porque?-----

Presencia de acoso sexual (mismo sexo) Sí () No (): -----

Presencia de violencia o abuso sexual (mismo sexo) Sí () No ()-----

Presencia de prácticas homosexuales: Sí () No (): Descripción -----

Adicciones: (de que tipo) -----

Observaciones-----

8.- ANTECEDENTES MÉDICOS /PSIQUIÁTRICOS (FILIA)

Alteraciones de personalidad (), drogadicción (), alcoholismo (), psicosis (), neurosis (), trastornos convulsivos (), sociopatías (). Psicopatías ().

9.- EXAMEN DE FUNCIONES PSÍQUICAS

Conciencia: Normal (), confusional (), indiferente (). Lúcida ()

Orientación: Normal (), parcial (), desorientación total ()

Inteligencia: Normal (), teórica (), práctica (), superior (), Inferior (), Limite()

Pensamiento: Normal (), sociopático(), esquizoide(), paranoide(), compulsivo (), sicótico (), inhibido (), otros ().

Afectividad: Eutimia (), Ansiedad: ligera (), moderada (), intensa (), sentimientos de: culpa (), Angustia (), inferioridad (), depresión (), indiferencia afectiva (), complejos

Atención: Hipoprosexia (), hiperprosexia (), disprosexia ()

Memoria: Amnesia (), hipomnesia (), dismnesia (), anterograda (). Retrograda ().

Sensopercepciones: Normales (), alucinaciones (). Ilusiones patológicas ()

Psicomotricidad: Normal() agitación(), convulsión(), estereotipias(), temblor(), tics(), histrionismo ()

Hábitos: Alcohol (), cigarrillos (), marihuana (), cocaína (),

Anorexia (), bulimia ().

Instintos: Conservados: sí (). no ().

Lenguaje: Normal (), coherente. (), Incoherente (), dislábico (), clisléxico (), afásico (). Lacónico (), verborreico (), tartamudeo (),

10. - DIAGNÓSTICO DE IDENTIDAD CLÍNICA

11.- PRONÓSTICO

.....

12 RESPONSABLE

ANEXO II

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA

ENCUESTA EXPLORATORIA DIRIGIDA A LAS 45 INTERNAS DEL PABELLÓN DE MUJERES DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL AMBATO PARA DETECTAR CONDUCTAS DE PROMISCUIDAD SEXUAL

Objetivo: Detectar conductas de promiscuidad sexual en el pabellón de mujeres del Centro de Rehabilitación Social Ambato.

Fecha de entrevista: Caso N°-.....

Señoras Internas: Existe un interés especial por investigar las conductas de promiscuidad sexual realizadas en el Centro de Rehabilitación Social Ambato (2010), con el fin de recoger información que permita conocer los cambios o experiencias que atraviesa su sexualidad al tener visitas íntimas irregulares.

Reciban el agradecimiento por su importante colaboración al contestar la siguiente encuesta.

Indicaciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y responda honestamente tachando con una X la respuesta que más le identifique, (no es posible tachar dos respuestas), recuerde que ésta encuesta es anónima, por lo tanto no es necesario que escriba su nombre y apellido.

4. Internas del pabellón de mujeres que mantienen de forma irregular visitas íntimas conyugales con sus parejas,

- Si: ()
- No: ()

5. Internas que mantienen prácticas sexuales con otros internos (no esposo) dentro del Centro de Rehabilitación Social Ambato

- Si: ()

- No: ()

6. Número de parejas con las cuales las internas del pabellón de mujeres han mantenido relaciones sexuales (internos y guías) del Centro de Rehabilitación en un tiempo de seis meses

- Tres a cinco parejas; ()

- Seis a Ocho; ()

- Nueve o más ()

ANEXO II

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA

ENCUESTA EXPLORATORIA DIRIGIDA A LAS 36 INTERNAS DEL PABELLÓN DE MUJERES DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL AMBATO PARA DETECTAR CONDUCTAS DE PROMISCUIDAD SEXUAL

Objetivo: Detectar conductas de promiscuidad sexual en el pabellón de mujeres del Centro de Rehabilitación Social Ambato.

Fecha de entrevista: Caso N°-.....

Señoras Internas: Existe un interés especial por investigar las conductas de promiscuidad sexual realizadas en el Centro de Rehabilitación Social Ambato (2010), con el fin de recoger información que permita conocer los cambios o experiencias que atraviesa su sexualidad al tener visitas íntimas irregulares.

Reciban el agradecimiento por su importante colaboración al contestar la siguiente encuesta.

Indicaciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y responda honestamente tachando con una X la respuesta que más le identifique, (no es posible tachar dos respuestas), recuerde que ésta encuesta es anónima, por lo tanto no es necesario que escriba su nombre y apellido

ENCUESTAS DIRIGIDAS A LAS 36 INTERNAS DEL PABELLÓN DE MUJERES, PARA DETECTAR CONDUCTAS DE PROMISCUIDAD SEXUAL VINCULADAS A LA IREGULARIDAD DE LA VISITA INTIMA CONYUGAL.

1.- Cuanto tiempo lleva privada de su libertad

8 días hasta 5 años ()

5 años un mes a 8 años ()

8 años un mes a 12 años ()

12 años un mes a 16 años ()

16 años un mes a 25 años ()

2. Ha realizado el trámite correspondiente solicitando las visitas íntimas conyugales.

Si ()

No ()

3.- Ha tenido dificultad al realizar los trámites de las visitas conyugales íntimas

Si ()

No ()

4.- Ha que piensa que se debe la dificultad para realizar los trámites de la visita íntima conyugal.

No es casada y es requisito indispensable para la visita ()

Le piden una serie de requisitos que no puede cumplir ()

Pierden sus papeles, o no hay ligereza en sus trámites ()

Su pareja no le colabora con el pedido de la vista íntima ()

Su pareja le abandono ()

5.- Si accede a la visita íntima conyugal cada cuanto la tiene.

Una visita conyugal íntima al mes. ()

Una visita conyugal a los tres meses. ()

Una o dos visitas conyugales intimas a los 6 meses ()

6.- Cual es el sentimiento predominante que tiene después de que accede a la visita intima conyugal con su pareja.

Satisfecha sexualmente ()

Se siente acompañada y amada ()

Las dos anteriores ()

7.- Cree que la visita íntima conyugal con su pareja es suficiente para satisfacer sus necesidades emocionales y sexuales

Si ()

NO ()

8.- Ha tenido relaciones sexuales con algún interno del Centro de Rehabilitación Social.

Si ()

No ()

9.- ¿Qué busca detrás de aquellas relaciones sexuales?

Satisfacerse sexualmente ()

Compañía y seguridad ()

Las dos anteriores ()

Olvidar a su pareja ()

10. ¿Cuál es su opinión al tener varias parejas sexuales?

No me molesta, lo disfruto ()

Busca estabilidad pero no la encuentra y recurre constantemente a nuevas relaciones sexuales ()

Ninguna ()

11.- ¿Usted tiene alguna recompensa económica después del acto sexual?

Si ()

No ()

12.- ¿Tiene control ginecológico?

Si ()

No ()

13.- ¿Al ser sexualmente activa se cuida mediante anticonceptivos?

Si ()

No ()

ANEXO III

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA**

TEST DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL DIRIGIA A LAS 36 INTERNAS DEL PABELLÓN DE MUJERES DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL AMBATO PARA DETECTAR CONDUCTAS DE PROMISCUIDAD SEXUAL

Objetivo: Detectar el funcionamiento sexual en el pabellón de mujeres del Centro de Rehabilitación Social Ambato.

Fecha de entrevista: Caso N°-.....

Señoras Internas: Existe un interés especial por investigar las conductas de promiscuidad sexual realizadas en el Centro de Rehabilitación Social Ambato (2010), con el fin de recoger información que permita conocer los cambios o experiencias que atraviesa su sexualidad al tener visitas íntimas irregulares.

Reciban el agradecimiento por su importante colaboración al contestar el siguiente test.

TEST DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL PARA MUJERES, APLICADO A LAS 36 INTERNAS DEL PABELLÓN DE MUJERES DEL CRSA.

Este es un cuestionario sobre la actividad sexual entendida como relación coital, masturbación o fantasía sexual. Marcar con una X lo que creas que corresponde a tu situación, solo una respuesta por ítem.

1.- Comparada con las relaciones que te brindaban más placer, ¿Cuán placentera es tu vida sexual actualmente?

Puntos

A. Sin placer ()

1B. Poco placentera ()

2C. Algo placentera ()

3D. Bastante placentera ()

4E. Muy placentera ()

II.- ¿Cuán frecuentemente te involucras en actividades sexuales (coito, masturbación, fantasías)?

A. Nunca ()

1B Raramente (una vez al mes o menos) ()

2C. A veces (más de una vez al mes, hasta dos veces a la semana) ()

3D. Frecuentemente (más de dos a la semana) ()

4E Todos los días 5 ()

III.- ¿Cuán frecuentemente tienes deseo de mantener alguna actividad sexual?

Puntos

A. Nunca ()

1B Raramente (una vez al mes o menos) ()

2C. A veces (más de una vez al mes, hasta dos veces a la semana) ()

3D. Frecuentemente (más de dos a la semana) ()

4E Todos los días 5 ()

IV.- ¿Cuán frecuentemente tienes pensamientos sobre el sexo?

Puntos

A. Nunca ()

1B Raramente (una vez al mes o menos) ()

2C. A veces (más de una vez al mes, hasta dos veces a la semana) ()

3D. Frecuentemente (más de dos a la semana) ()

4E Todos los días 5 ()

V.- ¿Disfrutas de libros, películas, videos, obras de arte o música de contenido sexual?

Puntos

A. Nunca ()

1B Raramente (una vez al mes o menos) ()

2C. A veces (más de una vez al mes, hasta dos veces a la semana) ()

3D. Frecuentemente (más de dos a la semana) ()

4E. Siempre 5 ()

VI.- ¿Cuánto placer obtienes de pensar o fantasear en el sexo?

Puntos

A. Nada ()

1B. Poco ()

2C. Algo ()

3D. Mucho ()

4E. Enorme5 ()

VII.- ¿Con qué frecuencia te excitas sexualmente?

Puntos

A. Nunca ()

1B Raramente (una vez al mes o menos) ()

2C. A veces (más de una vez al mes, hasta dos veces a la semana) ()

3D. Frecuentemente (más de dos a la semana) ()

4E. Todos los días 5 ()

VIII.- ¿Te excitas con facilidad?

Puntos

A. Nunca ()

1B Raramente (menos de la mitad de las veces) ()

2C. A veces (más de una vez al mes, hasta dos veces a la semana) ()

3D. Con frecuencia (más de la mitad de las veces) ()

4E. Siempre 5 ()

IX.- ¿Tienes adecuada lubricación vaginal durante la actividad sexual?

Puntos

A. Nunca ()

1B Raramente (menos de la mitad de las veces) ()

2C. A veces (cerca de la mitad de las veces) ()

3D. Con frecuencia (más de la mitad de las veces) ()

4E. Siempre 5 ()

X.- En las relaciones sexuales, ¿Tienes dolor antes o durante la penetración vaginal?

Puntos

A. Siempre ()

1B Frecuentemente (más de la mitad de las veces) ()

2C. A veces (cerca de la mitad de las veces) ()

3D.Raramente (menos de la mitad de las veces) ()

4E. Nunca 5 ()

XI.- ¿Con qué frecuencia te excitas y luego te desconcentras y pierdes interés?

Puntos

A. Siempre ()

- 1B Frecuentemente (más de la mitad de las veces) ()
- 2C. A veces (cerca de la mitad de las veces) ()
- 3D.Raramente (menos de la mitad de las veces) ()
- 4E. Nunca ()

XII.- ¿Con qué frecuencia llegas al orgasmo?

Puntos

- A. Nunca ()
- 1B Raramente (menos de la mitad de las veces) ()
- 2C. A veces (cerca de la mitad de las veces) ()
- 3D. Frecuentemente (más de la mitad de las veces) ()
- 4E. Siempre 5 ()

XIII.- ¿Eres capaz de tener un orgasmo cuando lo deseas?

Puntos

- A. Nunca ()
- 1B Raramente (menos de la mitad de las veces) ()
- 2C. A veces (cerca de la mitad de las veces) ()
- 3D. Frecuentemente (más de la mitad de las veces) ()
- 4E. Siempre 5 ()

XIV.- ¿Cuánto placer obtienes de tus orgasmos?

Puntos

- A. Ningún placer ()
- 1B.Poco placer ()
- 2C. Algo de placer ()
- 3D. Mucho placer ()
- 4E. Enorme placer ()

ANEXO IV

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA

GUÍA DE EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

1. Datos personales de la persona tratada:

1.1 Edad:

1.2 Estado civil:

1.3 Nivel educativo:

1.4 Profesión:

2. Parte técnica de la terapia:

2.1 Número de sesiones a las que ha asistido:

1... 2.... 3.... 4.... 5.... 6.... 7.... 8....

2.2 Existió mejoría evidenciada luego de la octava sesión:

Si.... No....

2.3 Nivel de insight:

Excelente... Bueno.... Regular.... Malo.... Deficitario....

2.4 Detecta la existencia de pensamientos disfuncionales:

Si.... No....

2.5 Capacidad para reemplazar pensamientos Disfuncionales:

Excelente.... Buena.... Regular.... Mala.... Deficitaria....

2.6 Ha evidenciado en usted un desarrollo de habilidades de comunicación, expresión de sentimientos y resolución de problemas:

Si.... No....

2.7 Aumento de su deseo sexual:

Nada.... Poco.... Bastante....

2.8 Progreso de la relación de pareja:

Bastante.... Considerable.... Poco.... Muy poco.... Nada....

2.9 Autoestima y autoconcepto:

Excelente.... Bueno.... Regular..... Malo....
Deficitario....

2.10 Ha notado cambios en el funcionamiento social, laboral y calidad de vida:

Bastante.... Considerable.... Poco.... Muy poco.... Nada....