



cejfe

Àmbit d'Execució Penal

Violència sexual: Aproximació al perfil psicopatològic dels agressors sexuals de menors

Autora

Roser Iglesias González

Any

2021

Violència sexual: aproximació al perfil psicopatològic dels agressors sexuals de menors

Roser Iglesias González

El Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada ha editat aquesta investigació respectant el text original dels autors, que són responsables de la correcció lingüística.

Les idees i opinions expressades en la investigació són de responsabilitat exclusiva dels autors, i no s'identifiquen necessàriament amb les del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

Avís legal



Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\) de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), el text complet de la qual es troba disponible en <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Així doncs, es permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública del material, sempre que se n'esmeni l'autoria i el Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (Departament de Justícia) i no se'n faci ús comercial ni es transformi per generar-ne una obra derivada.

Agraïments

Per començar, voldria expressar el meu agraïment a tothom que m'ha ajudat durant aquesta investigació, tant amb el disseny, la recerca bibliogràfica, l'accés al centre penitenciari, les entrevistes, les correccions, etc.: en especial, a la meva tutora, la Professora Dra. Montserrat Gomà-i-Freixenet; a Graciela Garcia Vilà i Raquel Robalo, de l'Àrea de Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima; al Dr. David Ramírez Castillo, director de PsicoSalud Pamplona, per donar-me l'oportunitat de fer unes pràctiques extracurriculars i ajudar-me en el disseny de la investigació; també, a la seva secretària, María Ferreiras; als professionals del Centre Penitenciari Brians-2; als tres interns voluntaris que em van permetre indagar en les seves vides privades, i, és clar, a la meva família.

Índex

1. Introducció	1
2. Marc teòric	3
3. Objectius.....	8
3.1 Objectius generals.....	8
3.2 Objectius específics	8
4. Hipòtesis	9
5. Mètode.....	10
5.1 Disseny d'estudi i participants	10
5.2 Instruments	11
5.2.1 Inventari clínic multiaxial de Millon (MCMI-IV)	11
5.2.2 Entrevista clínic semiestructurada	11
5.2.3 VINCULATEST	12
5.2.4 Escala d'autoestima de Rosenberg	12
5.2 Procediment	13
5.3 Qüestions ètiques	13
6. Resultats.....	15
6.1 Proves psicomètriques administrades.....	15
6.2 Entrevista semiestructurada	19
7. Discussió	22
8. Conclusió	26
9. Limitacions.....	27
10. Propostes de millora	28
11. Reflexió final	29
12. Referències bibliogràfiques.....	30
13. Annexos.....	34
13.1 Annex 1. Entrevista semiestructurada.....	34
13.2 Annex 2. Criteris del DSM-5 per al trastorn hipersexual.....	36
13.3 Annex 3. Clàusula de confidencialitat.....	37

1. Introducció

Els abusos sexuals a menors són més freqüents del que es pugui pensar i, com en tots els casos d'abús, si alguna cosa ha de quedar clara és que la responsabilitat no recau en les víctimes. En el cas dels menors, aquests, en no esperar ni imaginar que una situació d'abús es pugui produir, desconeixen cap mètode per prevenir-lo. Cal ressaltar que el major nombre d'incidències es produeix dins el nucli familiar: el lloc on menys es pot sospitar que això pugui succeir, atès que habitualment és un lloc on sentir-se protegit i segur. Actualment es denuncien molts més casos d'abús i agressió sexual que abans. Aquesta tendència a augmentar no és deguda a un increment d'incidències, sinó a un nombre més elevat de víctimes disposades a denunciar el que ha succeït. Certament, no es pot negar que un percentatge d'aquestes denúncies puguin ser acusacions falses: en el cas particular que ara ens interessa, però, això representa un percentatge força baix (<10%), que no afecta de manera significativa el balanç final. Si el percentatge és tan petit en aquestes circumstàncies és perquè un menor que fa aquest tipus de denúncies no només ha d'enfrontar-se a la duresa del procediment –que en cap cas no li resulta favorable ni agradable– sinó també per totes les conseqüències –socials, familiars i personals– que comporta dur-les a terme.

Si ens centrem en l'agressor, contràriament a la creença popular, aquest no és percebut com un depravat. De fet, res no dista més de la veritat. Els agressors es mostren agradables i simpàtics amb els qui els envolten, amb un sentit de moralitat elevat i alhora amb estabilitat emocional. Aquesta falsa impressió no fa més que dificultar la detecció o sospita de la seva perillositat per als menors. A causa d'això, al llarg dels temps s'ha anat estudiant el perfil psicològic dels qui agredeixen sexualment menors, la qual cosa ha permès tenir-ne un coneixement més gran i precís. Aquesta tasca és molt important no només per millorar la detecció de possibles agressors –de forma que es pugui prevenir la perpetuació de l'acte–, sinó també per poder establir tractaments adequats i adaptats a les seves necessitats. L'adaptació, tant de la teràpia com del tractament, es fa amb la finalitat de conèixer els factors de risc que poden incitar l'agressió per part de

l'abordador i poder, d'aquesta manera, reduir el risc de reincidència. També cal destacar que el coneixement dels patrons psíquics dels qui abusen sexualment de menors és indispensable per conèixer la causa que els va portar a ser agressors, així com intentar comprendre exhaustivament les causes que van derivar en l'agressió ja comesa.

Finalment, cal incidir en l'estigmatització d'aquest qüestió en la societat. No es parla del fet que això estigui succeint encara avui dia, perquè no és un motiu de conversa fàcil ni còmode. Però, per molt que pugui semblar contradictori, donar a conèixer aquest tema i abordar-lo és beneficiós. D'una banda, parlar de l'existència d'abusos sexuals a menors –sobretot dins el nucli familiar– és una altra forma de prevenció, ja que pot fer que algú hi detecti comportaments de possible alerta. El revers de la medalla és la superació de l'agressió per part de la víctima. Parlar-ne no només pot ajudar la persona perjudicada a comprendre que el que ha succeït no és motiu per avergonyir-se ni ha passat per culpa seva, sinó que també pot evitar que la víctima adquireixi un patró de comportament submís o passiu que el porti a recaure en abusos futurs.

En conclusió, aquesta investigació se centra en el perfil psicològic dels agressors –des de la presència d'hipersexualitat, passant pel nivell d'autoestima d'aquests, fins a la manera en què interaccionen i creen vincles amb l'entorn–; alhora, s'hi analitzen alguns possibles factors que poden influir en el procés terapèutic, com ara la relació amb el terapeuta o la voluntarietat del tractament.

2. Marc teòric

La sexualitat és una dimensió de la naturalesa humana, necessària i saludable per a un desenvolupament correcte en l'àmbit intrapersonal i interpersonal, que es realitza mitjançant actes lliures i de mutu acord. Si una d'aquestes dues característiques no es dona, parlem de violència sexual. Quant a la diversitat de delictes que atempten contra la llibertat sexual, em remeto al Codi penal. La regulació de les agressions i abusos sexuals contra menors de tretze anys s'hi troba en el títol VIII, "Dels delictes contra la llibertat i indemnitat sexuals", en el capítol II bis, "Dels abusos i agressions sexuals a menors de setze anys". Aquest capítol II bis va ser introduït per la Llei orgànica 1/2015, de 30 de març, per la qual es modifica la Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi penal. El capítol consta de dos articles: 183 i 183 bis.

La diferència entre agressió i abús és la presència de violència física i/o intimidació. En l'agressió sexual, la violència física i/o intimidació hi són presents; per contra, en l'abús sexual hi ha violència psicològica, manipulació, enganys i/o amenaces. En el cas dels menors, és més comú l'abús sexual que les agressions, ja que els infants no solen tenir capacitat per entendre la situació, i això facilita que l'agressor manipuli les víctimes sense necessitat de violència física (Save the Children, 2017). Segons tres estudis de metaanàlisi, realitzats per Pereda, Guilera, Forns i Gómez-Benito (2009), per Stoltenborgh, IJzendoorn, Euser i Bakermans-Kranenburg (2011) i per Barth, Bermetz, Heim, Trelle i Tonia (2014), al voltant del 8% dels homes i prop d'un 20% de les dones han patit alguna forma d'abús o agressió sexual –amb contacte físic o sense– abans de complir els 18 anys. Aquests tres estudis han analitzat mostres de més de 20 països, entre els quals hi ha Espanya. No obstant això, a través de les enquestes de victimització s'ha pogut determinar que la freqüència d'aquests delictes és superior al que es coneix. Aproximadament, es denuncien un 45% de les violacions i prop del 10% dels abusos sexuals. Entre el 42% i el 75% de les víctimes no revela haver estat víctima de violència sexual fins a arribar a l'edat adulta i del 28% al 60% no arriba a explicar-ho mai a ningú (Ullman, 2002). L'informe «Ulls que no volen veure» (Save the Children, 2017) recull que, de

l'escàs nombre de denúncies sobre violència sexual, un 72% dels casos s'arxiven, generalment per manca de proves. En un estudi realitzat per l'International Criminal Survey (ICS), citat per Redondo (2002), l'índex mitjà de victimització sexual és d'un 2,7%, amb els països asiàtics, africans i llatinoamericans com els que tenen els índexs més elevats. A Espanya, les sentències que es van dictar el 2017 fan un total de 394.301, de les quals 2.764 corresponen a delictes contra la llibertat sexual; un 0,7% de sentències van ser condemnatòries (INE, 2017). La majoria de les investigacions sobre l'abús sexual infantil coincideixen en què les víctimes són principalment nenes, mentre que la majoria dels qui n'abusen són homes. Un estudi realitzat per Alemany *et al.* (2020) va trobar que el major percentatge de víctimes, en concret el 59,38%, correspon al rang d'edat entre els 5 i els 12 anys. Els tipus d'agressions sexuals més freqüents solen ser aquelles en què l'agressor coneix la víctima (Magalhães *et al.*, 2009), és a dir, quan es tracta o bé d'un familiar o bé d'un conegut pròxim; en ambdues situacions, el fet té una gran repercussió en la víctima. Entre aquestes agressions, l'incest entre pare i fill o filla sol ser el més freqüent (Girón, 2015). El lloc en què amb més freqüència es produeixen aquestes agressions és el domicili mateix de la víctima o de la persona agressora (Alemany *et al.*, 2020).

Cal tenir en compte que hi ha més abusos o agressions que denúncies realitzades i que, a diferència de la nena, el nen és educat per ser un "nen valent" i el fet d'acceptar la condició de víctima va contra l'estereotip après. En canvi, a la nena se li ensenya que és vulnerable, per la qual cosa és més fàcil que verbalitzi els abusos (Polo i Darder, 2020). Altres factors que augmenten la xifra negra són la por a les represàlies, la poca consciència de l'abús i el fet que la víctima se senti avergonyida o culpable. Els principals factors de risc que poden portar una persona a cometre una agressió sexual són: preferència sexual desviada, és a dir, atracció per menors i/o violència sexual; relacions interpersonals perjudicials o absents i distorsions cognitives pel que fa al consentiment en la relació sexual; o fantasies sexuals desadaptatives (Echeburúa i Guerricaechevarría, 2005; Redondo, 2006). Aquestes distorsions cognitives són un filtre mental que deforma la realitat: es concreten en creences, opinions i judicis que porten a un comportament determinat que va consolidant

la forma de ser de la persona (Redondo, 2006; Rivera *et al.*, 2006). Els agressors volen justificar la seva conducta, la qual cosa els porta a desinhibició conductual, sexualitat desinhibida i hiperactiva i, també, a no sentir responsabilitat pels seus actes. Aquests pensaments són diferents en funció de la víctima, l'edat que tingui i si existeix o no relació de parentiu amb la persona agressora.

No es pot deixar de tenir en compte la influència de la personalitat en el comportament delictiu sexual. Una investigació d'Ortiz-Tallo *et al.* (2002), en què es va utilitzar el MCMI-II de Millon com a instrument per avaluar la personalitat dels subjectes, va arribar a la conclusió que els delinqüents penats per delictes no sexuals presenten una alteració més greu de la personalitat que els delinqüents sexuals, i també que els delinqüents sexuals de menors presenten trets de personalitat dependent, fòbica i compulsiva. Tampoc podem obviar l'herència genètica, que té més impacte en la delinqüència agressiva que en la no agressiva i que és més rellevant en el comportament delictiu no violent de les dones que dels homes (Pérez, 2002). Com afirma Carlson (1999), hi ha raons biològiques que podrien potenciar aquesta desviació conductual. Algunes estructures neuronals, com ara l'hipotàlem i el sistema límbic, estan implicades en les conductes d'agressió sexual. Dins l'hipotàlem, l'estructura més important pel que fa a la conducta sexual masculina seria l'àrea preòptica medial (APM), així com certes hormones, com ara la testosterona, la qual és imprescindible per a l'activitat sexual. Hucker i Brian (1990) van observar que nivells baixos de testosterona en sang es correlacionaven amb un descens de l'impuls sexual; una concentració més gran portava a un major impuls sexual (Gómez i Juárez, 2014; Pérez, 2002). Així mateix, aquest tipus de conducta desviada pot ser una compensació a una autoestima deficient o una forma de fer sortir una hostilitat que no han sabut alliberar per unes altres vies possiblement per falta d'eines per fer-ho (Echeburúa i Guerricaechevarría, 2005; Moreno, 2006; Villanueva, 2013).

Les experiències de la infància tenen un efecte molt important en la vida adulta de les persones, per la qual cosa un altre factor que cal considerar és l'aferrament, que pot ser segur, ansiosoambivalent o evitatiu. Els ambients familiars desestructurats i d'abús físic i sexual, cuidadors alcohòlics, rebuig emocional, educació pobre, entre altres circumstàncies (Marshall i Marshall,

2002), faciliten el desenvolupament de l'aferrament ansiosoambivalent característic de víctimes d'abús sexual i fa que els infants siguin més vulnerables emocionalment. Això genera menors capaços de tolerar certs intercanvis sexuals per tal de sentir-se propers a l'adult. Aquestes experiències tenen un efecte significatiu en les seves vides adultes, siguin conscients o no de les seqüeles que els provoquen les agressions sexuals. No ser-ne conscients –el fet de pensar que no se'ls ha causat cap mal– pot originar una distorsió quant a creure que els seus comportaments d'abús tampoc no causaran dany a les seves víctimes. Així doncs, atribueixen a altres problemes o a deficiències del propi caràcter les seqüeles de l'abús que van patir en la infantesa (Marshall i Marshall, 2002; Polo i Darder, 2020).

Garrido i Beneyto (1996) van crear a Espanya el primer programa de tractament específic per a agressors sexuals (Martínez-Catena i Redondo, 2017). És cognitivoconductual, semblantment als que s'apliquen als Estats Units, el Canadà i el Regne Unit. Als centres penitenciaris catalans, s'hi aplica el Programa de control de l'agressivitat sexual (SAC), que actualment rep el nom de Programa d'Intervenció en violència sexual i està emmarcat dins un conjunt de tallers en què es treballen aspectes com ara l'empatia i les emocions. Aquest programa ha demostrat ser eficaç per reduir la taxa de reincidència entre un 5% i un 10%, tenint en compte que aquesta és del 20% sense l'aplicació del programa de tractament (Redondo, 2006); tenint en compte el risc multifactorial segons la tipologia d'agressor, factors de risc o protecció de cada subjecte. El fet d'haver-se iniciat d'hora en la delinqüència és un element afavoridor d'un pitjor pronòstic (Ramírez *et al.*, 2009; Redondo, 2006; Redondo i Genovés, 2008). El risc de reincidència augmenta quan els subjectes perceben un nivell d'autocontrol més elevat que el que realment posseeixen. Aquesta sensació de falsa seguretat provoca que arribin a situacions on els resulta impossible sortir-se'n i això els indueix a la reincidència (Rivera *et al.*, 2006). L'adhesió al tractament és un factor molt important i determinant de l'èxit terapèutic. Existeixen molts factors que influeixen en l'adhesió, com ara el vincle terapèutic, la relació entre terapeuta i pacient, el tipus de trastorn, el règim terapèutic, els recursos amb què compta el pacient, etc. Cal conèixer-los i veure quins afecten

de forma positiva i quins ho fan negativament, per poder potenciar els primers i buscar com mitigar els altres (Rodríguez-Marín, 2004).

Sí bé és veritat que s'ha analitzat, en general, el perfil dels agressors sexuals al llarg dels anys, cal aprofundir encara en la varietat de tipus d'agressors. Comptar amb perfils diferencials basats en l'evidència és una eina útil tant per al psicòleg a càrrec del tractament de l'agressor com per al psicòleg jurídic que ha d'avaluar el risc real de reincidència. Aquest treball se centra en el perfil dels agressors sexuals de menors amb relació de parentiu, que són molt freqüents i de difícil detecció perquè resten en la intimitat familiar. No s'ha publicat cap investigació específica sobre agressors sexuals de menors intrafamiliars en què es faci servir el qüestionari de personalitat actualitzat de Millon, és a dir, la quarta versió, en població espanyola i que, a més, tingui en compte el punt de vista de la persona agressora pel que fa a fomentar la voluntarietat dels interns a l'hora de començar el tractament. Per tot això, considerem que aquesta és la primera investigació al respecte.

3. Objectius

3.1 Objectius generals

Estudiar el perfil psicopatològic dels tres agressors sexuals de menors amb relació de parentiu que s'han avaluat en aquest treball.

Analitzar quins factors s'associen amb l'adhesió al tractament dels agressors sexuals entrevistats i que han rebut teràpia al Centre Penitenciari Brians-2.

3.2 Objectius específics

1. Determinar el perfil clínic de personalitat per mitjà de l'Inventari clínic multiaxial de Millon (MCMI-IV).
2. Avaluat la presència de trastorn hipersexual mitjançant el DSM-5.
3. Avaluat l'estil d'aferrament.
4. Avaluat el nivell d'autoestima.
5. Analitzar a través d'una entrevista semiestructurada quins factors influeixen en l'adhesió al tractament (annex 1).

4. Hipòtesis

1. Els agressors sexuals de menors entrevistats presentarien trets patològics de personalitat.
2. Els agressors sexuals de menors entrevistats presentarien trastorn hipersexual.
3. Els agressors sexuals de menors entrevistats serien persones que no han desenvolupat un estil d'aferrament segur.
4. Els agressors sexuals de menors entrevistats tindrien un nivell baix d'autoestima.
5. Existència de factors influents en l'adhesió al tractament.

5. Mètode

5.1 Disseny d'estudi i participants

Es tracta d'un estudi de cas amb 3 individus. Es va utilitzar un disseny no experimental transversal ja que la mostra es va triar segons un criteri específic amb la finalitat d'obtenir una mostra homogènia que compleixi les característiques que es pretenien estudiar.

La població d'aquesta investigació està composta per tres agressors sexuals que compleixen condemna al Centre Penitenciari Brians-2, condemnats pel delictes contra la llibertat sexual establert en el títol VIII del llibre II del Codi penal espanyol (LO 10/1995).

El mostreig que es va utilitzar no va ser aleatori, en favor de l'homogeneïtat, i es van seguir els criteris que consten a continuació.

Criteris d'inclusió

- Homes de nacionalitat espanyola.
- Edat compresa entre 40-45 anys.
- Interns sentenciat per agressió sexual de menors de 14 anys.
- Amb relació de parentiu amb la víctima.
- Han fet el tractament d'agressors sexuals en Brians-2.
- Posseeixen capacitat de comprensió lectora i escrita.
- Reconeixen haver comès el delictes.
- Hi participen voluntàriament.

Criteris d'exclusió

- Interns preventius amb investigació en curs.
- Interns que es troben en àrees de psiquiatria, infermeria i/o aïllament.
- Interns amb diagnòstic de deteriorament cognitiu.

5.2 Instruments

5.2.1 Inventari clínic multiaxial de Millon (MCMI-IV)

L'Inventari clínic multiaxial de Millon (MCMI-IV) (Millon *et al.*, 2015) és un instrument autoinformat per a adults. S'utilitza per avaluar la personalitat, detectar possibles trets psicopatològics de la personalitat en adults i identificar perfils de personalitat que estan darrere de la simptomatologia. Consta de 190 ítems amb resposta dicotòmica verdader-fals. Cada conducta es descriu amb tres nivells de funcionament de la personalitat: estil normal, tipus anormal o trastorn clínic. Avalua 15 escales dels patrons clínics de la personalitat.

En analitzar cada escala, la puntuació entre 60 i 74 indica presència del tret i és considerat com a símptomes o trets a nivell subclínic. Entre 75 i 84 indica tret clínic de personalitat, considerant que l'afectació és significativa i pot presentar trets incapacitants. Una puntuació superior a 85 es considera greu, manifesta un patró de comportament crònic, amb una repercussió clínicament significativa en la vida del subjecte i una elevada probabilitat de trastorn de personalitat. Finalment, conté les escales de validesa, compostes per l'escala de sinceritat (X), desitjabilitat social (Y) i devaluació (Z). La primera mesura el nivell d'honestetat de la persona, si les seves respostes són coherents. La segona, el grau en què el subjecte pretén mostrar-se socialment atractiu, moralment virtuós o emocionalment ajustat. L'última escala mesura la devaluació, és a dir, reflecteix si la persona ha exagerat els seus símptomes per donar una imatge més negativa del que realment és.

5.2.2 Entrevista clínic semiestructurada

Es va basar en els criteris diagnòstics proposats per al transtorn hipersexual pel DSM-5 (5a versió del Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals de American Psychiatric Association, 2014). Es van comparar els criteris que proposar el manual DSM-5 amb l'entrevista realitzada a cada subjecte. Els criteris diagnòstics es troben en l'annex 2.

5.2.3 VINCULATEST

És una prova d'avaluació psicològica de tipus qüestionari que ajuda en l'avaluació i quantificació dels processos d'afició i vinculació interpersonal dels adults. És un qüestionari breu, compost per 64 ítems que es responen en menys de 15 minuts (Alubí, 2018). Es divideix en sis escales principals: interdependència adaptativa (ADA), regulació emocional (EMO), vinculació dependent (DEP), vinculació evitativa (EVI), vinculació paranoide (PARELL) i vinculació hostil (HOS). I una escala addicional anomenada innocència psicològica (INO), que incideix en els processos de vinculació malgrat que no és pròpiament un estil. Les escales ADA i EMO componen l'Índex de vinculació segura (SEG), i les escales DEP i EVI l'Índex de vinculació insegura. Finalment, les escales HOS i PARELL l'Índex de vinculació desorganitzada (DES). Aquests tres índexs, juntament amb l'escala INO componen l'Índex de vinculació global saludable (IVG).

Hi ha dos barems per a la correcció: un per a població general i un altre de tipus clínic. Aquest últim només s'utilitza en cas d'haver detectat prèviament un dèficit en la comprensió amb el barem general. Una vegada introduïdes les dades, s'obté un perfil amb els resultats de la persona avaluada: aquest inclou les puntuacions directes i les transformades T (Alubí, 2018). La taula 1 recull el nivell corresponent a cada puntuació.

Taula 1. Puntuacions mitjanes a VINCULATEST

Puntuació T	Nivell
< 30	Molt baix
31 – 40	Baix
41 – 59	Intermedi
60 – 69	Alt
> 70	Molt alt

Nota: Puntuació T ($M = 50$, $DE=10$)

5.2.4 Escala d'autoestima de Rosenberg

L'escala d'autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965) és una de les més utilitzades per mesurar el nivell global d'autoestima. Consta de 10 ítems, redactats en forma d'enunciat, que l'individu puntua en un rang de 0 a 3 (0 = "molt

en desacord”, 3 = “totalment d'acord”). La meitat de les frases són presentades com a afirmacions relacionades amb la satisfacció personal i la percepció positiva d'un mateix; per exemple: “Sento que soc una persona digna d'estima, com a mínim tant com els altres”. La resta de frases se centren en la percepció negativa cap a un mateix, com ara aquesta: “De vegades penso que no serveixo per a res” (Vázquez *et al.*, 2004). Una puntuació entre 0 i 25 indica baixa autoestima, entre 26 i 29 autoestima normal i entre 30 i 40 indica un nivell d'autoestima bo.

5.2 Procediment

L'estudi es va desenvolupar en un context ecològic. Per garantir la confidencialitat dels interns es va substituir el nom per un codi alfanumèric que només la psicòloga del centre i la investigadora coneixen. La recollida de dades es va fer en dos moments, entre novembre i desembre. De primer, se'ls va lliurar un consentiment informat i de confidencialitat (annex 3) i, un cop el van llegir i signar, se'ls van administrar les proves psicomètriques; per últim, va tenir lloc l'entrevista semiestructurada. Es va acudir novament al centre per a la devolució de resultats.

El març de 2020 es va presentar una sol·licitud d'investigació amb l'objectiu d'accedir a les instal·lacions del Centre Penitenciari Brians-2. A causa de la COVID-19 aquesta autorització es va endarrerir de manera significativa i no va arribar fins a l'agost de 2020. Ulteriorment, es va coordinar amb la Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima i amb la persona responsable del Centre Penitenciari Brians-2 la forma de procedir i els dies de presència al centre.

5.3 Qüestions ètiques

Aquest estudi implica l'accés a l'historial personal dels tres participants, la qual cosa comporta l'accés a sistemes d'informació de la Secretaria de Mesures Penals i Reinserció i Atenció a la Víctima i, per tant, es va requerir l'autorització per part del Secretari General del Departament de Justícia. L'estudi es regeix per la normativa vigent sobre protecció de dades de caràcter personal i l'acceptació

de les condicions que es recullen en el document de l'acord que apareix a l'annex 3 (Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals). Els tres participants van signar el full de consentiment informat i van tenir coneixement en tot moment de la destinació de les dades recollides. Existeix l'obligació de mantenir absoluta confidencialitat sobre qualsevol dada que es pugui donar a conèixer durant la realització del treball. D'altra banda, atès que les proves psicomètriques administrades són inventaris, escales i qüestionaris amb validesa empírica, no s'aprecia la possibilitat de cap efecte secundari que derivi de la seva realització.

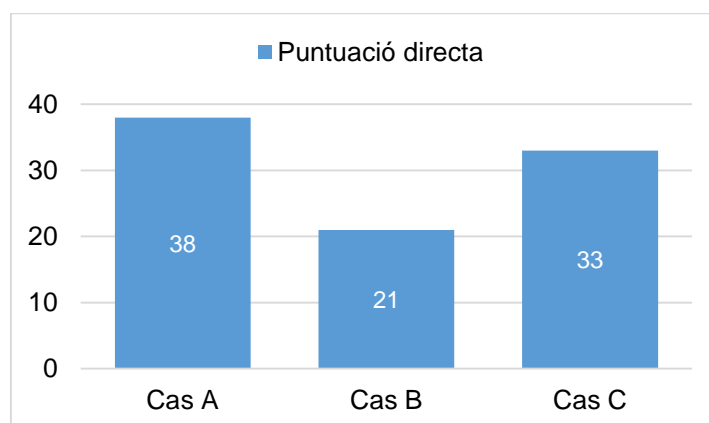
6. Resultats

Els resultats obtinguts en aquesta investigació s'han aconseguit mitjançant les proves psicomètriques administrades, els historials facilitats pel centre penitenciari i les entrevistes individuals realitzades a cadascun dels interns. És important recordar que atès que la mostra és petita no es pot extrapolar a un perfil de delinqüent sexual, sinó que es tracta d'una aproximació.

6.1 Proves psicomètriques administrades

El gràfic 1 recull les puntuacions obtingudes en el test de Rosenberg. Tant en el cas A com en el C, corresponen a una autoestima elevada. Per contra, el cas B indica autoestima baixa.

Gràfic 1. Puntuació obtinguda en el test de Rosenberg



La taula 2 conté les puntuacions obtingudes en les escales de l'MCMI-IV i el gràfic 2 recull els patrons clínics de personalitat que tenen en comú. Els tres casos presenten puntuacions elevades en les escales de validesa. Les respostes suggereixen una tendència a presentar-se d'una manera socialment favorable. En el cas A, les puntuacions s'han ajustat en funció dels resultats de l'escala X (sinceritat) per compensar la probable exageració dels símptomes per part del subjecte. En respondre de forma poc sincera, el programa corregeix els resultats tenint en compte la baixa sinceritat del subjecte, perquè puguin ser més ajustats a la realitat. En el cas B i C no s'han realitzat ajustos en les taxes a causa del

seu estil de resposta, ja que aquest no indica un tipus de resposta que distorsioni els resultats de l'MCMI-IV.

Quant al perfil del **cas A**, presenta un possible trastorn narcisista-tempestuós de la personalitat. Es caracteritza per un patró generalitzat de grandiositat i autoimportància, necessitat d'admiració i falta d'empatia. Exhibeix una personalitat paranoide¹ i, encara que els resultats no arriben a mostrar altres trastorns de la personalitat, sí una aproximació a aquests, per la qual cosa presenta trets esquizotípics² i límits³ que matisen els resultats. El **cas B** no presenta trastorn de la personalitat, encara que sí trets moderadament desadaptatius en diferents escales: antisocial,⁴ tempestuosa,⁵ histriònica⁶ i

¹ La personalitat paranoide es caracteritza per una pèrdua parcial del contacte amb la realitat, l'atribució d'intencions hostils als altres, elevada desconfiança permanent, hipersensibilitat al menyspreu. Els sentiments de rancúnia, humiliació, vergonya i gelosia són freqüents. Solen justificar les seves conductes violentes com a ineludibles, en compliment del deure i no mostren intenció de fugir (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014)

² El trastorn de personalitat esquizotípic és escassament diagnosticat. Pot confondre's amb l'esquizofrènia, per la qual cosa és important diferenciar-los. Els tres subjectes avaluats no presenten el trastorn de personalitat esquizotípic, encara que sí posseeixen alguns dels trets que conformen el trastorn. Aquest es caracteritza per absència d'empatia i interpretació distorsionada de la realitat. Fàcilment confonen fantasia amb realitat i solen presentar un elevat interès per temes màgics i esotèrics. Solen sospitar que altres persones els influeixen (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014).

³ El trastorn límit de personalitat es caracteritza per una elevada impulsivitat potencialment perjudicial, inestabilitat afectiva, irritabilitat o ansietat, dificultat per controlar la ira, sentiments crònics de buit, comportaments autolesius, relacions interpersonals tòxiques, dependència emocional, alteracions de la identitat, entre altres (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014).

⁴ El trastorn de personalitat antisocial es manifesta aviat, abans dels 18 anys. Algunes de les seves característiques són: fracàs a l'hora d'adaptar-se a les normes socials, deshonestat, impulsivitat i incapacitat per planificar el futur, falta de remordiments i irresponsabilitat persistent (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014).

⁵ El patró de la personalitat tempestuosa és una conceptualització teòrica dels trastorns de la personalitat formulada pel Dr. Millon, autor de l'inventari de personalitat administrat als subjectes. Aquest patró es caracteritza per persones molt alegres i animades que fàcilment s'avorreixen i estan mancats dels recursos per poder dur a terme els seus objectius. Són persones irritables i entremetedores i les seves conductes poden arribar a ser impredecibles, amb pensaments dispersos, impulsius i ansiosos (MCMI-IV).

⁶ El trastorn histriònic de la personalitat es caracteritza perquè són persones que fan ús de la seducció per manipular els altres, tenen labilitat emocional, són sensibles a les crítiques, cerquen

sàdica.⁷ La puntuació en l'escala paranoide matisa les altres escales de personalitat. Finalment, el **cas C** presenta un possible trastorn histriònic de la personalitat amb trets tempestuosos i l'escala límit matisa el seu perfil. En els tres subjectes es fa evident la tendència a manipular i utilitzar les persones del seu entorn tant per obtenir atenció com per poder aconseguir les pròpies metes. No toleren bé les crítiques ni els rebutjos. Es mostren desconfiats i necessiten rebre senyals recurrents d'acceptació i aprovació. Els agrada ser el centre d'atenció i sentir que tenen molt a ensenyar. Sovint tenen fantasies d'amor o èxit. Els atreu la passió i l'hedonisme, amb poca visió de futur.

Taula 2. Puntuacions expressades en taxa base (TB) obtingudes en l'MCMI-IV

Nom de la categoria	Nom de l'escala	Cas A	Cas B	Cas C		
Escala de validesa	Sinceritat	79 ^a	52	50		
	Desitjabilitat social	83 ^a	75 ^a	80 ^a		
	Devaluació	44	35	44		
Escala de personalitat	Patologia greu de la personalitat	Esquizotípic	70 ^d	12	36	
		Límit	60 ^d	45	62 ^d	
		Paranoide	77 ^c	63 ^d	0	
		Esquizoide	62 ^d	40	13	
		Evitatiu	58	18	18	
		Melancòlic	33	40	55	
		Dependent	47	42	36	
		Patrons clínics de personalitat	Histriònic	84 ^c	73 ^d	94 ^b
	Tempestuós		92 ^b	70 ^d	75 ^c	
	Narcisista		108 ^b	62 ^d	71 ^d	
Antisocial	68 ^d		73 ^d	66 ^d		
	Sàdic	62 ^d	70 ^d	40		
	Compulsiu	84 ^c	56	56		

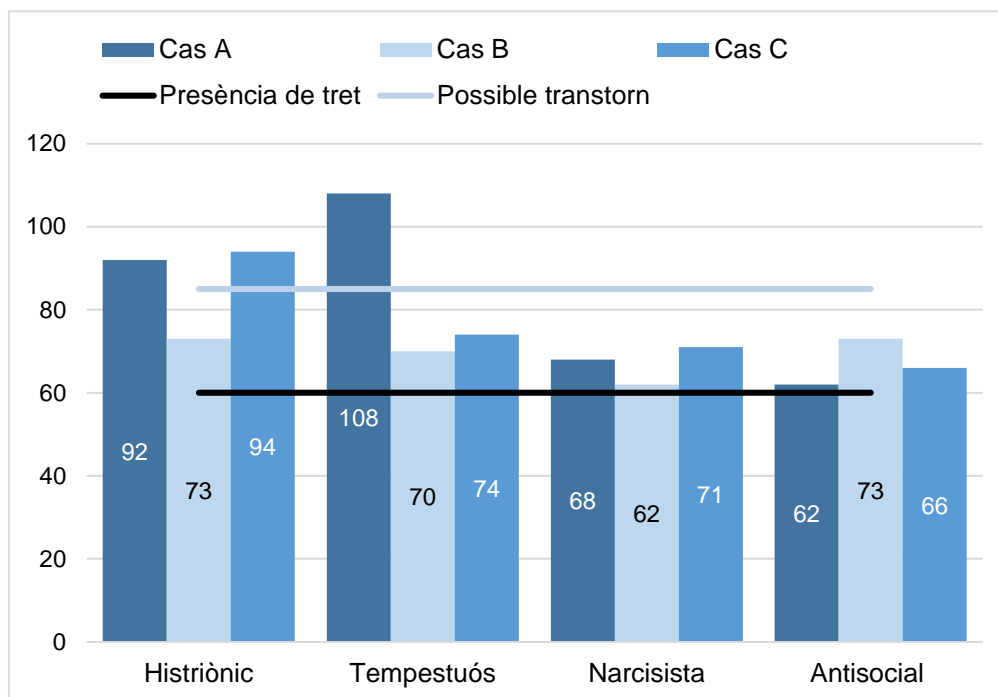
ser el centre d'atenció i solen sentir les relacions més pròximes del que realment són (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014).

⁷ El trastorn sàdic de la personalitat s'emmarca dins els trastorns no especificats de la personalitat. Conté trets d'uns altres trastorns de la personalitat: són persones amb trets antisocials i d'impulsivitat, aïllament social, que senten excitació sexual a través del patiment infligit a la víctima i solen consumir tòxics (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014).

Negativista	63 ^d	33	7
Masoquista	58	60 ^d	72 ^d

Nota: ^a = puntuacions significatives; ^b = presència de possible trastorn de personalitat, afectació significativa; ^c = presència del tret clínic de personalitat; ^d = presència del tret, nivell subclínic ($M = 50, DE = 10$).

Gràfic 2. Patrons clínics de personalitat en l'MCMI-IV



La taula 3 reflecteix les puntuacions dels tres casos obtinguts en el *VINCULATEST*. Presenten una vinculació segura i saludable. En el **cas A** hi destaca la puntuació elevada de l'escala paranoide, que pot modular la vinculació amb unes altres persones a causa d'atribucions persecutòries sobre l'experiència. En el **cas B**, una lleugera tendència a la vinculació insegura, possiblement a causa de l'ambivalència entre dependència i evitació emocional. Finalment, el **cas C** es caracteritza per la necessitat de proximitat afectiva i una possible idealització de les relacions interpersonals.

Taula 3. Mitjana de puntuacions obtingudes en el VINCULATEST

Nom de la categoria	Nom de l'escala	Cas A	Puntuació T Cas B	Cas C
Escala	Independència adaptativa	58	43	65
	Regulació emocional	67	55	73
	Vinculació dependent	48	50	53
	Vinculació evitativa	46	61	39
	Vinculació paranoide	60	41	39
	Vinculació hostil	39	42	39
	Innocència psicològica	58	47	60
Índexs	Vinculació segura	65	49	72a
	Vinculació insegura	46	57	45
	Vinculació desorganitzada	49	40	38
	Vinculació global saludable	55	52	63

Nota: ^a: Puntuacions elevades, dues desviacions típiques per damunt de la mitjana ($M = 50$, $DE = 10$).

6.2 Entrevista semiestructurada

Cas A

En conjunt, es pot descriure com un subjecte amb una relació familiar pròxima, encara que la comunicació és escassa. No compta amb un referent fora del centre, les seves habilitats socials són escasses i percep com a molt pròximes i íntimes relacions que en realitat són superficials. Depèn emocionalment de les persones del seu voltant i de la família. La seva infantesa va estar marcada per l'assetjament escolar i els maltractaments rebuts per un professor de l'escola. Ell mateix es qüestiona haver patit de nen abusos sexuals. Sap que el seu pare va ser víctima de maltractaments i que una tieta seva va ser abusada sexualment, ambdós per part del seu avi. No consumeix alcohol ni altres drogues. Compleix els criteris del DSM-5 per al trastorn hipersexual. Abans d'ingressar a la presó tenia un elevat nombre de distorsions cognitives relacionades amb la sexualitat. Era addicte a la pornografia, especialment a la infantil. Reconeix el delicte i admet que va ser culpa seva, que en aquell moment no era conscient dels fets i "gràcies al programa d'intervenció i a la paraula de Déu" no ho tornarà a fer. No sembla emocionalment connectat amb el seu discurs. Més aviat, el repeteix com un mantra per sentir que així pot controlar els seus impulsos, i diu que a partir d'ara

farà les coses bé. El subjecte té una elevada labilitat emocional, impulsivitat i fàcilment mostra els seus sentiments. Exterioritza un estat generalitzat de tensió i moviments nerviosos. Pot presentar indicis d'alteració del pensament i idees a què es fa referència.

Cas B

El participant va explicar en l'entrevista que actualment la relació amb la seva família està molt deteriorada a causa dels delictes comesos. Va referir que la seva mare el visita perquè té sentiments de culpa. No té amics perquè s'ha aprofitat de tots ells. Tenia una bona feina, de la qual suposadament gaudia, però el van fer fora per absentisme laboral. El seu pare va ser alcohòlic i per això assenyala que no li agrada consumir ni drogues ni alcohol. El subjecte explica que el motiu pel qual abusava de les menors era que volia sentir que tenia poder sobre elles, encara que per excitar-se diu pensar en dones adultes. Se li van confiscar moltes fotografies de menors d'edat, que li havien enviat a petició seva; prèviament, ell els havia enviat fotos íntimes pròpies. Tenia la creença que no passava res per abusar de les menors, que amb el temps se n'oblidarien i ell seria "una persona més" amb qui haurien mantingut relacions sexuals. Actualment entén que això no és així i que aquestes conductes els poden causar dany. No sent que les normes socials el concerneixin, tendeix a creure's invencible, li agrada sentir-se sense limitacions i com una força imponent i inspiradora. Troba plaer a intimidar i coaccionar, tendeix a ser ofensiu verbalment i agressiu sexualment, la qual cosa li proporciona una gratificació psicològica immediata.

Cas C

En l'entrevista es va veure que el subjecte és una persona molt emocional que presenta idees d'autoimportància. Sol manipular i donar una imatge perfecta de si mateix. Busca atenció de forma activa. Tendeix a redimir els seus actes impulsius i la seva autoimatge canviant amb expressions de remordiment i conductes autopunitives. Parla del delicte com d'una situació molt puntual amb la qual no s'identifica, li treu importància i omet els fets. El subjecte explica que al moment de cometre el delicte no era conscient dels seus actes i afirma, amb

rotunditat, que mai tornarà a repetir una cosa així. Confessa que de petit va patir abusos –als dotze anys va ser contractat per fer massatges de caràcter eròtic en un club privat–; tanmateix, no ho va percebre negativament. És algú amb habilitats socials, encara que considera que realment només té dos amics fora de la presó. Pot sentir plaer quan la reacció esperada seria el dolor, i dolor quan la més adequada seria el plaer. Aquesta transposició de la gratificació de les necessitats dona lloc a la frustració i de vegades a l'autosabotatge. Admet tenir una falta de valors en la seva educació i reconeix que normalitzava coses del sexe que la resta de persones no faria. En les sessions de teràpia parla de forma molt esbiaixada, no sent que pugui parlar lliurement del delictes, perquè sospita que la terapeuta té una filla i hi podria projectar el seu delictes.

7. Discussió

Aquesta investigació no pretén determinar ni extrapolar el perfil dels agressors sexuals de menors intrafamiliars, sinó fer una aproximació arran dels tres casos analitzats. Conèixer les causes i motivacions que han portat una persona a abusar sexualment d'una altra no és gens fàcil. És difícil discernir entre els fets reals i el que diuen per intentar minimitzar la gravetat del delicte i així reduir condemna i aconseguir permisos. Per això, cal investigar la història vital del delinqüent, que és multifactorial (Echeburúa i Guerricaechevarría, 2005). Els tres casos analitzats corresponen a subjectes de nivell socioeconòmic mitjà, no són persones amb trastorns psicòtics i la seva intel·ligència es troba dins la mitjana. Malgrat obtenir puntuacions elevades en el test d'autoestima de Rosenberg, la qual cosa n'indica un bon nivell, en l'entrevista es va poder veure que realment els subjectes posseeixen baixa autoestima i que utilitzen la sexualitat per compensar el baix concepte que tenen d'ells mateixos. En la correcció de l'MCMI-IV, es va fer patent aquesta incongruència i que tots tres tractaven d'amagar certes dificultats psicològiques i interpersonal. No van utilitzar comportaments violents per als abusos, sinó que van manipular les víctimes per mantenir-hi relacions. Tal com mostren els resultats obtinguts en l'MCMI-IV, hi predominen els trets histriònics, tempestuosos, narcisistes i antisocials, que es corresponen amb el clúster B de personalitat. Els entrevistats es caracteritzen per ser individus dramàtics, emocionals o erràtics amb comportaments predominantment impulsius. Solen violar les normes socials i presenten una elevada necessitat de poder. Són persones melodramàtiques, susceptibles i superficials que tracten d'obtenir constantment l'atenció i aprovació dels altres. El seu estat d'ànim és làbil i ben sovint tenen conflictes interpersonal intensos. Una altra característica que comparteixen els tres subjectes, i que també van trobar autors com Echeburúa i Guerricaechevarría (2005) i Orjuela i Rodríguez-Bartolomé (2012) en les seves investigacions, són les històries prèvies d'abús en la infantesa. En dos dels casos van patir abús físic i psíquic i el tercer, a més, abús sexual repetit. Per entendre com han arribat a convertir-se en agressors sexuals de menors és important analitzar els aspectes socials i culturals de la seva educació. Tots tres perceben que els models educatius rebuts presentaven mancances greus, tant

per negligència parental com pel fet de procedir de colles violentes. La infantesa de tots tres ha estat marcada per la violència i per relacions interpersonals conflictives, una realitat que no coincideix amb els resultats obtinguts en el *VINCULATEST*. Aquesta incongruència es pot deure al fet que tracten de mostrar una imatge positiva per poder obtenir un informe favorable i aconseguir permisos de sortida a l'exterior, millorar el règim de vida a la presó o de cara a una concessió de llibertat condicional.

En aquesta investigació s'han pogut veure certs patrons familiars que passen de pares (o model de referència) a fills. Per això, és essencial prendre precaucions abans que es produeixin els abusos. Un cop ja han tingut lloc, és important conscienciar-ne la persona i proporcionar-li les eines per processar el que ha succeït, tractant que la repercussió futura sigui la menor possible. Un esdeveniment que resulta perjudicial de manera significativa, i que es normalitza cada vegada més, és el consum de pornografia, especialment material d'explotació sexual infantil (MESI), és a dir, el que popularment s'anomena, de forma errònia, pornografia infantil. Encara que no hi hagi contacte directe amb el menor, consumir aquest tipus de contingut està perpetuant els abusos sexuals infantils, ja que aquest material s'ha obtingut a partir d'una agressió o abús sexual a un menor real. A més, el consum habitual d'aquest tipus de contingut fa més probable l'acostament físic a menors o a través de càmera web (*grooming*) i el subjecte acabi sent agressor dual (Sotoca-Plaza *et al.*, 2020), és a dir, no només consumidor d'imatges d'abusos sexuals infantils sinó també perpetrador d'aquests, com ara el cas del subjecte B.

Dos dels interns se sentien socialment aïllats, i el subjecte que era més actiu socialment va explicar que té coneguts, més que no pas amics pròxims i de confiança. Dos dels tres entrevistats consumien material d'explotació sexual infantil (MESI) i presentaven trets paranoïdes. Tots ells mostraven incapacitat per sentir la repercussió que tindrien els fets en la víctima i van manifestar que no eren capaços de modificar la situació o d'aturar-la, tot i que sabien que el que feien no és adequat.

La valoració global del Programa d'Intervenció en violència sexual ha estat molt favorable per part dels tres interns. Perceben millores no només en el terreny sexual, sinó també en el seu desenvolupament personal. Critiquen que un dels requisits per iniciar el programa sigui haver complert com a mínim tres quartes parts de la condemna, ja que senten que haurien de poder començar abans. En els tres casos refereixen que, en finalitzar el programa, coneixen i comprenen millor les seves conductes i han après a reconèixer les distorsions cognitives que tenen. El fet de conèixer-se més ha estat una motivació significativa per seguir en el programa. Els subjectes han remarcat com a especialment importants les sessions d'empatia. La motivació principal per començar el programa és la possibilitat d'avançar permisos de sortida i quedar-se en el mòdul específic d'agressors sexuals en adherir-se i complir el programa. La voluntarietat de la seva participació, que és imprescindible en el programa, en motiva l'assistència, perquè se senten lliures en un espai ple de pautes i obligacions. Un factor que no n'afavoreix la participació és l'obligatorietat de fer un relat verídic, la qual cosa potencia que tinguin una actitud defensiva, ja que senten que la nova informació aportada pot repercutir de forma negativa en l'aprovació dels permisos de sortida. Des del punt de vista dels interns avaluats, i d'algun dels funcionaris del mòdul, convindria que els funcionaris rebessin formació específica sobre el tractament de violència sexual, ja que són les persones que passen més temps amb ells i els coneixen millor, de manera que podrien esdevenir un suport important per a l'objectiu del programa. El *feedback* que aquests funcionaris poden aportar a la resta de professionals és molt important, ja que una persona és capaç de fingir durant una hora, però no pot fer-ho durant tot el dia els 365 dies de l'any.

Una altra millora que podria fomentar l'adhesió al programa és facilitar explicacions teòriques sobre les sessions, per tal que els subjectes poguessin reflexionar sobre els conceptes tractats i entendre millor què se'ls demana en cada tasca. Un fet que afavoreix l'aplicació del programa és que està pensat perquè qualsevol professional de l'equip de tractament pugui impartir-ne les sessions. Tanmateix, això mateix pot dificultar el maneig de la informació. Que s'especifiqui la preferència de l'especialista en cada sessió podria ser més

eficient, ja que cada professional (sigui de la psicologia, sigui de l'educació social) està especialitzat en un àmbit concret, per la qual cosa les seves funcions són diferents dins del Programa.

8. Conclusió

Sobre la base de les hipòtesis plantejades en iniciar la investigació i després d'analitzar els resultats obtinguts, podem concloure que s'ha de rebutjar la hipòtesi segons la qual "els agressors sexuals de menors entrevistats serien persones que no han desenvolupat un estil d'aferrament segur". D'acord amb els resultats obtinguts, cal assenyalar que en el *VINCULATEST* els tres subjectes sí han desenvolupat una vinculació segura.

Quant a la hipòtesi segons la qual "els agressors sexuals de menors entrevistats tindrien un nivell baix d'autoestima", no hi ha un resultat clar, ja que sobre la base del resultat de l'escala de Rosenberg, dos dels tres subjectes mostren bon nivell d'autoestima i el tercer un baix nivell.

Acceptem les altres tres hipòtesis. En primer lloc, "els agressors sexuals de menors entrevistats presentarien trets patològics de personalitat", ja que dos dels tres presenten trets de personalitat patològics en les escales histriònic, tempestuós i narcisista. Després, "els agressors sexuals de menors entrevistats presentarien trastorn hipersexual", atès que, d'acord amb l'entrevista semiestructurada i la informació de la psicòloga del Centre Penitenciari, tots tres presenten trastorn hipersexual. Finalment, també queda acceptada la hipòtesi que planteja que "existeixen factors influents en l'adhesió al tractament", ja que s'hi han trobat diversos factors que intervenen en l'adhesió al tractament. Els que hi influeixen de forma positiva, segons les respostes dels interns, són la possibilitat de conèixer-se millor, l'obtenció de permisos de sortida, la implicació dels diferents professionals del centre i la voluntarietat d'assistència. Els factors que influeixen de forma negativa són pensar que el terapeuta o la terapeuta té fills o filles i haver de relatar els fets de forma verídica. Això últim és una arma de dos talls, ja que, per poder-ne fer un abordatge integral, cal conèixer el motiu real que els ha portat a delinquir i els disparadors del succés, però això alhora pot alentir els permisos de sortida a l'exterior o la concessió futura de la llibertat condicional.

9. Limitacions

Durant aquest estudi han sorgit algunes dificultats, que s'esmenten a continuació. D'una banda, la població és de difícil accés; es necessita poder passar llargs tràmits burocràtics, que s'han vist exacerbats per la COVID-19, la qual cosa ha ocasionat el retard de la investigació diversos mesos. D'altra banda, la personalitat és una àrea complexa d'analitzar, ja que existeixen moltes variables que s'han de tenir en compte: s'ha de delimitar molt la mostra (gènere, edat, cultura, etc.), la qual cosa no permet extrapolar els resultats. Un altre factor limitador quant a la validesa dels resultats és que tant l'escala d'autoestima de Rosenberg com el *VINCULATEST* no disposen d'una escala que avaluï la validesa dels resultats, per la qual cosa per a aquesta població és millor escollir proves que presentin més sensibilitat a l'engany.

Tampoc no hi ha ajudat la mida de la mostra, molt petita i no representativa. El motiu principal pel qual no s'ha pogut accedir a una mostra més gran és de caràcter econòmic. La Universitat ha finançat tres MCMI-IV i la investigadora ha costejat la resta de proves, ja que no hi havia una altra entitat que les sufragués.

Com s'ha esmentat anteriorment, els resultats de les diferents proves s'han analitzat amb cautela, atès que els tres subjectes tractaven de donar una imatge favorable de si mateixos. Malgrat això, els tres perfils obtinguts, i que ha supervisat la psicòloga del Centre Penitenciari, reflecteixen de forma fidedigna la personalitat dels tres interns i, en cada cas, en remarquen els aspectes més prominents.

10. Propostes de millora

Calen més investigacions per poder detallar amb més precisió el perfil d'aquest tipus d'agressors, optimitzar-ne el tractament, promoure que s'hi adhereixin i avaluar-ne el risc real de reincidència.

Una proposta de millora per a futures investigacions seria accedir a una mostra més extensa i representativa de diferents centres penitenciaris espanyols, per tal de poder obtenir dades més precises i resultats que fossin generalitzables. Estudiar detalladament la infància de la persona, el seu entorn sociodemogràfic, l'educació que ha rebut, els marcadors biològics, etc. ajudaria molt a conèixer l'origen de les cognicions dels agressors, a trobar quins factors poden activar l'agressió. Una altra millora seria elaborar un instrument específic que permeti avaluar les distorsions cognitives per poder identificar quins factors els porten a cometre aquesta tipologia delictiva. En la línia de les proves psicomètriques utilitzades, seria recomanable per avaluar el nivell d'autoestima i el tipus d'aferrament unes altres mesures més sensibles a la veracitat de les respostes, ja que aquests subjectes tendeixen a la manipulació i a presentar-se de forma socialment acceptable durant l'avaluació, com s'ha pogut veure en els resultats de l'MCMI-IV. Tant l'escala d'autoestima de Rosenberg com el *VINCULATEST* no han estat proves adequades per a aquesta població.

Com hem dit abans, formar els funcionaris del mòdul sobre el Programa d'intervenció en violència sexual ajudaria a treballar els objectius no només amb els professionals a càrrec del programa, amb els quals només passen unes hores, sinó també fora de les sessions, en el seu dia a dia i en les seves relacions amb les altres persones amb qui conviuen. Aquesta proposta va sorgir arran de les entrevistes amb els tres subjectes i una conversa amb un dels funcionaris del mòdul en què es troben interns.

11. Reflexió final

Un coneixement més profund de cada tipologia d'agressor sexual, i les seves motivacions delictives, ha de facilitar el tractament òptim per prevenir-ne futurs casos. Sabem que és utòpic pensar en l'erradicació total dels abusos sexuals intrafamiliars; no obstant això, podem aconseguir que disminueixin significativament si tenim en compte els factors de risc i les característiques dels agressors. Contràriament al que creia inicialment, la separació dels grups de tractament per tipologia de delicte sexual no sembla ser el més encertat, segons la meua experiència a Brians-2. Separar els interns en diferents grups terapèutics, en funció de la naturalesa del seu delicte de violència sexual, augmenta l'estigma social, que és molt elevat en els delictes d'abús o agressió sexual a menors. Segons l'experiència dels professionals que treballen amb aquest col·lectiu, si interrelacionem diferents tipus d'agressors sexuals s'obtenen bons resultats en el programa i s'evita augmentar l'estigmatització que ja d'entrada té aquest col·lectiu. Això els permet conèixer-se millor els uns amb els altres, adonar-se de les històries que han viscut, que molts problemes que tenen són comuns i que tots lluiten per trobar les eines que els permetin canviar les seves estratègies d'afrontament i no reincidir.

12. Referències bibliogràfiques

Alubí, M. (2018). *Vinculatest. Test para la evaluación y valoración de los vínculos interpersonales en adultos*. TEA. Recuperat de:

http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/Vinculatest_Extracto_manual.pdf

Alemany, A., Fernández. L. i Marín. B. (2020). Estudio sobre la respuesta judicial a la violencia sexual que sufren los niños y las niñas. *Asociación de Mujeres Juristas Themis*. Ministerio de Igualdad, Centro de Publicaciones. Recuperat de: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigacion/es/2020/respuesta_judicial.htm

American Psychiatric Association (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. *American Psychiatric Pub.*

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. i Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483.

Becerra, J. A. (2013). ¿Existe un perfil característico de psicopatología de la personalidad en pedofilia? *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 105, p. 5.

Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2005). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico* (2a. ed.). Ariel.

Garrido, V. i Beneyto, M. (1996). *El control de la agresión sexual. Un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión y en la comunidad*. Ed. Cristóbal Serrano Villalba.

Girón, R. (2015). Abuso sexual en menores de edad: problema de salud pública. *Avances en Psicología*, 23(1), 61-71.

Gómez Tagle López, E. i Juárez Ríos, E. (2014). Criminología sexual. *Revista IUS*, 8(34), 141-165.

Instituto Nacional de Estadística (2017). *Delitos condenados en España*. Recuperat de <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=25997>

Llei orgànica 5/2010, de 22 de juny, por la qual es modifica la Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi penal. *Boletín Oficial del Estado* Supplement en llengua catalana al núm. 152, 23 de juny de 2010.

Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i

garantia dels drets digitals. *Boletín Oficial del Estado*. Suplement en llengua catalana al núm. 294, 6 de diciembre de 2018.

Magalhães, T., Taveira, F., Jardim, P., Santos, L., Matos, E. i Santos, A. (2009). Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16(8), 455–459.

Marshall, L. i Marshall, W. (2002). ¿Cómo llega alguien a convertirse en un delincuente sexual? En S. Redondo, *Delincuencia sexual y sociedad* (p. 235-250). Ariel.

Martínez-Catena, A. i Redondo, S. (2017). Psychological treatment and therapeutic change in incarcerated rapists. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 9(1), 41-49.

Millon, T., Grossman, S. i Millon, C. (2015). *Inventario clínico multiaxial de Millon. MCMI-IV*. Pearson.

Moreno, F. X. (2006). *Perfil psicológico de los pedófilos*. Recuperat de: <https://psicologiajuridica.org/psj197.html>

Organització Mundial de la Salut (OMS) (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres* (WA309). Recuperat de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1.

Orjuela, L. i Rodríguez-Bartolomé, V. (2012). Violencia sexual contra los niños y las niñas: abuso y explotación sexual infantil. *Save of Children España*.

Ortiz-Tallo, M., Sánchez, L. M. i Cardenal, V. (2002). Perfil psicológico de delincuentes sexuales. Un estudio clínico con el MCMI-II de Th. Millon. *Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Barcelona*, 29(3), 144-153.

Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 126-133.

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., i Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(4), 328-338.

Pérez, J. (2002). Bases biológicas de la agresión sexual. En S. Redondo, *Delincuencia sexual y sociedad* (p. 221-234). Ariel.

Polo, P. i Darder, M. (12 de noviembre de 2020). *Les violències sexuals a la infància i l'adolescència* [Sessió de conferència]. Jornada pel Dia Internacional de l'Eliminació de les Violències envers les Dones. Girona.

Ramírez, M. P., Redondo, S., García, M. M., Forero, C. G. i Andrés, A. (2009). Assessing risk of recidivism in sex offenders. *Psychology in Spain*, 13(1), 55-61.

Redondo, S. (2002). Delincuencia sexual: mitos y realidades. En S. Redondo, *Delincuencia sexual y sociedad* (pp. 35-52). Ariel.

Redondo, S. (2006). ¿Sirve el tratamiento para rehabilitar a los delincuentes? *Revista Española de Investigación Criminológica*, 4, 1–22.

Redondo, S. i Genovés, V. G. (2008). Efficacy of a psychological treatment for sex offenders. *Psicothema*, 20(1), 4-9.

Rivera, G., Romero, M. C., Labrador, M. i Serrano S., (2006). *El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario. Manual del terapeuta*.

Rodríguez-Marín, J. (2004) Cumplimiento terapéutico del paciente y seguridad clínica. *Monografías Humanitarias*, (8),101-110.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Sánchez, R. G. (2015). Abuso sexual en menores de edad, problema de salud pública. *Avances en Psicología*, 23(1), 61-71.

Save the Children (2017). *Ojos que no quieren ver: los abusos sexuales a niños y niñas en España y los fallos del sistema*. Recuperat de: <https://www.savethechildren.es/publicaciones/ojos-que-no-quieren-ver>

Sotoca-Plaza, A., Ramos-Romero, M. i Pascual-Franch, A. (2020). El perfil del consumidor de imágenes de abuso sexual infantil: semejanzas y diferencias con el agresor *offline* y el delincuente dual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 30(1), 21-27.

Sowislo, J. F. i Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 139(1), 213.

Stoltenborgh, M., IJzendoorn, H. M., Euser, M, E. i Bakermans-Kranenburg, M. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-Analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101.

Ullman, S. E. (2002). Social reactions to child sexual abuse disclosures: a critical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(1), 89-121.

Vázquez, A. J., Jiménez, R. i Vázquez-Morejón, R (2004). Escala de autoestima

de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.

Villanueva, I. (2013). El abuso sexual infantil: perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*, 16(30), 451–470.

Yakeley, J. i Wood, H. (2014). Paraphilias and paraphilic disorders: diagnosis, assessment and management. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(3), 202-213.

13. Annexos

13.1 Annex 1. Entrevista semiestructurada

- Repàs de dades de filiació, antecedents familiars i personals. Genograma.
- Malalties físiques o psíquiques.
- Entorn: Ciutat on va passar la infància. On vivien al moment del delictes.
- Delicte pel qual estan penats.
 - o Antecedents penals anteriors.
 - o Relació amb la víctima (parentiu).
 - o Detonant que el va portar a agredir sexualment.
 - o Què opines sobre el que vas fer / va passar?
 - o Què va passar?
 - o Distorsions cognitives.
- Parella. Freqüència de relacions sexuals amb la parella.
- Infantesa.
 - o Com descriuries la relació amb els teus progenitors?
 - Mare.
 - Pare.
 - Altres cuidadors/tutors.
 - o Tipus d'escola.
 - o Família liberal o conservadora.
 - o Educació rebuda. Ensenyament del bé/mal.
 - o Reacció quan algú el castigava, quan li deien què havia de fer.
 - o Abusos en la infantesa. Maltractament físic i psíquic.
 - o Escola.
 - Va repetir curs?
 - Amics a l'escola.
 - Assetjament escolar (*bullying*).
 - Relació amb els professors i figures d'autoritat.
 - o Amistats actuals. Dins i fora del Centre Penitenciari.
- Consum d'alcohol o altres drogues.
 - o Si n'havia consumit quan va cometre el delictes.

- Àmbit laboral. Màxim temps en una mateixa feina.
- Sexualitat.
 - o Preferència sexual (homes, dones, nens). Des de quina edat?
 - o Primera relació sexual.
 - o Fantasies sexuals.
 - o Consideres que et feia mal algun comportament sexual?
- Vàlvula d'escapament. Comportament davant situacions desagradables o estressants.
- Adhesió al tractament:
 - o Per què iniciar tractament.
 - o Motivació per iniciar-lo. Per mantenir-lo.
 - o Gènere del terapeuta.
 - o Explicació sobre el tractament
 - o Competències del professional.
 - o Sessions del programa.
 - o Ambient en què es desenvolupa la teràpia.
 - o Durada del tractament.
 - o Reconeixement del delictes davant d'altres persones.

13.2 Annex 2. Criteris del DSM-5 per al trastorn hipersexual

- A. Durant un període d'almenys sis mesos, presenta fantasies sexuals recurrents i intenses, impulsos sexuals i conducta sexual en associació amb quatre o més d'aquests criteris:
1. Consumeix un temps excessiu en fantasies i impulsos sexuals, planificant i participant en conductes sexuals.
 2. Repetidament desenvolupa aquestes fantasies, impulsos i conductes com a resposta a estats d'ànim disfòrics (per exemple: ansietat, depressió, avorriment, irritabilitat).
 3. Repetidament desenvolupa fantasies, impulsos i conductes sexuals com a resposta a esdeveniments estressants de la vida.
 4. Repetitius i infructuosos esforços per controlar o reduir significativament aquestes fantasies, impulsos i conductes sexuals.
 5. Repeteix el comportament sexual sense tenir en compte el risc de dany físic o emocional a si mateix o a altres persones.
- B. Hi ha un malestar clínicament significatiu o deteriorament personal en les àrees social, professional o d'un altre tipus de funcionament, associat amb la freqüència i intensitat d'aquestes fantasies, impulsos i conductes sexuals.
- C. Aquestes fantasies sexuals, impulsos i conductes no es deuen als efectes fisiològics directes de substàncies exògenes (per exemple, drogues d'abús o medicació) o a episodis maníacs.
- D. La persona té almenys 18 anys.

A més, cal especificar si les conductes són masturbació, consum de pornografia, relacions sexuals amb consentiment amb adults, pràctiques sexuals a través d'internet (cibersexe), trucades a telèfons de contingut sexual, assistència a clubs de *striptease*, o diverses d'aquestes.

13.3 Annex 3. Clàusula de confidencialitat

PARTICIPACIÓ VOLUNTÀRIA

La decisió de participar o no en aquest estudi és totalment voluntària. La vostra decisió, sigui la que sigui, no afectarà de cap manera l'atenció i tracte que rebreu per part del Centre. La informació recollida serà destinada per a usos científics en el camp de la psicologia, no es manipularan, transformaran i/o cediran a terceres persones. No obstant això, la Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima pot accedir a una còpia de les dades recollides, de la descripció de les variables i de les categories per tal que de poder-les utilitzar en avaluacions pròpies que puguin interessar l'Administració d'execució penal. Se us informarà sobre el desenvolupament del projecte en cas que aquesta ho sol·liciti.

De la mateixa manera, podeu retirar la vostra participació de l'estudi, sense cap tipus de repercussió negativa per part de la investigadora i sense que calgui donar cap explicació. A través de la persona de referència del Centre podeu contactar amb la responsable de l'estudi quan ho desitgeu per comunicar la vostra renúncia a participar en l'estudi.

Beneficis obtinguts

Si decidiu participar en aquest estudi se us comunicaran totes les dades recollides mitjançant les proves administrades, així com també se us comunicaran els resultats generals que s'hi obtinguin de forma global i la rellevància d'aquests per a un tractament psicològic.

Confidencialitat

Totes les dades recollides en paper en relació amb l'entrevista i a les proves psicomètriques, es codificaran amb un algoritme alfanumèric que protegeixi i garanteixi tots els vostres drets de protecció i confidencialitat de dades personals.

Únicament i exclusivament la persona responsable de l'estudi i la persona de referència al Centre coneixeran la identitat de les persones que hi participen.

Un cop s'hagin codificat i sense que hi hagi cap signe que pugui revelar la vostra identitat, les vostres dades s'introduiran en un ordinador al qual tindrà accés la persona responsable de l'estudi al moment de l'entrevista semiestructurada.

Les vostres dades són a la vostra disposició sempre que hi desitgeu accedir-hi, rectificar-les o corregir-les i/o sol·licitar que s'ometin o cancel·lin.

Els resultats obtinguts en aquest estudi es publicaran, amb preservació en tot moment la vostra identitat i respectant-hi l'absoluta confidencialitat, en el treball de fi de màster de la investigadora Roser Iglesias, estudiant del màster de Psicologia General Sanitària de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Les vostres responsabilitats

Si decidiu participar-hi, cal que ho autoritzeu com s'indica a continuació:

1. Cal que signeu el document de consentiment informat.
2. Heu d'acordar amb la persona referent del Centre (o director o directora) la sessió de recollida d'informació en un termini màxim de dues setmanes després que signeu el document de consentiment informat.
3. La participació en l'estudi, no us eximeix de seguir la dinàmica, activitats i tasques establertes del Centre.

Per tot això, DONO EL CONSENTIMENT pel que fa a la meva participació en aquest estudi i a l'anàlisi i publicació de les dades que pugui fer la persona que n'és responsable, Roser Iglesias.

La persona informant

La persona participant

Roser Iglesias González

Nom:

DNI:

Codi alfanumèric:

Barcelona, ____ de _____ de 2020