



cejfe

Ámbito de Ejecución Penal

Violencia sexual: Aproximación al perfil psicopatológico de los agresores sexuales de menores

Autora

Roser Iglesias González

Año

2021



Generalitat de Catalunya
**Centre d'Estudis Jurídics
i Formació Especialitzada**

Violencia sexual: aproximación al perfil psicopatológico de los agresores sexuales de menores

Roser Iglesias González

El Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada ha editado esta investigación respetando el texto original de los autores, que son responsables de la corrección lingüística.

Las ideas y opiniones expresadas en la investigación son de responsabilidad exclusiva de los autores, y no se identifican necesariamente con las del Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.

Aviso legal



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\) de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es_ES), cuyo texto completo se encuentra disponible en https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es_ES

Así pues, se permite la reproducción, la distribución y la comunicación pública del material, siempre que se cite la autoría del mismo y el Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (Departamento de Justicia) y no se haga un uso comercial ni se transforme para generar obra derivada.

Agradecimientos

Para empezar, quisiera agradecer a todas las personas que me han ayudado a lo largo de esta investigación, tanto con el diseño, la búsqueda bibliográfica, el acceso al centro penitenciario, las entrevistas, las correcciones, etc. En especial a mi tutora, la Profesora Dra. Montserrat Gomà-i-Freixenet, a Graciela Garcia Vilà y Raquel Robalo, del Área de Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima; al Dr. David Ramírez Castillo, Director de PsicoSalud Pamplona por darme la oportunidad de hacer unas prácticas extracurriculares y ayudarme en el diseño de la investigación; también a su secretaria María Ferreiras; a los profesionales del centro penitenciario Brians-2, a los tres internos voluntarios que me permitieron indagar en sus vidas privadas; y, como no, a mi familia.

Índice

1. Introducción	1
2. Marco teórico	3
3. Objetivos.....	8
3.1 Objetivos generales.....	8
3.2 Objetivos específicos	8
4. Hipótesis	9
5. Método.....	10
5.1 Diseño de estudio y participantes	10
5.2 Instrumentos	11
5.2.1 Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-IV).	11
5.2.2 Entrevista clínica semiestructurada.	11
5.2.3 <i>VINCULATEST</i>	Error! No s'ha definit el marcador.
5.2.4 Escala de Autoestima de Rosenberg.....	12
5.2 Procedimiento	13
5.3 Cuestiones éticas	13
6. Resultados.....	15
6.1 Pruebas psicométricas administradas.....	15
6.2 Entrevista semiestructurada	19
7. Discusión	22
8. Conclusión	25
9. Limitaciones.....	26
10. Propuestas de mejora.....	27
11. Reflexión final	28
12. Referencias bibliográficas.....	29
13. Anexos.....	33
13.1 Anexo 1. Entrevista semiestructurada.....	33
13.2 Anexo 2. Criterios del DSM-5 para el Trastorno Hipersexual.....	35
13.3 Anexo 3. Cláusula de confidencialidad.....	36

1. Introducción

Los abusos sexuales a menores son más frecuentes de lo que se pueda pensar, y como en todos los casos de abuso, si algo debe quedar claro es que la responsabilidad no recae en las víctimas. En el caso de los menores, al no esperar ni imaginar que una situación de abuso pueda producirse, desconocen método alguno para prevenirlo. Cabe resaltar que el mayor número de incidencias se produce dentro del núcleo familiar; el lugar donde menos se puede sospechar que esto pueda suceder, puesto que habitualmente es un sitio en el que sentirse protegido y seguro. En la actualidad se denuncian muchos más casos de abuso y agresión sexual que antaño. Esta tendencia creciente no se debe a un aumento de incidencias, se debe a un aumento de víctimas dispuestas a denunciar lo ocurrido. Ciertamente, no se puede negar que un porcentaje de estas denuncias sean acusaciones falsas; pero en el particular caso que nos concierne, los abusos a menores, este es un porcentaje bastante bajo (<10%) que no afecta de forma significativa al balance final. Si el porcentaje es tan bajo en estas circunstancias es porque un menor que realiza este tipo de denuncias no solo debe enfrentarse a la dureza del procedimiento – en ningún caso favorable ni agradable para este – sino también por todas las consecuencias – sociales, familiares y personales – que acarrea llevarlas a cabo.

Centrándonos en el agresor, y contradiciendo lo que popularmente se cree, éste no conduce a la percepción de ser un depravado; de hecho, nada dista más de la verdad. Los agresores se muestran agradables y simpáticos con quienes les rodean, mostrando un alto sentido de moralidad a la par que estabilidad emocional. Esta falsa impresión no hace más que dificultar la detección o sospecha de su peligrosidad para con los menores. Debido a esto, a lo largo del tiempo se ha ido estudiando el perfil psicológico de quienes agreden sexualmente a menores llevando a un conocimiento mayor y más certero de éste. Esta labor es de suma importancia no solo para mejorar la detección de posibles agresores – pudiendo prevenir de este modo la perpetuación del acto – sino también para poder establecer tratamientos adecuados y adaptados a las necesidades de este. La adaptación, tanto de la terapia como del tratamiento, se

realiza con el fin de conocer los factores de riesgo que pueden incitar la agresión por parte del acometedor y poder, de este modo, disminuir el riesgo de reincidencia. También cabe destacar que el conocimiento de los patrones psíquicos de los que abusan sexualmente de menores, es indispensable para conocer la causa que les llevó a ser agresores, así como intentar comprender exhaustivamente las causas que derivaron en la ya acometida agresión.

Por último, incidir en la estigmatización de este tema en la sociedad; no se habla del hecho de que esté sucediendo aún hoy en día, por no ser un tema fácil de tratar ni cómodo para conversar. Y por contradictorio que parezca, dar a conocer y abordar el tema es beneficioso. Por un lado, hablar sobre la existencia de abusos sexuales a menores – sobre todo dentro el núcleo familiar – es otra forma de prevención ya que puede hacer que alguien detecte comportamientos de posible alerta. La otra cara de la moneda es la superación de la agresión por parte de la víctima. Hablar del tema no solo puede ayudar a comprender al perjudicado que lo sucedido no es motivo de vergüenza ni por su culpa, sino que puede evitar que éste adquiera un patrón de comportamiento sumiso o pasivo que le lleve a recaer en futuros abusos.

En conclusión, esta investigación se centra en el perfil psicológico de los agresores – desde la presencia de hipersexualidad, pasando por su nivel de autoestima, hasta la manera en que interaccionan y crean vínculos con su alrededor – a la vez que analiza posibles factores que puedan influir en el proceso terapéutico como la relación con el terapeuta o la voluntariedad del tratamiento.

2. Marco teórico

La sexualidad es una dimensión de la naturaleza humana, necesaria y saludable para el correcto desarrollo a nivel intrapersonal e interpersonal que se desarrolla mediante actos libres y de mutuo acuerdo. Si una de estas dos características no se da, es cuando hablamos de violencia sexual. Los delitos que atentan contra la libertad sexual son varios, para ello me remito al Código Penal. La regulación de las agresiones y abusos sexuales contra menores de trece años se encuentra en el Título VIII “De los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales”, en su capítulo II bis “De los abusos y agresiones sexuales a menores de dieciséis años”. Este Capítulo II bis fue introducido por la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modificó la L.O, 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Dicho Capítulo consta de dos artículos, el 183 y el 183 bis.

La diferencia entre agresión y abuso es la presencia de la violencia física y/o intimidación. En la agresión sexual la violencia física y/o intimidación están presentes, por el contrario, en el abuso sexual hay violencia psicológica, manipulación, engaños y/o amenazas. Es más común el abuso sexual que las agresiones en el caso de los menores, ya que los niños no suelen tener la capacidad para entender la situación y esto facilita al agresor manipular a las víctimas sin necesidad de violencia física (Save the Children, 2017). Según tres estudios de metaanálisis realizados por Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito (2009), Stoltenborgh, IJzendoorn, Euser y Bakermans-Kranenburg (2011) y Barth, Bermetz, Heim, Trelle y Tonia (2014), entorno al 8% de los varones y cerca de un 20% de las mujeres han sufrido alguna forma de abuso o agresión sexual, con o sin contacto físico, antes de haber cumplido los 18 años. Los tres estudios han analizado muestras de más de 20 países, entre ellos, España. No obstante, a través de las encuestas de victimización se ha podido determinar que la frecuencia de estos delitos es superior a la que se conoce. Aproximadamente, se denuncian un 45% de las violaciones y cerca del 10% de los abusos sexuales. Entre el 42% y el 75% de víctimas no revela haber sido víctima de violencia sexual hasta llegar a la edad adulta y del 28% al 60% no llega a explicarlo nunca a nadie (Ullman, 2002). El informe de *Save the Children* (2017), “Ojos que no

quieren ver”, recoge que, del escaso número de denuncias sobre violencia sexual, un 72% de los casos se archivan, generalmente, por falta de pruebas. En un estudio realizado por el *International Criminal Survey (ICS)*, citado por Redondo (2002) el índice promedio de victimización sexual es de un 2,7%, siendo los países asiáticos, africanos y latinoamericanos los países con índices más elevados. En España, en 2017, se dictaron un total de 394.301 sentencias de las cuales 2.764 fueron por delitos contra la libertad sexual; un 0,7% de las sentencias fueron condenatorias (INE, 2017). La mayoría de las investigaciones sobre el abuso sexual infantil coinciden en que las víctimas son principalmente niñas, mientras que la mayoría de quienes abusan son varones. Un estudio realizado por Alemany *et al.* (2020), encontró que el rango de edad donde se encuentra el mayor porcentaje de víctimas, en concreto el 59,38%, es entre los 5 y los 12 años. Los tipos de agresiones sexuales más frecuentes suelen ser aquellos en los que el agresor conoce a la víctima (Magalhães *et al.*, 2009) este es o bien un familiar o bien un conocido cercano; en ambas situaciones con gran repercusión en la víctima. Entre ellos, el incesto entre padre e hijo/a suele ser el más frecuente (Girón, 2015). El lugar en el que con mayor frecuencia se producen dichas agresiones es el propio domicilio de la víctima o del agresor (Alemany *et al.*, 2020).

Se debe tener en cuenta que los abusos o agresiones son mayores a las denuncias realizadas y que los niños son educados para ser “niños valientes” y el hecho de aceptar que son víctimas va en contra del estereotipo aprendido; en cambio, a las niñas se les enseña que son vulnerables, por ello es más fácil que verbalicen los abusos (Polo y Darder, 2020). Otros factores que aumentan la cifra negra son el miedo a las represalias, la poca conciencia del abuso y sentirse avergonzado/a o culpable. Los principales factores de riesgo que pueden llevar a una persona a cometer una agresión sexual son: la preferencia sexual desviada, es decir, atracción por menores y/o violencia sexual; las relaciones interpersonales dañinas o ausentes y las distorsiones cognitivas acerca del consentimiento en la relación sexual; o fantasías sexuales desadaptativas (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005; Redondo, 2006). Estas distorsiones cognitivas son el filtro mental que deforma la realidad: se concretan en creencias,

opiniones y juicios que llevan a un comportamiento determinado que va consolidando la forma de ser de la persona (Redondo, 2006; Rivera *et al.*, 2006). Los agresores buscan justificar su conducta, lo cual les lleva a la desinhibición conductual, a una sexualidad desinhibida e hiperactiva, a la vez que a no sentir responsabilidad por sus actos. Estos pensamientos son distintos en función de la víctima, la edad de esta y si hay o no relación de parentesco.

No se puede dejar de tener en cuenta la influencia de la personalidad en el comportamiento delictivo sexual. En la investigación de Ortiz-Tallo *et al.* (2002) utilizando el MCMI-II de Millon como instrumento para evaluar la personalidad de los sujetos, llegaron a la conclusión de que los delincuentes penados por delitos no sexuales presentan una alteración más grave de la personalidad que los delincuentes sexuales y que los delincuentes sexuales de menores presentan rasgos de personalidad dependiente, fóbica y compulsiva. Tampoco podemos obviar la herencia genética que tiene mayor impacto en la delincuencia agresiva que en la no agresiva y que es más relevante en el comportamiento delictivo no violento de las mujeres que de los hombres (Pérez, 2002). Tal como afirma Carlson (1999), hay razones biológicas que podrían potenciar esta desviación conductual. Ciertas estructuras neuronales como el hipotálamo y el sistema límbico están implicadas en las conductas de agresión sexual. Dentro del hipotálamo, la estructura más importante en la conducta sexual masculina sería el área preóptica medial (APM) así como ciertas hormonas, como la testosterona, imprescindible para la actividad sexual. Hucker y Brian (1990) observaron que niveles bajos de testosterona en sangre se correlacionaban con un descenso del impulso sexual; una mayor concentración llevaba a un mayor impulso sexual (Gómez y Juárez, 2014; Pérez, 2002). Asimismo, este tipo de conducta desviada puede ser una compensación de una autoestima deficiente o una forma de dar rienda suelta a una hostilidad que no han sabido liberar por otras vías debido a la posible falta de herramientas para hacerlo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005; Moreno, 2006; Villanueva, 2013).

Las experiencias en la infancia tienen un efecto muy importante en la vida adulta de las personas, por lo que otro factor a considerar es el apego, que puede ser seguro, ansioso-ambivalente o evitativo. Los ambientes familiares

desestructurados y de abuso físico y sexual, cuidadores alcohólicos, rechazo emocional, pobre educación, entre otras circunstancias (Marshall y Marshall, 2002), facilitan el desarrollo del apego ansioso-ambivalente característico de víctimas de abuso sexual y de ser más vulnerables emocionalmente. Esto genera niños capaces de tolerar ciertos intercambios sexuales con tal de sentirse próximos al adulto. Estas experiencias tienen un efecto significativo en sus vidas adultas, sean conscientes, o no, de las secuelas. El hecho de no tener consciencia de las secuelas que provocan las agresiones sexuales en uno mismo, el pensar que no les ha causado ningún mal, puede crear una distorsión acerca de que sus comportamientos de abuso tampoco causarán daño a sus víctimas. Por lo tanto, atribuyen a otros problemas o deficiencias del propio carácter las secuelas del abuso que sufrieron en su infancia (Marshall y Marshall, 2002; Polo y Darder, 2020).

Garrido y Beneyto (1996) crearon en España el primer programa de tratamiento específico para agresores sexuales (Martínez-Catena y Redondo, 2017). Consiste en un programa cognitivo-conductual, similar a los programas que se aplican en Estados Unidos, Canadá y Reino Unido. En los centros penitenciarios catalanes, se aplica el programa de control de la agresividad sexual (SAC), actualmente llamado *Programa de Intervención en Violencia Sexual* y está enmarcado dentro de un conjunto de talleres en los que se trabajan diversos aspectos como la empatía y las emociones. Este programa ha demostrado ser eficaz en la reducción de la tasa de reincidencia entre un 5%-10%, siendo esta tasa de un 20% sin la aplicación del programa de tratamiento (Redondo, 2006); teniendo en cuenta el riesgo multifactorial según la tipología de agresor, factores de riesgo o protección de cada sujeto. El inicio temprano en la delincuencia es un elemento favorecedor de un peor pronóstico (Ramírez *et al.*, 2009; Redondo, 2006; Redondo y Genovés, 2008). El riesgo de reincidencia aumenta cuando los sujetos perciben un nivel de autocontrol más elevado del que realmente poseen. Esa sensación de falsa seguridad provoca que lleguen a situaciones imposibles de manejar y los induce a la reincidencia (Rivera *et al.*, 2006). La adhesión al tratamiento es un factor muy importante y determinante en el éxito terapéutico. Existen muchos factores que influyen sobre ella, algunos de ellos pueden ser el

vínculo terapéutico, la relación entre el terapeuta y el paciente, el tipo de trastorno, el régimen terapéutico, los recursos con los que cuenta el paciente, etc. Es necesario conocerlos y ver cuáles afectan de forma positiva y cuáles de forma negativa, para poder potenciar los primeros y buscar cómo mitigar los segundos (Rodríguez-Marín, 2004).

Si bien es cierto que se ha analizado, en general, el perfil de los agresores sexuales a lo largo de los años, es necesario profundizar en la variedad de tipos de agresores. Contar con perfiles diferenciales basados en la evidencia es una herramienta útil tanto para el psicólogo a cargo del tratamiento del agresor como para el psicólogo jurídico que tiene que evaluar el riesgo real de reincidencia. Este trabajo se centra en el perfil de los agresores sexuales de menores con relación de parentesco, que son muy frecuentes y de difícil detección debido a que quedan en la intimidad familiar. No se ha publicado ninguna investigación específica sobre agresores sexuales de menores intrafamiliares en la que se use el cuestionario de personalidad actualizado de Millon, su cuarta versión, en población española y que tenga además en cuenta el punto de vista del agresor en lo que se refiere a fomentar la voluntariedad de los internos a la hora de empezar el tratamiento, por lo que consideramos que es la primera investigación al respecto.

3. Objetivos

3.1 Objetivos generales

Estudiar el perfil psicopatológico de los tres agresores sexuales de menores con relación de parentesco que se han evaluado en el presente trabajo.

Analizar qué factores se asocian con la adhesión al tratamiento de los agresores sexuales entrevistados y que han recibido terapia en el centro penitenciario Brians-2.

3.2 Objetivos específicos

1. Determinar el perfil clínico de personalidad por medio del inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-IV).
2. Evaluar la presencia de trastorno hipersexual mediante el DSM-5.
3. Evaluar el estilo de apego.
4. Evaluar el nivel de autoestima.
5. Analizar a través de una entrevista semiestructurada qué factores influyen en la adhesión al tratamiento (Anexo 1).

4. Hipótesis

1. Los agresores sexuales de menores entrevistados presentarían rasgos patológicos de personalidad.
2. Los agresores sexuales de menores entrevistados presentarían trastorno hipersexual.
3. Los agresores sexuales de menores entrevistados serían personas que no han desarrollado un estilo de apego seguro.
4. Los agresores sexuales de menores entrevistados tendrían un nivel bajo de autoestima.
5. Existencia de factores influyentes en la adhesión al tratamiento.

5. Método

5.1 Diseño de estudio y participantes

Se trata de un estudio de caso con 3 individuos. Se utilizó un diseño no experimental-transversal ya que la muestra se eligió según un criterio específico con el fin de obtener una muestra homogénea que cumpliera con las características que se pretendían estudiar.

La población de la presente investigación está compuesta por 3 agresores sexuales que cumplen condena en el centro penitenciario Brians-2, condenados por el delito contra la libertad sexual contemplado en el Título VIII del libro II del Código Penal Español (LO 10/1995).

El muestreo utilizado no fue aleatorio, en aras de la homogeneidad, se siguieron los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

- Varón de nacionalidad española.
- Edad comprendida entre 40-45 años.
- Internos sentenciados por agresión sexual de menores de 14 años.
- Tener relación de parentesco con la víctima.
- Haber realizado el tratamiento de agresores sexuales en Brians-2.
- Internos que posean la capacidad de comprensión lectora y escrita.
- Internos que reconozcan haber cometido el delito.
- Participación voluntaria.

Criterios de exclusión

- Internos preventivos con investigación en curso.
- Internos que se encuentren en áreas de psiquiatría, enfermería y/o aislamiento.
- Internos con diagnóstico de deterioro cognitivo.

5.2 Instrumentos

5.2.1 Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-IV)

El inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-IV) (Millon *et al.*, 2015) es un instrumento autoinformado para adultos. Se utiliza para evaluar la personalidad, detectar posibles rasgos psicopatológicos de la personalidad en adultos, e identificar perfiles de personalidad que están detrás de la sintomatología. Consta de 190 ítems con respuesta dicotómica verdadero-falso. Cada conducta se describe con tres niveles de funcionamiento de la personalidad: estilo normal, tipo anormal o trastorno clínico. Evalúa 15 escalas de los patrones clínicos de la personalidad.

Al analizar cada escala, la puntuación entre 60 y 74 indica presencia del rasgo y es considerado como síntomas o rasgos a nivel subclínico. Entre 75 y 84 indica rasgo clínico de personalidad, considerando que la afectación es significativa y puede presentar rasgos incapacitantes. Una puntuación superior a 85 se considera grave, manifiesta un patrón de comportamiento crónico, con una repercusión clínicamente significativa en la vida del sujeto y una elevada probabilidad de trastorno de personalidad. Finalmente, contiene las escalas de validez, compuestas por la escala de sinceridad (X), deseabilidad social (Y) y devaluación (Z). La primera mide el nivel de honestidad de la persona, si sus respuestas son coherentes. La segunda, el grado en que el sujeto pretende mostrarse socialmente atractivo, moralmente virtuoso o emocionalmente ajustado. La última escala mide la devaluación, refleja si la persona ha exagerado sus síntomas para dar una imagen más negativa de lo que realmente es.

5.2.2 Entrevista clínica semiestructurada

Basada en los criterios propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales en su 5ª versión (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014) para el Trastorno Hipersexual. Se compararon los criterios propuestos por el manual con la entrevista realizada a cada sujeto. Los criterios diagnósticos se encuentran en el Anexo 2.

5.2.3 **VINCULATEST**

Es una prueba de evaluación psicológica de tipo cuestionario que ayuda en la evaluación y cuantificación de los procesos de apego y vinculación interpersonal de los adultos. Es un cuestionario breve, compuesto por 64 ítems que se responden en menos de 15 minutos (Alubí, 2018). Se divide en seis escalas principales: Interdependencia adaptativa (ADA), Regulación emocional (EMO), Vinculación dependiente (DEP), Vinculación evitativa (EVI), Vinculación paranoide (PAR) y Vinculación hostil (HOS). Y una escala adicional llamada Inocencia psicológica (INO), que incide en los procesos de vinculación a pesar de no ser un estilo en sí. Las escalas ADA y EMO componen el índice de Vinculación segura (SEG), y las escalas DEP y EVI el índice de Vinculación insegura. Finalmente, las escalas HOS y PAR el índice de Vinculación desorganizada (DES). Estos tres índices, junto con la escala INO componen el índice de Vinculación global saludable (IVG).

Existen dos baremos para la corrección, uno para población general y otro de tipo clínico. Este último solo se utiliza en caso de haber detectado previamente un déficit en la comprensión con el baremo general. Una vez introducidos los datos, se obtiene un perfil con los resultados de la persona evaluada; este incluye las puntuaciones directas y las transformadas T (Alubí, 2018). En la Tabla 1 aparece el nivel correspondiente a cada puntuación.

Tabla 1. Puntuaciones promedio *VINCULATEST*

Puntuación T	Nivel
< 30	Muy bajo
31 – 40	Bajo
41 – 59	Intermedio
60 – 69	Alto
> 70	Muy alto

Nota: Puntuación T ($M = 50$, $DE=10$)

5.2.4 **Escala de Autoestima de Rosenberg**

La Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965) es una de las más utilizadas para medir el nivel global de autoestima. Consta de 10 ítems redactados en forma de enunciado que el individuo puntúa en un rango de 0 a 3

(0 = “muy en desacuerdo”, 3 = “totalmente de acuerdo”). La mitad de las frases son presentadas como afirmaciones relacionadas con la satisfacción personal y la percepción positiva de sí mismos. Un ejemplo sería: “Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos, tanto como los demás”. La otra mitad se centra en la percepción negativa hacia uno mismo, como “A veces pienso que no sirvo para nada” (Vázquez *et al.*, 2004). Una puntuación entre 0 y 25 indica baja autoestima, entre 26 y 29 autoestima normal y entre 30 y 40 indica un nivel de autoestima bueno.

5.2 Procedimiento

El estudio se desarrolló en un contexto ecológico. Para garantizar la confidencialidad de los internos se sustituyó el nombre por un código alfanumérico que solo la psicóloga del centro y la investigadora conocen. La recolección de datos se realizó en dos tiempos comprendidos entre noviembre y diciembre. Primero, se les entregó un consentimiento informado y de confidencialidad (Anexo 3); una vez leído y firmado, se administraron las pruebas psicométricas y, posteriormente, la entrevista semiestructurada. Se acudió de nuevo al centro para la devolución de resultados.

Se presentó una solicitud de investigación en marzo del 2020 con el objetivo de acceder a las instalaciones del centro penitenciario Brians-2. A causa del COVID-19 dicha autorización se retrasó de forma significativa y no llegó hasta agosto del 2020. Ulteriormente, se coordinó con la Secretaria de Medidas Penales, Reinserción y Atención a la Víctima y con la persona responsable del centro penitenciario Brians-2 la forma de proceder y los días de presencia en el centro.

5.3 Cuestiones éticas

El presente estudio implica el acceso al historial personal de los tres participantes, lo cual conlleva el acceso a sistemas de información de la Secretaría de Medidas Penales y Reinserción y Atención a la Víctima y, por tanto, se requirió la autorización por parte del Secretario General del Departamento de Justicia. El estudio se rige por la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal y la aceptación de las condiciones que se recogen en el

documento del acuerdo presente en el Anexo 3 (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales). Los tres participantes firmaron la hoja de *Consentimiento Informado* y fueron informados en todo momento del destino de los datos recogidos. Existe la obligación de mantener absoluta confidencialidad sobre cualquier dato que se pudiera dar a conocer durante la realización del trabajo. Por otro lado, dado que las pruebas psicométricas administradas son inventarios, escalas y cuestionarios con validez empírica, no se aprecia la posibilidad de ningún efecto secundario derivado de su realización.

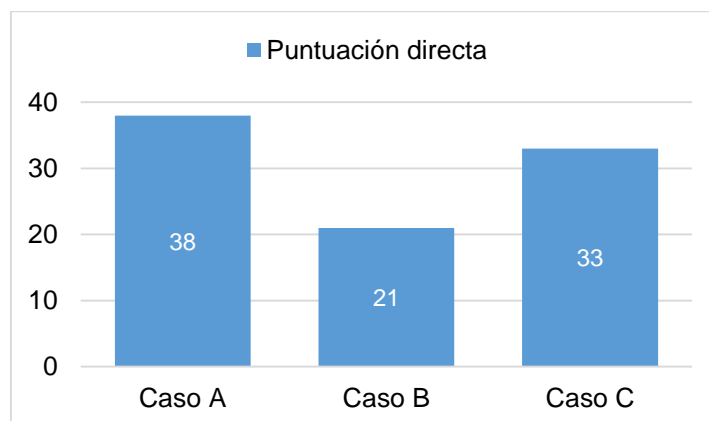
6. Resultados

Los resultados obtenidos en esta investigación han sido conseguidos a través de las pruebas psicométricas administradas, los historiales facilitados por el centro penitenciario y las entrevistas individuales realizadas a cada uno de los internos. Es importante recordar que al ser una muestra pequeña no se puede extrapolar a un perfil de delincuente sexual, sino que se trata de una aproximación.

6.1 Pruebas psicométricas administradas

En el gráfico 1 se expresan las puntuaciones obtenidas en el test de Rosenberg. Tanto el caso A como el C indican una autoestima elevada. Por contra, el caso B indica autoestima baja.

Gráfico 1. Puntuación obtenida en el test de Rosenberg



En la Tabla 2 se expresan las puntuaciones obtenidas en las escalas del MCMI-IV y en el gráfico 2 los patrones clínicos de personalidad que tienen en común. Los tres casos presentan puntuaciones elevadas en las escalas de validez; sus respuestas sugieren una tendencia a presentarse de un modo socialmente favorable. En el caso A las puntuaciones se han ajustado en función de los resultados de la escala X (Sinceridad) para compensar la probable exageración de los síntomas por parte del sujeto. Al responder de forma poco sincera, el programa corrige los resultados teniendo en cuenta la baja sinceridad del sujeto para que estos puedan ser más ajustados a la realidad. En el caso B y C no se

han realizado ajustes en las tasas debido a su estilo de respuesta, ya que este no indica un modo de respuesta que distorsione los resultados del MCMI-IV.

En cuanto al perfil del **caso A** presenta un posible trastorno narcisista-tempestuoso de la personalidad. Se caracteriza por un patrón generalizado de grandiosidad y autoimportancia, necesidad de admiración y falta de empatía. Exhibe una personalidad paranoide¹ y, aunque los resultados no llegan a mostrar otros trastornos de la personalidad, sí una aproximación a estos, por lo que presenta rasgos esquizotípicos² y límites³ que matizan los resultados. El **caso B** no presenta trastorno de la personalidad, aunque sí rasgos moderadamente desadaptativos en diferentes escalas: antisocial⁴, tempestuosa⁵, histriónica⁶ y

¹ La personalidad paranoide se caracteriza por una pérdida parcial del contacto con la realidad, la atribución de intenciones hostiles a los demás, elevada desconfianza permanente, hipersensibilidad al desprecio. Los sentimientos de rencor, humillación, vergüenza y celos son frecuentes. Suelen justificar sus conductas violentas como ineludibles, en cumplimiento del deber y no muestran intención de huir (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014)

² El trastorno de personalidad esquizotípico es escasamente diagnosticado. Puede confundirse con la esquizofrenia por lo que es importante diferenciarlos. Los tres sujetos evaluados no presentan el trastorno de personalidad esquizotípico, aunque sí poseen algunos de los rasgos que conforman el trastorno. Este se caracteriza por ausencia de empatía e interpretación distorsionada de la realidad. Fácilmente confunden fantasía con realidad y suelen presentar un elevado interés por temas mágicos y esotéricos. Suelen sospechar que otras personas les influyen (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014).

³ El trastorno límite de personalidad se caracteriza por una elevada impulsividad potencialmente dañina, inestabilidad afectiva, irritabilidad o ansiedad, dificultad para controlar la ira, sentimientos crónicos de vacío, comportamientos autolesivos, relaciones interpersonales tóxicas, dependencia emocional, alteraciones de la identidad, entre otros (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014).

⁴ El trastorno de personalidad antisocial tiene un inicio temprano, antes de los 18 años. Algunas de sus características son: fracaso para adaptarse a las normas sociales, deshonestidad, impulsividad e incapacidad para planificar el futuro, falta de remordimientos e irresponsabilidad persistente (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014).

⁵ El patrón de la personalidad tempestuosa es una conceptualización teórica de los trastornos de la personalidad formulada por el Dr. Millon, autor del inventario de personalidad administrado a los sujetos. Este patrón se caracteriza por personas muy alegres y animadas que fácilmente se aburren y carecen de los recursos para poder llevar a cabo sus objetivos. Son irritantes y entrometidas y sus conductas pueden llegar a ser impredecibles, de pensamientos dispersos, impulsivos y ansiosos (MCMI-IV).

⁶ El trastorno histriónico de la personalidad se caracteriza por el uso de la seducción para manipular a los demás, labilidad emocional, sensibles a las críticas, buscan ser el centro de

sádica⁷. La puntuación en la escala Paranoide matiza el resto de las escalas de personalidad. Finalmente, el **caso C** presenta un posible trastorno histriónico de la personalidad con rasgos tempestuosos y la escala límite matiza su perfil. En los tres sujetos se hace evidente su tendencia a manipular y utilizar a las personas de su alrededor tanto para obtener atención como para poder lograr sus propias metas. No toleran bien las críticas ni los rechazos. Se muestran desconfiados y necesitan recibir señales recurrentes de aceptación y aprobación. Les gusta ser el centro de atención y sentir que tienen mucho para enseñar. A menudo tienen fantasías de amor o éxito. Les atrae la pasión y el hedonismo con poca visión de futuro.

Tabla 2. Puntuaciones expresadas en Tasa Base (TB) obtenidas en el MCMI-IV

Nombre categoría	Nombre escala	Caso A	Caso B	Caso C	
Escalas de validez	Sinceridad	79 ^a	52	50	
	Deseabilidad social	83 ^a	75 ^a	80 ^a	
	Devaluación	44	35	44	
Escalas de personalidad	Patología grave de la personalidad	Esquizotípico	70 ^d	12	36
		Límite	60 ^d	45	62 ^d
		Paranoide	77 ^c	63 ^d	0
	Patrones clínicos de personalidad	Esquizoide	62 ^d	40	13
		Evitativo	58	18	18
		Melancólico	33	40	55
		Dependiente	47	42	36
		Histriónico	84 ^c	73 ^d	94 ^b
		Tempestuoso	92 ^b	70 ^d	75 ^c
		Narcisista	108 ^b	62 ^d	71 ^d
Antisocial	68 ^d	73 ^d	66 ^d		
Sádico	62 ^d	70 ^d	40		

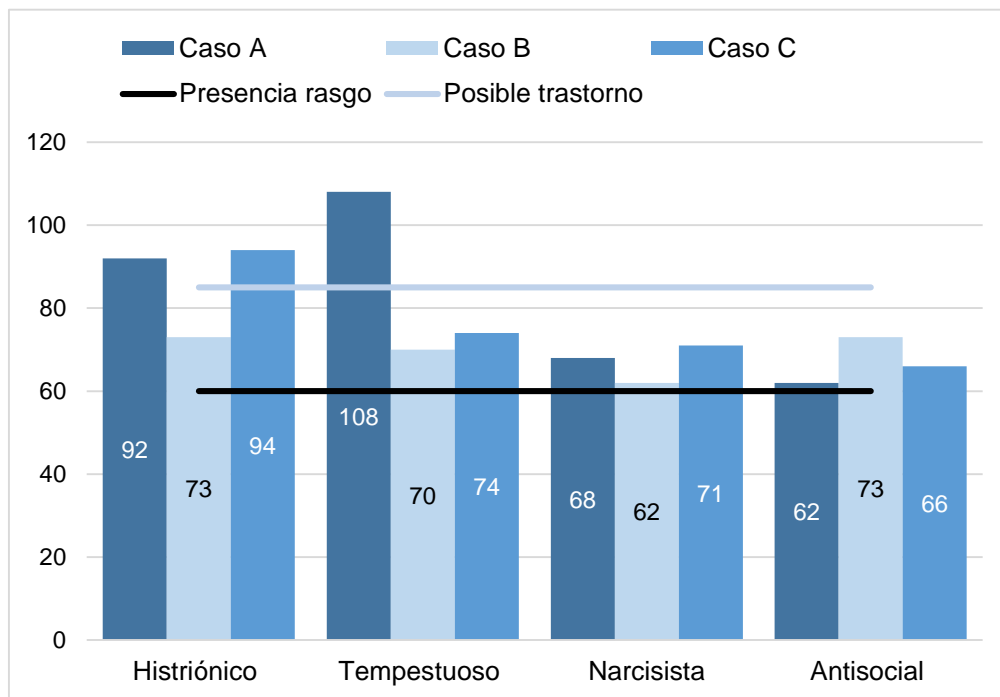
atención y suelen sentir las relaciones más cercanas de lo que realmente son (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014).

⁷ El trastorno sádico de la personalidad se enmarca dentro de los trastornos no especificados de la personalidad. Contiene rasgos de otros trastornos de la personalidad como rasgos antisociales y de impulsividad, aislamiento social, siente excitación sexual a través del sufrimiento infligido a la víctima y suele consumir tóxicos (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014).

Compulsivo	84 ^c	56	56
Negativista	63 ^d	33	7
Masoquista	58	60 ^d	72 ^d

Nota: ^a= puntuaciones significativas. ^b= Presencia de posible trastorno de personalidad, afectación significativa. ^c= Presencia del rasgo clínico de personalidad, ^d=Presencia del rasgo, nivel subclínico ($M= 50, DE=10$).

Gráfico 2. Patrones clínicos de personalidad en el MCMI-IV



En la Tabla 3 se reflejan las puntuaciones de los tres casos obtenidos en el *VINCULATEST*. Presentan una vinculación segura y saludable. En el **caso A** se destaca la puntuación elevada de la escala paranoide, que puede modular la vinculación con otras personas debido a atribuciones persecutorias sobre la experiencia. En el **caso B**, una ligera tendencia a la vinculación insegura, posiblemente debido a la ambivalencia entre dependencia y evitación emocional. Finalmente, el **caso C** se caracteriza por la necesidad de cercanía afectiva y una posible idealización de las relaciones interpersonales.

Tabla 3. Promedio puntuaciones obtenidas en el VINCULATEST.

Nombre categoría	Nombre escala	Caso A	Puntuación T Caso B	Caso C
Escala	Independencia adaptativa	58	43	65
	Regulación emocional	67	55	73
	Vinculación dependiente	48	50	53
	Vinculación evitativa	46	61	39
	Vinculación paranoide	60	41	39
	Vinculación hostil	39	42	39
	Inocencia psicológica	58	47	60
Índices	Vinculación segura	65	49	72 ^a
	Vinculación insegura	46	57	45
	Vinculación desorganizada	49	40	38
	Vinculación global saludable	55	52	63

Nota: ^a: Puntuaciones elevadas, dos desviaciones típicas por encima de la media ($M=50$, $DE=10$)

6.2 Entrevista semiestructurada

Caso A

En conjunto, se puede describir como un sujeto con una relación familiar cercana, aunque la comunicación es escasa. No cuenta con un referente fuera del centro, sus habilidades sociales son escasas y percibe como muy cercanas e íntimas relaciones que en realidad son superficiales. Depende emocionalmente de las personas de su alrededor y de su familia. Su infancia estuvo marcada por *bullying* y malos tratos recibidos por parte de un profesor del colegio. Él mismo se cuestiona el haber sufrido abusos sexuales de niño. Sabe que su padre fue víctima de malos tratos y una tía suya fue abusada sexualmente, ambos por parte de su abuelo. No consume alcohol ni otras drogas. Cumple con los criterios del DSM-5 para el trastorno hipersexual. Antes de ingresar en prisión tenía un elevado número de distorsiones cognitivas relacionadas con la sexualidad, era adicto a la pornografía, especialmente a la infantil. Reconoce el delito y admite que fue culpa suya, que en ese momento no era consciente de los hechos y “gracias al programa de intervención y a la palabra de Dios”, no volverá a hacerlo. No parece emocionalmente conectado con su discurso, más bien, lo repite como un mantra para sentir que así puede controlar sus impulsos y que a partir de ahora hará las cosas bien. Tiene una elevada labilidad emocional, impulsividad

y fácilmente muestra sus sentimientos. Exterioriza un estado generalizado de tensión y movimientos nerviosos. Puede presentar indicios de alteración del pensamiento e ideas de referencia.

Caso B

En la entrevista contó que actualmente la relación con su familia está muy deteriorada debido a los delitos cometidos. Refiere que su madre le viene a ver por sentimientos de culpa. No tiene amigos porque se ha aprovechado de todos ellos. Tenía un buen puesto de trabajo, del que supuestamente disfrutaba, pero le echaron por absentismo laboral. Su padre fue alcohólico y por eso señala que no le gusta consumir ni drogas ni alcohol. Explica que el motivo por el que abusaba de las menores era para sentir que tenía poder sobre ellas, aunque para excitarse decía pensar en mujeres adultas. Se le incautaron muchas fotografías de menores de edad, que le habían mandado a petición suya; previamente él les había mandado fotos íntimas propias. Tenía la creencia de que no pasaba nada por abusar de las menores, que con el tiempo se olvidarían y sería “una persona más” con las que habrían mantenido relaciones sexuales. Actualmente entiende que esto no es así y que esas conductas pueden dañarlas. No siente que las normas sociales le atañan, tiende a creerse invencible, le gusta sentirse sin limitaciones y como una fuerza imponente e inspiradora. Encuentra placer al intimidar y coaccionar, tiende a ser ofensivo verbalmente y agresivo sexualmente, lo cual le proporciona una gratificación psicológica inmediata.

Caso C

En la entrevista se vio que es una persona muy emocional que presenta ideas de autoimportancia. Suele manipular y dar una imagen perfecta de sí mismo. Busca atención de forma activa. Tiende a redimir sus actos impulsivos y su autoimagen cambiante con expresiones de remordimiento y conductas autopunitivas. Habla del delito como una situación muy puntual con la que no se identifica, le quita importancia y omite los hechos. Refiere que en el momento de cometer el delito no era consciente de sus actos y afirma, con rotundidad, que jamás volverá a repetir algo así. Confiesa que de pequeño sufrió abusos -a los doce años fue contratado para hacer masajes de carácter erótico en un club

privado-, sin embargo, no lo percibió negativamente. Tiene habilidades sociales, aunque considera que realmente solo tiene dos amigos fuera de la cárcel. Puede sentir placer cuando la reacción esperada sería el dolor, y dolor cuando la más adecuada sería el placer. Esta transposición de la gratificación de las necesidades da lugar a la frustración y a veces al autosabotaje. Admite tener una falta de valores en su educación y reconoce que normalizaba cosas del sexo que el resto de personas no haría. En las sesiones de terapia habla de forma muy sesgada, no siente que pueda hablar libremente del delito, porque sospecha que la terapeuta tiene una hija y podría proyectar su delito en ella.

7. Discusión

La presente investigación no pretende determinar ni extrapolar el perfil de los agresores sexuales de menores intrafamiliares, sino hacer una aproximación a raíz de los tres casos analizados. Conocer las causas y motivaciones que han llevado a una persona a abusar sexualmente de otra no es tarea fácil. Es difícil discernir entre los hechos reales y lo que dicen para intentar minimizar la gravedad del delito y así reducir condena y conseguir permisos. Por ello, es preciso investigar la historia vital del delincuente, que es multifactorial (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005). Los tres casos analizados han sido sujetos de nivel socioeconómico medio, no son personas con trastornos psicóticos y su inteligencia se encuentra dentro de la media. A pesar de obtener puntuaciones elevadas en autoestima en el test de Rosenberg, que indica un buen nivel de autoestima, en la entrevista se pudo ver que realmente poseen baja autoestima y que usan la sexualidad para compensar el bajo concepto que tienen de ellos mismos. En la corrección del MCMI-IV, se hizo patente la incongruencia y que los tres buscaban ocultar ciertas dificultades psicológicas e interpersonales. No usaron comportamientos violentos para los abusos, sino que manipularon a las víctimas para mantener las relaciones. Tal y como muestran los resultados obtenidos en el MCMI-IV, predominan los rasgos histriónicos, tempestuosos, narcisistas y antisociales, que se corresponden con el Clúster B de personalidad. Se caracterizan por ser individuos dramáticos, emocionales o erráticos con comportamientos predominantemente impulsivos. Suelen violar las normas sociales y presentan una elevada necesidad de poder. Son personas melodramáticas, susceptibles y superficiales que buscan constantemente la atención y aprobación de los demás. Su estado de ánimo es lábil y muchas veces tienen conflictos interpersonales intensos. Otra característica que comparten los tres sujetos entrevistados, y que también encontraron autores como Echeburúa y Guerricaechevarría (2005) y Orjuela y Rodríguez-Bartolomé (2012) en sus investigaciones, son las historias previas de abuso en la infancia. Dos de ellos sufrieron abuso físico y psíquico y el tercero, además, abuso sexual repetido. Para entender cómo han llegado a convertirse en agresores sexuales de menores es importante analizar los aspectos sociales y culturales de su

educación. Los tres casos perciben que los modelos educativos recibidos tenían carencias graves, tanto por negligencia parental como por proceder de pandillas violentas. Han tenido una infancia marcada por la violencia y relaciones interpersonales conflictivas, realidad que no coincide con los resultados obtenidos en el *VINCULATEST*. Esta incongruencia puede deberse a que buscan mostrar una imagen positiva para poder obtener un informe favorable para conseguir permisos de salida al exterior, mejorar el régimen de vida en prisión o para una concesión de la libertad condicional.

En esta investigación se han podido ver ciertos patrones familiares que pasan de padres (o modelo de referencia) a hijos, por lo que es vital tomar precauciones antes de que se den los abusos. Una vez se han dado, es importante concienciar de ello a la persona y darle las herramientas para procesar lo sucedido, buscando la menor repercusión posible en el futuro. Un evento que daña de forma significativa, y se normaliza cada vez más, es el consumo de pornografía, en especial, material de explotación sexual infantil (MESI), llamado popularmente de forma errónea como pornografía infantil. Aunque no se tenga contacto directo con el menor, consumir este tipo de contenido está perpetuando los abusos sexuales infantiles, ya que este material se ha obtenido a partir de una agresión o abuso sexual de un menor real. Además, el consumo habitual de este tipo de contenido hace más probable el acercamiento físico a menores o a través de webcam (*grooming*) y se acabe siendo agresor dual (Sotoca-Plaza *et al.*, 2020), es decir, no solo consumidor de imágenes de abusos sexuales infantiles sino también perpetrándolos, como es el caso del sujeto B.

Dos de ellos se sentían socialmente aislados, y el sujeto más activo socialmente refería tener conocidos más que amigos cercanos y de confianza. Dos de tres consumían material de explotación sexual infantil (MESI) y presentaban rasgos paranoides. Todos presentaban incapacidad para sentir qué repercusión tendrían los hechos en la víctima y manifestaron no ser capaces de modificar la situación o detenerla, a pesar de saber que no era adecuado lo que hacían.

La valoración global del Programa de Intervención en Violencia Sexual ha sido muy favorable por parte de los tres internos. Perciben mejoras, no sólo en el plano sexual, sino también en su desarrollo personal. Uno de los requisitos para

iniciar el programa es haber cumplido mínimo tres cuartas partes de la condena, hecho que critican ya que sienten que deberían poder empezar antes. Los tres casos refieren que, una vez terminado el programa, conocen y comprenden mejor sus conductas y han aprendido a reconocer las distorsiones cognitivas que tienen. El hecho de conocerse más ha sido una motivación significativa para seguir en el programa. Han remarcado como especialmente importantes las sesiones de empatía. La motivación principal para empezar el programa es la posibilidad de adelantar permisos de salida y quedarse en el módulo específico de agresores sexuales al adherirse y cumplir el programa. La voluntariedad de su participación, imprescindible en el programa, motiva su asistencia porque se sienten libres en un espacio lleno de pautas y obligaciones. Un factor que no favorece su participación es la obligatoriedad de hacer un relato verídico, lo que potencia su actitud defensiva, ya que sienten que la nueva información aportada puede repercutir de forma negativa en la aprobación de los permisos de salida. Desde el punto de vista de los internos evaluados, y de alguno de los funcionarios del módulo, sería conveniente que los funcionarios recibieran formación específica acerca del tratamiento de violencia sexual, ya que son las personas que pasan más tiempo con ellos y los conocen mejor, así pues, podrían convertirse en un apoyo importante para el objetivo del programa. El *feedback* que estos funcionarios pueden aportar al resto de profesionales es muy importante, ya que una persona es capaz de fingir durante una hora, pero no puede hacerlo durante todo el día los 365 días del año.

Otra mejora que podría fomentar la adhesión al programa es la de facilitar explicaciones teóricas acerca de las sesiones, para así, poder reflexionar sobre los conceptos tratados y entender mejor qué se les pide en cada tarea. Un hecho que favorece la aplicación del programa es que está pensado para que cualquier profesional del equipo de tratamiento pueda impartir las sesiones. Sin embargo, este mismo hecho puede entorpecer el manejo de la información. Especificar la preferencia del especialista en cada sesión podría ser más eficiente, ya que cada profesional (psicólogo/a o educador/a social) está especializado en un ámbito concreto, por lo que tienen distintas funciones dentro del programa.

8. Conclusión

Basándonos en las hipótesis planteadas al inicio de la investigación y tras analizar los resultados obtenidos, podemos concluir que rechazamos la hipótesis referente a que “los agresores sexuales de menores entrevistados serían personas que no han desarrollado un estilo de apego seguro”.

Basándonos en los resultados obtenidos, en el *VINCULATEST* los tres sujetos sí han desarrollado una vinculación segura. En cuanto a la hipótesis “los agresores sexuales de menores entrevistados tendrían un nivel bajo de autoestima”, no hay un resultado claro, ya que basándonos en el resultado de la escala de autoestima de Rosenberg, dos de los tres sujetos muestran buen nivel de autoestima y el tercero un bajo nivel.

Aceptamos las tres hipótesis restantes. En primer lugar, “los agresores sexuales de menores entrevistados presentarían rasgos patológicos de personalidad” ya que dos de los tres presentan rasgos de personalidad patológicos en las escalas: histriónico, tempestuoso y narcisista. Después, “los agresores sexuales de menores entrevistados presentarían trastorno hipersexual” dado que, según la entrevista semiestructurada y la información de la psicóloga del centro, todos presentan trastorno hipersexual. Finalmente, también queda aceptada la hipótesis que plantea que “existen factores influyentes en la adhesión al tratamiento”, ya que se han encontrado diversos factores que intervienen en la adhesión al tratamiento. Los que influyen de forma positiva, según las respuestas de los internos, son la posibilidad de conocerse mejor, la obtención de permisos de salida, la implicación de los distintos profesionales del centro y la voluntariedad de asistencia. Los factores que influyen de forma negativa son pensar que el/la terapeuta tiene hijos/as y tener que relatar los hechos de forma verídica. Esto último es un “arma de doble filo” ya que es necesario para poder hacer un abordaje integral, conocer el motivo real que los ha llevado a delinquir y los disparadores del suceso, pero a la vez puede enlentecer los permisos de salida al exterior o la concesión futura de la libertad condicional.

9. Limitaciones

A lo largo del presente estudio, surgieron ciertas dificultades que se mencionan a continuación. Por un lado, la población es de difícil acceso; se necesita poder pasar largos trámites burocráticos que se han visto exacerbados por el COVID-19, que ha ocasionado el retraso de la investigación varios meses. Por otro lado, la personalidad es un área compleja de analizar ya que hay muchas variables a tener en cuenta, hay que acotar mucho la muestra (género, edad, cultura, etc.) lo que no permite extrapolar los resultados. Otro factor limitante en cuanto a la validez de los resultados es que tanto la Escala de Autoestima de Rosenberg como el *VINCULATEST* no cuentan con una escala que evalúe la validez de los resultados, como se ha comentado anteriormente, por lo que para esta población es mejor escoger pruebas que presenten más sensibilidad al engaño.

Tampoco ha ayudado el tamaño de la muestra, ya que es muy pequeña y no es representativa. El motivo principal por el que no se ha podido acceder a una muestra mayor es de carácter económico. La universidad ha financiado tres MCMI-IV y la investigadora ha costado el resto de pruebas, ya que no había otra entidad que lo sufragara.

Como se ha mencionado anteriormente, los resultados en las distintas pruebas han sido analizados con cautela ya que los tres sujetos buscaban dar una imagen favorable de sí mismos. A pesar de ello, los tres perfiles obtenidos, supervisados por la psicóloga del centro penitenciario, reflejan de forma fidedigna la personalidad de los tres internos, remarcando los aspectos más prominentes en cada caso.

10. Propuestas de mejora

Se requieren más investigaciones para poder detallar con más precisión el perfil de este tipo de agresores, optimizar el tratamiento, promover la adhesión a este y evaluar el riesgo real de reincidencia.

Una propuesta de mejora para futuras investigaciones, sería acceder a una muestra más extensa y representativa de diferentes centros penitenciarios españoles con el fin de poder obtener datos más precisos y resultados generalizables. Estudiar detalladamente la infancia de la persona, el entorno sociodemográfico, la educación recibida, los marcadores biológicos, etc. sería de gran ayuda para conocer el origen de las cogniciones de los agresores, encontrar qué factores pueden activar la agresión. Otra mejora sería elaborar un instrumento específico que permita la evaluación de las distorsiones cognitivas para poder identificar qué factores les lleva a cometer esta tipología delictiva. Siguiendo en la línea de las pruebas psicométricas utilizadas, sería recomendable para la evaluación del nivel de autoestima y el tipo de apego otras medidas más sensibles a la veracidad de las respuestas, ya que estos sujetos tienden a la manipulación y a presentarse de forma socialmente aceptable a lo largo de la evaluación, como se ha podido ver en los resultados obtenidos en el MCMI-IV. Tanto la escala de autoestima de Rosenberg como el *VINCULATEST* no han sido unas pruebas adecuadas para esta población.

Como se ha mencionado anteriormente, formar a los funcionarios del módulo acerca del Programa de Intervención en Violencia Sexual ayudaría a trabajar los objetivos no solo con los profesionales a cargo del programa, con quien solo pasan unas horas, sino también fuera de las sesiones, en su día a día y en sus relaciones con las otras personas con quienes conviven. Esta propuesta surgió a raíz de las entrevistas con los tres sujetos y una conversación con uno de los funcionarios del módulo en que se encuentran internos.

11. Reflexión final

Un conocimiento más profundo de cada tipología de agresor sexual, y sus motivaciones delictivas, facilitará el tratamiento óptimo a fin de prevenir futuros casos. Sabemos que es utópico pensar en la erradicación total de los abusos sexuales intrafamiliares, no obstante, podemos lograr su disminución significativamente si tenemos presente los factores de riesgo y las características de los agresores. Contrariamente a lo que creía, el hecho de separar los grupos de tratamiento por tipología de delito sexual no parece ser lo más acertado según mi experiencia en Brians-2. Separar a los internos en distintos grupos terapéuticos en función de la naturaleza de su delito de violencia sexual aumenta el estigma social, estigma que es muy elevado en los delitos de abuso o agresión sexual a menores. Según la experiencia de distintos profesionales que trabajan con este colectivo, interrelacionando distintos tipos de agresores sexuales se obtienen buenos resultados en el programa y evita aumentar la estigmatización que ya de por sí tiene este colectivo. Les permite conocerse mejor entre ellos, darse cuenta de las historias que han vivido, que muchos de los problemas que tienen son comunes y que todos luchan para encontrar las herramientas que les permitan cambiar sus estrategias de afrontamiento y no reincidir.

12. Referencias bibliográficas

Alubí, M. (2018). Vinculatest. *Test para la Evaluación y Valoración de los Vínculos Interpersonales en Adultos*. TEA. Recuperado de: http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/Vinculatest_Extracto_manual.pdf

Alemanya, A., Fernández. L., y 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. Recuperado 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., y 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., y 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., y Juárez Ríos, E. (2014). Criminología sexual. *Revista IUS*, 8(34), 141-165.

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

Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modificó la Ley Orgánica 19/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 152, de 23 de junio de 2010.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, 6 de diciembre de 2018, núm 294.

Magalhães, T., Taveira, F., Jardim, P., Santos, L., Matos, E., y 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., y 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., y 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., y Millon, C. (2015). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon. MCMI-IV*. Pearson.

Moreno, F. X. (2006). *Perfil psicológico de los pedófilos*. Recuperado de: <https://psicologiajuridica.org/psi197.html>

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

Orjuela, L., y 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., y Cardenal, V. (2002). Perfil psicológico de delincuentes sexuales. Un estudio clínico con el MCMI-II de Th. Millon. *Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Barcelona*, 29(3), 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., y 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., y Darder. M. (12 de noviembre de 2020). *Les violències sexuals a la infància i l'adolescència* [Sesión de conferencia]. Jornada pel Dia Internacional

de l'Eliminació de les Violències envers les Dones. Girona, España.

Ramírez, M. P., Redondo, S., García, M. M., Forero, C. G., y 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., y Genovés, V. G. (2008). Efficacy of a psychological treatment for sex offenders. *Psicothema*, 20(1), 4-9.

Rivera, G., Romero, M. C., Labrador, M., y 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*. Recuperado de: <https://www.savethechildren.es/publicaciones/ojos-que-no-quieren-ver>

Sotoca-Plaza, A., Ramos-Romero, M., y 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., y Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 139(1), 213.

Stoltenborgh, M., y IJzendoorn, H. M., Euser, M, E., 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., y 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., y Wood, H. (2014). Paraphilias and paraphilic disorders: Diagnosis, assessment and management. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(3), 202-213.

13. Anexos

13.1 Anexo 1. Entrevista semiestructurada

- Repaso datos de filiación, antecedentes familiares y personales.
Genograma.
- Enfermedades físicas o psíquicas.
- Entorno: Ciudad donde pasó su infancia. Donde vivían en el momento del delito.
- Delito por el que están penados.
 - o Antecedentes penales anteriores.
 - o Relación con la víctima (parentesco).
 - o Detonante que le llevó a agredir sexualmente.
 - o ¿Qué opinas sobre lo que hiciste/pasó?
 - o ¿Qué paso?
 - o Distorsiones cognitivas.
- Pareja. Frecuencia relaciones sexuales con la pareja.
- Infancia.
 - o ¿Cómo describirías la relación con tus progenitores?
 - Madre.
 - Padre.
 - Otros cuidadores/tutores.
 - o Tipo de colegio.
 - o Familia liberal o conservadora.
 - o Educación recibida. Enseñanza del bien/mal.
 - o Reacción cuando alguien le castigaba, cuando le decían qué tenía que hacer.
 - o Abusos en la infancia. Maltrato físico y psíquico.
 - o Escuela.
 - ¿Repitió curso?
 - Amigos en el colegio.
 - *Bullying*.
 - Relación con los profesores y figuras de autoridad.

- Amistades actuales. Dentro y fuera del centro.
- Consumo de alcohol u otras drogas.
 - Consumió cuando cometió el delito.
- Ámbito laboral. Máximo tiempo en un mismo trabajo.
- Sexualidad.
 - Preferencia sexual (hombres, mujeres, niños). ¿Desde qué edad?
 - Primera relación sexual.
 - Fantasías sexuales.
 - ¿Consideras que te hacía daño algún comportamiento sexual?
- Válvula de escape. Comportamiento ante situaciones desagradables o estresantes.
- Adhesión al tratamiento:
 - Por qué iniciar tratamiento.
 - Motivación para iniciar. Para mantener.
 - Género del terapeuta.
 - Explicación acerca del tratamiento
 - Competencias del profesional.
 - Sesiones del programa.
 - Ambiente en el que se desarrolla la terapia.
 - Duración del tratamiento.
 - Reconocer el delito delante de personas.

13.2 Anexo 2. Criterios del DSM-5 para el Trastorno Hipersexual

- A. Durante un período de al menos seis meses, presenta fantasías sexuales recurrentes e intensas, impulsos sexuales y conducta sexual en asociación con cuatro o más de los siguientes criterios:
1. Consume excesivo tiempo en fantasías e impulsos sexuales, planificando y participando en conductas sexuales.
 2. Repetidamente desarrolla esas fantasías, impulsos y conductas como respuesta a estados de ánimo disfóricos (por ej.: ansiedad, depresión, aburrimiento, irritabilidad).
 3. Repetidamente desarrolla fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a eventos estresantes de la vida.
 4. Repetitivos e infructuosos esfuerzos por controlar o reducir significativamente esas fantasías, impulsos y conductas sexuales.
 5. Repite el comportamiento sexual sin tener en cuenta el riesgo de daño físico o emocional a sí mismo o a otros.
- B. Hay un malestar clínicamente significativo o deterioro personal en las áreas social, profesional o de otro tipo de funcionamiento, asociado con la frecuencia e intensidad de estas fantasías, impulsos y conductas sexuales.
- C. Estas fantasías sexuales, impulsos y conductas no se deben a los efectos fisiológicos directos de sustancias exógenas (por ejemplo, drogas de abuso o medicación) o a episodios maníacos.
- D. La persona tiene al menos 18 años.

Además, se debe especificar si las conductas son masturbación, consumo de pornografía, relaciones sexuales consentidas con adultos, prácticas sexuales a través de internet (*cibersexo*), llamadas a teléfonos de contenido sexual, asistencias a clubs de striptease o varias de ellas.

13.3 Anexo 3. Cláusula de confidencialidad

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

La decisión de participar o no participar en este estudio es totalmente voluntaria. Su decisión, sea cual fuere, no afectará de ningún modo a la atención y trato recibido por parte del Centro. La información recogida será destinada para usos científicos en el campo de la psicología, no se manipularán, transformarán y/o cederán a terceras personas. No obstante, la Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima podrá acceder a una copia de los datos recogidos, de la descripción de las variables y las categorías con el fin de que puedan ser utilizadas en evaluaciones propias que puedan interesar a la Administración de Ejecución Penal. Estará informada sobre el desarrollo del proyecto en caso que esta así lo solicite.

Del mismo modo, usted puede retirar su participación del estudio, sin ningún tipo de repercusión negativa por parte de la investigadora y sin que tenga que aportar explicación alguna. A través de la persona de referencia del centro usted podrá contactar con la responsable del estudio cuando lo desee para comunicar su renuncia a participar en el estudio.

Beneficios Obtenidos:

Si usted decide participar en este estudio se le comunicarán todos los datos recogidos mediante las pruebas administradas, así como también se le comunicarán los resultados generales obtenidos en el estudio de forma global y la relevancia de los mismos para un tratamiento psicológico.

Confidencialidad:

Todos los datos recogidos en papel referente a la entrevista y a las pruebas psicométricas, se codificarán con un algoritmo alfanumérico que proteja y garantice todos sus derechos de protección y confidencialidad de datos personales.

Única y exclusivamente la responsable del estudio y la persona de referencia del centro, conocerá la identidad de los participantes.

Los datos, una vez codificados y sin que exista ningún signo que pueda revelar su identidad, serán introducidos en un ordenador al que tendrá acceso la responsable del estudio en el momento de la entrevista semiestructurada.

Sus datos están disponibles para usted siempre que desee acceder a ellos, rectificar o corregir los mismos y/o solicitar que se omitan o cancelen.

Los resultados obtenidos en este estudio, serán publicados preservando en todo momento su identidad y respetando la absoluta confidencialidad, en el Trabajo de Fin de Máster de la investigadora Roser Iglesias, estudiante del Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Sus responsabilidades:

Si usted decide su participación en este estudio, deberá autorizarlo como se indica a continuación:

1. Firmar el documento de consentimiento informado.
2. Acordar con la persona referente del centro (o director) la sesión de recogida de información en un plazo máximo de dos semanas desde que usted firme el documento de consentimiento informado.
3. La participación en el estudio, no le exime de seguir la dinámica, actividades y tareas establecidas del Centro.

Por todo esto, DOY MI CONSENTIMIENTO a la participación de este estudio y al análisis y publicación de los datos que se pueden realizar por parte de la responsable del estudio Roser Iglesias.

Firma del informante

Firma del participante

Roser Iglesias González

Nombre:

DNI:

Código alfanumérico:

Barcelona, ____ de _____ de 2020