



Administració de justícia

**cejfe**

# Aplicació d'un protocol forense amb entrevista a agressors sexuals a menors

*Ajut a la investigació 2021*

## **Autors**

Angel Curquerella Fuentes  
Amadeo Pujol Robinat  
Montserrat Viella Sánchez  
Jordi López Miquel  
Anna A. Mateu vidal

Any 2022



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

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

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

### **Avís legal**



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement\_no Comercial\_Sense Obra derivada 4.0. Internacional (CC BY-NC-ND 4.0) de Creative Commons. Se'n permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública sempre que se'n citi el titular dels drets (Generalitat de Catalunya, Centre d'Estudis Jurídics i formació Especialitzada) i no se'n faci un ús comercial. Aquesta obra no es pot transformar per generar obres derivades. La llicència completa es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

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

## Resum

Aquesta Beca implementa el *Protocol forense amb entrevista, en agressors sexuals a menors*, sorgit de l'anterior Beca de 2017 pel mateix Grup de treball. Hem inclòs en l'estudi 152 variables categòriques (Excel) en mostra d'homes (n=27 casos) amb una selecció de casos no-probabilística i de conveniència, d'acord amb el criteri d'abusos i/o agressions sexuals amb o sense parafilies. D'acord amb autors rellevants en aquest àmbit (Echeburúa, Lanyon, Seto o Aggrawal, entre d'altres) el perfil obtingut del pedòfil ha estat la d'un home de 36-55 anys (44%), solter (64%), amb treball estable (62,9%), estudis mitjos-superiors (ESO-Grau: 81,3%), sense disfuncions sexuals (92,6%), amb un 74,1% de heterosexualitat/preferència sexual, sense consum de substàncies (81,5%) i sense antecedents de maltractament a la infància (81,5%). Un 77,8% en canvi, diuen no conèixer prèviament la víctima. Un 40,7% són casos greus de pedofília, amb comorbiditats (29,6%). Observem també disfunció en la interacció social (66,7%), antecedents psicopatològics personals (51,9%) o infanto-juvenils (25,9%), i un 11,1% afirma problemes al part, un 18,5% amb relacions socials esporàdiques, i el 11,1% descriu maltractaments. Un 66,7% presenten ansietat, coincidint amb mostres d'estudis on el 66% de pedòfils mostraven ansietat/depressió (Echeburúa, 2021) i escasses habilitats socials o manca d'interacció social (18,5% i 66,7% respectivament). En relació a la imputabilitat, un 74,1% té una imputabilitat plena o disminuïda parcialment (22,2%).

*Descriptors principals: Abús sexual infantil, Parafilies, Pedofília, Agressor sexual de menors, Escales d'avaluació de la pedofília.*

## Resumen

Esta Beca implementa el Protocolo forense con entrevista, en agresores sexuales a menores, surgido de la anterior Beca de 2017 por el propio Grupo de trabajo. Hemos incluido en el estudio 152 variables categóricas (Excel) en una muestra de hombres (n=27 casos) con una selección de casos no-probabilística y de conveniencia, de acuerdo con el criterio de abusos y/o agresiones sexuales con o sin parafilias. Concordante con autores relevantes en este ámbito

(Echeburúa, Lanyon, Seto o Aggrawal, entre otros) el perfil obtenido del pedófilo ha sido la de un hombre de 36-55 años (44%), soltero (64%), con trabajo estable (62,9%), estudios medios-superiores (ESO-Grado: 81,3%), sin disfunciones sexuales (92,6%), con un 74,1% de heterosexualidad/preferencia sexual, sin consumo de sustancias (81,5%) y sin antecedentes de maltrato en la infancia (81,5%). Un 77,8% en cambio dicen no conocer previamente a la víctima. Un 40,7% son casos graves de pedofilia, con comorbilidades (29,6%). Observamos también disfunción en la interacción social (66,7%), antecedentes psicopatológicos personales (51,9%) o infanto- juveniles (25,9%), y un 11,1% afirma problemas en el parto, un 18,5% con relaciones sociales esporádicas, y el 11,1% describe malos tratos. Un 66,7% presentan ansiedad, coincidiendo con muestras de estudios donde el 66% de pedófilos mostraban ansiedad/depresión (Echeburúa, 2021) y escasas habilidades sociales o carencia de interacción social (18,5% y 66,7% respectivamente). En relación a la imputabilidad, un 74,1% tiene una imputabilidad plena o disminuida parcialmente (22,2%).

*Palabras clave: Abuso sexual infantil, Parafilias, Pedofilia, Agresor sexual de menores, Escalas de evaluación de la pedofilia.*

### **Abstract**

This Scholarship implements the Forensic Protocol with interview, in sexual aggressors to minors, arise from the previous 2017’s Scholarship by the same Working group. We have included in the study 152 categorical variables (Excel) in sample of men (n = 27 cases ) with a selection of non-probabilistic and convenience cases, according to the criteria of sexual abuse and/or sexual assault both with/without paraphilias. According to relevant authors in this field (Echeburúa, Lanyon, Seto or Aggrawal, among others) the profile obtained from the pedophile has been a man aged 36-55 (44%), single (64%), with stable work (62.9%), secondary-higher education (medium to university level: 81.3%), without sexual dysfunctions (92.6%), with 74.1% of heterosexuality/sexual preference, without any substance use (81.5%) and without a history of child abuse (81, 77.8%). On the other hand, they do not know the victim before the crime. A 40.7% of sample are serious cases of pedophilia, with comorbidities (29.6%). We also observe dysfunction in the social interaction (66.7%), personal

psychopathological background (51.9%) or juvenile children (25.9%), and 11.1% state problems in childbirth, 18.5% with sporadic social relationships, and 11, 1% describe abuse. A 66.7% have anxiety, coinciding with study samples, and a 66% of sample showed anxiety/depression (Echeburúa, 2021) and poor social skills or lack of social interaction (18.5% and 66.7% respectively). In relation to legal responsibility 74.1% have full or partially (22.2%) responsibility.

*Key words: Child sexual abuse, Paraphilias, Pedophilia, Child sexual offender, Pedophilic assessment scales*

# Índex de continguts

1. Introducció.....	5
2. Objectius.....	6
3. Marc teòric.....	7
3.1. Aspectes mèdics i psiquiàtrics de la pedofília .....	7
3.2. Comorbiditats en les parafílies i tractament mèdic.....	11
3.3. Aspectes criminològics i neurobiològics.....	16
3.4. Mètodes i instruments d'avaluació del delinqüent sexual amb menors .....	19
3.4.1. Escala MOLEST (Bumby, 1996).....	19
3.4.2. Escala d'Identificació amb Nens – Revisada (CIS-R) (Wilson, 1999).....	20
3.4.3. Escala de Sexe amb Nens (SWCH) (Mann et al, 2007).....	20
3.4.4. Qüestionari d'Actituds i Comportaments a Internet (IBAQ) (O'Brien i Webster, 2007) .....	21
3.4.5. Inventari d'Activitats en relació amb Nens i Sexe (C&SA) (Howitt i Sheldon, 2007) .....	22
3.4.6. Escala d'Interès en l'Abús Infantil (ICMS) (Gannon i O'Connor, 2011)...	23
3.4.7. Escala de Cribratge d'Interès Pedòfil-Revisada (SSPI-2) (Seto i Lalumière, 2001; Seto et al, 2015).....	23
3.4.8. Escala de Cognicions sobre Nens, Sexe i Internet (CSIC) (Kettleborough i Merdian, 2017).....	24
3.5. Intervenció clínica psicològica de les parafílies.....	25
3.5.1. Intervenció penitenciària en agressors sexuals.....	27
3.6. Aspectes medicoforenses de la pedofília.....	29
5. Metodologia .....	33
6. Resultats.....	35
6.1. Variables sociodemogràfiques.....	35
6.2. Variables psiquiàtriques-criminològiques.....	36
6.3. Variables medicoforenses .....	40
7. Conclusions .....	42
8. Propostes de futur .....	46
Agraïments .....	47
Referències bibliogràfiques.....	48
ANNEX 1: Entrevista per l'avaluació de trastorns parafílics: pedofília i altres en persones investigades per delictes sexuals amb víctimes menors d'edat (EA-TPA)...	54
ANNEX 2: VERSIÓ CRIBRATGE ENTREVISTA .....	73
ANNEX 3: Excel i variables descrites.....	76

## 1. Introducció

En el context en el qual els/les metges/esses forenses desenvolupem la nostra tasca pericial a l’Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya (IMLCFC), l’avaluació de delictes sexuals amb conductes de tipus parafilic és una tasca relativament freqüent, i a la que hem volgut donar una resposta tècnica, precisa i ràpida davant els tribunals. Calia així, implementar un mètode d’avaluació vàlid per a valorar amb precisió científica la pedofília amb Protocols i entrevistes com les que vam dissenyar en la anterior beca de 2017. Així, la Beca fou plantejada com la continuïtat de la ja atorgada i remesa oportunament al CEJFE l’any 2017: “Proposta per l’avaluació de delinqüents sexuals amb víctimes menors d’edat (trastorns parafilics: pedofília i altres)”.

En aquesta línia hem cregut oportú implementar el Protocol, en casos pràctics forenses de l’Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya, i específicament en un grup d’agressors i/o persones amb parafilies/trastorns parafilics. Teníem interès en esbrinar si existia un possible perfil d’agressor pedòfil, o en canvi associava un pool de persones amb variables personals, criminogèniques o forenses diferents.

Finalment l’interès pràctic seria poder difondre la coneixença i especialment, l’ús, del Protocol entre tots els professionals de la medicina forense, i assolir el suficient rodatge per perfeccionar i re-formular l’instrument un cop aplicat al camp mèdic i forense, per tal d’incorporar-lo definitivament, com a instrument de cribatge y avaluació dins del propi IMLCFC. Volíem que fos una font estable de recollida de dades criminològiques, psicopatològiques i específiques de pedòfils que permetrà en futures investigacions continuar la tasca engegada per aquestes dues Beques (2017, 2021).

## 2. Objectius

- a. Operativitzar a través d’un excel, el Protocol d’entrevista dissenyada a la Beca 2017.
- b. Recollir de manera sistemàtica les agressions sexuals amb parafílies, especialment pedofília.
- c. Fer extensiu el Protocol com a eina d’ús habitual i especialitzada, en els casos d’abús/agressió sexual amb possibles parafílies.
- d. Obtenir el màxim nombre de dades possibles per a una anàlisi amb paràmetres estadístics complexos.
- e. Difondre els resultats a l’IMLCFC, CEJFE i als furs on fos d’interès fer-ho, si es considerés necessari.



### 3. Marc teòric

#### 3.1. Aspectes mèdics i psiquiàtrics de la pedofília

La pedofília es un tipus de parafília que consisteix en l’excitació sexual intensa i recurrent derivada de fantasies, desitjos sexuals irrefrenables o comportaments que impliquen l’activitat sexual amb un o més menors prepúbere (generalment menors de 13 anys), d’almenys sis mesos de durada. El subjecte ha complert aquests desitjos sexuals irrefrenables, o els desitjos irrefrenables o les fantasies sexuals li causen malestar important o problemes interpersonals. El pedòfil es pot excitar amb nens d’ambdós sexes i en general l’atracció cap a les nenes és molt més freqüent que l’atracció cap els nens. El subjecte té com mínim 16 anys i és al menys cinc anys més gran que el nen/nens que són víctimes (DSM-5).

De tota manera s’ha de diferenciar entre la pedofília i l’abús sexual infantil (ASI) que representa un àmbit conceptual més ampli (Echeburúa, 2021). És a dir, hi ha subjectes que abusen que no tenen criteris de pedofília. Són persones que tenen una orientació sexual cap a persones adultes però que, en determinades situacions especials, de mal funcionament amb la parella, d’estrès, de consum d’alcohol o drogues, aïllament social o crisis d’ira, tenen conductes sexuals inapropiades amb menors.

Seguint Echeburúa (2021), no hi ha un patró típic o comú d’abusadors sexuals de menors, però descriurem una mica les seves característiques generals. La majoria de pedòfils són homes (un 90%). En les dones és molt menys freqüent aquesta conducta i el cas típic és el d’una dona madura que manté relacions sexuals amb un adolescent. L’edat més freqüent d’aquest trastorn seria entre 30-50 anys, encara que un 20% d’aquest tipus de violència sexual sigui comesa per adolescents i que aproximadament un 50% dels abusadors sexuals adults hagin tingut les seves primeres conductes quan tenien menys de 16 anys (Echeburúa, 2021). Molts agressors sexuals de menors viuen en parella i habitualment són familiars (pares, germans majors, oncles) o persones properes al menor (professors, tutors o veïns), el que els hi permet l’accés i la confiança amb la víctima. El cas més greu és l’incest pare-filla, ja que pot implicar una pèrdua dels vincles familiars generalment *quod vitam*.

Seguint a Echeburúa, els abusadors son subjectes d’aspecte normal, d’intel·ligència mitjana i habitualment sense malaltia mental greu. Encara que poden tenir trets d’immaduresa, inestabilitat emocional i introversió. Els homes adults amb pedofília molt sovint afirmen haver patit abusos sexuals en la seva infantesa (DSM-5).

En general els abusadors de menors, tenen una edat mitjana superior, una professió més qualificada i més estabilitat laboral que els violadors de dones adultes. Aquests acostumen a ser més joves, més impulsius, amb menys integració social amb a vegades antecedents delictius i consumidors de drogues (Echeburúa, 2021). Els agressors de menors utilitzen l’engany, la seducció i s’aprofiten del seu status de superioritat sobre una víctima moltes vegades coneguda, en canvi els violadors, no solen conèixer a la víctima i sovint utilitzen la força o les amenaces per dur a terme la violació (Echeburúa, 2021).

Seguint a Lanyon (1986), citat per Echeburúa (2021), hi ha dos tipus d’abusadors: els primaris o preferencials, i els secundaris o situacionals. Els primaris tenen una orientació sexual dirigida als nens/nenes, amb poc interès pels adults. El nivell de reincidència pot ser alt, no reconeixen el problema i tenen distorsions cognitives en relació a l’abús sexual i dels menors. Creuen que les seves conductes són apropiades i les planifiquen.

Els abusadors secundaris tenen contactes sexuals ocasionals amb menors i moltes vegades es troben en una situació de soledat, consum d’alcohol o drogues, o estrès (Echeburúa, 2021). Tenen habitualment relacions sexuals amb adults però a vegades amb problemes. En general tenen sentiments de culpa i vergonya, i es penedeixen (Taula 1).

Quant a la prevalença del trastorn de pedofília en la població en principi es desconeix. De tota manera hi ha autors que estimen que és d’aproximadament un 1% de la població, però quan les fantasies generals s’investiguen, la prevalença pot augmentar fins un 5% entre els homes de la població general (Tenbergen et al, 2015).

Un altra aspecte molt important de la pedofília és considerar les seves causes (etiologia). Ja hem explicat els tipus d’ASI, però si investiguem les causes de la pedofília, hem de tenir en compte que no és el mateix la pedofília anomenada

primària o del desenvolupament, que moltes vegades apareix a l’adolescència, que la anomenada conducta pedofílica adquirida o pseudopaidofília, que es refereix a un interès i excitació sexual amb nens o nenes que apareix més tardanament i que és secundària a una malaltia neurològica amb una etiologia clara (Capperio Ciani et al, 2019).

**Taula 1. Tipus d’abús sexual (segons Echeburúa, 2021)**

	<b>Secundari o situacional</b>	<b>Primari o preferencial</b>
<b>Etiologia</b>	Soledat Estrès (amb parella, familiar, laboral, etc)	Orientació sexual cap els nens
<b>Execució conducta</b>	Episòdica, Impulsiva	Persistent Compulsiva Premeditada
<b>Percepció conducta</b>	Anòmala (vergonya i penediment)	Apropiada sexualment
<b>Distorsions cognitives</b>		Atribució conducta a la “seducció” nens Mera mostra d’afecte Caràcter inofensiu dels contactes sexuals
<b>Tractament</b>	Bona proposta	Falta reconeixement del problema Recaigudes freqüents

El primer cas d’una pseudopedofília es va descriure pel Dr. Richard Von Krafft-Ebing, psiquiatra forense Alemany, l’any 1897 (Capperio Ciani et al, 2019). Es tractava d’un home de 78 anys sense antecedents delictius que el van acusar d’un abús sexual infantil. Al ser valorat es va comprovar que tenia una alteració de diverses funcions cognitives: no podia parlar bé, tenia una afectació greu de la memòria i no entenia de que l’acusaven. Des de llavors s’han descrit casos de pedofílies secundàries a demències fronto-temporals, tumors cerebrals, cordoma del clivus, lesions neurològiques quirúrgiques, seqüeles de traumatismes cranials, tractament amb dosi altes de fàrmacs dopaminèrgics i esclerosi de l’hipocamp (Aggrawal, 2009; Capperio Ciani et al, 2019).

Hem de recordar aquí el cas conegut d’un home de 40 anys, casat, sense antecedents penals i sense antecedents parafílics previs que va començar a interessar-se per la pornografia infantil i a tenir conductes pedofíliques. Va ser acusat i investigat de conductes parafíliques judicialment, fins que un dia va

presentar un episodi de mal de cap agut que va fer necessari ser visitat a un servei mèdic d’urgències. L’exploració neurològica va mostrar anomalies, es va fer una RMN cranial que va demostrar la presència d’un tumor orbital frontal dret i l’exploració neuropsicològica va mostrar que el pacient tenia una apràxia constructiva. La intervenció quirúrgica va confirmar que es tractava d’un hemangiopericitoma cerebral (Burns i Swerdlow, 2003) i la pedofília, així com l’apràxia, van desaparèixer després de dues intervencions quirúrgiques, per recidiva del tumor i de la pedofília, després de la primera cirurgia (Burns i Swerdlow, 2003).

Quant a la clínica i el diagnòstic, en general la consulta es fa, o bé per petició del pacient o algun familiar, o bé al tenir un problema legal necessitant una valoració medicoforense. En aquests casos pot ser necessària una exploració multidisciplinària que inclou una anamnesi completa, valoració d’hàbits tòxics, antecedents patològics, medicació prescrita, exploració física i neurològica completes. Especial atenció s’ha de tenir als sistemes endocrí, neurològic, vascular, urològic i ginecològic. Exploració psicopatològica i psicomètrica per valoració de la intel·ligència, personalitat i en el seu cas neuropsicològica. Revisió de la història clínica sexual i també aplicant escales de valoració. Exploracions complementàries que incloguin un perfil hormonal e idealment tests psicofisiològics de patrons de resposta sexual (Seto, 2014).

L’exploració hormonal hauria d’incloure la determinació de testosterona total i lliure, hormona fol·liculo-estimulant, hormona luteïnitzant, estradiol, prolactina i progesterona. La determinació d’algunes d’aquestes hormones ha demostrat la seva utilitat en predir les recidives en els agressors sexuals (Seto, 2014).

En els casos que estigui indicada i es pugui fer, pot ser d’utilitat practicar una fal·lometria o pletismografia del penis, que valora els canvis en la circumferència o volum del penis mesurant l’excitació sexual en resposta a estímuls visuals i auditius, que poden variar segons l’edat, etc. (Seto, 2014; Tenbergen et al, 2015). També pot ser útil en alguns casos la prova de la tumescència nocturna del penis (TPN), per avaluar una possible disfunció erèctil amb un monitor RigiScan, en casos que s’al·legui disfunció erèctil greu i per tant impossibilitat d’un presumpte delictes sexual amb penetració.

Quant a la comorbiditat, els pacients amb una pedofília primària poden tenir altres parafilies com l'exhibicionisme o el voyeurisme (Sadock, Sadock i Ruiz, 2015). Així mateix, hi ha altres diagnòstics psiquiàtrics descrits com a comòrbids, com ansietat i depressió en dos terços dels casos, abús de substàncies en un 60% dels casos amb predomini de l'alcohol, el diagnòstic d'un trastorn de la personalitat en aproximadament un 60% dels casos, amb predomini del obsessiu-compulsiu (25%), antisocial (22,5%), narcisista (20%) i evitatiu (20%). Per tant en general s'accepta que els subjectes pedòfils tenen freqüents alteracions emocionals i alteracions psicopatològiques comòrbides (Tenbergen et al., 2015).

### **3.2. Comorbiditats en les parafilies i tractament mèdic**

En termes generals, els llits sol·licitats per qüestions de psiquiatria forense, és a dir, la necessitat d'ingressos hospitalaris, han augmentat a molts països del món occidental. Una de les causes més importants és la comorbiditat, amb diagnòstics diversos, que generalment interaccionen entre ells generant pitjor pronòstic i evolució clínica. El paper dels professionals és així, doble: terapèutic i de prevenció de reincidència. Això ha generat, la necessitat d'afavorir la recerca en aquest camp forense, atès el desconeixement que en aquests aspectes hi podria haver a la comunitat científica (Howner, Hofvander i Tapp, 2020).

Aquesta recerca es fa en camps com la investigació sobre els efectes dels tractaments psicofarmacològics en aquest tipus de pacients psiquiàtric forenses (Howner, Hofvander i Tapp, 2020), dels que parlarem abastament al capítol corresponent. Jordan i col·laboradors van realitzar un estudi amb l'objectiu de cercar biomarcadors que defensin algunes categories diagnòstiques, avaluacions terapèutiques i valoracions de risc de pedofília en subjectes acusats de delictes d'abús sexual infantil (ASI). Els autors van buscar els aspectes neurobiològics, així com els fisiològics i psicofisiològics que caracteritza la pedofília i l'abús sexual infantil discutint i avaluant l'impacte del desenvolupament d'aquests biomarcadors. Walker i Tulloch van avaluar experiències dels professionals que treballen a hospital d'alta seguretat (amb pacients de context forense) en situacions de necessitat de contencions

lleugeres/toves, determinant que aquest podia ser un recurs útil, essent els de més durada els que requereixen major preparació per part dels professionals. Cornish i col·laboradors van avaluar un instrument de risc (*Forensic Psychiatry and Violence Oxford Tool FoVox*), però no mostrava relació suficientment adequada entre context clínic i forense, en canvi podria ajudar a la presa de decisions en context clínic. Moodley et al. feren un estudi qualitatiu per examinar les percepcions de dones revisant les ofenses i les percepcions sobre els tractaments. Andine i Bergman revisaren la importància de la intervenció per millorar la salut dels professionals que tenen cura de pacients en els ambients esmentats (Howner, Hofvander i Tapp, 2020).

Els estudis indiquen que en els subjectes amb parafílies poden existir comorbiditats diferents, cosa que és important de cara a la determinació del tractament a realitzar. Un dels grups més importants relacionats amb els agressors sexuals, són els trastorns de personalitat i habitualment la disfunció del trastorn està relacionada amb la conducta sexual antinormativa. El trastorn més freqüentment associat és el trastorn antisocial de personalitat. En l’incest, s’ha determinat l’existència de trets esquizoïdes, narcisistes i de dependència. En abusadors de menors, s’han observat trets antisocials, narcisistes i passiu agressius. Sjostedt et al l’any 1952, van determinar que hi havia comorbiditat amb l’esquizofrènia, altres tipus de psicosi, depressió, abús de substàncies i trastorns de personalitat diversos. Altres estudis indiquen relació entre els abusadors i els trastorns de l’estat d’ànim, així com alteracions secundàries als tractaments per la depressió. L’existència de disfuncions sexuals pot dur a una conducta sexual violenta com a mecanisme compensatori. Tractant la disfunció sexual, pot fer desaparèixer la conducta d’abús. Per una millor determinació cal usar de manera estricta i acurada els criteris DSM, tan en context clínic com d’investigació i recerca. Quan es tracta de comorbiditat amb trastorn antisocial de personalitat, es determina que es factible que aquesta sigui la raó per la reincidència, o almenys una de molt important. Fins i tot, administrant la *Psychopathy Checklist: Revised* (Hare, 1991; 2003) podria observar-se que molts agressors sexuals tenen trets psicopàtics, suposant això també risc de reincidència. El trastorn antisocial de personalitat estaria relacionat amb violació, així com en preferència per la humiliació i sadisme durant l’agressió, en el

constructe anomenat “Dark triad”. Tenint en compte els criteris de personalitat, hi ha diferències entre agressors sàdics i no sàdics. Els sàdics, presentarien trets evitatus, esquizoides, passiu agressius i els no sàdics, presentarien trets narcisistes i antisocials (Marshall, 2006).

La presència de psicopatia (o trets psicopàtics) genera un problema de tractament, atesa la dubtosa o escassa resposta a les mesures convencionals. Un altre trastorn de personalitat que ha estat relacionat amb agressors sexuals, és el trastorn límit (Marshall, 2006).

Els tractaments mèdics dependran no només dels criteris diagnòstics sinó del problema que presentin o generin (de violència sexual), quant a dimensions de funcionament específic. Existeixen diferències entre aproximacions de tractament depenent si es tracta d’una parafília o si hi ha parafílies múltiples. En el cas de parafílies múltiples, el tractament ha de ser alhora, de manera conjunta, no de manera individualitzada.

Quant a comorbiditat, els agressors sexuals necessiten tractaments ajustats a les patologies diagnosticades. Clarament, l’abús i dependència de substàncies està freqüentment relacionada amb aquest agressors, per tant serà un factor a tractar prèviament. Quan s’associa a depressió o trastorns de l’estat d’ànim, així com esquizofrènia, antidepressius o antipsicòtics poden ser útils. Per trastorn antisocial o psicopatia els tractaments són poc útils, però es pot tractar de millorar les actituds antisocials i la resposta al premi. Per altres trastorns de personalitat pot ser útil millorar les relacions socials, tractar de minvar les distorsions cognitives i augmentar l’empatia (Marshall, 2006).

La interpretació de les parafílies com a patologia venia donada per la inclusió en les classificacions internacionals i el fet que eren un conjunt de símptomes i conductes enteses com una alteració del control dels impulsos o a l’espectre obsessiu compulsiu. Entenem que aquestes parafílies tenien un alt grau de comorbiditat amb altres trastorns mentals. Tot i ser considerat un diagnòstic mèdic, continuava essent exclòs en la legislació de salut com a base de detenció. Els tractaments de les parafílies s’inicien a finals de s. XX, on es van intentar tractaments hormonals i medicació per disminuir la libido (castració sexual, per exemple). Més recentment, com veurem més endavant, s’han provat altres

fàrmacs relacionats també amb hormones (hormona luteïnitzant), inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS) i altre medicació psicotròpica. S’afegeixen altres teràpies psicològiques (aversives, cognitiu conductuals, entre d’altres) (Marshall, 2006).

El tractament mèdic de pacients amb parafílies ha estat sempre relacionat amb dilemes ètics. El major d’ells, l’equilibri entre el tractament i la salut pública, així com la relació entre punició i teràpia. Existeixen normes ètiques per a l’avaluació i el tractament, així com per l’obtenció del consentiment.

Des del punt de vista clínic, cal entendre que no tots els agressors sexuals pateixen parafílies, i no tots els parafílics són agressors sexuals. A les classificacions internacionals s’ha definit específicament el concepte així com les diferents formes de presentació (Marshall, 2006).

Quant a la pedofília, i quedant aclarits els criteris diagnòstics, cal esmentar alguns aspectes: és més freqüent en homes, la reincidència està relacionada amb l’edat, l’edat canvia la libido, i pot haver conductes diferents (de gravetat diferent) (Thibaut, 2010).

Parlant de comorbiditat amb parafílies, s’observa major relació amb patologia de l’antic eix I (DSM) incloent alteració de l’estat d’ànim, trastorn per ús de substàncies (TUS), esquizofrènia, altres trastorns psicòtics, demència, i altres trastorns cognitius (Diakos, 2009; Thibaut, 2010). També es pot relacionar amb trastorns de l’eix II, trastorn antisocial i límit de personalitat i discapacitat intel·lectual, així com a eix III (epilèpsia, trauma cranial, malaltia de Huntington, tractaments amb dopamina pel parkinsonisme, per exemple). No està sovint relacionat amb esquizofrènia o trastorn bipolar, tot i que no és descartable. Ocasionalment la parafília apareix un cop el trastorn principal psicòtic està tractat. Hi ha una freqüent relació amb trastorn addictius, trastorns de personalitat (TAP sobretot), trastorns depressius, trastorn d’ansietat, TDAH, trastorn del control dels impulsos. En casos juvenils, amb trastorns de personalitat, trastorn límit de personalitat, TUS, TDAH, trastorn del control dels impulsos. La reincidència és major si hi ha trastorn personalitat i trastorn del control dels impulsos. Les parafílies estan associades a hipersexualitat amb trets obsessiu compulsius (Bernardi, 2010). Són sovint resultat d’alteracions psicològiques



diverses (culpa, depressió, vergonya, aïllament, afectació de la capacitat per relacions personals normals) (Thibaut, 2010).

Aprofundint en les parafilies i agressió sexual, veiem que hi ha pacients que demanen tractament per l’afectació que la parafília li genera (distrés), i altres demanen tractament després de conductes il·legals (agressions sexuals). Hi ha gran variabilitat en les conductes i en la gravetat de les mateixes. Generen en general, afectació greu a les víctimes. L’empresonament pot generar l’aturada de la conducta pedòfila però no la pedofília com a trastorn/orientació sexual (Thibaut, 2010).

Atès que el comportament/excitació sexual depèn de factors variats, no s’ha pogut determinar la causa de la parafilie. Probablement és causa multifactorial, la qual cosa fa el tractament més difícil. Entre els majors determinants biològics està la testosterona, dopamina i serotonina, estrògens, regions específiques cerebrals (àrea medial preòptica, connectada a sistema límbic i cerebel). Ha estat relacionada amb traumes cerebrals a la infantesa amb dany frontotemporal. Com veurem a l’apartat de neuroimatge en pedofília, usant tomografies d’emissió de positrons (PET, en anglès) es determina que hi ha àrees relacionades, còrtex temporal inferior, bilateral, àrees paralímbiques, lòbul temporal (Thibaut, 2010).

Alguns pedòfils demanen tractament mèdic abans de l’abús/agressió sexual, amb una freqüència significativa de fantasies sexuals (amb nens), gran quantitat d’agressions no reportades, amb unes conseqüències que depenen del tipus d’agressió. La reincidència és altament preocupant en el tractament (cal empresonament i tractament). El que sí és cert és que els agressors tractats són menys reincidents que els no tractats. Alguns factors estan identificats: psicopatia i trastorn antisocial de personalitat, baixa autoestima, trastorns addictius, patologia psiquiàtrica. Aquests factors poden ser tractats (o modulats). Altres no ho poden ser: agressions sexuals prèvies, altres tipus de delictes, retard mental, seqüeles de traumatismes crani encefàlics (TCE’s). Pel que fa a la avaluació, cal cercar les dades demogràfiques i clíniques, i comptar al diagnòstic amb les parafilies associades i les comorbiditats (Thibaut, 2010).

Altres variants del tractament mèdic proposades serien la orquiectomia bilateral (amb múltiples lleis diferents, als diferents països). S’ha observat que disminueix

les conductes i fantasies però és excessivament cruenta. La psicoteràpia inclouria com ja hem esmentat, i que ampliarem a l’apartat corresponent: teràpia cognitiva conductual, amb entrenament empàtic i control conducta sexual, amb millors resultats si va associada a psicofàrmacs, o el psicoanàlisi. Fàrmacs i drogues psicotròpiques permetrien disminuir l’*arousal* o activació sexual, si bé no hi ha evidència d’eficàcia. Dins de la farmacoteràpia ja hem esmentat anteriorment els ISRS, que actuen disminuint la activitat de les neurones serotoninèrgiques (5HT) presinàptiques, disminuint les conductes obsessives, modulant les comorbiditats i la hipersexualitat. S’han fet estudis d’ISRS associats a altres fàrmacs, sense evidència tampoc de millora. En l’apartat d’antiandrògens, l’acetat de medroxiprogesterona disminuiria la testosterona, si bé amb efectes secundaris. Cal consentiment explícit, escrit, per a aquestes teràpies. S’ha d’haver passat la pubertat i no tenir algunes malalties mèdiques específiques. L’acetat de ciproterona actua com antiandrògen i com a progestagen, i modera la conducta sexual, tot i que també amb efectes secundaris i hi cal consentiment. Ha d’haver passat la pubertat i no tenir algunes malalties mèdiques específiques. Els tractaments han de ser de mínim 2 anys. Es fa teràpia amb gonadotrofina i anàlegs (Triptorelin, Leuprorelin, Goserelin) si bé no hi ha estudis renderitzats, els tractaments són llargs, amb efectes secundaris i amb molt escassa evidència empírica.

Pel que fa a persones empresonades, sola té poc efecte. Per proposar guies de tractament cal conèixer l’historial mèdic de la persona, fer observació del pacient, valorar la intensitat de les fantasies parafíliques, el risc de violència sexual, i tenir en consideració les comorbiditats descrites al llarg de les darreres pàgines. Els tractaments requeriran vigilància i seguiment, i seran crònics (Thibaut, 2010).

### **3.3. Aspectes criminològics i neurobiològics**

En relació a aspectes neurobiològics de la pedofília, es postulen variables com la (a) d’exposició prenatal a andrògens, (b) heretabilitat i epigenètica dels successos estressants, (c) desregulació de neurotransmissors, (d) alteracions del funcionament cerebral i (e) alteracions estructurals. Sembla que hi hauria un trastorn del neurodesenvolupament i/o alteracions fronto-temporals i del cervell

límbic (emocional) que alterarien la regulació *top-down* (Siever) entre les pulsions i necessitats emocionals límbiques, i el superego prefrontal (Tenbergen, Wittfoth, Frieling, Ponseti, Walter, Walter...Kruger (2015).

Podem estar alerta (“red flags”) en pedofília davant d’ítems com: l’absència d’ocultació, la no-premeditació, l’absència d’història criminal, sentiment de culpa, confessió espontània i agressors de més edat ( $x > 50$  a.). Caldria sempre valorar un origen orgànic de les conductes, com ja s’ha esmentat, en casos de pseudopedofília originades per tumors, drogues antidopaminèrgiques, o de malalties neurodegeneratives com la demència fronto-temporal (Camperio-Ciani, Scarpazza, Covelli i Battaglia, 2019).

D’acord amb Sotoca-Plaza, Ramos-Romero i Pascual-Franco (2020) el perfil de risc entre ambdues modalitats, agressor off-line (AOL) i delinqüent Dual (DD). Cal valorar les escales de gravetat d’imatges sexual COPINE (*Combating Paedophile Information Networks in Europe*) i l’escala SAP (per auxili a la hora d’establir la pena des d’un punt de vista judicial). Els autors desenvolupen escala de sis nivells, dins del cos de la Guàrdia Civil. Es correlacionen els conceptes de pornografia infantil (PI), abusador de menors (ASM) i la pedofília. En la gestió del risc cal valorar factors com la pedofília, i d’altres psicològics com: presència d’un patró antisocial (antecedents, impulsivitat, tòxics), la existència de distorsions cognitives. Els delinqüents duals (DD) serien més propers al perfil “abusador” que al “consumidor” (PI) i amb arxius “especialitzats” (víctimes molt petites o d’un gènere) i amb nivells extrems de dany.

Hi ha diferències de perfil entre pedòfils i no-pedòfils amb/sense història d’abús/agressió. Els agressors versus els no-agressors es diferencien en edat, intel·ligència, nivell educatiu assolit i història d’abusos sexuals patits. Els agressors presenten més parafílies addicionals i un desig sexual (*urgue*) més elevat (Gerwinn, Weiß, Tenbergen, Amelung, Födish, Pohl...Kruger (2018)

Cal doncs tenir en compte a l’hora del diagnòstic que (a) s’utilitzi el DSM (psiquiatr@s), (b) l’inventari d’avaluació fal·lomètrica (PAI), (c) mixt a + b, (d) que s’apliqui el SSPI (*Screening Scale for Pedophilic Interest*). L’índex Pedòfil (PI) s’avalua en funció de la resposta a determinats estímuls (PI: pedòfils/adults) (Moulden, Firestone, Kingston i Bradfor, 2009). Les classificacions de pedòfils i

escales de predicció de risc sexual actuarial i tests d’avaluació, inclourien: Abel and Becker cognitions scale, PCL-R, *Juvenile Sex offender Assessment protocol* (JSOAP), *Minnesota Sex-Offenders Screening Tool-Revised* (MSOST-R), *Multiphasic Sex Inventory* (MSI), *Rapid Risk Assessment for Sexual Offender Recidivism* (RRASOR), *Screening Scale for Pedophilic Interests* (SSPI) i *Sex Offender Risk Appraisal Guide* (SORAG) (Hall, Richard i Hall, 2007). La prova *Violence Risk Scale: Sexual Offender Version* (VRS:SO) prediu molt millor la reincidència en pedòfils que el PCL-R, SSPI, *Static-99* o *Stable-2007* (Eher, Olver, Heurix, Schilling i Rettemberger, 2015).

Quant a la contribució en la escena del crim de la perfilació criminal, concretament per tal d’avaluar el risc i l’interès sexual per menors amb mètodes actuaries, cal estimar factors estàtics (*Crime Scene Behavior Risk Measure*: CBR), i dinàmics (CBR, tipologies agressors coneguts/desconeguts, sàdics; *Screening Scale of Pedophilic Interest* (o SSPI). L’avaluació forense per tal de perfilar l’interès sexual en menors, d’agressors (Lehman, Dahle i Schmidt, 2018) descriuria l’ítem “interès sexual pedòfil” que s’avalua amb les dimensions de la *Big-Five Personality* (dimensions), les escales d’impulsivitat de Barrat, la Escala Breu de Síntomes (BSI), el SSPI, la història delictiva i la pletismografia peniana, sent els predictors amb més proporció de la variància explicada per a les conductes pedòfiles: la ansietat i la sensibilitat interpersonal (Carballo, 2018).

S’esmenten possibles interessos pedòfils amb repercussions fisiològiques i hemodinàmiques, conductuals i de processos atencional.

Cal estudiar en pedofília biomarcadors potencials com les funcions del control de la inhibició (motora, cognitiva i complexa) tot i que encara no diferenciïn específicament pedofília d’abús sexual. La manca de control inhibitori es relaciona amb perfils psicopàtics i violents (Jordan, Wild, Fromberger, Müller i Müller, 2020). Encara no podem diferenciar per tècniques de tensor de difusió d’imatges (TDI) els pedòfils dels no-pedòfils. Cal estudiar el còrtex prefrontal orbital, la ínsula, gyrus temporal superior, gyrus temporal mig o pol temporal, amígdala i cervellet (Cantor, Lafaille, Soh, Moayed, Mikulis i Girard, 2015). Les anomalies físiques menors (MPA) es relacionen significativament amb indicadors de pedofília, incloent respostes penianes a imatges de menors, nombre de

víctimes menors i possessió de pornografia infantil (Dyshmiku, Murray, Fazio, Lykins i Cantor, 2015).

Des d’una perspectiva de gènere, les abusadores sexuals no estan prou estudiades, ni solen ser pacients en unitats de tractament. Solen tenir alguna discapacitat intel·lectual, trastorns psiquiàtrics o trastorns de la personalitat (TP), amb una prevalença de negligència i abús sexual i físic, per diferents agressors, a la seva infància (Cikili Uytun i Demirci, 2018).

### **3.4. Mètodes i instruments d’avaluació del delinqüent sexual amb menors**

És habitual que els abusadors de menors i els usuaris de pornografia infantil (PI) neguin tenir interès sexual cap als nens, especialment en el context d’avaluació forense, en el que evidentment concorre amb freqüència la motivació d’ocultar-lo. No obstant això, conèixer les preferències sexuals dels delinqüents sexuals i el paper que aquestes preferències han tingut en la seva conducta delictiva és fonamental per al treball terapèutic. A més, mesurar adequadament l’interès sexual desviat és important per a l’avaluació del risc de reincidència i la ulterior presa de decisions judicials i penitenciàries sobre els delinqüents.

L’avaluació de l’interès sexual cap a menors ha derivat progressivament cap a la recerca de metodologies que siguin resistents a la negació i manipulació. Hi ha un nombre important d’autoinformes que aborden aquesta àrea d’avaluació, que tenen propietats psicomètriques apropiades i un cert poder discriminant. Entre aquests instruments, podem destacar els següents, en base a un recull recent (Herrero i Negro, 2016):

#### **3.4.1. Escala MOLEST (Bumby, 1996)**

Aquesta prova avalua la presència de distorsions cognitives en homes que han abusat sexualment de nens. Està formada per 38 ítems que es puntuen mitjançant una escala tipus Likert de 4 punts (des de ‘totalment en desacord’ fins a ‘totalment d’acord’). Quan més elevada és la puntuació, major és la presència de justificacions, minimitzacions, racionalitzacions i excuses per a mantenir activitat sexual amb menors. L’autor va aplicar la prova a una mostra de 44 homes condemnats per abús sexual infantil intrafamiliar. Els valors estadístics

de l’instrument (consistència interna, fiabilitat test-retest, validesa de constructe, validesa convergent, validesa discriminant) han estat àmpliament establerts en estudis de validació. Tanmateix, l’escala MOLEST era capaç de diferenciar els abusadors de menors en context intrafamiliar d’altres grups de delinqüents (condemnat per violació i condemnat per delictes no sexuals). Marshall i altres (2003) van trobar que l’escala pot discriminar estadísticament entre abusadors de menors en l’àmbit extrafamiliar, una mostra de delinqüents no sexuals i una mostra de població no delinqüent. Segons Arkowitz i Vess (2003), l’escala diferencia entre individus que han comès abús sexual extra familiar i agressors sexuals.

### **3.4.2. Escala d’Identificació amb Nens – Revisada (CIS-R) (Wilson, 1999)**

L’escala CIS-R inclou 40 ítems dicotòmics. S’han estudiat les seves propietats psicomètriques en una mostra de delinqüents sexuals amb menors (Wilson, 1999); presenta un índex de fiabilitat  $\alpha$  de .866. Mitjançant anàlisi factorial exploratòria es van extreure vuit factors: desig de reiniciar la vida, immaduresa, protecció, aïllament, gaudi d’activitats infantils, enyorança de la infància, empatia amb els nens i història d’abús (Ward et al, 2006). Diversos autors han suggerit que els abusadors de menors presenten una tendència excessiva a identificar-se emocionalment amb nens; Finkelhor (2008) considera que l’adult que abusa sexualment de menors es troba emocionalment més còmode i segur en les relacions amb menors que no pas amb individus adults.

### **3.4.3. Escala de Sexe amb Nens (SWCH) (Mann et al, 2007)**

Aquest instrument està compost per 18 ítems, generats en base a la intervenció clínica amb delinqüents sexuals. El seu objectiu és avaluar les creences que justifiquen el contacte sexual entre adults i menors. Té una àmplia difusió dintre del sistema penitenciari anglès, on forma part d’un protocol més extens d’avaluació d’aquesta població penal. A l’igual que l’escala MOLEST, cadascun dels ítems es puntua de 0 a 4 en una escala tipus Likert (de ‘totalment en desacord’ a ‘totalment d’acord’); una puntuació més elevada indicaria una major acceptació de les creences que avalua la prova. Els autors van estudiar-ne les propietats psicomètriques en una mostra prou representativa de delinqüents sexuals (abusadors de menors, majoritàriament, i agressors de dones adultes),

sotmesos a tractament en el sistema penitenciari britànic en un període de deu anys. Van trobar un índex de fiabilitat  $\alpha$  de .94 i un índex test-retest de .93. Mitjançant l’anàlisi de components principals, van extreure dos factors: un feia referència a la ‘naturalesa inofensiva’ de les pràctiques sexuals amb nens, i l’altre recollia ítems que descriuen els nens com a ‘sexualment provocatius’. Els delinqüents amb menors obtenien puntuacions significativament més altes en l’SWCH que els agressors amb víctimes adultes. A més, l’escala obté correlacions positives i significatives amb altres mesures similars, com ara la subescala de distorsions cognitives del *Multiphasic Sex Inventory* (MSI), així com amb el nivell de risc de reincidència dels participants, mesurat mitjançant un instrument actuarial.

#### **3.4.4. Qüestionari d’Actituds i Comportaments a Internet (IBAQ) (O’Brien i Webster, 2007)**

Aquest instrument avalua de manera específica els aspectes cognitius i conductuals en relació amb el consum d’imatges d’abús infantil a Internet. La part A mesura comportaments específics relacionats amb la conducta delictiva; està composta per 47 ítems d’estructura dicotòmica, sense ítems inversos. La part B mesura actituds relacionades amb el consum de PI a través de 34 ítems (5 inversos) que es puntuen en una escala tipus Likert (1-5). Quan més alta és la puntuació en cadascuna de les dues parts, major seria la presència de comportaments i actituds que donen suport a la conducta delictiva. Els autors van aplicar la prova a una mostra d’homes adults condemnats per delictes de PI amb mitjans informàtics. La consistència interna de l’escala ‘actitudinal’ va ser d’ $\alpha = .93$ . Pel que fa a l’estructura factorial d’aquesta dimensió, es van aïllar dos factors clarament diferenciats: un de pensament distorsionat i un d’autogestió, tots dos amb un coeficient  $\alpha$  elevat. Altres variables estadístiques com la validesa concurrent, la validesa de criteri i la validesa discriminant també han estat estudiades; pel que fa a aquesta última, els resultats semblen indicar que l’escala IBAQ pot discriminar entre individus amb i sense comportaments relacionats amb el consum d’imatges de PI. Aquest instrument s’utilitza habitualment amb aquest perfil delictiu en diversos països de l’àmbit europeu i anglosaxó.

### **3.4.5. Inventari d’Activitats en relació amb Nens i Sexe (C&SA) (Howitt i Sheldon, 2007)**

Els autors d’aquest instrument van dur a terme un estudi centrant-se en analitzar les diferències quant a distorsions cognitives entre abusadors de menors i consumidors de PI online. En aquell moment, les proves que existien per a l’anàlisi de les distorsions cognitives dels delinqüents sexuals assumien que la persona havia comès abús sexual, per la qual cosa no eren apropiades per aplicar en casos de consumidors de PI. Howitt i Sheldon (2007) van construir aquest inventari per poder avaluar ambdós perfils, i a tal efecte van utilitzar alguns ítems d’altres escales ja disponibles (Escala MOLEST, Escala de Cognicions d’Abel i Becker, Qüestionari d’Actituds Sexuals de Hanson), a més de la seva experiència professional amb tots dos tipus de delinqüents sexuals. L’inventari està format actualment per 39 ítems (3 inversos), que es responen a una escala d’1 a 4 (de ‘molt en desacord’ a ‘molt d’acord’). La puntuació total en l’escala indica el grau de conformitat amb les distorsions cognitives presentades. L’instrument va ser aplicat a una mostra composta per abusadors de menors, consumidors de PI per internet, i un grup mixt integrat per delinqüents en totes dues modalitats. L’única diferència significativa entre els grups de delinqüents va ser a l’escala ‘infants com a objectes sexuals’; contràriament als resultats d’altres estudis, els consumidors de PI van puntuar significativament més alt que els abusadors de menors. D’altra banda, els autors van dur a terme una anàlisi factorial i van trobar dos factors principals: el primer factor agrupa cognicions que assumeixen que els nens tenen sentiments sexuals envers els adults i són capaços de desitjar i gaudir mantenir sexe amb ells (‘nens com a objectes sexuals’, dintre del model de les Cinc Teories Implícites de Ward i Keenan, 1999). El segon factor recull les ‘justificacions per dur a terme la conducta delictiva’. Pel que fa al primer factor, hi havia diferències significatives entre els tres grups, al contrari que en el segon factor. Entre les limitacions d’aquest estudi, cal tenir en compte la reduïda mostra utilitzada ( $n = 51$ ); a més, els factors extrets només explicarien un percentatge poc significatiu de la variància total. Estudis posteriors (p. ex.: Merdian i et al, 2014) amb mostres semblants tampoc han pogut demostrar l’eventual potencial discriminant dels ítems de la C&SA.



### **3.4.6. Escala d’Interès en l’Abús Infantil (ICMS) (Gannon i O’Connor, 2011)**

Un inconvenient relatiu d'aquest instrument, per contrast amb els anteriors, és que no es va validar utilitzant grups de delinqüents sexuals amb menors, sinó que es va desenvolupar partint d'una mostra d'estudiants universitaris. La ICMS està constituïda per cinc escenaris hipotètics en què es dona una situació abusiva; tres d'aquestes situacions inclouen un component coercitiu però no agressiu (“escenaris de baixa força”), i les altres dues impliquen un episodi sexual violent a nivell físic (“escenaris d'alta força”). En cada descripció, la persona avaluada s'ha d'imaginar a si mateixa en aquesta situació i respondre tres preguntes utilitzant una escala tipus Likert de set punts. Cada pregunta avalua l'activació sexual en cadascun dels escenaris, la propensió a comportar-se de forma similar, i la satisfacció general en aquesta situació; l'escala permet obtenir una puntuació per a cadascuna d'aquestes variables en els escenaris de baixa i alta força. L'instrument va obtenir en la mostra original un índex de fiabilitat  $\alpha$  de .90 i una fiabilitat test-retest (al cap de quinze dies) de .94.

### **3.4.7. Escala de Cribratge d’Interès Pedòfil-Revisada (SSPI-2) (Seto i Lalumière, 2001; Seto et al, 2015)**

Aquest instrument, del que ja n’hem fet referència anteriorment, és pròpiament un autoinforme, sinó una escala heteroaplicada de cribratge. Seto i Lalumière (2001) van desenvolupar la primera versió d'aquest instrument (SSPI) per al seu ús clínic en situacions en què no era possible recórrer a altres mesures objectives com la fal·lometria. L'escala està composta per quatre ítems que correlacionen de manera consistent amb la resposta fal·lomètrica indicativa de pedofília: víctima masculina, múltiples víctimes infantils (menors de catorze anys), víctima d'edat inferior a dotze anys i víctimes infantils extrafamiliars. Cada ítem es valora com a present o absent i la puntuació total pot oscil·lar entre 0 i 5; la variable “víctima masculina” es puntua amb un dos, ja que explicava el doble de variància en la resposta fal·lomètrica que la resta dels correlats. Aquest instrument presenta una correlació positiva amb altres mesures de pedofília (Mokros i altres, 2010). Posteriorment, Seto et al (2015) van revisar l'escala i van proposar la inclusió d'un ítem nou: ús de PI. En una mostra de 950 delinqüents sexuals amb

menors, la puntuació del SSPI-2 es correlacionava positivament amb la resposta fal·lomètrica davant d'estímuls que representaven menors. A més, la inclusió d'aquest cinquè ítem millorava la capacitat de predicció de la resposta sexual davant de menors respecte a la versió original de quatre ítems.

#### **3.4.8. Escala de Cognicions sobre Nens, Sexe i Internet (CSIC) (Kettleborough i Merdian, 2017)**

L'any 2015, les autores van desenvolupar una escala per avaluar la presència de distorsions cognitives en consumidors de PI, i la seva importància rau en ser un instrument específic per mesurar actituds en aquesta població. Juntament amb els ja exposats IBAQ i C&SA, són probablement els únics instruments dissenyats específicament per a aquesta població; no obstant, l'aspecte diferenciador de la CSIC respecte als anteriors prové del fet que s'ha elaborat mitjançant metodologia inductiva, consultant a professionals experts en població de consumidors de pornografia infantil sobre els patrons de pensament específics d'aquests. De l'anàlisi de les respostes dels experts va resultar la presència de quatre grans temes en els patrons de pensament d'aquesta mostra poblacional: la naturalesa percebuda dels nens, la implicació no sexual del consum de PI, la negació de dany i l'expressió d'una preferència sexual general; al seu torn, aquests quatre temes es divideixen en un total de 10 subtemes més. Després d'una selecció basada en l'acord Inter jutges, es van escollir els 108 ítems que formen part de la versió actual de la CSIC. Aquest autoinforme es contesta amb una escala tipus Likert de 6 punts (de 'molt en desacord' fins a 'molt d'acord'). Les escales IBAQ, CIS-R, SWCH i ICMS s'han incorporat al protocol d'avaluació per al tractament psicològic d'homes condemnats a una mesura penal alternativa (MPA) per aquest tipus de delictes a Espanya, constituint una oportunitat per validar aquest tipus d'instruments en població espanyola (Herrero et al, 2015).

S'aconsella que es construeixin instruments específics per a cada tipologia delinqüencial, de manera que els abusadors sexuals i els condemnats per consum de PI haurien de ser avaluats amb autoinformes específicament dissenyats per a ells. Desafortunadament, gran part d'aquests instruments no estan traduïts a l'espanyol i són escales d'investigació que no han estat sotmeses

a un procés d'estandardització adequat, el que limita el seu ús en el món forense aplicat. En relació amb les tècniques fal·lomètriques, a pesar dels seus evidents inconvenients metodològics i psicomètrics, en alguns països són àmpliament utilitzades per a l'ús clínic, condicionant les valoracions dels professionals sobre la necessitat de tractament, l'evolució terapèutica i el risc de reincidència, entre d'altres. Cal, per tant, que es dissenyin protocols d'estandardització que tinguin en compte les variables que poden afectar les mesures, com el tipus d'estímul utilitzats, la manipulació conscient de la reacció fisiològica, els participants amb taxes baixes de resposta o el tipus de codificació de les respostes triat. Els resultats més prometedors semblen procedir d'instruments multimètode com l'EISIP (Perfil Explícit i Implícit de l'Interès Sexual), que incorporen autoinformes i mesures basades en la latència.

No obstant, també aquests instruments presenten limitacions en la seva capacitat discriminant, essent necessària més investigació. En especial, és important aclarir quins processos cognitius concrets són els que s'estan avaluant; la investigació neuropsicològica en pedofília ha mostrat que existeixen dèficits en funció executiva i velocitat de processament, els quals podrien estar interferint en el rendiment en aquestes proves. A Espanya, no disposem actualment de cap bateria d'avaluació que apliqui els test d'associació implícita (TAI) o el temps de visualització per a la detecció de l'interès sexual desviat. Línia de treball prometedora que molt probablement marcarà la pràctica forense amb delinqüents sexuals durant els propers anys.

### **3.5. Intervenció clínica psicològica de les parafílies**

A nivell clínic algunes de les explicacions sobre la conducta sexual anòmla o d'agressió sexual se sustenten en conceptes psicològics que impliquen principalment una propensió a la impulsivitat, preferencialitat sexual, formes de vinculació o apego insegures o la addicció sexual.

No es estrany doncs, que la oferta de dispositius d'assistència clínica es centrin en l'avaluació, el diagnòstic i el tractament de l'addicció al sexe i les parafílies (fetitxisme, exhibicionisme, pedofília, voyeurisme). Entenent aquests trastorns com les formes més casuístiques o habituals de presentació i demanda de tractament especialitzat. A falta de dades més actualitzades els pacients que

més consulten en la clínica ambulatoria serien els pedòfils, exhibicionistes i els voyeuristes, en aquest ordre, segons Sadock (1989).

L’enfoc psicològic terapèutic més habitual seria en termes generals d’estil cognitiu conductual i se sustentaria en base a la relació existent entre pensaments, emocions, sensacions físiques i comportaments. Es tracta de teràpies relativament breus, centrades en el sistema de creences del pacient que li generen malestar, alteracions emocionals y comportamentals, amb un aprenentatge de nous comportaments basats en creences més racionals i adaptades (Ellis, 1962; Beck, 1963).

El rol que juga l’aprenentatge humà, així com els efectes de l’ambient, les cognicions i el llenguatge seran cabdals en aquesta practica aplicada (Vernon y Doyle, 2018) i els amplis estudis realitzats reforcen la seva evidència empírica i demostren l’eficàcia en comparació amb d’altres models (Barlow, 2018; Corbridge, Brummer i Coid, 2018).

Una part fonamental del tractament pivotarà principalment en l’entrenament de l’empatia, la conscienciació de les repercussions sobre les actuacions dels demés, i la sensibilització de la responsabilitat ètica de no imposar els interessos sexuals a persones alienes als desitjos del pacient (Maletzky, 1997). En aquesta línia el mateix autor assenyala que el tractament de les parafílies ha de incorporar cinc aspectes destacats:

1. La identificació de la *víctima* (en aquesta fase el terapeuta ajudarà al parafílic a identificar sobre a qui afecta la seva conducta).
2. La identificació de l’acte *victimitzador* (mostrar al pacient la conducta que fereix a la víctima).
3. La identificació del *dany* (fer explícit el dany causat a la víctima per l’actuació del pacient).
4. *Inversió de rols* (ajudar al pacient a posar-se en el lloc de la víctima).
5. El desenvolupament de la *empatia* (ajudar al pacient a viure experiències, mitjançant la identificació per empatia, com se sent la víctima d’actes parafílics).

Altres autors (Lange i Jakubowski, 1978) afegixen que en pacients aïllats socialment, introvertits, excessivament centrats en les seves fantasies i amb un notable dèficit interpersonal estarà indicat un entrenament en aspectes d’assertivitat.

Pel que fa a l’ús de tractaments farmacològics, la medicació psicoactiva preferencial és la Fluoxetina, al tractar-se d’un fàrmac que es tolera bé i resulta eficaç en la reducció del desig sexual, i també per la potència de reduir síndromes obsessius/compulsius observables en una majoria de parafílies.

### **3.5.1. Intervenció penitenciària en agressors sexuals**

A Catalunya, l’any 1993 l’administració penitenciària es van posar en marxa amb una sèrie d’investigacions sobre els delinqüents sexuals a les presons (Garrido, Redondo et al, 1995) i d’aquestes aportacions es va dissenyar el programa SAC (sexual agressió control) de Garrido i Beneyto, que actualment i amb successives modificacions, es aplicable per al tractament d’agressors sexuals. Val a dir que el programa SAC va ser el primer programa estructurat intensiu i integral de tractament que es va desenvolupar a nivell de l’Estat Espanyol.

El model teòric-tècnic d’intervenció es va determinar seguint criteris cognitius-conductuals, amb un treball d’intervenció individual i grupal, i amb intervencions programades de llarga durada.

El programa s’ha dirigit a interns condemnats en segon grau que hagin comès un o més delictes de violència sexual, entre els que trobem els delictes sexuals a menors. Sent requisit necessari la voluntarietat de l’intern així com la seva participació en les intervencions que contempla.

El tractament se centra en aspectes de identificació de situacions i emocions d’alt risc i en aprendre a controlar-les. S’incideix en aspectes de millora de les habilitats assertives i de la comunicació, i factors que afecten als esquemes d’hostilitat de les persones contra la llibertat sexual, com per exemple les creences (o distorsions cognitives) i les actituds respecte a dones i menors d’edat.

De la mateixa manera que en altres programes de tractament de la violència, durant la 1a fase anomenada bàsica o intensiva es complementa la intervenció

grup amb el suport individual dels professionals de l’equip multidisciplinari (educador/a, psicòleg/a o treballador/a social, entre d’altres).

Finalitzada aquesta fase de tractament bàsica o intensiva els interns poden incorporar-se a un subprograma de manteniment o de prevenció de recaigudes. El seu objectiu és consolidar les estratègies d’afrontament de les situacions de risc de conducta sexual per evitar-ne la reincidència.

En una revisió meta-analítica de Herrero (2013) s’apuntava l’existència de diferents perfils d’agressors sexuals en base a la seva reincidència i també assenyalava que els factors psicològics que es modifiquen en programes per al control de la agressió sexual redueixen la taxa de reincidència no sexual, al tenir una efecte positiu en la disposició antisocial general dels participants.

En termes de reincidència el mateix autor distingia així tres tipologies de grups d’agressors:

1. Agressors sexuals reincidents no especialitzats: es tractaria de persones que cometen una agressió sexual i posteriorment reincideixen en delictes d’un altre naturalesa.
2. Agressors sexuals reincidents especialitzats: aquells que cometen exclusivament delictes sexuals i ho fan de forma reiterada.
3. Agressors sexuals no reincidents: constituïrien la majoria d’aquesta població i són persones que cometen una única agressió sexual i no reincideixen ni amb delictes sexuals ni en d’altres de qualsevol naturalesa.

Altres intervencions especialitzades impulsades en centres penitenciaris i desenvolupades en els darrers anys, també en l’àmbit de la gestió del risc, han estat el desenvolupament d’una escala d’avaluació i gestió (RISCANVI), un projecte de supervisió telemàtica de sortides, un projecte d’aplicació d’inhibidors de l’impuls sexual i el programa de suport a l’excarceració Cercles.Cat.

El model inspirador de Cercles.Cat va néixer al Canadà l’any 1994 i es va implementar a Catalunya en el marc del projecte europeu *Circles 4EU*, on també van participar altres països europeus.

Es tracta d’un programa per prevenir la reincidència i per proporcionar el suport i la supervisió per a la integració social de les persones que han comés un delictes

sexual i es troben en règim obert o en llibertat condicional. Consisteix a acompanyar i supervisar delinqüents sexuals amb risc moderat o alt de reincidència, en el període previ a la seva sortida definitiva de la presó.

Un dels elements més importants del programa és la participació de voluntaris externs que ofereixen un suport responsable a la persona penada, i que compten amb la coordinació i l'assessorament constant d'un/a professional. La col·laboració del voluntariat és fonamental per al desenvolupament del projecte, els quals reben una formació i un suport específic previ per poder desenvolupar la seva tasca. El programa està impulsat pel del Departament de Justícia i la Fundació Salut i Comunitat.

Els estudis de validació a escala internacional s’han realitzat i avaluat mitjançant diversos estudis amb diferents dissenys, mostres i períodes de seguiment variables. Existeixen almenys 16 estudis duts a terme fins a l’actualitat, dels quals la majoria proporcionen alguna mesura de la reincidència, especialment penitenciària. Tot i que no tots disposen d’un grup control de comparació, els que sí que ho fan indiquen que la participació en un cercle està associada significativament a una taxa de reincidència més baixa (Clarke, Brown i Völlm, 2017).

### **3.6. Aspectes medicoforenses de la pedofília**

Els delictes sexuals en general a l’Estat Espanyol representen un percentatge baix respecte a totes les denúncies de delictes realitzades anyalment. Així s’accepta que en general corresponen com a màxim a un 1% del conjunt de les denúncies rebudes per la policia.

Per tipus de delictes sexuals denunciats, en quasi bé la meitat és tracta d’agressions sexuals, una quarta part a abusos, i la resta corresponen a delictes d’exhibicionisme, assetjament o provocació sexual, per exemple (Martínez i Redondo, 2016). Encara que cada any hi ha casos que provoquen gran alarma social perquè hi ha subjectes que al sortir de la presó tornen a cometre agressions/abús sexual, els estudis realitzats al nostre país demostren que són delictes amb una taxa de reincidència relativament baixa, al voltant d’un 15-20% dels casos, i que els tractaments d’aquest tipus de delinqüents redueixen la taxa

de reincidència a la meitat (Martínez i Redondo, 2016). El gran problema es poder esbrinar quins són els agressors sexuals molt actius i per tant, que tenen un elevat risc de reincidència.

Quant a les conductes antinormatives dels pedòfils, aquestes son variades. Des de la contemplació del menor semivestit o nu, l’excitació sexual veient imatges de menors o la pràctica d’actes sexuals, de carícies i petons a la cara i genitals, els contactes bucogenitals i rarament l’acte sexual, amb penetració vaginal o anal. Aquest darrer es poc freqüent per la desproporció entre els genitals si la víctima és molt jove, sent més freqüent en l’incest.

En els darrers anys la utilització d’internet i la proliferació de les xarxes socials ha facilitat molt l’intercanvi d’informació i d’imatges de nens i nenes despullats amb focalització dels genitals i amb ànim lasciu, i d’imatges d’abús sexual infantil (ASI) i pornografia infantil (PI).

Des d’un punt de vista psiquiàtric-forense, l’avaluació d’un presumpte pedòfil implica l’estudi de les diligències judicials (denúncia, informes mèdics i psicològics i proves aportades, declaracions de la víctima i presumpte agressor i de testimonis, per exemple), anamnesi del presumpte culpable per poder valorar la seva psicobiografia, exploració física i neurològica, l’exploració psicopatològica, la psicometria, i en el seu cas i si estan indicades, algunes proves de neuroimatge (TAC i RMN cranials, RMN funcional i PET).

Així mateix, tindrem que buscar relacions entre possibles trastorns psicopatològics i patologies comòrbides en el seu cas i les conductes antinormatives, per intentar esbrinar l’estat del presumpte agressor en el moment dels fets (Heredia, 2008). També és important conèixer si es tracta d’un acte parafílic ocasional o de conductes recidivants (Carrasco-Gómez, Maza-Martín, 2010). Finalment hem d’esbrinar si es tracta d’una pedofília primària o secundària.

Amb totes aquestes dades estarem en condicions de fer un informe pericial on hem de fer constar si es tracta d’una pedofília, tipus de pedofília, descartar una malaltia neurològica en casos tardans, la gravetat de la pedofília, valorar possibles trastorns comòrbids amb la parafília, si l’acte és ocasional o reiterat i amb totes aquestes dades hem de fer una valoració de les capacitats



cognoscitives i volitives en aquest subjecte que presumptament ha comès una conducta/es determinada i en un moment o moments determinats.

La jurisprudència en aquests casos, en general considera que la imputabilitat es valora en relació a la etiologia de la pedofília de tal manera que en la primària, es pressuposa como a regla general que la imputabilitat està conservada. En la pedofília secundària o amb comorbiditats importants, pot haver-hi una disminució de la imputabilitat en un grau, depenent de les característiques del cas. Per tant en aquests casos, com sempre, des d’un punt de vista pericial hem d’individualitzar cada cas valorant totes les circumstàncies del mateix (Guilla Villa, 2011).

A nivell de la jurisdicció civil es pot tenir que valorar la pàtria potestat en subjectes que han estat diagnosticats de pedofília. Es tracta de persones amb plena consciència del que succeeix, i per tant tenen plena capacitat d’obrar (llevat la consideració de la seva impulsivitat i possibles trastorns greus de la personalitat que poden afectar a les seves facultats volitives). En aquests casos si es tracta d’un pare que abusa sexualment de la seva filla o fill, és molt difícil d’assumir que tingui la possibilitat de poder gaudir de visites amb la nena o nen en solitari (Guilla Villa, 2011). En la pericial, el/la pèrit pot explicar el trastorn que presenta el subjecte i la seva possible repercussió en la seva conducta, però la decisió final evidentment correspon als jutges i tribunals.

## **4. Hipòtesi de treball**

La hipòtesi de treball era (a) implementar en l’àmbit mèdic i forense la validesa d’aquesta eina per a detectar, avaluar i millorar les pericials forenses en l’àmbit dels agressors sexuals parafíllics, especialment pedòfils, i (b) fer una anàlisi descriptiva, i si fos possible, estadística, de les variables presents al Protocol en el màxim nombre de subjectes que es recollissin al llarg d’aquest any 2021.

## 5. Metodologia

La present Beca va plantejar en el seu disseny la possibilitat d’analitzar els casos d’agressors sexuals amb parafil·lies/trastorns parafil·lics associats, especialment la pedofília, que sorgissin durant la pràctica pericial de l’any 2021. Al llarg d’aquest any, i d’acord amb la realitat que ens trobàvem, és a dir, com per exemple la escassa coneixença del Protocol que s’havia difós a tots/es els/les metges/esses forenses de Catalunya, la dificultat en l’aprenentatge de la seva administració inicialment, o la escassetat de casos d’alt risc, com la tipologia d’agressors, assetjadors i/o abusadors que havíem plantejat, vam incorporar casos anteriors a la concessió d’aquesta Beca, filtrats d’acord amb les demandes i consideracions del Protocol que havíem dissenyat al 2017 (Annex 1 i Annex 2).

Així, el mostreig ha estat no-probabilístic i de conveniència, amb selecció de casos per la seva tipologia delictiva, havent obtingut un total de 27 casos en el present estudi.

Vam dissenyar un Excel amb un buidatge de les variables presents al Protocol 2017, categoritzant les respostes per tal de poder-les incloure numèricament a les diferents variables (veure Annex 3). Tal i com ja vam descriure a la memòria de progrés, es van incloure les 152 variables a l’Excel, penjat al drive compartit pels cinc membres del Grup en un únic full desplegable. Al mateix espai compartit del drive vam penjar tots els articles necessaris pel desenvolupar el marc teòric d’aquest treball.

A cada columna es va situar cada variable amb el seu acrònim (per facilitar desplaçament horitzontal del ratolí) de tal manera que quan passava el ratolí pel títol-acrònim de la columna corresponent, es podien veure les opcions i respostes possibles a cada casella i cas, introduint d’aquesta manera més fàcilment els dades cadascun dels membres de la investigació.

Els/les diferents membres del Grup d’estudi hem introduït personalment els casos localitzats a títol individual, fent reunions per tal (a) d’aclarir criteris d’introducció o d’exclusió, (b) valorar els diferents casos per tal de considerar-los vàlids o invàlids per l’estudi i (c) fer-ne el seguiment de la feina individual i

col·lectiva respecte als casos i (d) unificar els mateixos criteris per introduir totes les variables.

Un cop a data 30 de setembre de 2021 es va considerar tancada i vàlida la mostra obtinguda (n=27) vam fer l’anàlisi descriptiu i estadístic, aquest darrer amb variables no-paramètriques categorials (Chi quadrat:  $\chi^2$ ) de les variables més rellevants des d’un punt de vista forense, criminològic i acadèmic, d’acord amb la bibliografia i el recull teòric que havíem fet. El programa utilitzat fou l’SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Tot i l’anàlisi no-paramètric realitzat, no hem pogut donar per vàlides les significacions obtingudes, per la baixa quantitat de mostra obtinguda (n=27). En aquest sentit, no descrivim les significacions obtingudes ( $p < 0,05$ , interval de confiança: 95%) per la manca de consistència i fiabilitat d’aquestes. Sí fem a l’apartat següent la descripció dels resultats obtinguts a les variables forenses i criminològiques més rellevants.

## 6. Resultats

Els casos recollits en aquesta Beca ha estat com dèiem 27 finalment, provinents (a) de casos forenses avaluats durant el 2020-2021, així com (b) de casos retrospectius que s’han introduït a la graella de dates (Excel) tot i que havien estat recollits prèviament a la concessió de la Beca. La manca de casos clínics forenses va motivar que incloguessin el perfil “b”, per tal de disposar de dades, al menys descriptives, d’una mostra d’agressors sexuals a menors d’edat.

En relació a la mostra (n=27), farem una anàlisi descriptiva dels ítems més rellevants per l’actual estudi. Hem fet la prova paramètrica del chi quadrat ( $\chi^2$ ) en ser les caselles creuades variables categòriques de petit tamany a cada submostra.

A continuació descrivim el perfil de les variables més rellevants:

### 6.1. Variables sociodemogràfiques

La mostra està constituïda estrictament per homes. Tot i que adjuntarem a l’Annex 3 els ítems pertinents, sí podem dir que vam agrupar arbitràriament les edats en grups (18-20, 21-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45, 46-50, 51-55, 56-60, 61-65 i 66-70) sent el rangs més prevalents els d’edats compreses entre 36-40 i 51-55 (22% cadascun, de la mostra) i 11% els rangs 21-25 i 31-35 anys. L’acrònim de l’ítem era “EDAT”.

L’estat civil (“CIVIL”): el 63% dels casos era solter, amb un 14,8 de casats i l’11,1% separats. En relació a la posició entre els/les german@s (“GERM”), els percentatges eren similars, amb un 22% de subjectes en qualitat de germà gran, mitjà o petit, i un 18,5% eren fills únics. El 11,1% sí havien tingut problemes al seu part (“PART”) mentre que el 85,2%, no.

Pel que fa al vincle amb els progenitors (“PARMAR”), el 70,4% en tenia amb pare i mare, i la cura per part de tots dos va ser la més freqüent a la infància (74,1%) (“TIPCUI”). En relació a la relació de parella (“RELPAR”) un 37% tenien parella al moment de l’avaluació, i en el mateix percentatge, la havien tingut. Un 18,5% tenien fills (“FILLS/ES”) i el 66,7% no tenien fillastr@s convivint al domicili.

Hi ha un 92,6% de subjectes amb un desenvolupament psicofísic normatiu (“DSV”), sent tardà en un 3,7% de la mostra (un subjecte).

El 29,6% s’havia independitzat de la llar familiar entre els 21-25 anys, si bé un 3,7% entre 12-15 anys, i un 7,4% entre els 16-20 anys. Un 14,8% mai s’havia independitzat.

Pel que fa als estudis (“ESTU”), un 18,4% té un grau, el 29,6% amb estudis superiors o FP/Mòduls, el 33,3% ESO, 11,1% estudis bàsics, i 7,4% cap formació acadèmica. Quan a la activitat laboral, un 62,9% tenia una activitat laboral (diària: 29,6%; freqüent: 14,8% o regular: 18,5%). Un 11,1% no té cap activitat laboral. Hi ha tan sols un pensionista.

Un 55,5% mantenia relacions socials (“RRSS”) habituals, i un 14,8% regulars, sent esporàdiques en el 18,5%. Un 44,4% mantenia activitats esportives (“SPORT”). En relació a la interacció social (“INTSO”), al 66,7% era disfuncional, i en el 33,3% funcional.

Un 14,8% referien tenir antecedents psicopatològics familiars rellevants (“APFAM”), i en un 51,9% sí referien antecedents psicopatològics personals (“APP”), amb un 40,7% que ho negaven.

## **6.2. Variables psiquiàtriques-criminològiques**

Un 25,9% (7 persones) han estat diagnosticades de psicopatologia infanto juvenil (“DIAGN”). El 11,1% de la mostra ha patit maltractaments (“MALTRACT”: físics: 3,7%; mixts: 7,4%) i un 81,5% no els ha patit.

La Tríada de McDonald (“TRIMcDON”) ha estat present totalment (enuresi + piromania + crueltat amb els animals) o parcialment en un 14,8% dels casos, sent negativa al 74,1%.

Pel que fa al consum de substàncies (“CONSUM”) un 81,5% negava haver-ne pres, i un 7,4% afirmava haver-ho fet al passat. Pel que fa al tipus de substàncies/addicions (“SUBS/CD”) un 18,5% havia consumit alcohol, un 7,4% alcohol més tòxics, una persona era politoxicòmana, i tres individus manifestaven ser addictes al sexe (11,1%). Un 59,3% negaven cap substància. El patró de consum (“PATROCONSU”) era regular o social, amb un 14,8% cadascun d’ells,

sense cap simptomatologia d’abstinència al 85,2%, antecedents de desintoxicació/deshabitació (“DESTXHAB”), excepte en dos casos (7,4%) on també hi havia hagut desintoxicació prèvia. Un 88,9% descartava cap consum actual, excepte en un cas (dels dos referits).

En aspectes policials, un 7,4% (dues persones) havien estat detingudes prèviament per delictes fora de l’àmbit sexual (“DETNSX”) (88,9% sense antecedents) i un 59,3% ho havien estat per delictes sexuals, amb dades pretèrites dubtoses en un 37% (manca d’informació). Un 22,2% tenien una detenció (policial) prèvia, un 18,5% dues, i una persona amb quatre detencions prèvies (3,7%). Pel que fa a les tipologies delictives, contemplades al Títol VII del Codi Penal (“delitos contra la libertad sexual” : agressió sexual, abús sexual, assetjament, exhibicionisme i provocació sexual o “relatius a la prostitució i la corrupció de menors”), un 38,5% tenia antecedents per detenció (“MOT1”) relatius a aquests delictes sexuals, amb un cas també relatiu al Títol II (“Robatori amb violència o intimidació”) i un relatiu al Títol IV del Codi Penal (“Lesions”). Un 25,9% de la mostra evidència tenir antecedents penals (“MOT2”: 66,7% no els tenia). En relació a la tipologia penal del delicte actual (“MOT3”) motiu de la pericial, un 33,3% estava acusat de delictes sexual del Títol VII, mentre que un 63% no ho estava. Per tipologies delictives dins del propi T.VII, l’abús sexual era prevalent en un 59,3%, 14,8% d’agressions sexuals i un 7,4% (dues persones) relacionades amb la pornografia infantil, i un individu a cadascuna de les tipologies: assetjament sexual, assetjament virtual o “d’altres”.

La situació al moment de l’avaluació pericial era de llibertat al 70,4%, amb presó provisional al 18,5% i ja condemnades, en un 11,1% (3 persones).

Una persona havia utilitzat armes (“ARM”) al delicte (3,7%).

El 92,6% afirmaven “conèixer el delicte actual” (“DEAC2”). Al 70,4% (19/27) hi havia hagut contacte físic (“CONTF”) un cop (“FREQ”: 23,1%), dos cops (15,4%), tres o cinc cops (11,5%), mentre una persona havia contactat 6 cops, i una altra, entre 11-15 cops. En una altra variable (“CONTX”) no obstant, es descriu un context de trobades físiques en el 59,3%, i sense trobades, en un 25,9%, sent les trobades (“NÚM”) de 2-3 cops en un 30,8% (n=4, 2 i 3 cops), o més de 5 cops en un cas.

El 44,4% no accepta la responsabilitat del delictes (“ACC1”), mentre que un 37% sí ho fa. Com a excuses (“ACC”) utilitzen distorsions cognitives en un 29,6% (8 persones), trastorns de personalitat (11,1%: 3 persones) o en un cas, malaltia mental greu. En un 85,2% deien haver tingut repercussions, la denúncia (“REPDEN”).

Un 22,2% (n=6) coneixien prèviament (“RELVIC”) a la víctima (77,8% no). El determinant de la selecció de la víctima (“CARVIC”) era la edat en un 50% (n=12), gènere o “grau de relació” amb la víctima (n=3), mentre que en un 29,2% (n=7) eren característiques mixtes.

Els agressors descriuen la seva primera experiència sexual (“PRIRSX1”) entre 10-14 anys (29,6%; n=8) o entre els 15-16 anys (25,9%; n=7), amb un cas abans dels 10 anys, i dos entre 21-26 anys. En un 37% la edat d’inici de la masturbació (“MAS1”) fou entre 11-15 anys, sent present en la seva sexualitat adulta al moment de la avaluació (“ACT”) en un 48,1%.

El 74,1% es declaraven heterosexuales (“OSX”), dues persones, homosexuals, i tres bisexuals (11,1%). Només una persona va declarar dubtes sobre la seva orientació sexual (“DBT”). Dues persones van descriure disfuncions sexuals (7,4%) mentre que el 92,6% restant, no. Un 33,3% (n=9) negaven tenir relacions sexuals (“RRSX”) i un 44,4% sí ho afirmaven (n=12) sent satisfactòries, o molt satisfactòries (“SATISF”) en un 48,1% (n=13). Un 18,5% reconeixia utilitzar la prostitució (“PROST”) en la seva esfera sexual, mentre un 51,9% negava fer-ho. En aquells que si ho feien, un 1,5% ho havien fet més enllà dels 30 anys (“PROST2”) i 0,3% abans dels 10 anys. Un 70,4% manifestaven una preferència sexual heterosexual (“PREFSX”), un 3,7% homosexual, mentre tres persones (11,1%) es declaraven *Queer*.

Dues persones (n=7,4%) havien descrit compulsivitat (“COMPUL”) en la seva sexualitat i tres (n=11,1%) hipersexualitat (“HIPSX”). L’11,1% (n=3) descrivien les parafílies com a mètode d’estimulació sexual, un 29,6% les relacions sexuals, i dues persones (7,4%), la masturbació.

El 33,3% utilitzava la cerca on line (“CERCONLI”) de víctimes (n=9), via xarxes en el 36% (n=9) (“METCER”) i en un cas, amb la *deep web* (4%).



Pel que va a la preferència sexuals per menors (“PREFSXME”), un 25,9% (n=7) ho reconeix, especialment post púbers (“PREPOPUB”) amb un 44,4% (n=12) o prepúbers (29,6%; n=8). El gènere de les víctimes (“GEN”) és femení al 51,9% (n=14), masculí (22,2%; n=6) o mixt (18,5%, n=5). La cerca de menors (“IMPREM”) fou premeditada en el 42,3% (n=11) i impulsiva en un 34,6% (n=9). El 33,3% (n=9) descriuen fantasies mentals (“FANTA”), malestar psicològic (“MAL”) en un 37% (n=10), i un 40,7% sense malestar (n=11).

En dos casos hi ha hagut alguna cita amb el/la menor després de la denúncia interposada (“CITPOSTDEN”).

En un 88,9% no ens consta cap pertinença a associacions pedòfiles (“ASSO”) mentre que en un 14,8% (n=4) han demanat ajuda psicoterapèutica en l’àmbit de la sexologia (“CONSTRAC”).

Pel que fa a la existència de parafílies reconegudes, en un cas es reconeix exhibicionisme o masoquisme (“EXHIB”, “MASO”), en dos: voyeurisme, frotteurisme o fetitxisme (“VOYEU”, “FROTT”, “FETI”) i en tres casos, sadisme (“SAD”). Aquestes parafílies eren egosintòniques (“EGODS/SINT”) en el 52,9% dels casos (n=14) o egodistòniques, en un 44,4% (n=12). La duració més prevalent era d’entre 6-10 anys, amb un 33,3% (n=9) o de mesos (14,8%; n=4). Un 23,1% (n=6) descriuen malestar o deteriorament en un/varis àmbits vitals (“MAL/DET”).

Pel que fa a aspectes de personalitat, un 44,4% descriu relacions interpersonals disfuncionals (“RRIP”; n=11), sent funcionals en un 40,7%. L’estil atribucional (“ESATRI”) seria externalitzant en el 25,9% (n=7) o internalitzant en un 7,4% (n=2), mentre que seria adequat en un 55,6% (n=15). Trobem estereotips (“ESTER”) en tres casos, distorsions cognitives (“DISCOG”) en un 37% (10 casos, compatible amb la variable ACC2 ja descrita), presència de pors, manies o fòbies (“POFOMA”) en un 18,5% (n=5) i estrès en el 25,9% (n=7).

Un 7% té diagnosticat algun trastorn de personalitat (“DGTP”), sense aquest diagnòstic en un 59,3%, el 33,3% ha rebut tractament psicològic previ (“TRACT”; n=9).

Les funcions cognitives superiors són correctes en la gran majoria de la mostra. Destaquem en l'àmbit del tipus de raonament, rigidesa (“MON”) en un 18,5% (n=5). En l'humor (“HUM”) un 22,2% (n=6) és disfuncional, sense reactivitat (“REA”) en tres casos, o manca d'hedònia o alteracions psicomotrius (“HED”, “PSICOMOTR”) en 2 casos, o amb un afecte (“AFECTE”) alterat en el 18,5% (n=5). En 4 casos hi ha hagut intents autolítics (“AUTOL”), en un 66,7% ansietat (“ANS”).

En cinc casos (18,5%; n=5) hi ha deficiències intel·lectuals (“INTEL1”) que comprenen (“INTEL2”) dos casos amb intel·ligència inferior a la mitjana poblacional, i un cas d'intel·ligència fronterera, discapacitat lleu o discapacitat moderada.

### **6.3. Variables medicoforenses**

Pel que va a problemes de la voluntat (“VOL”) com (hipo/hiper)(bradi)(a)búlia, automatisme o suggestionabilitat, un 44,4% descriu problemes. El 29,6% no tenia insight (“INSIGH”), sí un 66,7%.

En un 37% trobem perfils on line (“PERFON”), i al 44,4% (“PEROFF”), amb especial gravetat de la pedofília (“GRAV”) en un 40,7%. En relació a la comorbiditat (“COMOR”) en un 29,6%. Al 40,7% hi ha trets o perfils de personalitat patològica (“PSICOPAT”).

Tan sols en tres casos es va administrar el SVR-20, i en dos el RSVP (qüestionaris per valoració del risc de violència, específics de l'àmbit sexual).

En relació a les capacitats cognitives (“CAPCOG”), un 85% les tenien preservades, un 29,6% lleument afectades (n=8) i en un cas (3,7%) afectades de forma significativa, a judici del/de la metge/essa forense i/o de la Unitat de psicologia de l'IMLCFC. Les capacitats volitives en canvi (“CAPVOL”) estaven preservades en un 66,7%, lleument afectades en un 22,2% (n=6) i severament afectades en un cas (3,7%), el mateix que en les capacitats cognitives. La imputabilitat llavors era plena en el 74,1% de la mostra (n=20) i estava parcialment afectada en un 22,2% (n=6) i en un cas estaven abolides (n=1).

En relació al tractament, una variable proposada, com la “recomanació de tractament” a la pròpia pericial (“TRACTRECOM”) era rellevant pel que fa a la

necessitat de psicoteràpia, en un 28% o a una combinació d’aquesta i tractaments mèdics farmacològics (16%; n=4)

## 7. Conclusions

Els resultats obtinguts, tot i que estrictament descriptius, mereixen un contrast amb els aspectes teòrics i científics aportats inicialment en aquesta Beca. Així, en el *perfil promig* que podríem extraure del pedòfil de la nostra mostra, seria un home de 36-55 anys (44%), solter (64%), amb treball estable (62,9%), estudis mitjos-superiors (ESO-Grau: 81,3%), amb referents patern i matern, i bon vincle amb aquests (70,4%), sense disfuncions sexuals (92,6%), amb un 74,1% de heterosexualitat/preferència sexual, amb un 37% amb parella al moment de la exploració, sense consum de substàncies (81,5%), sense antecedents de maltractament a la infància (81,5%) i sense la triada de McDonald (74,1%). Coincidiria en aquest sentit amb el perfil proposat per Echeburúa (2021), qui descriu un perfil format per homes de 30-50 anys, amb parella i que assetgen familiars o persones de l’entorn proper amical o personal, amb aspecte normal i intel·ligència normal o promig, sense malaltia mental greu. A diferència dels agressors sexuals (Echeburúa, 2021), serien persones que poden haver patit abans abusos, amb estabilitat laboral i professions més qualificades, i una educació mitjana o superior als agressors sexuals.

A diferència d’Echeburúa, a la nostra mostra un 77,8% diuen no conèixer prèviament la víctima.

Majoritàriament no es descriuen alteracions de les funcions cognitives superiors en els individus avaluats. Sí que s’ha estimat un 40,7% de casos greus de pedofília, amb comorbiditat en un 29,6% dels casos.

Un 44,4% reconeix la preferència sexual per menors, post púbers, especialment noies (51,9%) aspectes que li genera malestar en un 37% (sense malestar: 40%) amb deteriorament dels seus àmbits vitals en un 23,1% només (sis casos).

Observem però, amb alguns percentatges minoritaris de la mostra, disfunció en la interacció social en una proporció elevada (66,7%), antecedents psicopatològics personals (51,9%) o infanto-juvenils (25,9%), i un 11,1% afirma problemes al part, un 18,5 relacions socials esporàdiques, i el 11,1% descriu maltractaments. Aquests percentatges, tot i que aproximatiu, deixen entreveure

potencials factors de risc en la anamnesi dels subjectes, que caldria explorar sempre.

El prototipus d’Echeburúa (2021) inclouria immaduresa, inestabilitat emocional i introversió que, si bé no han estat significatius en la nostra mostra, sí que apunten en aquest sentit.

Pel que fa als aspectes mentals, a la mostra hem observat un 66,7% de subjectes amb ansietat i quatre individus amb intents autolítics previs (14,8%), un 7% de trastorns de personalitat (40,7% de la mostra amb trets disfuncionals), mentre que un 33,3% havien requerit un tractament previ a la present denúncia. Coincideix amb mostres d’estudis on les dues terceres parts de pedòfils mostraven ansietat/depressió, si bé no hem pogut obtenir prou mostreig per valorar trastorns de personalitat i/o malalties mentals greus per poder-les comparar. Sí hem obtingut trets de rigidesa cognitiva en cinc casos, amb alteracions del humor en sis casos (22,2%), de l’afecte en cinc (18,5%), de la reactivitat emocional en tres (11,1%) o anhedònics en dos casos (7,4%).

Excepte en un cas, amb alteració cognitiva greu, la mostra no compliria el perfil de Lanyon (1986) per la pedofília primària (elevada reincidència, planificació). Sí que la mostra estudiada descriuria un perfil de persona amb escasses habilitats socials o manca d’interacció (18,5% i 66,7% respectivament) com hem referit anteriorment.

Tan sols hem detectat un cas d’hipersexualitat, tal com descriu Bernardi (2010), i dos de compulsivitat sexual reconeguda, òbviament.

En relació a la imputabilitat, observem que en el nostre cas un 74,1% té una imputabilitat plena o disminuïda parcialment (22,2%), coincidents parcialment amb el que Guija Villa (2011) ha esmentat, atribuint una imputabilitat plena a la pedofília primària, mentre que pot estar parcialment afectada si hi ha comorbiditat amb d’altres patologies psiquiàtriques.

En relació al perfil criminològic, un 92,6% coneixen el delicte pel qual se’ls investiga o se’ls ha condemnat, amb una elevada proporció de contacte físic amb els/les menors (59,3%-70,4%), per tant amb abusadors més que amb agressors sexuals. Les variables sociodemogràfiques de la nostra mostra (n=27) anirien com hem vist, en aquesta direcció.

Malauradament, un 44,4% dels subjectes no accepta el delictes, per distorsions cognitives (29,6%), trastorns/trets de personalitat disfuncionals (n=3:11,1%) o trastorn mental greu. Sí que en un 85,2% reconeixen repercussions de la denúncia.

Un 25,9% amb antecedents penals de la nostra mostra, i un 33,3% per delictes sexuals del Títol 6è del Codi Penal espanyol perfila una anamnesi que requerirà preguntar per aquests aspectes policials-penològics, tal i com Seto afirma (2014). L’abús sexual ha estat prevalent a la mostra (59,3%), mentre que en un 14,8% ha hagut agressió sexual i en dos casos, pornografia infantil (PI). En aquest dos darrer casos, no s’ha tingut accés als materials gràfic que permetrien aplicar la escala COPINE o la espanyola SAP (Sotoca-Plaza, Ramos-Romero i Pascual-Franco, 2020).

Tampoc hem disposat de proves neuroradiològiques relacionades amb possibles dèficits estructurals o funcionals encefàlics.

Concloem doncs com a resum final, que l’estudi que aportem, tot i el moderat nombre de subjectes (n=27), ha permès implementar el *Protocol forense amb entrevista, en agressors sexuals a menors* que l’any 2017-2018, que vàrem presentar el mateix Grup de treball, dins de la Beca respectiva. En aquest sentit, entenem la Beca actual com el rodatge de l’esmentat Protocol, complint un del objectius proposats en la fase de *projecte de recerca*, quan estimàvem la necessitat d’un *pool* de subjectes d’entre 20 a 30 persones. A l’hora de categoritzar a l’Excel les respostes de la entrevista associada al Protocol, hem pogut esbrinar quines variables són realment essencials, les que estan duplicades, i quines es poden excloure perfectament de la anamnesi i exploració a realitzar. En aquest sentit, hem pogut constatar que l’exploració de les funcions cognitives superiors (consciència i orientació a les tres esferes, atenció, concentració, memòria, pensament i llenguatge) sol ser normal, i que es detecta amb una baixa proporció en l’àmbit forense, mentre possibles falsos negatius relatius a parafil·lies/trastorns parafil·lics sí serien detectats en l’àmbit clínic.

Cal dir també que amb les variables relatives a la *psicobiografia*, especialment aspectes com possibles maltractaments, la tríada de McDonald o de Pincus (associades amb impulsivitat i trastorns conductuals adults), el vincle amb el/la-

els/les referents infantils o el desenvolupament psicosexual infantil-juvenil, o variables relatives a la *exploració* (de la esfera emocional, sexual, de les fantasies/conductes parafíliques, de la orientació o preferències) o aspectes propis de la *pedofília* (com el fenomen *online*, *offline* o *crossover*, o les variables emocionals, sociològiques i grupals d’aquest comportament sexual per exemple) han permès que l’exploració i les pericials medicoforenses s’hagin enriquit i especialitzat, fonamentalment per la introducció de variables psicològiques especialitzades i pròpies del camp delictològic a estudiar (pedofília). Concloem que no es pot avaluar persones, especialment dins de l’àmbit penal i en camps tant específics com les parafílies, sense un coneixement tècnic especialitzat del delicte del que se l’acusa i dels aspectes psicopatològics i criminològics associats. Aquesta Beca n’és un clar exemple.

Com a aspectes negatius caldria òbviament millorar, en una segona fase d’aquesta investigació, el nombre de subjectes avaluats a fi i efecte de poder fer una anàlisi estadística acurada de les dades obtingudes.

## **8. Propostes de futur**

Aquest Beca és una proposta de treball, a la que li cal continuïtat, per suposat. Caldria en aquest sentit estimular dins de l’Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya (IMLCFC) l’administració del Protocol a totes les persones candidates per la seva conducta sexual parafílica, a ser avaluades pericialment amb aquest instrument. Igualment, cal difondre l’instrument com un producte genuí del propi IMLCFC. A partir de la present Beca, els casos apareguts caldria anar-los incorporant pel Grup e treball, a fi i efecte d’estudiar estadísticament i clínicament les dades acumulatives que es vagin produint.



## **Agraïments**

Voldríem donar les gràcies al Dr. Àlex Xifro Collsamata, subdirector de Barcelona del IMLCFC, per la seva valuosa aportació en la gestió i l’anàlisi de les dades de l’estudi (Excel) amb el Programa SPSS-7, sense la qual la Beca hauria tingut menys objectivitat i mesura en la interpretació dels resultats obtinguts.

## Referències bibliogràfiques

Aggrawal, A. (2009). *Forensic and Medico-legal Aspects of Sexual Crimes and Unusual Sexual Practices*. London: CRC Press.

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Edición*. Madrid: Editorial Panamericana.

Arkowitz, S. i Vess, J. (2003). An evaluation of the Bumby RAPE and MOLEST scales as measures of cognitive distortions with civilly committed sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 237–249.

Barlow, D. (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso*. México: Manual Moderno.

Bernardi, S., Cortese, S., Solanto, M., Hollander, E. i Pallanti, S. (2010). Bipolar disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. A distinct Clinical phenotype? Clinical characteristics and temperamental traits. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 656-666.

Bumby, K. M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: development and validation of the MOLEST and RAPE Scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 37-54.

Burns, J. M., Swerdlow, R. H. (2003). Right Orbitofrontal Tumor with Pedophilia Symptom and Constructional Apraxia Sign. *Arch Neurol*, 60, 437-440.

Camperio Ciani A. S., Scarpazza, C., Covelli, V, Battaglia, U. (2019). Profiling acquired pedophilic behavior: Retrospective analysis of 66 Italian forensic cases of pedophilia. *Int J Law Psychiatry*. [Enllaç Article](#)

Cantor, J. M., Lafaille, S., Soh, D. W., Moayed, M., Mikulis, D. J., i Girard. T. A. (2015). Diffusion tensor imaging of pedophilia. *Archives of Sexual Behavior*, 44(8), 2161–2172. [Enllaç Article](#)

Carrasco Gómez J. J. y Maza Martín J. M., editores. (2010). *Tratado de Psiquiatría Legal y Forense. 4ª ed.* Madrid: La Ley.

- Carvalho, J. (2018). Paraphilic Sexual Interests and Sexual Offending: Implications for Risk Assessment and Treatment. *Journal of Sexual Medicine*, 15(7), [Enllaç Article](#)
- Cikili Uytun, M. i Demirci, E. (2018). Female perpetrated sexual abuse and pedophilia. *Turkiye Klinikleri Journal of Case Reports*, 26 (3), 166-170.
- Corbridge, C., Brummer, L. i Coid, P. (2018). *Development of Cognitive Analytic Therapy*. En C. Corbridge, L. Brummer, & P. Coid (Eds.), *Cognitive Analytic Therapy*: Routledge.
- Dikeos, D., Badr, M. G., Yang, F., Psesk, M. B., Fabian, Z., Tapia-Paniagua, G., Hudiță, C., Okasha, T., D’Yachkova, Y., Harrison, G. i Treuer, T. (2010). *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 667-676.
- Dyshniku, F., Murray, M., Fazio, R. L., Lykins, A. D. i J. M. Cantor (2015). Minor Physical Anomalies as a Window into the Prenatal Origins of Pedophilia. *Arch Sex Behav*. [Enllaç Article](#)
- Echeburúa, E. i Guerricaechevarria C, editores. (2021). *Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses*. Barcelona: Ariel.
- Eher, R., Olver, M., Heurix, I., Schilling, F. i Rettenberger, M. (2015). Predicting Reoffense in Pedophilic Child Molesters by Clinical Diagnoses and Risk Assessment. *Law and Human Behavior*. Advance online publication. [Enllaç Article](#)
- Finkelhor, D. (2008). *El abuso sexual al menor*. México: Editorial Pax.
- Gannon, T. i O’Connor, A. (2011). The development of the Interest in Child Molestation Scale. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23, 479-493.
- Garrido, V., i Beneyto, M. J. (1996). *El control de la agresión sexual. Un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión y en la comunidad*. Valencia: Cristóbal Serrano Villalba.
- Generalitat de Catalunya (2007). La intervenció en centres penitenciaris des del voluntariat: manual del curs. Recuperat de: [Justicia](#)

Gerwinn, H., WeiB, S., Tenbergen, G., Amelung, T., Födish, C., Pohl, A., Massau, C., Kneer, J., Mohnke, S., Kärgel, Ch., Wittfoth, M., Jung, S., Drumkova, K., Schiltz, K., Walter, M., Beier, K. M., Walter, H., Ponseti, J., Schiffer, B. i Kruger, T. H. C. (2018). Clinical characteristics associated with paedophilia and child sex offending-Differentiating sexual preference from offence status. *European Psychiatry*, 51: 74-85. [Enllaç Article](#)

Guija Villa J. A. *Valoración forense y legal de las perversiones*. En: Medina A, Moreno MJ, Lillo R, Guija J, editores. (2011). *Conductas perversas: Psiquiatria y Ley*. Madrid: Triacastela, 131-151.

Hall, R. C. W. i Hall, R. C. W. (2007). A Profile of Pedophilia: Definition, Characteristics of Offenders, Recidivism, Treatment Outcomes, and Forensic Issues, *Mayo Clinic Proceedings* 82(4), 457-71.

Hare, R. D. (2003). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): 2nd Edition*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.

Heredia Martínez F. (2008). Valoración psiquiátrico forense del pederasta. *La Leydigital360*, 40842, 1-10.

Herrero, O. (2013). ¿Por qué no reincide la mayoría de los agresores sexuales? *Anuario de Psicología Jurídica*, 23, 71-77.

Herrero, O. i Negredo, L. (2016). Evaluación del interés sexual hacia menores. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 30-40.

Herrero, O., Negredo, L., Lila, M., García, A., Pedrón, V. i Terreros, E. (2015). *Fuera de la Red. Programa de intervención frente a la delincuencia sexual con menores en la red. Manual para el profesional*. Madrid: Ministerio del interior.

Howitt, D. i Sheldon, K. (2007). The role of cognitive distortions in paedophilic offending: Internet and contact offenders compared. *Psychology, Crime & Law*, 13, 469-486.

Howner, K., Hofvander, B. i Tapp, J. (2020) Editorial: What Works for Forensic Psychiatric Patients: from treatment evaluations to short and long-term outcomes. *Front. Psychiatry*. [Enllaç Article](#)

Farré-Martí, J. M. i Lasheras-Pérez, M. G. (2004). *Trastornos de la inclinación sexual. Del estigma a la clínica: las parafilias*. Tratado de Psiquiatría: Sociedad Española de Psiquiatría.

Jordan, K., Wild, T. S. N., Fromberger, P., Müller, I. i Müller, J. L. (2020). Are There Any Biomarkers for Pedophilia and Sexual Child Abuse? A Review. *Front Psychiatry*, 21;10), 940. [Enllaç Article](#)

Kettleborough, D. G. i Merdian, H. L. (2017). Gateway to offending behaviour: permission-giving thoughts of online users of child sexual exploitation material. *Journal of Sexual Aggression*, 23(1), 19-32.

Lanyon, R. I. (1986). Theory and treatment in child molestation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 176-182.

Lehman, R. J. B., Dahle, K. P. i Schmidt, A. F. (2018). Primer on the contribution of crime scene behavior to the forensic assessment of sexual offenders. *Published Online: Enllaç Article*

Malon, A. (2012). Pedophilia: a diagnosis in search of a disorder. *Arch Sex Behav.*, 41(5), 1083-97.

Mann, R., Webster, S., Wakeling, H. i Marshall, W. (2007). The measurement and influence of child sexual abuse supportive beliefs. *Psychology, Crime & Law*, 13, 443-458.

Marshall, W. L. (2007). Diagnostic issues, múltiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. *Agression and Violent Behaviour*, 12, 16-35.

Marshall, W. L., Marshall, L. E., Sachdev, S. i Kruger, R. L. (2003). Distorted attitudes and perceptions, and their relationship with self-esteem and coping in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 171–181.

Martínez Catena, A. i Redondo Illescas, S. (2016). Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 19-29.

Merdian, H. L., Curtis, C., Thakker, J., Wilson, N. i Boer, D. P. (2014). The endorsement of cognitive distortions: comparing child pornography offenders and contact sex offenders. *Psychology, Crime & Law*, 20, 971–993.

- Mokros, A., Dombert, B., Osterheider, M., Zappala, A. i Santilla, P. (2010). Assessment of pedophilic sexual interest with an attentional choice reaction time task. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1081–1090.
- Moulden, H. M., Firestone, P., Kingston, D. i Bradford, J. (2009). Recidivism in pedophiles: an investigation using different diagnostic methods. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20:5, 680-701. [Enllaç Article](#)
- Muse, M. i Frigola, G. (2003). La evaluación y tratamiento de trastornos parafílicos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 65, (1), 55-65.
- Navarro, J. C. (2008). *Psicopatía y delincuencia sexual grave. Evaluación clínica y psicométrica. Programas de intervención*. Apunts no publicats.
- Nguyen, T., Capdevila, M., Andrés-Pueyo, A., Berdeal, I., Bosch, P., Camps, J., ... & Queralt Beltran, J. P. (2018). *Avaluació del projecte CerclesCat*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- O'Brien, M. D. i Webster, S. D. (2007). The Construction and Preliminary Validation of the Internet Behaviours and Attitudes Questionnaire (IBAQ). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19, 237-256.
- Sadock, B. J., Sadock V. A. i Ruiz, P. editores. (2015). *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica*. Decimoprimer ed. L'Hospitalet de Llobregat: Wolters Kluwer.
- Seto, M. C., Kingston, D. A. i Bourget, D. (2014). Assessment of the Paraphilias. *Psychiatr Clin North Am*, 37, 149-161.
- Seto, M. C. i Lalumière, M. L. (2001). A brief screening scale to identify pedophilic interest among child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 15-25.
- Seto, M. C., Stephens, S., Lalumière, M. L. i Cantor, J. M. (2015). The Revised Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI-2): Development and criterion-related validation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 27, 1-17.

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 off-line y el Delincuente Dual (2020). *Anuario de Psicología Jurídica*, 30, 21-27.

Tenbergen, G., Wittfoth, M., Frieling, H., Ponseti, J., Walter, M., Walter, H., Beier, K. M. i Kruger, H. C. (2015). The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and challenges. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, 1-20.

Thibaut, F., De la Barra F, Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J. M. W. and the WFSBP Task Force on Sexuals Disorders. (2010). The World Dederation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). Guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 604-655.

Turner, D. i Briken, P. (2018). Treatment of Paraphilic Disorders in Sexual Offenders or Men with a Risk of Sexual Offending with Luteinizing Hormone-Releasing Hormone Agonists: An Updated Systematic Review. *J Sex Med*, 15, 77-93.

Vilella, M., Mateu, A. A., López, J., Cuquerella, A. i Pujol, A. (2017). *Proposta per l'avaluació de delinqüents sexuals amb víctimes menors d'edat, trastorns parafílics: pedofília i altres*. [Beca del CEJFE]

#### [CEJFE](#)

Ward, T. i Keenan, T. (1999). Child molesters' implicit theories. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 821-838.

Ward, T., Polaschek, D. i Beech, A. R. (2006). *Theories of Sexual Offending*. Chichester: John Willey & Sons.Wilson.

Wiebking, C. i Northoff, G. (2013). Neuroimaging in pedophilia. *Curr Psychiatry Rep*, 15 (4), 351-359.

Wilson, R. J. (1999). Emotional congruence in sexual offenders against children. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 33-47.

## **ANNEX 1: Entrevista per l’avaluació de trastorns parafílics: pedofília i altres en persones investigades per delictes sexuals amb víctimes menors d’edat (EA-TPA).**

### **CRITERIS PER ADMINISTRAR EL QÜESTIONARI DE CRIBRATGE VS. ENTREVISTA COMPLETA**

D’acord a les característiques específiques de la persona investigada o del propi procediment caldrà fer determinar quina és la millor opció, entre el qüestionari de cribratge o l’entrevista completa, conformement als criteris següents, que són evidentment orientatius.

Aquests instrument, el de cribratge, haurà de ser completat amb la part anamnètica i d’exploració psicopatològica de l’entrevista completa.

Criteris d’aplicació:

1. Versió completa:

- Instrument d’elecció preferent
- Bona disposició i col·laboració suficient en l’exploració

Confirmació/descart de diagnòstic previ i/o sospita de parafília i altre trastorn relacionat

2. Versió cribratge:

- Manca de disposició i col·laboració suficient en l’exploració
- En casos d’excepcional d’urgència, en el quals no sigui possible administrar el protocol complet.

Observacions: caldrà suspendre l’administració de la versió cribratge si la resposta és negativa a les tres primeres preguntes, i procedir a l’inici de la part genèrica (no sexual) de l’entrevista completa.



## **ENTREVISTA COMPLETA**

Aquesta és un entrevista en profunditat que té per objecte obtenir informació sobre vostè. Li farem una sèrie de preguntes sobre la seva història personal, sociofamiliar, de salut física i mental i també, sobre aspectes rellevants de la seva vida relacional i íntima. La informació recollida formarà part de l’informe/valoració pericial requerit per la instància judicial i per aquest motiu, una part estarà centrada en aspectes relacionats amb el fet/denúncia que l’ha portat fins aquesta valoració com a persona investigada.

### **A. FILIACIÓ I ANTECEDENTS PERSONALS:**

-Nom i Cognoms:

-Edat:

-Data i Lloc de naixement<sup>1</sup>:

-Lloc de residència<sup>2</sup>:

-Professió:

-Estat civil<sup>3</sup>:

#### **Àmbit familiar:**

-Pares<sup>4</sup>:

-Germans<sup>5</sup>-:

-Relació de parella<sup>6</sup>:

---

<sup>1</sup> Si és de fora, quan ha arribat a l’estat espanyol, o a Barcelona? Temps i règim de residència al nostre país].

<sup>2</sup> actual/anterior] Si s’escau: [Amb qui conviu?

<sup>3</sup> Solter / Casat / Parella de fet / Separat / Divorciat / Vidu.

<sup>4</sup> Vius/morts?; Causa de la mort?; Relació amb els pares, conflictes? Pares separats/divorciats?; Hi ha contacte amb els pares, actualment? De quina mena és? Si no hi ha contacte, des de quan és, per quin motiu?

<sup>5</sup> Quants, posició, relació amb i entre ells] Nebots [contactes, relació amb ells] Néts [contacte, relació amb ells] Altres familiars llunyans: contacte, relació amb ells.

<sup>6</sup> Separació/divorci: contenciosa o no, relacions amb el/la ex, règim de visites][periodicitat, com veuen els fills, hi conviuen, amb pernocta o no, punt de trobada, pensió d’aliments, altres?][A quina edat (d’ell/ella) o en quin any es van separar?

Nombre; llargues, esporàdiques o puntuals; Si està sense parella, quan de temps hi ha estat? Amb o sense convivència?]

-Fills<sup>7</sup>:

-Genograma

### **Infantesa:**

-Embaràs, part, creixement (incidències, problemes...):

-Quins van ser els cuidadors principals durant la infantesa: progenitors, membres de la família extensa: oncles, avis, i/o tutela institucional<sup>8,9</sup>).

-Aspectes subjectius a destacar de la seva infància:

Experiència d’abusos o maltractament?<sup>10</sup>:

Explorar la Tríada de McDonald (enuresi-piromania-crueltat amb animals<sup>11</sup>):

### **Adolescència:**

Com descriuria la seva adolescència<sup>12</sup> :

Incidències legals/administratives (DGAIA/Justícia juvenil):

### **Edat adulta:**

Quan i com es va independitzar del nucli familiar d’origen<sup>13</sup>:

### **Nivell d’estudis:**

Estudis complets /inacabats<sup>14</sup>:

---

<sup>7</sup> Nombre, edat, conviu amb ell/a o no? Relació amb els fills?

<sup>8</sup> En la seva infància va viure en companyia de [pares, mare, pare, avis][Si és amb cap dels pares, aleshores, amb qui: institucions, DGAIA,...] Relació amb els seus pares o cuidadors[estils normatius, límits, model familiar: matriarcal, patriarcal, monoparental, pares separats...] Referents-suport actualment? De quin tipus ? (econòmic, legal, familiar, emocional) Estil de dinàmica familiar i vincle (segur, insegur: evitatiu, absent.

<sup>9</sup> Quants, posició, relació amb i entre ells] Nebots [contactes, relació amb ells] Nets [contacte, relació amb ells] Altres familiars llunyans: contacte, relació amb ells.

<sup>10</sup> Sent/considera que algú hagi abusat de vostè físicament, psicològica o sexual, en la seva infància? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_] [En quantes ocasions i per part de qui] [Sensació de grau d’afectació. Encara es manté aquesta sensació?

<sup>11</sup> Enuresi, piromania, crueltat amb animals. Correlaciona amb impulsivitat i conductes desadaptatives.

<sup>12</sup> Identificar pertinença (o no) a grups d’iguals, esquizoidia, identitat sexual, primeres experiències sexuals, consums de tòxics, situacions de risc o cerca de sensacions, petits delictes...

<sup>13</sup> Quan; Quants cops; edats.

<sup>14</sup> Sense estudis/ primaris/ secundaris/ CF Grau Mitjà / CF Grau Superior / Batxillerat/ Universitari / Postgrau / Cursos no reglats) Analfabet?

Com va ser la seva escolaritat (descriptiu, a més a més de rendiment, temes de comportament i adaptació<sup>15</sup>):

Problemàtica específica en el rendiment escolar (intervenció o diagnòstics<sup>16</sup>):

**Activitat laboral i econòmica:**

Activitat actual, i en el moment de la denúncia:

Ocupacions anteriors:

Canvis de feina (motius).

Està aturat? Des de quan?

Pensions-subsidis? Invalideses? (tipus, motiu):

El sou/pensió/subsidi li permet garantir les necessitats bàsiques?

**Relacions socials**

-Activitats d’oci o lleure<sup>17</sup>:

-Esports: si/no, quin, freqüència:

-Com es relaciona en general amb les persones?<sup>18</sup>:

**Hàbits tòxics i conductes addictives:**

Consumia o consumeix vostè alcohol o substàncies psicoactives? Si \_\_\_ No\_\_\_

Amb cada substància: inici, consum actiu, quantitats, freqüència, signes físics (Nicotina, Alcohol, Cànnabis, Cocaïna, Heroïna, Psicofàrmacs, Altres drogues...).

Context i Patró de consum(ús/abús/dependència):

Ha patit alguna intoxicació o Sdr. d’abstinència?

Ha realitzat tractaments de desintoxicació-deshabitació?

---

<sup>15</sup>Problemes acadèmics /conductuals, relacionals / absentisme / assetjament / altres).

<sup>16</sup> Cercar possibles dèficits atencionals amb o sense impulsivitat (TDAH), Trastorn negativista desafiant (TND) o trastorns de la conducta (TC). Valorar aspectes emocionals (seguretat, dependència, estats d’ànim, sentiments, tolerància a frustració, temperament (difícil).

<sup>17</sup> Cine, sortir de copes, voluntariat, família, esports, ... Amb qui? (família, amics, amics amb fills, voluntariat social, esports...).

<sup>18</sup> Extraversió/introversió, seguir o liderar?

Presenta addiccions sense substància (conductes de joc i/o apostes, internet, sexe...):

Considera que existeix relació entre els seus hàbits tòxics i/o addiccions i el delicte actual (i/o als antics)?

## **B. ANTECEDENTS PATOLÒGICS**

-Familiars (salut mental o de discapacitat)<sup>19</sup> :

-Personals<sup>20</sup>:

-Segueix algun tractament farmacològic de curta o llarga durada?

## **C. ANTECEDENTS POLICIALS I JUDICIALS**

-Detencions prèvies a l’actual, no-sexuals? Si\_\_ No\_\_ Quins són els motius?

-Antecedents penals? Si\_\_ No\_\_ Per quins delictes<sup>21</sup>?

-Ingressos a presó/centres de menors (previs al delicte actual)<sup>22</sup>?

-Ha estat acusat anteriorment per delictes sexuals? Per quin/s delicte/s? Quan (temporal)? Alguns d’aquests delictes han estat mitjançant ús d’armes? (blanca/foc) o intimidació/amenaça? Algun ingrés o detenció per raons de delicte sexual (agressió, abús, altres)<sup>23</sup>?

-Té llicència d’armes? Ha tingut o té armes de foc? Si\_\_ NO \_\_

-Actualment està privat de llibertat<sup>24</sup>: No\_\_ Sí\_\_(preventiu \_\_ condemnat per un delicte diferent \_\_ )

---

<sup>19</sup> Hi ha antecedents familiars significatius: (mentals: depressions, distímies, psicosis, impulsivitat, demència... orgànics. Abús de tòxics.

<sup>20</sup> Quines patologies orgàniques i psiquiàtriques? Moment del diagnòstic; Quin tractament segueix; Ingressos hospitalaris (per raons orgàniques i psiquiàtriques; Visites a psicòleg, motius, cronologia?; Visites a psiquiatra (de seguiment), motius, cronologia?; Hi ha alguna raó de caire sexual: per acudir al metge/psiquiatra/psicòleg? Malalties de Transmissió sexual.

<sup>21</sup> Pena, mesura de seguretat, TBC, ordre d’allunyament, mesures cautelars...

<sup>22</sup> Quantes vegades? Quant de temps? Per quins delictes? Ha complert TBC o altres mesures substitutòries?

<sup>23</sup> De quina mena?, durada?, qui era la/s víctima/es? (quina relació hi havia?)

<sup>24</sup> Centre penitenciari:...; Temps de reclusió:...; Ingressos previs JJ:...; Ingressos previs CP:...; Règim intern: Restringit (1r grau), Ordinari (2n grau), Llibertat condicional (3r grau):...; Activitat formativa:...; Activitat laboral:...; Incidències:...; Visites externes:...; Permisos externs:...

-Adaptació al centre penitenciari. Problemàtica, incidències, règim ordinari o especial, activitats i visites:

#### **D. DENÚNCIA ACTUAL**

##### **En relació a la denúncia actual (Fets que se li imputen):**

-Quin és el delicte/es (segons documentació judicial)<sup>25</sup>?

-Coneix el delicte pel qual està essent investigat? Si\_\_\_ No\_\_\_ Ho pot explicar (quin delicte, quines són les víctimes)? (descripció literal):

-Els fets denunciats impliquen<sup>26</sup>: (descriure el fet/accions específiques)

Sense contacte físic o amb contacte físic. Episodi únic o continuat.

-Accepta la responsabilitat dels fets denunciats? Raons/excuses? (escriure-ho literalment)

-Quina relació té amb la víctima/es<sup>27</sup>..?

-Com li ha repercutit / afectat la denúncia (a nivell personal/emocional, familiar, sociolaboral/salut):

---

<sup>25</sup> Abús/agressió... AFEGIR COMENTARI SOBRE TIPUS DELICTIUS A CODI PENAL; En coneix el contingut (si /no /no sap); Sap qui l'ha denunciat i el perquè:....; Ha declarat (si /no/ no sap); Davant de qui: (MMEE / Magistrat/Jutge/d'altres:....).

<sup>26</sup> Sense contacte físic: inclou la provocació de conductes sexuals inapropiades per al nen sense el seu consentiment amb la finalitat de provocar algun tipus de satisfacció sexual en el perpetrador però sense realitzar cap contacte físic: voyeurisme, masturbació davant del nen, relat d'històries sexuals, projecció d'imatges o pel·lícules pornogràfiques.

- Contacte físic sense penetració: tocaments, masturbació, carícies dels pits o de les parts genitals o zones erògenes.

-Abús amb penetració: Penetració digital, coit parcial o complet, ús d'objectes.

-Exhibicionisme, Frotteurisme, voyeurisme, sadisme, gravacions ocultes, fetitxisme.

-Explotació sexual: forçar al menor física o psicològicament a realitzar activitats sexuals amb adults, en les que intervé un interès econòmic.

-Consum pornografia infantil: Com a mecanisme d'excitació i masturbació. *Child Pornography*: en poseeix? , des de quan? Baixa les imatges? Ha fet mai les fotografies? Ha estat present mentre feien les fotografies? Es masturba durant la visualització de les imatges? Ha enviat imatges a d'altres usuaris? Ho visualitza en forma d'*streaming* (vídeo on-line)

-Producció i distribució de pornografia infantil i/o pornografia d'agressió sexual infantil.

<sup>27</sup> Familiar: pares, germans, oncles, avis, o qualsevol persona amb vincle de consanguinitat, i també inclou padrastres, noves parelles, que comparteixen un vincle de tipus legal o de fet; Persones relacionades: s'inclouen persones amb relació o tracte afectiu, d'amistat, entorn escolar o lúdic (professors, entrenadors, monitors...); Desconeguts: sense cap relació/tracte o coneixença anterior; Ha conviscut en algun moment amb la víctima d'aquest assumpte? Quantes vegades? Quant de temps? Per quins delictes? Ha complert TBC o altres mesures substitutòries?

-Característiques de la/es víctima/es (edat, gènere, número, grau de coneixement, ...) <sup>28</sup>:

## **E. ÀREA SEXUAL O PSICOSEXUAL**

-Com es tractava la sexualitat a la seva família? Quin tipus d'educació sexual?  
Com es vivia la sexualitat a casa durant l'adolescència?

-Quina va ser la seva primera experiència sexual?, Com va anar? Home/dona?  
A quina edat?

-A quina edat va començar a masturbar-se? Encara és un mètode de satisfacció sexual? Freqüència?

- Orientació sexual <sup>29</sup> :

-Ha tingut (o té) dubtes sobre la aquesta orientació sexual? Si\_\_ No\_\_ Dubtes\_\_

-Creu que té o ha tingut alguna disfunció sexual? (ejaculació precoç, impotència, ...)

-Té relacions sexuals habitualment en l'actualitat? Nivell de satisfacció?

-Ha usat mai serveis de prostitució?. A quina edat va ser la primera vegada?

-Preferència de tipus de pràctiques sexuals?

-Pot controlar els seus impulsos sexuals <sup>30</sup>? Hipersexualitat <sup>31</sup>:

-Mètodes d'estimulació sexual <sup>32</sup>:

---

<sup>28</sup> Gènere, franja d'edat, caràcter pre/post puberal i si hi n'ha de mixtes?, grau de coneixement.

<sup>29</sup> Heterosexuals / homosexuals / bisexuals / Asexuals / Altres:...

<sup>30</sup> Cercar possible compulsivitat en la masturbació.

<sup>31</sup> El seu comportament sexual perjudica les seves relacions, afecten la seva feina, o li comporten conseqüències negatives?

-Està el sexe constantment en la seva ment, inclús quan no vol pensar en això? En cas afirmatiu, li provoca malestar?

-Tracta d'amagar o ocultar el seu comportament sexual?

-Te fantasies (imatges, pensaments) sexuals intenses o recurrents? Impliquen continguts violents (retenció, forçament, tortura, violació, estrangulació, mutilació, mort? Recorre a la masturbació? Hetero/homosexual?, nens/nenes, imatges sadisme/masoquisme/contingut parafilic.

-Quines emocions van lligades al desig sexual?

-Quins actes aconseguen resoldre el drive/desig sexual?

-Estat anímic pre/per/port sexualitat.

<sup>32</sup> Masturbació, pel·lícules pornogràfiques, imatges de nens/adults amb contingut sexual explícit, imatges de violència sexual explícita, cyber-sexe, sexe telefònic, clubs striptease, fetitxe, sexe en llocs públics,...

-Descripció lliure de la persona informada:

-En el cas d’ús d’imatges de contingut sexual: Utilitzar escales de gravetat de les imatges acumulades (escala COPINE), que descrivim a continuació:

#### Nivell - Descripció

1. Indicatiu: imatges no eròtiques, sense caràcter sexual.
2. Nudista: imatges de nens nus o seminus en contextos apropiats i de fonts legítimes.
3. Eròtica: imatges furtives de nens nus o en roba interior.
4. Posats: posats deliberats de nens nus o seminus, suggerint pel context o l’organització un interès sexual.
5. Posats eròtics: posats sexuals o provocatius realitzats de forma deliberada.
6. Posats explícitament eròtics: imatges atorgant especial èmfasi en els genitals.
7. Activitat sexualment explícita: imatges de contingut sexual entre nens, sense participació d’un adult.
8. Abús: imatges d’activitats sexuals amb la participació d’un adult.
9. Abús extrem: imatges d’activitats sexuals amb penetració incloent un adult.
10. Sadisme i bestialisme: imatges d’activitat sexual que impliquen dolor o patiment, incloent animals implicats en activitats sexuals amb el nen.

-Fa cerca d’imatges o continguts online?

-Quins mètodes de cerca usa?: Especificar els mètodes de cerca<sup>33</sup>:

Termes de cerca propis de paidofília<sup>34</sup>: descripció literal dels termes

-Sexe amb menors:

---

<sup>33</sup> Xarxes *peer to peer* (P2P): E-donkey, Gnutella, BitTorrent, Ares. Operen sense clients ni servidors fixos, entre ordinador interconnectats.

-Xarxes friend to friend (F2F): “minixarxes” entre persones determinades.

-Deep web o xarxa “Tor”: salten de “nodes” i preserven anonimat, Exemples de pàgines web: Pedobook, PedoPlanet, NudistParadise.

-Furs (“foros”): Associació NAMBLA (USA), PIE (UK), NAFP (Noruega)

-Missatgeria instantània (Whatsapp, Skype, Line, Telegram, Joyn, Snapchat)

-Mail-NewsGroups

-XXSS (Facebook, Tuenti, Twitter)

<sup>34</sup> R@ygold”, “pthc”, “boylover”, “LS Magazine”, “Lolita”, “Hussyfan”.

(Ministerio del Interior – UAM, 2016)

Té una preferència sexual per menors? Si\_\_ No\_\_ Dubtes\_\_

Nens/nenes? Púbers/prepúbers?

Es van a buscar a algun lloc o és un acte impulsiu/oportunista<sup>35</sup>?

.Ha tingut alguna vegada fantasies o desitjos (sense pas a l’acte) de contacte sexual amb menors?

.Li provoquen aquestes fantasies, malestar psicològic o sent rebutjats vers la seva persona? Egosintònic/Egodistònic (interpretar per avaluador)

.Ha tingut alguna vegada comportaments que impliquen contacte sexual amb menors? Si\_\_ No\_\_

.En quin context i tipus de vinculació (intrafamiliar/extrafamiliar/escolar/oci)?

.Quantes vegades ha succeït?

.Li provoquen aquestes conductes, malestar psicològic o sent rebutjats vers la seva persona? Egosintònic/egodistònic (interpretar per avaluador)

-Des de la denúncia ha tingut cites, relacions sexuals amb d’altres persones? Aquestes persones, tenen fills<sup>36</sup>?

-Alguna vegada ha estat membre d’alguna associació que aprovi el sexe entre adults i menors?

-Ha fet alguna consulta o tractament relacionats amb la seva sexualitat?

-Té altres interessos eròtics o sexuals diferents als convencionals? Si\_\_ No\_\_ Dubtes\_\_

Especificar si:

.Interès o excitació per observar o espiar persones despulades o realitzant actes sexuals?

.Interès o excitació per ensenyar els genitals: prepúbers / adults/ prepúbers i adults?

---

<sup>35</sup> (escoles, esplais, monitors, lleure, esports), Quina mena de contacte?: social/sexual/online...

<sup>36</sup> Pregunta relacionada amb la conducta mantinguda posteriorment a la denúncia, tot i la denúncia (de delictes sexuals).



- .Excitació per fer tocaments i/o friccions contra persones? En quin context?
- .Interès o excitació per la utilització d’objectes inanimats? Quin?
- .Interès o excitació per parts del cos no genitals? Quines? Propis/alienes?
- .Interès o excitació en la utilització per vestir-se de dona/home?
- .Excitació mitjançant l’ autopatiment o la humiliació sexual? Identificar si són fantasies, desitjos o accions. En context relació: de parella/altres?
- .Excitació mitjançant el patiment físic o psicològic a un altre persona? ? Identificar si són fantasies, desitjos o accions. En context relació: de parella/altres.
- .(interpretar per avaluador si son egodistòniques/egosintòniques)
- .Indicar la durada, intensitat (mínima, accentuada o depenent), malestar o deteriorament.

## **F. PERSONALITAT I CARÀCTER**

- Com descriuria el seu caràcter, la seva manera de ser?
- Es considera una persona: oberta/tancada, propera/distant, sociable/insociable, activa/passiva, segura/insegura, controlada/impulsiva, rígida/flexible, serena/angoixada, emocionalment estable/inestable, dependent/independent, confiada/desconfiada, temerària/prudent, solitària/gregària, dominant/submisa, conformista/inconformista, racional/sentimental, pràctic/idealista, espontània/inhibida, pacient/irritable, de caràcter estable/variable, tranquil/inquiet, pacífic/agressiu.
- Sempre ha estat així? Hi ha hagut circumstàncies que hagin modificat el seu caràcter?
- Com creu que el veuen els altres?
- Relacions interpersonals (introversió/extraversió, dependència/independència, lideratge, dominància/submissió, ...) <sup>37</sup>:

---

<sup>37</sup> Inhibicions (timidesa, vergonya, pors...); Com se superen aquestes inhibicions? drogues? Bandes?, ...

-Descartar psicopatologia comòrbida o relacionada amb necessitats de satisfacció/compensació emocional.

- Estil atribucional intern/extern (valoració per l’avaluador: extrapunitiu/autopunitiu)
- Estereotips relacions home/dona<sup>38</sup>? rigidesa
- Distorsions cognitives: En té? quines? (A ser possible escriure-les literalment)
- Té pors, fòbies o manies? Quines?
- Creu que els altres no entenen les seves capacitats o habilitats?
- Com reacciona davant de situacions molt estressants?
- Ha estat mai diagnosticat de cap trastorn de personalitat ? Si\_\_ No \_\_ Dubtes\_\_

De quin trastorn?

Aquest trastorn li provoca problemes a la seva vida o a les persones del seu entorn?

Vostè considera que el té, o se’l reconeix? Creu que li provoca problemes a sí mateix o en el seu entorn?

Que creu que ha de fer? Hauria de canviar<sup>39</sup> alguna cosa?

-Ha estat mai en tractament psicofarmacològic i/o psicoteràpic per aquests diagnòstics?

## **G. EXPLORACIÓ PSICOPATOLÒGICA ACTUAL**

-Quina és la presentació davant l’entrevistador (aspecte, actitud i conducta, sintonia, ...) -Segueix el ritme pregunta/resposta<sup>40</sup>? És pressiu<sup>41</sup>? Monotemàtic i/o de difícil interrupció?

-Consciència i lucidesa:

-Orientació (espai/temps/persona): Espai: Temps: Persona:

-Atenció/concentració (hiperprosèxia, hipoprosèxia, disprosèxia):

-Memòria (immediata, recent i remota, fabulació, negació, simulació). Memòria de treball/procedimental:

---

<sup>38</sup> Explorar possibles biaixos (educatius, culturals...) en relació al gènere masculí i femení (rols de masculinitat i feminitat).

<sup>39</sup> Valorar *insight* o autoconsciència del trastorn.

<sup>40</sup> Receptiu.

<sup>41</sup> Ansiós, impulsiu. Llenguatge pressiu: pressió de la parla sobre l’interlocutor.

-Llenguatge verbal/no verbal (fluència, coherència discurs, direccionalitat del discurs, empobrit/sobre-elaborat, to de veu, alteracions específiques com afàsies, disàtries, estereotípies, neologismes...):

-Pensament:

Curs (fluïdesa: bradipsíquia o taquipsíquia; direccionalitat: circumstancial, tangencial, disgregat, o ideo-fugitiu; Altres: bloqueig, concretisme o associacions laxes...):

Contingut (ideació delirant o sobrevalorada, Característiques: convicció, extensió, extravagància i estructuració; Tipus: paranoide, autoreferencial, culpa, ruïna, hipocondria, nihilista, megalomanies, erotomanies, mística, religiosa, calotípia, falses identifications: Capgras<sup>42</sup>/Fregoli):

Té idees o sensacions estranyes?

Fenòmens relacionats (control, inserció, lectura, robatori i difusió):

Preocupacions, obsessions, compulsions, impulsions i fòbies:

-Humor:

Tipus: eufímic, hipertímic, hipotímic, disfòric, irritable:

Reactivitat: Si/No

Fluctuacions: variabilitat circadiana

Anhedònia: total/parcial

-Afectivitat:

Congruència amb l’humor/afecte inapropiat:

Intensitat: disminució (constricció, embotiment, aplanament, labilitat)

Ha presentat en algun moment ideació autolítica? Pensaments de mort?

Ha presentat en algun moment intenció autolítica? Autolesions i temptatives de suïcidi? Finalitat? Quantes vegades? Quins mètodes?

-Ansietat (psíquica/somàtica): N’hi ha? Quina simptomatologia presenta?

---

<sup>42</sup> El pacient creu que una persona propera a ell/a ha estat substituïda per un “doble”.

-Psicomotricitat:

Alteracions quantitatives: per augment, com inquietud i agitació, i disminució com inhibició, negativisme i catatonía.

Alteracions qualitatives: manierismes, estereotípies, tics, tremolors, riures immotivats, ...

-Sensopercepció:

Distorsions sensorials (hiperacúsia, hiperestèsia, micròpsia, macròpsia, dismegalòpsia):

Desrealització i despersonalització:

Falses percepcions: il·lusions, al·lucinacions (auditives, visuals, olfactivas, corporals), pseudo al·lucinacions, al·lucinosis, al·lucinacions hipnagògiques i hipnopòmiques.

Distorsió de l’autoimatge corporal:

-Voluntat: hipoabúlia, abúlia, bradibúlia, hiperbúlia, automatisme, suggestibilitat, resposta a ordres.

-Intel·ligència (disminució, altes capacitats, normalitat):

-Hàbits /repercussions somàtiques:

Son: conciliació, manteniment, malsons.

Gana: hiporèxia, anorèxia, hiperfàgia, conductes bulímiques o alimentàries anòmales.

Pes: pèrdua/increment recent.

Astènia i altres queixes somàtiques:

-*Insight*: consciència de malaltia/trastorn? Té consciència de la necessitat de tractament? Té consciència del trastorn que causa en el seu entorn? Capacitat d’introspecció.

## **H. VALORACIÓ DE PERFIL:**

-Tipus d’agressor: (valoració a fer per l’entrevistador)

- Amb contacte físic amb la víctima (offline): oportunista, reincident, sàdic, excitatori<sup>43</sup>, exclusiu sexual o no, és a dir amb concurrència de delictes aprofitant l’avinentesa, ...).
- Sense contacte físic: Perfil d’abusador online<sup>44</sup>. Fenomen de *Crossover*<sup>45</sup>, R. Assetjament per internet<sup>46</sup>:
- Gravetat de conducta pedòfila en funció de les imatges detectades<sup>47</sup>:
- Psicopatologia psiquiàtrica/psicològica associada al cas. Comorbiditat<sup>48</sup>.

Fi de l’entrevista

## AVALUACIÓ PSICOMÈTRICA

En aquells casos en què es consideri convenient, atesa la rellevància que pugui tenir en relació amb la valoració de possibles trastorns parafílics, es pot procedir a l’avaluació psicomètrica de la persona, amb caràcter complementari a l’exploració clínica i anamnèstica. Alguns criteris orientatius que justificarien realitzar aquest tipus d’intervenció serien els següents:

- Objectivació i quantificació del nivell intel·lectiu, de la intensitat o gravetat de la simptomatologia o psicopatologia concomitant, o bé del grau de deteriorament cognitiu, entre d’altres dimensions.
- Confirmació o descart d’un diagnòstic predeterminat; diagnòstic diferencial.
- Absència o actualització d’avaluacions psicomètriques prèvies.
- Exploració exhaustiva de l’àrea caracterològica del subjecte.

---

<sup>43</sup> Cerca l’excitació sexual. és un alliberament de la libido.

<sup>44</sup> Amb tècniques com el *sexting* (assetjament amb continguts sexuals) o el *grooming* (adult que simula ser adolescent per intercanvi de continguts sexuals amb menors).

<sup>45</sup> Pas des de l’assetjament online, a l’offline (físic). Ítem de mal pronòstic.

<sup>46</sup> Explorar possibles biaixos (educatius, culturals...) en relació al gènere masculí i femení (rols de masculinitat i feminitat).

<sup>47</sup> Valorar *insight* o autoconsciència del trastorn.

<sup>48</sup> Obsessiu compulsivitat: pensaments inacceptables-tabús, incloent obsessions sexuals o agressives, amb compulsivitat. Possible dependència substàncies (no alcohol); Disfuncions EA: ansietat, hipotímia, distímia, depressió major, disfòria; TDAH-Obsessiu compulsivitat: pensaments inacceptables-tabús, incloent obsessions sexuals o agressives, amb compulsivitat. Possible dependència substàncies (no alcohol); Disfuncions EA: ansietat, hipotímia, distímia, depressió major, disfòria; TDAH. Trastorn per déficit d’atenció; TCA: trastorn conducta alimentària; TCI: trastorn control impulsos; Fòbia social (Seto, Kingston i Bouget, 2014).

L’avaluació psicomètrica es pot centrar en quatre àrees, principalment: estat cognitiu i processos psicològics bàsics, intel·ligència, personalitat, i psicopatologia. Cal precisar que, actualment, no disposem en el nostre entorn professional de proves psicomètriques específiques de valoració de l’esfera sexual, tant en la vessant normalitzada com patològica, que estiguin adequadament estandarditzades i adaptades per a població forense.

### **Estat cognitiu i processos psicològics bàsics**

De vegades, de la història patobiogràfica i/o de l’exploració clínica de la persona s’infereix la necessitat d’avaluar de manera detinguda i estructurada el seu funcionament cognitiu, en el qual s’inclouen les àrees de la percepció, l’atenció (activa i passiva), la memòria (explícita i implícita, en les seves diverses modalitats sensorials), el llenguatge, el pensament, la metacognició i les funcions executives (planificació, flexibilitat, inhibició, raonament, presa de decisions...).

Podríem trobar-nos amb diversos supòsits:

- a) Es tracta d’un subjecte d’edat avançada (més de 65 anys), el qual ha estat derivat a un servei especialitzat per problemes cognitius i/o ha estat diagnosticat d’un trastorn neurocognitiu d’origen degeneratiu; en aquests casos, pot aplicar-se algun instrument breu de cribratge (p. ex., *Examen Cognoscitiu Mini-Mental, MMSE; Test Breu per a l’Avaluació de l’Estat Cognitiu, BCSE*), o bé un instrument més exhaustiu, si les característiques del subjecte ho permeten (*Prova d’Exploració Cambridge Revisada per a l’Avaluació dels Trastorns Mentals en la Vellesa, CAMDEX-R*; versió per a adults amb síndrome de Down o discapacitat intel·lectual, *CAMDEX-DS*).
- b) Es tracta d’un individu adult jove o d’edat mitjana (fins els 65 anys), el qual ha estat derivat a un servei especialitzat per problemes cognitius i/o ha estat diagnosticat d’un trastorn neurocognitiu d’origen adquirit/posttraumàtic; en aquests casos, pot administrar-se alguna de les bateries neuropsicològiques disponibles, de manera completa o parcial (p. ex., *Test Barcelona Revisat, TB-R; Diagnòstic Neuropsicològic d’Adults,*

*Luria-DNA*), o bé una bateria elaborada *ad hoc* en base a tests que avaluen específicament les funcions cognitives d’interès.

### **Intel·ligència**

En ocasions, el subjecte investigat per un delictes sexual pot presentar algun tipus de limitació en l’esfera intel·lectual. En aquests casos, podem optar per diversos instruments psicòmètrics disponibles, en funció de l’objectiu i del perfil del propi subjecte a avaluar:

- a) Si a nivell clínic es presumeix una intel·ligència dintre del rang de la normalitat, o bé no existeix cap sospita o orientació de dèficit intel·lectiu, podem escollir una prova bàsica de valoració de la intel·ligència fluïda o “factor g”, basada en una tasca operativa tipus matrius (p. ex., *Test d’Intel·ligència No Verbal, TONI*; *Test de Matrius Progressives de Raven, RPM*). Aquest tipus de prova també està indicat en subjectes amb dificultats de comprensió de l’idioma, amb analfabetisme o baix nivell formatiu, o amb algun tipus de hàndicap en la motricitat fina.
- b) En cas que existeixin dubtes respecte a un possible dèficit, o bé entre capacitat intel·lectual límit o discapacitat intel·lectiva, es pot optar per una prova breu o de cribratge que incorpori tant l’àrea verbal com l’àrea operativa (p. ex., *Test Breu d’Intel·ligència de Kaufman, K-BIT*; *Test Breu d’Intel·ligència de Reynolds, RIST*). Aquestes proves solen ser versions abreujades d’escala d’intel·ligència més exhaustives.
- c) En cas que calgui determinar amb precisió el grau de discapacitat, quan aquesta sigui evident a nivell clínic i/o anamnèstic i no hagi estat quantificada mai o en el transcórrer dels últims anys (p. ex., la persona va ser valorada durant la infància o l’adolescència, però no en l’edat adulta), es recomana administrar una escala completa que inclogui diverses àrees a avaluar, mitjançant subtests o tasques verbals i operatives (p. ex., *Escala d’Intel·ligència de Wechsler, WAIS*; *Escala d’Intel·ligència de Reynolds, RIAS*).

Generalment, aquestes proves ofereixen una o diverses puntuacions típiques de referència, ja sigui el clàssic coeficient intel·lectual (CI) o bé altres indicadors equiparables (percentils, puntuacions T, etc.). D’altra banda, cal tenir en compte

que, en el DSM-5, és preponderant la valoració del nivell d’adaptació funcional de l’individua en el seu entorn ordinari.

## **Personalitat**

L’exploració a fons de certes dimensions actitudinals i caracterològiques pot cobrar especial rellevància en el subjecte investigat per delictes/s sexual/s, en especial quan concorren algun/s component/s de desviació parafílica. Tenim diverses opcions d’abordatge, en funció del cas a avaluar:

- a) Si es tracta d’un subjecte adult (jove o de mitjana edat), en el qual convindria sondejar certes dimensions de personalitat, les quals no assolirien rang patològic, seria candidat a l’administració d’un test en format autoinforme (p. ex., *Qüestionari Factorial de Personalitat, 16 PF; Inventari de Personalitat NEO-Revisat, NEO PI-R*).
- b) Si, alternativament, es té la sospita que concorre en l’individu un trastorn de la personalitat, o bé se’n té la certesa però es desconeix el tipus o clúster (A, B, C), podria optar-se per algun test de personalitat patològica, com qualsevol dels que venen referits en l’apartat següent. En cas de subjectes adolescents o adults joves, es poden emprar instruments específics per aquesta franja d’edat (*Inventari Clínic per a Adolescents de Millon, MACI; Inventari Multifàsic de Personalitat de Minnesota per a Adolescents, MMPI-A*).

Entre les dimensions caracterològiques normals, habitualment es valoren es valoren extraversió-introversió, autocontrol-impulsivitat, dominància-submissió, estabilitat-inestabilitat, emotivitat-duresa, etc.; en el cas de les dimensions patològiques, típicament es quantifiquen els continus de paranoïdisme, esquizoïdia, narcisisme, sociopatia, agressivitat, o tendència límit, entre d’altres.

## **Psicopatologia**

En alguns casos, de manera comòrbida amb un eventual trastorn parafílic, o bé en absència d’aquest però en relació significativa amb la seva conducta o els seus impulsos sexuals, el subjecte pot presentar algun tipus de trastorn clínic que requereixi ésser avaluat mitjançant proves estructurades d’autoinforme. En tals supòsits, poden ser d’utilitat certes proves que sondegen amb exhaustivitat



una diversitat de dimensions psicopatològiques, inclosa l’esfera caracterològica (p. ex., *Inventari Clínic Multiaxial de Millon, MCMI*; *Inventari Multifàsic de Personalitat de Minnesota, MMPI*; *Inventari d’Avaluació de la Personalitat, PAI*), o bé podem inclinar-nos per administrar alguna escala de més curt abast que es limiti a registrar certes agrupacions simptomatològiques (p. ex., *Test de 90 Síntomes, SCL-90-R*; *Llistat Breu de Síntomes, LSB-50*).

Cal indicar que, en tot cas, donat que ens trobem en l’àmbit forense, seria molt convenient optar sempre per proves que incorporin indicadors de validesa i fiabilitat de l’estil de resposta del subjecte. En cas de sospita de simulació de patologia, disposem d’instruments psicomètrics específics per detectar-la (p. ex., *Inventari Estructurat de Simulació de Síntomes, SIMS*; *Test de Simulació de Memòria, TOMM*).

## **VALORACIÓ DEL RISC DE VIOLÈNCIA SEXUAL**

La violència sexual és un problema de primer ordre a tot el món i tenim moltes dificultats per aconseguir una estimació real de la seva incidència. Malgrat la gran alarma social que generen aquests agressors, sobre tot amb la seva posada en llibertat després d’estar un temps empresonats, la reincidència acceptada en violència sexual no és molt alta i es situaria entre un 9% i 20% dels casos, inferior a la de altres tipus d’agressors, com els de violència de parella. De tota manera encara que en general la reincidència és baixa, quan hi ha un cas d’aquests tipus genera una gran alarma social i mediàtica.

La valoració del risc de violència, en general, i de violència sexual, en particular, és una feina molt complicada lligada a la complexitat i naturalesa multifactorial d’aquest tipus de conducta antinormativa. En general hi ha dos tipus d’instruments de valoració del risc de violència sexual, els *judicis clínics estructurats* i els mètodes de tipus *actuarial*.

Dins dels instruments de primer grup (*judici clínic*), tenim el *SVR-20* y el *RSVP*. En el grup d’instruments *actuarials* disposem del *RRASOR* (*Rapid Risk Assessment for Sex Offense Recidivism*, que consta de quatre ítems i va ésser una de les primeres eines actuarials per a la predicció de la reincidència sexual. Després es va desenvolupar la *SORAG* (*Sex Offender Risk Appraisal Guide* com una eina actuarial de 14 ítems per a la predicció de la reincidència en homes

agressors sexuals amb contacte físic. La *Static-99*, que es tracta d’una eina actuarial composta per 10 ítems estàtics. Finalment *la Risk Matrix 2000* que és un instrument actuarial breu, dissenyat per a l’avaluació tant de reincidència sexual com de la violenta, en delinqüents sexuals.

Dins dels instruments de valoració del tipus de *judici clínic estructurat* en primer lloc tenim el *SVR-20 (Sexual Violence Risk)*. Està compost per 20 factors de risc dividits en tres blocs: ajust psicosocial (11 ítems), delictes sexuals (7 ítems) i plans futurs (2 ítems). Els factors de risc es codifiquen com presents (si), parcialment presents (?) o absents (no). El resultat final de l’eina equival al judici del professional (baix, mig o alt), doncs no es planteja el sumatori d’ítems. El *Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP)* pot ésser considerat una evolució de les *Guies de Judici Estructurat*. El protocol està compost per 22 ítems, organitzats amb cinc seccions: historial de violència sexual (5 ítems), ajust psicològic (5 ítems), trastorn mental (5 ítems), ajustament social (4 ítems) i gestió del risc (3 ítems). En l’ítem 12 s’inclou la valoració de la psicopatia a través de la PCL-R. Aquests dos darrers instruments estan traduïts i adaptats a l’espanyol.

## **ANNEX 2: VERSIÓ CRIBRATGE ENTREVISTA**

### **QÜESTIONARI DE CRIBRATGE PER LA IDENTIFICACIÓ DE MOTIVACIONS I CONDUCTES SEXUALS PARAFÍLIQUES**

A continuació li farem una sèrie de preguntes relacionades amb la seva experiència i conducta sexual. Si hi està d’acord, li demanem que contesti de la forma més sincera possible. Aquesta informació formarà part de la nostra valoració pericial.

#### **OBERTURA / ANTECEDENTS**

1. Està disposat a facilitar informació sobre la seva sexualitat?
2. Considera que té algun problema en la seva esfera sexual? En cas afirmatiu, creu que li caldria assistència o tractament per aquest problema?
3. Amb anterioritat, alguna vegada ha estat acusat d’haver comès algun delictes sexual?

#### **RELACIONS DE PARELLA**

4. En l’actualitat manté alguna relació sentimental?
5. Quantes relacions de parella ha mantingut, al llarg de la seva vida? Quina ha estat la relació més llarga?
6. A quina edat va ser la seva primera relació sexual? Com es va produir?

#### **ORIENTACIÓ SEXUAL**

7. Quina és la seva orientació sexual? Ha tingut dubtes algun cop?

#### **ABÚS/AGRESSIÓ SEXUAL**

8. Va patir algun abús o agressió sexual de nen o de jove? De quin tipus?
9. Alguna vegada, com adult, ha estat víctima d’abús o agressió sexual?

#### **VIOLÈNCIA/AGRESSIVITAT**

10. Hi va haver violència durant la seva infància? Per part de qui?

11. Alguna vegada ha estat violent/agressiu en una relació de parella, o amb altres persones?

#### FUNCIO SEXUAL

12. Ha patit o creu patir algun problema en el seu funcionament sexual (desig, excitació, erecció, orgasme, ejaculació precoç, impotència, etc.)?

#### MASTURBACIÓ

13. Es masturba habitualment? Ho fa de forma compulsiva?

#### VOYEURISME / ESCOPOFÍLIA

14. S’excita pel fet d’espiar altres persones mentre realitzen actes sexuals? Ho ha fet en alguna ocasió?

#### EXHIBICIONISME

15. S’excita sexualment pel fet d’exposar els seus genitals davant de desconeguts o en llocs públics? Ho ha fet en alguna ocasió?

#### FROTTEURISME / FRICOFÍLIA

16. Sent excitació sexual pel fet de tocar o fregar una altra persona en contra de la seva voluntat? Ho ha fet alguna vegada intencionalment?

#### SADISME / MASOQUISME

17. Ha sentit excitació o plaer sexual pel dolor, sotmetiment o humiliació infligit per part d’una altra persona?
18. Ha sentit excitació o plaer sexual infligint dolor, sotmetiment o humiliació a una altra persona?

#### PEDOFÍLIA

19. Sent eròtica o atracció sexual per persones menors d’edat? Des de quan?
20. Ha desitjat alguna vegada tenir contacte íntim o sexual amb menors d’edat? N’ha arribat a tenir?
21. Creu que mantenir contactes sexuals amb menors és realment un problema?

#### FETITXISME

22. Sent excitació de tipus sexual per objectes o alguna part del cos humà?

### TRANSVESTISME

23. Sent excitació de tipus sexual amb la idea o el fet de vestir-se de dona/home?

### PORNOGRAFIA / TIC

24. Posseeix arxius de material pornogràfic o de sexe explícit d’adults o menors?

25. Ha cercat o intercanviat imatges sexuals explícites de menors per Internet o mòbil?

26. S’ha comunicat per Internet o mòbil amb altres persones, amb motivació sexual?

### ALTRA PARAFÍLIA ESPECÍFICA

27. Sent excitació de tipus sexual amb algun altre tipus de pràctica que es pugui considerar estranya o atípica que no se li hagi preguntat?

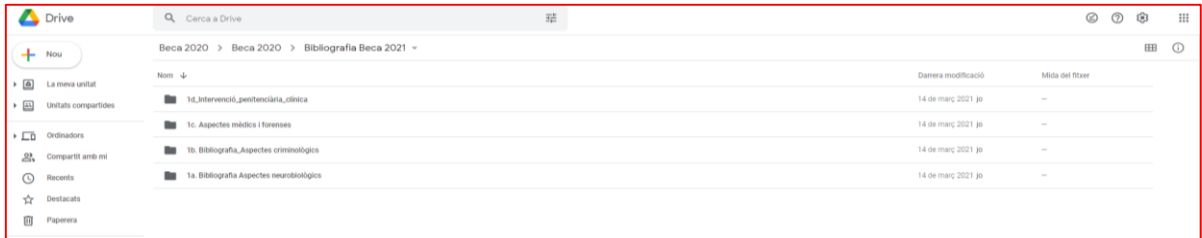
### INTERÈS/ MALESTAR

28. El seu interès sexual és persistent o ocasional?

29. Els seus pensaments o conductes sexuals li produeixen malestar?  
En quin grau?

30. Considera que existeixen excessives restriccions socials i/o morals per gaudir de la seva pròpia sexualitat?

## ANNEX 3: Excel i variables descrites



A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS						
A. FILIACIÓ ANTECEDENTS PERSONALS																B. A. PATOL				C. ANTECEDENTS POLICIALS-JUDICIALS																													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
NUMORDRE	NUMCAS	GÈNERE	EDAT	CIVIL	PARMAR	GERM	RELPA	FILLS	PART	DSV	TPCUN	MALTRAC	TRIMSDON	ADOL	ADEP	ESTU	DIAGN	FEI	RRS	SPORT	INTSO	CONSUM	SUBSIDO	PATCON	ABO	DESTXAB	RELTOR	APFAM	APP	DETSN	DETSN	NÚMONS	NÚMONS	MOT1	ASR	MOT2	APIER	DETSN	MOT3	ARU	SITPRAC	ASPEN							

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
DEACT	DEACC	CONTF	FREQ	ACCT	ACCE	RELVIC	REPERD	CARVIC	SEXVH	SEXVH2	VIVVH	PRRSX1	TPUS	GERAR	MAD1	ACT	OSX	DST	DISG	RRSG	GATP	PROST	EDAT	PROST2	PREFSA	CONPOL	HPSA	METSTRA	COPNE	CERCONU	METCEN	TERMICE	PREFSM	GEN	PREPOPUB	MIPREN	FANTAMAL	CONTX	NUM	CITPOSTEN	FLLS	ASSO	CONSTR						

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50		
DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5	DSM5
GDEU	EXHB	EROTI	MASO	SAD	PEDO	FETI	TRAVESTI	PETIT	PREPFR	MAD	SAD	PREFANB	PRACEX	EGODUSIN	DURA	RY	MALDET	RRP	ESATR	ESTER	DISCOO	POFOHA	STRES	DOTP	TRACT	PRES	BP	PRES	MON	CON	OR	ATONIC	MEM	LLO	PHSCO	PHSCU	SENPER	HUM	REA	HED	AFECTE	AUTOL	AND	PSMOTR							

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
PSMOTR	VOL	INTEL	HBT	INSGH	PERFOR	PEROFF	GRAV	COMOR	INTEL2	PROVIN	PSNOR	PEPAT	PSICOPAT	SVR.20	RSVP	CAPCOO	CAPVOL	MPUT	TRACTRECOM																														