



Facultad de Psicología

Trabajo de
fin de grado

Modalidad 2

“Proyecto de investigación empírica”

Mitos sobre agresión
sexual en una muestra
de población
penitenciaria

Un análisis de su
prevalencia y relación con
variables tratamentales y
criminológicas.

Autora del TFG

Sara Pazos Carballo

Grado en Psicología

Año 2019

Índice

Índice	2
Resumen	3
Abstract	5
Introducción	6
Método	13
1 Participantes	14
2 Materiales y Procedimiento.....	15
3 Análisis de datos	17
Resultados	18
Discusión	24
Conclusiones	29
Referencias bibliográficas	30
Índice de figuras	35
Anexos	36

Resumen

La violencia sexual hacia la mujer es un problema de salud pública presente a nivel global, con unas cifras alarmantes de incidencia y unas consecuencias devastadoras para las víctimas. Los mitos sobre agresiones sexuales representan actitudes y creencias generalmente falsas, amplia y persistentemente sostenidas, que sirven para negar y justificar la agresión sexual de los hombres contra las mujeres. Si bien su prevalencia es conocida en la población general, existe escasa literatura acerca de su impacto en la población penitenciaria. Partiendo de que los mitos acerca de las agresiones sexuales representan un importante factor explicativo de muchos ataques sexuales contra la mujer, se plantea un estudio en población penitenciaria. Para ello, se llevó a cabo un estudio correlacional con un diseño ex post facto de grupo único, en el que se contó con una muestra de 48 internos con edades comprendidas entre los 20 y los 62 años ($M = 40.31$, $DT = 9.61$), que cumplen una medida privativa de libertad en el Centro Penitenciario de A Lama. Se aplicó una batería de medidas compuesta por una escala de mitos sobre las agresiones sexuales, una escala de deseabilidad social, así como variables sociodemográficas, tratamentales y criminológicas. Los resultados obtenidos revelan una alta prevalencia de los mitos sobre agresión sexual en la población penitenciaria masculina, con independencia del tipo de delito. Entre otros hallazgos, se pone de manifiesto la relación entre los mitos y la participación en programas terapéuticos o el tiempo de permanencia en prisión. Finalmente, se extraen las conclusiones más relevantes de cara al diseño e implementación de programas de prevención e intervención intramuros.

Palabras clave:

Violencia sexual, mitos, AMMSA, internos, programa terapéutico.

Número de palabras del trabajo:

7797

Abstract

Sexual violence towards women is a global public health concern. Its figures are quite alarming and consequences for the victims are simply devastating. Sexual assaults myths represent behaviours and beliefs typically false but extensively and devotedly upheld, that serve to deny and justify sexual assaults by men against women. Although its prevalence is widely known, there is not much written about its impact on prison population. Arguing that sexual assaults myths portray a significant explanatory factor in many sexual attacks, a study in prison population is therefore contemplated. In order to do so, a linked study with a post factum design was carried out in only one group. This group was composed of 48 inmates, aged between 20 and 62 years-old ($M = 40.31$, $SD = 9.61$). These prisoners were under measures involving deprivation of liberty at A Lama Penitentiary Center. A range of measures was then applied. These were made up of a scale of sexual assaults myths, a scale of social desirability and other sociodemographic, treating and criminological variables. The results obtained showed a high prevalence of sexual assaults myths on male prison population, irrespective of the criminal offence. It is remarkable the link between myths and participation in therapeutic programmes or time in prison, amongst others. Finally, the most relevant conclusions are drawn as regards design and implementation of preventive programmes or intervention inside prisons.

Keywords: sexual violence, myths, AMMSA, prisoners, therapeutic programme.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) ha reconocido la violencia contra la mujer y la violencia sexual como problemas de salud pública presentes a nivel global. El Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades del Gobierno de España (2018) muestra unas alarmantes cifras acerca de los delitos contra la libertad sexual de las mujeres. En los últimos años, concretamente desde el 2010 hasta el 2017, en relación a las agresiones sexuales nos encontramos con una media de 998 hombres detenidos o investigados al año por dicho delito y de 730 por agresiones sexuales con penetración. Estas cifras se ven incrementadas hasta 1.447 y 924 respectivamente si se hace referencia al hecho denunciado por mujeres en los cuales manifiestan ser víctimas de este tipo de delitos contra la libertad sexual. Según este informe, hemos de destacar que, en el año 2017, el 91,75% de las víctimas fueron mujeres (en casos de agresión sexual) y 93,02% (en casos de agresión sexual con penetración). La Encuesta de Delitos para Inglaterra y Gales (CSEW) estimó que menos de una de cada cinco (17%) víctimas informaron sobre su experiencia de violación a la policía, encontrando como razón más común la vergüenza, seguida de pensar que la policía no podría ayudar y que sería humillante (Elkin, 2018). A los datos de elevada prevalencia de la violencia sexual sobre la mujer hemos de añadir la gravedad de las consecuencias, que pasamos a desarrollar a continuación.

Marco normativo

En primer lugar, se ha de delimitar la agresión sexual en el marco legal actual existente en España. El Código Penal, en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, hace referencia a las agresiones sexuales en el Título VIII denominado “Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales”. Dentro de esta categoría nos encontramos, en el Capítulo I “De las agresiones sexuales” con el artículo 178 que establece lo siguiente: “El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, utilizando violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cinco años.” Además, en el artículo 179, se expone que cuando dicha agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o de introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, la pena de prisión ascendería a un rango de seis a doce años, siendo el responsable castigado como culpable de violación. Asimismo, ambas penas podrían verse aumentadas en caso de que se dieran algunas de las siguientes circunstancias: cuando la violencia o intimidación ejercidas presentan un carácter especialmente degradante o vejatorio; cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas; cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad, discapacidad o situación, salvo menores de 16 años, ya que esto se recoge en el artículo 183; cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima; y, cuando el autor haga uso de armas u otros medios igualmente peligrosos, susceptibles de producir la muerte o alguna lesión, sin perjuicio de la pena que pudiera corresponder por la muerte o lesiones causadas (LO 10/1995).

Consecuencias de la violencia sexual

El concepto de *víctima* del delito alude a toda persona o colectivo que ha sufrido daño, ya sea físico o mental, sufrimiento emocional, pérdida económica o deterioro sustancial de sus derechos fundamentales, producto de la violación de las leyes criminales operativas, abuso de poder, por acción u omisión, o de un acontecimiento traumático, como pueden ser los accidentes, enfermedades y catástrofes naturales (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2007).

Las consecuencias de la violencia sexual, que han sido profusamente documentadas en la literatura, pueden ser clasificadas, según el ámbito de afectación, como físicas o psicológicas (Mason y Lodrick, 2013). Con respecto a las consecuencias para la salud, se pueden agrupar en efectos más inmediatos derivados directamente del incidente de violencia

sexual, mientras que las consecuencias a medio y largo plazo se producen en el período posterior a dicha violencia sexual. Además, la violencia sexual puede tener un desenlace fatal o no fatal, en función de la extensión de las lesiones y los problemas de salud (Jina y Thomas, 2013). A nivel físico, entre las preocupaciones de salud inmediatas que puede presentar una mujer superviviente de violencia sexual nos encontramos con: lesiones físicas, hemorragia o shock; y, a medio-largo plazo: infecciones en las heridas, retención de orina o incontinencia, infecciones del tracto urinario, discapacidad, dolor de espalda, síndrome de dolor crónico, síndrome del intestino irritable, trastornos gastrointestinales, fibromialgia o una pobre salud (Jina y Thomas, 2013; Sadler, Booth, Nielson y Doebbeling, 2000; Stein, Lang, Laffaye, Satz, Lenox y Dresselhauls, 2004). Más concretamente, las consecuencias de salud reproductiva se corresponderían con, de modo inmediato, trauma genito-anal; y, a medio largo plazo, dismenorrea, dispareunia, fístulas, aborto, infecciones de transmisión sexual, VIH, embarazos no deseados, infertilidad, enfermedad inflamatoria pélvica, complicaciones en el parto, muertes neonatales o muertes maternas (Jina y Thomas, 2013). La mayor parte de estas consecuencias de la violencia sexual son señaladas también por la Organización Mundial de la Salud (2013), que dicta como consecuencias físicas de salud reproductiva para la salud de las mujeres las siguientes: traumatismo ginecológico, embarazo no planeado, aborto inseguro, disfunción sexual, infecciones de transmisión sexual (incluida la infección por el VIH) y fístula traumática.

Con respecto a las consecuencias a nivel psicológico, más de 40 años de investigación sobre el impacto de la violencia sexual, han sugerido que tiene efectos particularmente graves en una variedad de formas de psicopatología, ya que los resultados de los diferentes estudios indican que las personas que han sido agredidas sexualmente informan significativamente peor psicopatología que las comparaciones con individuos no agredidos sexualmente (Dworkin, Menon, Bystrynski y Allen, 2017; Sarasua, Zubizarreta, de Corral y Echeburúa, 2012). En el metaanálisis de Dworkin et al. (2017), se observa que una experiencia de agresión sexual se asocia con más de la mitad de un aumento de la desviación estándar en psicopatología, y proporciona evidencia de que muchos sobrevivientes de agresiones sexuales experimentan una mayor frecuencia o severidad de la psicopatología. En dicho análisis, se pone de manifiesto la estrecha relación de la historia de agresión sexual con trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, trastornos alimenticios, abusos de sustancias, condiciones bipolares y obsesivo-compulsivas. Más concretamente, Möller, Bäckström, Söndergaard y Helström (2014) han afirmado que la agresión sexual representa una de las experiencias más traumáticas a las que una persona puede estar expuesta en relación con la

alta incidencia de trastorno de estrés postraumático en sus consecuencias en comparación con otros traumas. De igual modo, los supervivientes de agresión sexual parecen tener un riesgo sustancialmente mayor de ideación e intentos suicidas, lo que quizás pueda ser debido a que su riesgo es elevado en todas las formas de psicopatología asociadas con agresión sexual, y puede ser incluso más saliente cuando los trastornos coexisten (Dworkin et al., 2017).

Tras una agresión sexual también es común que se produzca un cambio en las conductas de salud, probablemente derivado de dichas consecuencias físicas y psicológicas, siendo frecuentes las siguientes conductas inapropiadas de salud: fumar, consumir alcohol y otras drogas, comportamiento sexual arriesgado o trastornos alimenticios (Jina y Thomas, 2013; OMS, 2013). Además, es importante señalar el incremento del riesgo de sufrir violencia sexual posteriormente (OMS, 2013).

Finalmente, resulta apropiado resaltar las consecuencias fatales que puede desencadenar el incidente de la agresión sexual, como son el homicidio, el suicidio, la muerte materna y la muerte relacionada con el SIDA (Jina y Thomas, 2013); debido a su indudable magnitud y repercusión, además de su carácter irreversible.

Caracterización del agresor sexual

Es importante destacar que la mayoría de los delincuentes sexuales son hombres. Sin embargo, resulta complicado establecer un perfil del agresor sexual, ya que en esta categoría se incluye una población muy heterogénea en cuanto a una multitud de cuestiones: tipo de actividad delictiva y comisión o no de otros delitos no sexuales, características personales, proceso de socialización, psicopatología, estilo de vida, tasa de reincidencia y respuesta al tratamiento (Castro, López-Castedo y Sueiro, 2009; Sánchez, 2003). Es por esta razón que se necesita de una combinación de métodos evaluativos que den una descripción lo más completa y fiable posible de cada agresor sexual. Conjuntamente, Sánchez (2003) plantea que toda evaluación del agresor sexual debe, como mínimo, aclarar aspectos como: comportamiento sexual, funcionamiento social y distorsiones cognitivas. Éste establece que para que una evaluación penitenciaria sea válida actualmente debería clarificar tres elementos fundamentales: pronóstico de riesgo, objetivos de tratamiento y medidas de control; que se corresponderían de manera más específica con las siguientes cuestiones: patrón de conducta parafilica y de estimulación sexual desviado; niveles de agresividad general y de hostilidad hacia las víctimas; presencia de elementos psicopático; proceso de socialización; actitudes, valores, creencias y conocimientos, sobre la sexualidad, relaciones interpersonales

(favorecedoras de la conducta desviada); distorsiones cognitivas; presencia de alcoholismo y/o otras dependencias y trastorno psicopatológico o de otro tipo.

Por otra parte, Marshall y Barbaree (1990) afirman que para comprender la etiología del comportamiento de agresión sexual deben tenerse en cuenta los siguientes elementos o condiciones desencadenantes: los elementos biológicos, el fracaso del aprendizaje inhibitorio, las actitudes socioculturales favorecedoras o tolerantes de la agresión sexual, la exposición a la pornografía, las circunstancias próximas facilitadoras (como por ejemplo, el consumo de alcohol), las distorsiones cognitivas sobre la sexualidad, las mujeres y los niños y las circunstancias de oportunidad de una mujer o de un niño, según los casos, sin riesgos evidentes de detección.

Las distorsiones cognitivas son pensamientos que no se corresponden con la realidad, formando imágenes equivocadas de una situación. Este tipo de procesos cognitivos permiten la autointerpretación de las propias acciones, las de los demás, y las del mundo que les rodea (Castro, 2009). Los procesos cognitivos sesgados o distorsionados representan interpretaciones erróneas que facilitan los conflictos interpersonales porque proporcionan una visión negativa sobre el entorno social. Desde este planteamiento, el interés específico se dirige a conocer qué tipo de distorsiones cognitivas se relacionan específicamente con la conducta agresiva, pero este interés no sólo se limita a explicar cómo las personas procesan la información y cómo influyen estas interpretaciones en la conducta, sino que también es importante conocer cómo mediante los sesgos y las distorsiones cognitivas el agresor interpreta los hechos a su favor de forma egocéntrica, exagera la supuesta transgresión, minimiza su responsabilidad y/o atribuye hostilidad a la víctima (Beck, 2003). Es decir, resulta de gran interés e importancia el conocer de qué manera los mecanismos cognitivos de interpretación llevan al agresor a no asumir las consecuencias por los daños causados a los demás, a desplazar la responsabilidad de la víctima y a seguir manteniendo un autoconcepto elevado de sí mismo y una elevada autoestima (Peña y Andreu, 2012).

Existen una serie de teorías que analizan la violencia sexual a nivel individual y buscan descubrir las distorsiones cognitivas subyacentes que influyen en los pensamientos y acciones de un violador, denominadas “Teorías Implícitas” (Clay, 2019). En un análisis fenomenológico realizado por Weldon en 2016, se explora la cognición de 11 delincuentes sexuales de pareja íntima y se identifican cinco temas superordinados que son representativos de las teorías implícitas presentes en este grupo específico de delincuentes: La violencia es normal; Necesidad de control; El papel de la mujer en la violencia y la agresión sexual; Disminución de la responsabilidad personal; y, Sentido del ser. Según Weldon (2016), una

mayor comprensión de las características cognitivas de los delincuentes sexuales con violencia de pareja íntima tendría implicaciones para la intervención clínica y para la evaluación de riesgos en este grupo de comportamiento delictivo.

Mitos sobre las agresiones sexuales

Entre estos pensamientos que no se corresponden con la realidad nos encontramos con los mitos sobre agresiones sexuales, que son definidos por Lonsway y Fitzgerald en 1994 como actitudes y creencias generalmente falsas, pero que son amplia y persistentemente sostenidas, sirviendo para negar y justificar la agresión sexual de los hombres contra las mujeres. Gerger, Kley, Bohner y Siebler (2007) afirman que esta definición no aborda contenidos específicos de dichos mitos y creen, por tanto, que esto puede dificultar la distinción de mitos sobre agresión sexual de otros tipos de creencias. Estos autores piensan además que normalmente es difícil precisar si un determinado mito sobre agresión sexual cumple el criterio de ser “falso” (ya sea porque es inmune contra la falsificación empírica o porque es de naturaleza prescriptiva) por lo que sería más oportuno definir los mitos sobre agresión sexual no como falsos, sino como inmorales. Afirman también que la caracterización de los mitos sobre agresión sexual como “amplia y persistentemente sostenidos” implica que estos mitos perderían su estatus conceptual si, con el tiempo, menos personas estuvieran dispuestas a repaldarlos. Por tanto, definen los mitos sobre agresión sexual como creencias descriptivas o prescriptivas sobre agresión sexual (es decir, sobre su alcance, causas, contexto y consecuencias) que sirven para negar, minimizar o justificar el comportamiento sexualmente agresivo que los hombres ejercen contra las mujeres (Gerger et al., 2007). Las actitudes que presentan los perpetradores hacia la agresión sexual son un factor explicativo de gran importancia para muchos ataques sexuales contra mujeres (Bartol y Bartol, 2017). En este sentido, Blake y Gannon (2010) encontraron que los hombres proclives a cometer violación apoyaban fuertemente las ideas que sustentan la violación.

Con el fin de medir estos mitos sutiles y modernos sobre la agresión sexual se creó la escala “Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression” (AMMSA) (Gerger et al., 2007). Esta escala cuenta con una versión en español validada por Megías, Romero-Sánchez, Durán, Moyaju y Bohner en 2011 mediante la realización de dos estudios con estudiantes universitarios. Ambos estudios pusieron de manifiesto la alta consistencia interna de la escala de 30 ítems, similar a la obtenida con la versión original, a la vez que proporcionaron evidencia de su validez de constructo (Megías et al., 2011).

Objetivos e hipótesis

Teniendo en cuenta la prevalencia de las agresiones sexuales hacia la mujer y la gravedad de las consecuencias que acarrea sobre la salud física y psicoemocional, nos planteamos una investigación en la que analizar los factores implicados en la conducta del agresor, de manera que podamos incrementar el conocimiento sobre esta problemática y contribuir así al desarrollo de la prevención y tratamiento de la violencia sexual. En primer lugar, se analizará la prevalencia de la aceptación de los mitos sobre agresión sexual en la población masculina penitenciaria y se establecerá una comparación entre dicha prevalencia con la existente en la población masculina general. Por otra parte, también se tratará de realizar un análisis acerca de la relación entre la aceptación de los mitos sobre agresión sexual con una serie de variables tratamentales, criminológicas y delictivas.

Por lo tanto, las hipótesis que se plantean para la realización de este trabajo son las siguientes:

H₁: Se espera encontrar diferencias significativas entre la aceptación de mitos sobre agresión sexual de la población penitenciaria y la población general, siendo más baja en esta última.

H₂: Se prevé la existencia de una relación entre la aceptación de mitos sobre agresión sexual y la edad de la primera detención.

H₃: Se aguarda una correlación directa significativa entre la aceptación de mitos sobre agresión sexual y el tiempo de permanencia en prisión.

H₄: Se espera encontrar diferencias significativas entre la aceptación de mitos sobre agresión sexual de los internos que participan en programas terapéuticos y los que no, siendo más alta la de estos últimos.

H₅: Se prevé que la aceptación de mitos sobre agresión sexual correlacione de forma inversa y significativa con el tiempo en el programa terapéutico.

H₆: Se aguarda encontrar diferencias significativas entre la aceptación de mitos sobre agresión sexual de los internos condenados por delitos contra mujeres (sexuales y género), los internos condenados por delitos sexuales contra menores y los internos condenados por otros delitos, siendo esperable que la aceptación sea menor en los internos condenados por otros delitos.

Método

1 Participantes

A partir de la población de internos varones del Centro Penitenciario A Lama (Pontevedra), se seleccionó una muestra de 48 reclusos mediante técnicas de muestreo no probabilísticas. En primer lugar, se utilizó como criterio de inclusión: Internos condenados por delitos contra la libertad sexual que participaran en el “Programa de control de la agresión sexual”. De estos 11 internos, 9 accedieron a colaborar. En segundo lugar, se utilizó como criterio de inclusión: Internos condenados por delitos contra la libertad sexual que no participaran en dicho programa. En este caso, se realizó un muestreo casual, ya que se investigó a las personas que eran de fácil acceso, obteniendo así 18 internos, de los cuales 7 accedieron a coadyuvar. Tras leer los instrumentos abandonaron la prueba 2 sujetos, uno por problemas de visión y otro por motivos personales. Finalmente, se utilizó de nuevo un muestro no probabilístico casual para el resto de la muestra, donde el único criterio de inclusión era que se tratara de internos varones.

Finalmente, la muestra está formada por 48 internos varones del Centro Penitenciario A Lama, con edades comprendidas entre los 20 y los 62 años ($M = 40.31$, $DT = 9.61$). El 87.5% de los participantes son de nacionalidad española (42), mientras que el 12.5% restante son de otras nacionalidades (6). Con respecto al estado civil, el 64,6% (31) de la muestra está formada por solteros, 25% (12) divorciados, 4,2% (2) separados, 4,2% (2) en pareja y 2,1% (1) casados. En relación con la religión, la muestra está compuesta por 29,2% (14) ateos, 41,7% (20) católicos, 14,6% (7) cristianos, 6,3% (3) evangélicos y 8,3% (4) que no han detallado su religión. Por último, es importante mencionar también que, prácticamente la totalidad de los participantes han afirmado ser heterosexuales, en concreto 46, mientras que dos no han señalado su orientación sexual.

2 Materiales y Procedimiento

Instrumentos de medida

Para la recogida de datos sociodemográficos y penales se utilizó un cuestionario elaborado ad hoc en que se recabó información de las siguientes variables: edad; sexo; orientación sexual; nacionalidad; formación académica; religión; estado civil; indicar si tiene hijos y el número; edad de la primera detención; tipo de delito por el que cumple condena; tiempo de condena del delito actual; tiempo que lleva en prisión por el delito actual; participación en programas terapéuticos; tipo de programa terapéutico; y, tiempo en el programa terapéutico.

Para la medida de mitos se utilizó la versión española adaptada por Megías et al. en 2011 de *The Acceptance of Modern Myths About Sexual Aggression Scale* (AMMSA; Gerger et al., 2007). Esta escala está compuesta por 30 ítems que evalúan de forma sutil la aceptación de los mitos modernos respecto a las agresiones sexuales (por ejemplo: “Tras una violación, las mujeres hoy en día reciben mucho apoyo”; “El alcohol es a menudo el causante de que un hombre viole a una mujer”; “Cuando se habla de “violación en el matrimonio”, se confunde entre coito conyugal normal y violación”). Es una medida auto-informada en la que los participantes muestran su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones en una escala tipo Likert de siete opciones de respuesta, que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones más elevadas nos indican una actitud más favorable hacia las agresiones sexuales. En esta escala unifactorial se pueden diferenciar 5 categorías de contenido teórico (Camplá, Arce, Novo y Seijo, 2018; Gerger et. al, 2007): “Categoría 1. Negación del alcance del problema”, “Categoría 2. Antagonismo hacia las demandas de las víctimas + Falta de apoyo a políticas diseñadas para ayudar a aliviar los efectos de la violencia sexual”, “Categoría 3. Creencias que exoneran a los perpetradores masculinos al culpar a la víctima/circunstancias” + Creencias de que la coacción masculina es una parte natural de las relaciones sexuales”, “Categoría 4. Estereotipos de género sobre las relaciones sexuales” y “Categoría 5. Estereotipos de género sobre la sexualidad masculina”. Esta escala ha mostrado alta consistencia interna en sus versiones en distintas lenguas (Megías et al., 2011), con valores de α de Cronbach entre .90 y .95. Además, se calculó la fiabilidad de la escala para el presente estudio, obteniendo un valor de α de Cronbach de .92.

Para evaluar la deseabilidad social se utilizó la versión española adaptada por Ávila-Espada y Jiménez-Gómez de la escala *Other Deception* (Nichols y Greene, 1991). Consiste en 33 ítems con respuesta en formato dicotómico de verdadero y falso (p.e. “a veces chismorreo un poco” o “no siempre digo la verdad”), que evalúa la influencia de la deseabilidad social en sujetos que intencionalmente pretenden mostrar una imagen favorable de sí mismos o que contestan de forma inconsistente. De acuerdo con el estudio de Jiménez, Sánchez y Ampudia (2008), con un punto de corte de 20 de puntuación directa, la escala muestra adecuada sensibilidad, especificidad y poder predictivo para discriminar entre sujetos que manipulan la respuesta, así como la respuesta inconsistente. Asimismo, una meta-analítica (Baer y Miller, 2002) ha confirmado la validez predictiva y discriminante de la escala *Other Deception*.

Procedimiento

Se ha llevado a cabo un estudio no experimental, con un diseño *ex post facto* de grupo único de tipo transversal. Se trata de un estudio correlacional, con un paradigma cuantitativo y un método de investigación inductivo.

Para llevar a cabo dicha investigación, en primer lugar, se pidió una autorización al Ministerio de Interior y, una vez aceptada, se seleccionó la muestra del estudio. La aplicación de las pruebas se realizó de manera colectiva con grupos entre 5 y 10 personas. Primero, se les explicaba a los internos la finalidad de la investigación y la voluntariedad, anonimato y confidencialidad que caracterizan a la misma. A continuación, a los internos que accedían a participar en el estudio se les solicitó, en primer lugar, un consentimiento informado que incluía una hoja con información relativa al estudio, y otra en la que debían cumplimentar su consentimiento de participación. Para garantizar la confidencialidad se cumplieron todos los cánones establecidos por la Ley Orgánica 3/18 de Protección de Datos (LOPD). Después, se les facilitaban instrucciones acerca de los instrumentos de medida que debían cumplimentar. Además, se les informaba de que durante la realización de la prueba la investigadora estaría a disposición de los internos para resolver cualquier duda que les pudiera surgir.

3 Análisis de datos

Para llevar a cabo el análisis de los resultados obtenidos se ha utilizado el paquete estadístico “IBM SPSS Statistics 24”.

En primer lugar, se analizaron los valores atípicos y se realizaron las pruebas de normalidad para los resultados obtenidos en la escala AMMSA y en la escala de deseabilidad social. A continuación, se eliminó un outlier y se volvieron a realizar dichas pruebas para confirmar que la distribución era normal mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov. Además, se analizó la fiabilidad de las escalas utilizadas con el Alfa de Cronbach. Para analizar la prevalencia de mitos se utilizaron estadísticos descriptivos de la media, del sumatorio y las categorías de contenido teórico. Por otra parte, se realizó la prueba T para una muestra con el fin de comparar las medias obtenidas en la media y el sumatorio de la escala AMMSA con una muestra de población general, además de la d de Cohen (1998) para calcular el tamaño del efecto. Se empleó también la correlación de Pearson para establecer relaciones de la media obtenida en la escala AMMSA con la “edad cronológica”, la “edad de la primera detención”, el “tiempo en prisión” y “tiempo en el programa terapéutico”. Además, se utilizó la prueba T para muestras independientes utilizando como variable de agrupación “participar o no en programas terapéuticos” y como variable dependiente la media en la escala AMMSA, calculando de nuevo la d de Cohen para informar acerca del tamaño del efecto. Para comparar medias, también se utilizó el ANOVA de un factor, utilizando como factor el “tiempo en el programa terapéutico dividido en tres espacios temporales” y, como variable dependiente, la media en la escala AMMSA. Como el resultado de esta prueba fue significativo, se realizó la prueba de comparaciones múltiples post hoc, concretamente, la prueba de Scheffe, debido a que es la más conservadora. Se realizó el mismo procedimiento en dos ocasiones más, utilizando como factor el “tipo de programa terapéutico” y el “tipo de delito”.

Resultados

Al analizar la relación existente entre la media de la escala AMMSA y la media de la deseabilidad social, se encontró una correlación de $r = -0.34$, con una $p = .018$, siendo este resultado, por tanto, estadísticamente significativo ($p < .05$). Es decir, cuanto mayor es la puntuación media obtenida en la escala de la deseabilidad social, menor es la de la escala AMMSA y viceversa. Así, el coeficiente de determinación sería entonces de 0.12, lo que quiere decir que la deseabilidad social explica un 12% de la varianza de las puntuaciones en la escala AMMSA.

Prevalencia de la aceptación de mitos

Con respecto a la prevalencia de la aceptación de mitos en la población penitenciaria, la puntuación media obtenida en la escala AMMSA es de 3.36 ($DT = 1.03$), siendo el sumatorio medio obtenido en dicha escala es de 100.7 ($DT = 30.85$). En la figura 1 se puede observar que las puntuaciones más altas son las obtenidas en la categoría 2, que se corresponde con “Antagonismo hacia las demandas de las víctimas + Falta de apoyo a políticas diseñadas para ayudar a aliviar los efectos de la violencia sexual”; y, las puntuaciones más bajas se obtienen en la categoría 3, que se corresponde con “Creencias que exoneran a los perpetradores masculinos al culpar a la víctima/circunstancias + Creencias de que la coacción masculina es una parte natural de las relaciones sexuales”.

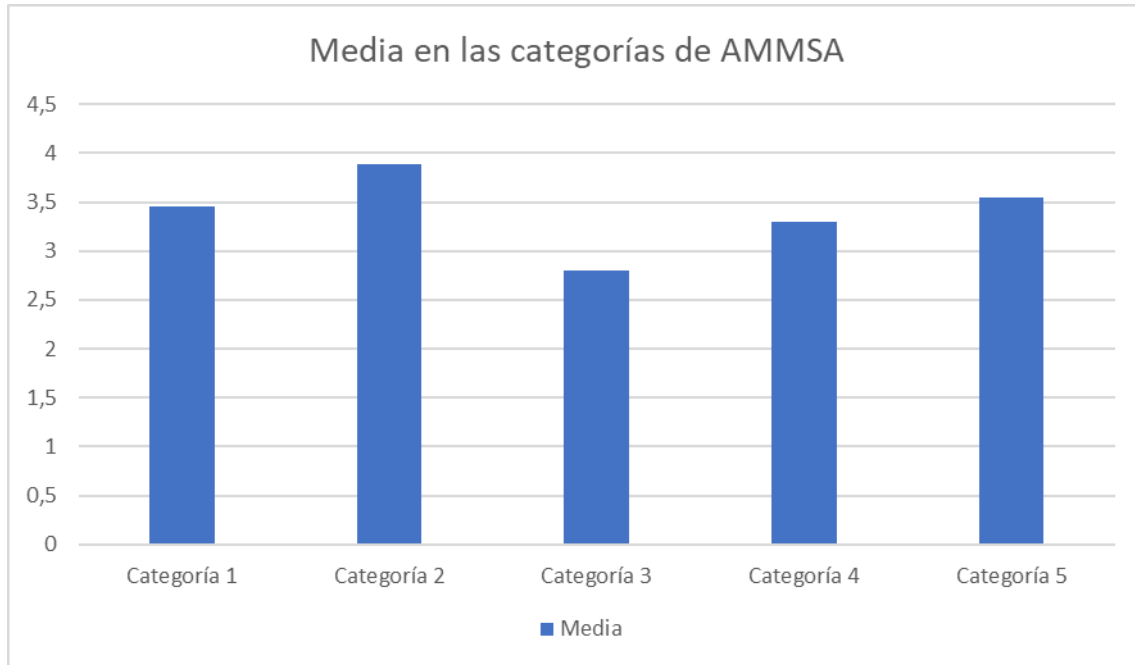


Figura 1. Medias en las 5 categorías de contenido teórico de la escala AMMSA.

Diferencias en la escala AMMSA entre la población penitenciaria y la población general

La comparación de la media obtenida en el sumatorio de la escala AMMSA en la muestra del presente estudio ($M = 100.70$, $DT = 30.85$) con la media de los varones de una población comunitaria ($M = 84.38$, $DT = 27.22$). En el Anexo A, podemos observar que, a través de la prueba T para una muestra utilizando como valor de prueba 85.02, se obtiene una t de 3.52 con una $p < .01$, alcanzando un tamaño de efecto medio ($d = 0.56$). En base a ello, se puede decir que la aceptación de mitos sobre agresión sexual es significativamente mayor en población penitenciaria que en población general.

Se ha realizado la misma comparación, pero teniendo en cuenta en este caso, la media obtenida en la escala AMMSA en la muestra del estudio ($M = 3.36$, $DT = 1.03$) con la media de los varones de una población comunitaria ($M = 2.81$, $DT = 0.91$). Tal y como se puede observar en el Anexo B, a través de la prueba T para una muestra utilizando como valor de prueba 2.81, se obtiene una t de 3.68 con una $p < .01$. Por tanto, la diferencia entre ambas medias (0.55) es estadísticamente significativa y alcanza un tamaño de efecto medio ($d = 0.57$).

Relación entre la escala AMMSA y variables sociodemográficas y criminológicas

Por otra parte, se ha analizado la correlación existente entre la media en la escala AMMSA con la edad, la edad de la primera detención y con el tiempo en prisión expresado en días. En el Anexo C, nos encontramos con que la media obtenida en la escala AMMSA correlaciona significativamente con las dos últimas variables, las criminológicas; pero, no correlaciona de forma significativa con la variable sociodemográfica edad. Por un lado, la relación existente con la edad de la primera detención es directa, de modo que cuanto mayor es esta última, mayor es la aceptación de mitos sobre agresión sexual. Por otro lado, la relación entre la media obtenida en la escala AMMSA y el tiempo en prisión expresado en días, es de tipo inversa. Esto es, a mayor tiempo ingresado en la prisión, menor es la aceptación de dichos mitos.

Relación entre la escala AMMSA y variables tratamentales

Asimismo, se han comparado las medias obtenidas en la escala AMMSA entre los internos que participan en programas terapéuticos y los que no. En el Anexo D, se puede ver que la media de los internos que participan en programas terapéuticos es menor que la media de los que no participan en ninguno ($M = 3.13$ vs $M = 4.24$). Además, tal y como se observa en el Anexo E, la diferencia entre ambas medias es estadísticamente significativa ($p < .01$), por lo que, los internos que participan en programas terapéuticos muestran una menor aceptación de mitos sobre agresión sexual que los que no participan en dichos programas. A través de la utilización de ambas medias y desviaciones típicas, se ha calculado una d de Cohen de 1.31, con un tamaño del efecto grande.

Por otro lado, se ha analizado la relación existente entre la media obtenida en la escala AMMSA y el tiempo que llevan los internos en el programa terapéutico. En el Anexo F, se observa que la correlación entra ambas variables es de tipo inversa y estadísticamente significativa. Por tanto, se puede decir que, a mayor tiempo en el programa terapéutico, menor es la aceptación de mitos sobre agresión sexual.

Además, se han comparado las medias obtenidas en la escala AMMSA en función del tiempo que llevan los internos en el programa terapéutico, encontrándose éste dividido en tres espacios temporales. Tras analizar los resultados, se han encontrado diferencias significativas en la comparación de dichas medias ($F = 13.2$, $p = .000$). En el Anexo G, se puede observar que las diferencias significativas se establecen entre: llevar más de 6 meses en el programa

con no participar en el programa y llevar más de 6 meses en el programa con llevar entre 0 y 6 meses. Por el contrario, no se han encontrado diferencias significativas entre no participar en ningún programa y llevar entre 0 y 6 meses en algún programa. De esta forma, se puede decir que los internos que llevan más de 6 meses en un programa terapéutico muestran significativamente menor aceptación de mitos ($M = 2.6$, $DT = 0.63$) que los que no participan en ningún programa ($M = 4.24$, $DT = 0.69$) o los que llevan entre 0 y 6 meses en el mismo ($M = 3.61$, $DT = 0.97$).

No obstante, tal y como se puede observar en la figura 2, sí se encuentra una tendencia descendente en la puntuación media en la escala AMMSA a medida que se lleva más tiempo en el programa terapéutico. El gráfico presenta esta forma ya que la media en AMMSA de los que no participan en ningún programa es $M = 4.24$ ($DT = 0.69$), la de los que llevan entre 0 y 6 meses en algún programa terapéutico es $M = 3.61$ ($DT = 0.97$) y la de los que llevan más de 6 meses desciende drásticamente hasta $M = 2.6$ ($DT = 0.63$).

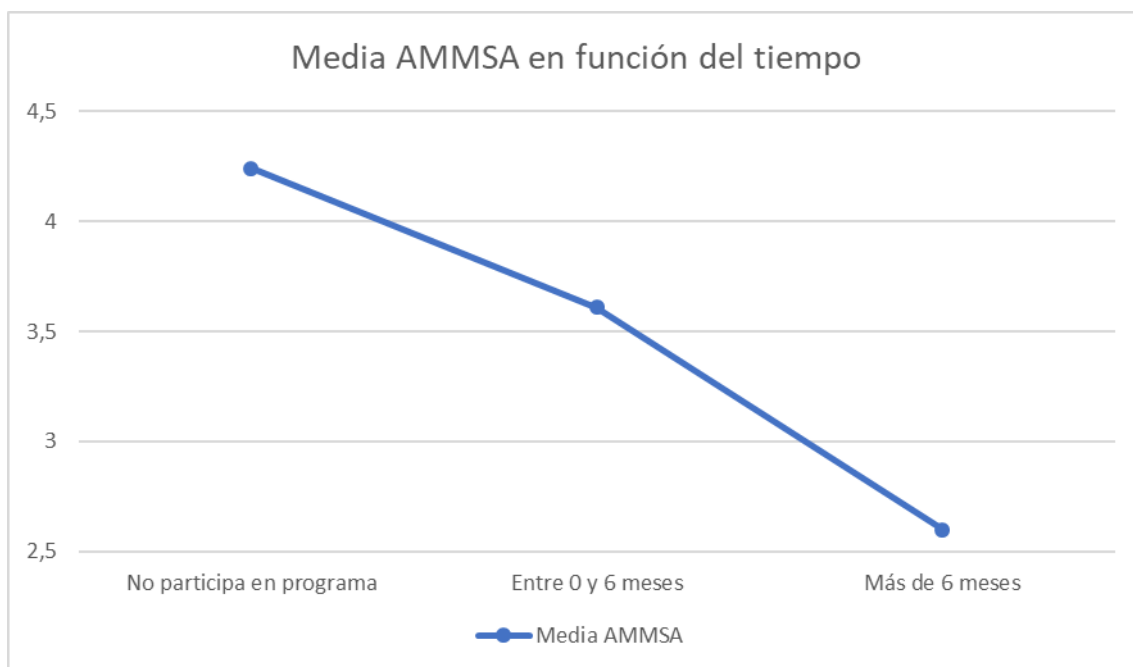


Figura 2. Comparación de las medias obtenidas en la escala AMMSA en función del tiempo en el programa terapéutico dividido en tres espacios temporales.

Siguiendo por la línea de los programas terapéuticos, al comparar las medias obtenidas en la escala AMMSA en función del tipo de programa terapéutico, se han encontrado diferencias significativas ($F = 7.2$, $p = .002$). A la vista de estos resultados, se ha

realizado esta misma comparación teniendo en cuenta la media de la deseabilidad social como covariable y, de nuevo, se encontraron diferencias significativas ($F = 6.96, p = .001$). Tras realizar las comparaciones múltiples post hoc, tal y como se refleja en el Anexo H, se constatan diferencias significativas con respecto a la media en la escala AMMSA entre no participar en ningún programa terapéutico y participar en el programa para el control de la agresión sexual, y entre no participar en ningún programa terapéutico y participar en el programa de deshabituación de drogas. Sin embargo, no existen diferencias significativas en las medias obtenidas en dicha escala cuando se comparan ambos programas terapéuticos.

No obstante, cabe mencionar que, como se ve representado en la figura 3, la media obtenida en la escala AMMSA por los internos que participan en el programa para el control de la agresión sexual es la más baja ($M = 2.69, DT = 0.84$), seguida de la media de los que participan en el programa de deshabituación de drogas ($M = 3.26, DT = 0.99$). Finalmente, la media obtenida en dicha escala por los internos que no pertenecen a ningún programa se diferencia significativamente de estos dos, así como también se encuentra disparada con respecto a ambos.

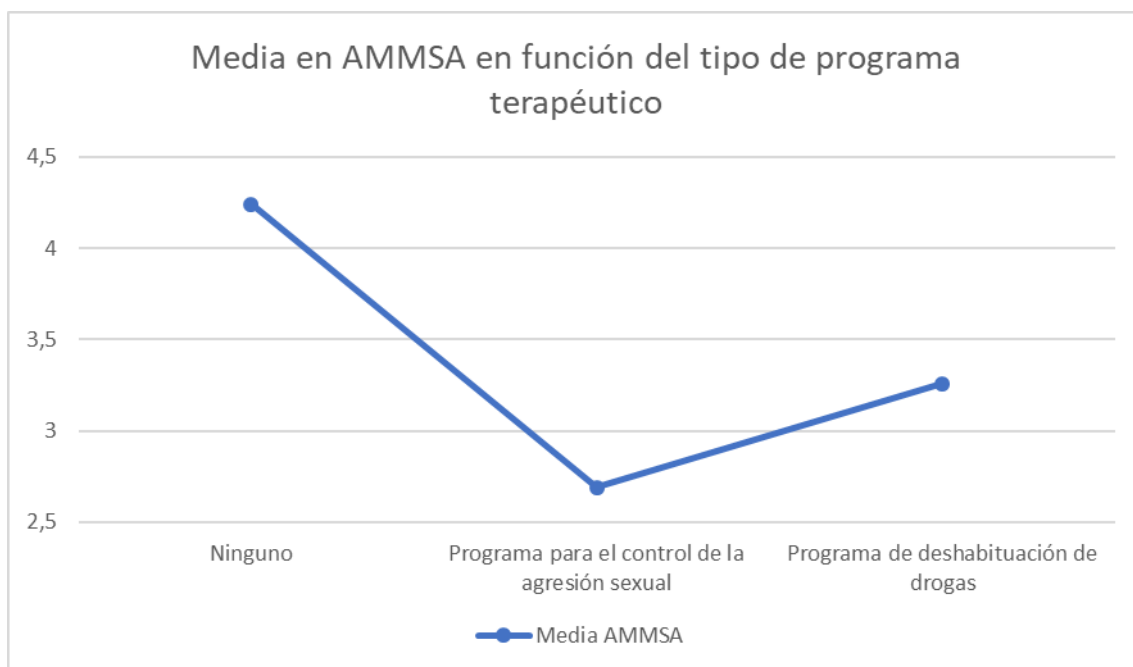


Figura 3. Comparación de las medias obtenidas en la escala AMMSA en función del tipo de programa terapéutico.

Relación entre la escala AMMSA y el tipo de delito

En último lugar, se compararon las medias obtenidas por los internos en la escala AMMSA en función del tipo de delito por el que cumplen condena, estando esta variable dividida en tres categorías: Delitos contra mujeres (Sexuales y Género), Delitos sexuales contra menores y Otros. En este caso, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F = 0.27$, $p = .767$). No obstante, las medias se verían representadas tal y como aparecen en la figura 4, siendo la media en la escala AMMSA de los internos con delitos sexuales contra menores la más baja ($M = 3.13$, $DT = 1.20$), seguida de la media de los internos con delitos sexuales y de género contra mujeres ($M = 3.29$, $DT = 0.45$). Por último, la media más elevada en la escala AMMSA sería la de los internos que presentan otro tipo de delitos ($M = 3.44$, $DT = 1.03$).

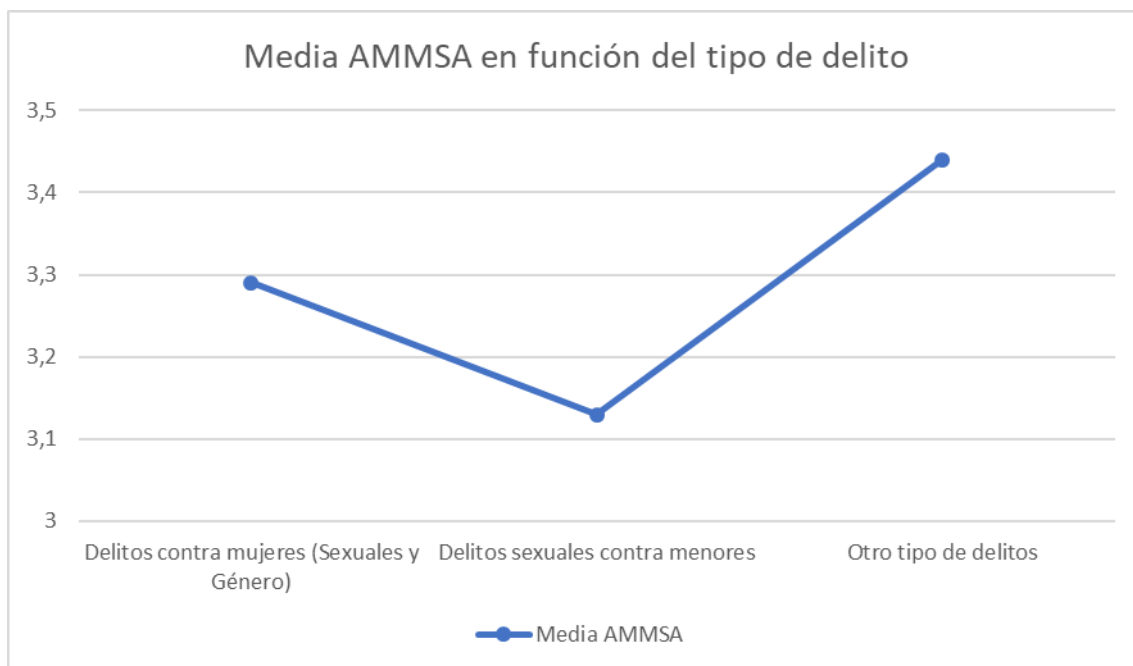


Figura 4. Comparación de las medias obtenidas en la escala AMMSA en función del tipo de delito por el que cumplen condena.

Discusión

En la actualidad, si bien existen estudios en población general (Blake y Gannon, 2010; Bleecker y Murnen, 2005), son muy escasos los estudios que analizan la relación de diversas variables con la aceptación de mitos sobre agresión sexual en población penitenciaria, además de su prevalencia en dicha población. Por lo tanto, en el presente estudio, tras encontrarnos con una puntuación media en la escala de 3.36 quizás podríamos pensar, en un primer momento, que la prevalencia de mitos sobre agresión sexual en la población penitenciaria sería más baja de lo esperado, ya que el 4 es el punto medio de la escala. No obstante, tras comparar dicha prevalencia con la existente en una muestra de varones de la población general, se ha confirmado que existen diferencias significativas entre ambas poblaciones. Se ha hallado también que la aceptación de mitos en la población general es significativamente menor que la de la población penitenciaria, lo que concuerda con lo esperado, confirmando por tanto la primera hipótesis planteada en el estudio (H_1). Por el contrario, Cohen (2012) muestra unos resultados que van completamente en contra de lo esperado, ya que se encontró con que los delincuentes sexuales informaban un nivel significativamente menor de aceptación de mitos de violación que los no delincuentes (Johnson y Beech, 2017). No obstante, los resultados obtenidos en el presente estudio corroboran investigaciones previas como la realizada por Beech, Oliver, Fisher y Beckett (2006), entre la muestra de agresores sexuales y una muestra de hombres no delincuentes de la población general. De este modo, Beech et al. (2006) hallaron que los delincuentes sexualmente motivados presentaban una mayor aceptación de mitos sobre agresión sexual que los hombres no delincuentes de la población general (Johnson y Beech, 2017). Además,

atendiendo a las categorías de contenido teórico (Camplá et al., 2018; Gerger et al., 2007), las puntuaciones más altas se presentan en la categoría 2, que hace referencia al antagonismo hacia las demandas de las víctimas y a la falta de apoyo a políticas diseñadas para ayudar a aliviar los efectos de la violencia sexual; y, las puntuaciones más bajas en la categoría 3, que se corresponde con las creencias que exoneran a los perpetradores masculinos al culpar a la víctima/circunstancias y a las creencias de que la coacción masculina es una parte natural de las relaciones sexuales. Esta distribución de las puntuaciones puede ser debida a que la categoría 2 parece ser una medida más indirecta de los mitos sobre agresión sexual y, por tanto, puede pasar más desapercibida su relevancia. Sin embargo, la categoría 3, hace una referencia completamente directa a los mitos más importantes y relevantes sobre agresión sexual.

Con respecto a la relación entre la escala AMMSA y las variables sociodemográficas y criminológicas, cabe mencionar que a pesar de que no se constató influencia de la edad en la aceptación de mitos sobre agresión sexual, sí se encontró relación entre esta última y la edad de la primera detención y el tiempo en prisión. Por una parte, los resultados han mostrado que cuanto mayor es la edad de la primera detención, mayor es la aceptación de mitos sobre agresión sexual, por lo que la relación existente entre ambas variables confirma la segunda hipótesis planteada (H_2). Por otra parte, se ha descubierto que, a mayor tiempo en prisión, menor es la aceptación de mitos sobre agresión sexual, lo que va en contra de lo planteado en la hipótesis inicial (H_3) y de los resultados obtenidos en el estudio de Debowska, Boduszek, Dhingra y DeLisi (2016). Estos autores, que concluyeron que el encarcelamiento tiene un efecto positivo importante en la aceptación de mitos sobre agresión sexual, se basaron en investigaciones anteriores que han indicado que los entornos dominados por los hombres generan un entorno propicio para la intensificación de la aceptación de estos mitos. No obstante, tal y como mencionan Debowska et al. (2016), son muy pocos los estudios con diseños metodológicos sólidos que han examinado la influencia de variables en la aceptación de mitos sobre agresión sexual. Los resultados opuestos obtenidos en nuestro estudio en relación al estudio de Debowska et al (2016) podrían deberse a diferencias interculturales entre las muestras.

Sin embargo, a través de los resultados encontrados en la relación de la escala AMMSA con las variables tratamentales, se podría dar otra posible explicación para la relación obtenida entre dicha escala y las variables criminológicas. En primer lugar, en este estudio se muestra cómo los internos que participan en programas terapéuticos presentan una menor aceptación de mitos sobre agresión sexual que los que no participan en dichos

programas, lo que confirma la hipótesis planteada al inicio de la investigación (H₄). En el estudio de Beech et al. publicado en 2006, no se encontró ningún efecto principal del tratamiento en los asesinos sexuales ni en los violadores en general. Pero, en una línea similar a los resultados obtenidos en el presente estudio, en otras investigaciones con medidas pre y post-tratamiento, se han encontrado efectos significativos del tratamiento en la reducción de mitos sobre agresión sexual (Olver, Nicholaichuk y Wong, 2014; Pithers, 1994). Con todo, parece que la aceptación de mitos sobre agresión sexual se ve afectada por los programas de tratamiento para delincuentes sexuales de manera positiva, ya que diversos estudios han informado un cambio positivo significativo en la aceptación de dichos mitos después de que los delincuentes sexuales completaron un programa de tratamiento (Johnson y Beech, 2017).

Al comparar la aceptación de mitos sobre agresión sexual en función del tipo de programa terapéutico se obtienen diferencias significativas. Cabe destacar que se ha descartado la posibilidad de que estos resultados se deban a la influencia de la deseabilidad social, ya que tras utilizar esta última como covariable en dicho análisis, las diferencias continuaban siendo significativas. Estas han sido encontradas entre no participar en un programa terapéutico y participar en el programa de control de la agresión sexual; y, entre no participar en un programa terapéutico y participar en el programa de deshabituación de drogas. Sin embargo, no se muestran diferencias significativas entre el programa terapéutico destinado a los delincuentes sexuales y el programa terapéutico destinado a los internos con problemas de drogadicción. Estos resultados similares entre ambos programas se podrían deber a que, aunque en el programa de deshabituación de drogas no se traten directamente las distorsiones cognitivas con respecto a la agresión sexual, al tratarse de un programa terapéutico, incluye cierta educación en valores (I 3/2011; Martín, Remacha y Pérez, 2006; UTE Villabona, 2005). Por tanto, estos resultados son de gran importancia, indicando que, aunque un programa sea indicado para una finalidad distinta, puede incidir en los mitos de forma indirecta. Siguiendo la línea de los programas terapéuticos, se ha puesto de manifiesto que a mayor tiempo participando en el programa terapéutico, la aceptación de mitos sobre agresión sexual es menor, lo que confirmaría la quinta hipótesis (H₅) y concordaría con lo expuesto en estudios anteriores (Olver, Nicholaichuk y Wong, 2014; Pithers, 1994).

Además, se ha encontrado que no existen diferencias en la aceptación de estos mitos entre no participar y llevar entre 0 y 6 meses en un programa terapéutico, pero los resultados sí que han sugerido que los internos que llevan más de seis meses en un programa terapéutico presentan significativamente menor aceptación de mitos que los dos grupos anteriores. Esto probablemente sea debido a que, a medida que se avanza en un programa terapéutico, se

tratan temas más profundos y complejos. Asimismo, se necesita tiempo y trabajo continuo para que los valores que se transmiten en el programa se arraiguen en sus participantes.

Estos resultados obtenidos acerca de la relación entre la aceptación de mitos sobre agresión sexual y las variables tratamentales, podrían ofrecer una explicación para la relación entre la aceptación de dichos mitos y las variables criminológicas comentadas anteriormente. Es decir, que a menor edad de la primera detención y mayor tiempo en prisión se presenten menos mitos sobre agresión sexual, puede deberse a que probablemente hayan recibido tratamiento terapéutico en más ocasiones y durante más tiempo. Esto respalda la idea de que las prisiones han de ser un medio dedicado a la reinserción social y a la reeducación (LO 1/1979) y ofrece un voto a favor de que se está cumpliendo con dicho propósito.

Finalmente, no se han encontrado diferencias significativas en la aceptación de mitos sobre agresión sexual en función del tipo de delito, por lo que se rechaza la última hipótesis (H_6). El hecho de que los delincuentes contra mujeres (sexuales y de género) y los delincuentes sexuales contra menores presenten resultados similares en este aspecto, concuerda con los resultados encontrados en diversos estudios (Bumby, 1996; Castro et al., 2009; Pithers, 1994). Sin embargo, tampoco se han encontrado diferencias significativas entre los delincuentes sexuales y los delincuentes condenados por otro tipo de delitos, al contrario que lo expuesto en, por ejemplo, el estudio de Bumby (1996). Además, aunque los resultados no sean significativos, cabe mencionar que van en dirección contraria de lo esperado, ya que los individuos que han obtenido puntuaciones más altas en la aceptación de mitos sobre agresión sexual han sido los internos condenados por otro tipo de delitos seguidos de los condenados por delitos contra mujeres (sexuales y de género) y encontrándose en último lugar los internos condenados por delitos sexuales contra menores. Este aspecto podría ser explicado por la influencia de la deseabilidad social (Arce, Fariña y Freire, 2002), ya que como se ha mencionado al principio de la discusión, los internos con puntuaciones más bajas en la aceptación de mitos sobre agresión sexual se relacionan con puntuaciones más altas en la escala de deseabilidad social. Por tanto, los delincuentes sexuales podrían haberse sentido identificados con el contenido de la escala tratando de dar una mejor imagen de sí mismos, mientras que, los presos condenados por otro tipo de delitos, al no estar relacionado dicho contenido con su tipología delictiva, respondieran de forma más sincera (Fariña, Redondo, Seijo, Novo y Arce, 2017). Por otra parte, debido a que la mayoría de los delincuentes sexuales se encuentran participando en un programa terapéutico, es probable que la participación en dicho programa explique la menor aceptación de mitos sobre agresión sexual, de modo que se estaría mostrando así el efecto positivo del mismo.

De lo expuesto anteriormente cabe destacar que, ya que se ha encontrado que puntuaciones más bajas en aceptación de mitos sobre agresión sexual se relacionan con puntuaciones más altas en deseabilidad social; y, que el 12% de la varianza de las puntuaciones obtenidas con respecto a la aceptación de estos mitos son explicadas por la deseabilidad social, los resultados obtenidos han de ser observados a través de esta lente.

Con respecto a las limitaciones de este estudio relativas al tamaño de la muestra que condicionan el alcance y generalización de los resultados. Por tanto, sería aconsejable realizar nuevas investigaciones con una muestra más amplia y proveniente de distintos centros penitenciarios. Otra gran limitación del presente estudio sería la no inclusión de otras posibles variables que guardan relación con la conducta delictiva tales como medidas de la personalidad, del tipo de afrontamiento o de competencia cognitiva. De este modo se propone que, en futuras investigaciones, se atiendan este tipo de consideraciones.

Conclusiones

Entre las conclusiones más relevantes de este estudio, se destaca el hecho de que la población penitenciaria masculina en su generalidad presenta una gran prevalencia en la aceptación de mitos sobre agresión sexual, tanto los presos condenados por delitos contra mujeres (sexuales y de género), como los presos condenados por delitos sexuales contra menores y los presos condenados por otro tipo de delitos. En base a esto, se plantea la necesidad de programas de tratamiento que incluyan entre sus objetivos la reducción de estas distorsiones cognitivas sobre violencia sexual, indistintamente de la problemática central que presenten. En este sentido, los mitos sobre las agresiones sexuales han de ser incluidos como un contenido transversal en la intervención con agresores sexuales, incluso algunos autores plantean que ambas tipologías de agresores sexuales podrían beneficiarse de un mismo programa terapéutico (Castro et al., 2009). Otra de las conclusiones sobresalientes de esta investigación consiste en la aceptación de mitos significativamente menor que presentan los internos que participan en programas terapéuticos. De este modo, se avala la función reeducadora y de reinserción social de las prisiones españolas y, por ende, se enfatiza, la importancia del tratamiento terapéutico en la consecución de este objetivo. Además, la reducción de las distorsiones cognitivas se encuadraría dentro de la mejora de la salud mental, necesaria para la adaptación y ajuste de los internos a la prisión (Novo, Pereira, Vázquez y Amado, 2017). En definitiva, basándonos en los resultados del presente estudio parece interesante seguir investigando en esta línea, puesto que se podrían promover, desarrollar e implementar programas de prevención y tratamiento de la violencia sexual adaptados a las necesidades y carencias de los internos en prisión (Arce, Fariña y Novo, 2014).

Referencias bibliográficas

- Arce, R., Fariña, F. y Freire, M. J. (2002). Contrastando la generalización de los métodos empíricos de detección del engaño. *Psicología: Teoría, Investigación e Práctica*, 7(2), 71-86.
- Arce, R., Fariña, F. y Novo, M. (2014). Competencia cognitiva en penados primarios y reincidentes: Implicaciones para la reeducación. *Anales de Psicología*, 30(1). doi: 10.6018/analesps.30.1.158201
- Baer, R. A. y Miller, J. (2002). Underreporting of psychopathology on the MMPI-2: A meta-analytic review. *Psychological Assessment*, 14, 16-26. doi: 10.1037/1040-3590.14.1.16
- Bartol, C. R. y Bartol, A. M. (2017). *Comportamiento criminal. Una perspectiva psicológica*. Ciudad de México: Pearson Educación de México, S.A.
- Beck, A. T. (2003). *Prisioneros del Odio. Las Bases de la Ira, la Hostilidad y la Violencia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.
- Beech, A., Oliver, C., Fisher, D. y Beckett, R.C. (2006). *STEP 4: The Sex Offender Treatment Programme in prison: Addressing the needs of rapists and sexual murderers*. Birmingham: University of Birmingham.
- Blake, E. y Gannon, T. A. (2009). The Implicit Theories of Rape-Prone Men: An Information-Processing Investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(6), 895–914. doi: 10.1177/0306624X09347732

- Bleecker, E. T. y Murnen, S. K. (2005). Fraternity membership, the display of degrading sexual images of women, and rape myth acceptance. *Sex Roles, 53*(7-8), 487-493. doi: 10.1007/s11199-005-7136-6
- 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*(1), 37-54. doi: 10.1007/BF02258015
- Camplá, X., Arce, R., Novo, M. y Seijo, D. (2018, junio). *Contrasting theoretical categories underlying rape myths with empirical results*. Póster presentado en The Annual Conference of the European Association of Psychology and Law, Turku (Finlandia).
- Castro, M. E., López-Castedo, A. y Sueiro, E. (2009). Perfil sociodemográfico-penal y distorsiones cognitivas en delincuentes sexuales. *Revista galego-portuguesa de psicoloxía e educación, 17*, 155-166.
- Clay, L. A. (2019). *The News Through Facebook: Discovering the Prevalence of Rape Myths in User Comments*. (Tesis de doctorado inédita). Nova Southeastern University. Davie, Florida.
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Debowska, A., Boduszek, D., Dhingra, K. y DeLisi, M. (2016). The Effect of Male Incarceration on Rape Myth Acceptance: Application of Propensity Score Matching Technique. *Deviant Behavior, 37*(6), 634-643. doi: 10.1080/01639625.2015.1060805
- Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J. y Allen, N. E. (2017). Sexual Assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 56*, 65-81. doi: 10.1016/j.cpr.2017.06.002
- Elkin, M. (2018). Sexual offending: victimisation and the path through the criminal justice system. *Office for National Statistics*. Recuperado de <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/articles/sexualoffendingvictimisationandthepaththroughthecriminaljusticesystem/2018-12-13>
- Fariña, F., Redondo, L., Seijo, D., Novo, M. y Arce, R. (2017). A meta-analytic review of the MMPI validity scales and indexes to detect defensiveness in custody evaluations. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 17*, 128-138. doi: 10.1016/j.ijchp.2017.02.002
- Gerger, H., Kley, H., Bohner, G. y Siebler, F. (2007). The Acceptance of Modern Myths About Sexual Aggression Scale: Development and Validation in German and English. *Aggressive behavior, 33*(5), 422-440. doi: 10.1002/ab.20195

- Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (2019). *Delitos contra la libertad sexual. Victimizaciones*. Recuperado de:
<http://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Violencia/DelitosLibertadSexual.htm>
- Jiménez, F., Sánchez, G. y Ampudia, A. (2008). Utilidad de la escala Odecip de Nichols & Greene, (1991) en el MMPI-2. ODECIP Y MMPI-2. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 26(2), 75-91.
- Jina, R. y Thomas, L. S. (2013). Health consequences of sexual violence against women. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 27(1), 15–26. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.08.012
- Johnson, L. G. y Beech, A. (2017). Rape myth acceptance in convicted rapists: A systematic review of the literatura. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 20-34. doi: 10.1016/j.avb.2017.03.004
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. *Boletín Oficial del Estado*, 5 de octubre de 1979, núm. 239.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de noviembre de 1995, núm. 281.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, 6 de diciembre de 2018, núm. 294.
- Lonsway, K. A. y Fitzgerald, L. F. (1994). Rape myths: In review. *Psychology of Women Quarterly*, 18(2), 133-164. doi: 10.1111/j.1471-6402.1994.tb00448.x
- Marshall, W. L. y Barbaree, H. E. (1990). Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. En W. L. Marshall, D. R. Laws y H. E. Barbaree (Eds.). *Handbook of sexual assault* (pp. 363-385). New York: Plenum Press.
- Martín, S., Remacha, G. y Pérez, A. (2006). Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria. Establecimiento Penitenciario de Valencia. *Documentos Penitenciarios*, 6.
Recuperado de:
http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Documento_Penitenciario_completo_6.pdf
- Mason, F. y Lodrick Z (2013). Psychological consequences of sexual assault. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 27(1), 27-37. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.08.015
- Megías, J. L., Romero-Sánchez, M., Durán, M., Moya, M. y Bohner, G. (2011). Spanish Validation of the Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression Scale

- (AMMSA). *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 912-925. doi: 10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.37
- Möller, A. T., Bäckström, T., Söndergaard, H. P. y Helström, L. (2014). Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PLoS One*, 9(10) doi: 10.1371/journal.pone.0111136
- Nichols, D. S. y Greene, R. L. (1991). New measures for dissimulation on the MMPI/MMPI-2. Simposio presentado en el *26th Annual Symposium on Recent Development in the Use of the MMPI (MMPI-2/MMPI-A)*. St. Petesburg Beach, Florida.
- Novo, M., Díaz-Saco, P., Amado, B. G. y Vilariño, M. (2015). Efectos de contexto en la formación de juicios en un caso de violación. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25(1), 39-45. doi: 10.1016/j.apj.2015.02.002
- Novo, M., Pereira, A., Vázquez, M. J. y Amado, B. G. (2017). Adaptación a la prisión y ajuste psicológico en una muestra de internos en centros penitenciarios. *Acción Psicológica*, 14(2), 113-128. doi: 10.5944/ap.14.2.20784
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2007). *Recopilación de reglas y normas de las Naciones Unidas en la esfera de la prevención del delito y la justicia penal*. Recuperado de https://www.unodc.org/pdf/compendium/compendium_2006_es_part_03_02.pdf
- Olver, M. E., Nicholaichuk, T. P. y Wong, S. C. (2014). The predictive and convergent validity of a psychometric battery used to assess sexual offenders in a treatment programme: an 18-year follow-up. *Journal of Sexual Aggression*, 20(2), 216-239. doi: 10.1080/13552600.2013.816791
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Peña, M. E. y Andreu, J. M. (2012). Distorsiones cognitivas: Una revisión sobre sus implicaciones en la conducta agresiva y antisocial. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 12, 85-99. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6381079>
- Pithers, W. D. (1994). Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offenders' empathy for sexual abuse survivors. *Behavioral Research and Therapy*, 32(5), 565-570. doi: 10.1016/0005-7967(94)90146-5

- Sadler, A. G., Booth, B. M., Nielson, D. y Doebbeling, B. N. (2000). Health-related consequences of physical and sexual violence: women in the military. *Obstetrics & Gynecology*, 96(3), 473-480. doi: 10.1016/S0029-7844(00)00919-4
- Sánchez, C. (2003). Perfil del agresor sexual: Estudiando las características psicológicas y sociales de los delincuentes sexuales de nuestras prisiones. *Anuario de Psicología Jurídica*, 13, 27-60. Recuperado de <https://journals.copmadrid.org/apj/archivos/87818.pdf>
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Corral, P. y Echeburúa, E. (2012). Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales. *Terapia psicológica*, 30(3), 7-18. doi: 10.4067/S0718-48082012000300002
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2011). Instucción 3/2011 sobre el Plan de Intervención General en Materia de Drogas en la Institución Penitenciaria. Recuperado de http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instuccionesCirculares/I_03-2011.pdf
- Stein, M. B., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Lenox, R. J., y Dresselhaus, T. R. (2004). Relationship of sexual assault history to somatic symptoms and health anxiety in women. *General Hospital Psychiatry*, 26(3), 178-183. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2003.11.003
- Unidad de Psicología Forense (2019). Estudio de mitos en población general. Material no publicado.
- UTE Villabona (2005). Unidad Terapéutica y Educativa Centro Penitenciario Villabona. Un modelo de intervención penitenciaria. *Documentos penitenciarios*, 1. Recuperado de http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Documento_Penitenciario_1.pdf
- Weldon, S. (2016). Implicit theories in intimate partner violence sex offenders: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of family violence*, 31(3), 289-302. doi: 10.1007/s10896-015-9774-y

Índice de figuras

Figura 1. Medias en las 5 categorías de contenido teórico de la escala AMMSA.....	19
Figura 2. Comparación de las medias obtenidas en la escala AMMSA en función del tiempo en el programa terapéutico dividido en tres espacios temporales.....	21
Figura 3. Comparación de las medias obtenidas en la escala AMMSA en función del tipo de programa terapéutico.....	22
Figura 4. Comparación de las medias obtenidas en la escala AMMSA en función del tipo de delito por el que cumplen condena.....	23

Anexos

Anexo A. Comparación de Medias del Sumatorio en la Escala AMMSA

	M_{PP}	M_{PG}	t	gl	p
Sumatorio_AMMSA	100.7	84.38	3.52	47	.001**

Nota. M_{PP} : Media de la población penitenciaria; M_{PG} : Valor de prueba o contraste tomado de la Media de un grupo de comparación de la población general (Novo et al., 2015; Unidad de Psicología Forense, 2019)

** $p < .01$

Anexo B. Comparación de Medias de la Media en la Escala AMMSA

	M_{PP}	M_{PG}	t	gl	p
Media_AMMSA	3.36	2.81	3.68	47	.001**

Nota. M_{PP} : Media de la población penitenciaria; M_{PG} : Valor de prueba o contraste tomado de la Media de un grupo de comparación de la población general.

** $p < .01$

Anexo C. Correlación de la Media AMMSA con la Edad, la Edad de la Primera Detención y el Tiempo en Prisión

		Edad	Edad de la primera detención	Tiempo en prisión (días)
Media AMMSA	r	0.08	0.32	-.481
	p	.593	0.03*	.001**

Nota. ** $p < .01$, * $p < .05$

Anexo D. Estadísticos Descriptivos de la Media en la Escala AMMSA en Función de la Participación en Programas Terapéuticos

	¿Participa en programas terapéuticos?	M	DT
Media AMMSA	Sí	3.13	0.98
	No	4.24	0.69

Anexo E. Comparación de la Media en la Escala AMMSA en Función de la Participación en Programas Terapéuticos

	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Media AMMSA	-3.352	46	.002**

Nota. ** $p < .01$

Anexo F. Correlación de la Media en la Escala AMMSA y el Tiempo en el Programa Terapéutico en Días

Tiempo en el programa terapéutico (días)		
Media AMMSA	<i>r</i>	-0.612
	<i>p</i>	.000***

Nota. *** $p < .001$

Anexo G. Comparaciones Múltiples entre las Medias en la Escala AMMSA en función del Tiempo en el Programa Terapéutico dividido en 3 Espacios Temporales

(I)Tiempo en el programa terapéutico	(J)Tiempo en el programa terapéutico	Diferencia de medias (I-J)	<i>p</i>
No participa en programa	Entre 0 y 6 meses	0.63	.153
	Más de 6 meses	1.63	.000***
Entre 0 y 6 meses	No participa en programa	-0.63	.156
	Más de 6 meses	1.01	.004**
Más de 6 meses	No participa en programa	-1.63	.000***
	Entre 0 y 6 meses	-1.01	.004**

Nota. *** $p < .001$, ** $p < .01$

Anexo H. Comparaciones Múltiples entre las Medias en la Escala AMMSA en función del Tipo de Programa Terapéutico

(I)Tipo de programa terapéutico	(J)Tipo de programa terapéutico	Dif. Medias (I-J)	<i>p</i>
Ninguno	Programa para el control de la agresión sexual	1.55	.003**
	Programa de deshabituación de drogas	0.97	.021*
Programa para el control de la agresión sexual	Ninguno	-1.55	.003**
	Programa de deshabituación de drogas	-0.58	.265
Programa de deshabituación de drogas	Ninguno	-0.97	.021*
	Programa para el control de la agresión sexual	0.58	.265

Nota. ** $p < .01$, $p < .05$

Anexo I. Formulario de consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. INFORMACIÓN

Esta investigación pretende realizar un estudio sobre creencias y actitudes de la población penitenciaria, así como otras posibles variables que pueden estar interviniendo, con la finalidad de aumentar el conocimiento de este tema y promover programas de intervención que versen sobre ello. Para la evaluación, se prevé la aplicación de una batería de cuestionarios psicométricos con cada participante.

La participación en este estudio es **voluntaria, anónima y confidencial.**

Finalmente, este estudio se acoge a la L.O. 15/99 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. Se guardará **confidencialidad acerca de la identidad de los participantes**, quienes no serán informados de los resultados a no ser que lo soliciten expresamente. Los datos obtenidos podrán ser utilizados únicamente **con fines de investigación y para una posible publicación científica**, guardando estricta confidencialidad sobre la identidad e integridad de los participantes.

B. CONSENTIMIENTO

Yo, _____ (nombre y apellidos), con DNI _____, he leído y comprendido la información relativa a la realización del estudio y he tenido la oportunidad de preguntar y que me aclararan las dudas que considero importantes.

Comprendo que, de esta manera, libremente doy mi consentimiento para participar en dicho estudio.

En, _____, a _____ de _____ de 20_____.

Firma del participante

Anexo J. Variables sociodemográficas, tratamentales y criminológicas.

FECHA:

Código:

Centro Penitenciario:

Responda a las siguientes preguntas

Edad:

Sexo:

Orientación sexual:

Etnia:

Formación académica:

Religión:

Estado civil:

En caso de haber roto con su pareja, ¿dicha ruptura fue consensuada o conflictiva?

Indique si tiene hijos, número y edad de los mismos:

Edad de la primera detención:

Tipo de delito por el que cumple condena:

Tiempo de condena del delito actual:

¿Cuánto tiempo lleva en prisión por su delito actual?

¿Tenía pareja en el momento en que cometió el delito por el que cumple condena?

¿Presenta otro tipo de delitos por los que cumplió condena? En caso de sí, indique cual o cuales.

En la actualidad, ¿presenta algún tipo de medida flexibilizadora de su pena? Ejemplo: permisos. En caso de si, indique número y duración.

En el tiempo de su condena actual, ¿ha presentado algún tipo de sanción disciplinaria? En caso de sí, indique el número.

¿Tiene alguna ocupación dentro de la prisión? En caso de sí, indique cual.

¿Participa en programas terapéuticos? En caso de sí, detallar cuáles y durante cuánto tiempo.

¿Considera que hay una víctima del delito por el que cumple condena? En caso de sí, ¿Quién o quiénes? ¿por qué?

En caso de haber respondido de forma afirmativa a la cuestión anterior, ¿cree que se le podría reparar el daño a la víctima o víctimas?

Anexo K. Escala AMMSA

FECHA:

Código:
Centro Penitenciario:

Ahora lee atentamente cada una de las afirmaciones que siguen. En este caso, para cada afirmación deberá marcar una opción del 1 al 7, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 7 totalmente en de acuerdo.

1=totalmente en desacuerdo

2=en desacuerdo.

3=algo en desacuerdo.

4=indiferente.

5=algo de acuerdo.

6=de acuerdo.

7=totalmente en acuerdo.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Indiferente	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo
1. Cuando se trata de contactos sexuales, las mujeres esperan que sean los hombres quienes tomen la iniciativa.	1	2	3	4	5	6	7
2. En cuanto un hombre y una mujer empiezan a “enrollarse”, los reparos de la mujer respecto al sexo desaparecen automáticamente.	1	2	3	4	5	6	7
3. Muchas mujeres se quejan de agresiones sexuales por motivos insignificantes, sólo para demostrar que son mujeres con fuertes convicciones igualitarias.	1	2	3	4	5	6	7
4. Para conseguir la custodia de sus hijos/as, las mujeres a menudo acusan falsamente a sus ex maridos de tener	1	2	3	4	5	6	7

inclinaciones hacia la violencia sexual.							
5. Interpretar gestos “inocentes” como “acoso sexual” es un arma muy común en la batalla de los sexos.	1	2	3	4	5	6	7
6. Para los hombres es una necesidad biológica liberar de vez en cuando su tensión sexual acumulada.	1	2	3	4	5	6	7
7. Tras una violación, las mujeres hoy en día reciben mucho apoyo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Hoy en día, un amplio porcentaje de violaciones está causado, en parte, por mostrar la sexualidad en los medios de comunicación, ya que esto incrementa el impulso sexual de potenciales violadores.	1	2	3	4	5	6	7
9. Si una mujer invita a un hombre a tomar una copa en su casa después de haber salido por la noche, significa que quiere sexo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mientras no vayan demasiado lejos, los comentarios e insinuaciones sexuales que se hacen a las mujeres quieren decirles solamente que son atractivas.	1	2	3	4	5	6	7
11. Cualquier mujer que sea tan poco precavida como para andar sola de noche por callejones oscuros tiene parte de culpa si es violada.	1	2	3	4	5	6	7
12. Cuando una mujer comienza una relación con un hombre, debe tener claro que el hombre hará valer su derecho de mantener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7
13. La mayoría de las mujeres prefiere ser elogiada por su físico que por su inteligencia.	1	2	3	4	5	6	7
14. La sensibilidad de nuestra sociedad hacia los delitos sexuales es desproporcionada debido a que la sexualidad ejerce	1	2	3	4	5	6	7

de por sí una atracción social desproporcionada.							
15. Aunque a las mujeres les gusta hacerse las tímidas, eso no significa que no quieran sexo.	1	2	3	4	5	6	7
16. Muchas mujeres tienden a exagerar el problema de la violencia machista.	1	2	3	4	5	6	7
17. Cuando un hombre presiona a su pareja para mantener relaciones sexuales, esto no puede llamarse violación.	1	2	3	4	5	6	7
18. Cuando una mujer soltera invita a un hombre soltero a su piso está indicando que no es reacia a mantener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7
19. Cuando los políticos tratan el asunto de las violaciones, lo hacen sobre todo porque este tema atrae a los medios de comunicación.	1	2	3	4	5	6	7
20. Cuando se habla de “violación en el matrimonio”, se confunde entre coito conyugal normal y violación.	1	2	3	4	5	6	7
21. La sexualidad de un hombre funciona como una olla a presión – cuando la presión es muy alta, tiene que “soltar vapor”.	1	2	3	4	5	6	7
22. Las mujeres a menudo acusan a sus maridos de violación conyugal sólo para vengarse de una relación fracasada.	1	2	3	4	5	6	7
23. En numerosas ocasiones, el debate sobre el acoso sexual en el trabajo ha provocado que un comportamiento inofensivo haya sido malinterpretado como acoso.	1	2	3	4	5	6	7
24. En las citas lo que suele esperarse es que la mujer “eche el freno” y el hombre “siga adelante”.	1	2	3	4	5	6	7
25. Aunque los robos armados conllevan peligro para la vida de las víctimas, estas personas	1	2	3	4	5	6	7

reciben mucho menos apoyo psicológico que las víctimas de violaciones.							
26. El alcohol es a menudo el causante de que un hombre viole a una mujer.	1	2	3	4	5	6	7
27. Muchas mujeres tienden a interpretar exageradamente gestos bienintencionados como “acoso sexual”.	1	2	3	4	5	6	7
28. Hoy en día, las víctimas de violencia sexual reciben ayuda suficiente en forma de centros de acogida de mujeres, posibilidades de terapia y grupos de apoyo.	1	2	3	4	5	6	7
29. En lugar de preocuparse por supuestas víctimas de violencia sexual, la sociedad debería atender problemas más urgentes, como es la destrucción medioambiental.	1	2	3	4	5	6	7
30. Hoy en día, los hombres que realmente agreden sexualmente a las mujeres reciben un castigo justo.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo L. Escala de deseabilidad social

FECHA:

Código:
Centro Penitenciario:

A continuación, conteste marcando la V de verdadero o la F de falso a las siguientes afirmaciones:

V=Verdadero

F=Falso

	VERDADERO	FALSO
1. Nunca he tenido erupciones en la piel que me hayan preocupado.	V	F
2. Los conflictos más graves que tengo son conmigo mismo.	V	F
3. A veces, cuando no me encuentro bien, estoy de mal humor.	V	F
4. Nunca me preocupo por mi apariencia física.	V	F
5. Soy una persona plenamente segura de mí mismo.	V	F
6. Si fuera periodista me gustaría mucho hacer reportajes sobre deporte.	V	F
7. En varias ocasiones he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.	V	F
8. En ocasiones mi mente parece funcionar más lentamente que de costumbre.	V	F
9. Me han sugerido un programa de vida basado en el deber y desde entonces lo he seguido cuidadosamente.	V	F
10. Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.	V	F
11. Si me dieran la oportunidad podría ser un buen líder.	V	F
12.12. En las elecciones, algunas veces voto a candidatos que conozco muy poco.	V	F
13. Me preocupan el dinero y los negocios.	V	F
14. Varias veces he cambiado de modo de pensar con respecto a mi trabajo.	V	F
15. Comparado con mis amigos, tengo muy pocos miedos.	V	F

16. Si me dieran la oportunidad, podría hacer algunas cosas que beneficiarían mucho a la humanidad.	V	F
17. No siempre digo la verdad.	V	F
18. Soy una persona muy sociable.	V	F
19. Nunca he hecho algo peligroso sólo por la emoción de hacerlo.	V	F
20. Me gustaría ser militar.	V	F
21. Muy pocas veces sueño despierto.	V	F
22. A veces siento ganas de maldecir.	V	F
23. Me gusta mucho cazar.	V	F
24. A veces me siento capaz de tomar decisiones con extraordinaria facilidad.	V	F
25. A veces chismorreo un poco.	V	F
26. Debo admitir que a veces he estado demasiado preocupado por algo sin importancia.	V	F
27. Tengo opiniones políticas muy definidas.	V	F
28. A veces he deseado muchísimo abandonar el hogar.	V	F
29. De vez en cuando dejo para mañana lo que debiera hacer hoy.	V	F
30. Me cuesta bastante interrumpir, aunque sea por muy poco tiempo, una tarea que ya he iniciado.	V	F
31. No me agradan todas las personas que conozco.	V	F
32. Me gustaría pertenecer a varios clubes o asociaciones.	V	F
33. Rápidamente me convencen por completo de una buena idea.	V	F