Abús sexual infantil: evolució a llarg termini d'indicadors d'ansietat i depressió en víctimes. Un estudi longitudinal.

Treball Final de Grau: Projecte de Recerca en Psicologia Clínica i de la Salut

Nom Estudiant: Núria Bosch Campanario
Pla d'estudis: Grau de Psicologia

Nom Consultor: María José Serrano Fernández
Data Lliurament: Juny 2019

Aquesta obra està subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 Espanya de Creative Commons

Agraïments,

A tu, papa, per estimar-me sense condicions.

A tí, Isa, por ser la hermana que siempre necesité.

A tu, Quim, per la teva constància, el teu amor i el teu suport.

I a tots els que d'una manera o una altra m'heu acompanyat en aquest camí, el que m'ha dut a fer realitat el somni de ser psicòloga. El camí de la meva vida.

Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante no hay camino
sino estelas en la mar.

Antonio Machado, 1917

FITXA DEL TREBALL FINAL DE GRAU DE PSICOLOGIA

Títol del treball:	*Abús sexual infantil: evolució a llarg termini d'indicadors d'ansietat i depressió en víctimes. Un estudi longitudinal.*
Nom de l'autor:	*Núria Bosch Campanario*
Nom del consultor:	*María José Serrano Fernández*
Data de lliurament (mm/aaaa):	*06/2019*
Àmbit del Treball Final:	*Psicologia Clínica i de la Salut: Psicopatologia d'adults*
Titulació:	*Grau en Psicologia*

Resum del Treball:

L'abús sexual infantil (ASI) és un problema amb repercussions en l'edat adulta de les víctimes. Nombrosa literatura científica ha estudiat els efectes a curt i llarg termini de l'ASI, principalment mitjançant investigacions de tipus retrospectiu. Entre aquests efectes destaquen la presència de símptomes depressius i ansiosos. Tanmateix, existeixen pocs estudis que analitzin aquests efectes de manera prospectiva, fent un seguiment de la seva evolució durant el desenvolupament vital.

Aquest treball final de grau té un doble objectiu. D'una banda, poder fer un seguiment de la simptomatologia depressiva i ansiosa en víctimes d'ASI durant tota la seva vida adulta. De l'altra, comparar aquests resultats amb els obtinguts amb un grup control representatiu de la població general. Amb aquest objectiu s'aplicaran el Beck Depression Inventory-II (BDI-II) i el Beck Anxiety Inventory (BAI) als dos grups. S'analitzaran aquests resultats a partir de subgrups de cohorts del mateix gènere amb una finestra d'edat de 5 anys (a partir dels 18 anys d'edat).

Es pretén comprovar la relació entre l'ASI i majors índexs de depressió i ansietat, així com el manteniment d'aquesta simptomatologia al llarg del temps. Una limitació del nostre estudi és el fet que el grup control pugui incloure subjectes que hagin patit ASI. A Catalunya, el percentatge de víctimes d'ASI s'estima en el 15% de la població. Malgrat aquesta limitació, esperem augmentar el coneixement sobre els efectes a llarg termini de l'ASI.

Paraules clau:

ASI, abús sexual infantil, depressió, ansietat, efectes, llarg termini

Abstract:

Childhood sexual abuse (CSA) is an issue with repercussions in the adulthood of the victims. Numerous scientific literature has studied the short and long term effects of CSA, mainly through retrospective research. These effects include the presence of depressive and anxious symptoms. However, there are few studies that analyze these effects in a prospective approach, tracking their lifelong evolution.

This final degree work has a double objective. On the one hand, to track the depressive and anxious symptomatology of ASI victims during their entire adulthood. On the other hand, to compare these results with those obtained with a control group representative of the general population. To this aim, the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and the Beck Anxiety Inventory (BAI) will be applied to both groups. These results will be analyzed through subgroups of same gender cohorts with a window of 5 years of age (starting from 18 years of age).

The aim is to check the relationship between CSA and higher rates of depression and anxiety, as well as the maintenance of this symptomatology over time. Our study will be limited by the fact that the control group might include CSA victims. In Catalonia, the estimated share of CSA victims is 15% of its population. In spite of this limitation, we expect to enhance the knowledge about the long-term effects of CSA.

Key words:

CSA, childhood sexual abuse, depression, anxiety, effects, long term

Índex

0. Introducció 7
1. Context i justificació 8
2. Revisió teòrica 14
2.1 Efectes a curt i llarg termini de l'ASI 14
2.2 Depressió i ansietat 15
2.3 Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) 20
3. Problema 22
4. Preguntes de recerca, objectius i/o hipòtesis 23
5. Propòsit de la recerca 23
6. Mètode 24
6.1 Disseny de la recerca 24
6.2 Participants 25
6.3 Instruments 27
6.4 Procediment 30
7. Resultats 32
8. Conclusions 35
9. Discussió 38
10. Referències bibliogràfiques 41
11. Annexos 50
11.1 Formulari inicial 50
11.2 Calendari de treball 51

0. Introducció

Abús sexual infantil. Pensem en què signifiquen aquestes tres paraules. És més, pensem en les implicacions que tenen aquestes tres paraules presentades de manera consecutiva i en aquest ordre...

Una persona té contactes sexuals abusius amb una altra, essent la segona un infant. Així podríem definir l'ASI (l'acrònim que es fa servir en llengua catalana per l'abús sexual infantil), però hi ha diferents aspectes d'aquesta definició que s'han de matisar.

En primer lloc, què entenem per "contactes sexuals abusius"? Simplement aquelles conductes sexuals que impliquen el no consentiment i/o la utilització de l'altra persona. I d'aquí s'extreu que existeix una desigualtat entre aquestes dues persones i, si tenim en compte que una de les persones, aquella de la que s'abusa, és un infant, queda conclòs que l'altra, l'abusador, és una persona més gran o que té certa autoritat sobre la víctima (Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000).

Si bé començo el meu treball fent una definició del seu concepte principal elaborada de manera lògica, quasi semànticament implícita en els seus termes, existeix un consens general en la literatura científica sobre les dues característiques més destacades d'aquesta definició. Una, l'ASI implica una relació de desigualtat entre abusador i víctima, que no està necessàriament vinculada a que el primer sigui major d'edat, ja que en un 20% dels casos els abusos són perpetrats per menors (Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000). I dues, l'ASI suposa utilitzar el menor de manera coercitiva o forçada amb finalitats sexuals, ja siguin per al propi plaer de l'agressor o de tercers (Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000; 2005; Browne i Finkelhor, 1986).

En segon lloc, què podem entendre per "abús"? Hi ha autors que engloben en aquest concepte tot tipus de conducta sexual, tant les que impliquen contacte físic (tocaments, contacte anal, bucal o genital), com les que es vinculen amb el voyeurisme o exhibicionisme, i també les que impliquen la utilització del nen per a produir pornografia (Madansky, 1996; Save the Children, 2012a; Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000).

Finalment, cal tenir present que la relació entre agressor i víctima és un factor determinant a tenir en compte. Les dades disponibles assenyalen que els agressors

solen formar part dels ambients més propers a l'infant. Així, Elliott, Browne i Kilcoyne (1995) conclouen que la majoria són familiars (65%) i persones properes, com monitors, professors o entrenadors (20%); Cutajar et al. (2010) observen que el 48,1% són familiars; i a Pereda i Gómez (2018) el 92,3% són familiars, majoritàriament germans i figures paternes.

1. Context i justificació

Prevalença

L'ASI és un problema epidemiològicament rellevant, malgrat que algunes dades poden semblar contradictòries. Així, per exemple, segons Save the Children (2018a), l'any 2016 a Catalunya els Mossos d'Esquadra van enregistrar 713 denúncies per abusos sexuals, la meitat dels quals els havien patit nens o nenes. En canvi, Pereda, Abad i Guilera (2016) estimen que, per aquell mateix any, la incidència d'abusos sexuals va ser d'un 14,2% en nenes i d'un 4,1% en nens.

Per la seva banda, un informe del Síndic de Greuges sobre l'abús sexual infantil a Catalunya –que és el més recent amb el que comptem en l'actualitat- (Síndic de Greuges de Catalunya, 2016) va avaluar la prevalença a través de quatre fonts de dades: casos de nens tutelats per haver patit ASI (0,6 per cada 10.000 nens), casos detectats en el sistema públic de salut (1,5 per cada 10.000 nens), casos judicialitzats i procediments penals oberts (2,7 per cada 10.000 nens), i els casos presents en els atestats judicials (4,6 per cada 10.000 nens). Aquest informe estima que els serveis que a Catalunya intervenen en casos d'ASI atindrien a menys del 2% de persones al llarg de la seva infantesa. Per la seva banda, Pereda et al. (2016), després d'enquestar 1.105 joves catalans entre 12 i 17 anys, troben que un 8,8% dels adolescents reporten haver patit ASI. Tanmateix, les xifres de prevalença augmenten quan es prenen dades retrospectives a partir de població adulta: segons Pereda i Forns (2007), a Catalunya un 15,5% d'homes i un 19,0% de dones han patit ASI. O en el mateix informe del Síndic de Greuges (2016), en el que s'estima que un 15% dels adults a Catalunya han patit abusos sexuals en la seva infància. En la mateixa línia, Save the Children (2018a) afirma que entre un 10% i un 20% de la població espanyola ha patit ASI, però només un 2% dels nens són atesos per aquest fet.

En conjunt i a nivell retrospectiu, els índexs d'incidència de l'ASI són bastant similars arreu del món. Entre el 15% i el 30% de la població a Espanya i als EUA reporten haver patit ASI (Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000). Després de realitzar una metaanàlisi de 65 estudis de 22 països diferents, Pereda, Guilera, Forns i Gómez-Benito (2009) troben que un 7,9% dels homes i 19,7% de les dones havien declarat haver patit abusos sexuals en la seva infància. Barth, Bermetz, Heim, Trelle i Tonia (2014) analitzen 55 estudis de 24 països i conclouen que la incidència és d'un 8% en els homes i d'un 15% en les dones. De manera més o menys global, i a partir de les dades aportades, podem estimar la prevalença de l'ASI entre un 8% dels homes i un 20% de les dones (Pereda 2016). Uns percentatges realment destacables.

De les dades aportades s'extrauen dues conclusions importants. La primera és l'existència d'una infradetecció de l'abús durant la infantesa, ja que les denúncies i nens assistits configuren un nombre considerablement inferior a les dades de prevalença obtingudes retrospectivament. La segona conclusió, que no per obvia deixa de ser rellevant, és que la quantitat de persones afectades per ASI que ho reporten en l'edat adulta és esfereïdorament elevada.

Història i context

La història del maltractament infantil és tan llarga com la història de la Humanitat. Durant segles i segles les diferents cultures i societats han pegat, abusat, abandonat i maltractat els seus petits (Bosque-Garza, 2003), sense que es despertés cap necessitat de protegir els seus drets ni, ja en l'era moderna, aportar llum en el coneixement d'aquest fenomen.

Quan Sigmund Freud elabora la seva *teoria de la seducció* a finals del segle XIX, incorpora la família com a possible origen de la patologia nerviosa, ja que la histèria i la neurosi obsessiva apareixen a partir de records reprimits d'abusos sexuals infantils (Vallejo, 2012). Però la seva proposta va ser rebutjada per la comunitat científica, fins al punt que va deixar de rebre pacients per les crítiques a la seva teoria. Finalment, se'n va desdir i va atribuir els records explicats pels seus pacients a fantasies vinculades a l'amor als pares, formulant la teoria del complex d'Èdip, base de la psicoanàlisi (Gómez-Franco i Ubieto, (2011).

Els abusos sexuals a menors tornen a quedar així en la més obscura i negligent ocultació, tant a nivell científic com social i legal. A mitjan segle XX l'Organització de les Nacions Unides (ONU) aprova l'any 1959 la Declaració dels Drets del Nen, predecessora de la Convenció sobre els Drets del Nen, que entra en vigor el 2 de desembre de 1990 i que és d'obligat compliment per tots els estats signants (Unicef Comité Español, 2006). En aquesta convenció es reconeix els nens com a individus amb dret a desenvolupar-se plenament a nivell físic, mental i social, i es promou la necessitat d'establir protocols a nivell institucional per a la protecció dels nens davant l'explotació, els maltractaments i la violència (Unicef Comité Español, 2006).

De manera coincident, a les dècades dels 80 i 90 del segle XX comencen a proliferar estudis científics sobre els efectes, incidència i prevalença de l'ASI, com la revisió sobre la recerca duta a terme per Browne i Finkelhor (1986), la revisió dels efectes a llarg termini de l'ASI de Beitchman et al. (1992), o la metaanàlisi sobre l'epidemiologia de l'ASI de Finkelhor (1994). A partir d'aleshores la recerca i la revisió bibliogràfica al voltant de l'ASI és un nucli principal en l'àmbit de la psicologia clínica. Només cal fer una breu recerca en un cercador especialitzat (*Google Scholar* o *ScienceDirect*, per exemple) escrivint les paraules "abús sexual infantil" o "child sexual abuse" per adonar-se que existeix gran quantitat de literatura científica que intenta aportar coneixement per delimitar els determinants, els factors causals, l'epidemiologia, els factors moderadors, i les conseqüències a curt i llarg termini de l'ASI.

Tanmateix, de la gran quantitat d'articles elaborats en les darreres quatre dècades, la major part s'han encarregat d'estudiar els efectes dels abusos sexuals analitzats retrospectivament, és a dir, avaluant-los quan la víctima ha arribat a l'edat adulta. Una altra part la formen revisions bibliogràfiques, que aporten una gran quantitat de dades sobre les conseqüències de l'abús, i amb les que s'obté una visió més àmplia del problema. Són menys els qui s'han dedicat a fer un seguiment de les víctimes al llarg de l'adolescència, adultesa i vellesa. I encara menys els qui a aquest seguiment hi han afegit la comparació de les dades obtingudes amb dades equiparables amb individus no víctimes. Aquest buit és especialment agut en el nostre entorn geogràfic ja que, almenys des d'aquí, no s'ha trobat cap article que abordi aquest aspecte a Espanya. En canvi, trobem estudis longitudinals en països com Austràlia (Cutajar et

al., 2010), Nova Zelanda (Fergusson, McLeod i Horwood, 2013), Noruega (Steine et al., 2017) o el Regne Unit (Spataro, Mullen, Burgess, Wells i Moss, 2004).

De manera paral·lela a aquest augment de l'interès científic, les legislacions internacionals i nacionals han evolucionat i s'han anat adaptant a les troballes realitzades. Com en qualsevol altre àmbit, la normativa sobre els drets humans dels infants es regeix en el nostre país a partir dels tractats internacionals als que Espanya s'ha adherit, la normativa europea i la legislació pròpia espanyola. Ja s'ha esmentat la Convenció sobre els drets dels nens de les Nacions Unides, ratificada per Espanya, i que constitueix el marc general a partir del qual es defineixen els nens com a "titulars de drets" i s'estableixen els seus drets fonamentals (Save the Children, 2012b). A nivell europeu, al 2007 es va aprovar el Conveni per a la protecció dels nens i nenes contra l'explotació i l'abús sexual (també anomenat Conveni de Lanzarote), ratificat per Espanya, que emmarca les mesures que han d'adaptar els estats membres per a proveir la protecció, la prevenció i fer justícia en l'explotació i l'abús sexual infantil. De manera similar, existeixen directrius internacionals i europees sobre la justícia adaptada a la infància (Directrius de les Nacions Unides i Directrius del Consell d'Europa). Finalment, a nivell estatal, existeixen diferents normatives al voltant de l'ASI. El Codi Penal de 1995 s'ha vist modificat en diverses ocasions per delimitar i acotar múltiples aspectes: edat per tenir una relació sexual consentida, increments de les penes, obligació de fer arribar al Ministeri Fiscal el coneixement de qualsevol acte que pugui ser delicte contra la integritat i llibertat sexual, etc. (Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000; Síndic de Greuges de Catalunya, 2016; Save the Children, 2012b).

L'existència d'un marc legal més o menys general i homogeni a nivell europeu xoca amb la disparitat amb què diferents països defineixen l'edat a partir de la qual computa el termini de prescripció dels delictes sexuals. Ja hem vist que la majoria de delictes sexuals contra la infància no són denunciats mentre ocorren sinó quan la víctima ja és adulta. Entre un fet i l'altre poden passar dècades. Però aquest temps no és contemplat de la mateixa manera en la legislació. En països com Alemanya el termini comença a comptar quan la víctima té 30 anys; en altres com Suïssa, quan n'ha complert 25; en Àustria, als 28; en altres indrets, com el Regne Unit o a alguns estats dels EUA, no prescriuen mai (Pereda i Gómez, 2018). En Espanya,

actualment, els delictes per abusos sexuals a menors prescriuen entre 5 i 15 anys (en funció de la gravetat del delicte) a partir que la víctima ha complert els 18 anys.

Justificació

Precisament, el proppassat 28 de desembre de 2018 es va aprovar l'avantprojecte de la Llei de Protecció Integral de la Infància i l'Adolescència enfront la Violència, que permetrà augmentar l'edat a partir de la qual prescriuen els delictes d'abusos sexuals infantils, que passarà dels 18 anys actuals als 30 anys d'edat, en funció de la gravetat del delicte (Moncloa, 2018).

El present treball es planteja, en primer terme, per poder aportar dades fefaents perquè el legislador espanyol tingui paràmetres amb els que aconseguir una delimitació dels terminis de prescripció de l'abús sexual infantil més coherents amb les autèntiques repercussions de l'ASI. Si, com s'explicita més avall, existeixen efectes a llarg termini (veure *Taula 1*), aquests poden variar d'intensitat amb el pas dels anys, i són causa d'un malestar clínicament, socialment i familiar significatiu, es fa imprescindible adaptar els períodes de prescripció. Perquè cal aportar informació científicament validada sobre la intensitat, durabilitat i grandària dels efectes de l'ASI, sobretot respecte dos tipus de simptomatologia, com la depressiva i l'ansiosa, que són limitants *per se* del desenvolupament de la persona. I perquè seria convenient donar la possibilitat a la víctima de decidir denunciar o no quan se senti capaç de fer-ho, quan pugui assimilar l'experiència i quan els senyals psicològics, fisiològics i sociolaborals que hagi pogut deixar l'abús puguin ser convalidats amb la fortalesa de la seva acceptació.

En segon terme, volem aportar un petit gra de sorra en el buit de coneixement que existeix respecte aquest tipus d'estudis. Ja s'ha citat –i en la revisió teòrica s'estendran les citacions- la manca d'investigacions que no tinguin per base dades retrospectives o que siguin revisions bibliogràfiques. Creiem que aquests dos tipus d'estudis poden aportar dades concloents respecte determinats aspectes de l'ASI, però sempre estaran sota el biaix que suposa recollir les informacions de manera retrospectiva. D'una banda, pot existir una predisposició a trobar més correlació entre l'abús i conseqüències negatives en la vida adulta, malgrat que hi hagi factors moduladors que predisposin a una major incidència, com el tipus d'abús, la relació

amb l'agressor (intrafamiliar, entorn proper, desconegut), la reacció de la família i la xarxa de recolzament social (Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000). D'altra banda, en obtenir les dades retrospectivament existeix el biaix del fals record o de la incapacitat per a recordar els abusos, perquè redueixen el nombre de casos identificats amb ASI i augmenten el nombre d'abusos en els grups control (Cutajar et al., 2010). I, òbviament, en rememorar des de la vida adulta fets traumàtics de la infantesa, poden existir errors de reminiscència, com l'oblit o biaixos cognitius associats al record (Fergusson et al., 2013).

El tercer punt motivacional de la present iniciativa correspon a omplir necessitats epistemològiques corresponents a la psicologia clínica i a la psicopatologia. L'ampliació de coneixement rigorós i empíricament comprovable és un dels inputs on la investigació en psicologia pot oferir suport científic als professionals clínics, ja sigui per al coneixement i abast dels efectes de fets traumàtics patits en la infància, com per la millora de les eines psicoterapèutiques que s'empren en les consultes. I aquest reforçament de la tasca psicològica va acompanyada d'un suport major a les víctimes. És primordial que les víctimes tinguin més informació sobre les conseqüències del trauma, sobre com evolucionen aquests efectes i sobre com marquen la seva realitat diària.

I, finalment, les dades de prevalença de l'abús sexual infantil són alarmants. Malgrat que és un fenomen estès, però alhora silenciat, en els darrers anys s'ha produït una explosió en la visibilització d'aquest problema, tant a nivell judicial (denúncies interposades), com informatiu. Desconeixem si realment ha augmentat el nombre d'abusos, si s'ha produït una major difusió pels mitjans de comunicació i les xarxes socials, o si hi ha un major interès des del punt de vista professional (Rodríguez, Lameiras, Carrera i Alonso, 2014). També podria ser que en tenir més dades estadístiques sobre la psicopatologia d'adults s'hagi observat l'alta relació amb l'existència de abusos traumàtics en la infància (Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000). En aquest punt és on el present treball podria tenir tota la seva justificació.

Perquè els resultats esperats haurien de recolzar la teoria que els abusos sexuals patits en la infància correlacionen en un grau mitjà amb la prevalença d'estats depressius i ansiògens. També s'espera observar una evolució variable d'aquests símptomes en el decurs del pas dels anys.

2. Revisió teòrica

2.1 Efectes a curt i llarg termini de l'ASI

Tant el tipus d'abús com la relació amb l'agressor són factors determinants en l'avaluació dels efectes de l'ASI. De la mateixa manera, la durada i freqüència de l'abús, i la utilització de la força poden repercutir en la mida i impacte dels efectes. El grau de proximitat entre víctima i abusador, la utilització de la força i la violència, una durada prolongada i una alta freqüència dels abusos són factors que correlacionen positivament amb el grau d'impacte, la severitat i la durada dels efectes (Beitchman et al., 1992; Browne i Finkelhor, 1986; Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000).

Els efectes poden ser a curt o a llarg termini. Diversos autors defineixen els efectes a llarg termini com els contemplats a partir dels 2 anys de l'execució de l'acte abusiu (Browne i Finkelhor, 1986; Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000). Talment, Beitchman et al. (1992) defensen que hi ha símptomes que poden aparèixer en l'edat adulta sense que durant la infantesa s'hagi manifestat cap tipus de problemàtica. En qualsevol cas, semblaria que les conseqüències més primerenques i els efectes a llarg termini es distingeixen en la seva intensitat i grau d'incidència. És a dir, l'ASI pot ser un factor de risc important per a patir diferents símptomes conductuals, emocionals, físics, sexuals i socials en la vida adulta, tot i que alguns autors consideren que no és el factor de risc principal (Fergusson et al., 2013; Maniglio, 2009). En la *Taula 1* es presenten els principals efectes a curt i llarg termini de l'ASI, tenint en compte que no totes les víctimes presenten aquesta simptomatologia (Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000).

Taula 1
Principals conseqüències de l'abús sexual infantil a curt i llarg termini (Echeburúa i Guerricaechevarría, 1998)

	PRINCIPALS EFECTES PSICOLÒGICS A CURT TERMINI	**PRINCIPALS SEQÜELES PSICOLÒGIQUES A LLARG TERMINI**
Tipus d'efectes	***Símptomes***	***Símptomes***
Físics	Problemes del son (malsons) Canvis en els hàbits alimentaris Pèrdua de control d'esfínters	Alteracions del son (malsons) Desordres alimentaris, especialment bulímia Hipocondria i somatització Dolors crònics generals Problemes gastrointestinals
Conductuals	Consum de drogues i/o alcohol	Consum de drogues i/o alcohol

	Hiperactivitat	Trastorn dissociatiu d'identitat
	Baix rendiment acadèmic	Intents de suïcidi
	Fugides de la llar	
	Conductes autolesives o suïcides	
Emocionals	Depressió	Depressió
	Ansietat	Ansietat
	Trastorn d'estrès posttraumàtic	Estrès posttraumàtic
	Baixa autoestima i estigmatització	Baixa autoestima
	Desconfiança i rancúnia cap els adults	Desconfiança i por als homes
	Rebuig del propi cos	
	Culpa i vergonya	Dificultat per expressar o rebre sentiments de tendresa
	Por generalitzada	Trastorns de personalitat
	Hostilitat i agressivitat	
Sexuals	Coneixement sexual precoç	Fòbies o aversions sexuals
	Masturbació compulsiva	Manca de satisfacció sexual
	Excessiva curiositat sexual	Alteracions en la motivació sexual
	Conductes exhibicionistes	Trastorns de l'activació sexual i de l'orgasme
	Problemes d'identitat sexual	Creença de ser valorat pels demés únicament pel sexe
	Coneixement sexual precoç	Fòbies o aversions sexuals
Socials	Retraïment social	Aïllament
	Dèficit en habilitats socials	Problemes en les relacions interpersonals
	Conductes antisocials	Dificultats en l'educació dels fills

2.2 Depressió i ansietat

Entre tots aquests efectes, centrarem la nostra atenció en dos de tipus emocional que es manifesten a la vida adulta amb més intensitat i major prevalença: la depressió i l'ansietat.

Parlar en termes genèrics de depressió és massa agosarat si no es fa l'esforç de delimitar a què ens estem referint. Des d'un punt de vista clínic, el DSM-5 defineix una sèrie de trastorns depressius caracteritzats tots ells per un estat d'ànim trist, irritable o buit, i canvis cognitius i somàtics, amb alteracions importants en el funcionament de l'individu a tots els nivells (APA, 2014). Es classifiquen diferents tipus de trastorns depressius en funció de la intensitat, durada i presentació temporal dels símptomes. Entre ells destaca, per la seva incidència, el trastorn depressiu major, determinat per episodis depressius d'almenys dues setmanes de durada en les que la major part del temps es manifesten un estat d'ànim depressiu o la pèrdua de l'interès o el plaer. Aquest símptoma ve acompanyat d'altres, com pèrdua de pes

o de gana, insomni o hipersòmnia, agitació o retard psicomotor, pèrdua d'energia, sentiments d'inutilitat o culpabilitat excessiva, disminució de la capacitat per a concentrar-se i/o pensaments de mort recurrents. Un altre trastorn depressiu contemplat a nivell nosològic és la distímia, en la que apareixen símptomes depressius com els descrits més amunt, tot i que amb menys intensitat, durant almenys 2 anys (APA, 2014).

El que es manifesta en la simptomatologia depressiva, doncs, és un compendi d'alteracions a cinc nivells diferents (Vallejo i Comeche, 2016): afectiu (tristesa, apatia, anhedònia, desànim, etc.), cognitiu (pensaments negatius, dificultat per a concentrar-se, dificultats atencionals i de memòria, baixa autoestima, autoculpa...), fisiològic (pèrdua de pes, insomni, disminució d'apetència sexual, hipersòmnia, etc.), conductual (agitació o hipoactivació motora, disminució del nivell d'activitat...), i interpersonal (dificultats en les relacions socials, disminució de l'interès pels demés, etc.). En moltes ocasions aquestes alteracions suposen un nivell de malestar significatiu i limitant, que abasta els àmbits principals en el que es desenvolupa el dia a dia de les persones.

En la mateixa línia, l'ansietat se situa en un ampli espectre de símptomes que defineixen nombrosos trastorns psicopatològics que poden provocar un elevat deteriorament emocional, laboral, familiar i social. Bados (2016, p. 276) entén l'ansietat com la "resposta emocional (sentiment d'inquietud/malestar o símptomes somàtics de tensió) que acompanya a la anticipació aprensiva d'un perill o desgràcia futurs, ja siguin interns o externs". Clínicament, el DSM-5 (APA, 2014) defineix els trastorns d'ansietat com aquells que presenten ansietat, por excessiva, i alteracions conductuals associades. Tant la por –associada a l'activació autonòmica necessària per a la fuga-, com l'ansietat –vinculada a la hipervigilància i la tensió muscular-, poden veure's reduïdes per una conducta evasora, molt associada a aquesta simptomatologia. Entre els trastorns d'ansietat hi trobem el trastorn d'ansietat generalitzada (TAG), diferents fòbies (fòbia social, fòbies específiques), i el trastorn de pànic.

Depressió i ansietat presenten certa comorbilitat (APA, 2014), en especial el TAG i la fòbia social amb el trastorn depressiu major (Brown et al., 2001; Bados, 2015). De fet, ambdues són presents en el trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT), que s'ha relacionat especialment amb l'abús sexual infantil. D'una banda, els maltractaments

infantils (entre ells, l'abús sexual) es consideren un factor de risc per patir TEPT en la vida adulta (Marty i Carvajal, 2005; Mas, 2016). D'altra banda, Spataro et al. (2004) troben que els adults que han patit ASI tenen més del triple de possibilitats de patir trastorns d'ansietat, inclòs el TEPT. Finalment, Martín i de Paúl (2004) realitzen un estudi on troben que el 100% de persones que han patit una violació desenvolupen TEPT, i més d'un 60% de persones que han patit agressions sexuals en la infància també desenvolupen TEPT.

La relació entre l'ASI i la depressió i l'ansietat està abastament contrastada en diferents estudis. Destaca, però, el major nombre de dades sobre presència de simptomatologia depressiva en persones víctimes d'ASI. Paolucci, Genuis i Violato (2001) realitzen una metaanàlisi de 37 estudis on s'analitzen els efectes de l'ASI en homes i dones joves i adultes, que han tingut tractament psicològic o no. Destaquen els resultats trobats que relacionen significativament l'ASI amb la depressió, sense que els factors moduladors (gènere, edat, tipus d'abús, relació amb l'abusador, freqüència, i durada de l'abús) tinguin interferència en els resultats. Després d'entrevistar 378 persones deprimides i 132 no deprimides, d'edats compreses entre els 60 i els 93 anys, Comijs et al. (2012) analitzen retrospectivament la relació entre l'abús infantil –incloent l'abús sexual- i la depressió a la tercera edat, i troben una forta associació entre ambdós. A partir d'una mostra de 235 pacients psiquiàtrics ambulatoris amb depressió, Zlotnick, Mattia i Zimmerman (2001) no només troben una relació significativa entre haver patit ASI i depressió, sinó que determinen que aquests pacients tenen més risc de patir altres trastorns (TEPT i trastorn límit de la personalitat) i de que es perllongui l'episodi depressiu que els qui no tenen història d'ASI.

Rind, Tromovitch i Bauseman (1998) analitzen 59 estudis en els que mesuren, en estudiants universitaris i població en general no tractats psicològicament, la presència de depressió i ansietat (entre d'altres) després d'haver patit ASI. La relació trobada és significativa, malgrat que en petites magnituds. D'aquest estudi destaca una dada: suggereix que alguns efectes a llarg termini dels abusos encara no es manifesten en els estudiants, que relaten menys símptomes i abusos menys greus. Els principals factors moduladors dels efectes són el gènere, l'edat en el moment de l'abús, tipus d'abús, utilització de la força, freqüència i durada de l'abús, i relació amb l'abusador (Rind et al., 1998). En canvi, Jumper (1995) no troba que cap factor

modulador (en aquest cas, gènere, nivell de contacte i consentiment de l'abús) influeixi en els resultats trobats després de revisar 26 estudis que comprenen homes i dones adultes víctimes d'ASI, pacients i no pacients. Es torna a trobar relació significativa entre l'ASI i la depressió i l'ansietat.

Beitchman et al. (1992), duen a terme una extensa i exhaustiva revisió bibliogràfica de 32 estudis que comprenen 10.859 subjectes, on analitzen les repercussions a llarg termini dels abusos sexuals infantils. Arriben a la conclusió que les dones que han patit abusos sexuals en la infància mostren més comunament evidència de depressió, i ansietat i por (entre d'altres). Pel que fa a l'ansietat troben que està significativament relacionada amb la utilització de la força i amenaces durant l'abús. Però allò que més destaquen els autors és la prudència amb què s'han de llegir les dades. És a dir, resulta cabdal tenir en compte l'impacte de les variables específiques de l'abús (o factors moduladors), ja que poden influir de diferents maneres a cada individu. Els autors inclouen en aquesta classificació set variables amb diferent incidència: l'edat a l'inici de l'abús (no hi ha dades concloents, perquè alguns estudis signifiquen major trauma en víctimes prepuberals i d'altres en víctimes post puberals), el gènere de la víctima (semblaria que l'impacte de l'ASI en els homes és menor que en les dones), la relació amb l'abusador (sembla que no hi ha diferència entre els efectes de l'abús extrafamiliar i intrafamiliar, si s'exclou d'aquest segon grup el pare o el padrastre), la durada i freqüència de l'abús (a més durada i/o freqüència, més impacte), la utilització de la força (existeix consens respecte el valor predictor sobre la gravetat dels efectes), l'existència de penetració (sembla que si hi ha penetració l'abús és més traumàtic, però alguns estudis denoten que això és així si també s'empra més la força), i el funcionament de la família (les persones amb història d'ASI tenen més probabilitats de pertànyer a famílies monoparentals o amb problemàtiques conjugals). La prudència quan s'interpreten els resultats és, segons Beitchman et al. (1992), imprescindible si quan es realitza l'estudi no es poden controlar les variables correlacionades entre l'ASI i les seves conseqüències negatives en la vida adulta.

Dinwiddie et al. (2000) van realitzar una enquesta telefònica mitjançant entrevista estructurada a 5.995 bessons australians, dels quals el 2,5% d'homes i el 5,9% de les dones van reportar haver patit ASI. Els resultats d'aquesta investigació mostren que les víctimes tenen més probabilitats de rebre diagnòstics de depressió major,

alcoholisme i trastorns de conducta; així com de mostrar ideació suïcida i historial d'intents de suïcidi. Però quan van comparar amb co-bessons no abusats, no troben diferències pel que fa a la psicopatologia. Ara bé, quan els co-bessons han estat maltractats, les taxes de depressió major, trastorns de conducta i ideació suïcida són més elevades. Els autors conclouen, doncs, que els factors ambientals familiars són un factor de risc que influeix en la possible associació entre ASI i psicopatologia.

També Cutajar et al. (2010) vinculen factors com una edat més elevada quan es pateix l'abús, els abusos greus amb penetració, i l'actuació de múltiples abusadors amb un major risc de psicopatologia. En aquest estudi resulta destacable la gran mostra investigada de manera longitudinal: analitzen les visites als serveis públics de salut mental de 2.759 nens diagnosticats amb ASI entre 1964 i 1995. Comparen les dades amb les visites de subjectes control (equiparats amb el grup de recerca per edat i gènere) i fan un seguiment entre 12 i 43 anys després de l'abús. Els resultats semblen concloents: les víctimes d'ASI van consultar els serveis de salut mental més del triple de vegades (3,65) que el grup control, i les taxes de trastorns clínics diagnosticats, tant en l'edat adulta com en la infància, són significativament superiors entre les víctimes d'ASI.

Aquests resultats són coincidents amb els de Fergusson et al., (2013), que fan un altre estudi longitudinal en el que examinen les dades de més de 900 d'individus, pertanyents a una cohort nascuda el 1977 a una ciutat de Nova Zelanda. Aquesta cohort és estudiada als 4 mesos, 1 any, i als 16, 18, 21, 25 i 30 anys d'edat. L'exposició a l'ASI és avaluada entre els 18 i els 21 anys, reportant un 14,1% de persones que havien patit ASI. Els abusos es classifiquen en: sense contacte físic (un 2,7% de la mostra de persones n'havien patit), amb contacte però sense penetració (5,1% de la mostra) i abús sever, que inclou penetració anal, vaginal o bucal (6,3% de la mostra). I, després de fer una àmplia avaluació de diferents aspectes: salut mental (comptant depressió major, trastorns d'ansietat, alcoholisme i drogodependències), benestar psicològic, conductes sexuals de risc, salut física i situació socioeconòmica- troben que l'abús sexual infantil influeix negativament en els resultats de totes aquestes àrees vinculades al desenvolupament. Però, com els mateixos autors exposen, aquest estudi analitza una única cohort (amb les limitacions que això suposa per a la validesa externa de l'estudi), no es té en compte si alguns subjectes han rebut tractament pels efectes de l'ASI (variable que també

pot modificar els resultats de la recerca) i es limita als 30 anys d'edat biològica dels participants.

2.3 Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT)

En la majoria d'ocasions l'ASI és una experiència traumàtica. En els criteris diagnòstics del TEPT, el DSM-5 ja estableix com a possible estressor originari del TEPT dos tipus d'esdeveniments: de violència natural o de violència interpersonal, trobant-se en aquests últims les agressions sexuals, les violacions i els abusos sexuals en la infància (Más, 2016). Aquesta experiència traumàtica es continua reexperimentant de diverses maneres a posteriori (records o somnis angoixants, estats dissociatius, reaccions fisiològiques intenses), i s'intenta evitar tota situació o estímul associat a l'esdeveniment traumàtic (esforç per evitar pensaments, sentiments o records angoixants, així com també d'evitar qualsevol desencadenant d'aquests pensaments intrusius). A més, es produeixen alteracions cognitives i de l'estat d'ànim (pensaments negatius i d'amenaça, culpabilitat, símptomes dissociatius, embotiment emocional), i alteracions de l'alerta i de la reactivitat (estats de ràbia exacerbada, fúria, hipervigilància, problemes de concentració). Tots aquests símptomes són definitoris del TEPT segons el DSM-5 (APA, 2014) i constitueixen un model teòric explicatiu sobre el desenvolupament de la simptomatologia relacionada amb l'ASI (Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000).

Tanmateix, altres autors proposen explicar aquests símptomes a partir d'un altre model més específic, que defineix quatre factors creadors del trauma. Finkelhor (1988) argumenta que la víctima té distorsionada la visió del món, de l'autoconcepte i de les seves capacitats afectives per l'existència de quatre variables: una sexualització traumàtica que interfereix en el desenvolupament sexual normal de l'infant, l'estigmatització expressada en forma de culpa i vergonya, la pèrdua de confiança envers els altres, i el sentiment d'indefensió provocat.

Però, ja sigui explicat a partir d'un model o d'un altre, l'ASI esdevé una experiència traumàtica amb greus conseqüències psicològiques en el desenvolupament del nen, que poden continuar en la vida adulta si no és rep un tractament psicològic adequat (d'Echeburúa i Guerricaechevarría, 2005).

Des d'un punt de vista nosològic, s'ha vinculat l'ASI amb el Trastorn d'Estrès Posttraumàtic (TEPT). Ford, Grasso, Elhai i Courtois (2015) afirmen que si s'han produït esdeveniments traumàtics estressors relacionats amb la seguretat bàsica de les relacions claus durant la infància, la possibilitat de patir TEPT s'incrementa un 75%. En aquesta línia apareixen els resultats d'Steine et al. (2017), que, a Noruega, comencen a avaluar el 2009 els índexs de TEPT durant 4 anys en 138 supervivents d'ASI. Prenen 3 mesures (inici, després de 2 anys, i després de 4 anys) mitjançant l'Escala Revisada de l'Impacte de l'Esdeveniment (IES-R), una prova que no té versió en espanyol, però que en la seva versió original ha demostrat tenir bones propietats psicomètriques per avaluar la intensitat dels símptomes del TEPT (González, Bascarán i Calcedo, 2001). Els resultats mostren dues trajectòries en la simptomatologia: una en la que se inclouen un 54,9% dels participants, que mostren una puntuació per sobre del nivell indicatiu del TEPT clínicament significatiu; i una segona (45,1% de la mostra) amb puntuació per sota del nivell indicatiu de TEPT. Els participants amb la primera trajectòria havien experimentat un grau més alt de maltractament físic i emocional en la infància, en la que també van patir altres adversitats, i els seus nivells percebuts de suport social en el moment de realitzar l'estudi eren significativament més baixos que en els del segon grup. Finalment, l'evolució simptomatològica en el primer grup és menor que en el segon, que mostra un descens dels símptomes posttraumàtics més pronunciat.

En la mateixa línia, Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff i Joly (2009) van realitzar, al Quebec, una enquesta telefònica a una mostra de 804 adults al 2006. Un 22,1% de dones i un 9,7% d'homes van reportar haver patit abusos sexuals en la infància. D'aquests, els qui ho havien silenciat o havien parlat del fet tardanament tenien més possibilitats d'obtenir puntuacions de malestar psicològic (segons la versió francesa del Psychological Distress Scale) i de TEPT (a partir del PC-PTSD), que les persones que no havien patit ASI. D'aquest estudi hi ha dues dades que hi destaquen. Primer, que una cinquena part dels adults abusats en la infància no havien parlat de l'abús abans de participar en l'enquesta, i la meitat dels qui ho havien explicat havien trigat més de cinc anys a fer-ho. Segon, els autors troben dues variables associades a una prompta revelació de l'abús per part de la víctima: el gènere –les dones tenen més probabilitats d'explicar-ho abans- i la relació amb l'abusador, ja que si és de la família més propera és més difícil que l'abús sigui

revelat. Aquestes dues dades són significatives i coincidents amb altres estudis: l'ASI és silenciat majoritàriament, i encara més si l'abusador forma part de la família més propera.

En el nivell dels substrats neurobiològics s'ha trobat relació entre l'ASI i desregulacions vinculades a alteracions de l'estat d'ànim. Pereda i Gallardo-Pujol (2011), després de revisar 34 articles del 1990 al 2010, conclouen que existeixen importants alteracions estructurals, funcionals, neuropsicològiques i neuroendocrines que afecten un nombre important de víctimes. Dintre les disfuncions neuroendocrinològiques, aquelles que afecten l'eix hipotalàmic-hipofisari-adrenal poden implicar dificultats en l'individu per poder regular els seus estats anímics en la vida adulta. Aquest eix té especial importància en la resposta a l'estrès i, atès que l'abús sexual és una situació altament estressant, la seva ocurrència durant la infància pot activar una major reactivitat davant elements estressors en l'adultesa, fent que augmentin les possibilitats de desenvolupar alteracions de l'estat d'ànim i d'ansietat (Nemeroff, 2004).

3. Problema

L'abús sexual infantil es relaciona amb diversos efectes a curt i llarg termini. Malgrat la gran quantitat de literatura científica que s'hi refereix, cap investigació longitudinal que tingui en compte l'evolució de les conseqüències de l'ASI ha tingut lloc en l'estat espanyol. Aquest buit de coneixement configura una problemàtica que requereix una activació de la investigació en aquest sentit.

Tenint en compte les extenses anàlisis i metaanàlisis que s'han dut a terme i que descriuen, "a llarg termini", conseqüències perjudicials a nivell físic, conductual, emocional, sexual i social vinculades amb l'ASI (Echeburúa i de Corral, 2006), és necessari poder definir amb més precisió temporal l'expressió "a llarg termini", així com poder descriure les possibles variacions en els índexs que marquin aquests efectes, de manera que es puguin adaptar els diferents tractaments a les necessitats de la víctima en cada moment vital. Atès que gran part de la literatura científica vincula la depressió i estats d'ansietat a les seqüeles emocionals de l'ASI, i que aquests dos tipus de quadres simptomatològics són causants d'alts índexs de

malestar en els individus, cal determinar fins a quin punt apareixen i perduren, i de quina manera repercuteixen en les víctimes.

En la mateixa línia, és necessari obtenir dades objectives que mostrin la variabilitat amb la que els símptomes es manifesten amb el pas dels anys. Fer un estudi longitudinal permetrà observar de manera prospectiva l'evolució dels símptomes depressius i ansiosos. I aquesta evolució podrà ser mesurada intrasubjecte (les víctimes d'ASI) i intersubjecte (comparació amb el grup control). Aquestes dades ajudaran abastament a validar o refutar la hipòtesi inicial referida a la relació entre abusos sexuals en la infància i depressió i ansietat en l'adultesa.

4. Preguntes de recerca, objectius i/o hipòtesis

A partir del problema plantejat, se'n deriven dues preguntes que volen ser abordades en el present estudi:

1. Haver patit abús sexual infantil augmenta el risc de desenvolupar depressió i ansietat en l'adultesa?
2. Com evoluciona la durada i gravetat dels efectes depressius i ansiògens en les víctimes de l'abús sexual infantil durant la vida adulta?

A partir d'aquestes dues preguntes, es proposa una recerca basada en la següent hipòtesi inicial*: els efectes de l'ASI vinculats a estats depressius i ansiògens es mantenen a llarg termini en les víctimes, que mantenen valors indicatius dels dos tipus de simptomatologia superiors als de la població general.*

5. Propòsit de la recerca

Per donar resposta a les preguntes plantejades, de manera que es pugui validar o refutar la hipòtesi inicial, el propòsit d'aquesta investigació és determinar les possibles relacions entre depressió i ASI, i entre ansietat i ASI, així com definir quina evolució té la simptomatologia associada en el transcurs de les etapes vitals.

En conseqüència, la primera finalitat és, a través d'un estudi longitudinal, poder aclarir si hi ha més risc de patir depressió i ansietat si s'ha patit ASI. Les primeres dades s'obtindran durant l'any 2020, en les que ja es podran comparar els

marcadors de depressió i ansietat dels dos grups. Posteriorment, les dades es prendran amb una periodicitat quinquennal, per tal de poder analitzar-les progressivament, tant pel que fa a la comparació intragrupal com a l'evolució dels marcadors en el grup ASI. És a dir, els primers resultats longitudinals s'obtindran a finals de l'any 2025, els següents en el 2030 i així successivament. En aquesta prospectiva de continuïtat, la línia genèrica dels resultats esperats hauria de mostrar-se harmònica amb gran quantitat de recerca bibliogràfica i investigacions dutes a terme: l'abús sexual infantil correlaciona clarament amb un major risc de patir estats d'ansietat i símptomes depressius. Esperem poder comprovar si hi ha fonaments per argumentar que aquests símptomes no desapareixen o no minven amb el pas dels anys. A més, el seguiment evolutiu de les víctimes quinquennalment pot indicar si existeixen variacions en la intensitat i impacte d'aquests efectes.

De la mateixa manera, s'espera haver de considerar altres factors coadjuvants, que poden determinar la variabilitat mostrada en els resultats de l'estudi. L'existència d'altres esdeveniments traumàtics, el context socio-cultural i els tractaments psicològics poden alterar els resultats dels índexs.

6. Mètode

6.1 Disseny de la recerca

Es proposa un ***disseny d'investigació ex post facto prospectiu***, amb grup control de comparació, en el que es presenten les següents variables:

- Variable independent (VI): haver patit abús sexual infantil en la infància (de 0 a 14 anys).
- 2 variables dependents (VD): presència de simptomatologia ansiosa i/o depressiva en la vida adulta (a partir dels 18 anys).

Es planteja, per tant, un estudi evolutiu longitudinal i seqüencial (León i Montero 2016), en el que participaran subjectes de diferents edats, tant en el grup experimental (grup ASI) com en el grup control. En ser seqüencial i, per tant, estudiar cohorts diferents longitudinalment, la investigació podrà equilibrar el possible efecte cohort que actuaria com a variable emmascarada (León i Montero, 2016). Així, els subjectes del grup ASI mostraran diferents valors de la variable

independent. Les mesures de les variables dependents es prendran a l'inici de l'estudi i es repetiran cada 5 anys. A l'inici de la investigació es prendran els valors dels indicadors d'ansietat i depressió en el grup control, per a poder-los comparar amb els grups de subjectes que han patit ASI. Per tal d'aconseguir el màxim de validesa interna, es crearan grups de cohort amb una finestra de 5 anys d'edat (a partir dels 18 anys), i s'equiparan els conjunts de grups per edat i gènere. D'aquesta manera, a més de fer el seguiment sobre els indicadors en els individus que han patit abusos, es podrà determinar si els índexs de depressió i ansietat són majors o no en aquest grup respecte el grup control.

Després d'aconseguir l'aprovació per a dur a terme la recerca per part del Comitè d'Ètica de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC – R&I, 2018), i assolir els recursos econòmics necessaris a través de finançament públic o privat, es plantejaria el pla d'acció, que seguiria les fases de la Figura 1 (que seran detallades en el punt 6.4):

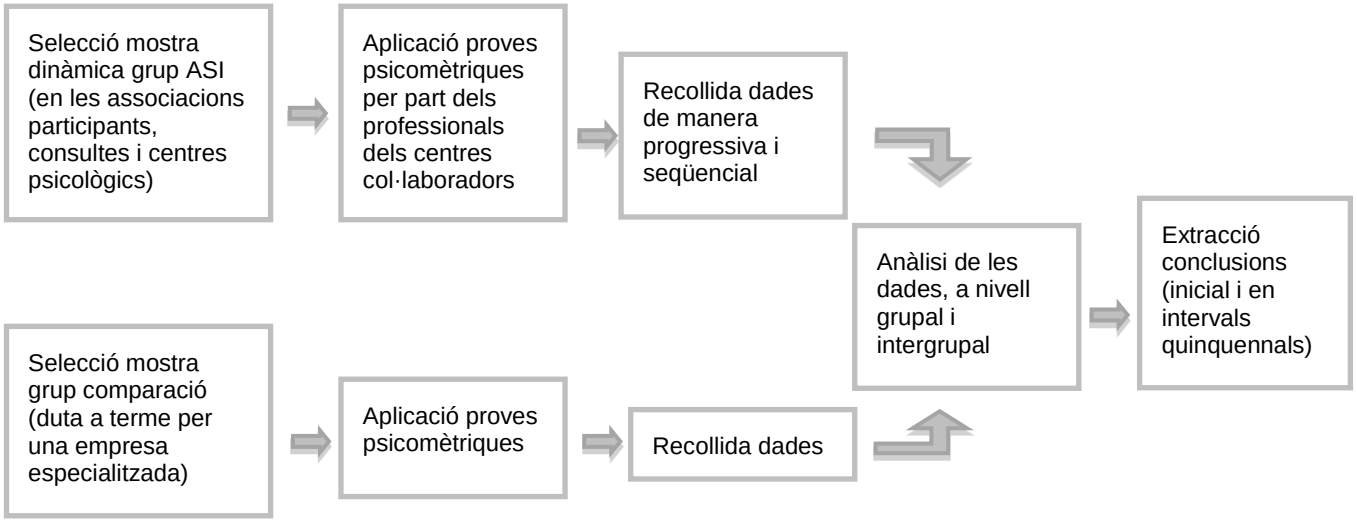

Figura 1. Esquema del disseny experimental

6.2 Participants

L'estudi tindrà lloc a Barcelona i la seva àrea metropolitana. Ateses les seves especials característiques, es definiran dos tipus de mostres.

1) La mostra del grup ASI serà dinàmica. Això vol dir que estarà constituïda per un nombre variable de participants, que anirà augmentant a mesura que es presentin més subjectes per a la seva participació voluntària en els diferents centres i

associacions col·laboradores. Davant la impossibilitat de cap tipus d'aleatorització respecte la variable independent (haver patit ASI), es tracta en aquest cap d'un mostratge no probabilístic, de tipus accidental (León i Montero, 2016).

Criteris d'inclusió:

- ser major d'edat.
- haver patit abús sexual en la infància (0-14 anys).

Criteris d'exclusió:

- haver patit o ser testimoni d'algun esdeveniment traumàtic del tipus: accident amb greus conseqüències, desastres naturals, malaltia greu, robatori o agressions greus.
- estar patint una malaltia crònica o de pronòstic greu (càncer, diabetis, VIH, afeccions coronàries greus, accidents cerebro-vasculars greus).

2) Les mostres del grup control haurà de ser de tipus probabilístic, concretament un mostratge probabilístic aleatori simple. Es demanarà a l'empresa que la dugui a terme que tingui en compte l'aleatorització per a realitzar el mostratge, que pot ser, per exemple de tipus telefònic. Es vol garantir que la mostra sigui representativa, de la població, de manera que amb un nivell de confiança del 95%, en les estimacions que fem sobre els nivells d'ansietat i depressió assumim una precisió amb un error màxim del 2%. Per tant, es requerirà que la mostra sigui de 2.500 subjectes (León i Montero, 2016). Tenint en compte la grandària d'aquesta mostra, les dades es compararan de manera equilibrada amb la mostra del grup ASI.

Per evitar l'efecte cohort també en aquest grup, passats 5 anys es realitzarà una altra selecció per a aquest grup, amb la conseqüent aplicació de les proves psicomètriques

Com que el propòsit és obtenir dades sobre els nivells de les variables dependents en la població en general, els únics criteris d'inclusió per aquesta mostra seran tenir la majoria d'edat i residir a Barcelona i la seva àrea metropolitana.

Pel que fa als aspectes ètics a tenir en compte, la present investigació es regeix pels principis bioètics de la beneficència i no maleficència (Chamarro et al., 2007), ja que es vol promoure el bé dels subjectes participants i, en tot cas, no es vol causar cap mal a la seva integritat. Són coneguts els possibles efectes de la revictimització i

retraumatització en les persones que han patit abusos sexuals en la infància (López et al., 2017; Escribano, 2012), i, encara que els participants en l'estudi són reclutats en centres d'atenció especialitzats, es vol evitar a tota costa aquesta possibilitat.

D'altra banda, s'haurà d'atendre a les consideracions necessàries relatives al consentiment informat i confidencialitat de les dades dels participants, que signaran el contracte adient en l'inici de l'estudi, i que seran informats nítidament dels drets i deures que les dues parts contraurem. Com a responsable de la investigació, també signaré un conveni de col·laboració amb els diferents centres col·laboradors i l'empresa que realitzarà l'enquesta al grup control (que inclouran els també els termes de confidencialitat i protecció de dades), per tal d'aconseguir una seguretat jurídica i ètica per a totes les parts implicades.

A tots els efectes es considerarà la Llei Orgànica de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals -publicada al BOE el passat 6 de desembre de 2018-, i el Codi Deontològic del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya (COPC, 2015).

En conjunt, per tal d'acomplir amb tots els principis esmentats, es demanarà la consideració i aprovació d'aquest projecte d'investigació al Comitè d'Ètica de la Universitat Oberta de Catalunya.

6.3 Instruments

Formulari inicial

En el marc dels principis ètics esmentats anteriorment, el formulari inicial (veure *Annex 1*) haurà de ser omplert pels participants en l'estudi del grup ASI amb posterioritat a la informació inicial que rebran per part dels professionals dels centres col·laboradors. Aquesta informació comprendrà la presentació de l'estudi i els seus objectius, així com el marc legal que protegeix les dades personals, el contracte de confidencialitat que serà d'obligat compliment per les parts (centre col·laborador i l'equip d'investigació), i el dret que assistirà a tot participant per abandonar l'estudi.

En aquesta fitxa es recollirà el nom del centre i les dades personals bàsiques: gènere, any de naixement, així com dades rellevants en la investigació. Al respecte, es demanarà informació sobre el tipus d'abús sexual sofert (amb contacte físic o sense / exhibicionisme / amb penetració o sense / tipus de penetració), durada dels abusos, freqüència dels abusos, i relació amb l'abusador. També es preguntarà si el

subjecte ha rebut tractament psicològic en algun moment de la seva vida, la durada d'aquest tractament i els resultats (positius / negatius). Cada fitxa tindrà un número personal identificatiu (NPI), que permetrà fer el seu seguiment mantenint-ne l'anonimat. Aquest NPI constarà d'una lletra i un número; la lletra identificarà el centre col·laborador, i el número l'atorgarà el centre de manera seqüencial. L'equip investigador desconeixerà les dades identificatives de caràcter personal – excepte l'any de naixement-, i només tindrà accés a les dades clíniques que corresponen a un NPI.

Les dades obtingudes seran incorporades als fitxers corresponents, que romandran en possessió de l'equip d'investigació. Es tractaran de forma confidencial, ja que els investigadors només tindran accés a un històric i un NPI. Posteriorment, s'aniran incorporant les dades obtingudes de l'administració del BDI-II i del BAI, tant a l'inici de la investigació com en les revisions que es duran a terme cada 5 anys.

Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

L'Inventari de Depressió de Beck-II (BDI-II) és, juntament amb la versió original (Beck, Steer i Brown, 1996), el cinquè qüestionari més emprat a l'estat espanyol per mesurar la simptomatologia depressiva (Sanz, Gutiérrez, Gesteira i García-Vega, s/d). És un autoinforme que consta de 21 ítems tipus Likert que descriuen els símptomes depressius més observats. Pot ser administrat –de manera oral o escrita- en poc temps (5-10 minuts) en població clínica i general major de 13 anys.

En cada ítem l'informant ha d'escollir l'afirmació que més s'aproximi a la manifestació del símptoma durant les darreres 2 setmanes. Per a cada ítem es defineix una escala de 0 a 3, de manera que la puntuació obtinguda pot anar de 0 a 63 punts. Un número més alt indica més severitat dels símptomes depressius (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, COP, 2013b). Malgrat que el manual no conté barems, les puntuacions s'interpreten en funció de quatre punts de tall: 0-13 depressió mínima, 14-19 depressió lleu, 20-28 depressió moderada, i 29-63 depressió greu.

La darrera versió espanyola és de l'any 2011 i mostra una validesa de constructe excel·lent, a l'igual que la seva consistència interna, així com una bona validesa predictiva (COP, 2013b). Pel que fa a la fiabilitat de les seves puntuacions, és alta en

termes de consistència interna i en diferents tipus de poblacions adultes (població general, estudiants universitaris, pacients externs amb trastorns mentals) (COP, 2013b; Sanz, 2014). La seva utilització en el present estudi ajudarà a definir quantes persones víctimes d'ASI presenten simptomatologia depressiva i com evoluciona aquesta amb el pas dels anys. És important matisar que el BDI-II no s'ha d'emprar per a diagnosticar depressió, sinó per identificar símptomes depressius i per avaluar la seva intensitat. Aquest fet unit a la sensibilitat que mostra al canvi i a la capacitat per a valorar el subjecte en un moment concret (Vallejo i Comeche, 2016) són indicadors decisius per a la nostra elecció.

Beck Anxiety Inventory (BAI)

El Beck Anxiety Inventory (BAI), desenvolupat per Beck, Epstein, Brown i Steer (1988) és el qüestionari autoaplicat més emprat en la investigació psicològica (Sanz, 2013). Igual que en la versió original, en la seva adaptació espanyola consta de 21 ítems tipus Likert que mesuren la gravetat dels símptomes d'ansietat en poblacions clíniques i també en la població en general a partir dels 13 anys d'edat. La seva administració pot ser oral o en llapis i paper, i pot durar uns 5-10 minuts (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, COP, 2013a).

Cada ítem es relaciona amb un símptoma d'ansietat i és puntuat de 0 a 3 punts, de manera que la puntuació total ascendeix als 63 punts. Es demana al subjecte que contesti sobre la gravetat amb la que s'ha vist afectat per cada símptoma durant l'última setmana, podent escollir entre quatre possibilitats des de "Res en absolut" a "Greument" (COP, 2013a). No existeix baremació, però es defineixen uns punts de tall que es fan correspondre a l'existència o no d'ansietat i la seva gravetat: 0-7 és indicatiu d'ansietat mínima, 8-15 ansietat lleu, 16-25 ansietat moderada i 26-63 ansietat greu.

L'última versió de l'adaptació espanyola (del 2011) té una excel·lent consistència interna, tant per la població clínica com per la població general, una adequada validesa diagnòstica i una excel·lent validesa de constructe (Sanz, 2013; COP, 2013a). També presenta una excel·lent fiabilitat en termes de consistència interna, tant per mostres clíniques com no clíniques (Sanz, 2013, Sanz, García-Vera i Fortún, 2012). De manera similar al BDI-II, aquestes bones propietats psicomètriques,

juntament amb la facilitat en la seva administració, així com l'adequació, claredat i senzillesa dels seus materials són característiques adaptatives a les necessitats d'aquest estudi. Però potser la seva elecció és determinada en gran mesura perquè pot mesurar símptomes d'ansietat no compartits amb la depressió. Atès que la simptomatologia depressiva és una altra de les variables dependents d'aquesta investigació, la possibilitat de minimitzar la superposició entre el BDI-II i el BAI aporta fiabilitat als resultats que s'obtindran.

6.4 Procediment

La implementació del disseny d'investigació es realitzarà en 5 fases, incloent el procés de recollida de dades:

Fase 1

Sol·licitud aprovació projecte i finançament. Després de demanar i obtenir l'aprovació del projecte d'investigació al Comitè d'Ètica de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC – R&I, 2018), es realitzarà una recerca de fons públics i privats per a dotar el projecte dels recursos econòmics necessaris per a cobrir les despeses bàsiques. Aquestes es refereixen a la participació dels professionals de l'equip d'investigació, la col·laboració de diferents centres i associacions vinculades al tractament i suport de les víctimes d'ASI, la contractació d'una empresa especialitzada per a seleccionar i recollir les dades del grup control (a l'inici i de manera quinquennal), l'assessorament jurídic en aspectes relacionats amb la protecció de dades de caràcter personal, els recursos materials i logístics, i el lloguer eventual d'un espai físic (tipus *co-working*), en el que, quan sigui necessari poder consensuar i avaluar l'estat de la qüestió, així com poder reestructurar, si fos necessari, el pla d'investigació.

Fase 2

Programació entrevistes amb els responsables de la Fundació Vicky Bernadet, El Mundo de los ASI, Associació Catalana per la Infància Maltractada (ACIM), Institut Carl Rogers i el Centre de Psicologia Dendros (aquests dos centres ja tenen signat un conveni de col·laboració amb la UOC per a la realització de les pràctiques dels seus estudiants). També es demanarà al Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya un llistat de despatxos professionals que tractin persones amb antecedents d'ASI.

En aquestes entrevistes s'informarà de la investigació que es vol dur a terme, i es demanarà a aquests centres la seva participació voluntària, sempre i quan signin el conveni de col·laboració en el que quedarà delimitat el marc teòric, ètic, contractual i conceptual. Al respecte, se'ls informarà que hauran de demanar la seva participació a aquells pacients amb antecedents d'ASI, per tal que s'inscriguin en l'estudi a partir de l'ompliment del qüestionari inicial i de l'acceptació del contracte de confidencialitat.

Es contractaran els serveis d'uns assessoria per a l'elaboració dels convenis amb les entitats col·laboradores, així com un protocol per al tractament de les dades recollides. També es contractarà una empresa especialitzada per a que dugui a terme la recollida de dades en el grup control.

Tant per als centres col·laboradors com per a l'empresa contractada es disposarà d'un canal comunicatiu sempre disponible, per atendre els possibles dubtes i/o noves consideracions a tenir en compte, com la possibilitat de revisar el contracte amb l'empresa enquestadora, ja que es necessitarà dels seus serveis cada 5 anys, motiu pel qual és possible que puguin canviar les condicions contractuals.

Fase 3

Aplicació proves psicomètriques. Els centres col·laboradors demanaran la participació als seus clients amb antecedents d'ASI. En cas afirmatiu, aquests hauran d'omplir el qüestionari inicial i posteriorment se'ls hi aplicaran el BDI-II i el BAI. La mostra anirà creixent progressivament i dinàmica, a mesura que es vagin presentant voluntaris. També hauran de ser informats i consentir amb que cada cinc anys rebran una comunicació sol·licitant-los una nova aportació responent els tests.

De manera similar, l'empresa enquestadora, a partir dels criteris de selecció (explicats anteriorment) haurà d'aplicar el BDI-II i el BAI a la mostra escollida. En aquest cas no serà necessari omplir el qüestionari inicial, ja que només es requerirà conèixer el seu any de naixement i el seu gènere.

Fase 4

Transmissió i emmagatzematge de dades. Tant els centres col·laboradors com l'empresa contractada recopilaran i enviaran de manera física o telemàtica les dades a l'equip d'investigació. Per als subjectes del grup ASI, recordem que no s'enviarà cap dada que trenqui el seu anonimat, sinó únicament el número personal

d'identificació (NPI) juntament amb l'any de naixement i el gènere (a més, evidentment de les respostes relatives a l'ASI). D'aquesta manera, les dades personals més confidencials les té exclusivament el centre, i no són accessibles a l'equip d'investigació.

En el cas dels centres col·laboradors, la transmissió de la informació tindrà periodicitat anual (així quedarà estipulat en la signatura del conveni de col·laboració). Cada mes de gener, l'equip d'investigació enviarà un recordatori a cada centre amb els números indentificatius corresponents als subjectes que fa 5 anys que van respondre les proves psicomètriques per darrera vegada. Això permetrà al centre tenir el temps necessari per enviar, al seu torn, el recordatori als voluntaris demanant la seva nova participació. Aquests voluntaris tindran el temps suficient (l'any en curs) per a presentar-se.

Fase 5

Amb les primeres dades recopilades, l'any 2020 s'elaborarà el primer informe comparatiu entre les dades de depressió i ansietat del grup control i del grup ASI (de la mostra d'aquest grup que s'hagi pogut recopilar des de l'inici de l'estudi). Després del primer quinquenni, durant el primer trimestre de l'any 2026, l'equip d'investigació es reunirà per recopilar i tractar la informació que s'hagi anat acumulant de la mostra del grup ASI. Aquestes dades es tornaran a comparar amb els resultats de l'aplicació dels tests psicomètrics en el grup control. I també es reportarà l'evolució dels marcadors en el grup ASI en el primer quinquenni. A partir del tractament de les dades i després d'arribar a les pertinents conclusions, s'elaborarà un informe amb l'objectiu que sigui publicat en revistes científiques.

Aquest darrer procés s'anirà repetint cada cinc anys (any 2031, 2036...), tenint en compte que es tornaran a recopilar les dades d'un altre grup control, diferent del primer, per evitar l'efecte cohort.

7. Resultats

El present estudi mostraria dos tipus de resultats: la comparació entre els nivells d'ansietat i depressió entre els subgrups (per cohort i gènere) dels grups ASI i control (que s'obtindrà tant en l'inici de l'estudi com posteriorment cada 5 anys), i el

seguiment de l'evolució d'aquests índexs en el grup ASI (també amb una periodicitat quinquennal).

De manera prèvia, seria interessant mostrar en taules i gràfiques les variables sociodemogràfiques (número de subjectes, gènere, edat) de cada mostra, així com els percentatges en cada un dels aspectes moduladors contemplats en el formulari inicial.

Comparació grup control / grup ASI

Els participants dels dos grups s'agruparan progressivament en subgrups de cohort, que englobaran 5 anys, de la següent manera: grups d'edats entre 18 i 22 anys, entre 23 i 27, 28 i 32, i així successivament. De la mateixa manera, s'igualaran els subgrups equitativament per gènere. Mitjançant aquestes igualacions es vol minimitzar l'efecte cohort, i, al seu torn, poder equiparar els dos grups.

Per a establir les diferències dels índexs de depressió i ansietat entre el grup ASI i el grup control, s'utilitzaria l'estadística inferencial, a través del contrast de les mitjanes mostrals (μ) obtingudes en les puntuacions del BDI-II i del BAI dels dos grups, mitjançant l'estadístic de contrast *t* de Student (Cosculluela, Fornieles i Turbany, 2009a). Així, pel que fa als indicadors de depressió, hem de tenir en compte que el rang en el BDI-II va de 0 a 63 punts i que és a partir de la puntuació 14 que es considera com a depressió lleu. En tractar-se de mostres independents, plantegem analitzar si hi ha diferències estadísticament significatives entre les dues mitjanes a partir del següent contrast d'hipòtesi (que serà extensible al càlcul per els índexs d'ansietat), assumint un nivell de significació α de 0,05. Sent μ_1 la mitjana de les puntuacions obtingudes pel grup ASI, i μ_2 la mitjana de les puntuacions obtingudes pel grup control:

Hipòtesi nul·la, H_0: $\mu_1 = \mu_2$, sembla que no hi ha diferències en el grau de depressió en funció de si s'han patit abusos sexuals en la infància.

Hipòtesi alternativa H_1: $\mu_1 > \mu_2$, sembla que sí que hi ha un major grau de depressió si s'han patit abusos sexuals en la infància.

A partir de la prova de significació, calculant el valor de l'estadístic de contrast i la probabilitat *p* d'aquest estadístic *t* observat, podríem determinar si efectivament els índexs de depressió i ansietat (a partir de la comparació dels valors de les seves respectives puntuacions mitjanes en l'aplicació del BDI-II i del BAI), són majors en el

grup ASI o no, validant o refutant part de la hipòtesis inicial del treball. Així, si el valor de *p* fos més gran que el nivell de significació α, acceptaríem la hipòtesi nul·la i la hipòtesi inicial del treball seria refutada. Contràriament, si *p* fos més petit, acceptaríem la hipòtesi alternativa i es validaria el nostre plantejament inicial.

El programa IBM SPSS és una excel·lent eina per a dur a terme aquests càlculs, i el conjunt d'anàlisis estadístics dels resultats obtinguts, ja que no només permet realitzar anàlisis estadístiques avançades, sinó que també ofereix la integració amb big data i l'extensió de codi obert (IBM, 2018). En la Taula 2 es pot observar com es podrien presentar aquests resultats.

Taula 2
Presentació dels valors de les mitjanes de les puntuacions del BDI-II i del BAI en el grup experimental i en el grup control.

	Grup experimental (n = 150)		**Grup control (n = 2.500)**		
	μ_1	***t***	μ_2	***t***	***p***
Depressió (BDI-II; Rang 0-63)					
Ansietat (BAI; Rang 0-63)					

Seguiment depressió i ansietat en grup ASI

En aquest cas, després del primer quinquenni (a principis de l'any 2026), es podrien mostrar els índexs obtinguts després de tornar a administrar el BDI-II i el BAI a grup ASI. Resultaria concordant amb la hipòtesi inicial de la investigació trobar índexs que mostressin una tendència similar o ascendent respecte l'anterior mesura (en aquest cas, després de l'aplicació inicial).

Per visualitzar l'evolució de la depressió i ansietat, empraríem el mateix mètode estadístic inferencial, però aplicat a dues mostres relacionades (observem l'evolució dels marcadors en els mateixos subjectes). En aquest cas hauríem de calcular la diferència (D) en els marcadors de depressió entre les dues mesures (Cosculluela, Forniels i Turbany, 2019b) i formularíem les següents hipòtesis inicials (referides també als índexs de depressió):

Hipòtesi nul·la, H_0: $\mu_D = 0$, la mitjana de les diferències en la població és igual a 0, per tant, sembla que no hi ha diferències en el grau de depressió obtingut en l'any 2020 i en el 2025.

Hipòtesi alternativa H_1: $\mu_D > 0$, sembla que el grau de depressió ha disminuït l'any 2025.

Després d'utilitzar l'estadístic *t* de Student i la prova de significació, interpretaríem els resultats: si acceptéssim la hipòtesi alternativa, podríem concloure que amb un nivell de significació α de 0,5, ha disminuït significativament el grau de depressió en els subjectes de la mostra. Si, com defensa la nostra hipòtesi inicial, els marcadors de depressió es mantenen en el temps, els resultats haurien de permetre acceptar la hipòtesi nul·la: no hi ha diferències estadísticament significatives entre les mitjanes de les puntuacions del BDI-II en l'interval 2020-2025.

També seria adient mostrar una comparació d'aquesta evolució entre el grup ASI i el grup control. Es mostraria el quocient entre les mitjanes mostrals del subgrup ASI i del subgrup control. Així, per a cada un dels subgrups i per a cada un dels dos indicadors estudiats (depressió i ansietat), quocients superiors a la unitat indicarien que l'índex al subgrup ASI seria superior al del corresponent subgrup control. Per comoditat, normalitzaríem els quocients a 100 de manera que no haguéssim de treballar amb xifres decimals. L'estudi d'aquests quocients ens aportaria informació sobre l'evolució temporal de les mesures de depressió i d'ansietat entre els subgrups ASI i els subgrups control (com ara si les mesures tendeixen a convergir o si les diferències es mantenen).

8. Conclusions

Si els resultats obtinguts en el present estudi confirmen la hipòtesi inicial plantejada, s'ampliarien les bases que relacionen els abusos sexuals durant la infància i l'aparició de depressió i ansietat en la vida adulta. A més, s'aportaria més validesa a l'extensió d'aquests símptomes durant tot el desenvolupament vital. D'aquesta manera, es podria aprofundir en els tractaments més adients per aquestes patologies, sobretot pel que fa a determinats trets diferencials que es podrien aplicar a les víctimes. Conèixer les necessitats de cada pacient, els factors coadjuvants a la seva problemàtica i les arrels de la seva simptomatologia són elements

imprescindibles per l'èxit psicoterapèutic (Norcross i Wampold, 2018). Per tant, seria factible millorar aquests tractaments i, en conseqüència, intentar disminuir les repercussions que la simptomatologia depressiva i ansiosa tenen per a les persones, a nivell psicopatològic, i també a nivell de la salut en general (Maniglio, 2009).

Aquests són dos problemes de salut mental amb una alta prevalença. Segons l'*Encuesta Nacional de Salud de España* del 2017 (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018), un 4,3% d'homes i un 9,1% de dones pateixen ansietat crònica, i un 4,0% d'homes i un 9,2% de dones pateixen depressió. A nivell mundial, l'Organització Mundial de la Salut, OMS (2017) estima que un 4,4% de la població mundial pateix depressió i un 3,8% ansietat. Més enllà de la seva prevalença, les repercussions d'ambdós tipus de trastorns són rellevants. En el seu Pla d'acció integral sobre salut mental 2013-2020, l'OMS (2013) considera que la depressió és una de les principals causes de discapacitat, sobretot en dones. De manera paral·lela, l'ansietat, vinculada a situacions d'estrès, a nivell europeu, es relaciona amb entre un 50% i un 60% del total de dies de treball perduts (Organización Internacional del Trabajo, 2016).

Uns resultats a favor de la hipòtesi inicial serien compatibles amb els que mostren la influència determinant dels ASI per a l'aparició d'aquests problemes, sense que intervinguin de manera significativa altres factors moduladors. Així es posa de manifest en la metaanàlisi de Jumper (1995), en la que la correlació entre els abusos i la depressió i l'ansietat no és modulada per aspectes com el gènere, el nivell de contacte físic o el consentiment. En la mateixa línia, els nostres resultats serien congruents amb els de Paolucci et al. (2001), que després de realitzar una revisió bibliogràfica de 37 estudis estableixen una forta relació entre ASI i depressió i ansietat, però sense que factors com el gènere, la relació amb l'abusador, la freqüència i durada dels abusos actuïn com a factors moduladors de la correlació.

Uns resultats coherents amb la hipòtesi inicial també serien concordants amb estudis previs que mostren la prevalença dels efectes a llarg termini de l'ASI (Zlotnick et al., 2001; Hébert et al., 2009; Cutajar et al., 2010), i que inclús vinculen els abusos amb l'aparició tardana d'efectes depressius (Comijs et al., 2012). Igualment, concordarien amb aquelles investigacions prèvies que avaluen l'ASI com un factor de risc significatiu per a la psicopatologia adulta (Putnam, 2003). I, sobretot, serien recolzats

per altres estudis longitudinals prospectius que han obtingut resultats similars (Spataro et al., 2004; Fergusson et al., 2013; Cutajar et al., 2010).

I, d'acord amb part de la justificació del present treball, els resultats esperats avalarien la possibilitat que les víctimes d'ASI puguin denunciar els seus agressors en el moment en què hagin superat els efectes adversos que hagin pogut patir, sense que un termini preestablert judicialment les obligui a tornar a passar per l'experiència traumàtica, amb els riscos associats a una retraumatització i revictimització que s'han d'evitar en benefici de les víctimes (López et al., 2017). Aquestes dades podrien ajudar a adaptar la legislació vigent a la realitat de la víctima i a les seves necessitats, fent que el termini de prescripció existent s'adapti a les característiques ajustades del delicte, almenys a nivell psicopatològic.

Contràriament, si es refutés la hipòtesi inicial, haurien d'establir-se unes delimitacions més clares per a l'estudi de les conseqüències dels ASI en la vida adulta. En primer terme, els resultats haurien d'ajudar a aclarir si tenir o no tenir tractament psicològic varia la prevalença, durada i efectes dels abusos, perquè, si bé en teoria seria factible pensar que estar en tractament minvaria la gravetat dels símptomes depressius i d'ansietat (Rind et al., 1998), certa bibliografia prèvia no vincula un factor amb els altres (Paloucci et al., 2001). Aquesta variable està present en la investigació de manera preeminent, ja que la mostra del grup ASI és seleccionada en associacions de víctimes i en consultes psicològiques.

En segon terme, si la nostra hipòtesi no fos validada pels resultats, es recolzarien les conclusions d'altres estudis. Fergusson et al., (2013) defensen que haver patit ASI no és un factor de risc principal per a patir alteracions conductuals, emocionals o físiques en l'adultesa. Hillberg, Hamilton-Giachritsis i Dixon (2011), després de realitzar una revisió de set metaanàlisis, conclouen que l'ASI és un factor de risc inespecífic per a desenvolupar diverses psicopatologies en l'edat adulta, amb efectes petits-moderats. Igualment, Maniglio (2009) considera que haver patit abusos sexuals en la infància no és l'únic factor de risc important per a considerar en el desenvolupament de símptomes depressius i ansiosos –entre d'altres- en l'adultesa. En aquesta revisió bibliogràfica les conclusions apunten que s'han de tenir en compte factors socials, biològics i psicològics que poden augmentar aquest risc.

En tercer lloc, i en relació a l'acabat d'exposar, en els resultats es mostraria la incidència d'aquells factors moduladors des abusos que s'han apuntat en investigacions prèvies. Ens referim a aquelles dades que són requerides en el qüestionari inicial (veure *Annex 1*): l'edat d'inici de l'ASI, la seva durada i freqüència, el tipus d'abús (amb penetració o no), la utilització de la violència i la força, la relació amb l'abusador i l'existència de tractament psicològic. S'hauria d'analitzar el grau de divergència amb aquells estudis (Beitchman et al., 1992; Dinwiddie et al., 2000; Fergusson et al., 2013) que proposen que la gravetat de les conseqüències dels abusos està en funció principalment de la relació amb l'abusador (més gravetat en l'abús intrafamiliar), la durada i freqüència de l'abús (a més durada i més freqüència, conseqüències més traumàtiques), el tipus d'abús i la utilització de la força (un abús amb penetració i ús de la força es relaciona amb efectes més greus en la víctima. De la mateixa manera, els nostres resultats podrien concordar amb aquells que mostren major gravetat en els efectes depressius i ansiosos en les dones abusades (Beitchman et al., 1992; Cutajar et al., 2010; Rind et al., 1998). També podrien ser convergents amb aquelles investigacions prèvies que no han trobat relació entre la gravetat d'aquests efectes i el gènere de la víctima (Paolucci et al., 2001; Fergusson et al., 2013).

En conjunt, tant si els nostres resultats confirmen o rebutgen la hipòtesi inicial, es pretén aportar més coneixement a l'abús sexual infantil i les seves conseqüències psicològiques a llarg termini. Es busca continuar assolint bases sòlides per a contribuir a millorar problemes de salut mental amb gran incidència, sobretot des de la prevenció i l'aprofundiment en la seva etiologia. Aquest és l'objectiu de la psicologia clínica i és font de preocupació a nivell de les principals organitzacions de salut, com per l'OMS, per la que la salut mental de totes les persones és un objectiu prioritari (OMS, 2013).

9. Discussió

A mesura que s'ha anat desenvolupant el treball, s'han hagut de modificar dos aspectes metodològics. En un inici es va plantejar una hipòtesi de treball que tenia en compte l'anàlisi de la correlació entre els abusos sexuals infantils i la simptomatologia depressiva i ansiosa en l'edat adulta (com així va quedar reflectit en la fitxa inicial de la meva proposta). Tanmateix, en el moment de presentar les

preguntes de la recerca i de relacionar-les amb els objectius de la mateixa, aquestes es van ampliar per a poder comparar la presència dels índexs de depressió i ansietat, respecte a la població general.

Aquest canvi va afectar la planificació del treball, com també ho va fer la necessitat de tenir la màxima validesa externa en el grup control. En un principi, es va pensar en obtenir dades a partir de persones voluntàries no pacients que es presentessin en els centres col·laboradors. Però creiem que la representativitat de la mostra hagués quedat seriosament minvada. Per aquest motiu es va decidir contractar una empresa per a obtenir dades que fossin més representatives.

Si bé es van reduir els efectes d'aquesta limitació, altres dificultats són presents. En primer lloc, existeix una limitació estructural. Aquest és un estudi molt ambiciós, que requereix del factor temporal per a poder mostrar resultats concloents. La dificultat de mantenir la participació dels subjectes del grup ASI, així com la col·laboració de les institucions i centres especialitzats són factors que escapen del control del propi estudi. Igualment, es requereix del màxim compromís de l'equip investigador i del manteniment del finançament públic i privat necessari.

En segon lloc, existeix una limitació que té a veure amb els instruments de mesura emprats. Malgrat que el BAI es va desenvolupar per tal que no tingués cap tipus de superposició amb les escales avaluatives de la depressió, s'estima que el BDI-II i el BAI no són qüestionaris del tot independents (COP, 2013b): no sabem si són del tot útils per discriminar entre alteracions d'ansietat i depressions ansioses.

En tercer lloc, s'ha de tenir en compte un biaix de selecció (León i Montero, 2016) fruit de la formació del grup ASI per part de subjectes que acudeixen a consulta psicològica o a entitats especialitzades per demanar ajuda. És probable que aquestes persones mostrin uns índexs de depressió i ansietat que difereixin de subjectes que, després d'haver patit abusos sexuals en la infància, no rebin cap tipus de suport professional. Un grup d'individus que poden estar participant en l'estudi, emmascarats en el grup control. Aquest és un altre punt limitant en la nostra investigació, que també es destacat en altres estudis (Cutajar et al., 2010; Spataro et al., 2004). Atès que no s'ha definit un criteri d'exclusió per aquest grup que tingui en compte aquest fet, s'ha de considerar que un determinat percentatge de la població general ha patit ASI, motiu pel qual es produeix un biaix sistemàtic que pot influir en

les diferències entre el grup control i el grup ASI. Aquest percentatge es podria estimar en un 15% (Síndic de Greuges, 2016).

Malgrat les dificultats potencials metodològiques i pràctiques descrites, aquest estudi pot contribuir a millorar l'estat de coneixement que existeix sobre el tema en el sud d'Europa. La manca d'estudis longitudinals sobre els efectes a llarg termini dels abusos sexuals en la infància constitueix un camp en el que la seva potenciació seria constructiva, no només epistemològicament, sinó socialment i psicològica. El fet de examinar les dades de depressió i ansietat en víctimes d'ASI i establir anàlisis comparatives amb un grup de població general és un punt fort d'aquest estudi, que pot obrir noves vies d'investigació. Seria recomanable continuar i ampliar aquest àmbit de recerca, potser establint objectius més amplis, com analitzar la correlació entre els abusos sexuals en la infància i el desenvolupament de trastorns de personalitat, o els índexs de suïcidi, o trastorns de la conducta sexual (Beitchman et al., 1992). Igualment, en un futur s'hauria de poder delimitar de manera precisa la influència dels diferents factors moduladors (tipus d'abús, durada i freqüència, relació amb l'abusador...). Com s'ha comentat, diversa literatura científica apunta la importància d'aquests factors en la durada i gravetat de les conseqüències a llarg termini de l'ASI.

Finalment, realitzar un estudi d'aquestes característiques es fa imprescindible per tenir més informació sobre l'abast temporal, dimensional i psicosocial dels abusos sexuals en la infància. Socialment, ens trobem en un moment històric en el que els ASI són un tema d'actualitat, portada en mitjans de comunicació i tema de controvèrsia en les xarxes socials. Conèixer l'impacte real que té en les víctimes amb dades empíriques pot contribuir a destapar encara més un problema amb profundes i obscures zones de desconeixement, que necessiten ser visibilitzades. Perquè, com argumenta l'ONG Save the Children (2018b, p. 9), "El que no és visible, no es pot tractar".

10. Referències bibliogràfiques

American Psychiatric Association, APA (2014). *Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5)*, 5a Edició. Madrid: Médica Panamericana, cop. 2014. ISBN: 9788498358100

Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada. Universidad de Barcelona, Facultat de Psicologia*. Recuperat de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65621/1/TAG.pdf

Bados, A. (2016). Trastorno de ansiedad generalizada. A A M. A. Vallejo (Coord.), *Manual de terapia de conducta (Tomo 1)* (pp. 273-348). Madrid: Dykinson.

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., y Tonia, T. (2014). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. International *Journal of Public Health, 58*(3), 469-483. doi:10.1007/s00038-012-0426-1

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. i Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897. Recuperat de: https://pdfs.semanticscholar.org/1a3e/334f16b6888843a8150ddf7e4f46b2b28fd5.pdf

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). BDI-II. *Beck Depression Inventory Second Edition*. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation

Beitchman, J. H., Zucker, K. J, Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D. i Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 16*(1). doi: 10.1016/0145-2134(92)90011-f

Bosque-Garza, J. (2003). Historia de la agresion a los niños. *Gaceta Médica de México, 139*(4), 368-370. Recuperat de: http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm034gIV.pdf

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. i Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 585-599.

Recuperat de: http://sites.bu.edu/tabrown/files/2014/08/Brown-Campbell-et-al-2001.pdf

Browne, A. i Finkelhor, D. (1986). Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research. *Psychological Bulletin, 99*(1), 66-77. doi: 10.1037/0033-2909.99.1.66

Chamarro, A., Gayà, L., Linares, E., Lladó, N., Romero, J., Sánchez, A., Valiente, L., i Ventura, S. (2007). *Ética del psicólogo*. Barcelona: EditorialUOC.

Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, COPC, (2015). *Codi Deontològic del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya*. Disponible a: https://www.copc.cat/adjuntos/adjunto_188/v/Codi%20deontol%C3%B2gic%20del%20COPC.pdf?tm=1524062657

Comijs, H. E., van Exel, E., van der Mast, R. C., Paauw, A., Voshaar, R. O. i Stek, M. E. (2013). Childhood abuse in late-life depression. *Journal of Affective Disorders, 147*(1-3), 241-246. doi: 10.1016/j.jad.2012.11.010

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, COP (2013b). *Evaluación del inventario BAI*. Recuperat de: https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, COP (2013a). *Evaluación del inventario BDI-II*. Recuperat de: https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf

Cosculluela, A., Fornieles, A. i Turbany, J. (2009a). Contrastos d'hipòtesis per a una mostra independent o més. A A. Cosculluela, A. Fornieles i J. Turbany, *Tècniques d'anàlisi de dades quantitatives*. Barcelona: FUOC.

Cosculluela, A., Fornieles, A. i Turbany, J. (2009b). Contrastos d'hipòtesis per a dues mostres relacionades. A A. Cosculluela, A. Fornieles i J. Turbany, *Tècniques d'anàlisi de dades quantitatives*. Barcelona: FUOC

Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L. i Spataro, J. (2010). Psychopatology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse and Neglect, 34*(11), 813-822. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.04.004

Dinwiddie, S., Heath, AC., Dunne, MP., Bucholz, KK., Madden, PA., Slutske, WS., Bierut, LJ., Statham, DB., Martin, NG. (2000). Early sexual abuse and lifetime

psychopathology: a co-twin-control study. *Psychological Medicine,* 30(1), 41-52. Recuperat de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10722174

Echeburúa, E. i Guerricaechevarría, C. (1998). Abuso sexual en la infancia. A M. A. Vallejo (ed.), *Manual de terapia de conducta (vol. 2)*. Madrid: Dykinson.

Echeburúa, E. i Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.

Echeburúa, E. i Guerricaechvarría, C. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil. A J. Sanmartín, *Violencia contra los niños* (pp. 86-112). Barcelona: Ariel.

Echeburúa, E. i de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimes de abuso sexual en la infància. *Cuadernos de medicina forense, 12*(43-44), 75-82. Recuperat de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062006000100006&script=sci_arttext&tlng=en

Elliott, M., Browne, K i Kilcoyne, J. (1995). Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse and Neglect, 19*(5), 579-594. Recuperat de: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0145213495000173

Escribano, E. (2012). Trauma: Cuerpo y Mente. Exposición y Tratamiento de un Caso de Adolescente Víctima de Agresión Sexual desde una Doble Perspectiva: Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Sensoriomotriz. *Clínica contemporánea 3*(3), 245-262. Recuperat de: https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2012v3n3a1.pdf

Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H i Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zeland. Child *Abus & Neglect 37*(9), 664-674. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.03.013

Finkelhor, D. (1988). The trauma of child sexual abuse: Two models. A G. E. Wyatt i G. J. Powell (eds.), *Lasting effects of child sexual abuse*. Newbury Park: SAGE Publications.

Finkelhor, D. (1994). The International Epidemiology of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect, 18*(5), 409-417. doi: 10.1016/0145-2134(94)90026-4

Ford, J. D., Grasso, D. J., Elhai, J. D. i Courtois, C. A. (2015). Etiology of PTSD: What causes PTSD? A Academic Press, *Posttraumatic Stress Disorder (Second Edition). Scientific and Professional Dimensions*, pp. 81-132. Recuperat de: https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801288-8.00003-0

Gómez-Franco, A. J. i Ubieto, J. F. (2011). Clínica psicoanalítica amb adults. A E. Berenguer et al., *Teràpia psicoanalítica*. Barcelona: FUOC.

González, M. P., Bascarán, M. T. i Calcedo, A. (2001). *Evaluación psicomètrica del trastorno de estrés posttraumático*. Recuperat de: http://psiqu.com/2-889

Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P. i Joly, J. (2009). Prevalence of Childhood Sexual Abuse and Timing of Disclosure in a Representative Sample of Adults From Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(9), 631-636. doi: 10.1177/070674370905400908

Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C. i Dixon, L. (2011). Review of Meta-Analyses on the Association Between Child Sexual Abuse and Adult Mental Health Difficulties: A Systematic Aproach. *Trauma, Violence & Abuse, 12(*1), 38-49. doi: 10.1177/1524838010386812

Jumper, S. A. (1995). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse and Neglect, 19*, 715−728.

IBM (2018). *Software IBM SPSS*. Recuperat de: https://www.ibm.com/es-es/analytics/spss-statistics-software

León, O. i Montero, I. (2016). Metodologies quasiexperimentals i selectives. A. O. León i I. Montero, *Mètodes d'investigació quantitativa*. Barcelona: FUOC.

López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Cobo, J., Fernández, M. I. y Grupo de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva de Cataluña (2017). Impacto del abuso sexual durante la infància-adolescencia en las relaciones sexuales y afectives de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria, 31*(3), 210-219. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.05.010

Madansky, D. (1996). Abusos sexuales. A. Parkery B. Zuckerman (eds.), *Pediatría del comportamiento y del desarrollo*. Barcelona: Masson.

Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review 29*(7), 647-657.

Martín, J. L. i de Paúl, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema, 16*(1), 45-49. Recuperat de: http://www.psicothema.com/pdf/1159.pdf

Marty, C. i Carvajal, C. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno de estrés postraumático en la adultez. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría, 43*(3), 180-187. Recuperat de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000300002&script=sci_arttext&tlng=en

Mas, B. (2016). Trastorno de estrés posttraumático. A M. A. Vallejo (Coord.), *Manual de terapia de conducta (Tomo 1)* (pp. 565-642). Madrid: Dykinson.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). *Encuesta Nacional de Salud de España 2017*. Recuperat de: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm

Moncloa, La (2018). *El plazo de prescripción de los delitos más graves contra menores no empezará a contar hasta que la víctima cumpla los 30 años*. Recuperat el 24 de febrer de 2019. Recuperat de: http://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/Paginas/enlaces/281218-enlacemenores.aspx

Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *The Journal of Clinical Psychiatry, 65*(Suppl1), 18-28. Recuperat de: https://psycnet.apa.org/record/2004-10639-003

Norcross, J. N. i Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology, 1-18.* DOI: 10.1002/jclp.22678

Organización Internacional del Trabajo (2016). *Estrés en el trabajo: Un reto colectivo*. Recuperat de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf

Organizatció Mundial de la Salut, OMS (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperat de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=DCED6BF0CABCA228C5232843EF218869?sequence=1

Organització Mundial de la Salut, OMS (2017). *Más sano, más justo, mas seguro. La travesía de la salud mundial 2007-2017*. Recuperat de: http://www.infocoponline.es/pdf/omssaludmundial.pdf

Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology, 135*,17−36. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.003

Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo, 37*(2), 126-133. Recuperat de: http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2697.pdf

Pereda, N., Abad, J. i Guilera, G. (2016). LifeTime Prevalence and Characteristics of Child Sexual Victimization in a Community Sample of Spanish Adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse, 25*(2), 142-158. doi: 10.1080/10538712.2016.1123791

Pereda, N,. i Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect, 31*, 417-426.

Pereda, N. i Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemàtica de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria, 25*(3), 233-239. doi: 10.1016/J.GACETA.2010.12.004

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*(4), 328-338. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.007

Pereda, N. i Gómez, V. (2018). *La prescripción de delitos sexuales con niños víctimas: un anàlisis multidisciplinar. Generalitat de Catalunya. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Ajuda a la Investigació 2017*. Recuperat de: http://cejfe.gencat.cat/web/.content/home/recerca/cataleg/crono/2018/delictesSexuals_ES.pdf

Putnam, F. (2003). Ten-Year Reserch Update Review: Child Sexual Abuse. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(3), 269-278. doi: 10.1097/01.CHI.0000037029.04952.72

Rind, B., Tromovitch, P., i Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin, 124*,22−53. Recuperat de: https://www.tegenwicht.org/13_rbt_eng/rbt/metaana.pdf

Rodríguez, Y., Lameiras, M., Carrera, M. V. i Alonso, P. (2014). Abusos sexuales a menores. Análisis de "No tengas miedo". *InterXesiones, 5*, 19-46. Recuperat de: http://intersexiones.es/wp-content/uploads/2014/09/2-abusos-sexuales-a-menores.pdf

Sanz, J. (2013). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud, 25*, 39-48. doi: http://dx.doi.org/10.5093/cl2014a3

Sanz, J. (2014). *50 años de los inventarios de depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica*. Recuperat de: https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf

Sanz,J., García-Vera, M. P. i Fortún, M. (2012). El "Inventario de Ansiedad de Beck" (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastrornos psicológicos. *Behavioral Psychology, 20*(3), 563-583. Recuperat de: https://www.researchgate.net/profile/Jesus_Sanz4/publication/286536823_THE_BECK_ANXIETY_INVENTORY_BAI_psychometric_properties_of_the_Spanish_version_in_patients_with_psychological_disorders/links/596bae01458515e9afb1cb24/THE-BECK-ANXIETY-INVENTORY-BAI-psychometric-properties-of-the-Spanish-version-in-patients-with-psychological-disorders.pdf

Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C. i García-Vega, M. P. (s/d). *Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del "Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II). Universidad Complutense de Madrid*. Recuperat de: https://www.pearsonclinical.es/Portals/0/DocProductos/13714632903.pdf

Save the Children (2012a). *Violencia sexual contra niños y niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales.* Recuperat de:

https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_sexual_contra_losninosylasninas.pdf

Save the Children (2012b). *La justicia española frente al abuso sexual infantil en el entorno familiar. Un anàlisis de casos a la luz de los estándares internacionales de derechos humanos*. Recuperat de: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/informe_justicia_esp_abuso_sexual_infantil_vok-2.pdf

Save the Children (2018a). *La situació dels drets dels infants a Catalunya*. Recuperat de: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/03082018_stc_child_rightssituationanalysis_online_version.pdf

Save the Children (2018b). *Sota el mateix sostre.* Recuperat de: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/sota-el-mateix-sostre-web-doble.pdf

Síndic de Greuges de Catalunya (2016). *Informe sobre l'abús sexual infantil a Catalunya.* Recuperat de: http://www.sindic.cat/site/unitFiles/4210/Informe%20abus%20sexual%20infantil_cat_okdef.pdf

Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L. i Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health. Prospective Study in males and females. *British Journal of Psychiatry, 184*, 416-421. Recuperat de: https://pdfs.semanticscholar.org/da39/eebcc90c806d29a825eabcd638b7e19cb35b.pdf

Steine, I. M., Winje, D., Skogen, J. C., Krystal, J. H., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Nordhus, I. H., Gronli, J. i Pallesen, S. (2017). Posttraumatic symptom profil·les among adult survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect, 67*, 280-293. Recuperat de: http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.002

Unicef Comité Español (2006). *Convención sobre los derechos del niño. 20 de noviembre de 1989*. Recuperat de: http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf

Universitat Oberta de Catalunya, Recerca & Innovació, UOC-R&I (2018). *Comitè d'Ètica. Funcions i objectius*. Recuperat de: https://www.uoc.edu/portal/ca/ri/activitat-rdi/comite-etica/funcions/index.html

Vallejo, M. (2012). *La seducción freudiana (1895-1897). Un ensayo de genética textual*. Buenos Aires: Letra Viva.

Vallejo, M. A. i Comeche, M. I. (2016). Depresión. A M. A. Vallejo (Coord.), *Manual de terapia de conducta (Tomo 1)* (pp. 643-724). Madrid: Dykinson.

Zlotnick, C., Mattia, J. i Zimmerman, M. (2001). Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse & Neglect, 25*(3), 357-367. Recuperat de: https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00251-9

11. Annexos

11.1 Formulari inicial

FORMULARI INICIAL

Centre:

Número Personal d'Identificació (*NPI*):

Dades personals:
Gènere:
Any de naixement:

Edat inici ASI:

Durada ASI:

Freqüència ASI:

Tipus ASI:
- ☐ Contacte físic:
  - ☐ Tocaments
  - ☐ Penetració:
    - ☐ Anal
    - ☐ Bucal
    - ☐ Genital
- ☐ Exhibicionisme
- ☐ Voyeurisme
- ☐ Pornografia

Utilització de violència:
☐ Sí ☐ No

Utilització de la força:
☐ Sí ☐ No

Relació amb l'abusador:

Ha rebut tractament psicològic?
☐ Sí ☐ No

En cas afirmatiu:
A quina edat va començar a rebre'l?

Durant quant de temps el va rebre?

Valoració que en fa el pacient:
☐Molt negativa ☐Negativa ☐Neutra ☐Positiva ☐Molt positiva

11.2 Calendari de treball

Etapes i Tasques/ Activitats de seguiment (PACs)	Febrer		Març				Abril				Maig				Juny				Observacions/ Comentaris estudiant	Observacions/ Comentaris consultor/a
Setmanes	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4		
0. Acordar conjuntament amb el consultor quina temàtica s'abordarà i la organització del procés de desenvolupament del TFG	21		1																Activitat de seguiment 0	
1. Elecció del tema																				
....1.1. Identificar un tema			10																Activitat de seguiment 1	
... 1.2. Portar a terme una cerca documental sobre el tema escollit				17															Activitat de seguiment 1	
....1.3. Establir objectius i plantejar hipòtesis de treball					19														Activitat de seguiment 1	
2. Planificació del treball																				
....2.1. Identificar els elements fonamentals del TFG					20														Activitat de seguiment 1	
....2.2. Organitzar elements fonamentals del treball									15										Activitat de seguiment 2	
....2.3. Temporalitzar les diferents fases del treball									15										Activitat de seguiment 2	
3. Desenvolupament del treball																				
....3.1. Seleccionar les fonts fonamentals per a la construcció del marc teòric de referència del TFG						31													Activitat de seguiment 1	
....3.2. Integrar el coneixement per construir el marc teòric							5												Activitat de seguiment 1 (Lliurament 05/04)	
....3.3. Interpretar els resultats esperats[1]									19			6							Activitat de seguiment 2 (Lliurament 06/05)	
....3.4. Expressar-se correctament amb domini del llenguatge del camp científic en català, castellà o en una tercera llengua.																		26	Durant tot el procés d'elaboració del TFG	
4. Lliurament de la memòria													21			5		26	05/06: Lliurament document 26/06: Defensa pública	
....4.1. Comunicar de forma correcta la informació													21					26	Presentació oral i defensa pública	