

Prevenció i tractament

Santiago Redondo Illescas
Marian Martínez García

PID_00195750



Els textos i imatges publicats en aquesta obra estan subjectes –llevat que s'indiqui el contrari– a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 Espanya de Creative Commons. Podeu copiar-los, distribuir-los i transmetre'ls públicament sempre que en citeu l'autor i la font (FUOC. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya), no en feu un ús comercial i no en feu obra derivada. La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

Índex

Introducció	5
Objectius	7
1. Prevenió primària	9
2. Prevenió específica o secundària amb joves en risc	12
3. Tractament o prevenió terciària	16
3.1. Motivació	16
3.2. Avaluació inicial i de risc	17
3.3. Necessitats d'intervenció: riscos estàtics i dinàmics	19
3.4. Tractament cognitivoconductual	20
3.5. Ingredients terapèutics i habilitats dels terapeutes	21
3.6. Objectius i tècniques d'intervenció	23
3.6.1. Autoestima	24
3.6.2. Educació sexual	24
3.6.3. Millora de les habilitats afectives i sexuals	25
3.6.4. Eradicació de distorsions cognitives	26
3.6.5. Autocontrol emocional	28
3.6.6. Empatia amb les víctimes	29
3.6.7. Prevenir les recaigudes	31
4. Eficàcia dels tractaments	34
4.1. Tractaments aplicats a Espanya	35
Exercicis d'autoavaluació	39
Solucionari	40
Bibliografia	41

Introducció

Hi ha un debat social sobre què cal fer amb la delinqüència sexual i els delinqüents sexuals: reprimir o prevenir el delictes?, castigar o rehabilitar els delinqüents? La gran majoria de ciutadans i poders públics estan d'acord sobre la necessitat de la primera part de les disjuntives anteriors: la repressió dels delictes sexuals i el càstig dels autors es consideren absolutament necessaris. I moltes persones podrien convenir en la necessitat d'utilitzar mesures de prevenció d'aquests delictes, a partir de l'educació infantil i juvenil. Però probablement, el consens social sobre si els delinqüents sexuals han de ser rehabilitats seria menor. En tot cas, si es volguessin tirar endavant mesures de prevenció i rehabilitació en aquesta matèria, encara es podria preguntar: hi ha coneixements científics sobre aquest tema, i tècniques apropiades per a dur-les a terme?

Aquest mòdul tracta de totes les qüestions anteriors i revisa els coneixements i la tecnologia disponibles en aquest camp criminològic aplicat.

Es presentaran les respostes que, des d'una perspectiva científica, s'han proposat com a **possibles solucions a l'abordatge de la delinqüència sexual** en la mesura que és un problema social que requereix una atenció especial. Aquestes estratègies es desenvolupen des de la perspectiva de la prevenció. En primer lloc, es farà referència a la **prevenció primària**, la qual va adreçada a la població en general i cerca actuar fins i tot abans que aparegui el problema. Per això en aquest tipus de prevenció tots els esforços aniran encaminats a desenvolupar pautes de neutralització molt focalitzades cap a l'educació i la intervenció en etapes primerenques del desenvolupament de l'individu. En segon lloc, ens aturarem en les estratègies de **prevenció secundària**, que està indicada principalment per als joves en situació de risc de protagonitzar aquesta problemàtica. L'objectiu principal d'aquest tipus de prevenció és actuar abans que el problema es cronifiqui. I, finalment, farem especial atenció als programes d'intervenció en **prevenció terciària**. Aquesta última està dirigida a persones que ja han presentat el problema i s'orienta bàsicament a evitar la repetició de les conductes criminals que ja s'han exposat.

És precisament en aquest últim tipus de programes en què més ens estendrem, i desgranarem els diferents ingredients que més sovint s'utilitzen en el disseny dels programes d'intervenció amb delinqüents sexuals. Els components d'un programa estàndard per a agressors sexuals són els següents: autoestima, educació sexual, millora d'habilitats afectives i sexuals, eradicació de pensaments distorsionats, autocontrol emocional, empatia amb la víctima i prevenció de recaigudes. Però, abans, abordarem dos aspectes de màxima importància en la implementació de tractaments per a delinqüents: la motivació cap al canvi i la

necessitat de fer avaluacions inicials del subjecte, per a conèixer-ne les característiques i necessitats d'intervenció; i per descomptat avaluacions del risc de reincidència, que ens indicaran la intensitat amb què cal aplicar el tractament.

Per acabar el mòdul, es presentaran els resultats de diferents estudis relatius a l'eficàcia que s'ha assolit mitjançant l'aplicació de diferents programes d'intervenció amb delinqüents sexuals.

Objectius

- 1.** Descriure les diferents estratègies de prevenció dirigides al tractament dels delinqüents sexuals.
- 2.** Especificar diferents aspectes de màxima rellevància vinculats a la intervenció terapèutica amb delinqüents sexuals.
- 3.** Conèixer les possibilitats de canvi dels delinqüents sexuals.
- 4.** Presentar els components principals que integren els programes d'intervenció amb delinqüents sexuals.
- 5.** Disposar de dades empíriques relatives a l'eficàcia dels programes aplicats a delinqüents sexuals.

1. Prevençió primària

En el desenvolupament infantojuvenil s'han distingit quatre etapes, que es corresponen amb quatre ambients parcialment diferents susceptibles d'influir prosocialment o antisocialment un individu, en funció dels valors preponderants en aquestes influències. Totes aquestes etapes resulten especialment rellevants per a la prevençió primària, la que s'hauria de dur a terme quan encara no han aparegut problemes de comportament en els àmbits sexuals o d'altres:

- **Etapa preescolar** (fins als cinc anys aproximadament), en què la pròpia família té una clara prioritat en el nen. Per aquest motiu els factors de risc o de protecció familiars tenen una gran significació en aquesta etapa.
- **Escola primària** (entre sis i deu anys), en què, sense que cedeixi el fort influx de la família, el context escolar adquireix cada vegada més protagonisme, per la qual cosa són molt importants les característiques de les accions escolars i del clima de l'escola.
- **Educació intermèdia** (dels onze als catorze anys), en què sobresurt la incidència de la combinació escola/amics, la qual cosa confereix la major rellevància als models a què el jove està exposat, així com als possibles inicis experiencials en el consum d'alcohol/drogues, etc.
- **Educació secundària** (entre els quinze i els divuit anys), en què les influències de risc/protecció ja estan en bona mesura establertes, per la qual cosa l'atenció prioritària s'hauria de prestar als elements de risc o de protecció susceptibles de contribuir al manteniment/eliminació de les conductes antisocials adquirides.

En la successió d'etapes seran moments crítics les transicions d'una a una altra, en tant que solen comportar canvis d'ambient, amb noves condicions, normes i estructures. Aquestes transicions solen portar oportunitats per a modificar el comportament, tant en una direcció positiva com negativa, depenent de quins factors i influències predominin (de protecció o de risc).

La prevençió primària comporta intervencions sistèmiques o intercontextuals, i s'ha de fer de manera combinada als diferents llocs on es desenvolupen els rols socials. És a dir, hi ha una **interdependència entre allò que es fa a l'escola, l'educació en el marc de les famílies i els missatges que s'emeten en el medi social**.

Podrien ser especialment rellevants els riscos socioambientals derivats d'estils de criança parental inadequats. Per això, s'hauria de fer un esforç especial orientat a la prevenció en aquest context, i al desenvolupament de la personalitat individual a partir de processos de criança i educació apropiats en el si de la família.

Està ben establert que el desenvolupament psicosocial apropiat d'un jove depèn en una part principal de la combinació adequada en la seva educació familiar dels dos elements següents (Henggeler, 1989):

1) **L'afecte dels pares cap al nen**, quant a la seva acceptació, la resposta apropiada a les seves demandes i necessitats i la dedicació parental (que implica prestar-li atenció, i passar temps i compartir activitats amb ell).

2) El **comportament dels pares**, respecte al millor equilibri possible entre les normes i la responsabilitat que se li inculquen (en relació amb la família, l'escola o els amics) i el control que s'efectua del seu comportament.

La combinació de tots dos aspectes –**dimensió afectiva i conducta paterna d'exigència i control**– sol produir els millors resultats en el desenvolupament psicosocial dels joves (bona independència, responsabilitat, autoestima, i control adequat de l'agressivitat). Mentre que les combinacions restants, de pares indiferents o autoritaris, acostumen a produir dèficits greus en el desenvolupament infantil pel que fa a mancances en la internalització moral i en l'estructuració dels processos cognitius superiors, i també alteracions en l'expressió d'una impulsivitat i agressivitat que es poden manifestar d'una manera descontrolada.

A més, un mecanisme general de protecció enfront del comportament antisocial és la generació de **vincles amb una unitat prosocial**, tant pel que fa a adults com a amics prosocials.

Perquè aquesta vinculació resulti **efectiva** en termes de **prevenció**, hi ha tres condicions imprescindibles (Howell, 2009):

1) S'han de donar oportunitats als infants per a contribuir amb el seu propi esforç i conducta en els àmbits de la família, l'escola, els amics i, més àmpliament, en la comunitat social (grups esportius, culturals i d'oci).

2) Se'ls han d'ensenyar les habilitats (motors, verbals i de comunicació) que necessiten per a poder aprofitar les oportunitats que se'ls presentin per a efectuar aquestes contribucions prosocials, evitant d'aquesta manera fracassos excessius i la seva frustració consegüent.

3) Se'ls han de reconèixer i incentivar les seves contribucions.

Per tal d'assolir una prevenció adequada, també resulta rellevant prendre en consideració els condicionants psicobiològics de la mateixa naturalesa humana. En concret, cal atendre la major propensió general que presentaran els homes a utilitzar l'agressió en el marc dels conflictes i disputes que es puguin suscitar, inclosos, en la vida adulta, els relacionats amb les interaccions sexuals. Aquesta més elevada probabilitat general d'agressió inherent als homes s'hauria de contrarestar amb l'educació i socialització intenses en els contextos de la família i l'escola, especialment durant la infància i l'adolescència. L'objectiu principal per a això ha de ser que **els nens i adolescents adquireixin habilitats adequades de comunicació, de resolució de problemes i d'autocontrol, i que aprenguin a inhibir amb fermesa els impulsos i reaccions agressius.**

En aquest sentit seran fonamentals dos tipus d'entrenaments complementaris. El primer fa referència als **dèficits cognitius** –que fet i fet, acaben presentant molts agressors–, en raonament moral, en la resolució cognitiva de problemes interpersonals i empatia amb el patiment de les víctimes de les pròpies violències i delictes. Doncs bé, un objectiu preferent de la prevenció de la violència en homes joves en risc hauria de ser precisament l'entrenament i millora d'aquestes dimensions cognitives de la vida social. Complementàriament, en el context d'aquests entrenaments cognitius, també s'haurien d'eradicar les denominades *distorsions cognitives* o *pensaments justificadors de l'ús de la violència*.

En segon terme, per al desenvolupament d'un estil de comunicació no violenta en els infants i joves és molt convenient l'**entrenament en l'expressió adequada d'emocions** i, especialment, en la **regulació emocional de la ira**. Moltes agressions greus, que poden derivar en delictes de lesió, maltractaments, agressió sexual i fins i tot homicidi, es precipiten en el curs d'experiències molt estressants per a l'individu, que li susciten fortes reaccions d'ira i agressivitat. Per això, en general és important ajudar a regular i controlar les expressions iracundes dels subjectes especialment proclius a aquestes reaccions.

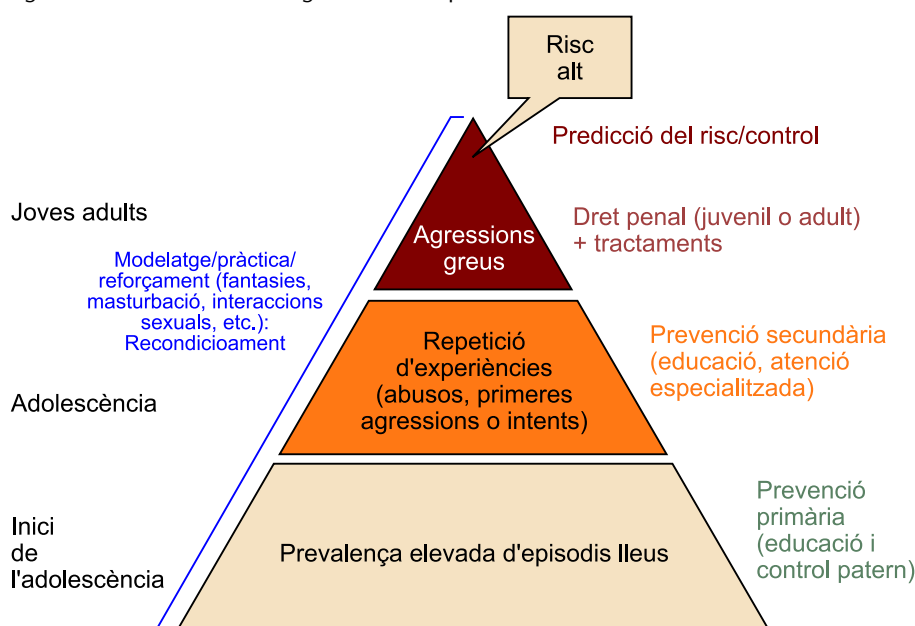
Activitat

Us suggerim que feu una cerca en el Google sobre "sex offenders". Dels diferents resultats obtinguts, identifiqueu en quants webs es proposen tractaments per a delinqüents sexuals i en què consisteixen. Classifiqueu-los en funció del tipus de prevenció (primària, secundària, terciària) a què s'orienten.

2. Prevençió específica o secundària amb joves en risc

En l'adolescència es poden produir algunes interaccions sexuals juvenils que es poden trobar en el límit de l'antinormatiu, ja que poden implicar adolescents i joves en contacte sexual amb infants, o bé relacions en què el consentiment d'algun dels participants sigui dubtós (Redondo i altres, 2012). Una anàlisi científica d'aquest procés etiològic que s'associa al desenvolupament individual es pot trobar a Marshall i Marshall (2002), i també podeu consultar Craig (2010).

Figura 1. Increment del risc d'agressió sexual i prevenció



Font: Echeburúa i Redondo (2010)

La **figura 1** vol representar la seqüència de processos que podrien portar, en els joves, a un increment del risc d'agressió sexual i quines mesures preventives serien aconsellables en cada cas.

Durant el període de la pubertat i l'adolescència els joves comencen a explorar la sexualitat adulta, i inicien les primeres interaccions sexuals. Al llarg d'aquest procés han d'aprendre quins comportaments sexuals són socialment correctes i viables, i quins estan legalment prohibits (als nostres efectes, especialment el sexe amb infants i el sexe forçat). En aquesta etapa de socialització sexual juvenil serà decisiva l'educació familiar i escolar que hagin rebut, que hauria de transmetre als joves els valors i les pautes de conducta apropiats per a les seves possibles interaccions sexuals.

Tot aquest gran àmbit de socialització sexual, que implicarà actuacions generals d'educació en actituds i valors, educació sexual, control de conducta, etc., concerneix la denominada **prevenció primària**. Com a resultat d'aquesta

educació general, és esperable que la immensa majoria dels joves adquireixi amb normalitat les pautes de conducta sexual correctes, la qual cosa també inclou les inhibicions necessàries, especialment pel que fa a l'evitació de tota violència sexual i de contactes sexuals amb menors.

Malgrat l'anterior, hi pot haver adolescents que posin en pràctica i repeteixin certes conductes d'abús o força com una cosa excitant i gratificant. Des del punt de vista preventiu, aquest és el territori de la denominada **prevenció secundària**. Aquesta s'hauria de dirigir als casos en què ja s'han manifestat els primers episodis de comportament antisocial, abans que aquest comportament es concreti en una motivació elevada per a l'agressió sexual i en una carrera delictiva duradora (Farrington, 1992; Loeber, Farrington i Waschbusch, 1998). La prevenció secundària requerirà una detecció precoç, generalment en els contextos familiar i escolar, alhora que una intervenció educativa decidida i, en els casos més greus, una atenció especialitzada.

Finalment, en aquesta seqüència d'agreujament, es produiran alguns abusos o agressions sexuals severes (abusos infantils reiterats, o bé agressions sexuals i violacions) que requeriran, en primera instància, la intervenció de la justícia, i, en segona, l'aplicació dels tractaments oportuns d'agressors. Aquests supòsits estarien en el marc de la **prevenció terciària**, que s'orienta a les casuístiques més greus, per a evitar la reincidència.

En l'escalada descrita cap a l'agressió sexual repetida exerceixen un paper fonamental mecanismes psicològics com la imitació de models antisocials (per exemple, joves més grans o adults abusadors), la pràctica reforçada de les agressions sexuals (la gratificació de les quals dimanaria del mateix plaer sexual i també del reforçament social per part d'altres persones) i el recondicionament (mitjançant l'associació repetida entre conductes il·lícites i excitació / plaer sexual). Tots aquests processos tindrien lloc per mitjà de les fantasies sexuals desviades que es connecten amb la masturbació, o directament a partir d'interaccions sexuals antisocials.

Amb joves en risc una de les estratègies especialitzades més prometedores en termes de prevenció secundària ha estat la denominada **teràpia multisistèmica**, que comporta el treball simultani en diversos escenaris (família, escola, amics) per al desenvolupament, en subjectes i famílies en risc, d'habilitats intrapersonals i interpersonal. També s'ha mostrat com una estratègia eficaç l'educació específica adreçada als pares, alhora que es dedica una atenció material diària (durant unes hores) dels infants en risc, especialment dirigida a la seva estimulació i enriquiment cognitiu.

Un programa, pioner a Espanya amb menors infractors sexuals, denominat Programa de desenvolupament integral per a agressors sexuals, DIAS), es va iniciar l'any 2005 en centres de joves dependents de la Comunitat de Madrid. És un programa d'intervenció psicològica, tant grupal com individual, que té els objectius terapèutics següents: aconseguir que el jove assumeixi l'autoria

i la responsabilitat del delict; que identifiqui les situacions i les decisions de risc que l'han portat més sovint (o el poden portar en general) a cometre un delict sexual; desenvolupar la capacitat d'empatia amb la víctima; eradicar, en la mesura del possible, les distorsions cognitives que han contribuït a facilitar l'agressió; proporcionar-li una educació sexual integral; millorar l'autoestima i la capacitat de resolució de problemes i situacions conflictives; augmentar la seva competència social i familiar; canviar l'estil de vida, per a prevenir possibles recaigudes o reincidències en la conducta infractora.

Més recentment, Redondo i altres (2012) han dissenyat, per encàrrec de la mateixa Comunitat de Madrid, un programa educatiu i terapèutic, més ampli i sistemàtic, per a menors infractors sexuals. Aquest programa consta dels set mòduls d'intervenció següents:

- 1) Refermant la teva autoestima et pots millorar a tu mateix.
- 2) Conèixer millor la sexualitat.
- 3) Augmenta les teves habilitats per a les relacions afectives i sexuals.
- 4) Aprèn a no distorsionar i justificar l'abús.
- 5) Autocontrol emocional per a evitar conflictes.
- 6) Sentir solidaritat i empatia amb les víctimes.
- 7) Prepara't per a prevenir que els abusos es puguin repetir.

Cada mòdul incorpora un mínim de cinc activitats/sessions d'entrenament, cosa que representa prop de trenta-cinc activitats d'una durada aproximada d'1 hora i mitja i es tradueix en el fet que la intensitat total del programa es pot estimar en un mínim de 52 hores d'intervenció, a les quals s'han d'afegir entre 10 i 15 hores destinades a l'avaluació. És a dir, el conjunt del programa s'hauria de desenvolupar en un temps aproximat de 65 hores.

Per al desenvolupament del programa es preveu l'ús dels instruments següents:

- **Manual del terapeuta**, que recull les activitats que s'han d'implementar, els objectius, els materials, l'estructura i la dinàmica, i també les recomanacions específiques per a l'aplicació global del programa i de cada activitat en particular.
- **Annex d'activitats**, o llibre d'exercicis destinat als joves participants del programa.
- **Quadern personal de teràpia**, que recull tots els materials (com ara auto-registres d'observació, fulls de resposta, quadres per a anotar tasques, resums de les sessions, etc.) que cada subjecte haurà de completar durant el desenvolupament del programa.

La previsió actual és que aquest programa s'apliqui als centres d'internament de menors de la Comunitat de Madrid, i també pugui ser utilitzat per altres institucions (d'altres comunitats autònomes, etc.) que el vulguin emprar en els propis centres i sistemes d'intervenció amb joves delinqüents.

3. Tractament o prevenció terciària

3.1. Motivació

L'aplicació d'un tractament a agressors sexuals requereix que aquests s'impliquin i participin activament en el seu desenvolupament, que se sentin disconformes amb les conductes, i que siguin conscients que han de canviar el comportament futur (Serin i Lloyd, 2009; Polaschek i altres, 2010). També cal que s'adonin que hi ha diversos factors (com certes creences, fantasies, abús d'alcohol, explosions de ràbia, etc.) que estan relacionats de manera estreta amb la precipitació de les agressions, ja que d'aquesta manera serà més factible que puguin canviar aquests factors i, al final, la conducta. Així mateix, és important que l'individu sigui capaç d'establir relacions afectives, que disposi de certes habilitats verbals i de comunicació interpersonal, i que tingui certa capacitat per a aprendre de l'experiència i per a controlar la pròpia conducta. És a dir, un factor important, que pot contribuir a l'èxit del tractament i a la reducció del risc de tornar a delinquir, és que el subjecte disposi de **vincles afectius prosocials en els àmbits familiar, laboral i social** (Nichols, 2009).

A l'inici dels programes s'hauria de comptar amb el fet que la voluntat de canvi dels delinqüents sexuals no serà tot el genuïna i sincera que seria desitjable (Serin i Lloyd, 2009; Polaschek Anstiss i Wilson, 2010). Tanmateix, això no significa que ni s'hagi ni es pugui treballar amb aquests subjectes.

En un primer estadi, la **motivació per al tractament** es pot concebre més com un objectiu del mateix programa que com un requisit per a l'inici de la intervenció (Redondo, 2008a). Factors susceptibles de condicionar la motivació dels agressors sexuals per a canviar de comportament són l'edat i la maduració personal; també poden ser molt rellevants a aquest efecte les transicions vitals, o moments de transformació personal en què es puguin trobar (complint una pena de presó, a prop de l'alliberament condicional, havent iniciat una nova relació de parella, una nova feina, etc.). També poden ser importants les narratives subjectives, o interpretacions que el subjecte fa de la pròpia vida, especialment quan s'hi plasma un augment de l'interès i la preocupació per altres persones (parella, fills, amics, etc.) i una consideració major del seu futur.

En el treball motivacional amb agressors sexuals, és important cuidar els aspectes següents: evitar la discussió oberta i directa amb ells, expressar-los empatia sincera, ajudar-los a percebre les pròpies inconsistències vitals i a superar la seva resistència al canvi de comportament, i donar suport als seus èxits i millores, encara que siguin petits i parcials (Burrowes i Needs, 2009; Polaschek i altres, 2010).

3.2. Avaluació inicial i de risc

Abans d'aplicar un tractament amb delinqüents convé efectuar una adequada valoració del risc que presenten (Righthand i Welch, 2001). Per a això s'ha de recollir la informació necessària, a partir d'entrevistes i instruments psicològics com qüestionaris i altres proves, per a conèixer-ne el funcionament intel·lectual (per a descartar possibles deterioracions neurològiques), les característiques de la personalitat i del comportament, i també possibles trastorns psicopatològics. A més, s'ha d'avaluar si el subjecte abusa de l'alcohol o consumeix substàncies estupefaents.

També s'hauria d'explorar la possibilitat d'una excitabilitat sexual anòmla, en el sentit que l'individu pugui sentir una forta preferència i excitació sexuals per estímuls atípics i il·lícits, especialment infants, o l'ús de violència en les interaccions sexuals. Això es pot fer, de manera indirecta, en el transcurs de les entrevistes que es facin a l'individu, preguntant-li sobre els interessos sexuals, què l'excita i li dóna plaer, si ha tingut parelles anteriorment, o quines altres formes de satisfacció sexual utilitzava. També es podria aplicar alguna escala de desviació sexual, traduint-la i adaptant-la a aquest efecte si és necessari, com podria ser l'*Abel assessment for interest paraphilias* (Abel, 1996).

L'**avaluació del risc** és important tant per a programar la intensitat del tractament que s'ha d'aplicar amb un subjecte com per a valorar i decidir les millors mesures i actuacions que hauria d'incloure el pla de seguiment posterior.

En contra del que habitualment se sol considerar, els delinqüents sexuals presenten unes taxes de reincidència de mitjana substancialment més baixes (prop del 20%) que els delinqüents d'altres tipologies (delictes violents, contra la propietat, per tràfic de drogues, etc.), amb un grau de reincidència que pot oscil·lar entre el 20% i el 60% (Caldwell, 2010; Vess i Skelton, 2010). Fins i tot els mateixos delinqüents sexuals (tant adults com joves) poden reincidir més en delictes no sexuals que en infraccions sexuals.

En una avaluació feta a Espanya sobre una mostra d'agressors sexuals adults (Redondo, Navarro i altres, 2005) ja esmentades, de 123 subjectes avaluats (entre tractats i controls), el 31,8% va reincidir en delictes no sexuals, enfront del 6,1% que ho va fer en delictes sexuals. En una mostra de 261 agressors sexuals juvenils avaluats per Waite i altres (2005), la reincidència en delictes no sexuals va oscil·lar entre el 31% i el 47%, mentre que la taxa de reincidència sexual va ser inferior al 5%. A partir d'un grup de 114 infractors sexuals juvenils tractats, el 27% va cometre un nou delicte no sexual durant un període mitjà de seguiment de nou anys, mentre que l'11% va dur a terme una nova infracció sexual (Hendriks i Bijlavelde, 2008).

En una metaanàlisi recent que va integrar 63 estudis sobre la reincidència oficial (noves detencions i mesures judicials) d'11.219 delinqüents sexuals juvenils, avaluats durant un període mitjà de 59,4 mesos (gairebé cinc anys), es van

obtenir les taxes de reincidència següents: va reincidir en delictes sexuals un 7,08% (amb una desviació típica, o variabilitat entre estudis, del 3,9), i en delictes no sexuals un 43,4% (desviació típica del 18,9%) (Caldwell, 2010). Una monografia sobre reincidència juvenil, per al cas de la comunitat autònoma de Catalunya, és l'estudi de Capdevila, Ferrer i Luque (2006), estudi en què la reincidència sexual és inferior a la reincidència no sexual.

Malgrat que, segons el que s'ha vist, la **reincidència sexual** mitjana de les mostres de delinqüents sexuals és en conjunt baixa, el més important és avaluar i estimar per a cada individu concret el risc particular de reincidència en un delicte sexual. Alguns factors que, segons el que es coneix, s'associen a aquest risc incrementat són els següents: haver comès altres delictes sexuals amb anterioritat, la vagabunderia (és a dir, portar una vida desorganitzada, sense obligacions, normes, etc.), puntuar alt en psicopatia, mostrar una desviació sexual, presentar fortes distorsions cognitives, haver emprat força o violència en la comissió del delicte o delictes precedents, i el grau de dany infligit a la víctima o víctimes.

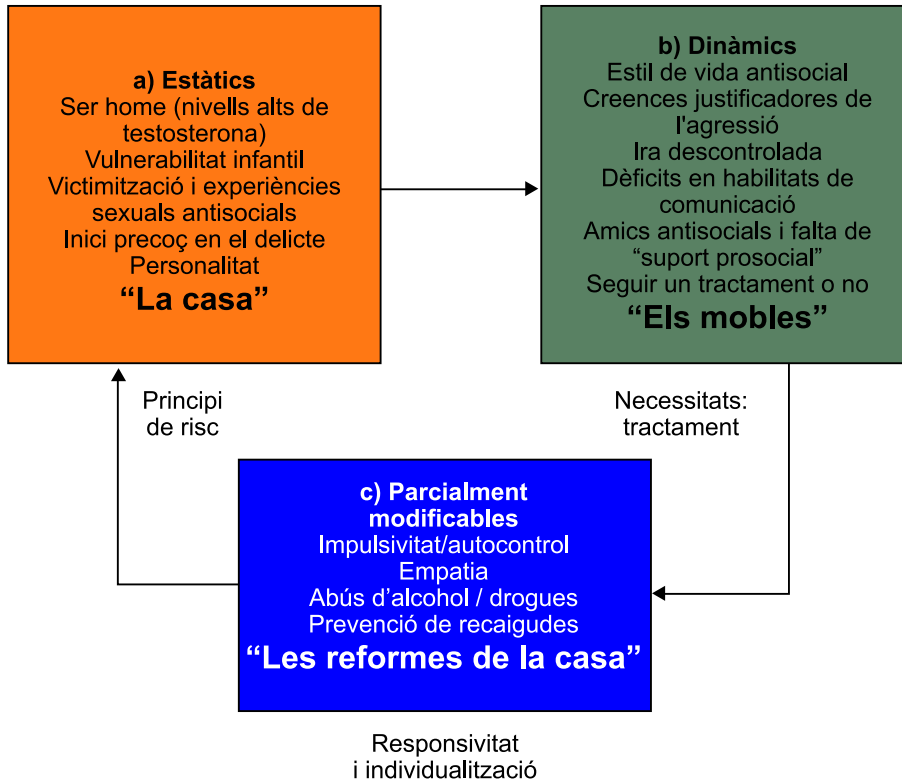
Respecte a la **predicció del risc delictiu futur**, una conclusió important en l'actualitat és que les guies i els sistemes de predicció estructurats permeten efectuar prediccions més precises i de confiança que les meres estimacions professionals no estructurades (Andrés-Pueyo, 2009; Andrés-Pueyo i Redondo, 2004; Hanson i Bussière, 1998; Hanson i Morton-Bourgon, 2009; Viljoen, Mordell i Beneteau, 2012).

Actualment es disposa de diverses guies estructurades per a l'avaluació del risc d'abús i agressió sexual. Una és l'SVR-20 o *Sexual violence risk assessment* (Boer, Hart, Kropp i Webster, 1997), traduïda i adaptada al castellà sota la denominació de *SVR-20: Manual de valoración del riesgo de violencia sexual* (Martínez, Hilterman i Andrés-Pueyo, 2005), que ha mostrat una bona capacitat predictiva amb agressors sexuals adults (Redondo, Pérez i Martínez, 2007). Altres escales de valoració del risc, en aquest cas d'utilitat per als agressors sexuals juvenils, són l'STATIC-99, el *Juvenile sex offender assessment protocol-II* (J-SOAP-II), l'ERASOR, el *Psychopathic personality inventory* (PPI), el *Sexualized violence questionnaire* (SVQ) (Hersant, 2007; Parks, 2004; Prentky, Cavanaugh i Righthand, 2009; McCoy, 2008; Righthand, Prentky i altres, 2005; Williams, 2007). També s'han emprat amb aquesta finalitat instruments generalistes de predicció de violència juvenil, com la *Psychopathy checklist: youth version* (PCL: YV) i l'*Structured assessment of violence risk in youth* (SAVRI), encara que han mostrat més utilitat en termes d'agressió general que no específicament sexual (Borum, Lodewijks, Bartel i Forth, 2010).

3.3. Necessitats d'intervenció: riscos estàtics i dinàmics

En la **figura 2** es representen els factors de risc principals que, segons el coneixement disponible, afavoreixen els comportaments d'abús i agressió sexual. Els riscos s'han dividit en l'estructura de factors següent (Andrews, 2001; Andrews i Bonta, 2006; Echeburúa i Redondo, 2010; Redondo, 2008a):

Figura 2. Factors de risc per a l'agressió sexual



Font: adaptat a partir de Redondo (2008)

El significat d'aquesta estructura de factors és el següent:

a) Els factors estàtics es corresponen amb els aspectes o característiques del mateix subjecte (com el fet de ser home, la vulnerabilitat infantil, etc.), o amb els relatius a les seves experiències passades (victimització sexual, precocitat delictiva, personalitat inestable, etc.). Aquests factors es consideren estàtics en la mesura que **no poden ser directament modificats per un tractament**. Utilitzant per a això una metàfora que ha estat emprada en el marc terapèutic, aquests aspectes més estables serien "la casa", és a dir, allò que l'individu és i que difícilment pot canviar d'ell mateix. Un principi terapèutic ben establert amb delinqüents, relatiu als factors estàtics, és el denominat *principi de risc*, que significa que el tractament hauria de ser més estructurat o intensiu en proporció directa a la magnitud global del risc que presenta un individu (particularment, en termes dels seus factors estàtics de risc).

b) Els factors dinàmics es refereixen als riscos –com portar un estil de vida antisocial, tenir creences justificadores de l'agressió, experimentar forts arrataments d'ira, patir dèficits en la capacitat de comunicació, tenir amics an-

tisocials o mancar de “suport prosocial”– que són susceptibles de ser reduïts (i, en el millor dels casos, eliminats) mitjançant un tractament adequat. En la metàfora terapèutica esmentada de “la casa”, els factors dinàmics constituïrien “els mobles”, és a dir, els elements personals presents (per exemple, els hàbits del subjecte, com pensa, amb qui es relaciona) que, igual que els mobles d’una casa, poden ser reemplaçats per uns altres, encara que això s’hagi de fer a poc a poc i amb l’esforç i l’ajuda necessaris. El principi terapèutic més important en el tractament de tot tipus d’agressors i delinqüents, denominat *de necessitat criminogènica*, estableix que els factors de risc dinàmics directament vinculats a l’activitat delictiva d’un subjecte (hàbits antisocials, justificacions de la violència, dèficits en habilitats socials, falta de suport prosocial, etc.) són els objectius principals del tractament.

c) Els factors parcialment modificables farien referència a les característiques de l’individu que **ni constitueixen factors completament estàtics (o immo-dificables) ni totalment dinàmics (o modificables)**. Entre aquests factors hi hauria la dimensió de risc impulsivitat-autocontrol, l’empatia, el consum abusiu crònic d’alcohol i drogues, etc. En el símil proposat, aquí ens podríem referir a “les reformes de la casa”, és a dir, dels elements que ni constitueixen purament parets mestres de la casa (no modificables) ni tampoc són mers mobles que es puguin reemplaçar amb relativa facilitat. Igual que en una casa es poden reformar parcialment alguns envans de distribució de les habitacions, canviar les finestres i les portes, o variar el color de les parets, també les persones poden efectuar en la seva vida algunes reformes i ajustos que poden millorar-ne les possibilitats futures. Aquests factors parcialment modificables s’associen al denominat *principi de responsivitat o individualització*, que especifica que les intervencions terapèutiques s’han d’adaptar tant com sigui possible a les peculiaritats personals dels subjectes tractats.

3.4. Tractament cognitivoconductual

En el camp de la intervenció amb delinqüents, els tractaments més emprats i que han mostrat més efectivitat amb els agressors sexuals (i amb altres delinqüents) han estat els d’**orientació cognitivoconductual** (Brandes i Cheung, 2009; Erickson, 2009; Garrido, Morales i Sánchez-Meca, 2006; Lipsey i Landerberger, 2006; Prentky i Schwartz, 2006; Tong i Farrington, 2006). Des d’aquesta perspectiva terapèutica, el model de tractament aplicat per Marshall i el seu equip al Canadà ha estat el fonament originari de la majoria dels programes amb infractors sexuals aplicats al món (Brown, 2005; Budrionis i Jongmsa, 2003; Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000; Marshall i Fernández, 1997; Marshall, 2001; Ward, Hudson i Keeman, 2001).

En matèria de tractament d’agressors sexuals, el país més avançat és el Regne Unit, on els serveis de presons han dissenyat i aplicat diversos programes semblants al model estàndard desenvolupat al Canadà per Marshall i els seus col·laboradors (Hollin i Palmer, 2006). El Programa de tractament de delinqüents sexuals (*Sex offender treatment programme, SOTP*) té com a element

central la confrontació de les justificacions i excuses que empren els infractors. El *SOTP adapted programme* és una versió per a subjectes amb disminució intel·lectual. Hi ha una versió extensiva d'aquest programa (*Extended SOTP*) per a subjectes d'**alt risc** que ja han seguit el programa estàndard (SOTP). També s'ha creat una modalitat per a delinqüents de **baix risc**, i últimament una versió de continuació del tractament (*Betterlives booster SOTP programme*) per a subjectes d'**alt risc**. També hi ha versions dels programes anteriors, amb intensitats possibles d'entre 50 i 260 hores d'intervenció per a delinqüents sexuals en la **comunitat**.

Aquests tractaments típicament funcionen en un format grupal, en el qual un o dos terapeutes treballen amb un grup de vuit a deu subjectes. Es comença avaluant les necessitats de tractament dels individus i el risc de reincidència i, en funció de si les necessitats i el risc són alts, moderats o baixos, s'inclouen en una de les tres possibles modalitats de programes. Els subjectes amb necessitats i risc elevats reben un tractament més ampli i intens que la resta de grups (Marshall, Eccles i Barbaree, 1993; O'Reilly i Carr, 2006). Els terapeutes intenten crear un estil de treball que faci compatible el rebuig de les distorsions cognitives i justificacions dels subjectes amb oferir-los, paral·lelament, el suport que necessiten per a canviar i refer la seva vida (Marshall, 1996). Aquest acostament equilibrat, entre la confrontació de les seves conductes i justificacions passades i el suport per a millorar en relació amb el futur, ha estat molt efectiu amb els agressors sexuals (Beech i Fordham, 1997).

Waite i altres (2005), en una aplicació de dos nivells d'intensitat d'un mateix programa de tractament i per a una avaluació de la reincidència efectuada al llarg d'un període de seguiment de deu anys, van observar que la major intensitat s'associava a una menor reincidència.

En aquesta mateixa direcció, la investigació internacional ha posat en relleu que les intervencions han de tenir un caire continuat, anant des de nivells de més intensitat de la mateixa intervenció i del seguiment i control dels subjectes, fins a etapes posteriors d'una intervenció i uns controls més espaiats i diluïts.

3.5. Ingredients terapèutics i habilitats dels terapeutes

Els tractaments han inclòs els ingredients principals d'intervenció següents (Hunter i Figueredo, 1999; Redondo, 2008a): educació sexual, confrontació i reestructuració cognitives de distorsions i justificacions del delictes, millora de la capacitat d'empatia, clarificació i desenvolupament de valors sobre quins comportaments sexuals poden ser correctes i lícits o no, entrenament en habilitats de control dels impulsos i de la ira, entrenament en habilitats socials, més autocontrol de l'excitació sexual i prevenció de recaigudes. En la **taula 1**

es recullen, a partir de Righthand i Welch (2001), les categories o continguts principals inclosos en els tractaments de delinqüents sexuals en relació amb els objectius a què s'han dirigit.

Taula 1. Tractaments per a reduir els comportaments violents

Tipus/ingredients dels tractaments	Àrees problemàtiques/objectius dels tractaments						
	Deterioració de les relacions socials	Dèficits d'empatia	Distorsions cognitives	Desviació sexual	Maneig de les emocions	Impulsivitat / comportaments antisocials	Conseqüències d'haver patit maltractaments
Maneig de la ira	X		X		X		
Entrenament en assertivitat	X				X		
Teràpia d'aversion				X			
Grup "Infància víctimes supervivents"	X	X	X		X		X
Reestructuració cognitiva	X	X	X		X	X	X
Sensibilització encoberta				X			
Teràpia expressiva		X			X		X
Intervencions familiars	X	X	X		X	X	X
Teràpia individual i grupal	X	X	X	X	X	X	X
Intervencions multi-sistèmiques	X	X	X		X	X	X
Farmacoteràpia				X	X	X	
Desenvolupament de la identificació positiva	X		X				X
Prevençió de recaigudes i del cicle de la violència			X	X	X	X	
Autocontrol i maneig de la impulsivitat				X	X	X	
Grups d'autoajuda	X					X	X

Fons: Redondo i altres (2012), a partir de Righthand i Welch (2001)

Tipus/ingredients dels tractaments	Àrees problemàtiques/objectius dels tractaments						
	Deterioració de les relacions socials	Dèficits d'empatia	Distorsions cognitives	Desviació sexual	Maneig de les emocions	Impulsivitat / comportaments antisocials	Conseqüències d'haver patit maltractaments
Educació sexual i habilitats per a relacionar-se amb la parella	X						
Entrenament en habilitats socials	X						
Maneig de l'estrès i l'ansietat	X				X	X	
Educació i tractament de l'abús de substàncies					X	X	
Dessensibilització sistemàtica	X						
Sensibilització vicària							
Entrenament en empatia envers la víctima	X	X	X	X		X	

Fonts: Redondo i altres (2012), a partir de Righthand i Welch (2001)

També s'ha posat en relleu la importància de treballar amb les famílies dels delinqüents, donant-los el suport i l'entrenament adequats perquè en millorin la motivació i les habilitats per a una educació i un control més eficients dels joves. Així mateix, s'ha remarcat la necessitat que els terapeutes que apliquin tractaments en aquest camp tinguin les característiques, la formació i l'entrenament adequats. Entre aquests s'ha assenyalat que siguin persones emocionalment equilibrades, empàtiques i respectuoses amb els subjectes agressors, amb habilitats d'escolta i lideratge, amb l'entrenament tècnic apropiat i amb alguna experiència supervisada de treball amb infractors sexuals. Com a eina per a l'entrenament de terapeutes en castellà hi ha monografies com els treballs de Ruiz i Villalobos (1994), i Ruiz (1998).

3.6. Objectius i tècniques d'intervenció

A continuació s'expliquen els objectius més importants del tractament dels agressors sexuals. Són els següents:

- Autoestima
- Educació sexual
- Millora de les habilitats afectives i sexuals

- Eradicació de distorsions cognitives
- Autocontrol emocional
- Empatia amb les víctimes
- Prevenció de les recaigudes

3.6.1. Autoestima

L'autoestima es refereix a la valoració que fa el subjecte sobre ell mateix i sobre el propi comportament, al grau en què un individu està satisfet de qui és i de com és. Una autoestima de raonable a elevada s'associa a persones emprenedores i que es proposen noves metes en la seva vida, mentre que una autoestima baixa es vincula a un cert descoratjament i inhibició conductual, a un cert abandó de si mateix. El nivell d'autoestima que té una persona també està relacionat amb l'èxit que ha tingut en les iniciatives i en els projectes que ha emprès, en com li ha anat la vida.

S'ha constatat reiteradament que els **delinqüents** de diverses tipologies –i particularment els abusadors i els agressors sexuals– presenten una **autoestima més baixa** que els subjectes no delinqüents (Marshall, Champagne, Sturgeon i Bryce, 1997). La comissió d'un delictes sexual, i el processament i condemna corresponents, s'associen comunament a una devaluació important de la pròpia imatge i a una disminució de l'autoestima. Hi ha el risc que això es tradueixi en un descoratjament notable respecte del futur i de les pròpies capacitats i possibilitats per a manejar-lo. Aquesta és la raó per què molts tractaments d'agressors sexuals comencen per aquest mòdul de treball sobre autoestima com una condició necessària per a motivar els subjectes a treballar activament per a millorar i canviar positivament el seu futur (Redondo i altres, 2012).

3.6.2. Educació sexual

Ja s'ha raonat la necessitat d'una socialització sexual apropiada. Per a això, el primer que resulta **imprescindible**, en el marc d'un tractament, és donar als subjectes la **informació** i l'**educació sexual** adequades en termes biològics, psicològics i socials. Però, també, ensenyar-los com **expressar les pròpies emocions** i sentiments afectius i sexuals, i a reflexionar sobre els diversos significats i expectatives que aquestes expressions poden comportar per a un sexe i l'altre, i per a diferents persones.

Pel que fa a les seves experiències delictives passades, per començar també caldrà ajudar-los a fer-se conscients que poden haver utilitzat el sexe com a “estratègia d'afrontament” dels seus problemes emocionals i de relació, però que en realitat aquesta estratègia té poca relació amb la resolució efectiva d'aquests problemes. Alhora, se'ls han d'ensenyar estratègies d'afrontament més apropiades, variades i eficaces per a enfrontar-se a les seves dificultats personals i

emocionals (l'estratègia més emprada en aquesta direcció per a múltiples problemes de comportament ha estat la **tècnica de resolució de problemes** – D'Zurilla, 1993; D'Zurilla i Goldfried, 1971–).

Finalment, l'educació sexual també s'haurà d'ocupar d'aspectes tan importants com els següents: millorar la capacitat de reflexió dels subjectes per a interpretar significativament la sexualitat com una forma de comunicació, plaer, satisfacció i felicitat, però al mateix temps com una relació especial entre dues persones, que s'accepten i respecten recíprocament; millorar la consciència i la disposició dels individus per al canvi terapèutic en el marc del tractament; i educar-los sobre la relació psicològica entre emocions, pensaments i conductes, que resulta de la màxima rellevància tant per a comprendre la precipitació de l'agressió sexual com per a poder-la controlar.

3.6.3. Millora de les habilitats afectives i sexuals

L'**entrenament en habilitats socials** (EHS) és una de les tècniques més conegudes i acceptades per al tractament de delinqüents (Redondo, 2008a; Ross i Fabiano, 1985). El pressupòsit central és que un comportament social competent necessita tres components relacionats (Hollin i Palmer, 2001; Méndez, Olivares i Ros, 2005): **percepció social**, o habilitat per a reconèixer, entendre i interpretar convenientment els senyals socials, com ara l'expressió facial d'emocions, les indicacions i respostes d'altres persones, etc.; la **cognició social**, o habilitat per a generar mentalment alternatives de resposta viables per a respondre a les interaccions i demandes socials; i **actuació social**, o capacitat per a dur a terme conductes apropiades en la comunicació i la interacció socials, com ara escoltar a altres, mantenir un bon contacte visual amb interlocutors, modular el to de veu d'acord amb els continguts i les situacions comunicatives, respondre a les crítiques, ser assertiu en la comunicació, etc.

És notori que molts infractors presenten **dèficits greus** en totes aquestes competències interpersonals, la qual cosa els porta molts conflictes legals (Blackburn, 1994; Glick, 2003). L'entrenament en habilitats socials s'ha emprat amb delinqüents juvenils i adults per a ensenyar competències molt diverses (Ross i Fabiano, 1985; Garrido, 1993): desenvolupar les habilitats conversacionals; afavorir la "introversió" i reflexió; augmentar l'autoestima, les habilitats de comunicació, i la capacitat per a expressar assertivitat i per a afrontar situacions de risc; i desenvolupar les habilitats d'interacció amb figures d'autoritat.

L'**entrenament en habilitats socials** se sol aplicar a partir dels passos següents (Caballo, 1998; Garrido, 1993; Gil i García Sáiz, 2004; Redondo, 2008a):

1) **Instruccions**: s'informa els individus sobre l'habilitat específica que se'ls ensenyarà (iniciar una conversa, demanar una cita, o proposar una relació, etc.) i sobre els passos necessaris per a adquirir aquesta habilitat.

2) **Modelatge:** un “model” (el terapeuta o una altra persona del grup) mostra als “aprenents” (els participants en el tractament) els aspectes més rellevants de l’habilitat que es practica.

3) **Assaig de conducta:** el subjecte reproduceix la conducta que s’ha mostrat, anant des d’habilitats molt senzilles i fàcilment imitables (per exemple, saludar una altra persona, iniciar una conversa) a altres de més elaborades (per exemple, demanar una relació amorosa, manifestar assertivament una queixa, etc.), de manera que s’afavoreixi un aprenentatge progressiu alhora que es generalitza el que s’ha après en les rutines de la vida diària.

4) **Reforçament positiu i retroalimentació** (generalment mitjançant el realç i la lloança per part del terapeuta) dels èxits dels subjectes en la seva imitació i la millora gradual de cada habilitat ensenyada, suggerint-los la manera de resoldre les dificultats i de rectificar errors que es puguin presentar.

5) **Pràctica de les habilitats** en situacions reals, duent a terme autoregistres de les situacions experimentades i de les pròpies conductes, anotacions que després es comentaran en el context de la teràpia. És òbvia la limitació per a desenvolupar aquest últim pas en els casos de compliment de pena en règim tancat.

Un aspecte molt important del treball amb infractors és que l’entrenament en habilitats socials no s’hauria de limitar a ensenyar-los la mera mecànica de les conductes, sinó també les competències cognitives, actitudinals i valoratives que han d’acompanyar cada comportament (Marshall, Bryce, Hudson, Ward i Moth, 1996). Aquí seran aspectes de la màxima rellevància els següents: millorar la capacitat individual per a reflexionar sobre la necessitat que totes les persones tenen d’estimar i ser estimades, i d’expressar a d’altres i de rebre d’altres sentiments d’afecte; desenvolupar noves habilitats d’expressió d’emocions i afectes personals; i millorar la competència per a la manifestació de desitjos afectius i sexuals a una altra persona.

3.6.4. **Eradicació de distorsions cognitives**

Són diverses les distorsions cognitives i justificacions que poden emparar les conductes d’abús i d’agressió sexual. Pollock i Hashmall (1991) van avaluar una mostra de 86 agressors sexuals de nens a la ciutat de Toronto, i hi van identificar fins a 250 justificacions diferents del comportament d’abús. Les van agrupar en diverses categories temàtiques. Les dues categories en què es van poder incloure més distorsions van ser les següents: **considerar que la mateixa víctima havia iniciat l’activitat sexual** (o bé que hi havia consentit), i aduir que la conducta era deguda a la **manca de contactes sexuals habituals** o a la **intoxicació etílica**. Ward (2000) considera que les distorsions cognitives funcionarien en els agressors sexuals com una mena de “teories implícites”, explicatives i predictives del comportament, hàbits i desitjos de les víctimes. Així, un agressor podria considerar que quan una nena pregunta sobre algun

comportament sexual que ha vist a la televisió està “llançant el missatge” que li agradaria dur a terme aquest comportament, la qual cosa podria “justificar” la pròpia conducta d’acariciar-la sexualment.

Per a modificar la manera de pensar dels infractors s’han emprat diferents tècniques psicològiques. La **més utilitzada** ha estat la **reestructuració cognitiva**, que parteix de la consideració que molts trastorns psicològics i de conducta són el resultat d’automatitzacions esbiaixades o irrealistes en el processament de la informació; alguns pensaments automàtics es poden acabar convertint en fermes distorsions cognitives o patrons erronis d’interpretació de les interaccions socials (percebut-les com a amenaçadores, provocadores, etc.) (Beck, 2000; Carrasco, 2004; Méndez, Olivares i Moreno, 2005), cosa molt freqüent en els delinqüents.

Mitjançant la tècnica de reestructuració cognitiva es pot ajudar els subjectes a adonar-se que les distorsions cognitives guarden una estreta relació amb les conductes infractores; i a partir d’això s’estaria facilitant que puguin reorganitzar més racionalment el pensament i la conducta.

Per a incidir en el pensament dels infractors, també s’ha emprat el denominat *programa de solució cognitiva de problemes interpersonal*s. En aquest programa s’entrena els subjectes perquè siguin capaços de reconèixer i definir els problemes interpersonal, identificar els sentiments vinculats a ells, i aprendre a generar solucions innovadores (diferents de les que han utilitzat habitualment), solucions que han de prendre en compte les diverses conseqüències que s’associen a les diferents opcions de conducta (Redondo, 2008a).

Altres mesures encaminades al mateix han estat les tècniques d’**autocontrol**, que es basen l’entrenament en **autoinstruccions** (o ús de llenguatge intern) amb la finalitat d’orientar la pròpia conducta. Per mitjà de l’autocontrol s’ensenya els individus a definir convenientment la tasca a què s’enfronten, a dirigir l’atenció a aquesta tasca, a corregir els errors que es puguin cometre, i a autoavaluar-se i autoreforçar-se pels seus assoliments i millores (Díaz, Comèche i Vallejo, 2004; Olivares, Méndez i Lozano, 2005).

Així mateix, s’han emprat tècniques de **desenvolupament moral**, orientades a ajudar els participants en el programa a “créixer” moralment. Kohlberg considera que les persones evolucionen, amb el seu desenvolupament i maduració, per mitjà de diversos estadis de moralitat, en els quals les decisions de conducta prenen en compte diferents tipus de conseqüències (Palmer, 2003, 2005; Redondo, 2008a). En els primers estadis les decisions de comportament es basen essencialment en recompenses tangibles i immediates per a un mateix i en l’evitació del càstig; mentre que en estadis superiors es fonamentarien en conseqüències demorades i en valors altruistes. S’interpreta que molts infractors s’han estabilitzat en els primers estadis de desenvolupament moral (Rich, 2009). Per això, aquestes tècniques s’orienten a ajudar els individus a avançar cap a estadis morals superiors. Amb aquesta finalitat, es confronta els subjek-

tes, mitjançant activitats de discussió grupal, a possibles dilemes morals, en el sentit de situacions reals o imaginàries en què entren en conflicte diferents opcions de conducta, totes les quals tenen els pros i els contres. Aquesta tècnica facilita que els subjectes pensin sobre un dilema i hagin de prendre partit inicialment per una solució, però que a continuació coneguin altres possibles solucions arbitrades pels seus companys, i els arguments que ells tenen per a formular-les. L'habitual és que els participants en un tractament completin la informació i la reflexió inicial i, d'aquesta manera, puguin millorar les pròpies eleccions de conducta.

Estudi d'un cas

Jo crec que ells se sentien bé quan fèiem certes coses, fins al dia que jo em vaig assabentar del que feien amb el pare. Va ser llavors quan jo els vaig dir que no tornessin més, que no volia problemes. El que feia el pare amb ells és que es ficava el pare a la cambra de bany amb el fill i li tocava el penis al pare. Ja feia temps que ho feien abans que jo fes alguna cosa amb ells, i això que jo els hagi fet mal, això és mentida, era el pare el que influïa perquè els fills mentessin, crec que el pare va pagar diners a l'advocat perquè em fiquessin a la presó.

Font: elaboració pròpia a partir d'un exercici real fet en el transcurs d'una intervenció terapèutica

Activitat

Identifiqueu les distorsions cognitives que apareixen en aquest fragment.

3.6.5. Autocontrol emocional

Molts dels comportaments d'abús o d'agressió sexual es poden precipitar com a resultat d'emocions extremes (tensió, ira, desig de venjança, etc.) degudes a la dificultat dels subjectes per a manejar adequadament situacions conflictives (Agnew, 2006; Andrews i Bonta, 2006; Gillepie, Mitchell, Fisher i Beech, 2012; Kingston, Firestone i Yates, 2012; Tittle, 2006). En tots aquests supòsits estan implicades tant la **falta d'habilitats** com les **interpretacions inadequades** de les interaccions socials (per exemple, atribuint mala intenció a l'altra persona) i, finalment, una **exasperació emotiva** que pot implicar l'enfuriment i una possible agressió.

Per a pal·liar aquestes dificultats, les tècniques per a regular les emocions dels individus i ensenyar-los a controlar les seves possibles explosions iracundes han consistit a entrenar els subjectes en una o més de les facetes del comportament implicades en l'agressió (Novaco i Renwick, 1998; Novaco, Ramm i Black, 2001). És a dir, a dotar-los d'habilitats fàctiques millors per a enfrontar-se eficaçment a les situacions de conflicte, ensenyar-los a arbitrar interpretacions noves i més benignes del comportament d'altres persones, i ensenyar-los a controlar els estats de tensió i ansietat.

Yo creo que ellos se sentían bien cuando
hacíamos ciertas cosas, hasta el día que
yo me enteré de lo que hacía con el padre,
que fue entonces cuando yo le dije que
no volverán más que no quería problemas
lo que hacía el padre con ellos, es que
se metía el padre en el cuarto de baño
con el hijo y le tocaba el penis al padre,
ya llevaban tiempo haciéndolo antes
de que hicieran algo con ellos, y eso
de que yo les haya hecho daño, eso es
mentira, era el padre el que influía para
que los hijos mintieran, creo que el
padre pagó dinero al abogado para que
me metieran en la cárcel.
Me siento avergonzado.

Així mateix, seran **objectius i aspectes rellevants de l'entrenament** en habilitats socials els següents:

- Comprendre la connexió entre ira-enuig crònic i les conductes agressives (i les seves possibles agressions sexuals).
- Desplegar estratègies per a controlar la ira; desenvolupar habilitats per a expressar l'enuig de manera adequada i per a ser assertius (és a dir, per a manifestar obertament les queixes i desitjos a altres persones però de manera no agressiva).
- Aprendre a detectar els precursors situacionals i fisiològics que antecedeixen les seves respostes colèriques.
- Debatre sobre les similituds i diferències que hi pot haver entre aguantar-se, negociar o agredir en situacions específiques de conflicte.
- Aprendre a relaxar-se mitjançant l'entrenament en relaxació.

3.6.6. Empatia amb les víctimes

L'empatia és la capacitat dels individus per a “sentir amb” una altra persona (Echeburúa i altres, 2002), essent solidari amb el seu possible sofriment, i per a acomodar la pròpia conducta a aquests sentiments positius. Molts delictes es cometen en absència o per insuficiència d'emocions com ara la compassió pel sofriment d'altri, la solidaritat i l'altruisme.

Molts abusadors i agressors sexuals no presentarien empatia envers altres persones en general, sinó que més aviat n'estarien **mancats** respecte a les seves pròpies víctimes (Fernández, Marshall, Lightbody i O'Sullivan, 1999). Això sembla degut a la incapacitat per a reconèixer el dany que han causat (Covell i Scalora, 2002). Per això, un objectiu del tractament és **sensibilitzar-los sobre el dolor que les víctimes experimenten com a resultat de l'agressió**. En un estudi de Martínez, Redondo, Pérez i García-Forero (2008), es van explorar les possibles relacions entre empatia i agressió sexual, i els possibles efectes beneficiosos que pot tenir el tractament psicològic en la millora de l'empatia. Els violadors que van rebre tractament van augmentar la seva empatia per sobre dels grups de delinqüents no sexuals i de violadors no tractats.

També constitueixen objectius importants de l'entrenament empàtic els següents:

- Conèixer els efectes generals que produeixen l'ús de la força i l'agressió sobre les persones.

- Identificar les conseqüències de l'ús de la força i la violència sobre altres persones, i específicament sobre infants i sobre dones; educar els subjectes sobre els efectes de l'agressió sobre les víctimes secundàries (pares, germans, parella de la víctima, etc.).
- Ensenyar com el fet d'haver patit violència es pot convertir en un factor de risc perquè aquesta mateixa persona n'agredeixi d'altres en el futur.
- Reflexionar sobre les emocions, pensaments i comportaments de les víctimes en relació amb les agressions que han patit.
- Recordar i descriure vivències personals de victimització fent especial èmfasi en els sentiments i conseqüències associats, suggerint possibles analogies amb les vivències de víctimes d'agressió sexual.

A continuació, es presenten alguns dels exercicis que s'empren per a desenvolupar l'empatia envers la víctima, en el **Programa de control de l'agressió sexual**, que s'aplica actualment als delinqüents sexuals de l'Estat espanyol.

Descriure la teva víctima. Descric la teva víctima posant especial atenció a les seves qualitats positives que vas utilitzar i vas manipular per aconseguir el contacte sexual. Per poder fer aquesta tasca contesta a les preguntes següents: com és la teva víctima?, quines qualitats positives té?, de quines qualitats positives et vas aprofitar per aconseguir el contacte sexual?

Descriure els fets. Descric, amb molt detall, què vas fer, posant especial atenció en les teves conductes i aclarint els errors de pensament i les mentides que vas utilitzar. Has de descriure, també, com vas utilitzar aquestes bones qualitats de la teva víctima per a aconseguir el contacte sexual. Per fer aquesta tasca contesta a les preguntes següents: què vas fer (descripció detallada)?, què vas fer per aprofitar-te d'aquestes bones qualitats de la teva víctima?, quins pensaments erronis tenies?, quines mentides vas utilitzar en aquell moment?, quines mentides has mantingut fins ara?

Sóc totalment responsable. Recorda que això és un informe de responsabilitat en el qual has de reconèixer que tot el que va passar va ser culpa teva i que la víctima va actuar correctament denunciant els fets. Per fer aquesta tasca has de contestar a les preguntes següents: de quines coses ets responsable?, quins drets de la teva víctima, com a persona, vas violar?, qui va actuar correctament?, vas pensar en els seus sentiments?, vas pensar en les seves súpliques, plors, negatives, etc.?

Descriure tots els danys físics i psicològics. Descric els danys físics i psicològics, prestant especial atenció a totes les maneres en què vas fer mal a la teva víctima principal i a les teves víctimes secundàries, inclou els possibles danys i conseqüències que patirà. Per fer aquesta tasca contesta a les qüestions següents: quins danys físics li has causat? quins danys psicològics li has causat?, quines coses no es tornarà a atrevir a fer?, per quins llocs no voldrà tornar a passar?, quins problemes podrà tenir en un futur?

Respondre a les preguntes de la víctima. Hi ha moltes qüestions que la teva víctima voldria saber, i que potser tu mai t'has plantejat, o millor dit, mai hi has sabut respondre. A continuació tens una llista de preguntes que moltes víctimes de violació es fan. Sigues sincer en contestar; possiblement, si la teva víctima tingués l'oportunitat et faria aquestes mateixes preguntes: per què em vas fer aquestes coses a mi?, tornaries a fer-m'ho una altra vegada? per què jo?, què vaig fer?, per què no em feies cas, ni m'escoltaves, ni atenies les meves súpliques?, per què no acceptes un no per resposta?, per què no saps que les relacions sexuals han de ser consentides per totes dues parts?, per què haig de creure que no ho tornaràs a fer mai més?, com podré estar segura que no reincidiràs?, quanta gent sap avui dia el que vas fer?, com creus que em sento?, per què mai no ho podré oblidar?

Font: *Cuaderno de prácticas* (Ministeri de l'Interior, 2006b)

3.6.7. Prevenir les recaigudes

En el cas d'alguns infractors i agressors sexuals, la repetició delictiva podria funcionar de manera semblant a les recaigudes en les conductes addictives, de manera que en certes circumstàncies s'acabaria precipitant com si resultés inevitable (McMurrin, 2002). En l'actualitat es valora que l'anticipació i prevenció de les reincidències ha de constituir un objectiu proactiu del mateix tractament, per sobre de limitar-se a esperar que la prevenció s'esdevingui d'una manera natural, cosa que no sempre passa (Milan i Mitchell, 1998; Redondo, 2008a).

S'han desenvolupat tècniques específiques per a reduir el risc de reincidència dels infractors i delinqüents que segueixen un programa de tractament. Aquestes s'han concretat en estratègies de dos tipus: tècniques de **generalització i manteniment** del comportament, i estratègies de **prevenció de recaigudes**. Les primeres utilitzen els principis generals de l'aprenentatge, com la demora gradual dels reforços amb què es gratifica els individus per les millores, i l'entrenament dels subjectes en situacions cada vegada més semblants a la vida social real (Milan i Mitchell, 1998).

Les tècniques de **prevenció de recaigudes** ensenyen, pas a pas, als subjectes quins són els factors principals personals i socials que poden posar-los en risc de tornar a cometre un delictes i quins controls poden utilitzar per a contrarestar-los, de la manera següent (Laws, 1989, 2001; Pithers, 1990):

1) L'individu ha de prendre consciència que, abans o després, apareixeran situacions de **risc associades** a la seva conducta infractora (consum de drogues, moments i situacions de proximitat amb infants, amistats facilitadores de comportaments d'agressió sexual, etc.).

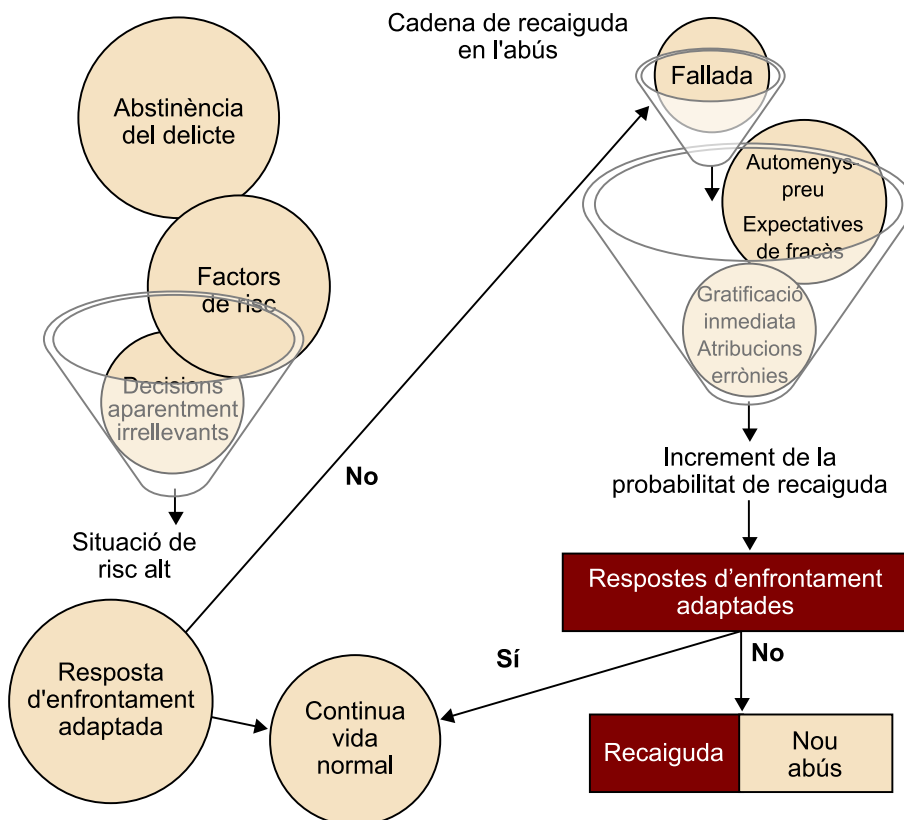
2) El subjecte és previngut que davant aquestes situacions és freqüent que es prenguin **decisions aparentment irrellevants**. S'entén per decisions aparentment irrellevants certs cursos d'acció que, encara que a primera vista podrien semblar innocus a l'efecte d'un delictes sexual (quedar amb certs amics, fer una passejada per un parc, comprar pornografia adulta, consumir alcohol, etc.), en realitat l'estarien apropant a possibles situacions de risc. Contràriament a l'anterior, el subjecte ha d'aprendre a adoptar altres opcions de conducta, més normalitzades i adaptatives, que no l'aproximin a la recaiguda o reincidència en el delictes.

3) No obstant això, fins i tot si ja ha pres una **decisió aparentment irrellevant**, que el posa en més risc, això no significa que tot estigui perdut i que necessàriament s'hagi de veure abocat a reincidir; encara pot emetre respostes **adaptatives d'afrontament** que l'allunyin de la situació i de la probabilitat de recaiguda.

4) Finalment, el subjecte ha d'aprendre que segons quina opció de les dues anteriors prengui, experimentarà un sentiment o bé de **ruptura de l'abstinència** o bé de **manteniment de l'abstinència**. El primer el podria desanimar i contribuir a augmentar el risc de recaiguda, mentre que el segon enfortiria la seva abstinència delictiva.

La prevenció de recaigudes també s'ha d'adreçar als aspectes següents:

- Promoure, de manera anticipada i proactiva, la generalització i el manteniment de les millores i èxits obtinguts durant el tractament.
- Ensenyar els subjectes a identificar en si mateixos (estats afectius, consum d'alcohol o drogues, etc.) i en l'ambient social (oci desestructurat, trobada amb possibles víctimes, baralles o disputes amb altres, etc.) possibles factors facilitadors o precipitants de conductes antisocials.
- Entrenar-los per a ser capaços d'analitzar la pròpia conducta i els problemes que poden aparèixer en diverses situacions personals i socials, i per a prendre en consideració diferents alternatives d'acció que poden portar a diferents resultats (uns de prosocials i altres de delictius).
- Entrenar-los en estratègies d'afrontament més efectives per a prevenir les conductes infractores i delictives.



Font: elaboració pròpia

Estudi d'un cas

Avui, l'Antonio no ha tingut un bon dia, l'Amparo no ha parat de retreure-li la qüestió de la feina, s'ha passat tota la tarda cridant-li que era un inútil. "Però qui s'ha cregut que és ella?", va pensar l'Antonio, després de mantenir-la a ella, embarassada, i la seva germana... Era millor anar-se'n de casa abans de donar-li una bufetada, cosa que realment es mereixia. Va sortir de casa donant un cop de porta darrere seu, estava furios i necessitava una copa. Va anar al bar i s'hi va estar prenent copes fins a les onze de la nit, hora en què l'Amparo ja dormia cada dia. No volia tornar a discutir amb ella.

Va arribar a casa borratxo. l'Amparo dormia i la María, que portava una camisa de dormir, mirava la televisió asseguda a terra. Sempre anava mig nua. "És clar que vol excitar-me", va pensar l'Antonio. Estava molt excitat, tenia tantes ganes de fer-ho com ella. Després de tot, a l'Amparo no li importa ningú, ni ell ni la seva germana, així que és igual. Pensant això, es va asseure al costat de la nena, li va tapar la boca i la va violar.

Font: elaboració pròpia a partir del *Cuaderno de prácticas* (Ministerio del Interior, 2006b)

Activitat

Quines coses creieu que han influït en l'Antonio perquè cometés l'agressió sexual? Identifiqueu-les i classifiqueu-les segons l'esquema de cadena de conducta de la prevenció de recaigudes.

4. Eficàcia dels tractaments

Per a avaluar comparativament l'efectivitat de les diverses tècniques de tractament aplicades amb els agressors sexuals, s'ha emprat la **tècnica estadística de la metaanàlisi** (Sánchez-Meca, 1997). A continuació es presenten, parcialment a partir de Redondo i Sánchez-Meca (2003), algunes de les metaanàlisis més importants que s'han dut a terme sobre programes de rehabilitació de delinqüents sexuals.

La primera metaanàlisi sobre aquesta matèria la va fer Hall (1995), comparant els resultats de dotze programes, en els quals s'havia avaluat un total de 1.313 individus. Aproximadament la meitat corresponia a grups de tractament i l'altra meitat a grups de control, que o no rebien tractament o rebien tractaments alternatius. Els programes aplicats havien durat de mitjana 18,5 mesos, i els seguiments posteriors, un cop acabat el tractament, 6,8 anys. En aquesta metaanàlisi es va obtenir una grandària de l'efecte global de $r = 0,12$. Això significa que, de mitjana, els grups de tractament van tenir unes taxes de reincidència 12 punts per sota dels grups de control. Una dada especialment destacable d'aquesta revisió és que un dels dos estudis amb major grandària de l'efecte o eficàcia ($r = 0,55$, és a dir amb una reducció de 55 punts en la reincidència, enfront dels controls) s'havia dut a terme amb agressors sexuals adolescents. Això suggereix que la intervenció precoç durant l'adolescència pot impedir que es cronifiquin i mantinguin models d'agressió sexual.

Polizzi, McKenzie i Hickman (1999) van avaluar vint-i-un programes aplicats, majoritàriament amb delinqüents adults, tant a la presó com en la comunitat. Els diversos tractaments es van categoritzar en funció dels resultats com: 1) efectiu, 2) no efectiu, 3) prometedor, o 4) no se sap. Es van obtenir resultats molt variats, oscil·lant les grandàries de l'efecte entre $-0,23$ i $0,70$. El 50% dels programes van resultar efectius o prometedors, en aconseguir diferències estadísticament significatives a favor dels tractaments aplicats. De les sis intervencions qualificades com a clarament efectives, quatre incorporaven tècniques cognitivoconductuals. Encara que alguns programes a la presó van aconseguir bons resultats, en general van ser més eficaços els tractaments aplicats en un context comunitari.

Gallagher, Wilson i MacKenzie (1999) (Gallagher, Wilson i altres, 1999) van comparar, mitjançant metaanàlisis, vint-i-sis tractaments aplicats després de 1975, que incloïen tres intervencions amb delinqüents juvenils. La reincidència sexual mitjana dels grups tractats va ser inferior, amb un efecte de $r = 0,23$ (o 23 punts menys de reincidència durant el seguiment que els grups de con-

trol). Per a poder comparar l'eficàcia de les diverses tècniques terapèutiques utilitzades, els programes es van classificar en cinc categories o models, i es van obtenir les grandàries de l'efecte que es recullen en la **taula 2**.

Taula 2. Resultats de la metaanàlisi de Gallagher i altres (1999) segons el tipus de programa

Tipus de programa	Nombre de programes	R
Conductual	4	0,11
Cognitivoconductual / prevenció de resposta	13	0,23
Psicosocial en general	3	0,10
Medicació hormonal amb psicoteràpia	5	0,30
Castració quirúrgica	1	0,66

Font: Redondo i Sánchez-Meca (2003)

Els quatre programes corresponents a la **categoria conductual**, consistents en teràpies aversives, sensibilització encoberta i sadollament, van obtenir un efecte mitjà de $r = 0,11$. Tretze programes es van catalogar com a cognitivoconductuals amb prevenció de resposta, ja que se centraven en l'ensenyament als joves de processos de pensament i habilitats per a controlar la conducta desviada i per a identificar i resoldre situacions de risc. Aquests tractaments van obtenir un efecte mitjà de $r = 0,23$. Els tres tractaments psicosocials, essencialment orientats a l'educació sexual dels infractors, van aconseguir una eficàcia mitjana de $r = 0,10$. Cinc estudis, en què l'efecte mitjà va ser de $r = 0,30$, havien emprat medicació antiandrogènica combinada amb psicoteràpia (es poden veure les revisions dels fàrmacs disponibles per al tractament dels agressors sexuals a Bradford i Federoff, 2006; Soller, Karnik i Steiner, 2006). Finalment, un estudi alemany amb adults havia avaluat, per més sorprenent que pugui semblar des d'una perspectiva actual, la utilització de la castració quirúrgica com a "tècnica" d'intervenció (i es va aconseguir un efecte de $r = 0,66$).

En general, els tractaments aplicats en **contextos institucionals** van tenir un efecte més baix ($r = 0,18$) que els aplicats en el medi social ($r = 0,29$). Tanmateix, sobre això s'ha de matisar aquest resultat comentant que el context institucional en què s'aplica un tractament també porta implícit el perfil de més o menys risc dels agressors tractats: és probable que els subjectes més violents i amb pitjor pronòstic rebin tractament en institucions tancades, mentre que els de menys risc siguin tractats en la comunitat.

4.1. Tractaments aplicats a Espanya

Fins ara la majoria dels programes aplicats en aquest camp a Espanya s'han dut a terme a les **presons amb delinqüents adults**. Tant la legislació penitenciària espanyola com les normes internacionals en aquesta matèria preveuen

que les administracions penitenciàries apliquin programes amb delinqüents violents i sexuals, i prenguin les mesures de control necessàries per facilitar-ne la reintegració social i evitar la reincidència.

A les presons espanyoles es va iniciar l'aplicació de programes de tractament amb agressors sexuals el 1996 (Garrido i Beneyto, 1996 i 1997). Posteriorment, el format del programa original va ser revisat i adaptat per un equip de tècnics d'institucions penitenciàries i publicat oficialment pel Ministeri de l'Interior (2006a, 2006b).

Aquest tractament s'adreça tant a violadors com a abusadors de menors, i té com a objectius principals els següents (Garrido i Beneyto, 1996):

- 1) Millorar les possibilitats de reinserció i de no reincidència.
- 2) Afavorir una anàlisi més realista de les activitats delictives, que en redueixi les distorsions i justificacions delictives.
- 3) Millorar les capacitats de comunicació i relació interpersonal.

Aquest programa amb adults s'aplica, en modalitat grupal, en una o dues sessions terapèutiques setmanals, de dues hores de durada. La intervenció es completa actualment en uns dos anys. Es pensa a adaptar una versió intensiva que redueixi aquest període a un any, atès que l'evidència clínica general mostra que els resultats finals no milloren linealment com més dura el programa.

L'esquema del **Programa de control de l'agressió sexual** que actualment s'aplica amb agressors sexuals adults és, d'acord amb tot el que s'ha comentat, el següent (Ministerio del Interior, 2006a):

- 1) **Entrenament per a la relaxació**, per a ensenyar als subjectes a controlar els seus estats de tensió.
- 2) **Anàlisi de la història personal**, en què cada subjecte fa un repàs crític de la pròpia vida.
- 3) **Distorsions cognitives**, en què es confronta l'individu amb els seus errors de pensament i interpretació sobre la seva conducta delictiva, ús de la violència, conducta sexual, els rols socials de les dones, etc.
- 4) **Consciència emocional**, amb l'objectiu que els subjectes millorin el seu coneixement i la capacitat d'apreciar emocions en si mateixos i en altres persones.
- 5) **Comportaments violents**, en què s'analitza la qüestió de les conductes d'agressió i dany a les víctimes.

6) **Mecanismes de defensa**, que atén al treball sobre les justificacions del delicte.

7) **Empatia amb la víctima**, en què es desenvolupa la capacitat del subjecte per a ser conscient i solidari amb el sofriment d'altres persones i particularment de les seves víctimes.

8) **Prevençió de la recaiguda**, mòdul que prepara el subjecte, de manera semblant a com es fa en els tractaments d'addiccions, perquè sàpiga anticipar-se a situacions de risc de repetició del delicte i engegar respostes d'afrontament d'aquest risc.

9) **Estil de vida positiu**, que ensenya als subjectes a programar la seva vida quotidiana (horaris, rutines diàries, objectius, etc.);

10) **Educació sexual** sobre el funcionament de la sexualitat humana, especialment pel que fa a la interpretació com una activitat de comunicació i respecte recíproc dels desitjos de les persones.

11) **Modificació de l'impuls sexual**, mòdul opcional de tècniques psicològiques (**sensibilització encoberta** o **recondicionament masturbatori**) per a reduir l'impuls sexual davant estímuls inadequats que impliquin l'ús de la violència o interaccions sexuals amb menors.

Per a l'avaluació a gran escala d'aquest programa es comparen els resultats obtinguts en diverses mesures psicològiques abans i després del tractament. Per a això, Redondo, Martínez i Pérez (2005) van adaptar diverses escales psicològiques específiques que permeten avaluar variables com la "capacitat d'intimitat", "assertivitat", "ansietat davant estímuls sexuals", "distorsions cognitives" sobre violació o sobre abús de menors, i "empatia" davant víctimes de violació o d'abús sexual. En una avaluació recent d'aquest programa en les mostres de 117 violadors i 71 abusadors de menors, a partir d'un encàrrec de la Direcció General d'Institucions Penitenciàries, s'ha obtingut que **el tractament aplicat amb els agressors sexuals produeix millores terapèutiques significatives en factors com l'autoestima social, assertivitat, disposició al canvi de conducta, distorsions cognitives, impulsivitat, agressivitat i empatia**. Totes aquestes millores guarden relació amb la motivació delictiva i, en definitiva, amb un risc més baix de reincidència sexual (Redondo i Luque, en premsa).

En una avaluació específica de la reincidència sexual a partir d'una mostra de 49 delinqüents adults tractats a les presons de Catalunya, després d'un període de seguiment de quatre anys, va reincidir en delictes sexuals el 4,1% dels agressors sexuals tractats enfront del 18,2% de reincidència per part del grup de control, no tractat (Redondo i altres, 2005). És a dir, el tractament va aconseguir baixar la taxa de reincidència en 14 punts. Aquest resultat de l'eficàcia és molt rellevant, si s'atén a la **grandària de l'efecte** mitjà dels tractaments

dels agressors sexuals, que internacionalment se situa en reduccions mitjanes d'entre 5 i 8 punts (sobre taxes base de reincidència d'entre el 15% i el 20%) (Gillis i Gass, 2010; Lösel i Schmucker, 2005; Prentky i Schwartz, 2006).

Exercicis d'autoavaluació

1. L'objectiu principal que persegueix el treball en la modificació de les idees distorsionades, en el tractament amb agressors sexuals, és...

- a) aconseguir que el subjecte se senti millor amb si mateix.
- b) aconseguir que l'agressor narri la seva versió dels fets.
- c) l'acceptació i assumptió de la responsabilitat personal.
- d) reduir l'impuls sexual inadequat.

2. Davant la situació de risc d'entrar a l'habitació del nen quan està adormit, una estratègia d'afrontament **no efectiva** pot ser...

- a) fer-ho només amb un objectiu concret.
- b) fer-ho quan no hi ha ningú més a la casa.
- c) fer-ho en presència d'altres persones.
- d) gaudir de la companyia del nen juntament amb altres persones.

3. Els objectius que persegueixen els tractaments psicològics amb agressors sexuals són...

- a) afavorir una anàlisi més realista de les activitats delictives per part dels subjectes.
- b) millorar les seves capacitats i habilitats de relació personal.
- c) modificar el seu estil de vida desadaptatiu.
- d) avaluar i tractar la naturalesa i estructura del comportament de l'agressor i reduir el risc de reincidència.

4. En el model de prevenció de la recaiguda, les decisions aparentment irrelevantes...

- a) allunyen de les situacions de risc.
- b) sembla que no tenen relació amb el cicle d'abús.
- c) són la culminació d'una llarga cadena de fets.
- d) ajuden a evitar la recaiguda.

5. En la primera avaluació feta a Espanya sobre l'eficàcia dels programes de tractament amb agressors sexuals, la taxa de reincidència sexual per als que havien rebut tractament es va situar...

- a) en un 6,1%.
- b) en el 18,2%.
- c) en el 4,1%.
- d) en un 13,6%.

Solucionari

Exercicis d'autoavaluació

1. c

2. b

3. d

4. b

5. c

Bibliografia

Lectures recomanades

Diversos autors (2009). *Delitos sexuales y reincidencia*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

Echeburúa, E.; García Arán, M.; Mena, J. M.; Navarro, J. C.; Redondo, S. (2009). *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?* Barcelona: Interrogantes de la Fundació Víctor Grífols ((Monogràfic de Bioètica núm. 1).

Lösel, F. (2002). "¿Sirve el tratamiento para reducir la reincidencia de los delincuentes sexuales?" A: S. Redondo (coord.). *Delincuencia sexual y sociedad* (pàg. 361-393). Barcelona: Ariel.

Marshall, W. L.; Serran, G. A. (2004). "Tratamiento del agresor sexual". A: J. Sanmartín (ed.). *El laberinto de la violencia* (pàg. 309-320). Barcelona: Ariel.

Obres de referència recomanades:

Brown, S. (2005). *Treating sex offenders. An introduction to sex offender treatment programmes*. Devon (Regne Unit): Willan Publishing.

Echeburúa, E.; Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino? La violencia de pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Pirámide.

Garrido, V.; Stangeland, P.; Redondo, S. (2006). *Principios de criminología* (3a. ed.). València: Tirant lo Blanch.

Redondo, S. (2008). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Pirámide.

Romero, A. (2008). *¡Aprende a cuidarte! Prevención del abuso sexual infantil para niños de 7 a 12 años*. Madrid: Eduforma.

