

Prevención y tratamiento

Santiago Redondo Illescas
Marian Martínez García

PID_00195762



Los textos e imágenes publicados en esta obra están sujetos –excepto que se indique lo contrario– a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 España de Creative Commons. Podéis copiarlos, distribuirlos y transmitirlos públicamente siempre que citéis el autor y la fuente (FUOC. Fundació para la Universitat Oberta de Catalunya), no hagáis de ellos un uso comercial y ni obra derivada. La licencia completa se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.es>

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción..... | 5 |
| Objetivos..... | 7 |
| 1. Prevención primaria..... | 9 |
| 2. Prevención específica o secundaria con jóvenes en riesgo..... | 12 |
| 3. Tratamiento, o prevención terciaria..... | 16 |
| 3.1. Motivación | 16 |
| 3.2. Evaluación inicial y de riesgo | 17 |
| 3.3. Necesidades de intervención: riesgos estáticos y dinámicos | 19 |
| 3.4. Tratamiento cognitivo-conductual | 20 |
| 3.5. Ingredientes terapéuticos y habilidades de los terapeutas | 22 |
| 3.6. Objetivos y técnicas de intervención | 24 |
| 3.6.1. Autoestima | 24 |
| 3.6.2. Educación sexual | 24 |
| 3.6.3. Mejora de las habilidades afectivas y sexuales | 25 |
| 3.6.4. Erradicación de distorsiones cognitivas | 27 |
| 3.6.5. Autocontrol emocional | 29 |
| 3.6.6. Empatía con las víctimas | 29 |
| 3.6.7. Prevenir las recaídas | 31 |
| 4. Eficacia de los tratamientos..... | 34 |
| 4.1. Tratamientos aplicados en España | 35 |
| Ejercicios de autoevaluación..... | 39 |
| Solucionario..... | 40 |
| Bibliografía..... | 41 |

Introducción

La delincuencia sexual y los delincuentes sexuales son objeto de debate social acerca de qué debe hacerse al respecto: ¿reprimir o prevenir el delito?, ¿castigar o rehabilitar a los delincuentes? Existe un amplio acuerdo entre ciudadanos y en poderes públicos sobre la necesidad de la primera parte de las anteriores disyuntivas: la represión de los delitos sexuales y el castigo de sus autores se consideran absolutamente necesarios. Incluso muchas personas podrían convenir en la necesidad del empleo de medidas de prevención de estos delitos, a partir de la educación infantil y juvenil. Pero probablemente sería menor el consenso social acerca de si los delincuentes sexuales deben ser rehabilitados. En todo caso, si se deseara llevar adelante medidas de prevención y rehabilitación en esta materia, todavía podría cuestionarse: ¿existen conocimientos científicos al respecto, y técnicas apropiadas para llevarlas a cabo?

Este módulo trata de todas las anteriores cuestiones y revisa el conocimiento y la tecnología disponibles en este campo criminológico aplicado.

Se presentarán las respuestas que, desde una perspectiva científica, se han propuesto como **posibles soluciones al abordaje de la delincuencia sexual** en tanto que es un problema social que requiere una especial atención. Estas estrategias se desarrollan desde el punto de vista de la prevención. En primer lugar, se hará referencia a la **prevención primaria**, la cual va dirigida a la población en general y cuya pretensión es la de actuar incluso antes de que aparezca el problema. Es por ello que, en este tipo de prevención, todos los esfuerzos irán encaminados a desarrollar pautas de neutralización muy focalizadas hacia la educación y la intervención en etapas tempranas del desarrollo del individuo. En segundo lugar, nos detendremos en las estrategias de **prevención secundaria** que están indicadas principalmente para aquellos jóvenes en situación de riesgo de protagonizar esta problemática; el objetivo principal de este tipo de prevención es actuar antes de que el problema se haga crónico. Y por último, haremos especial mención a los programas de intervención en **prevención terciaria**. Esta última está dirigida a personas que ya han presentado el problema y se orienta, básicamente, a evitar la repetición de las conductas criminales ya expuestas.

Es precisamente en este último tipo de programas en el que más nos extenderemos, desgranando los diferentes ingredientes que, con más frecuencia, se utilizan en el diseño de los programas de intervención con delincuentes sexuales. Los componentes de un programa estándar para agresores sexuales son: autoestima, educación sexual, mejora de habilidades afectivas y sexuales, erradicación de pensamientos distorsionados, autocontrol emocional, empatía con la víctima y prevención de recaídas. Pero antes abordaremos dos aspectos de máxima importancia en la implementación de tratamientos con delin-

cuentas: la motivación hacia el cambio y la necesidad de realizar evaluaciones iniciales del sujeto, para conocer sus características y necesidades de intervención, y por supuesto evaluaciones del posible riesgo de reincidencia, lo que nos indicará la intensidad con la que aplicar el tratamiento.

Para finalizar el módulo, se presentarán los resultados de diferentes estudios relativos a la eficacia conseguida mediante la aplicación de diferentes programas de intervención con delincuentes sexuales.

Objetivos

1. Describir las diferentes estrategias de prevención dirigidas al tratamiento de los delincuentes sexuales.
2. Especificar diferentes aspectos de máxima relevancia vinculados a la intervención terapéutica con delincuentes sexuales.
3. Conocer las posibilidades de cambio de los delincuentes sexuales.
4. Presentar los principales componentes que integran los programas de intervención con delincuentes sexuales.
5. Disponer de datos empíricos relativos a la eficacia de los programas aplicados a delincuentes sexuales.

1. Prevención primaria

En el desarrollo infantojuvenil se han distinguido cuatro etapas, en correspondencia a cuatro ambientes parcialmente distintos susceptibles de influir prosocial o antisocialmente a un individuo, en función de cuáles sean las valencias preponderantes en dichas influencias. Todas estas etapas resultan especialmente relevantes para la prevención primaria, aquella que debería realizarse cuando todavía no han aparecido problemas de comportamiento en los ámbitos sexuales u otros:

- **Etapas preescolar** (hasta los 5 años), en la que tiene una clara prioridad sobre el niño su propia familia. De ahí que los factores de riesgo o protección familiares tengan una gran significación en esta etapa.
- **Escuela primaria** (entre los 6 y 10 años), en la que, sin que ceda un fuerte influjo de la familia, cada vez adquiere mayor protagonismo el contexto escolar, por lo cual son muy importantes las características de las acciones escolares y del clima de la escuela.
- **Educación intermedia** (de 11 a 14 años), en la cual sobresale la incidencia del combinado escuela/amigos, lo que confiere la mayor relevancia a los modelos a que el joven se ve expuesto, así como a los posibles inicios experienciales en el consumo de alcohol/drogas, etc.
- **Educación secundaria** (entre los 15 y los 18 años), en que las influencias de riesgo/protección ya están en buena medida establecidas, por lo que la atención prioritaria debería darse a aquellos elementos de riesgo o de protección susceptibles de contribuir al mantenimiento/eliminación de las conductas antisociales adquiridas.

En la sucesión de etapas serán momentos críticos las transiciones de una a otra, en cuanto que suelen comportar cambios de ambiente, con nuevas condiciones, normas y estructuras. Estas transiciones suelen conllevar oportunidades para modificar el comportamiento, tanto en una dirección positiva como negativa, dependiendo de qué factores e influencias predominen (de protección o de riesgo).

La prevención primaria implica intervenciones sistémicas o intercontextuales, debiendo realizarse combinadamente en los distintos lugares en los que se desarrollan los roles sociales. Es decir, existe una **interdependencia entre aquello que se hace en la escuela, la educación en el marco de las familias y los mensajes que se emiten en el medio social.**

Podrían ser especialmente relevantes los riesgos socioambientales derivados de inapropiados estilos de crianza parental. Por ello, debería realizarse un esfuerzo especial orientado a la prevención en este contexto, y al desarrollo de la personalidad individual a partir de procesos de crianza y educación apropiados en el seno de la familia.

Está bien establecido que el desarrollo psicosocial adecuado de un joven depende, en una parte principal, de la adecuada combinación en su educación familiar de los dos elementos siguientes (Henggeler, 1989):

1) el **afecto de los padres hacia el niño**, en cuanto a su aceptación, la respuesta apropiada a sus demandas y necesidades y la dedicación parental al niño (lo que implica prestarle atención, así como pasar tiempo y compartir actividades con él); y

2) el **comportamiento de los padres**, por lo que concierne al mejor equilibrio posible entre las normas y la responsabilidad que se le inculcan (en relación con la familia, la escuela o los amigos) y el control que se efectúa de su comportamiento.

La combinación de ambos aspectos –**dimensión afectiva y conducta paterna de exigencia y control**– suele producir los mejores resultados en el desarrollo psicosocial de los jóvenes (buena independencia, responsabilidad, autoestima y apropiado control de la agresividad). Mientras que las restantes combinaciones, de padres indiferentes o autoritarios, acostumbran a producir graves déficits en el desarrollo infantil por lo que concierne a carencias en la internalización moral y en la estructuración de los procesos cognitivos superiores, así como alteraciones en la expresión de una impulsividad y agresividad que pueden manifestarse de una forma descontrolada.

Además, un mecanismo general de protección frente al comportamiento antisocial es la generación de **vínculos a una unidad prosocial**, tanto por lo que se refiere a adultos como a amigos prosociales.

Para que esta vinculación resulte **efectiva** en términos de **prevención**, se requieren tres condiciones imprescindibles (Howell, 2009):

1) Deben darse a los niños oportunidades para hacer contribuciones, con su propio esfuerzo y conducta, en los ámbitos de su familia, su escuela, sus amigos y, más ampliamente, en su comunidad social (grupos deportivos, culturales y de ocio).

2) Deben enseñárseles aquellas habilidades (motoras, verbales y de comunicación) que necesitan para poder aprovechar las oportunidades que se les presenten para efectuar tales contribuciones prosociales, evitando de ese modo excesivos fracasos y su consiguiente frustración.

3) Deben serles reconocidas e incentivadas sus contribuciones.

De cara a una prevención adecuada, también resulta relevante tomar en consideración los condicionantes psicobiológicos de la propia naturaleza humana. En concreto, es necesario atender a la mayor propensión general que presentarán los varones para utilizar la agresión en el marco de los conflictos y disputas que puedan suscitarse, incluidas, en la vida adulta, las relacionadas con las interacciones sexuales. Esta mayor probabilidad general de agresión inherente a los varones debería contrarrestarse mediante su educación y socialización intensivas en los contextos de la familia y la escuela, especialmente durante la infancia y la adolescencia. El principal objetivo, a este respecto, tiene que ser que **los niños y adolescentes adquieran habilidades adecuadas de comunicación, de resolución de problemas y de autocontrol, así como que aprendan con firmeza a inhibir los impulsos y reacciones agresivos.**

En este sentido, serán fundamentales dos tipos de entrenamientos complementarios. El primero hace referencia a los **déficits cognitivos**, que a la postre acaban presentando muchos agresores, en razonamiento moral, resolución cognitiva de problemas interpersonales y empatía con el sufrimiento de las víctimas de las propias violencias y delitos. Pues bien, un objetivo preferente de la prevención de la violencia en jóvenes varones en riesgo debería ser, precisamente, el entrenamiento y mejora de estas dimensiones cognitivas de la vida social. Complementariamente, en el contexto de tales entrenamientos cognitivos, deberían también erradicarse las denominadas distorsiones cognitivas o pensamientos justificadores del uso de la violencia.

En segundo término, para el desarrollo de un estilo de comunicación no violento en los niños y jóvenes, es muy conveniente su **entrenamiento en la expresión adecuada de emociones** y, especialmente, en la **regulación emocional de la ira**. Muchas agresiones graves, que pueden derivar en delitos de lesión, maltrato, agresión sexual, e incluso homicidio, se precipitan en el curso de experiencias muy estresantes para el individuo, que le suscitan fuertes reacciones de ira y agresividad. De ahí la importancia general que tiene ayudar a regular y controlar las expresiones iracundas de aquellos sujetos especialmente proclives a tales reacciones.

Actividad

Os sugerimos que realicéis una búsqueda en Google sobre “sex offenders”. De los diferentes resultados obtenidos, identificad en cuántas webs se proponen tratamientos para delincuentes sexuales y en qué consisten estos mismos. Clasificadlos en función del tipo de prevención (primaria, secundaria, terciaria) al cual están orientados.

2. Prevención específica o secundaria con jóvenes en riesgo

En la adolescencia pueden producirse algunas interacciones sexuales juveniles que pueden hallarse en el límite de lo antinormativo, en cuanto a que pueden implicar a adolescentes y jóvenes en contacto sexual con niñas/os más pequeños, o bien relaciones en que sea dudoso que exista consentimiento de alguno de los participantes (Redondo y otros, 2012). Un análisis científico de este proceso etiológico que se asocia al desarrollo individual puede encontrarse en Marshall y Marshall (2002; ved también Craig, 2010).

Figura 1. Incremento del riesgo de agresión sexual y prevención



Fuente: Echeburúa y Redondo (2010)

La **figura 1** quiere representar la secuencia de procesos que podrían llevar, en los jóvenes, a un incremento del riesgo de agresión sexual y qué medidas preventivas serían aconsejables en cada caso.

Durante el periodo de la pubertad y la adolescencia, los jóvenes comienzan a explorar la sexualidad adulta e inician sus primeras interacciones sexuales; a lo largo de este proceso tienen que aprender qué comportamientos sexuales son socialmente correctos y viables, y cuáles están legalmente impedidos (a nuestros efectos, especialmente el sexo con niños y el sexo forzado). En esta etapa de socialización sexual juvenil van a ser decisivas la educación familiar y escolar recibidas, las cuales deberían transmitir a los jóvenes los valores y pautas de conducta apropiados para sus posibles interacciones sexuales con otras personas.

Todo este gran ámbito de socialización sexual, que implicará actuaciones generales de educación en actitudes y valores, educación sexual, control de conducta, etc., concierne a la denominada **prevención primaria**. Como resultado de esta educación general, es esperable que la inmensa mayoría de los jóvenes adquiera con normalidad las pautas de conducta sexual correctas, lo que incluye también las necesarias inhibiciones, especialmente en lo que hace referencia a la evitación de toda violencia sexual y de contactos sexuales con menores.

A pesar de lo anterior, puede haber adolescentes que realicen y repitan ciertas conductas de abuso o fuerza como algo excitante y gratificante. Desde el punto de vista preventivo, aquí nos hallaríamos en el territorio de la denominada **prevención secundaria**. Esta debería dirigirse a aquellos casos en que ya se han manifestado los primeros episodios de comportamiento antisocial, antes de que dicho comportamiento se concrete en una motivación elevada para la agresión sexual y en una carrera delictiva duradera (Farrington, 1992; Loeber, Farrington y Waschbusch, 1998). La prevención secundaria va a requerir una detección precoz, generalmente en los contextos familiar y escolar, a la vez que una decidida intervención educativa y, en los casos más graves, una atención especializada.

Finalmente, en esta secuencia de creciente agravación, se producirán algunos abusos o agresiones sexuales severos (abusos infantiles reiterados, o bien agresiones sexuales y violaciones) que requerirán, en primera instancia, la intervención de la justicia, y, en segunda, la realización de los oportunos tratamientos de agresores. Estos supuestos estarían en el marco de la **prevención terciaria**, que se orienta a las casuísticas más graves, para evitar su repetición.

En la escalada descrita hacia la agresión sexual repetida desempeñan un papel fundamental mecanismos psicológicos como la imitación de modelos antisociales (por ejemplo, jóvenes de mayor edad o adultos abusadores), la práctica reforzada de las agresiones sexuales (cuya gratificación dimanaría del propio placer sexual y también del reforzamiento social por parte de otras personas) y el recondicionamiento (mediante la asociación repetida entre conductas ilícitas y excitación/placer sexual). Todos estos procesos tendrían lugar, o bien a través de las fantasías sexuales desviadas que se conectan con la masturbación, o directamente a partir de interacciones sexuales antisociales.

Con jóvenes en riesgo, una de las estrategias especializadas más prometedoras en términos de prevención secundaria ha sido la denominada **terapia multisistémica**, que comporta el trabajo simultáneo en varios escenarios (familia, escuela, amigos) para el desarrollo, en sujetos y familias en riesgo, de habilidades intrapersonales e interpersonales. También se ha mostrado como una estrategia eficaz la educación específica a los padres, a la vez que se realiza un cuidado material diario (durante unas horas) de los niños en riesgo, especialmente dirigido a su estimulación y enriquecimiento cognitivos.

Un programa, pionero en España con menores infractores sexuales, denominado Programa de Desarrollo Integral para Agresores Sexuales (DIAS), se inició en el año 2005 en centros de jóvenes dependientes de la Comunidad de Madrid. Es un programa de intervención psicológica, tanto grupal como individual, cuyos objetivos terapéuticos son los siguientes: lograr que el joven asuma la autoría y responsabilidad por el delito; que identifique aquellas situaciones y decisiones de riesgo que con mayor frecuencia le han llevado (o pueden llevar en general) a cometer un delito sexual; desarrollar su capacidad de empatía hacia la víctima; erradicar, en la medida de lo posible, aquellas distorsiones cognitivas que han contribuido a facilitar la agresión; educación sexual integral; mejora de la autoestima y de la capacidad de resolución de problemas y situaciones conflictivas; aumento de su competencia social y familiar; cambio en el estilo de vida, orientada a prevenir posibles recaídas o reincidencias en la conducta infractora.

Más recientemente, Redondo y otros (2012) han diseñado, por encargo de la misma Comunidad de Madrid, un programa educativo y terapéutico, más amplio y sistemático, para menores infractores sexuales. Este programa consta de los siete módulos de intervención siguientes:

- 1) Afianzando tu autoestima puedes mejorarte a ti mismo.
- 2) Conocer mejor la sexualidad.
- 3) Aumenta tus habilidades para las relaciones afectivas y sexuales.
- 4) Aprende a no distorsionar y justificar el abuso.
- 5) Autocontrol emocional para evitar conflictos.
- 6) Sentir solidaridad y empatía con las víctimas.
- 7) Prepárate para prevenir que los abusos puedan repetirse.

Cada uno de estos módulos incorpora un mínimo de 5 actividades/sesiones de entrenamiento. Ello supone en torno a 35 actividades de una duración aproximada de una hora y media. Lo que se traduce en que la intensidad total del programa puede estimarse en un mínimo de 52 horas de intervención, a las que deben añadirse entre 10 y 15 horas destinadas a la evaluación. Es decir, el conjunto del programa debería desarrollarse en un tiempo aproximado de 65 horas.

Para el desarrollo del programa, se contempla el uso de los siguientes instrumentos:

- **Manual del terapeuta**, que recoge las actividades que deben implementarse, sus objetivos, materiales, estructura y dinámica, así como las recomendaciones específicas para la aplicación global del programa y de cada actividad en particular.
- **Anexo de actividades**, o libro de ejercicios destinado a los jóvenes participantes en el programa.

- **Cuaderno personal de terapia**, que recoge todos aquellos materiales (tales como autorregistros de observación, hojas de respuesta, cuadros para anotar tareas, resúmenes de las sesiones, etc.) que cada sujeto habrá de cumplimentar durante el desarrollo del programa.

La previsión existente es que este programa se aplique en los centros de internamiento de menores de la Comunidad de Madrid, y también pueda ser utilizado por parte de cualesquiera otras instituciones (otras comunidades autónomas, etc.) que deseen emplearlo en sus propios centros y sistemas de intervención con jóvenes delincuentes.

3. Tratamiento, o prevención terciaria

3.1. Motivación

La aplicación de un tratamiento con agresores sexuales requiere que estos se impliquen y participen activamente en su desarrollo, que se sientan disconformes con las conductas que han realizado y se hagan conscientes de que deben cambiar su comportamiento futuro (Serin y Lloyd, 2009; Polaschek y otros, 2010). También es necesario que caigan en la cuenta de que existen distintos factores (tales como ciertas creencias, fantasías, abuso de alcohol o explosiones de rabia) que guardan una estrecha relación con la precipitación de sus agresiones, ya que de ese modo será más factible que puedan cambiar dichos factores y, a la postre, su conducta. Asimismo, es importante que el individuo sea capaz de entablar relaciones afectivas, disponga de ciertas habilidades verbales y de comunicación interpersonal, y tenga cierta capacidad para aprender de la experiencia y para controlar su propia conducta. Es decir, un factor importante, que puede contribuir al éxito del tratamiento y a la reducción del riesgo delictivo futuro, es que el sujeto cuente con **vínculos afectivos prosociales** en los **ámbitos familiar, laboral y social** (Nichols, 2009).

Al inicio de los programas debería contarse con que la voluntad de cambio de los delincuentes sexuales no será todo lo genuina y sincera que sería deseable (Serin y Lloyd, 2009; Polaschek Anstiss y Wilson, 2010). No obstante, ello no significa que no se deba ni se pueda trabajar con estos sujetos.

En un primer estadio, la **motivación para el tratamiento** puede ser concebida más como un objetivo del propio programa que como un requisito para el inicio de la intervención (Redondo, 2008a). Factores susceptibles de condicionar la motivación de los agresores sexuales, para cambiar de comportamiento, son su edad y maduración personal; también pueden ser muy relevantes las transiciones vitales, o momentos de transformación personal en los que puedan hallarse (cumpliendo una pena de prisión, próximos a su liberación condicional, habiendo iniciado una nueva relación de pareja, un nuevo trabajo, etc.). También pueden ser importantes las narrativas subjetivas, o interpretaciones que el sujeto hace de su propia vida, especialmente cuando en ellas se plasma un aumento de su interés y preocupación por otras personas (pareja, hijos, amigos, etc.) y una mayor consideración de su futuro.

Es importante cuidar, en el trabajo motivacional con agresores sexuales, los siguientes aspectos: evitar la discusión abierta y directa con ellos, expresarles empatía sincera, ayudarles a percibir las propias inconsistencias vitales y a su-

perar su resistencia al cambio de comportamiento, así como apoyar sus logros y mejoras, aunque puedan ser pequeños y parciales (Burrowes y Needs, 2009; Polaschek y otros, 2010).

3.2. Evaluación inicial y de riesgo

Antes de aplicar un tratamiento con delincuentes conviene efectuar una adecuada **evaluación del riesgo** que presentan (Righthand y Welch, 2001). Para ello debe recogerse la información necesaria, a partir de entrevistas, instrumentos psicológicos tales como cuestionarios y otras pruebas, para conocer su funcionamiento intelectual (descartando posibles deterioros neurológicos), sus características de personalidad y de comportamiento, así como posibles trastornos psicopatológicos. Además, debe evaluarse si el sujeto presenta abuso de alcohol o consumo de sustancias estupefacientes.

También debería explorarse la posibilidad de una excitabilidad sexual anómala, en el sentido de que el individuo pueda presentar una fuerte preferencia y excitación sexuales ante estímulos atípicos e ilícitos, especialmente niños o el uso de violencia en las interacciones sexuales. Ello puede hacerse, de forma indirecta, en el desarrollo de las entrevistas que se realicen al individuo, preguntándole sobre sus intereses sexuales, qué le excita y le da placer, si ha tenido parejas anteriormente, o qué otras formas de satisfacción sexual utilizaba. También podría aplicarse alguna escala de desviación sexual, traduciéndola y adaptándola al efecto si es necesario, como podría ser la *Abel assessment for interest paraphilias* (Abel, 1996).

La **evaluación del riesgo** es importante tanto para programar la intensidad del tratamiento que debe aplicarse con un sujeto como para valorar y decidir las mejores medidas y actuaciones que debería incluir el plan de seguimiento posterior.

En contra de lo que habitualmente suele considerarse, los delincuentes sexuales presentan unas tasas promedio de reincidencia sustancialmente más bajas (en torno al 20%) que los delincuentes de otras tipologías (delitos violentos, contra la propiedad, por tráfico de drogas, etc.), cuyas reincidencias promedio pueden oscilar entre el 20% y el 60%) (Caldwell, 2010; Vess y Skelton, 2010). Incluso los propios delincuentes sexuales (tanto adultos como jóvenes) pueden reincidir en mayor medida en delitos no sexuales que en infracciones sexuales.

En una evaluación realizada en España sobre una muestra de agresores sexuales adultos (Redondo, Navarro y otros, 2005) a la que ya se ha hecho mención, de 123 sujetos evaluados (entre tratados y controles), el 31,8% reincidió en delitos no sexuales, frente al 6,1% que lo hizo en delitos sexuales. En una muestra de 261 agresores sexuales juveniles evaluados por Waite y otros (2005), la reincidencia en delitos no sexuales osciló entre el 31% y el 47%, mientras que la tasa de reincidencia sexual fue inferior al 5%. A partir de un grupo de 114 infrac-

tores sexuales juveniles tratados, el 27% cometió un nuevo delito no sexual durante un periodo promedio de seguimiento de nueve años, mientras que el 11% llevó a cabo una nueva infracción sexual (Hendriks y Bijlavel, 2008).

En un reciente metaanálisis que integró 63 estudios sobre la reincidencia oficial (nuevas detenciones y medidas judiciales), de 11.219 delincuentes sexuales juveniles, evaluados durante un periodo promedio de 59,4 meses (casi cinco años), se obtuvieron las siguientes tasas de reincidencia: reincidió en delitos sexuales un 7,08% (con una desviación típica, o variabilidad entre estudios, del 3,9%), y en delitos no sexuales un 43,4% (desviación típica del 18,9%) (Caldwell, 2010). Una monografía sobre reincidencia juvenil, para el caso de la Comunidad Autónoma de Cataluña, es el estudio de Capdevila, Ferrer y Luque (2006), estudio en el que la reincidencia sexual es inferior a la reincidencia no sexual.

A pesar de que, según lo visto, la **reincidencia sexual** promedio de las muestras de delincuentes sexuales es en conjunto baja, lo más importante es evaluar y estimar, para cada individuo concreto, su riesgo particular de reincidencia en un delito sexual. Algunos factores que, según lo que se conoce, se asocian a dicho riesgo incrementado, son los siguientes: haber cometido otros delitos sexuales con anterioridad, el vagabundeo (es decir, llevar una vida desorganizada, sin obligaciones, normas, etc.), puntuar alto en psicopatía, mostrar una desviación sexual, presentar fuertes distorsiones cognitivas, haber empleado fuerza o violencia en la comisión del delito o delitos precedentes, y el grado de daño infligido a la víctima o víctimas.

Al respecto de la **predicción del riesgo delictivo futuro**, una conclusión importante en la actualidad es que las guías y sistemas de predicción estructurados permiten efectuar predicciones más precisas y confiables que las meras estimaciones profesionales no estructuradas (Andrés-Pueyo, 2009; Andrés-Pueyo y Redondo, 2004; Hanson y Bussière, 1998; Hanson y Morton-Bourgon, 2009; Viljoen, Mordell y Beneteau, 2012).

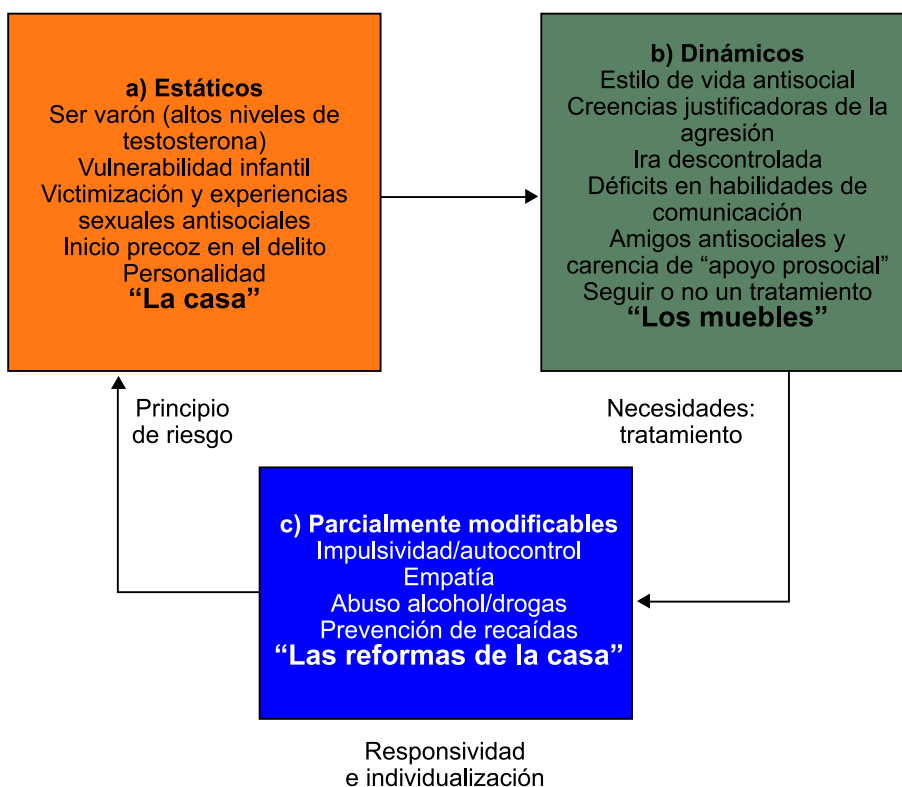
Se dispone actualmente de varias guías estructuradas para la evaluación del riesgo de abuso y agresión sexual. Una de ellas es el *SVR-20- Sexual Violence Risk Assessment* (Boer, Hart, Kropp y Webster, 1997), traducida y adaptada al castellano bajo la denominación de *SVR-20: Manual de valoración del riesgo de violencia sexual* (Martínez, Hilterman y Andrés-Pueyo, 2005), que ha mostrado buena capacidad predictiva con agresores sexuales adultos (Redondo, Pérez y Martínez, 2007). Otras escalas de valoración del riesgo, en este caso de utilidad para los agresores sexuales juveniles, son el *STATIC-99*, el *Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (J-SOAP-II)*, el *ERASOR*, el *Psychopathic Personality Inventory (PPI)*, el *Sexualized Violences Questionnaire (SVQ)*, (Hersant, 2007; Parks, 2004; Prentky, Cavanaugh y Righthand, 2009; McCoy, 2008; Righthand, Pretky y otros, 2005; Williams, 2007). También se han empleado al efecto instrumentos generalistas de predicción de violencia juvenil, tales como la *Psychopathy Checklist: Youth Versión (PCL: YV)* y el *Structured Assessment of Violence Risk in*

Youth (SAVRI), aunque estos han mostrado mayor utilidad en términos de agresión general que no específicamente sexual (Borum, Lodewijks, Bartel y Forth, 2010).

3.3. Necesidades de intervención: riesgos estáticos y dinámicos

En la **figura 2** se representan los principales factores de riesgo que, según el conocimiento disponible, favorecen los comportamientos de abuso y agresión sexual. Los riesgos se han dividido en la siguiente estructura de factores (Andrews, 2001; Andrews y Bonta, 2006; Echeburúa y Redondo, 2010; Redondo, 2008a):

Figura 2. Factores de riesgo para la agresión sexual



Fuente: adaptado a partir de Redondo (2008)

El significado de esta estructura de factores es el siguiente:

a) Los **factores estáticos** se corresponden con aquellos aspectos o características del propio sujeto (como el hecho de ser varón, vulnerabilidad infantil, etc.), o bien relativos a sus experiencias pasadas (victimización sexual, precocidad delictiva, personalidad inestable, etc.). Tales factores son considerados estáticos en cuanto que **no pueden ser directamente modificados por un tratamiento**. Estos aspectos más estables serían, utilizando para ello una metáfora que ha sido empleada en el marco terapéutico, "la casa", es decir, aquello que el individuo es y que difícilmente puede cambiar de sí mismo. Un principio terapéutico bien establecido con delincuentes, relativo a los factores estáticos, es el denominado "principio de riesgo", que significa que el tratamiento

debería ser más estructurado o intensivo en proporción directa a la magnitud global del riesgo que presenta un individuo (particularmente, en términos de sus factores estáticos de riesgo).

b) Los **factores dinámicos** se refieren a aquellos riesgos que, como llevar un estilo de vida antisocial, tener creencias justificadoras de la agresión, experimentar fuertes arrebatos de ira, déficits en la capacidad de comunicación, tener amigos antisociales, o carecer de “apoyo prosocial”, son **susceptibles de ser reducidos** (y, en el mejor de los casos, eliminados) mediante un tratamiento adecuado. En la metáfora terapéutica aludida de “la casa”, los factores dinámicos constituirían “los muebles”, es decir, aquellos elementos personales presentes (por ejemplo, cuáles son los hábitos del sujeto, cómo piensa, con quién se relaciona) que, al igual que los muebles de una casa, pueden ser reemplazados por otros, aunque ello deba hacerse poco a poco y con el esfuerzo y la ayuda necesarios. El principio terapéutico más importante, en el tratamiento de todo tipo de agresores y delincuentes, denominado de “necesidad criminogénica”, establece que los factores de riesgo dinámicos directamente vinculados a la actividad delictiva de un sujeto (hábitos antisociales, justificaciones de la violencia, déficits en habilidades sociales, falta de apoyo prosocial, etc.) son los objetivos principales del tratamiento.

c) Los **factores parcialmente modificables** harían referencia a aquellas características del individuo que **ni constituyen factores completamente estáticos (o inmodificables) ni totalmente dinámicos (o modificables)**. Entre estos, se encontrarían la dimensión de riesgo impulsividad-autocontrol, la empatía, el consumo abusivo crónico de alcohol y drogas, etc. En el símil anteriormente propuesto, podríamos referirnos aquí a “las reformas de la casa”, es decir, de aquellos elementos que ni constituyen puramente paredes maestras de la casa (no modificables), ni tampoco son meros muebles que puedan reemplazarse con relativa facilidad. Al igual que en una casa pueden reformarse parcialmente algunos tabiques de distribución de las habitaciones, cambiar las ventanas y las puertas, o variar el color de las paredes, también las personas pueden efectuar en su vida algunas reformas y ajustes que pueden mejorar sus posibilidades futuras. Estos factores parcialmente modificables se asocian al denominado “principio de responsividad o individualización”, que especifica que las intervenciones terapéuticas deben adaptarse tanto como sea posible a las peculiaridades personales de los sujetos tratados.

3.4. Tratamiento cognitivo-conductual

En el campo de la intervención con delincuentes, los tratamientos más empleados y que han mostrado mayor efectividad con los agresores sexuales (y con otros delincuentes) han sido los de **orientación cognitivo-conductual** (Brandes y Cheung, 2009; Erickson, 2009; Garrido, Morales y Sánchez-Meca, 2006; Lipsey y Landerberger, 2006; Prentky y Schwartz, 2006; Tong y Farrington, 2006). Desde esta perspectiva terapéutica, el modelo de tratamiento aplicado por Marshall y su equipo en Canadá ha sido el fundamento originario de

la mayoría de los programas con infractores sexuales aplicados en el mundo (Brown, 2005; Budrionis y Jongsma, 2003; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Marshall y Fernández, 1997; Marshall, 2001; Ward, Hudson y Keeman, 2001).

En materia de tratamiento de agresores sexuales, el país que presenta un mayor desarrollo es el Reino Unido, en donde los Servicios de Prisiones han diseñado y aplicado distintos programas parecidos al modelo estándar desarrollado en Canadá por Marshall y sus colaboradores (Hollin y Palmer, 2006). El Programa de tratamiento de delincuentes sexuales (Sex Offender Treatment Programme, SOTP), tiene como elemento central la confrontación de las justificaciones y excusas empleadas por los infractores. El SOTP Adapted Programme es una versión para sujetos con disminución intelectual. Existe una versión extensiva de este programa (Extended SOTP) para sujetos de **alto riesgo** que ya han realizado el programa estándar (SOTP). También se ha creado una modalidad para delincuentes de **bajo riesgo**, y últimamente una versión de continuación del tratamiento (Betterlives Booster SOTP Programme) para sujetos de **alto riesgo**. También existen versiones de los anteriores programas, con intensidades posibles de entre 50 y 260 horas de intervención, para delincuentes sexuales en la **comunidad**.

Estos tratamientos típicamente funcionan en un formato grupal, en el que uno o dos terapeutas trabajan con un grupo de 8 a 10 sujetos. Se comienza evaluando las necesidades de tratamiento de los individuos y su riesgo de reincidencia futura; y, en función de si sus necesidades y riesgo son altos, moderados o bajos, son incluidos en una de las tres posibles modalidades de programas. Los sujetos con necesidades y riesgo elevados reciben un tratamiento más amplio e intenso que los restantes grupos (Marshall, Eccles y Barbaree, 1993; O'Reilly y Carr, 2006). Los terapeutas intentan crear un estilo de trabajo que haga compatible el rechazo de las distorsiones cognitivas y justificaciones de los sujetos con ofrecerles, paralelamente, el apoyo que necesitan para cambiar y rehacer su vida (Marshall, 1996). Este acercamiento equilibrado, entre la confrontación de sus conductas y justificaciones pasadas y el apoyo para mejorar en relación con el futuro, ha mostrado una buena efectividad con los agresores sexuales (Beech y Fordham, 1997).

Waite y otros (2005), en una aplicación de dos niveles de intensidad de un mismo programa de tratamiento y para una evaluación de la reincidencia efectuada a lo largo de un periodo de seguimiento de diez años, obtuvieron que la mayor intensidad se asociaba a una menor reincidencia.

En esta misma dirección, la investigación internacional ha puesto de relieve que las intervenciones deben tener un cariz continuado, yendo desde niveles de mayor intensidad de la propia intervención y del seguimiento y control de los sujetos, hasta etapas posteriores de una intervención y unos controles más espaciados y diluidos.

3.5. Ingredientes terapéuticos y habilidades de los terapeutas

Los tratamientos han incluido los siguientes ingredientes principales de intervención (Hunter y Figueredo, 1999; Redondo, 2008a): educación sexual, confrontación y reestructuración cognitivas de distorsiones y justificaciones del delito, mejora de la capacidad de empatía, clarificación y desarrollo de valores acerca de qué comportamientos sexuales pueden ser o no correctos y lícitos, entrenamiento en habilidades de control de los impulsos y de la ira, entrenamiento en habilidades sociales, mayor autocontrol de la excitación sexual y prevención de recaídas. En la **tabla 1** se recogen, a partir de Righthand y Welch (2001), las principales categorías o contenidos incluidos en los tratamientos de delincuentes sexuales en relación con los objetivos a que se han dirigido.

Tabla 1. Tratamientos para reducir los comportamientos violentos

| Tipos/ingredientes de los tratamientos | Áreas problemáticas/objetivos de los tratamientos | | | | | | |
|--|---|---------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------|---|---|
| | Deterioro de las relaciones sociales | Déficits de empatía | Distorsiones cognitivas | Desviación sexual | Manejo de las emociones | Impulsividad/comportamientos antisociales | Consecuencias de haber sufrido malos tratos |
| Manejo de la ira | X | | X | | X | | |
| Entrenamiento en asertividad | X | | | | X | | |
| Terapia de aversión | | | | X | | | |
| Grupo "Infancia víctimas supervivientes" | X | X | X | | X | | X |
| Reestructuración cognitiva | X | X | X | | X | X | X |
| Sensibilización encubierta | | | | X | | | |
| Terapia expresiva | | X | | | X | | X |
| Intervenciones familiares | X | X | X | | X | X | X |
| Terapia individual y grupal | X | X | X | X | X | X | X |
| Intervenciones multi-sistémicas | X | X | X | | X | X | X |
| Farmacoterapia | | | | X | X | X | |
| Desarrollo de la identificación positiva | X | | X | | | | X |

Fuentes: Redondo y otros (2012), a partir de Righthand y Welch (2001)

| Tipos/ingredientes de los tratamientos | Áreas problemáticas/objetivos de los tratamientos | | | | | | |
|--|---|---------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------|---|---|
| | Deterioro de las relaciones sociales | Déficits de empatía | Distorsiones cognitivas | Desviación sexual | Manejo de las emociones | Impulsividad/comportamientos antisociales | Consecuencias de haber sufrido malos tratos |
| Prevención de recaídas y del ciclo de la violencia | | | X | X | X | X | |
| Autocontrol y manejo de la impulsividad | | | | X | X | X | |
| Grupos de autoayuda | X | | | | | X | X |
| Educación sexual y habilidades para relacionarse con la pareja | X | | | | | | |
| Entrenamiento en habilidades sociales | X | | | | | | |
| Manejo del estrés y la ansiedad | X | | | | X | X | |
| Educación y tratamiento de abuso de sustancias | | | | | X | X | |
| Desensibilización sistemática | X | | | | | | |
| Sensibilización vicaria | | | | | | | |
| Entrenamiento en empatía hacia la víctima | X | X | X | X | | X | |

Fuentes: Redondo y otros (2012), a partir de Righthand y Welch (2001)

También se ha puesto de relieve la importancia de trabajar con las familias de los delincuentes, dándoles el apoyo y el entrenamiento adecuados para mejorar su motivación y sus habilidades para una educación y control más eficientes de los jóvenes. Asimismo, se ha realzado la necesidad de que los terapeutas que apliquen tratamientos en este campo cuenten con las características, la formación y el entrenamiento debidos. Entre estos, se ha señalado que sean personas emocionalmente equilibradas, empáticas y respetuosas con los sujetos agresores, con habilidades de escucha y liderazgo, con el entrenamiento técnico apropiado y con alguna experiencia supervisada de trabajo con infrac-

tores sexuales. Como herramienta para el entrenamiento de terapeutas, puede contarse en castellano con monografías como los trabajos de Ruiz y Villalobos (1994) y Ruiz (1998).

3.6. Objetivos y técnicas de intervención

A continuación, se explican los objetivos más importantes del tratamiento de los agresores sexuales. Son los siguientes:

- Autoestima
- Educación sexual
- Mejora de las habilidades afectivas y sexuales
- Erradicación de distorsiones cognitivas
- Autocontrol emocional
- Empatía con las víctimas
- Prevenir las recaídas

3.6.1. Autoestima

La autoestima se refiere a la valoración que tiene el sujeto acerca de sí mismo y de su propio comportamiento, al grado en que un individuo se halla satisfecho de quién es y de cómo es. Una autoestima de razonable a elevada se asocia a personas emprendedoras y que se proponen nuevas metas en su vida, mientras que una autoestima baja se vincula a un cierto desánimo e inhibición conductual, a un cierto abandono de uno mismo. El nivel de autoestima que una persona posee guarda también relación con el éxito que ha tenido en sus iniciativas y en los proyectos que ha emprendido, en cómo le ha ido su vida.

Se ha constatado reiteradamente que los **delincuentes** de diferentes tipologías –y en particular los abusadores y agresores sexuales– presentan una **autoestima más baja** que los sujetos no delincuentes (Marshall, Champagne, Sturgeon y Bryce, 1997). La comisión de un delito sexual, y su correspondiente procesamiento y condena, se asocian por lo común a una devaluación importante de la propia imagen y a una bajada de la autoestima. Existe riesgo de que ello se traduzca en un notable desánimo respecto del futuro y de las propias capacidades y posibilidades para manejarlo. Esta es la razón por la que muchos tratamientos de agresores sexuales comienzan por este módulo de trabajo sobre autoestima como una condición necesaria para motivar a los sujetos a trabajar activamente para mejorar y cambiar positivamente su futuro (Redondo y otros, 2012).

3.6.2. Educación sexual

Ya se ha razonado la necesidad de una apropiada socialización sexual. Para ello, lo primero que resulta **imprescindible**, en el marco de un tratamiento, es dar a los sujetos la **información** y **educación sexual** adecuadas en términos biológicos, psicológicos y sociales. Pero, también, enseñarles cómo **expresar**

sus propias emociones y sentimientos afectivos y sexuales, así como a reflexionar acerca de los significados y expectativas que tales expresiones pueden comportar para uno y otro sexo, y para distintas personas.

Por lo que se refiere a sus experiencias delictivas pasadas, para comenzar se requerirá también ayudarles a hacerse conscientes de que pueden haber utilizado el sexo como “estrategia de afrontamiento” de sus problemas emocionales y de relación, pero que en realidad, tal estrategia guarda poca relación con la resolución efectiva de dichos problemas. A la vez, se les deben enseñar estrategias de afrontamiento más apropiadas, variadas y eficaces para enfrentarse a sus dificultades personales y emocionales (la estrategia más empleada en esta dirección para múltiples problemas de comportamiento ha sido la **técnica de resolución de problemas**: D’Zurilla, 1993; D’Zurilla y Goldfried, 1971).

Por último, la educación sexual también habrá de ocuparse de aspectos tan importantes como los siguientes: mejorar la capacidad de reflexión de los sujetos para interpretar significativamente la sexualidad como una forma de comunicación, placer, satisfacción y felicidad, pero al mismo tiempo como una relación especial entre dos personas, que se aceptan y respetan recíprocamente; mejorar la conciencia y disposición de los individuos para el cambio terapéutico en el marco del tratamiento; y educarles sobre la relación psicológica entre emociones, pensamientos y conductas, que resulta de la mayor relevancia tanto para comprender la precipitación de la agresión sexual como para poder controlarla.

3.6.3. Mejora de las habilidades afectivas y sexuales

El **entrenamiento en habilidades sociales** (EHS) es una de las técnicas más conocidas y aceptadas para el tratamiento de delincuentes (Redondo, 2008a; Ross y Fabiano, 1985). El presupuesto central es que un comportamiento social competente requiere tres componentes relacionados (Hollin y Palmer, 2001; Méndez, Olivares y Ros, 2005): **percepción social**, habilidad para reconocer, entender e interpretar convenientemente las señales sociales, tales como la expresión facial de emociones, las indicaciones y respuestas de otras personas, etc.; **cognición social**, o habilidad para generar mentalmente alternativas de respuesta viables para responder a las interacciones y demandas sociales; y **actuación social**, o capacidad para llevar a cabo conductas apropiadas en la comunicación y la interacción sociales, tales como escuchar a otros, mantener un buen contacto visual con interlocutores, modular el tono de voz de acuerdo con los contenidos y las situaciones comunicativas, responder a las críticas o ser asertivo en la comunicación.

Es notorio que muchos infractores presentan **graves déficits** en todas estas competencias interpersonales, lo que les acarrea muchos conflictos legales (Blackburn, 1994; Glick, 2003). El entrenamiento en habilidades sociales se ha empleado con delincuentes juveniles y adultos para enseñar muy diversas competencias (Ross y Fabiano, 1985; Garrido, 1993): desarrollar sus habilida-

des conversacionales, favorecer su “introversión” y reflexión, aumentar su autoestima, sus habilidades de comunicación, su capacidad para expresar asertividad, para el afrontamiento de situaciones de riesgo, y sus habilidades de interacción con figuras de autoridad.

El **entrenamiento en habilidades sociales** suele aplicarse a partir de los siguientes pasos (Caballo, 1998; Garrido, 1993; Gil y García Sáiz, 2004; Redondo, 2008a):

1) Instrucciones: se informa a los individuos sobre la habilidad específica que se les va a enseñar (iniciar una conversación, pedir una cita, o proponer una relación, etc.) y acerca de los pasos necesarios para llevar a cabo dicha habilidad.

2) Modelado: un “modelo” (el terapeuta u otra persona del grupo) muestra a los “aprendices” (los participantes en el tratamiento) los aspectos más relevantes de la habilidad que se entrena.

3) Ensayo de conducta: el sujeto reproduce la conducta mostrada, yendo desde habilidades muy sencillas y fácilmente imitables (por ejemplo, saludar a otra persona, iniciar una conversación) a otras más elaboradas (por ejemplo, pedir una relación amorosa, manifestar asertivamente una queja...), de modo que se favorezca un creciente aprendizaje a la vez que la generalización de lo aprendido a las rutinas de la vida diaria.

4) Reforzamiento positivo y retroalimentación (generalmente, mediante el realce y la alabanza por parte del terapeuta) de los logros de los sujetos en su imitación y la paulatina mejora de cada habilidad enseñada, sugiriéndoles la manera de resolver las dificultades y fallos que puedan presentarse.

5) Práctica de las habilidades en situaciones reales, llevando a cabo autorregistros de las situaciones experimentadas y de las propias conductas, anotaciones que luego serán comentadas en el contexto de la terapia. Es obvia la limitación existente para desarrollar este último paso en los casos de cumplimiento de medida en régimen cerrado.

Un aspecto muy importante del trabajo con infractores es que el entrenamiento en habilidades sociales no debería limitarse a enseñarles la mera mecánica de las conductas sino también las competencias cognitivas, actitudinales y valorativas que deben acompañar a cada comportamiento (Marshall, Bryce, Hudson, Ward y Moth, 1996). Aquí serán aspectos de la máxima relevancia los siguientes: mejorar la capacidad individual para reflexionar acerca de la necesidad que todas las personas tienen de querer y ser queridas, y de expresar a otros y de recibir de otros la manifestación de sus sentimientos de afecto;

desarrollar nuevas habilidades de expresión de emociones y afectos personales; y mejorar la competencia para la manifestación de deseos afectivos y sexuales a otra persona.

3.6.4. Erradicación de distorsiones cognitivas

Son variadas las distorsiones cognitivas y justificaciones que pueden amparar las conductas de abuso y de agresión sexual. Pollock y Hashmall (1991) evaluaron una muestra de 86 agresores sexuales de niños en la ciudad de Toronto, e identificaron en ellos hasta 250 justificaciones distintas del comportamiento de abuso. Las agruparon en varias categorías temáticas. Las dos categorías en las que pudo incluirse un mayor número de distorsiones fueron las siguientes: **considerar que la propia víctima había iniciado la actividad sexual** (o bien que había consentido realizarla), y aducir que la conducta realizada era debida a la **carencia de contactos sexuales habituales** o a la **intoxicación etílica**. Ward (2000) considera que las distorsiones cognitivas funcionarían en los agresores sexuales como una especie de “teorías implícitas”, explicativas y predictivas del comportamiento, hábitos y deseos de sus víctimas. Así, un agresor podría considerar que cuando una niña pregunta acerca de algún comportamiento sexual que ha observado en la televisión, está “lanzando el mensaje” de que le gustaría llevar a cabo dicho comportamiento, lo que podría “justificar” la propia conducta de acariciarla sexualmente.

Para modificar el modo de pensar de los infractores, se han empleado distintas técnicas psicológicas. La **más utilizada** ha sido la **reestructuración cognitiva**, que parte de la consideración de que muchos trastornos psicológicos y de conducta son el resultado de automatizaciones sesgadas o irrealistas en el procesamiento de la información; algunos pensamientos automáticos pueden acabar convirtiéndose en firmes “distorsiones cognitivas” o patrones erróneos de interpretación de las interacciones sociales, percibiéndolas como amenazantes, provocadoras, etc. (Beck, 2000; Carrasco, 2004; Méndez, Olivares y Moreno, 2005), algo muy frecuente en los delincuentes.

Mediante la técnica de reestructuración cognitiva, puede ayudarse a los sujetos a “caer en la cuenta” de que sus distorsiones cognitivas guardan una estrecha relación con sus conductas infractoras; y a partir de ello, se estaría facilitando que puedan reorganizar más racionalmente su pensamiento y su conducta.

También se ha empleado, para incidir en el pensamiento de los infractores, el denominado “programa de solución cognitiva de problemas interpersonales”; en él, se entrena a los sujetos para que sean capaces de reconocer y definir los problemas interpersonales, identificar los sentimientos vinculados a ellos, y aprender a generar soluciones innovadoras (diferentes de las que han venido utilizando habitualmente), soluciones que deben tomar en cuenta las diversas consecuencias que se asocian a las distintas opciones de conducta (Redondo, 2008a).

Otras actuaciones a este respecto han sido las técnicas de **autocontrol**, cuya base es el entrenamiento en **autoinstrucciones** (o uso de lenguaje interno) con la finalidad de orientar la propia conducta. Por medio del autocontrol, se enseña a los individuos a definir convenientemente la tarea a la que se enfrentan, a dirigir la atención a dicha tarea, a resolver los errores que se puedan cometer, y a autoevaluarse y autorreforzarse por sus logros y mejoras (Díaz, Comeche y Vallejo, 2004; Olivares, Méndez y Lozano, 2005).

Asimismo, se han empleado técnicas de **desarrollo moral**, orientadas a ayudar a los participantes en el programa a “crecer” moralmente. Kohlberg considera que las personas evolucionan, con su desarrollo y maduración, a través de diversos estadios de moralidad, en los que las decisiones de conducta toman en cuenta diferentes tipos de consecuencias (Palmer, 2003, 2005; Redondo, 2008a). En los primeros estadios, las decisiones de comportamiento se basan esencialmente en recompensas tangibles e inmediatas para uno mismo y en la evitación del castigo, mientras que en estadios superiores se fundamentarían en consecuencias demoradas y en valores altruistas. Se interpreta que muchos infractores se han estabilizado en los primeros estadios de desarrollo moral (Rich, 2009). Por ello, estas técnicas se orientan a ayudar a los individuos a avanzar hacia estadios morales superiores. Con esta finalidad, se confronta a los sujetos, mediante actividades de discusión grupal, a posibles dilemas morales, en el sentido de situaciones reales o imaginarias en que entran en conflicto distintas opciones de conducta, todas las cuales tienen sus pros y sus contras. Esta técnica facilita que los sujetos piensen acerca de un dilema y deban tomar partido inicialmente por una solución, pero que a continuación conozcan otras posibles soluciones arbitradas por sus compañeros, así como los argumentos que ellos tienen para formularlas. Lo habitual es que los participantes en un tratamiento completen la información y la reflexión que inicialmente hicieron y puedan, de ese modo, mejorar sus propias elecciones de conducta.

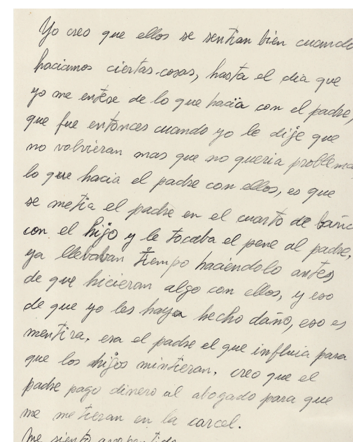
Estudio de un caso

“Yo creo que ellos se sentían bien cuando hacíamos ciertas cosas, hasta el día que yo me enteré de lo que hacían con el padre. Fue entonces cuando yo les dije que no volvieran 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 pene al padre. Ya llevaban tiempo haciéndolo antes de que yo hiciera 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”.

Fuente: elaboración propia a partir de un ejercicio real realizado en el transcurso de una intervención terapéutica

Actividad

Identificad las distorsiones cognitivas que aparecen en este fragmento.



Yo creo que ellos se sentían bien cuando hacíamos ciertas cosas, hasta el día que yo me enteré de lo que hacían con el padre, que fue entonces cuando yo les dije que no volvieran 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 pene al padre, ya llevaban tiempo haciéndolo antes de que yo hiciera 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 sintió arrebatado.

3.6.5. Autocontrol emocional

Muchos de los comportamientos de abuso o agresión sexual pueden precipitarse como resultado de emociones extremas (tensión, ira, deseo de venganza, etc.) debidas a la dificultad de los sujetos para el manejo apropiado de situaciones conflictivas (Agnew, 2006; Andrews y Bonta, 2006; Gillette, Mitchell, Fisher y Beech, 2012; Kingston, Firestone y Yates, 2012; Tittle, 2006). En todos estos supuestos, están implicadas tanto la **carencia de habilidades** como las **interpretaciones inadecuadas** de las interacciones sociales (por ejemplo, atribuyendo mala intención a la otra persona) y, finalmente, una **exasperación emotiva** que puede implicar el enfurecimiento y una posible agresión.

Para paliar estas dificultades, las técnicas para regular las emociones de los individuos y enseñarles cómo controlar sus posibles explosiones iracundas han consistido en entrenar a los sujetos en una o más de las facetas del comportamiento implicadas en la agresión (Novaco y Renwick, 1998; Novaco, Ramm y Black, 2001). Es decir, en dotarles de mejores habilidades fácticas para enfrentarse eficazmente a las situaciones de conflicto, enseñarles a arbitrar nuevas y más benignas interpretaciones del comportamiento de otras personas, y enseñarles a controlar sus estados de tensión y ansiedad.

Asimismo, serán **objetivos y aspectos relevantes del entrenamiento** en habilidades sociales los siguientes:

- comprender la conexión existente entre ira/enfado crónico y las conductas agresivas (y sus posibles agresiones sexuales);
- desarrollar estrategias para controlar la ira; desarrollar habilidades para expresar el enfado de forma adecuada, y para ser asertivos (es decir, para manifestar abiertamente sus quejas y deseos a otras personas pero de forma no agresiva);
- aprender a detectar los precursores situacionales y fisiológicos que anteceden a sus respuestas coléricas;
- debatir acerca de las similitudes y diferencias que puede haber entre aguantarse, negociar o agredir en situaciones específicas de conflicto;
- aprender a relajarse mediante “entrenamiento en relajación”.

3.6.6. Empatía con las víctimas

La **empatía** es aquella capacidad de los individuos para ‘sentir con’ otra persona (Echeburúa y otros, 2002), siendo solidario con su posible sufrimiento, y para acomodar la propia conducta en coherencia con esos sentimientos po-

sitivos. Muchos delitos se cometen en ausencia o por insuficiencia de emociones tales como la compasión con el sufrimiento ajeno, la solidaridad y el altruismo.

Muchos abusadores y agresores sexuales no carecerían de empatía hacia otras personas en general, sino que más bien estarían **faltos de ella** por lo que concierne a sus propias víctimas (Fernández, Marshall, Lightbody y O'Sullivan, 1999). Ello parece deberse a su incapacidad para reconocer el daño que han causado (Covell y Scalora, 2002). Por esto, un objetivo del tratamiento es **sensibilizarlos sobre el dolor que las víctimas experimentan como resultado de la agresión**. En un estudio de Martínez, Redondo, Pérez y García-Forero (2008), se exploraron las posibles relaciones entre empatía y agresión sexual, así como los posibles efectos beneficiosos que puede tener el tratamiento psicológico en la mejora de la empatía. Los violadores que recibieron tratamiento aumentaron su empatía por encima de los grupos de delincuentes no sexuales y de violadores no tratados.

También constituyen objetivos importantes del entrenamiento empático los siguientes:

- conocer los efectos generales que producen el uso de la fuerza y la agresión sobre las personas;
- identificar las consecuencias del uso de la fuerza y la violencia sobre otras personas, y específicamente sobre niñas y niños, y sobre mujeres; educar a los sujetos acerca de los efectos de la agresión sobre las víctimas secundarias (padres, hermanos, pareja de la víctima, etc.);
- enseñar cómo haber sufrido violencia puede convertirse en un factor de riesgo para que esa misma persona agrede a otras en el futuro;
- reflexionar sobre las emociones, pensamientos y comportamientos de las víctimas en relación con las agresiones que han experimentado;
- recordar y describir vivencias personales de victimización, haciendo especial énfasis en los sentimientos y consecuencias asociados, sugiriendo posibles analogías con las vivencias de víctimas de agresión sexual.

A continuación, se presentan algunos de los ejercicios que se emplean para desarrollar la empatía hacia la víctima, en el **Programa de control de la agresión sexual**, que se aplica actualmente a los delincuentes sexuales del Estado español.

Describir a tu víctima. Describe a tu víctima poniendo especial atención a aquellas cualidades positivas de ella que utilizaste y manipulaste para conseguir el contacto sexual. Para poder realizar esta tarea, contesta a las siguientes preguntas: ¿cómo es tu víctima?; ¿qué cualidades positivas tiene?; ¿De qué cualidades positivas te aprovechaste para conseguir el contacto sexual?

Describir los hechos. Describe, con mucho detalle, lo que hiciste, poniendo especial atención en tus conductas y aclarando los errores de pensamiento y las mentiras que utilizaste. Debes describir, también, cómo utilizaste esas buenas cualidades de tu víctima para conseguir el contacto sexual. Para realizar esta tarea, contesta las siguientes pregun-

tas: ¿qué hiciste? (descripción detallada); ¿qué hiciste para aprovecharte de esas buenas cualidades de tu víctima?; ¿qué pensamientos erróneos tenías?; ¿qué mentiras utilizaste en ese momento?; ¿qué mentiras has mantenido hasta ahora?

Soy totalmente responsable. Recuerda que esto es un informe de responsabilidad en el que debes reconocer que todo lo ocurrido fue culpa tuya y que la víctima hizo lo correcto denunciando los hechos. Para realizar esta tarea, debes contestar las siguientes preguntas: ¿de qué cosas eres responsable?; ¿qué derechos de tu víctima, como persona, violaste?; ¿quién actuó correctamente?; ¿pensaste en sus sentimientos?; ¿pensaste en sus súplicas, lloros, negativas, etc.?

Describir todos los daños físicos y psicológicos. Describe los daños físicos y psicológicos, prestando especial atención a todas las formas en las que hiciste daño a tu víctima principal (y a tus víctimas secundarias), e incluye los posibles daños y consecuencias futuras que podrá padecer. Para realizar esta tarea, contesta las siguientes preguntas: ¿qué daños físicos le has causado?; ¿qué daños psicológicos le has causado?; ¿qué cosas no se volverá a atrever a hacer?; ¿por qué lugares no querrá volver a pasar?; ¿qué problemas podrá tener en un futuro?

Responder a las preguntas de la víctima. Hay muchas cuestiones que tu víctima quería saber y que quizá tú nunca te has planteado, o mejor dicho, nunca has sabido responder. A continuación, tienes una lista de preguntas que muchas víctimas de violación se hacen. Sé sincero al contestar, posiblemente, si tu víctima tuviese la oportunidad te haría estas mismas preguntas: ¿por qué me hiciste esas cosas a mí?; ¿volverías a hacérmelo otra vez?; ¿por qué yo?; ¿qué hice?; ¿por qué no me hacías caso, ni me escuchabas, ni atendías mis súplicas?; ¿por qué no aceptas un NO por respuesta?; ¿por qué no sabes que las relaciones sexuales deben ser consentidas por ambas partes?; ¿por qué debo creer que no volverás a hacerlo nunca más?; ¿cómo podré estar segura de que no reincidirás?; ¿cuánta gente sabe hoy en día lo que hiciste?; ¿cómo crees que me siento?; ¿por qué nunca podré olvidarlo?

Fuente: Cuaderno de prácticas (Ministerio del Interior, 2006b)

3.6.7. Prevenir las recaídas

En el caso de algunos infractores y agresores sexuales, la repetición delictiva podría funcionar de manera semejante a las recaídas en las conductas adictivas, de forma que en ciertas circunstancias acabaría precipitándose como si resultara inevitable (McMurrin, 2002). En la actualidad, se valora que la anticipación y prevención de las reincidencias debe constituir un objetivo proactivo del propio tratamiento, por encima de limitarse a esperar que la prevención acontezca de un modo natural, algo que no siempre sucede (Milan y Mitchell, 1998; Redondo, 2008a).

Se han desarrollado técnicas específicas para reducir el riesgo de reincidencia de los infractores y delincuentes que siguen un programa de tratamiento. Estas se han concretado en estrategias de dos tipos: técnicas de **generalización y mantenimiento** del comportamiento, y estrategias de **prevención de recaídas**. Las primeras utilizan los principios generales del aprendizaje, tales como la demora paulatina de los refuerzos con que se gratifica a los individuos por sus mejoras, y el entrenamiento de los sujetos en situaciones cada vez más parecidas a la vida social real (Milan y Mitchell, 1998).

Las técnicas de **prevención de recaídas** enseñan a los sujetos, paso a paso, cuáles son los principales factores personales y sociales que pueden ponerles en riesgo de volver a cometer un delito y qué controles pueden utilizar para contrarrestarlos, del modo siguiente (Laws, 1989, 2001; Pithers, 1990):

1) El individuo debe adquirir conciencia de que, antes o después, aparecerán situaciones de **riesgo asociadas** a su conducta infractora (consumo de drogas, momentos y situaciones de cercanía con niños, amistades facilitadoras de comportamientos de agresión sexual, etc.).

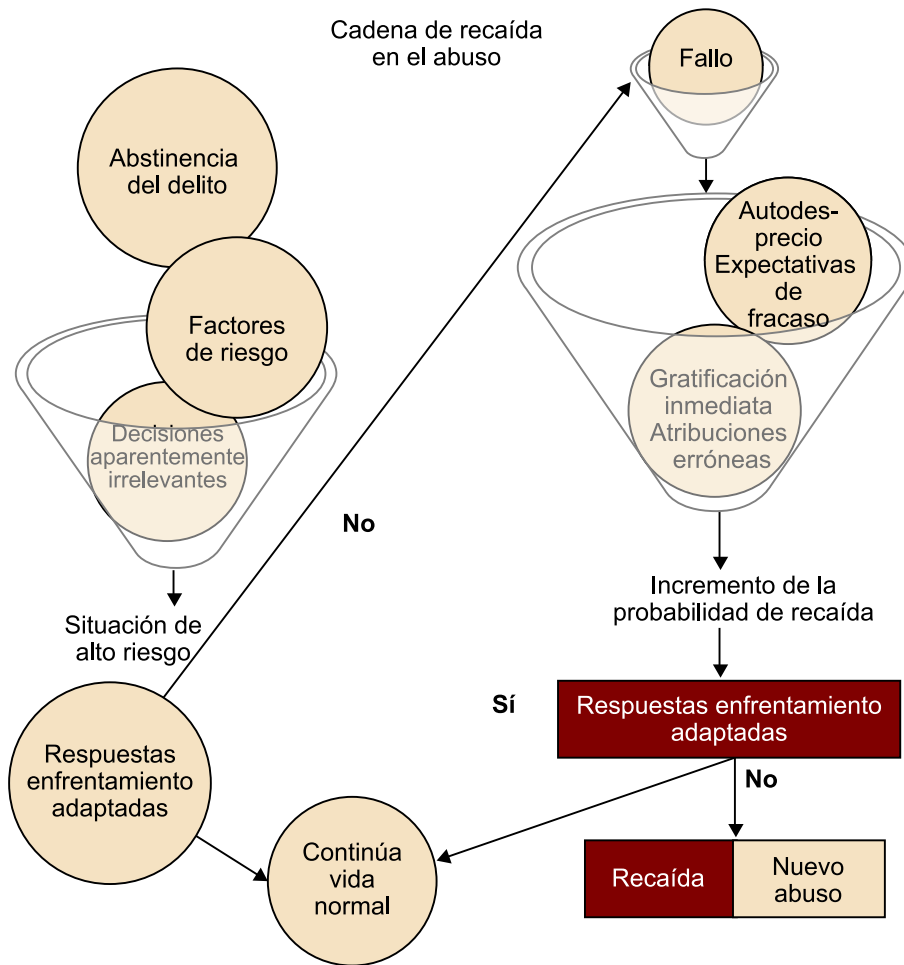
2) El sujeto es prevenido acerca de que ante estas situaciones es frecuente que se tomen **decisiones aparentemente irrelevantes**. Se entiende por tales ciertos cursos de acción que, aunque a primera vista podrían parecer inocuos a efectos de un delito sexual (quedar con ciertos amigos, dar un paseo por un parque, comprar pornografía adulta, consumir alcohol...), sin embargo, en realidad, le estarían acercando a posibles situaciones de riesgo. Contrariamente a lo anterior, el sujeto debe aprender a tomar otras opciones de conducta, más normalizadas y adaptativas, que no le aproximen a la recaída o reincidencia en el delito.

3) No obstante, incluso si ha tomado ya una **decisión aparentemente irrelevante**, que le pone en mayor riesgo, ello no significa que todo esté perdido y que necesariamente deba verse abocado a reincidir; aún puede emitir respuestas **adaptativas de afrontamiento**, que le alejen de la situación y de la probabilidad de recaída.

4) Por último, el sujeto debe aprender que según qué opción de las dos anteriores tome, experimentará un sentimiento o bien de **ruptura de la abstinencia** o bien de **mantenimiento de la abstinencia**; el primero podría desanimarle y contribuir a aumentar su riesgo de recaída, mientras que el segundo fortalecería su abstinencia delictiva.

La prevención de recaídas también debe dirigirse a los siguientes aspectos:

- promover, de manera anticipada y proactiva, la generalización y el mantenimiento de las mejoras y logros obtenidos durante el tratamiento;
- enseñar a los sujetos a identificar en sí mismos (estados afectivos, consumo de alcohol o drogas, etc.) y en el ambiente social (ocio desestructurado, encuentro con posibles víctimas, riñas o disputas con otros, etc.) posibles factores facilitadores o precipitantes de conductas antisociales;
- entrenarles para ser capaces de analizar su propia conducta y los problemas que pueden aparecer en diversas situaciones personales y sociales, así como para tomar en consideración diferentes alternativas de acción que pueden llevar a distintos resultados (unos prosociales y otros delictivos);
- entrenarles en estrategias de afrontamiento más efectivas para prevenir las conductas infractoras y delictivas.



Fuente: elaboración propia

Estudio de un caso

Hoy, Antonio no ha tenido un buen día, Amparo no ha parado de reprocharle lo del trabajo, se ha pasado toda la tarde gritándole que era un inútil. Pero ¿quién se habrá creído que es ella?, pensó Antonio, después de estar manteniéndola a ella, embarazada, y a su hermana... era mejor irse de casa antes de darle una bofetada, algo que realmente se merecía. Salió de casa dando un portazo a sus espaldas, estaba furioso y necesitaba una copa. Fue al bar y estuvo allí tomando copas hasta las once de la noche, hora en la que Amparo ya estaba durmiendo todos los días. No quería volver a discutir con ella.

Llegó a casa borracho. Amparo dormía y María, que llevaba un camisón, estaba viendo la televisión sentada en el suelo. Siempre andaba medio desnuda. “Está claro que quiere excitarme”, pensó Antonio. Estaba muy excitado, tenía tantas ganas de hacerlo como ella. Después de todo, a Amparo no le importa nadie, ni él ni su hermana, así que da igual. Pensando esto, se sentó junto a la niña, le tapó la boca y la violó”.

Fuente: elaboración propia a partir del Cuaderno de prácticas (Ministerio del Interior, 2006b)

Actividad

¿Qué cosas creéis que han influido en Antonio para que cometiese la agresión sexual? Identificadlas y clasificadlas según el esquema de cadena de conducta de la prevención de recaídas.

4. Eficacia de los tratamientos

Para evaluar comparativamente la efectividad de las técnicas de tratamiento aplicadas con los agresores sexuales, se ha empleado la **técnica estadística del metaanálisis** (Sánchez-Meca, 1997). A continuación se presentan, parcialmente a partir de Redondo y Sánchez-Meca (2003), algunos de los metaanálisis más importantes llevados a cabo sobre programas de rehabilitación de delincuentes sexuales.

El primer metaanálisis sobre esta materia fue llevado a cabo por Hall (1995), comparando los resultados de doce programas en los que se había evaluado a un total de 1.313 individuos. Aproximadamente, la mitad correspondía a grupos de tratamiento y la otra mitad a grupos de control que, o no recibían tratamiento o recibían tratamientos alternativos. Los programas aplicados habían durando en promedio 18,5 meses, y los seguimientos posteriores, tras la finalización del tratamiento, 6,8 años. En este metaanálisis, se obtuvo un tamaño del efecto global de $r = 0,12$; ello significa que, en promedio, los grupos de tratamiento tuvieron una tasas de reincidencia 12 puntos por debajo de los grupos de control. Un dato especialmente destacable de esta revisión es que uno de los dos estudios con mayor tamaño del efecto o eficacia ($r = 0,55$, es decir con una reducción de 55 puntos en la reincidencia, frente a los controles) había sido llevado a cabo con agresores sexuales adolescentes. Ello sugiere que la intervención precoz durante la adolescencia puede impedir que se cronifiquen y mantengan modelos de agresión sexual.

Polizzi, McKenzie y Hickman (1999) evaluaron 21 programas aplicados, mayoritariamente con delincuentes adultos, tanto en prisión como en la comunidad. Los distintos tratamientos fueron categorizados, en función de sus resultados, como: 1) efectivo, 2) no efectivo, 3) prometedor, o 4) no se sabe. Se obtuvieron resultados muy variados, oscilando los tamaños del efecto entre $-0,23$ y $0,70$. El 50% de los programas resultaron efectivos o prometedores, logrando diferencias estadísticamente significativas a favor de los tratamientos aplicados. De las seis intervenciones calificadas como claramente “efectivas”, cuatro incorporaban técnicas cognitivo-conductuales. Aunque algunos programas en prisión lograron buenos resultados, en general fue mayor la eficacia de los tratamientos aplicados en un contexto comunitario.

Gallagher, Wilson y MacKenzie (1999; Gallagher, Wilson y otros, 1999) compararon, mediante metaanálisis, 26 tratamientos aplicados después de 1975, que incluían tres intervenciones con delincuentes juveniles. La reincidencia sexual promedio de los grupos tratados fue inferior, con un tamaño del efecto de $r = 0,23$ (o 23 puntos menos de reincidencia durante el seguimiento que

los grupos controles). A efectos de poder comparar la eficacia de las técnicas terapéuticas utilizadas, los programas se clasificaron en cinco categorías o modelos, obteniéndose los tamaños del efecto que se recogen en la **tabla 2**.

Tabla 2. Resultados del metaanálisis de Gallagher y otros (1999) según el tipo de programa

| Tipo de programa | Número de programas | R |
|--|---------------------|------|
| Conductual | 4 | 0,11 |
| Cognitivo-conductual / Prevención de respuesta | 13 | 0,23 |
| Psicosocial en general | 3 | 0,10 |
| Medicación hormonal con psicoterapia | 5 | 0,30 |
| Castración quirúrgica | 1 | 0,66 |

Fuente: Redondo y Sánchez-Meca (2003)

Los cuatro programas correspondientes a la **categoría conductual**, consistentes en terapias aversivas, sensibilización encubierta y saciación, obtuvieron un tamaño del efecto promedio de $r = 0,11$. Trece programas fueron catalogados como cognitivo-conductuales con prevención de respuesta, en cuanto que se centraban en la enseñanza a los jóvenes de procesos de pensamiento y habilidades para controlar su conducta desviada y para identificar y resolver situaciones de riesgo. Estos tratamientos obtuvieron en promedio un tamaño del efecto de $r = 0,23$. Los tres tratamientos psicosociales, esencialmente orientados a la educación sexual de los infractores, lograron una eficacia promedio de $r = 0,10$. Cinco estudios, cuyo tamaño del efecto promedio fue de $r = 0,30$, habían empleado medicación antiandrogénica combinada con psicoterapia (pueden verse revisiones de los fármacos disponibles para el tratamiento de los agresores sexuales en: Bradford y Federoff, 2006; Soller, Karnik y Steiner, 2006). Por último, un estudio alemán con adultos había evaluado, por sorprendente que pueda parecer desde una perspectiva actual, la utilización de la castración quirúrgica como “técnica” de intervención (logrando un tamaño del efecto de $r = 0,66$).

En general, los tratamientos aplicados en **contextos institucionales** obtuvieron menores tamaños del efecto ($r = 0,18$) que los aplicados en el medio social ($r = 0,29$). No obstante, debe matizarse este resultado comentando que el contexto institucional en el que se aplica un tratamiento también lleva implícito el perfil de mayor o menor riesgo de los agresores tratados: es probable que los sujetos más violentos y con peor pronóstico reciban tratamiento en instituciones cerradas, mientras que los de menor riesgo sean tratados en la comunidad.

4.1. Tratamientos aplicados en España

Hasta ahora, la mayoría de los programas realizados en este campo en España se han llevado a cabo en las **prisiones con delincuentes adultos**. Tanto la legislación penitenciaria española como las normas internacionales en esta ma-

tería prevén que las administraciones penitenciarias apliquen programas con delinquentes violentos y sexuales, y tomen las medidas de control necesarias para facilitar su reintegración social y evitar su reincidencia.

En las prisiones españolas se inició la aplicación de programas de tratamiento con agresores sexuales en 1996 (Garrido y Beneyto, 1996, 1997). Posteriormente, el formato del programa original fue revisado y adaptado por un equipo de técnicos de instituciones penitenciarias y publicado oficialmente por el Ministerio del Interior (2006a, 2006b).

Este tratamiento se dirige tanto a violadores como a abusadores de menores, y tiene como objetivos principales los siguientes (Garrido y Beneyto, 1996):

- 1) mejorar sus posibilidades de reinserción y de no reincidencia;
- 2) favorecer un análisis más realista de sus actividades delictivas, que reduzca sus distorsiones y justificaciones delictivas; y
- 3) mejorar sus capacidades de comunicación y relación interpersonal.

Este programa con adultos se aplica, en modalidad grupal, en una o dos sesiones terapéuticas semanales, de dos horas de duración. La intervención se completa, actualmente, en unos dos años. Se contempla adaptar una versión intensiva que reduzca este periodo a un año, toda vez que la evidencia clínica general muestra que los resultados finales no mejoran linealmente a mayor duración del programa.

El esquema del **Programa de control de la agresión sexual** actualmente aplicado con agresores sexuales adultos es, en consonancia con todo lo que se viene comentando, el siguiente (Ministerio del Interior, 2006a):

- 1) **entrenamiento en relajación**, para enseñar a los sujetos a controlar sus estados de tensión;
- 2) **análisis de la historia personal**, en que cada sujeto efectúa un repaso crítico de su propia vida;
- 3) **distorsiones cognitivas**, en donde se confronta al individuo con sus errores de pensamiento e interpretación acerca de su conducta delictiva, uso de la violencia, conducta sexual, los roles sociales de las mujeres, etc.;
- 4) **conciencia emocional**, cuyo objetivo es que los sujetos mejoren su conocimiento y capacidad de apreciar emociones en sí mismos y en otras personas;
- 5) **comportamientos violentos**, en que se analiza la cuestión de las conductas de agresión y daño a las víctimas;

6) **mecanismos de defensa**, que atiende al trabajo sobre las justificaciones del delito;

7) **empatía con la víctima**, en que se desarrolla la capacidad del sujeto para ser consciente y solidario con el sufrimiento de otras personas y particularmente de sus víctimas;

8) **prevención de la recaída**, módulo que prepara al sujeto, de modo parecido a como se hace en los tratamientos de adicciones, para que sepa anticipar situaciones de riesgo de repetición del delito y poner en marcha respuestas de afrontamiento de dicho riesgo;

9) **estilo de vida positivo**, que enseña a los sujetos a programar su vida cotidiana (horarios, rutinas diarias, objetivos, etc.);

10) **educación sexual** sobre el funcionamiento de la sexualidad humana, especialmente por lo que se refiere a su interpretación como una actividad de comunicación y respeto recíproco de los deseos de las personas; y

11) **modificación del impulso sexual**, módulo opcional de técnicas psicológicas (**sensibilización encubierta** o **recondicionamiento masturbatorio**) para la reducción del impulso sexual ante estímulos inapropiados que impliquen el uso de la violencia o interacciones sexuales con menores.

Para la evaluación a gran escala de este programa, se efectúa una comparación de los resultados obtenidos en diversas medidas psicológicas antes y después del tratamiento. Para ello, Redondo, Martínez y Pérez (2005) adaptaron varias escalas psicológicas específicas que permiten la evaluación de variables como “capacidad de intimidad”, “asertividad”, “ansiedad ante estímulos sexuales”, “distorsiones cognitivas” sobre violación o sobre abuso de menores, y “empatía” ante víctimas de violación o de abuso sexual. En una reciente evaluación de este programa en muestras de 117 violadores y 71 abusadores de menores, a partir de un encargo de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, se ha obtenido que **el tratamiento aplicado con los agresores sexuales produce mejoras terapéuticas significativas en factores tales como autoestima social, asertividad, disposición al cambio de conducta, distorsiones cognitivas, impulsividad, agresividad y empatía**. Todas estas mejoras guardan relación con la motivación delictiva y, en definitiva, con un menor riesgo de reincidencia sexual (Redondo y Luque, en prensa).

En una evaluación específica de la reincidencia sexual a partir de una muestra de 49 delincuentes adultos tratados en las prisiones de Cataluña, tras un periodo de seguimiento de cuatro años, reincidió en delitos sexuales el 4,1% de los agresores sexuales tratados frente al 18,2% de reincidencia por parte del grupo de control, no tratado (Redondo y otros, 2005). Es decir, el tratamiento logró bajar la tasa de reincidencia en 14 puntos. Este resultado de eficacia es muy relevante, si se atiende al **tamaño del efecto** promedio de los tratamientos de

los agresores sexuales, que internacionalmente se sitúa en reducciones promedio de entre 5 y 8 puntos (sobre tasas base de reincidencia de entre el 15% y el 20%) (Gillis y Gass, 2010; Lösel y Schmucker, 2005; Prentky y Schwartz, 2006).

Ejercicios de autoevaluación

1. El principal objetivo que persigue el trabajo en la modificación de las ideas distorsionadas, en el tratamiento con agresores sexuales, es...

- a) conseguir que el sujeto se sienta mejor consigo mismo.
- b) conseguir que el agresor narre su versión de los hechos.
- c) la aceptación y asunción de la responsabilidad personal.
- d) reducir el impulso sexual inadecuado.

2. Ante la siguiente situación de riesgo: "Entrar en la habitación del niño cuando está dormido", una estrategia de afrontamiento **no efectiva** puede ser...

- a) hacerlo solo con un objetivo concreto.
- b) hacerlo cuando no hay nadie más en la casa.
- c) hacerlo en presencia de otras personas.
- d) disfrutar de la compañía del niño junto con otras personas.

3. Los objetivos que persiguen los tratamientos psicológicos con agresores sexuales son...

- a) favorecer un análisis más realista de las actividades delictivas por parte de los sujetos.
- b) mejorar sus capacidades y habilidades de relación personal.
- c) modificar su estilo de vida desadaptativo.
- d) evaluar y tratar la naturaleza y estructura del comportamiento del agresor y reducir el riesgo de reincidencia.

4. En el modelo de prevención de la recaída, las decisiones aparentemente irrelevantes...

- a) alejan de las situaciones de riesgo.
- b) parece que no tienen relación con el ciclo de abuso.
- c) son la culminación de una larga cadena de hechos.
- d) ayudan a evitar la recaída.

5. En la primera evaluación realizada en España sobre la eficacia de los programas de tratamiento con agresores sexuales, la tasa de reincidencia sexual para aquellos que habían recibido tratamiento se situó...

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

Solucionario

Ejercicios de autoevaluación

1. c

2. b

3. d

4. b

5. c

Bibliografía

Lecturas recomendadas

AA. VV. (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?* (Interrogantes de la Fundación Víctor Grífols –de Bioética–. Monográfico núm. 1). Barcelona: Fundación Víctor Grífols.

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

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

Obras de referencia recomendadas

Brown, S. (2005). *Treating Sex Offenders. An introduction to sex offender treatment programmes*. Devon (Reino Unido): Willan Publishing.

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

Garrido, V.; Stangeland, P.; Redondo, S. (2006). *Principios de Criminología* (3.ª ed.). Valencia: Tirant Lo Blanch.

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

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

