



Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual



Ana Martínez-Catena y Santiago Redondo*

Universidad de Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de febrero de 2016

Aceptado el 13 de abril de 2016

On-line el 27 de mayo de 2016

Palabras clave:

Delincuencia sexual

Etiología

Prevención

Tratamiento

Cambio terapéutico

Reincidencia

R E S U M E N

En este trabajo se analiza el conocimiento actual sobre etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual. Diferentes experiencias infantiles traumáticas, como graves carencias afectivas, desatención familiar, crianza inapropiada y victimización sexual pueden contribuir al inicio de conductas de abuso o agresión sexual en algunos varones. Posteriormente, tales comportamientos delictivos pueden consolidarse en asociación con otros factores de riesgo personales, incluyendo graves déficits en empatía y firmes distorsiones cognitivas y justificaciones del delito. Dada esta diversidad de factores de riesgo, se considera aquí imprescindible que la agresión sexual se prevenga ya desde la infancia y la adolescencia, mediante intervenciones educativas en los contextos de la familia, la escuela y la justicia de menores. Aun así, cuando se producen delitos sexuales graves, sus autores van a ser probablemente detenidos y encarcelados. De ahí la necesidad también de aplicar tratamientos en las prisiones, que favorezcan la mejora terapéutica de los participantes y, a la postre, reduzcan su riesgo de reincidencia.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Etiology, prevention, and treatment of sexual crimes

A B S T R A C T

This paper describes the current knowledge about etiology, prevention, and treatment of sexual crimes. Various traumatic childhood experiences, including severe emotional deprivation, family neglect, erratic rearing, and sexual victimization can contribute to the onset of sexual abuse behaviors in some males. Subsequently, such criminal behavior can be consolidated in association with other personal risk factors such as severe deficits in empathy and strong cognitive distortions and justifications of crime. Given this diversity of risk factors, here the urgent need of preventing sexual offending is considered from childhood and adolescence, through educational interventions in the contexts of family, school, and juvenile justice. Even so, when serious sexual crimes take place, the perpetrators are likely to be arrested and imprisoned. Hence, treatments in prisons are also needed to prompt a therapeutic improvement of the participants and, ultimately, reduce their risk of reoffending.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Los delitos sexuales

La delincuencia sexual suscita una aversión y rechazo social generales, particularmente cuando se trata del abuso sexual de niñas o niños o bien de delitos violentos como las agresiones

y violaciones de mujeres. De ahí la gran alarma pública que estos delitos provocan y la relevancia mediática y social que suelen tener.

En paralelo a su relevancia social y criminal, la delincuencia sexual constituye a la vez uno de los mayores retos científicos y aplicados a que se enfrenta la psicología criminal. Debido a ello el estudio de los delitos sexuales es en la actualidad uno de los ámbitos académicos en los que se desarrollan más investigaciones y publicaciones científicas (Barbaree y Langton, 2006; Beech, Mandeville-Norden y Goodwill, 2012; Echeburúa y Redondo, 2010; Fergusson, McLeod y Horwood, 2013; Ryan, 2016; Sigurdsson, Gudjonsson, Asgeirsdottir y Sigfusdottir, 2010; Wong y Gravel, en prensa).

* Autor para correspondencia. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Barcelona. Passeig Vall d'Hebrón, 171. Edifici Ponent, 6^a planta. 08035 Barcelona, España.

Correo electrónico: sredondo@ub.edu (S. Redondo).

Los datos internacionales sobre victimización sexual son muy heterogéneos, dependiendo de las regiones y de los países evaluados. Por ejemplo, el informe internacional de victimización correspondiente a la evaluación realizada en 1996 sobre 29 Estados (incluyendo muchos países en vías de desarrollo, como India, Uganda, etc.) reflejaba tasas anuales de victimización sexual de entre el 1% y el 10%, con una prevalencia promedio de alrededor del 3% (Zvecic y Alvazzi del Frate, 1998), mientras que la valoración de 2003-2004 sobre 38 países (pero en este caso muchos de ellos desarrollados) mostraba ratios de victimización sustancialmente más bajas, de entre 0.1% y 1.4%, con una media de 0.6% (Dijk, van Kesteren y Smit, 2007). De forma análoga, en estudios de autoinforme retrospectivos, la prevalencia de mujeres que reconocen haber experimentado algún episodio de abuso o de agresión sexual durante su infancia oscila en el amplio rango del 8% al 71%, con un promedio del 28% (Brown, 2015). Esta heterogeneidad victimológica también guarda relación con el sexo de las víctimas. Según un análisis reciente sobre muestras de adolescentes hasta la edad de 17 años, la prevalencia de victimización sexual informada por las mujeres era del 26.6% y la reconocida por los hombres del 5.1% (Finkelhor, Shattuck, Turner y Hamby, 2014).

Si se comparan entre sí países y regiones del mundo, las cifras de victimización sexual suelen ser algo más elevadas en los países asiáticos, africanos y americanos y más bajas en los europeos (Pérez-Ramírez, 2015; Redondo y Martínez-Catena, 2015). Por ejemplo, en Estados Unidos un 17.6% de las mujeres manifestaban haber sufrido algún tipo de abuso o de agresión sexual en algún momento de su vida (Tjaden et al., 2000), porcentaje que en los países europeos si situaría en torno al 11% de las mujeres (European Agency for Fundamental Rights, 2014). En el contexto europeo, España ocuparía una de las posiciones más bajas por lo que se refiere a delitos sexuales. En muestras evaluadas durante tres décadas, entre 1978 y 2008, se han obtenido tasas anuales de victimización sexual que oscilan en el rango 0-3.5% (García-España, Díez-Ripollés, Pérez, Benítez y Cerezo, 2010; Redondo y Garrido, 2013), sustancialmente más bajas que el promedio internacional y europeo.

Todo lo anterior hace referencia a los abusos o agresiones sexuales que las víctimas manifiestan haber sufrido. No obstante, haber experimentado un abuso o agresión sexual no necesariamente comporta que la víctima acabe formalizando una denuncia por el delito sufrido, sino que solo una parte de las agresiones llega a denunciarse. Algunos estudios norteamericanos han estimado que solo uno de cada cinco delitos sexuales cometidos llegaría a denunciarse (Mayhew, Elliot y Dowds, 1989) e incluso que tan solo se denunciaría uno de cada quince (Percy y Mayhew, 1997). En España, de acuerdo con datos recogidos por el Observatorio de la Delincuencia (ODA) de la Universidad de Málaga, el promedio de denuncia de los delitos sexuales se situaría alrededor del 30% (Díez-Ripollés, García-España, Pérez, Benítez y Cerezo, 2009). En concreto, en 2013 se denunciaron globalmente 8.923 delitos contra la libertad sexual, lo que corresponde a menos del 1% del conjunto de las denuncias recibidas por la policía (Ministerio del Interior, 2013). Por categorías de delitos sexuales denunciados, casi la mitad corresponden a agresiones sexuales (incluidas las violaciones), una cuarta parte a abusos y la restante cuarta parte a exhibicionismo, acoso, provocación sexual, etc.

Según lo razonado hasta aquí, existe una gran distancia entre la gran magnitud de los episodios de abusos y agresiones sexuales que realmente suceden y aquellos que llegan a conocerse y denunciarse formalmente. De ahí la importancia de analizar y comprender mejor el fenómeno de la agresión sexual y de prevenirlo de la manera más amplia y eficaz posible, tanto desde el plano de la justicia criminal para los delitos conocidos como, en términos educativos y comunitarios más amplios, en relación con aquellos abusos o agresiones que probablemente no lleguen a denunciarse.

Etiología de la agresión sexual

Durante las décadas pasadas se ha intentado comprender la etiología de la agresión sexual. ¿Por qué algunas personas, y particularmente algunos varones, encuentran satisfactorio y tolerable el hecho de abusar de otras personas o agredirlas sexualmente? ¿Por qué no consiguen controlar e inhibir tales conductas de abuso o agresión, como logran hacerlo la inmensa mayoría de las personas? A este respecto, se ha documentado inicialmente que determinadas vivencias sexuales traumáticas en la infancia o la adolescencia pueden contribuir a una futura involucración de los individuos en conductas de abuso o agresión sexual (Marshall, Laws y Barbaree, 2013; Marshall, Marshall, Serran y Fernandez, 2006; Redondo y Martínez García, 2012).

Generalmente el inicio y desarrollo sexual a partir de la adolescencia suele culminar, en la mayoría de los casos, en una socialización sexual adecuada, lo que incluye también la adquisición de los necesarios controles e inhibiciones a este respecto, tanto racionales como emocionales. Sin embargo, aquellos varones que en la pubertad y la adolescencia han sufrido experiencias traumáticas de abandono familiar, rechazo afectivo o victimización sexual podrían mostrar déficits severos en autoestima, capacidad de comunicación y habilidades de relación interpersonal (Barbaree y Langton, 2006; Barbaree y Marshall, 2006). En este sentido, también se ha puesto de relieve que aquellos estilos parentales negligentes que comportan graves déficits en el cuidado de los hijos, incongruencia educativa y rechazo o desvinculación emocional, pueden incrementar la vulnerabilidad de los adolescentes para adquirir repertorios sexuales desviados y antisociales (Maniglio, 2012). Más concretamente, a partir de estas graves carencias afectivas y comunicativas, se hace más probable que los jóvenes experimenten una hipersexualización de su emocionalidad y conducta (inicialmente a través de fantasías sexuales desviadas y masturbación), como un mecanismo general de compensación y de afrontamiento de sus problemas de relación con otras personas y de su aislamiento social (Mancini, Reckdenwald y Beauregard, 2012; Marshall y Marshall, 2014b). Varios estudios han evidenciado que los problemas de comunicación y el aislamiento social son en efecto características distintivas de muchos abusadores sexuales en mayor grado que de otros delincuentes (Ford y Linney, 1995; Hendriks y Bijleveld, 2004; Hulme y Middleton, 2013; Katz, 1990; Porter, Newman, Tansey y Quayle, 2015; Van Wijk, 1999).

Estos déficits afectivos y de comunicación podrían a su vez hacer a estos jóvenes más lábiles para adquirir repertorios conductuales de abuso o agresión sexual (Agnew, 2014; Becker y Johnson, 2001; Hamby, Finkelhor y Turner, 2012; Hollin y Palmer, 2009; Lawson, Marshall y McGrath, 1979; Rathus, 1973; Ward, Polaschek y Beech, 2006; Zurbriggen, Gobin y Freyd, 2010). Es decir, algunos adolescentes psicológicamente más frágiles pueden experimentar, durante las etapas tempranas de su socialización sexual, vivencias anómalas que pueden incluir interacciones sexuales forzadas o con niños –ya sea directamente, participando en ellas, o bien observándolas en otros o visualizando pornografía al respecto– (Fergusson et al., 2013; Gunby y Woodhams, 2010; Mancini et al., 2012; Seto, 2008). Efectivamente, se constata que muchos delincuentes sexuales (no todos) habrían tenido experiencias sexuales más amplias, variadas, atípicas y traumáticas que la generalidad de los menores de su misma edad (y también que otros delincuentes no sexuales), incluyendo a menudo la utilización de pornografía con imágenes violentas o con implicación de menores (Barbaree y Langton, 2006; Becker y Hunter, 1997; Cale, Smallbone, Rayment-McHugh y Dowling, 2015; Hendriks y Bijleveld, 2004; Marshall et al., 2013; Seto y Eke, 2015). Tales vivencias podrían tanto alentar un interés sexual desviado hacia los menores o hacia el sexo violento, como dificultar la adquisición de las inhibiciones necesarias para evitar conductas sexuales ilícitas.

En paralelo a los factores asociados al inicio temprano de la agresión sexual a que se ha aludido, los delincuentes sexuales adultos a menudo muestran numerosas “distorsiones cognitivas”, o creencias y actitudes erróneas, tanto acerca de sus posibles víctimas como justificadoras del uso de la fuerza y la violencia en las interacciones sociales. Suele interpretarse que dichas distorsiones cognitivas sesgan la percepción que los agresores sexuales tienen de la conducta e intenciones de sus víctimas, así como de sus necesidades y emociones (Abel et al., 1989; Craig, Browne, Beech y Stringer, 2006; Day, Casey, Ward, Howells y Vess, 2010; Fitzpatrick y Weltzin, 2014; Hempel, Buck, van Vugt y van Marle, 2015; Merdian, Curtis, Thakker, Wilson y Boer, 2014; Semiatin, Murphy y Elliott, 2013; Whitaker et al., 2008).

Sin embargo, en el ámbito de la delincuencia sexual, el constructo “distorsión cognitiva” no suele emplearse de un modo muy preciso, sino que con él puede hacerse referencia a conceptos muy diversos como actitudes favorecedoras del delito, procesamiento cognitivo del sujeto durante su comisión o justificaciones del delito *ex post facto* (Marshall, Marshall y Kingston, 2011; Maruna y Mann, 2006; Ward, 2000). Para el caso de los abusadores de niños, una de las primeras definiciones de distorsiones cognitivas fue concebirlas como un sistema de creencias favorecedor de la relación sexual con menores, con el consiguiente conflicto entre la preferencia sexual del individuo y las normas sociales (Abel, Becker y Cunningham-Rathner, 1984). Posteriormente, se fueron incorporando también al concepto de distorsión cognitiva las asunciones aprendidas, actitudes y creencias mediante las que el individuo justifica, minimiza y racionaliza sus agresiones sexuales (Blumenthal, Gudjonsson y Burns, 1999; Calder, 1999; Murphy, 1990).

Según ello, dada la amplitud de procesos psicológicos a los que puede aludirse mediante la expresión distorsiones cognitivas, resulta difícil su adscripción a una de las estructuras clásicas del modelo psicológico de Beck (Beck, 1976, 2000), que incluye los constructos *creencias centrales*, *creencias intermedias* y *pensamientos automáticos*. En general, de acuerdo con la experiencia clínica en este campo, muchas distorsiones cognitivas de los agresores sexuales serían esencialmente pensamientos automáticos sobre las víctimas que preceden al delito (por ejemplo, “tal como va vestida, quiere...”, “si este niño se sienta en mis rodillas, es que...”). Sin embargo, algunas distorsiones cognitivas podrían tener un cariz más profundo y corresponder a esquemas centrales del pensamiento de los agresores (por ejemplo, devaluaciones globales de la figura femenina, creencias radicales sobre la justificación del uso de la fuerza o de la violencia para imponer los propios deseos, percepción de los niños como posibles parejas sexuales, etc.).

Esta amplitud y heterogeneidad del constructo distorsiones cognitivas también suscita la duda de si se trata de factores antecedentes implicados en el propio origen de la conducta criminal o más bien de meras justificaciones *post hoc* del delito (Ward, Hudson, Johnston y Marshall, 1997), duda científica para la que no existe una respuesta clara en la investigación (Maruna y Mann, 2006). Por ello, las distorsiones cognitivas suelen ser evaluadas y tratadas no exclusivamente como factores etiológicos o como justificaciones posteriores del delito, sino como correlatos globales asociados a la agresión sexual; es decir, como elementos de riesgo personales que de uno u otro modo se vinculan al delito, ya sea como precipitadores de su inicio, ya como mantenedores de su continuidad. De ahí la relevancia de incluir las distorsiones cognitivas, pese a las dudas acerca de su naturaleza y función exacta, en los programas de tratamiento de agresores sexuales, un hecho muy generalizado (Hudson, Wales, Bakker y Ward, 2002). Aunque la relación entre cambio de distorsiones cognitivas y eficacia terapéutica es también un tema problemático y complejo, alguna revisión metaanalítica reciente ha documentado una asociación significativa, de magnitud moderada, entre mejora de actitudes (uno de los posibles procesos inmersos en las distorsiones cognitivas) y

reducción de la reincidencia sexual (Helmus, Hanson, Babchishin y Mann, 2013).

La empatía se ha definido como la capacidad de alguien para comprender y compartir el estado emocional de otra persona y sus circunstancias particulares (Cohen y Strayer, 1996; Geng, Xia y Qin, 2012). Con carácter general, se ha interpretado que los delincuentes sexuales presentan déficits empáticos favorecedores de sus delitos (Marshall, Marshall, Serran y O'Brien, 2009); es decir, dificultades para ponerse en el lugar de otras personas (especialmente de las víctimas) e imaginar qué desean, o más bien no desean, y qué consecuencias negativas podrían derivarse para las víctimas como resultado de la conducta de agresión sexual (Beavin, 2015; Brown, Walker, Gannon y Keown, 2013; Hempel et al., 2015; Jolliffe y Farrington, 2004). No obstante, algún estudio de revisión reciente no ha obtenido una evidencia clara sobre la relación entre falta de empatía y delincuencia sexual (Mann y Barnett, 2013).

Tradicionalmente, los déficits en empatía de los agresores sexuales no se han considerado generales sino específicos, en relación con sus propias víctimas (Fernandez y Marshall, 2003; Fernandez, Marshall, Lightbody y O'Sullivan, 1999), e integrados por dos factores relacionados: déficit en empatía cognitiva y déficit en empatía emocional (Jolliffe y Farrington, 2004), aunque un análisis reciente a este respecto ha sugerido la existencia no de dos, sino de hasta cinco componentes del constructo empatía (Barnett y Mann, 2013). En relación con las carencias en empatía mostradas por los agresores sexuales, diversos estudios han hallado relación directa entre las vivencias traumáticas tempranas que pueden haber sufrido los agresores y sus déficits empáticos específicos. Así, individuos que habían padecido en su infancia victimización sexual y exposición a pornografía infantil mostraban escasa empatía con niños víctimas de abuso sexual, a la vez que también confesaban haber cometido más delitos de abuso sexual de menores. De modo paralelo, sujetos que habían sido víctimas infantiles de agresión física y sexual manifestaban una menor empatía con mujeres víctimas de agresión sexual y relataban haber cometido más agresiones sexuales contra mujeres.

Por último, en comparación con otros delincuentes violentos, que suelen presentar más problemáticas *externalizantes* (es decir, conductas de violencia física o verbal, comportamientos desafiantes, hiperactividad, problemas antisociales, etc.), los agresores sexuales muestran en mayor grado problemas *internalizantes* (incluyendo ansiedad social, sentimientos de soledad, tristeza, fantasías sexuales desviadas, etc.) (Becker y Hunter, 1997; Van Wijk et al., 2006). Por ello, muchos agresores sexuales, y sobre todo abusadores de menores, presentan una menor “tendencia antisocial” y menores problemas de conducta que los delincuentes violentos no sexuales (Driemeyer, Spehr, Yoon, Richter-Appelt y Briken, 2013; Loeber y Farrington, 1998; McCuish, Lussier y Corrado, 2015).

Prevención de la agresión sexual

Atendida la diversidad de factores individuales y sociales que pueden contribuir al inicio de comportamientos de abuso y agresión sexual, también deberían emplearse distintas medidas de prevención de estos delitos, que cubran los ámbitos de la prevención primaria y secundaria. La prevención primaria haría referencia aquí a todas aquellas intervenciones educativas generales en la familia y la escuela relativas a la educación sexual y social de los jóvenes, mientras que la prevención secundaria tendría un cariz más específico, con el propósito de evitar que las primeras infracciones sexuales juveniles se repitan y consoliden.

Como ya se ha comentado, durante la pubertad y la adolescencia los jóvenes se inician en la sexualidad y deberían aprender con rapidez qué comportamientos sexuales resultan aceptables socialmente y cuáles son inaceptables e ilícitos. Para ello deben recibir,

a partir de la educación familiar y escolar, información, pautas de conducta y valores apropiados para sus posibles interacciones sexuales con otras personas (Medjuck, Cirlugea y Bennett, 2014). Como resultado de esta información y educación generales, lo esperable es que la inmensa mayoría de los adolescentes adquieran con normalidad repertorios sexuales adecuados, lo que incluye la inhibición y evitación de todo contacto sexual con menores y de conductas sexuales de fuerza y violencia.

A pesar de ello, en función de los riesgos anteriormente referidos, puede haber adolescentes que lleven a cabo ciertos comportamientos de abuso o fuerza sexual, en cuyo caso se requerirían actuaciones de prevención secundaria que eviten su repetición o persistencia delictiva (Farrington, 1992; Loeber, Farrington y Waschbusch, 1998), para lo que resulta imprescindible una detección precoz de los casos juveniles más graves y de mayor riesgo, a la vez que una intervención educativa o terapéutica especializada (Blais y Bonta, 2015; Cubellis y Ackerman, 2015; Fanniff, Becker y Gambow, 2014; Knight y Sims-Knight, 2014).

Por último, en el plano preventivo, frente a aquellos casos de jóvenes que han cometido abusos o agresiones sexuales severos (abusos infantiles reiterados, o bien agresiones sexuales y violaciones) va a requerirse, en primera instancia, la intervención de la justicia y, en segunda, la aplicación de los oportunos tratamientos especializados (en el marco de la denominada prevención terciaria) (Dopp, Borduín y Brown, 2015; Fanniff et al., 2014). Estas intervenciones técnicas pueden tener lugar en el contexto de la justicia juvenil, como es el caso por ejemplo en la Comunidad de Madrid a través del Programa de Desarrollo Integral para Agresores Sexuales - DIAS, iniciado en 2005. Se trata de un programa de intervención psicológica de aplicación combinada grupal-individual con los siguientes objetivos terapéuticos: reconocimiento y asunción por parte de los jóvenes de la autoría y responsabilidad por el delito cometido, ayuda terapéutica para que identifiquen aquellas situaciones y decisiones de riesgo susceptibles de llevarles a cometer delitos sexuales, mejora de su empatía con las víctimas, reestructuración de distorsiones cognitivas y justificaciones asociadas a sus delitos sexuales, educación sexual, mejora de la autoestima, de la competencia social y familiar y de la propia capacidad de resolución de problemas, desarrollo de la competencia social y familiar y favorecimiento de cambios en los estilos de vida cotidianos, particularmente orientados a prevenir posibles recaídas en la conducta infractora.

También por encargo de la misma Comunidad de Madrid, Redondo et al. (2012) diseñaron un programa educativo y terapéutico más amplio para menores infractores sexuales, integrado por los siguientes siete módulos de intervención: 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” y 7) “Prepárate para prevenir que los abusos puedan repetirse”. El programa se desarrolla a lo largo de 35 sesiones terapéuticas y su intensidad global es de unas 50 horas, a las que deben añadirse otras 15 horas necesarias para la evaluación. La intervención consta de un manual del terapeuta (actividades, objetivos, materiales, estructura, dinámica y recomendaciones de aplicación), un anexo de actividades (libro de ejercicios para los jóvenes participantes) y un cuaderno personal de terapia (que incluye auto-registros de observación, hojas de respuesta, anotación de tareas, resúmenes de las sesiones, etc.). Puede accederse libremente a este programa a partir del siguiente enlace de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142702319362&idConsejeria=1109266187224&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109167959659&idPagina=

1343068184421&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid&sm=1343068184432

Aunque no existe todavía una evaluación sistemática de estos dos programas juveniles (evaluación que se está desarrollando en la actualidad), las apreciaciones clínicas existentes hasta ahora resultan esperanzadoras. Es probable que estas intervenciones educativo-terapéuticas estén produciendo resultados favorables por lo que se refiere a una mejor socialización sexual de los adolescentes participantes en ellas y a una prevención de futuras infracciones sexuales.

Tratamiento especializado de agresores sexuales

Si pese a los esfuerzos preventivos previamente realizados, ya sea de parte de las instituciones educativas ordinarias o en el contexto de la justicia juvenil, un sujeto comienza a cometer delitos sexuales o persiste en ellos, es probable que cuando sea mayor de edad acabe siendo detenido, condenado e ingresado en un centro penitenciario. A partir de estudios internacionales, se ha estimado que en torno al 20% de las violaciones y entre el 30% y el 50% de los abusos sexuales de menores son cometidos por varones adolescentes (Barbaree y Marshall, 2006; Brown, 2015). A pesar de la mayor repetición delictiva que suele producirse al inicio de las carreras criminales, la reincidencia oficial promedio de los delinquentes sexuales es de magnitud moderada, estimándose en torno a un 20% para períodos de seguimiento superiores a 10 años (Brown, 2015; Lösel, 2001, 2002; Redondo y Garrido, 2013). Aun así, las tasas de reincidencia sexual conocidas pueden oscilar en un rango muy amplio que va del 0% al 40% (Worling y Langström, 2006).

En 2015 había en las prisiones españolas algo más de 3.500 inter-nos condenados por delitos sexuales, lo que equivale a un 5.7% de la población penitenciaria total (Ministerio del Interior, 2013). Los agresores sexuales, debido a la gravedad, rechazo social y riesgo que comportan sus delitos, constituyen un grupo delictivo de interés prioritario para la aplicación de tratamientos en prisión (Day et al., 2010; Echeburúa y Redondo, 2010; Redondo, 2008).

Los tratamientos actualmente aplicados con los agresores sexuales se orientan a promover en ellos cambios significativos en valores, actitudes y comportamientos, y se espera que como resultado del tratamiento se modifiquen y resuelvan aquellos déficits individuales y sociales que han incidido negativamente en sus relaciones personales y se han asociado a menudo a sus delitos (Abbey, Jacques-Tiura y LeBreton, 2011; Abbey, Wegner, Pierce y Jacques-Tiura, 2012; Andrews, Bonta y Wormith, 2011; Barbaree y Marshall, 2006; Beech et al., 2012; Echeburúa y Amor, 2010; Echeburúa y Redondo, 2010; Martínez-Catena, Redondo, Frerich y Beech, en prensa; Rich, 2009).

Los tratamientos eficaces más empleados con los agresores sexuales (y también con otros delinquentes) han sido los de orientación cognitivo-conductual (Brandes y Cheung, 2009; Erickson, 2009; Garrido, Morales y Sanchez-Meca, 2006; Lipsey y Landerberger, 2006; Prentky y Schwartz, 2006; Tong y Farrington, 2006). El reconocido autor canadiense William Marshall y su equipo desarrollaron un formato de tratamiento cognitivo-conductual en el que se han sustentado muchos de los programas posteriores con delinquentes sexuales aplicados en diversos países (Brown, 2015; Budrionis y Jongsma, 2003; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Marshall y Fernandez, 1997; Marshall y Marshall, 2014a; Ward, Hudson y Keeman, 2001; Ward, 2010).

Por ejemplo, en el Reino Unido los Servicios de Prisiones han generado diversos formatos de tratamiento (Brown, 2015; Hollin y Palmer, 2006), como los siguientes: el programa de tratamiento de delinquentes sexuales [Sex Offender Treatment Programme, SOTP], cuyo elemento terapéutico central es la confrontación de las justificaciones y excusas que son más frecuentes en los agresores sexuales, el SOTP Adapted Programme, que es una versión para

sujetos con disminución intelectual, la modalidad para delincuentes de *bajo riesgo*, la versión de continuación del tratamiento [Better lives Booster SOTP Programme] para sujetos de *alto riesgo* y diferentes formatos de tratamiento de delincuentes sexuales en la *comunidad*.

El programa de tratamiento actualmente aplicado con los delincuentes sexuales en las prisiones españolas se denomina Programa de Control de la Agresión Sexual (Ministerio del Interior, 2006). Este programa fue diseñado en origen por Garrido y Beneyto (1996, 1997) tomando en consideración los programas aplicados internacionalmente y las necesidades de intervención específicas que presentan los agresores sexuales encarcelados (Barbaree y Langton, 2006; Barbaree y Marshall, 2006; Brown, 2015; Garrido et al., 1995; Garrido, Gil, Forcadell, Martínez y Vinuesa, 1998; Marshall, Marshall, Serran y O'Brien, 2011). El tratamiento, que se dirige tanto a violadores como a abusadores de menores, tiene como objetivos generales 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.

El programa puede aplicarse en teoría con varios grados de intensidad, de manera completa o bien reducida, en función del mayor o menor riesgo criminal presente en los agresores sexuales que van a ser tratados. La práctica más común hasta ahora ha sido aplicar el tratamiento de modo completo a todos los participantes, que en general son sujetos con delitos sexuales graves y condenas prolongadas. No obstante, en los centros penitenciarios de Cataluña recientemente se ha comenzado a probar intervenciones de dos magnitudes distintas, una básica y otra intensiva. La asignación de los participantes a una u otra gradación del tratamiento se basa en la gravedad del delito cometido y de la condena impuesta, así como en la valoración del riesgo de futura reincidencia del sujeto a partir del protocolo RisCanvi, utilizado con carácter general en las prisiones catalanas (Andrés-Pueyo, 2016).

En su aplicación completa el tratamiento suele comportar la realización de entre una y dos sesiones semanales a lo largo de un periodo prolongado de entre uno y dos años. La intervención se administra principalmente en formato grupal, aunando a agresores sexuales de mujeres adultas y a agresores de menores. El tratamiento completo se compone de los siguientes módulos o ingredientes terapéuticos (Ministerio del Interior, 2006): 1) *entrenamiento en relajación*, con el objetivo de ayudar a los participantes a controlar sus estados de tensión, 2) *análisis de la historia personal*, o revisión crítica de la propia vida, 3) *distorsiones cognitivas*, módulo que se orienta a confrontar al individuo con sus interpretaciones erróneas sobre otras personas y sobre su propio comportamiento, 4) *conciencia emocional*, en donde se intenta desarrollar la sensibilidad emocional de los sujetos, 5) *comportamientos violentos*, en los que se repasan críticamente las previas conductas de agresión y el daño ocasionado a sus víctimas, 6) *mecanismos de defensa*, o análisis crítico de las propias excusas y justificaciones del delito cometido, 7) *empatía con la víctima*, para favorecer las capacidades solidarias del individuo con respecto al sufrimiento de otras personas y específicamente de sus víctimas, 8) *prevención de la recaída*, que prepara al sujeto para anticiparse y precaverse, mediante las respuestas de afrontamiento apropiadas, frente a las situaciones y estímulos de riesgo, 9) *estilo de vida positivo*, o intento de enseñar a los participantes a mejorar sus hábitos diarios (horarios, autocuidado, salud, etc.), 10) *educación sexual* y 11) *modificación del impulso sexual*, técnica que en general se ha utilizado de manera más discrecional, dependiendo del propio criterio del terapeuta (Ministerio del Interior, 2006, p. 377), en función del grado de desviación sexual mostrado por el sujeto.

La primera aplicación en España de este programa de tratamiento con agresores sexuales se realizó en 1996 en dos centros

penitenciarios de Barcelona, en los que se trató sucesivamente a varias decenas de sujetos. Posteriormente, a partir del año 2000, este mismo tratamiento se transfirió y se aplicó en otros centros penitenciarios españoles. Actualmente el Programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS) se realiza en más de cuarenta centros penitenciarios de toda España.

Son prerequisites para participar en este programa de tratamiento que los agresores sexuales deseen implicarse activamente en las sesiones terapéuticas y que paulatinamente se distancien de sus conductas delictivas pasadas, queriendo cambiar y mejorar su comportamiento futuro (Polaschek, Anstiss y Wilson, 2010; Serin y Lloyd, 2009). Para facilitar su cambio y mejora terapéutica, también es necesario que los participantes identifiquen la existencia de diversos factores de riesgo (creencias, fantasías, abuso de alcohol, explosiones de ira, etc.) que hacen más probables sus agresiones y que, en consecuencia, adquieran un mayor control sobre dichos factores de riesgo. Asimismo son precondiciones personales importantes para el tratamiento que el individuo sea capaz de establecer relaciones de afecto, disponga de ciertas habilidades verbales y de comunicación interpersonal, y de capacidad suficiente para aprender de la experiencia y para controlar su propia conducta. Finalmente, cuando el individuo va a ser excarcelado también es importante, para el éxito del tratamiento y la reducción del riesgo delictivo futuro, que el sujeto cuente con vínculos afectivos prosociales en los ámbitos familiar, laboral y social (Nichols, 2009).

A pesar de lo recomendable que resulta que los agresores sexuales participantes en un tratamiento muestren deseo auténtico de cambiar su conducta previa, lo más común será que al inicio del tratamiento en prisión no tengan una motivación terapéutica y de cambio completamente genuina y sincera (Polaschek et al., 2010; Redondo y Martínez-Catena, 2011; Serin y Lloyd, 2009). Pese a todo, aquí se considera necesario trabajar también terapéuticamente con estos sujetos todavía no plenamente motivados. Así, la motivación para el tratamiento y la disposición para el cambio deberían ser concebidos más como un objetivo inicial del tratamiento que como una precondición para su aplicación (Redondo, 2008). Entre los factores más relevantes que son susceptibles de condicionar la motivación de los agresores sexuales para cambiar de comportamiento se encuentran los siguientes: su edad y maduración personal, las transiciones vitales o momentos de cambio personal en que se encuentran (como por ejemplo estar próximos a su liberación condicional, haber iniciado una nueva relación de pareja, tener expectativas de empleo, etc.), la narrativa subjetiva, o interpretación que el sujeto hace de su propia vida, el grado de preocupación que muestra por otras personas allegadas (pareja, hijos, amigos...) y la posible mayor consideración de su propio futuro.

Evaluación de la eficacia del tratamiento: reincidencia y cambio terapéutico

Medida de la reincidencia delictiva

Según se ha puesto de relieve, para el desarrollo de los tratamientos de los agresores sexuales, que generalmente se realizan en las prisiones, se destinan importantes recursos terapéuticos especializados con el objetivo principal de reducir el riesgo delictivo futuro de estos delincuentes. De ahí que sea imprescindible conocer si los tratamientos aplicados resultan eficaces para reducir dicho riesgo. El modo más habitual de evaluar la efectividad de los tratamientos con delincuentes ha sido la ponderación de las tasas de reincidencia delictiva –o posible recaída en el delito– de grupos de agresores tratados en comparación con grupos análogos de agresores sexuales no tratados.

Durante más de cuatro décadas se han efectuado múltiples estudios evaluativos de grupos de delincuentes sexuales tratados

en distintos países y contextos. Posteriormente, los resultados de muchos de estos estudios se han integrado y sintetizado mediante la técnica del metaanálisis, que permite obtener una medida global de efectividad en los grupos de delincuentes que fueron tratados frente a los que no lo fueron. No existe plena unanimidad acerca de la eficacia de los tratamientos de los agresores sexuales e incluso algunos metaanálisis recientes no han podido probar tal eficacia (Dennis et al., 2012; Gronnerod, Gronnerod y Grondahl, 2015). No obstante, la mayoría de los metaanálisis que han integrado programas de tratamiento de agresores sexuales han mostrado una reducción significativa de la reincidencia como resultado de la aplicación de los tratamientos (Beech, Freemantle, Power y Fisher, 2015). Por ejemplo, Lösel y Schmucker (2005) y Schmucker y Lösel (2008) evaluaron hasta 80 programas de tratamiento con delincuentes sexuales adultos, hallando en los grupos tratados una tasa promedio de reincidencia de 11.1% frente a una de 17.5% observada en los grupos de control o no tratados (diferencia estadísticamente significativa). En un metaanálisis sobre tratamiento con agresores sexuales juveniles, Reitzel y Carbonell (2006) obtuvieron también una diferencia significativa entre la tasa promedio de reincidencia de los sujetos tratados, que fue del 7.37%, y la de los controles o no tratados, situada en 18.93%. Hanson y Morton-Bourgon (2009) integraron 23 estudios sobre tratamiento de agresores sexuales, observando una tasa promedio de reincidencia de 10.9% en los grupos tratados frente a una reincidencia del 19.2% en los grupos de control.

Es decir, de acuerdo con los resultados internacionales existentes a este respecto, los grupos de agresores sexuales participantes en tratamientos muestran tasas más bajas de reincidencia, que oscilan entre 7.37 y 11.1%, frente a las tasas más elevadas obtenidas por los grupos de control, que fluctúan entre 17.5% y 19.2%. En síntesis, la aplicación de tratamiento con grupos de agresores sexuales logra reducir su reincidencia a la mitad (en promedio un 9.23%) de la que sería esperable en ausencia de tratamiento (en promedio un 18.35%).

Por lo que se refiere a España, tras varios años de aplicación del programa anteriormente descrito, se efectuó una primera evaluación de eficacia del tratamiento a partir de analizar la reincidencia delictiva de una muestra de 49 sujetos tratados en las prisiones de Quatre Camins y Brians (provincia de Barcelona) entre 1996 y 2002, en comparación con la reincidencia de un grupo de control de 74 sujetos no tratados (Redondo, Navarro, Martínez, Luque y Andrés-Pueyo, 2005). Tras un periodo de seguimiento próximo a cuatro años, tan solo un 4.1% de los agresores sexuales tratados había reincidido en delitos sexuales, mientras que la reincidencia del grupo de sujetos no tratados ascendió al 18.2%. Es decir, los resultados de esta primera evaluación de eficacia evidenciaron que el tratamiento aplicado logró disminuir en 14 puntos la tasa base de reincidencia de los agresores sexuales que podría esperarse sin tratamiento, resultado que supera un poco a la eficacia promedio de los tratamientos de los agresores sexuales obtenida de acuerdo con los metaanálisis antes referidos (Gillis y Gass, 2010; Hanson y Morton-Bourgon, 2009; Lösel y Schmucker, 2005; Prentky y Schwartz, 2006; Reitzel y Carbonell, 2006; Schmucker y Lösel, 2008).

Una segunda evaluación de eficacia de este tratamiento a partir del análisis de la reincidencia se realizó en 2008 en Madrid con una muestra de 22 agresores sexuales tratados en comparación con 21 delincuentes no tratados (Valencia, Andreu, Mínguez y Labrador, 2008). En este estudio, independiente del primero, se obtuvieron resultados muy semejantes. En concreto, del grupo de tratamiento solo reincidió un sujeto (correspondiente al 4.5% de la muestra) mientras que del grupo de control reincidieron sexualmente 3 sujetos (lo que corresponde al 13% de la muestra).

En consecuencia, a partir de los dos estudios complementarios a que se acaba de hacer referencia puede considerarse que el tratamiento aplicado en las prisiones españolas a los agresores sexuales se asocia a una reducción significativa de su reincidencia delictiva,

reincidencia que habría sido probablemente más elevada en ausencia de tratamiento. El mérito principal de estos dos estudios es precisamente haber evaluado como medida de eficacia del tratamiento de los agresores sexuales la variable reincidencia delictiva, que constituye seguramente la medida más directa posible de la eficacia de cualquier intervención rehabilitadora con delincuentes.

Aun así, la medición aislada de la reincidencia delictiva también puede resultar insuficiente para ponderar de un modo más sensible y amplio la eficacia terapéutica del tratamiento aplicado con los agresores sexuales. La posible reincidencia o abstinencia delictiva de un sujeto es probablemente un resultado de conducta global que se deriva de un proceso de cambio paulatino que acontece bajo la influencia de múltiples factores: carrera y consolidación delictiva previa, hábitos y valores criminales, educación y preparación laboral, vínculos familiares y de amistad, tiempo en prisión, edad en el momento de ser excarcelado, etc. y también la eventualidad importante de que el sujeto haya participado o no en un tratamiento. Atendida toda esta diversidad de influencias capaces de condicionar la posible reincidencia delictiva de un sujeto, la evaluación del influjo específico que pueda tener un tratamiento requiere sin duda una medición más precisa y sutil de los cambios terapéuticos sucesivamente operados, y no solo una medición final de la posible reincidencia delictiva (que en todo caso siempre debería ser valorada). Es decir, sería necesario evaluar los cambios personales más concretos que pueden producirse en los individuos como resultado de su participación en un tratamiento en todas aquellas variables psicológicas y factores de riesgo que el tratamiento pretende mejorar, tales como el desarrollo de su empatía, la asertividad o la autoestima, o en la reducción de sus distorsiones cognitivas y su agresividad.

Evaluación de la eficacia terapéutica

En línea con lo que se acaba de razonar, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias encargó a nuestro equipo de investigación de la Universidad de Barcelona la evaluación terapéutica global del Programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS) que se aplica con los delincuentes sexuales en las prisiones españolas. A este fin se diseñó la Escala de Evaluación Psicológica de Agresores Sexuales (EPAS), una herramienta específica de valoración del cambio terapéutico en agresores sexuales.

Para la definición de las variables de cambio terapéutico que debían ser incluidas en EPAS se revisó ampliamente la bibliografía especializada sobre abuso y agresión sexual y sobre tratamiento de delincuentes sexuales, a la vez que se tomaron en cuenta los objetivos terapéuticos de los diversos módulos o ingredientes del programa PCAS. A partir de ello se seleccionaron como indicadores de cambio y mejora terapéutica las siguientes diez variables: 1) *asertividad*, o capacidad de un sujeto para expresar sus sentimientos y deseos de forma abierta pero no agresiva, 2) *soledad/aislamiento* experimentados por el sujeto, 3) *autoestima social*, o valoración razonable de uno mismo, 4) *ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas*, o grado de malestar o temor experimentados en el pasado al iniciar una interacción sexual, 5) *distorsiones cognitivas*, o errores interpretativos y valorativos sobre el propio delito, la viabilidad del uso de la agresión, las mujeres, etc., 6) *impulsividad*, o tendencia a actuar de forma automática sin considerar previamente las consecuencias de la propia conducta, 7) *agresividad* mostrada en situaciones sociales, 8) *cambio terapéutico*, o disposición de un sujeto para mejorar su comportamiento, 9) *alcoholismo/abuso de sustancias* y 10) *empatía*, o capacidad del individuo para ponerse en la piel de otras personas que sufren y sentirse solidario con ellas (y particularmente empatía con las propias víctimas).

A continuación se buscaron en la bibliografía posibles instrumentos específicos para la evaluación de todas las variables descritas, como resultado de lo cual se tradujeron y adaptaron

Tabla 1
Descripción de los instrumentos originales que han servido de base para el diseño integrado de la Escala de Evaluación de Agresores Sexuales (EPAS)

Variable terapéutica	Instrumento original	Objetivo y descripción
Asertividad	Escala Simple de Asertividad de Rathus (Rathus, 1973)	Analiza las conductas del sujeto ante diversas situaciones sociales en las que está implicada la asertividad. 30 ítems, escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos: de -3 (<i>muy poco característico en mí</i>) a +3 (<i>muy característico en mí</i>). Escala simplificada en la traducción española: de 1 a 6 puntos. Correlación test-retest, $r = .78$
Soledad/aislamiento	Escala UCLA de Soledad (Russek, Peplau y Cutrona, 1980)	Evalúa el grado en que las personas se sienten solas en el contexto de diferentes experiencias. 20 ítems, escala de respuesta tipo Likert: de 1 (<i>nunca</i>) a 4 (<i>siempre</i>). Correlación test-retest, $r = .73$ y consistencia interna $\alpha =$ entre .89 y .94
Autoestima social	Inventario de Autoestima Social (Lawson et al., 1979)	Evalúa la autoestima del sujeto en diferentes situaciones sociales. 30 ítems, escala de respuesta Likert de 6 puntos: de 1 (<i>completamente en desacuerdo</i>) a 6 (<i>completamente de acuerdo</i>). Correlación test-retest, $r = .88$
Ansiedad ante situaciones sexuales	Escala de Excitación Sexual (SAI-E) (Hoon y Chambles, 1986)	Analiza la ansiedad sexual percibida por el sujeto ante varias experiencias sexuales. 28 ítems, con una escala de respuesta de 7 puntos: -1 (<i>me siento normalmente relajado, a gusto</i>) a 5 (<i>siempre me causa ansiedad, ansiedad extrema</i>).
Distorsiones cognitivas	Escala de cogniciones (Abel et al., 1989)	Evalúa pensamientos distorsionados favorables al abuso de menores. 29 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos: de 1 (<i>completamente de acuerdo</i>) a 5 (<i>completamente en desacuerdo</i>). A menor puntuación, mayor número de distorsiones cognitivas. Correlaciones test-retest, $r > .70$
Impulsividad	Escala de Aceptación de las Creencias sobre la violación (IRMA) Payne, Lonsway y Fitzgerald, 1999)	Evalúa la aceptación de mitos relacionados con la violación, concretamente creencias y pensamientos culturales que apoyan y mantienen la violencia sexual contra las mujeres. 45 ítems en una escala de respuesta de 7 puntos: de 1 (<i>totalmente en desacuerdo</i>) a 7 (<i>totalmente de acuerdo</i>). A mayor puntuación mayor distorsión cognitiva. Consistencia interna, $\alpha = .93$
	Cuestionario de Impulsividad de Barratt (BIS-11). (Patton, Stanford y Barratt, 1995)	Valora distintas formas de impulsividad: motora, cognitiva e impulsividad por no-planificación. 30 ítems, con respuesta de tipo Likert: de 1 (<i>nunca</i>) a 4 (<i>siempre</i>). Consistencia interna, $\alpha = .80$
Agresividad	Cuestionario de Agresión Refinado (AQ) (Gallardo-Puyol, Kramp, García-Forero, Pérez-Ramírez y Andrés-Pueyo, 2006)	Valora comportamiento y personalidad agresiva. Mide cuatro aspectos relacionados con ésta: agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad. Validación española disponible: 12 ítems, con respuesta de tipo Likert de 5 puntos: de 1 (<i>nunca</i>) a 5 (<i>siempre</i>). Fiabilidad test-retest, $r = .71$ y consistencia interna, $\alpha = .78$
Cambio terapéutico	La escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) (McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983)	Evalúa la motivación para el cambio terapéutico según el Modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. 32 ítems, en una escala de respuesta de tipo Likert: de 1 (<i>completamente en desacuerdo</i>) a 5 (<i>completamente de acuerdo</i>).
Alcoholismo/abuso de sustancias	Cuestionario de alcoholismo (CAGE) (Mayfield, McLeod y Hall, 1974)	Instrumento de cribado, pretende identificar o detectar de forma rápida problemas relacionados con el consumo abusivo de alcohol. 4 ítems, con dos opciones de respuesta: Sí/No
Empatía	Escala de Empatía Abusadores (CME) (Fernandez et al., 1999)	Evalúa la capacidad empática del sujeto en tres escenarios relacionados con menores, en los que se le pregunta a él acerca de cómo se debió sentir el niño ante lo que sucedió, y sobre cómo se siente él mismo ante la situación experimentada por el menor. Los escenarios son los siguientes: 1) un niño ha tenido un accidente grave con consecuencias físicas serias para él, 2) un niño de quien un adulto (no él mismo) ha abusado sexualmente, aunque sin consecuencias físicas aparentes para el niño y 3) un niño de quien él mismo ha abusado (es decir, se le confronta con su propia víctima). Este instrumento incluye un total de 150 ítems, en una escala de respuesta de 10 puntos. La escala permite obtener una puntuación global o por escenarios
	Escala de Empatía Violadores (REM) (Fernandez y Marshall, 2003)	Semejante a la escala anterior, analiza la capacidad empática del sujeto situándolo en tres escenarios, relacionados con mujeres, en los que se le pregunta por cómo debió sentirse la mujer ante lo que le sucedió, y por cómo se siente él ante la situación experimentada por la mujer. Los escenarios son los siguientes: 1) la mujer ha sido agredida sexualmente por un hombre, sin consecuencias físicas aparentes, 2) la mujer ha tenido un accidente grave con consecuencia físicas serias y 3) la mujer en este caso es su propia víctima. Total de 150 ítems, en una escala de respuesta de 10 puntos. El instrumento permite obtener una puntuación tanto global como por escenarios

un total de 13 instrumentos de evaluación susceptibles de ser aplicados a agresores sexuales (véase una breve descripción en la [tabla 1](#)).

Tomando en consideración todos los anteriores instrumentos se elaboró una escala EPAS integrada, cuyo desarrollo se inició con una escala más amplia (de 213 ítems) que fue posteriormente reducida y mejorada en dos versiones sucesivas, de 126 y 117 ítems respectivamente. Para ello se efectuaron aplicaciones directas de estas versiones consecutivas, lo que permitió depurar y reformular los ítems de la escala mediante técnicas estadísticas que incluyeron análisis correlacionales y alfa de Cronbach. Tras la aplicación de la escala a un número de casos suficiente, en la actualidad se ha iniciado su análisis psicométrico.

La versión actual de la escala (EPAS-3, actualmente utilizada) tiene dos estructuras o partes diferenciadas. La primera agrupa múltiples ítems correspondientes a las diversas variables

terapéuticas consideradas, con excepción de la empatía. En concreto, esta primera escala global permite la evaluación de las siguientes variables: asertividad, soledad/aislamiento, autoestima social, ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas, distorsiones cognitivas, impulsividad, agresividad y disposición para el cambio terapéutico. Además, también se incluyen ítems de chequeo de consumo de alcohol u otras sustancias, y de control de sinceridad en las respuestas a la escala. La segunda parte de este procedimiento de evaluación pondera por separado la variable empatía o capacidad de un sujeto para sentirse emocionalmente concernido por el sufrimiento de otras personas (especialmente, de sus propias víctimas). De modo que, tras aplicarse la escala EPAS global integrada por 117 ítems, también se administra una escala específica de evaluación de empatía: la EPAS-A, compuesta por 112 ítems (versión propia en español de CMEN, de [Fernandez et al., 1999](#)), para el caso de los agresores sexuales de menores, y la EPAS-V, con 118 ítems

(versión propia en español de REM, de [Fernandez y Marshall, 2003](#)), para evaluar la empatía en agresores sexuales de mujeres.

A partir de todo lo anterior, la EPAS permite obtener una puntuación específica en cada subescala o variable psicológica que la integra y sumando todas las subescalas una puntuación EPAS global. La puntuación directa global de la EPAS refleja la posición de cada sujeto en el conjunto de las variables terapéuticas evaluadas (asertividad, soledad, distorsiones cognitivas, autoestima social, etc.). Esta puntuación global puede oscilar en un rango absoluto de 0 a 378 puntos para el caso de los agresores de menores y de 0 a 384 puntos para el caso de los agresores sexuales de mujeres adultas. No obstante, para facilitar su corrección e interpretación, las puntuaciones obtenidas por los sujetos en cada subescala son ponderadas en el rango 0 a 10 puntos y la puntuación EPAS global en un rango de 0 a 100 puntos.

La corrección de los ítems y escalas de la EPAS están orientados siempre en un sentido positivo creciente. Por ello, sus puntuaciones deben ser interpretadas de modo que cuanto mayores sean, bien en el conjunto de la escala bien en cualquiera de sus subescalas específicas, más favorable y positiva será también la posición de un sujeto en las variables terapéuticas correspondientes; de forma que si se comparan las puntuaciones obtenidas por un individuo antes y después de recibir tratamiento, una puntuación postratamiento más elevada indicará una mejora terapéutica (o, a *contrario sensu*, un decremento de los déficits y factores de riesgo delictivo). Dicho de otra manera, los incrementos de sus puntuaciones estarán sugiriendo un cambio positivo del individuo en dirección a su posible desistimiento delictivo.

A partir de la Escala de Evaluación Psicológica de Agresores Sexuales (EPAS), [Redondo, Martínez-Catena y Luque \(2014\)](#) realizaron una primera evaluación de eficacia terapéutica del programa de tratamiento de agresores sexuales en 42 centros penitenciarios españoles. Para ello se compararon las puntuaciones obtenidas en la escala EPAS por 188 agresores sexuales (117 agresores sexuales de mujeres y 71 agresores de menores) antes y después de recibir tratamiento. Los resultados obtenidos por los dos grupos de participantes fueron analizados de forma independiente mediante las pruebas estadísticas *t* de comparación intra-sujetos.

Los agresores sexuales de mujeres obtuvieron una puntuación EPAS global pretratamiento de 75.96 puntos y una puntuación post-tratamiento de 81.14 puntos (sobre un valor máximo de 100 puntos). La diferencia entre ambos valores, estadísticamente significativa, indica una mejora terapéutica relativa de los sujetos tras la aplicación del tratamiento. Además, las puntuaciones en todas las subescalas terapéuticas de EPAS mejoraron significativamente como resultado de la intervención. La variable específica que más mejoró fue la *disposición* del sujeto para el propio *cambio terapéutico* (con una puntuación pre-tratamiento de 8.45 puntos y una postratamiento de 9.89). Por el contrario, la variable que mostró una mejora más limitada fue la *autoestima social* (con 6.75 puntos pretratamiento y 7.08 postratamiento). En medio de estos dos extremos, también se produjeron mejoras significativas en las variables *asertividad*, *empatía*, *agresividad*, *ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas*, y *soledad y aislamiento social*.

Por otro lado, los agresores sexuales de menores obtuvieron una puntuación EPAS global de 76.71 puntos antes de la aplicación del tratamiento y de 81.26 puntos después, y mejoraron significativamente en las subescalas terapéuticas de *soledad y aislamiento* (la variable que más mejoró, desde 6.73 puntos a 7.45 puntos), *asertividad*, *impulsividad*, *agresividad*, y *autoestima social* (la que menos mejoró, ascendiendo tan solo de 6.80 puntos a 7.16 puntos). Por el contrario, no mejoraron significativamente *disposición para el cambio terapéutico*, *distorsiones cognitivas*, *ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas* y *empatía*.

Los anteriores resultados se completarán próximamente mediante la comparación de los grupos de tratamiento con

sendos grupos de control, lo que permitirá tener una mayor garantía sobre la eventual eficacia del tratamiento.

Conclusiones

En este artículo se ha revisado sucintamente el conocimiento científico disponible sobre etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual. Comenzó por contrastarse la gran distancia existente entre los esporádicos delitos sexuales conocidos y denunciados y el mayor volumen de los que verdaderamente se producen. También se han analizado los factores de riesgo que pueden contribuir a la adquisición por algunos varones de repertorios delictivos de abuso o agresión sexual. La perspectiva presentada sugiere que aquellos chicos que viven en su infancia y adolescencia experiencias traumáticas como abandono o desatención familiar, rechazo afectivo, crianza inconsistente o victimización sexual pueden mostrar déficits personales como baja autoestima, problemas de comunicación y relación personal, falta de empatía e hipersexualización. Si ello se combina con la exposición de los sujetos a vivencias sexuales anómalas (contactos sexuales con adultos, con menores, sexo violento, etc.) pueden favorecerse en un joven unas preferencias sexuales desviadas y delictivas (sexo violento o con niños) y dificultarse en él la adquisición de los imprescindibles controles e inhibiciones frente a tales conductas ilícitas.

Dada la diversidad de factores de riesgo que en combinación pueden alterar la socialización sexual de un menor y promover su conducta delictiva, se ha razonado la necesidad de diversificar también las intervenciones preventivas, tanto en un plano educativo general (prevención primaria), como especializado para aquellos casos más persistentes y graves (prevención secundaria y terciaria). A este respecto se ha puesto el ejemplo de los programas aplicados en el sector de Justicia Juvenil de la Comunidad de Madrid con menores que cumplen medidas judiciales por delitos sexuales.

No obstante, cuando los delitos son graves, los delincuentes sexuales suelen ser condenados a una pena de prisión y encarcelados por un tiempo prolongado. Durante su internamiento, los agresores sexuales pueden participar en el Programa de Control de la Agresión Sexual ([Garrido y Beneyto, 1996, 1997](#)). Este programa intenta impulsar cambios de valores, actitudes y conductas para promover el abandono del comportamiento delictivo. Se trata de un tratamiento de cariz cognitivo-conductual, intensivo y prolongado, que incluye técnicas como el análisis de la propia historia personal, reestructuración de distorsiones cognitivas, desarrollo emocional y de la empatía, reducción de la agresividad, etc.

Diversos metaanálisis internacionales han evidenciado que los tratamientos aplicados con los delincuentes sexuales, como el aquí desarrollado, suelen vincularse a una reducción promedia significativa, aunque de magnitud moderada, de la reincidencia sexual ([Hanson y Morton-Bourgon, 2009](#); [Lösel y Schmucker, 2005](#); [Reitzel y Carbonell, 2006](#); [Schmucker y Lösel, 2008](#)). Así mismo los dos estudios existentes en España a este respecto han puesto de relieve una disminución significativa de la reincidencia delictiva de los sujetos tratados en el programa descrito en este trabajo ([Redondo et al., 2005](#); [Valencia et al., 2008](#)).

También, se ha razonado la necesidad de que además de ponderar la reincidencia delictiva se evalúen los procesos de cambio personal que el tratamiento intenta favorecer. Con esta finalidad se diseñó la Escala de Evaluación Psicológica de Agresores Sexuales (EPAS), que permite valorar la eficacia de dicho tratamiento a partir de diversas variables de mejora terapéutica. Esta escala, aún en proceso de desarrollo, ha permitido contrastar la mejora postratamiento de variables como disposición del sujeto para cambiar, asertividad, empatía, agresividad, ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas o soledad y aislamiento. Estos cambios personales pueden resultar imprescindibles para que las personas modifiquen

su comportamiento hacia un estilo de vida más prosocial y alejado de la comisión de nuevos hechos delictivos.

Aunque han sido importantes los avances operados durante las décadas pasadas por lo que se refiere a la comprensión científica y a la prevención y el tratamiento de la delincuencia sexual, dada la magnitud y complejidad de este fenómeno criminal, todavía continúan siendo más importantes los retos pendientes. En lo relativo a la etiología de la agresión sexual, a pesar de que conocemos muchos de los factores de riesgo asociados, ignoramos en gran medida los procesos dinámicos que median entre dichos factores y el inicio del comportamiento sexual desviado y delictivo. En nuestra opinión, la investigación futura debería avanzar en dirección a un mejor conocimiento y una más completa explicación de dichos procesos etiológicos.

También son grandes las carencias y los retos científicos por lo que se refiere a la prevención y el tratamiento de la delincuencia sexual. Aunque en teoría sabemos que habría que intervenir sobre este fenómeno de una manera diversificada, que potenciara en mayor grado la prevención primaria y secundaria, en realidad es poco lo que se ha hecho hasta ahora en estos niveles preventivos, a pesar de que los tratamientos aplicados en los centros penitenciarios (el ámbito más desarrollado con diferencia) solamente alcanzan a uno de los niveles básicos que una intervención integral requeriría, el nivel individual (nivel ontogenético). Sin embargo, una prevención más eficaz de la reincidencia delictiva requeriría, según todo lo razonado, actuaciones en diversos ámbitos o niveles, como la familia (nivel microsistémico), la comunidad (ecosistema) y el plano cultural más amplio (macrosistema) (Prentky, Righthand y Lamade, 2016).

Financiación

Este trabajo se desarrolló inicialmente en el marco del proyecto de investigación FBG305486 financiado por la Dirección General de Gestión Penitenciaria, de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) y posteriormente gracias a la financiación de los proyectos SEJ2005-09170-C04-01 del Ministerio de Educación y Ciencia, del proyecto PSI2009-13265 del Ministerio de Ciencia e Innovación y del proyecto PSI2013-47043-C2-2-R del Ministerio de Economía y Competitividad.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Abbey, A., Jacques-Tiura, A. J. y LeBreton, J. M. (2011). Risk factors for sexual aggression in young men: an expansion of the confluence model. *Aggressive Behavior*, 37, 450–464. <http://dx.doi.org/10.1002/ab.20399>
- Abbey, A., Wegner, R., Pierce, J. y Jacques-Tiura, A. J. (2012). Patterns of Sexual Aggression in a Community Sample of Young Men: Risk Factors Associated with Persistence, Desistance, and Initiation Over a One Year Interval. *Psychology of Violence*, 2, 1–15. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026346>
- Abel, G. G., Becker, J. V. y Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, 7, 89–103. [http://dx.doi.org/10.1016/0160-2527\(84\)90008-6](http://dx.doi.org/10.1016/0160-2527(84)90008-6)
- Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camps, N., Becker, J. V. y Rathner, J. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters. *Annals of Sex Research*, 2, 135–152. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00851319>
- Agnew, R. (2014). Social concern and crime: moving beyond the assumption of simple self-interest. *Criminology*, 52, 1–32.
- Andrés-Pueyo, A. (2016). *Comunicación personal*. Barcelona: Spain.
- Andrews, D. A., Bonta, J. y Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38, 735–755. <http://dx.doi.org/10.1177/0093854811406356>
- Barbaree, H. E. y Langton, C. M. (2006). The Effects of Child Sexual Abuse and Family Environment. En W. L. Marshall y H. E. Barbaree (Eds.), *The Juvenile Sex Offender* (pp. 58–76). New York: Guilford Press.
- Barbaree, H. E., y Marshall, W. L. (Eds.). (2006). *The Juvenile Sex Offenders*. New York: Guilford Press.
- Barnett, G. D. y Mann, R. E. (2013). Cognition, Empathy, and Sexual Offending. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14, 22–33. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838012467857>
- Beavin, L.E. (2015). Oxytocin and empathy in sex offenders: A biological basis for deficiencies in empathic responding. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 75(11-B.(E)).
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy: Nature and relation to behaviour therapy*. New York, NY: International University Press.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España: Gedisa.
- Becker, J. V. y Hunter, J. A. (1997). Understanding and treating child and adolescent sexual offenders. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 177–197.
- Becker, J. V. y Johnson, B. R. (2001). Treating Juvenile Sex Offenders. En J. B. Ashford, B. D. Sales y W. H. Reid (Eds.), *Treatment of Adult and Juvenile Offenders with Special Needs*. Washington DC: American Psychological Association Press.
- Beech, A. R., Freemantle, N., Power, C. y Fisher, D. (2015). An examination of potential biases in research designs used to assess the efficacy of sex offender treatment. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 7, 204–222.
- Beech, A. R., Mandeville-Norden, R. y Goodwill, A. (2012). Comparing recidivism rates of treatment responders/nonresponders in a sample of 413 child molesters who had completed community-based sex offender treatment in the United Kingdom. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56, 29–49. <http://dx.doi.org/10.1177/0306624X10387811>
- Blais, J. y Bonta, J. (2015). Tracking and managing high risk offenders: A Canadian initiative. *Law and Human Behavior*, 39, 253–265. <http://dx.doi.org/10.1037/lhb0000109>
- Blumenthal, S., Gudjonsson, G. y Burns, J. (1999). Cognitive distortions and blame attribution in sex offenders against adults and children. *Child Abuse & Neglect*, 23, 129–143. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10075183>
- Brandes, B. J. y Cheung, M. (2009). Supervision and treatment of juveniles with sexual behavior problems. *Child Adolescence Social Work Journal*, 26, 179–196.
- Brown, S. J. (2015). *Treating Sex Offenders*. Cullompton, Devon: Willan Publishing.
- Brown, S. J., Walker, K., Gannon, T. A. y Keown, K. (2013). Creating a psychologically comfortable position: The link between empathy and cognitions in sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 19, 275–294. <http://dx.doi.org/10.1080/13552600.2012.747223>
- Budrionis, R. y Jongsma, E. (2003). *The sexual abuse victim and sexual offender*. New Jersey, NY: Wiley & Sons.
- Calder, M. C. (1999). *Assessing risk in adult males who sexually abuse children: A practitioner's guide*. Lyme Regis, UK: Russell House Publishing.
- Cale, J., Smallbone, S., Rayment-McHugh, S. y Dowling, C. (2015). Offense Trajectories, the Unfolding of Sexual and Non-Sexual Criminal Activity, and Sex Offense Characteristics of Adolescent Sex Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 27, 1–22. <http://dx.doi.org/10.1177/1079063215580968>
- Cohen, D. y Strayer, J. (1996). Empathy in conduct-disordered and comparison youth. *Developmental Psychology*, 32, 988–998.
- Craig, L. A., Browne, K. D., Beech, A. R. y Stringer, I. (2006). Psychosexual characteristics of sexual offenders and the relationship to sexual reconviction. *Psychology, Crime and Law*, 12, 231–243. <http://dx.doi.org/10.1080/10683160500151084>
- Cubellis, M. A. y Ackerman, A. R. (2015). Innovative efforts in prevention, research, and policy. En R. G. Wright (Ed.), *Sex offender laws: Failed policies, new directions* (2nd ed., pp. 277–294). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Day, A., Casey, S., Ward, T., Howells, K. y Vess, J. (2010). *Transitions to Better Lives: Offender Readiness and Rehabilitation*. Cullompton, Devon: Willan Publishing.
- Dennis, J. A., Khan, O., Ferriter, M., Huband, N., Powney, M. J. y Duggan, C. (2012). Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD0075007. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007507.pub2>
- Díez-Ripollés, J. L., García- España, E., Pérez, F., Benítez, M. J. y Cerezo, A. I. (2009). Encuesta a víctimas en España ODA2009. Málaga: Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología - Editorial Tirant Lo Blanch. Recuperado de <http://www.tirant.com/editorial/libro/encuesta-a-victimas-en-espana-oda2009-jose-luis-diez-ripolles-9788484553052>
- Dopp, A. R., Borduin, C. M. y Brown, C. E. (2015). Evidence-based treatments for juvenile sexual offenders: Review and recommendations. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 7, 223–236. <http://dx.doi.org/10.1108/JACPR-01-2015-0155>
- Driemeyer, W., Spehr, A., Yoon, D., Richter-Appelt, H. y Briken, P. (2013). Comparing sexuality, aggressiveness, and antisocial behavior of alleged juvenile sexual and violent offenders. *Journal of Forensic Sciences*, 58, 711–718. <http://dx.doi.org/10.1111/1556-4029.12086>
- Echeburúa, E. y Amor, P. J. (2010). Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Revista Española de Medicina Legal*, 36, 117–121. [http://dx.doi.org/10.1016/S0377-4732\(10\)70040-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0377-4732(10)70040-7)
- Echeburúa, E. y Guerraicahevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y Redondo, S. (2010). ¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?: La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Erickson, C. (2009). The effectiveness of functional family therapy in the treatment of juvenile sexual offenders. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 69(10B), 6409.
- European Agency for Fundamental Rights. (2014). *Violence against women*.
- Fanniff, A. M., Becker, J. V. y Gambow, A. L. (2014). Children and adolescents with sexual behavior problems. En R. M. Reece, R. F. Hanson y J. Sargent (Eds.),

- Treatment of child abuse: Common ground for mental health, medical, and legal practitioners* (2nd ed., pp. 168–178). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Farrington, D. P. (1992). Criminal career research in the United Kingdom. *British Journal of Criminology*, 32, 521–536.
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H. y Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37, 664–674. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>
- Fernandez, Y. M. y Marshall, W. L. (2003). Victim Empathy, Social Self-Esteem, and Psychopathy in Rapists. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 11–26.
- Fernandez, Y. M., Marshall, W. L., Lightbody, S. y O'Sullivan, C. (1999). The Child Molester Empathy Measure. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 17–31.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A. y Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 55, 329–333. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.12.026>
- Fitzpatrick, M. E. y Weltzin, T. (2014). Motivation for change as a predictor of eating disorder treatment outcomes using a brief self-report YBC-EDS in a residential eating disorder population. *Eating Behaviors*, 15, 375–378. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.04.007>
- Ford, M. y Linney, J. (1995). Comparative analysis of juvenile sexual offenders, violent nonsexual offenders, and status offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 56–70.
- Gallardo-Pujol, D., Kramp, U., García-Forero, C., Pérez-Ramírez, M. y Andrés-Pueyo, A. (2006). Assessing aggressiveness quickly and efficiently: The Spanish adaptation of Aggression Questionnaire-refined version. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 21, 487–494. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.02.002>
- García-España, E., Diéz-Ripollés, J. L., Pérez, F., Benítez, J. M. y Cerezo, A. I. (2010). Evolución de la delincuencia en España: análisis longitudinal con encuestas de victimización. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 8, 1–27.
- Garrido, V. y Beneyto, M. J. (1996). *El control de la agresión sexual. Un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión y en la comunidad*. Valencia, España: Ed. Cristóbal Serrano Villalba.
- Garrido, V. y Beneyto, M. J. (1997). *La valoración psicológica de los agresores sexuales: los delitos, la reincidencia y el tratamiento. Cuadernos de Derecho Judicial: Delitos Contra La Libertad Sexual*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Garrido, V., Gil, A., Forcadell, A., Martínez, R.M. y Vinuesa, R.M. (1998). *Joves agressors sexuals: avaluació, diagnòstic i tractament*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya.
- Garrido, V., Morales, L. A. y Sanchez-Meca, J. (2006). What works for serious juvenile offenders? A systematic review. *Psicothema*, 18, 611–619.
- Garrido, V., Redondo, S., Gil, A., Torres, G., Soler, C. y Beneyto, M. J. (1995). *Delinqüents sexuals en les presons*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Geng, Y., Xia, D. y Qin, B. (2012). The Basic Empathy Scale: a Chinese validation of a measure of empathy in adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 499–510. <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-011-0278-6>
- Gillis, H. L. y Gass, M. A. (2010). Treating juveniles in a sex offenders program using adventure-based programming: A matched group design. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 19, 20–34.
- Gronnerod, C., Gronnerod, J. S. y Grondahl, P. (2015). Psychological treatment of sexual offenders against children: a meta-analytic review of treatment outcome studies. *Trauma, Violence & Abuse*, 16, 280–290. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838014526043>
- Gunby, C. y Woodhams, J. (2010). Sexually deviant juveniles: comparisons between the offender and offence characteristics of “child abusers” and “peer abusers”. *Psychology, Crime and Law*, 16, 47–64. <http://dx.doi.org/10.1080/10683160802621966>
- Hamby, S., Finkelhor, D. y Turner, H. (2012). Teen dating violence: co-occurrence with other victimizations in the National Survey of Children's Exposure to Violence. *Psychology of Violence*, 2, 111–124.
- Hanson, R. K. y Morton-Bourgon, K. E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological Assessment*, 21, 1–21. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014421>
- Helmus, L., Hanson, R. K., Babchishin, K. M. y Mann, R. E. (2013). Attitudes supportive of sexual offending predict recidivism: a meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 14, 34–53. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838012462244>
- Hempel, I. S., Buck, N. M. L., van Vugt, E. S. y van Marle, H. J. C. (2015). Interpreting child sexual abuse: Empathy and offense-supportive cognitions among child sex offenders. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 24, 354–368. <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2015.1014614>
- Hendriks, J. y Bijleveld, C. C. J. H. (2004). Juvenile sexual delinquents: contrasting child abusers with peer abusers. *Criminal Behaviour and Mental Health: CBMH*, 14, 238–250. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15614327>
- Hollin, C. R. y Palmer, E. J. (2006). *Offending behaviour programmes: Development, application, and controversies*. New York, NY: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hollin, C. R. y Palmer, E. J. (2009). Cognitive skills programmes for offenders. *Psychology, Crime & Law*, 15, 147–164. <http://dx.doi.org/10.1080/10683160802190871>
- Hoon, E. F. y Chables, D. L. (1986). *Sexual Arousal Inventory (SAI) and Sexual Arousal Inventory-Expanded (SAI-E)*. En C. M. David y W. L. Yarber (Eds.), *Sexuality-related measures: A compendium*. Syracuse: Graphic Publishing Co.
- Hudson, S. M., Wales, D. S., Bakker, L. y Ward, T. (2002). Dynamic risk factors: the Kia Marama evaluation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 103–119. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11961886>
- Hulme, P. A. y Middleton, M. R. (2013). Psychosocial and developmental characteristics of civilly committed sex offenders. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 141–149. <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2012.732193>
- Jolliffe, D. y Farrington, D. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 441–476. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178903000533>
- Katz, R. (1990). Psychosocial adjustment in adolescent child molesters. *Child Abuse & Neglect*, 14, 567–575.
- Knight, R. A. y Sims-Knight, J. E. (2014). Assessment of dynamic treatment targets for juveniles who sexually offend. En D. S. Bromberg y W. T. O'Donohue (Eds.), *Toolkit for working with juvenile sex offenders. Practical resources for the mental health professional* (pp. 29–68). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Lawson, J. S., Marshall, W. L. y McGrath, P. (1979). The Social Self-Esteem Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 39, 803–811. <http://dx.doi.org/10.1177/001316447903900413>
- Lipsey, M. W. y Landerberger, N. A. (2006). Cognitive-behavioral interventions. En B. C. Welsh y D. P. Farrington (Eds.), *Preventing crime: What works for children, offenders, victims and places* (pp. 57–71). Dordrecht, Holanda: Springer.
- Loeber, R. y Farrington, D. P. (1998). *Serious and violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Loeber, R., Farrington, D. P. y Waschbusch, D. A. (1998). Serious and violent juvenile offenders. En R. Loeber y D. P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders* (pp. 313–345). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lösel, F. (2001). Evaluating the effectiveness of correctional programs: bridging the gap between research and practice. En G. A. Bernfeld, D. P. Farrington y A. W. Leschied (Eds.), *Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs* (pp. 67–96). Chichester, UK: Wiley.
- Lösel, F. (2002). *¿Sirve el tratamiento para reducir la reincidencia de los delincuentes sexuales?* En A. Redondo (Coord.) (Ed.), *Delincuencia sexual y sociedad* Barcelona: Spain: Ariel.
- Lösel, F. y Schmuckler, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117–146.
- Mancini, C., Reckdenwald, A. y Beaugard, E. (2012). Pornographic Exposure Over The Life Course and the Severity of Sexual Offenses: Imitation and Cathartic Effects. *Journal of Criminal Justice*, 40, 21–30.
- Maniglio, R. (2012). The Role of Parent-Child Bonding, Attachment, and Interpersonal Problems in the Development of Deviant Sexual Fantasies in Sexual Offenders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 13, 83–96. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838012440337>
- Mann, R. E. y Barnett, G. D. (2013). Victim Empathy Intervention With Sexual Offenders: Rehabilitation, Punishment, or Correctional Quackery? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25, 282–301. <http://dx.doi.org/10.1177/1079063212455669>
- Marshall, W. L. y Fernandez, Y. M. (1997). Enfoques cognitivo-conductuales para las parafilias: el tratamiento de la delincuencia sexual. In V. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 299–331). Madrid, Spain: Siglo XXI.
- Marshall, W. L., Laws, D. R. y Barbaree, H. E. (2013). *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender* New York: Springer Science. Recuperado de <https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=lkf2BwAAQBAJ&pgis=1>
- Marshall, W. L. y Marshall, L. E. (2014a). Psychological treatment of sex offenders: recent innovations. *Sexual Deviation: Assessment and Treatment*, 37, 163–171.
- Marshall, W. L. y Marshall, L. E. (2014b). The paraphilias. En S. G. Hofmann, D. J. A. Dozois, W. Rief y J. A. J. Smits (Eds.), *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy* (1–3) (pp. 673–701). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E. y Kingston, D. A. (2011). Are the cognitive distortions of child molesters in need of treatment? *Journal of Sexual Aggression*, 17, 118–129. <http://dx.doi.org/10.1080/13552600.2011.580572>
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A. y Fernandez, Y. M. (2006). *Treating Sexual Offenders. An Integrated Approach*. New York: Routledge.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A. y O'Brien, M. D. (2009). Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: their integration and treatment implications. *Psychology, Crime & Law*, 15, 217–234. <http://dx.doi.org/10.1080/10683160802190947>
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A. y O'Brien, M. D. (2011). *Rehabilitating sexual offenders: A strength-based approach*. Psychology, crime, and justice. Washington DC: American Psychological Association Press.
- Martínez-Catena, A., Redondo, S., Frerich, N. y Beech, A. R. (en prensa). A Dynamic Risk Factors-based Typology of Sex Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*.
- Maruna, S. y Mann, R. E. (2006). A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions. *Legal and Criminological Psychology*, 11, 155–177. <http://dx.doi.org/10.1348/135532506X114608>
- Mayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 131, 1121–1123. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4416585>
- Mayhew, P., Elliot, D. y Dowds, L. (1989). *The 1988 British Crime Survey. Home Office Research Study no. 111*. London: HMSO.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368–375. <http://dx.doi.org/10.1037/h0090198>

