

VIII JORNADAS
DE ATIP
ALMAGRO
2014

EDITA COMISIÓN DE ESTUDIOS DE ATIP

PRESIDENTE

José Manuel Bermudo Castellano

VOCALES

Ana Belén Ayuso Fernández

Hector Cristobal Luengo

Óscar Herrero Mejías

Carolina López Magro

José Sánchez Isidoro

María vicente Fagúndez

Francesca Melis Pont

VIII JORNADAS
DE ATIP
ALMAGRO
2014

ATIP (Asociación de Técnicos Superiores de Instituciones Penitenciarias)

I.S.B.N. 978-84-944087-1-7

Depósito Legal: CC-102-2013

Maqueta e Imprime: Gráficas Hache. Cáceres.

EFICACIA TERAPÉUTICA DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA AGRESIÓN SEXUAL (PCAS) APLICADO EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS ESPAÑOLES¹

*Santiago Redondo Illescas, Ana Martínez-Catena, Eulalia Luque Reina
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad
de Psicología, Universidad de Barcelona*

1. Magnitud y gravedad de los delitos sexuales

La delincuencia sexual es un fenómeno criminal muy grave, y que por ello suscita una gran alarma pública y un firme rechazo social. Aun así, sobre la delincuencia sexual existen también diversas creencias erróneas y exageradas acerca de su magnitud, sus causas, las características de los agresores, las víctimas más frecuentes de estos delitos, etc. Una interpretación errónea bastante común es que los delitos sexuales constituyen una de las modalidades delictivas más frecuentes; y que es más fácil y probable ser víctima de estos delitos que de cualesquiera otros delitos violentos. Contrariamente a ello, la prevalencia de las agresiones sexuales graves es reducida en comparación con otras tipologías delictivas, particularmente por lo que se refiere a los delitos oficialmente denunciados (aunque es verdad que la cifra negra de delitos sexuales es elevada, y muchos de ellos pueden permanecer ocultos). Por ejemplo, mientras que en 2013 se registraron en España 1.807 denuncias por agresión sexual, fue muy superior el número de denuncias interpuestas por otros delitos violentos como robo con fuerza (con 381.777 denuncias) o lesiones (con 16.385) (Ministerio del Interior, 2013). En paralelo a lo anterior, tampoco es muy elevada, en términos relativos, la población de delincuentes sexuales encarcelados, que asciende a unos tres mil sujetos, lo que equivale a un 5,4% de la población penitenciaria total.

Con todo, aunque la delincuencia sexual no sea el fenómeno delictivo más frecuente sí que es uno de los más graves, debido a que puede comportar serios daños físicos y psicológicos para las víctimas, generalmente mujeres, niñas y niños (Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, 2011; Echeburúa y Redondo, 2010; Fergusson, McLeod, y Horwood, 2013; Lopez-Castroman et al., 2013). A la vez que cada nuevo delito o reincidencia de un agresor sexual excarcelado –tras haber cumplido su pena– suele generar una gran preocupación y alarma públicas.

¹ Agradecimientos: Este trabajo ha podido realizarse en el marco del proyecto de investigación SEJ2005-09170-C04-01, financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia de España, el proyecto PSI2009-13265, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España, y el proyecto PSI2013-47043-C2-2-R, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

Otra creencia errónea frecuente es la que considera que los delitos sexuales son siempre cometidos por individuos con trastornos mentales graves e irreversibles, que por ello tornarán una y otra vez a delinquir. Frente a esta interpretación meramente patológica y desesperanzada acerca de los delincuentes sexuales, múltiples investigaciones realizadas durante las últimas décadas han puesto de relieve que los delincuentes sexuales no son necesariamente enfermos mentales incurables; aunque es verdad que muchos de ellos presentan diversos déficits personales y carencias sociales que suelen asociarse a sus conductas delictivas; y que, en consecuencia, ayudarlos a resolver o paliar algunos de estos déficits y carencias puede ser un buen modo de favorecer su desistimiento delictivo (Abbey, Jacques-Tiura, y LeBreton, 2011; Abbey, Wegner, Pierce, y Jacques-Tiura, 2012; Andrews, Bonta, y Wormith, 2011; Barbaree y Marshall, 2006; Beech, Mandeville-Norden, y Goodwill, 2012; Echeburúa y Amor, 2010; Redondo y Martínez, 2012; Rich, 2009).

En concreto, quienes han cometido delitos sexuales suelen mostrar problemas y déficits personales y sociales en diversas esferas interrelacionadas, que inciden negativamente en su vida diaria y de relación con otras personas (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Echeburúa y Redondo, 2010; Martínez-Catena, Redondo, Frerich, y Beech, en prensa). En primer lugar, se ha constatado que una proporción relevante de delincuentes sexuales tuvieron a edades tempranas experiencias sexuales más amplias, variadas y atípicas que la generalidad de los menores de su misma edad, incluyendo a menudo la utilización sexual de pornografía violenta o con implicación de menores. A la vez que muchos de ellos o bien fueron testigos o bien sufrieron directamente en su infancia experiencias de maltrato o abuso sexual (Fergusson et al., 2013; Gunby y Woodhams, 2010; Mancini, Reckdenwald, y Beaugard, 2012; Seto, 2008).

También puede contribuir a consolidar y estabilizar la carrera criminal de algunos delincuentes sexuales su versatilidad o diversidad delictiva: es decir, el hecho de que en ellos la conducta infractora y antisocial no se circunscriba solo al ámbito sexual, sino que a menudo también participen en otras conductas delictivas y violentas (robos, agresiones...) que en muchos casos se iniciaron en su adolescencia o juventud (Kemper y Kistner, 2010; Pritchard y Bagley, 2000; Robertiello y Terry, 2007; Seto y Fernandez, 2011; Sewall, Krupp, y Lalumière, 2013). Es decir, los delitos sexuales (abuso de menores, agresión sexual a una mujer...) y no sexuales (robos en casas, en la calle, etc.) pueden retroalimentarse entre ellos en múltiples ocasiones.

En tercer lugar, y en conexión más o menos directa con sus experiencias delictivas tempranas, el pensamiento de los agresores sexuales suele estar plagado de numerosas "distorsiones cognitivas", o consideraciones y creencias erróneas acerca de sus víctimas (mujeres, niños...) y sobre la factibilidad del uso de la violencia en las interacciones sociales. Tales distorsiones valorativas dificultan el que estos individuos interpreten y reconozcan adecuadamente las emociones, deseos, necesidades e intenciones de otras personas, y particularmente de sus propias víctimas (Abel et

al., 1989; Craig, Browne, Beech, y Stringer, 2006; Day, Casey, Ward, Howells, y Vess, 2010; Semiatin, Murphy, y Elliott, 2013; Whitaker et al., 2008).

Por último, muchos delincuentes sexuales muestran graves déficits de empatía y competencia psicosocial: es decir, manifiestan un notorio egocentrismo y dificultad grave para imaginar y figurarse con realismo qué es lo que podrían pensar, desear y sentir otras personas. Estas carencias empáticas menoscaban su capacidad para establecer relaciones interpersonales significativas y apropiadas, lo que contribuye a que experimenten graves dificultades y problemas en diferentes contextos de su vida como el educativo, laboral, etc., y un gran aislamiento social (Agnew, 2014; Becker y Johnson, 2001; Hollin y Palmer, 2009; Lawson, Marshall, y McGrath, 1979; Rathus, 1973; Ward, Polaschek, y Beech, 2006).

2. El tratamiento de los delincuentes sexuales y su eficacia

Entre las principales funciones de las administraciones públicas encargadas del control del delito se encuentran la prevención y la promoción del desistimiento delictivo en relación con aquellos individuos que han cometido previamente infracciones graves: es decir, la evitación, en la mayor medida posible, de su reincidencia delictiva. Con esta finalidad las instituciones penitenciarias ofrecen programas de tratamiento especializado a los delincuentes sexuales encarcelados.

Para que se haga más probable el abandono de sus actividades delictivas previas, los agresores sexuales deberían efectuar cambios importantes en sus valores, actitudes y comportamiento (Day et al., 2010; Echeburúa y Redondo, 2010; Redondo, 2008). En esta dirección, las intervenciones psicológicas aplicadas actualmente en las prisiones se orientan a promover en los participantes en ellas diversos cambios internos favorecedores del comportamiento prosocial. Entre estos cambios resulta imprescindible que modifiquen sustancialmente la manera de ver la propia conducta y las consecuencias que sus delitos pasados han tenido para otras personas.

Los tratamientos psicológicos más utilizados y efectivos con los agresores sexuales han sido los denominados programas cognitivo-conductuales (Prentky y Schwartz, 2006). El tratamiento pionero a este respecto fue inicialmente aplicado en Canadá por Marshall y su equipo (Barbaree y Langton, 2006; Barbaree y Marshall, 2006; Brown, 2005; Marshall, Marshall, Serran, y O'Brien, 2011), constituyendo el fundamento primigenio de la mayoría de los programas posteriormente desarrollados en diferentes países.

En España, tras una revisión de los programas aplicados internacionalmente y de las necesidades de intervención específicas que presentaban los agresores sexuales encarcelados, Vicente Garrido y María José Beneyto estructuraron el primer programa específico para agresores sexuales (Garrido y Beneyto, 1996, 1997; Garrido, Gil,

Forcadell, Martínez, y Vinuesa, 1998; Garrido et al., 1995; Garrido, Beneyto, et al., 1998). La primera aplicación de esta intervención, denominada *Programa de control de la agresión sexual*, se realizó a partir de 1996 en las prisiones barcelonesas de *Quatre Camins* y *Brians*. Posteriormente, este programa originario fue revisado y adaptado por un equipo de técnicos de instituciones penitenciarias y publicado oficialmente por el Ministerio del Interior (2006a, 2006b). En la actualidad, dicho tratamiento, que constituye el objetivo específico de esta evaluación, se aplica en múltiples prisiones españolas.

El *Programa de control de la agresión sexual* se administra, en formato grupal, tanto a agresores sexuales de mujeres adultas como a agresores de menores, con una intensidad de una a dos sesiones semanales y una duración aproximada de dos años. El tratamiento completo incluye los siguientes módulos o ingredientes terapéuticos: 1) *Entrenamiento en relajación*; 2) *Análisis de la historia personal*; 3) *Distorsiones cognitivas*; 4) *Conciencia emocional*; 5) *Comportamientos violentos*; 6) *Mecanismos de defensa*; 7) *Empatía con la víctima*; 8) *Prevención de la recaída I*; 9) *Estilo de vida positivo*; 10) *Educación sexual*; 11) *Modificación del impulso sexual*; y, finalmente, 12) *Prevención de la recaída II*.

La primera evaluación de eficacia del tratamiento de los agresores sexuales en España se efectuó en 2005 por Redondo y su equipo de la Universidad de Barcelona en relación con 49 sujetos que habían sido tratados en las prisiones de *Quatre Camins* y *Brians* entre 1996 y 2002, en comparación con un grupo de control de 74 sujetos no tratados. Tras un periodo de seguimiento próximo a cuatro años, un 4,1% de los agresores participantes en el tratamiento reincidió en delitos sexuales, mientras que la reincidencia del grupo de sujetos no tratados ascendió al 18,2% (Redondo, Navarro, Martínez, Luque, y Andrés-Pueyo, 2005). Es decir, según esta primera evaluación, el tratamiento logró disminuir en 14 puntos la tasa base de reincidencia de los agresores sexuales: aquella tasa más elevadas de repetición delictiva que habría sido esperable de no haberse llevado a cabo esta intervención terapéutica.

En una segunda evaluación, realizada a partir de una muestra de agresores sexuales de uno de los centros penitenciarios de la provincia de Madrid, se obtuvieron resultados muy semejantes a los anteriores, a partir de comparar la reincidencia delictiva de 22 agresores sexuales que habían sido tratados con la de 21 delincuentes sexuales no tratados (Valencia, Andreu, Mínguez y Labrador, 2008). En concreto, del grupo de tratamiento solo reincidió un sujeto (correspondiente al 4,5% de la muestra) mientras que del grupo control reincidió el 13%.

3. Objetivos

Más allá de los anteriores resultados sobre reincidencia delictiva –cuyo conocimiento es en todo caso imprescindible–, con la finalidad de profundizar en la evaluación de la eficacia terapéutica del *Programa de control de la agresión sexual* (PCAS) aplicado en los centros penitenciarios, la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria promovió la creación de un procedimiento específico de valoración del cambio terapéutico en los agresores sexuales que reciben tratamiento.

Este trabajo constituye una primera aproximación resumida a dicha evaluación. Para la realización de este análisis empírico, que se inició en 2005 y continua en la actualidad, se ha contado con el excelente trabajo de múltiples técnicos y directivos de instituciones penitenciarias, sin los cuales este estudio no podría haberse desarrollado. Han sido estos profesionales penitenciarios quienes han aplicado directamente el programa de tratamiento y los instrumentos de evaluación, que se describirán a continuación, a cientos de agresores sexuales encarcelados. Nuestro más entusiasta y sincero reconocimiento a la profesionalidad y buen hacer de todos ellos.

4. Material y método

1.1. Diseño de la evaluación

El análisis que aquí se presenta se fundamenta en un diseño de evaluación intrasujetos, consistente en valorar a los participantes en dos momentos temporales distintos: antes del inicio del tratamiento (pre-tratamiento) y tras la finalización de la intervención (post-tratamiento). Aunque también se dispone de datos evaluativos sobre sujetos no tratados –integrantes de un futuro grupo de control– éstos son todavía son muy incompletos y difícilmente comparables, sobre todo debido a que la mayoría de los internos evaluados no son delincuentes sexuales, sino infractores violentos correspondientes a otras tipologías delictivas.

Es decir, para esta evaluación se establecieron dos grupos de análisis:

- Un grupo de tratamiento de agresores sexuales de mujeres adultas (GT-agresores de mujeres adultas)².
- Un grupo de tratamiento de agresores sexuales de menores (GT-agresores de menores).

² Se ha denominado a este grupo como *agresores sexuales de mujeres adultas* debido a que con carácter general sus víctimas son mujeres, aunque existen también en él casos esporádicos de agresores cuyas víctimas sexuales fueron varones.

En un diseño de evaluación de eficacia terapéutica pre/post-tratamiento, como el aquí planteado, se espera que, tras la aplicación del tratamiento, los participantes en él mejoren sus resultados (en relación con los que tenían previamente).

1.2. Participantes

Hasta el momento actual, la muestra global de este proyecto de evaluación de la eficacia terapéutica del tratamiento de los agresores sexuales en las prisiones españolas consta de 795 casos (355 de ellos delincuentes sexuales), que han sido recogidos en un total de 42 centros penitenciarios.

Sin embargo, para dar consistencia y fiabilidad a los resultados del análisis que aquí se presenta, se efectuó una depuración estadística de los datos con la finalidad de solventar diversas dificultades metodológicas, y particularmente las carencias de información en múltiples casos. En función de ello, la muestra seleccionada para este estudio está integrada exclusivamente por 117 agresores sexuales de mujeres adultas y por 71 agresores de menores.

1.3. Instrumentos de evaluación

A los efectos de este análisis, y de acuerdo con la petición recibida en su día de parte de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria, se diseñó la *Escala de Evaluación Psicológica de Agresores Sexuales (EPAS)*, que permite evaluar la eficacia terapéutica del Programa de control de la agresión sexual (PCAS; Redondo, Martínez y Pérez, 2005).

El desarrollo de la escala EPAS partió de una amplia revisión bibliográfica con la finalidad de identificar los principales factores personales de riesgo para la agresión sexual. Una vez ratificados estos factores de riesgo y determinadas, en correspondencia con ellos, las principales variables de cambio y mejora terapéutica que deberían ser incorporadas a EPAS, se tradujeron al castellano diversas escalas psicológicas que permitían evaluar dichas variables terapéuticas. Estas escalas de evaluación se aplicaron inicialmente a una muestra de agresores sexuales y otros delincuentes encarcelados, comprobándose la capacidad y sensibilidad evaluativa de los diversos contenidos e ítems. A continuación, mediante un laborioso proceso metodológico se fueron seleccionando y adaptando diversos contenidos e ítems significativos de las escalas revisadas, y se fueron añadiendo otros nuevos. El conjunto final de cuestiones que resultó de este proceso se englobó en una escala de evaluación unificada, EPAS, susceptible de evaluar de forma integrada las principales variables de mejora terapéutica a las que idealmente se dirige el tratamiento de los agresores sexuales. Posteriormente, la escala se sometió a diversos procesos estadísticos de validación y reducción, hasta llegar a una *versión 3* definitiva, que es la que se aplica en la actualidad.

La escala EPAS vigente tiene dos partes. La primera contiene 103 ítems de evaluación de cambio y mejora terapéutica, a los que hay que añadir 4 ítems de chequeo de alcoholismo y 10 ítems de control de sinceridad, que no cuentan a efectos de la puntuación global de EPAS. Cada ítem debe ser puntuado por el sujeto evaluado en una escala tipo Likert, de 0 a 3 puntos, en función de su grado de acuerdo con el enunciado correspondiente. A partir de esta primera parte se evalúan, de manera integrada, las siguientes variables susceptibles de cambio y mejora terapéutica: *autoestima social, asertividad, disposición para el cambio terapéutico, distorsiones cognitivas, impulsividad, agresividad, ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas, y soledad y aislamiento*.

La segunda parte pondera separadamente, debido a su relevancia y complejidad, la variable empatía, o capacidad de un sujeto para tomar en consideración y sentirse emocionalmente preocupado por el sufrimiento de otras personas (especialmente, de sus propias víctimas). La empatía se evalúa, respectivamente en agresores sexuales de mujeres y de menores, mediante las escalas *Rapist Empathy Measure* y *Child Molester Empathy* (Marshall, Hamilton, y Fernandez, 2001), que fueron traducidas a los efectos de esta evaluación de eficacia terapéutica. En ellas se presentan a los sujetos diferentes escenarios imaginarios en que o bien mujeres o bien niños sufren daños graves como resultado ya sea de agresiones sexuales o de accidentes. Aunque estas escalas incluyen tres escenarios imaginarios diferentes, para este estudio solo se analizó uno de ellos: aquel en el que concretamente se pide al sujeto que imagine las consecuencias negativas que pudo haber experimentado la víctima a la que él agredió.

La puntuación directa obtenida en el conjunto de la escala EPAS (que refleja la posición de cada sujeto en la globalidad de las variables terapéuticas evaluadas) puede oscilar en un rango absoluto de 0 a 384 puntos para el caso de los agresores sexuales de mujeres adultas, y de 0 a 378 puntos para los agresores de menores. Las puntuaciones EPAS deben interpretarse siempre en un sentido creciente y positivo: cuanto más elevada sea una puntuación, mejor será el rendimiento o resultado de un sujeto en las variables terapéuticas evaluadas por la escala. Así, si se comparan las puntuaciones obtenidas por un individuo antes y después del tratamiento, una puntuación post-tratamiento más elevada indicaría una mejoría terapéutica o, contrario sensu, un decremento de sus factores de riesgo para la comisión de delitos sexuales.

No obstante, para facilitar la interpretación y comparación de las puntuaciones obtenidas por los sujetos, cada una de las subescalas específicas de EPAS se ha ponderado en un rango 0-10 puntos y la puntuación EPAS global en uno de 0-100 puntos. Según ello, la expectativa más favorable sería que, tras su participación en el tratamiento, los agresores sexuales obtuvieran puntuaciones más elevadas dentro de estos rangos, tanto en el conjunto de la escala EPAS como en cada una de sus subescalas integrantes.

Además de la escala EPAS, a los efectos de este análisis de eficacia, también se evaluó a los sujetos mediante una plantilla de recogida de información sociodemográfica y de carrera criminal, en ámbitos como los siguientes: familia de origen, familia adquirida, nivel educativo y proceso de escolarización, vida laboral, salud física y psíquica, experiencias de victimización, historia de consumo de tóxicos, antecedentes criminales, contactos con el sistema de justicia, delitos sexuales por los que cumplen condena y otros posibles delitos anteriores

Resultados

1.1. Características sociodemográficas y delictivas

Los sujetos de la muestra global de este estudio tienen en el momento de la evaluación una edad promedio de 39,6 años; mientras que su edad media cuando cometieron el delito base –o delito principal por el que cumplen condena– era de 32,43. Su primer ingreso en prisión se había producido a una edad promedio de 31 años. Aparte de sus delitos sexuales, un 17% de ellos tenían antecedentes por delitos contra la propiedad, un 11% por delitos contra las personas, y un 5,6% por delitos contra la salud pública.

En la Tabla 1 se presentan las principales características sociodemográficas de la muestra global, con el objetivo de ofrecer una descripción amplia de los sujetos de este estudio (pese a que, como se comentó anteriormente, para los análisis de eficacia terapéutica no se empleará la totalidad de la muestra recogida hasta el momento, sino solo una parte de ella).

Tabla 1. Descripción de las principales características sociodemográficas de la muestra

Variable	N	%
Situación socioeconómica de la familia de origen		
Baja	115	21,0
Media-Baja	152	27,7
Media	217	39,6
Media-alta	61	11,1
Alta	3	0,5
Familiares con antecedentes delictivos	102	18,0
Familia de origen desestructurada	157	28,8
Alcoholismo/Drogadicción en la familia	172	30,2
El sujeto fue víctima de malos tratos	95	18,7
El sujeto fue víctima de abusos sexuales	44	8,8
El sujeto ha sido consumidor de drogas	295	51,48

Relación de pareja		
Sin pareja	163	29,8
Estable	303	55,4
Inestable	81	14,8
Familia adquirida desestructurada	163	37,2
Nivel de estudios alcanzado		
Analfabeto	14	2,4
Alfabetizado	196	34,1
Graduado	210	36,6
BUP/FP	119	20,7
Estudios superiores	35	6,1
El sujeto estaba desempleado cuando cometió el delito	131	23,9
Trayectoria laboral		
Carece de empleo	10	3,0
Trayectoria laboral inestable	122	37,1
Trayectoria laboral estable	197	59,9

Como puede verse, en lo referido a la situación socioeconómica de la familia de origen, la inmensa mayoría de los sujetos (en conjunto más del 67%) proceden de familias con una situación socioeconómica entre media-baja y media; familias muchas de las cuales tenían un perfil desestructurado (28,8%), antecedentes delictivos (18%), de alcoholismo o drogadicción (30,2%), y en un porcentaje relevante de las cuales los sujetos habían experimentado maltrato (18,7%) o abuso sexual (8,8%). Por encima de la mitad de los individuos habían sido consumidores de drogas (51,48%), y aunque la mayoría habían llegado a establecer una relación de pareja estable (55,4%), el contexto de la familia adquirida había sido en muchos casos desestructurado (37,2%). Por último, respecto a su trayectoria escolar y laboral, el grueso de los sujetos de la muestra (por encima del 73%) había alcanzado como máximo el graduado escolar, y una proporción considerable de ellos habían tenido trayectorias laborales inestables (37,1%), estando muchos desempleados (23,9%) cuando cometieron su último delito.

Por lo que se refiere específicamente al grupo de delincuentes sexuales, su edad media en el momento de la evaluación es de 40,11 años, ligeramente superior al promedio general; mientras que su edad media cuando cometieron el delito era de 32,65 años, casi idéntica al promedio global.

En cuanto al hecho delictivo principal por el que habían sido condenados los delincuentes sexuales, en el 36,8% de los casos habían agredido sexualmente a una víctima desconocida para ellos, en el 35,1% a una víctima conocida, y en el 28,1% de los delitos la víctima había sido un miembro familiar. Por lo que concierne a la topografía de la agresión sexual, en el caso de los violadores de mujeres adultas, el acto sexual más frecuente era mixto, es decir, había incluido la realización de diversas conductas de agresión sexual con una misma víctima (53,5%), seguido de las agresiones consis-

tentes en penetración vaginal (27,9%), y de aquellas que exclusivamente habían implicado tocamientos (13,8%). En el caso de los agresores de menores, el 61,7% de los sujetos habían llevado a cabo varios actos de agresión sexual con la misma víctima, el 19,1% exclusivamente tocamientos, y el 8,5% penetración vaginal. Finalmente, en torno a un tercio de los agresores sexuales (el 34% de la muestra) negaban su implicación y responsabilidad en el delito.

1.2. Eficacia terapéutica en agresores sexuales de mujeres adultas

Para analizar si, tras realizar el tratamiento, se había producido una mejora de las puntuaciones de los agresores de mujeres adultas en la escala EPAS, se compararon sus puntuaciones en los dos periodos de evaluación considerados, pre y post-tratamiento.

En la tabla 2 se muestran, para ambos periodos, sus puntuaciones medias y las correspondientes desviaciones típicas. Asimismo, mediante la prueba T-test de comparación de medias para grupos paramétricos relacionados se indica si existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en ambos momentos temporales, pre y post-tratamiento.

Tabla 2. Agresores sexuales de mujeres adultas (N=117): comparación de sus puntuaciones medias, en la escala EPAS Global y en sus diversas subescalas terapéuticas, en los periodos pre y post-tratamiento

	Pre- tratamiento	Post- tratamiento
	Media (DS)	Media (DS)
Autoestima social (mejora)	6,75 (1,43)	7,08 (1,44)*
Asertividad (mejora)	5,46 (1,24)	5,95 (1,20)*
Cambio terapéutico (mejora de la disposición)	8,45 (1,95)	9,89 (0,49)*
Distorsiones cognitivas (disminución)	8,75 (1,33)	9,58 (0,72)*
Impulsividad (disminución)	7,16 (1,66)	7,56 (1,39)*
Agresividad (disminución)	6,98 (1,84)	7,63 (1,54)*
Ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas (disminución)	8,24 (2,34)	8,75 (1,86)*
Soledad y aislamiento (disminución)	6,80 (2,39)	7,51 (1,91)*
Empatía (mejora)	7,55 (1,68)	8,05 (1,39)*
EPAS Global	75,96 (9,33)	81,14 (7,90)*

*Significación en la prueba T-test de comparación de medias para grupos paramétricos relacionados

Como se observa en la tabla 2, las puntuaciones medias del grupo de tratamiento de agresores de mujeres adultas mejoran después del tratamiento, de forma estadísticamente significativa, en el conjunto de la escala EPAS y en sus diversas subescalas, o variables terapéuticas específicas.

En concreto, mientras que la puntuación EPAS global antes el tratamiento era de 75,96 puntos (sobre 100), después del tratamiento tal puntuación global es de 81,14 puntos (sobre 100). Es decir, en promedio se produce una mejora significativa de 5,18 puntos.

Por lo que se refiere a las subescalas terapéuticas específicas puede observarse que las mejoras entre los periodos pre y post, todas ellas significativas, se distribuyen de forma desigual entre las diferentes variables evaluadas mediante EPAS. La mejoría más modesta se obtiene en la subescala *Autoestima social*, cuya puntuación solo aumenta en 0,33 puntos después de aplicar el tratamiento. Por el contrario, la variable en la que se produce un mayor avance es la disposición de los sujetos para el *Cambio terapéutico*, con un incremento de 1,44 puntos (sobre 10) entre la evaluación pre y post-tratamiento.

1.3. Eficacia terapéutica en agresores sexuales de menores

Por lo que se refiere al grupo de tratamiento de agresores de menores, sus puntuaciones también mejoran significativamente tras la realización del tratamiento, tanto en la globalidad de la escala EPAS como en cinco de sus subescalas integrantes, de un total de nueve (Tabla 3).

Tabla 3. Agresores sexuales de menores (N=71): comparación de sus puntuaciones medias, en la escala EPAS Global y en sus diversas subescalas terapéuticas, en los periodos pre y post-tratamiento

	Pre- tratamiento	Post- tratamiento
	Media (DS)	Media (DS)
Autoestima social (mejora)	6,80 (1,60)	7,16 (1,32)**
Asertividad (mejora)	5,46(1,41)	6,16 (1,25)*
Cambio terapéutico (mejora de la disposición)	8,85 (1,60)	9,15 (1,65)
Distorsiones cognitivas (disminución)	9,91 (0,25)	9,62 (0,78)
Impulsividad (disminución)	6,94 (1,54)	7,59 (1,23)*
Agresividad (disminución)	7,24 (1,34)	7,92 (1,17)*
Ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas (disminución)	8,14 (2,53)	8,24 (2,57)
Soledad y aislamiento (disminución)	6,73 (2,34)	7,45 (1,83)*
Empatía (mejora)	7,57 (1,87)	8,04 (1,38)
EPAS Global	76,71 (8,87)	81,26 (8,02)*

*Significación en la prueba T-test de comparación de medias para grupos paramétricos relacionados

Mientras que la puntuación EPAS global de los agresores sexuales de menores había sido de 76,71 puntos (sobre 100) antes del tratamiento, tras su participación en el mismo es de 81,26 puntos (sobre 100). O sea, los sujetos muestran un avance promedio de 4,55 puntos tras la realización del tratamiento.

Por lo que se refiere a las nueve subescalas terapéuticas específicas que EPAS permite evaluar, en cinco de ellas los sujetos progresan significativamente. Nuevamente es la variable *Autoestima social* la que experimenta una menor mejoría (de 0,36 puntos sobre 10), mientras que el factor terapéutico que presenta un mayor logro es la disminución de los sentimientos de *Soledad y aislamiento* (con un progreso medio de 0,72 puntos sobre 10).

5. Conclusión

Gracias al trabajo técnico y aplicado de los servicios especializados de instituciones penitenciarias, durante los últimos años se ha dado un gran impulso tanto al desarrollo de programas de tratamiento penitenciario como a la evaluación de su eficacia. Un ámbito particularmente relevante de estas aplicaciones es el tratamiento de los encarcelados por delitos sexuales, que es el objeto central del análisis que aquí se presenta.

En 2005, con la finalidad de realizar una evaluación planificada y sistemática del Programa de control de la agresión sexual (PCAS), que se aplica en múltiples centros penitenciarios españoles, se desarrolló una escala específica denominada *Escala de Evaluación Psicológica de Agresores Sexuales* (EPAS; Redondo, Martínez y Pérez, 2005). La escala EPAS permite evaluar nueve déficits o factores de riesgo cuya reducción y mejora como resultado del tratamiento se asociaría, de acuerdo con la bibliografía especializada, a una mejora terapéutica y a una eventual disminución del riesgo de reincidencia delictiva de los agresores sexuales: *déficits y problemas en autoestima, asertividad, disposición al cambio terapéutico, distorsiones cognitivas, impulsividad, agresividad, ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas, soledad y aislamiento, y empatía*. También ofrece una puntuación global indicativa de la mejora terapéutica global que puedan haber experimentado los agresores sexuales que participan en un programa de tratamiento.

Hasta el momento la escala EPAS ha sido aplicada, en múltiples centros penitenciarios españoles, a un total de 795 encarcelados, incluyendo tanto agresores sexuales de mujeres adultas y de menores como también penados por otras tipologías delictivas. En esta primera evaluación amplia de la eficacia terapéutica del Programa de Control de la Agresión Sexual se han analizado las puntuaciones obtenidas en la escala EPAS por dos grupos de sujetos: un grupo de tratamiento de agresores sexuales de mujeres adultas y un grupo de tratamiento de agresores de menores.

Los resultados obtenidos en las pruebas de comparación de medias que se han realizado permiten concluir que el tratamiento aplicado con los delincuentes sexuales en las prisiones españolas muestra una eficacia terapéutica promedio, tanto para el caso de los agresores sexuales de mujeres adultas como para el de los agresores de menores.

Respecto a los agresores sexuales de mujeres adultas, la puntuación EPAS global después del tratamiento (81,14 puntos sobre 100) es significativamente más elevada que la obtenida por estos sujetos antes de la intervención (75,97 sobre 100). Además, el tratamiento fue también eficaz para mejorar su autoestima, asertividad, disposición al cambio terapéutico y empatía, y para reducir sus distorsiones cognitivas, impulsividad, agresividad, ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas y aislamiento social. A pesar de que las diferencias promedio entre las puntuaciones obtenidas por los sujetos antes y después del tratamiento son modestas, todas estas diferencias son estadísticamente significativas, lo que indica que las mejoras no son mero efecto accidental del azar sino probablemente resultado del tratamiento aplicado.

Por lo que se refiere al grupo de tratamiento de agresores de menores, su puntuación EPAS global tras la realización del tratamiento también es significativamente más elevada (81,26 sobre 100) que su valor EPAS pre-tratamiento (76,71 sobre 100). Además, la intervención también fue moderadamente eficaz en la mejora de su autoestima y su asertividad, y en la reducción de su impulsividad, agresividad y aislamiento social.

En síntesis, los resultados de esta evaluación inicial muestran que el tratamiento de los agresores sexuales encarcelados que actualmente se aplica en las prisiones españolas es susceptible de producir en ellos beneficios terapéuticos de magnitud moderada pero estadísticamente significativa. Tales beneficios terapéuticos –que puede ser evaluadas mediante la escala EPAS– reflejan en los sujetos cambios internos favorables: una mejora de su autoestima, capacidad asertiva, pensamiento y valores, y de su empatía con las víctimas; y una disminución de factores de riesgo como su impulsividad, agresividad, ansiedad y aislamiento social. Estos cambios personales favorables son una parte sustancial de las transformaciones que resultan imprescindibles para que los individuos que cometieron delitos sexuales en el pasado puedan rehacer su vida, consolidar hábitos prosociales y no cometer nuevos hechos criminales. No obstante, también debe recordarse aquí que, para que las mejoras personales promovidas mediante un tratamiento tengan la posibilidad de concretarse positivamente, se requieren asimismo ciertos cambios y ajustes favorables en los contextos sociales que más intensivamente influyen sobre los individuos. En particular, para promover la reinsertión social de los ex-delincuentes se requiere también que éstos puedan contar, cuando son liberados de prisión, con las debidas oportunidades laborales, vínculos afectivos, y apoyos y controles sociales que faciliten y consoliden su integración comunitaria y el abandono definitivo de su actividad delictiva pasada.

6. Referencias bibliográficas

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(5), 450–64. doi: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), 1–15. doi:10.1037/a0026346

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(2), 135–152. doi:10.1007/BF00851319

Agnew, R. (2014). Social concern and crime: moving beyond the assumption of simple self-interest. *Criminology*, 52(1), 1–32.

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(7), 735–755. doi: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. (2006). *The Juvenile Sex Offenders*. (H. E. Barbaree y W. L. Marshall, Eds.) (2nd ed., p. 396). New York: Guilford Press.

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., 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(1), 29–49. doi:10.1177/0306624X10387811

Brown, S. (2005). *Treating Sex Offenders*. Cullompton, Devon: Willan Publishing.

Craig, L. A., Browne, K. D., Beech, A., y Stringer, I. (2006). Psychosexual characteristics of sexual offenders and the relationship to sexual reconviction. *Psychology, Crime & Law*, 12(3), 231–243. doi:10.1080/10683160500151084

Day, A., Casey, S., Ward, T., Howells, K., y Vess, J. (2010). *Transitions to Better Lives: Offender Readiness and Rehabilitation* (p. 318). Cullompton, Devon: Willan Publishing.

Echeburúa, E., y Amor, P. J. (2010). Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Revista Española de Medicina Legal*, 36(3), 117–121. doi:10.1016/S0377-4732(10)70040-7

Echeburúa, E., y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 75–82. Retrieved from http://www.psicocoalicante.com/resources/image/secuelas_psiquicas_abuso_sexual_infantil.pdf

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

Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioural Psychology*, 19(2), 469–486.

Echeburúa, E., y Redondo, S. (2010). ¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?: *La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales* (p. 264). Madrid: Ediciones Pirámide.

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(9), 664–74. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.013

Garrido, V., y Beneyto, M. J. (1996). *El control de la agresión sexual. Un programa de tratamiento para delinquentes sexuales en prisión y en la comunidad*. Valencia: Ed. Cristobal 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*.

Garrido, V., Beneyto, M. J., Català, R., Aguilar, E., Bafagón, I., Sauri, L., y Navarro, J. C. (1998). *El tractament dels delinqüents sexuals: dues investigacions aplicades*. Barcelona.

Garrido, V., Gil, A., Forcadell, A., Martínez, R. M., y Vinuesa, R. M. (1998). *Joves agressors sexuals: avaluació, diagnòstic i tractament*. Barcelona.

Garrido, V., Redondo, S., Gil, A., Torres, G., Soler, C., y Beneyto, M. J. (1995). *Delinqüents sexuals en les presons*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Gunby, C., y Woodhams, J. (2010). Sexually deviant juveniles: comparisons between the offender and offence characteristics of "child abusers" and "peer abusers." *Psychology, Crime & Law*, 16(1-2), 47-64. doi:10.1080/10683160802621966

Hollin, C. R., y Palmer, E. J. (2009). Cognitive skills programmes for offenders. *Psychology, Crime & Law*, 15(2-3), 147-164. doi:10.1080/10683160802190871

Kemper, T. S., y Kistner, J. A. (2010). An evaluation of classification criteria for juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22(2), 172-90. doi:10.1177/1079063210366270

Lawson, J. S., Marshall, W. L., y McGrath, P. (1979). The Social Self-Esteem Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 39(4), 803-811. doi:10.1177/001316447903900413

Lopez-Castroman, J., Melhem, N., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... Oquendo, M. A. (2013). Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(2), 149-54. doi:10.1002/wps.20039

Mancini, C., Reckdenwald, A., y Beauregard, E. (2012). Pornographic Exposure Over The Life Course and the Severity of Sexual Offenses: Imitation and Cathartic Effects. *Journal of Criminal Justice*, 40(1), 21-30.

Marshall, W. L., Hamilton, K., y Fernandez, Y. (2001). Empathy deficits and cognitive distortions in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13(2), 123-30. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11294123>

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. (n.d.). *A Dynamic Risk-Factors-based Typology of Sex Offenders*. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*.

Ministerio del Interior. (2006a). *El control de la agresión sexual: Programa de Intervención en el medio penitenciario. Un programa de tratamiento para delinquentes sexuales en prisión (Cuaderno de prácticas)*. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.

Ministerio del Interior. (2006b). *El control de la agresión sexual: Programa de Intervención en el medio penitenciario. Un programa de tratamiento para delinquentes sexuales en prisión (Manual del terapeuta)*. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.

Ministerio del Interior. (2013). *Balance de Criminalidad*. Madrid.

Prentky, R., y Schwartz, B. (2006). *Treatment of adult sex offenders*. Harrisburg, PA. Retrieved from <http://www.vawnet.org>

Pritchard, C., y Bagley, C. (2000). Multi-criminal and violent groups among child sex offenders: a heuristic typology in a 2-year cohort of 374 men in two English counties. *Child Abuse & Neglect*, 24(4), 579-86. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10798846>

Rathus, S. A. (1973). A 30-Item Schedule for Assessing Assertive Behavior 1. *Behaviour Therapy*, 4, 398-406.

Redondo, S. (2008). *Manual para el tratamiento psicológico de los delinquentes* (p. 303). Madrid: Pirámide.

Redondo, S., y Martínez, M. (2012). *Delincuencia sexual y violenta*. Barcelona: UOC, Universitat Oberta de Catalunya.

Redondo, S., Navarro, J. C., Martínez, M., Luque, E., y Andrés-Pueyo, A. (2005). Evaluación del tratamiento psicológico de los agresores sexuales en la prisión de Brians. *Boletín Criminológico*, 79.

Rich, P. (2009). *Juveniles Who Commit Sexual Offenses: A Comprehensive Guide to Risk Evaluation*. Hoboken (N.J.): John Wiley & Sons.

Robertiello, G., y Terry, K. J. (2007). Can we profile sex offenders? A review of sex offender typologies. *Aggression and Violent Behavior*, 12(5), 508-518. doi:10.1016/j.avb.2007.02.010

Semiatin, J. N., Murphy, C. M., y Elliott, J. D. (2013). Observed behavior during group treatment for partner-violent men: Acceptance of responsibility

and promotion of change. *Psychology of Violence*, 3(2), 126–139. doi:10.1037/a0029846

Seto, M. C. (2008). *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention*. (p. 303). Washington DC: American Psychological Association Press.

Seto, M. C., y Fernandez, Y. M. (2011). Dynamic risk groups among adult male sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23(4), 494–507. doi:10.1177/1079063211403162

Sewall, L. A., Krupp, D. B., y Lalumière, M. L. (2013). A test of two typologies of sexual homicide. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25(1), 82–100. doi:10.1177/1079063212452617

Ward, T., Polaschek, D. L. L., y Beech, A. R. (2006). *Theories of Sexual Offending* (p. 390). England: John Wiley & Sons.

Whitaker, D. J., Le, B., Karl Hanson, R., Baker, C. K., McMahon, P. M., Ryan, G., ... Rice, D. D. (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: a review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 32(5), 529–48. doi:10.1016/j.chiabu.2007.08.005