

# REVISIÓN DE EFICACIA Y OPINIONES PROFESIONALES SOBRE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA AGRESORES SEXUALES

Trabajo realizado con la colaboración de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y la financiación del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Editado por Fiadys en Madrid.

Serie: Informes Fiadys.

#11

ISSN: 3020-2639

ISBN: 978-84-09-63934-2

**FIADYS**



## EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Carla Martínez Ventura  
Andrea Giménez-Salinas Framis  
Meritxell Pérez Ramírez  
Miguel Ángel Gil Rivero  
Denis Gil Vega  
Alicia Cabaleiro Domínguez

Nuestro más sincero agradecimiento a todo el equipo de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias sin cuyo apoyo y colaboración este trabajo no hubiese sido posible.

# ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	5
INTRODUCCIÓN	8
OBJETIVOS	10
1. PRIMERA PARTE	11
EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DIRIGIDOS A AGRESORES SEXUALES. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	11
1.1. METODOLOGÍA	11
1.1.1. Procedimiento	12
1.1.2. Criterios de inclusión y exclusión	13
1.1.3. Selección de los artículos	
1.2. RESULTADOS	14
1.2.1. Modelos de intervención. Las bases de los programas de tratamiento	17
1.2.2. Programas de tratamiento. Estructura, módulos y contenido	21
1.2.3. Eficacia de los programas de tratamiento. Cambio terapéutico y tasas de reincidencia	26
1.2.4. Factores que influyen en la eficacia de los programas de tratamiento	30
1.2.5. Ejemplo de buenas prácticas: modelo inglés	33
2. SEGUNDA PARTE	36
MEJORES PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LA INTERVENCIÓN DE AGRESORES SEXUALES	
2.1. METODOLOGÍA	36
2.1.1. Metodología empleada en los grupos focales	36
2.1.2. Metodología empleada en la encuesta	38
2.2. RESULTADOS	41
2.2.1. Experiencia global de los profesionales. Aspectos positivos y negativos	41
2.2.2. Contenido y recursos del programa de tratamiento. Adecuación y propuestas	48
2.2.3. Aspectos metodológicos y organizativos	53
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	58

# RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio tiene como objetivo principal revisar la eficacia de los programas de tratamiento que reciben los agresores sexuales. Para ello, se propone una metodología mixta. En la primera parte, se realiza una revisión de la literatura, nacional e internacional, sobre la organización y eficacia de los programas de tratamiento en dos contextos de ejecución distintos: medio cerrado y medio abierto o comunitario. Por otro lado, la segunda parte incluye la recopilación de las mejores prácticas y mejoras de contenido por parte de profesionales con experiencia en la aplicación de los programas de tratamiento en España

La primera parte de este estudio es revisión bibliográfica de la literatura que incluye 38 artículos que cumplen los criterios de inclusión siguientes:

- Artículos con fecha de publicación sea a partir del 2005 hasta el 2023.
- Artículos redactados en inglés o en castellano.
- Que la muestra estudiada incluyera a hombres adultos que hubieran cometido un delito de carácter sexual y hubieran sido condenados por dicha conducta.
- Que la muestra analizada hubiera recibido algún tipo de intervención mediante un programa de tratamiento y que dichos programas hubieran sido evaluados en referencia a su eficacia.

Los resultados de esta revisión muestran que:

- Los modelos teóricos de intervención dentro y fuera de prisión más eficaces son: el modelo de Riesgos Necesidades y Responsividad (RNR), el modelo de buenas vidas, el modelo de autorregulación y el modelo psicobiosocial.
- Los factores asociados al agresor que influyen negativamente en la eficacia del programa son: 1) el diagnóstico de psicopatía, trastorno de la personalidad antisocial y/o presencia de parafilias, 2) los agresores de edad avanzada y 3) la valoración del riesgo de reincidencia alto.
- Los factores asociados al programa de tratamiento que favorecen su eficacia son: 1) las intervenciones basadas en la corriente psicológica cognitivo-conductual, 2) la participación voluntaria, 3) la modalidad grupal y 4) el estilo directivo llevado a cabo durante las sesiones.

- La reincidencia sexual entre los agresores que no han recibido el programa de tratamiento en prisión se encuentra entre el 6 y el 19%.
- La reincidencia sexual entre los agresores que reciben el programa de tratamiento en prisión se encuentra entre el 4 y el 10%.
- Los programas de tratamiento recibidos en la comunidad muestran mejores tasas de reducción de la reincidencia que los programas de tratamiento realizados en prisión.
- En relación con el cambio terapéutico tras recibir el programa de tratamiento: 1) los agresores sexuales muestran mejoras en todos los aspectos evaluados, 2) las variables psicológicas que muestran menos cambios son los rasgos psicopáticos y actitudes antisociales y 3) solo el cambio terapéutico no predicen la reducción de la reincidencia

La segunda parte del estudio explora las mejores prácticas profesionales en la intervención de agresores sexuales.

- Se llevaron a cabo dos sesiones de grupos focales en las que participaron un total de 11 profesionales con experiencia en la aplicación de programas de tratamiento.
- Se realizó una encuesta en la que se obtuvo 45 respuestas de diferentes profesionales.

La información recogida por los profesionales revela que:

- El programa de tratamiento es considerado un recurso completo y adecuado.
- La complejidad del contenido, la estructura de los módulos y la larga duración del programa han sido identificados como aspectos negativos de la intervención.
- El perfil de las personas que componen los grupos de tratamiento es heterogéneo.
- Las diferencias percibidas en el perfil de los agresores en función de la edad de la víctima son: 1) la honestidad, siendo los abusadores de menores más sinceros con el reconocimiento del delito; 2) el estigma, siendo los abusadores de menores más estigmatizados que los agresores de víctimas adultas; y 3) la hostilidad y agresividad, siendo los agresores de víctimas adultas los que presentan más actitudes más hostiles.
- Las diferencias percibidas en el perfil de los agresores en función del cumplimiento de la condena son: 1) la honestidad, siendo los agresores que están en tercer grado penitenciario los que más admiten el delito; y 2) la adherencia al programa, siendo los agresores que cumplen condena en prisión los más cumplidores con respecto a la asistencia y la realización de las tareas.
- La valoración general del contenido del programa es adecuada.

- Los módulos de conciencia emocional, mecanismos de defensa, empatía con la víctima y prevención de recaídas son los mejor valorados.
- Los módulos de educación sexual y modificación del impulso sexual son los que peores valoraciones obtienen.
- Los profesionales proponen añadir contenido que aborde los siguientes temas: 1) el impacto de la agresión en la víctima, 2) aspectos de salud mental como abuso de sustancias o conductas autolíticas y 3) la victimización sufrida durante la infancia y la adolescencia del agresor.
- Los profesionales opinan que la eficacia del programa de tratamiento se vería beneficiada empleándose una metodología basada en las necesidades del grupo, fundamentada en: 1) una estructura más flexible, 2) realización de sesiones individuales y 3) adaptación del tiempo de intervención.

# INTRODUCCIÓN

Los delitos contra la libertad sexual generan grandes consecuencias sobre las víctimas, así como una gran alarma social, mediática y política. Se consideran delitos contra la libertad sexual todos aquellos actos en los que se cometan agresiones o abusos sexuales contra personas desconocidas, conocidas, familiares y contra niños, niñas y adolescentes (Andrés Pueyo et al., 2020). También se incluyen los delitos de exhibicionismo, provocación sexual, aquellos delitos relativos a la prostitución y corrupción de menores. Aunque existe una gran preocupación social, este tipo de delitos cuentan con una elevada cifra negra, es decir, que se desconoce la cifra real de agresiones cometidas pues la mayoría de ellas no llegan a conocimiento de la policía (Redondo y Garrido, 2013). Aun así, entre 2016 y 2021, se ha producido en España un incremento del 56,9% en las denuncias por delitos sexuales registradas ante la policía, de 10.844 denuncias en 2016 se ha pasado a 17.016 en 2021 (Portal Estadístico de Criminalidad, Ministerio del Interior).

En las últimas décadas, se han publicado numerosos estudios analizando las diferencias en el perfil de los agresores sexuales con la finalidad de ajustar la intervención a las necesidades de esta población reclusa y, de esta forma, poder reducir la reincidencia delictiva. Existen múltiples y diferentes formas de intervenir con agresores sexuales, aunque la intervención más extendida es el tratamiento psicológico. Tanto en prisiones como en la comunidad, se atiende a estos agresores aplicando programas de tratamiento cuyo objetivo es prevenir que los agresores vuelvan a cometer un delito contra la libertad sexual trabajando en aquellos factores que aumentan la probabilidad de reincidir. Estos factores son conocidos como factores de riesgo y estos, a su vez, pueden ser estáticos o dinámicos (Andrés Pueyo y Redondo Illescas, 2007; Andrews y Bonta, 2003). Por un lado, los factores de riesgo estáticos son aquellos hechos que no pueden modificarse, como por ejemplo eventos traumáticos vividos durante la infancia o el delito cometido. Por otro lado, los factores de riesgo dinámicos son aquellos que son susceptibles a cambiar si se hace una correcta intervención y son esos factores sobre los que se trabaja en los programas de tratamiento.

La eficacia de los programas de tratamiento dirigidos a agresores sexuales es una cuestión debatida actualmente entre la comunidad científica. Existe una amplia literatura que demuestra que los programas de tratamiento reducen la reincidencia sexual (Hanson et al., 2009; Lösel y Schmucker, 2005; Schmucker y Lösel, 2008). Aunque hay algunos estudios, por el contrario, que concluyen que los programas de tratamiento no son eficaces o no muestran diferencias estadísticamente significativas en las tasas de reincidencia entre el grupo experimental y el grupo control (Mews, Di Bella y Purver, 2017; Pérez y Jennings, 2012).

En las prisiones españolas se aplica el Programa de Control de la Agresión Sexual (de ahora en adelante PCAS) desde hace más de 25 años (Garrido y Beneyto, 1996, 1997). Este programa es el único que se aplica en todo el país y su última revisión se realizó hace casi 20 años (Redondo, Martínez y Pérez, 2005). Durante todo este tiempo el conocimiento en el ámbito de la delincuencia sexual ha avanzado sustancialmente. Se han investigado nuevos modelos teóricos de intervención específica para esta población delincente, se ha avanzado en el conocimiento del perfil de los agresores sexuales y los factores asociados a la reincidencia sexual para ofrecer una intervención eficaz.

Este estudio persigue mejorar la protección de las víctimas de violencia sexual mediante la revisión de la eficacia de los programas de tratamiento y los factores que pueden influir en ella. De esta forma, se pueden diseñar nuevas formas de intervención para progresivamente reducir las tasas de reincidencia. Para ello este estudio busca revisar la literatura en torno a la intervención con delincentes sexuales y también recabar la experiencia de los profesionales que llevan años de experiencia desarrollando estos programas en el ámbito penitenciario.

# OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es revisar la eficacia de los programas de tratamiento dirigidos a agresores sexuales tanto en prisión como en la comunidad a nivel nacional e internacional. Para ello, se proponen los siguientes objetivos específicos:

- Revisar la literatura, nacional e internacional, sobre la organización y eficacia de los programas de tratamiento dirigidos a agresores sexuales.
- Analizar programas de tratamiento en diferentes contextos de ejecución (en prisión/medio cerrado y en medidas penales alternativas/medio abierto o comunitario)
- Identificar a través de encuesta y sesiones de trabajo con profesionales que participan en el desarrollo de los programas las mejores prácticas, mejoras de contenido y su desarrollo para aumentar la implicación de los usuarios y la efectividad de los programas de tratamiento para agresores sexuales.
- Proponer ideas de mejora, así como recomendaciones aplicables a los programas actuales para una mejor prevención de la reincidencia y fortalecimiento la decisión de desistimiento y compromiso de los usuarios.

# 1. PRIMERA PARTE

## EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DIRIGIDOS A AGRESORES SEXUALES. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A continuación, se presentan los resultados extraídos de la revisión de 38 artículos sobre la eficacia en la intervención con agresores sexuales. Los resultados se exponen en cinco grandes bloques: en primer lugar, se exponen los modelos teóricos de intervención sobre los que se basan los programas de tratamiento. En segundo lugar, se resume la estructura y los contenidos de los programas de tratamiento, incidiendo en las similitudes y diferencias entre países. En tercer lugar, se exponen los resultados obtenidos sobre la eficacia de los programas de tratamiento. En cuarto lugar, se mencionan los factores que pueden afectar a la eficacia de los programas de tratamiento y, por último, se presenta el modelo de intervención más actual como ejemplo de buenas prácticas.

### 1.1. METODOLOGÍA

Para la realización de esta revisión de la literatura sobre la delincuencia sexual y la eficacia de la intervención con agresores sexuales y con la finalidad de garantizar la estandarización de la selección de la información, se ha tomado de referencia algunos criterios de evaluación y el análisis PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) (Page et al. 2021).

Para obtener los artículos e informes a analizar, se han consultado distintas bases de datos como PubMed, PsycInfo, SAGE Journals y Science Direct. Otras fuentes consultadas han sido publicaciones e informes gubernamentales públicos a través de página web oficiales, y el contacto directo con autores encontrados en las bases de datos, pero sin acceso al documento completo.

#### 1.1.1. Procedimiento

Para iniciar la búsqueda de artículos en las bases de datos se utilizó la opción de búsqueda avanzada para: a) acotar la fecha de las publicaciones, reduciéndolas desde el 2005 (último año de revisión del PCAS) y 2023; b) incluir investigaciones tanto nacionales como internacionales escritas en inglés o castellano. Del mismo modo, se han utilizado órdenes con descriptores "AND" y "OR" para incluir los conceptos de interés para esta investigación.

Esta investigación se centra en la revisión de la eficacia en las intervenciones aplicadas a hombres agresores sexuales en diferentes contextos de ejecución. Para ello, se ha estructurado la búsqueda de artículos en tres grupos de interés. El primer grupo objetivo hace referencia al tipo de agresor sexual. En este aspecto, esta investigación se ha centrado en agresores varones cuyas víctimas sean mayores y/o menores de edad. Se han usado descriptores como: sex offender, child molester o child abuser. Por otro lado, el segundo concepto de interés es la intervención con agresores sexuales en los diferentes contextos de ejecución. Así pues, la literatura lo ha descrito como: prisión-based treatment programme, community intervention, probation treatment, reentry programme. El tercer y último concepto y en el que se centra toda esta investigación es la eficacia de la intervención. Para proceder a la búsqueda se han incluido aquellos elementos que en la literatura actual se afirma que influyen en el correcto desarrollo de la intervención, como son: el cambio terapéutico, la reincidencia delictiva, la motivación y preparación al tratamiento, la negación del delito y el alcance o compromiso con la intervención.

Así pues, se han empleado diferentes descriptores, así como diferentes combinaciones entre ellos. Finalmente, la investigación se llevó a cabo mediante los siguientes descriptores o palabras clave: ("sex offender OR child abuser OR child molester OR sexual violence" AND "prison-based treatment program OR correctional program OR probation OR reentry program OR community intervention" AND "effectiveness OR therapeutic change OR recidivism OR engagement OR motivation OR denial OR readiness")

### 1.1.2. Criterios de inclusión y exclusión

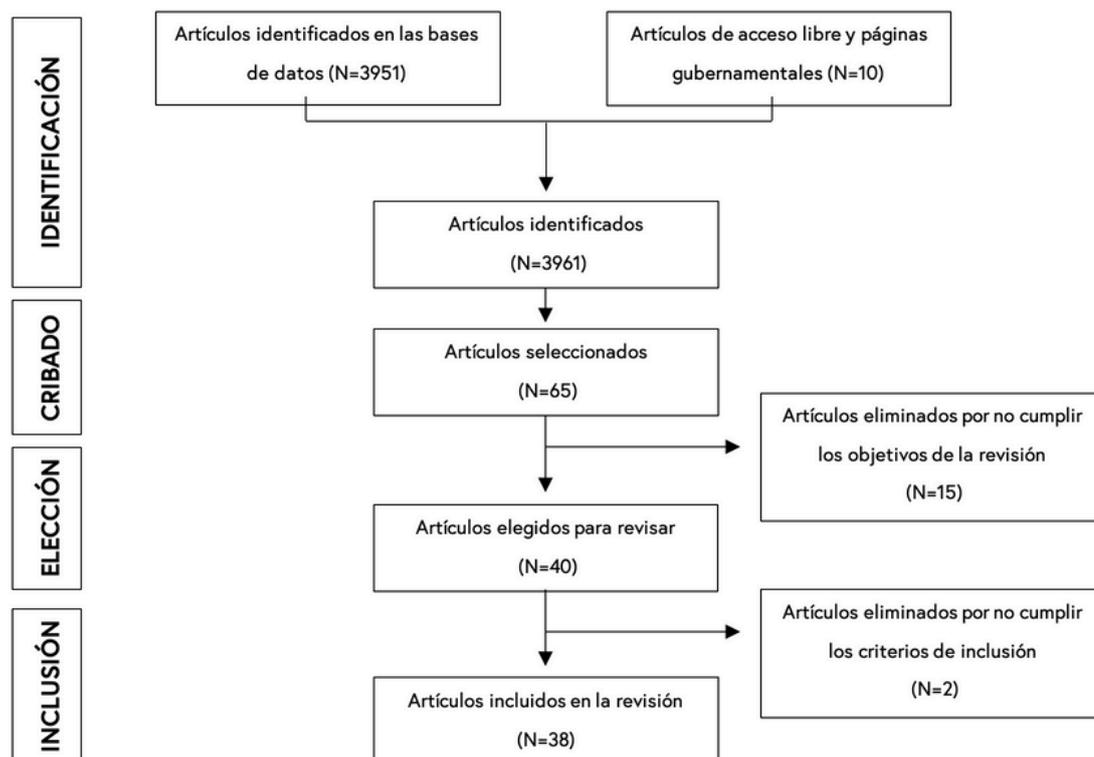
Los artículos publicados han sido incluidos en este estudio siguiendo los criterios de inclusión siguientes: (a) artículos publicados desde 2005 a la actualidad, (b) artículos redactados en inglés o castellano, (c) muestra de hombres adultos que hubieran cometido un delito de carácter sexual y hubieran sido condenados por dicha conducta, (d) que la muestra analizada hubiera recibido algún tipo de intervención mediante un programa de tratamiento y que dichos programas hubieran sido evaluados en referencia a su eficacia.

Por otro lado, se han excluido aquellos artículos donde (a) la muestra se compusiera exclusivamente por agresores con diagnóstico de algún tipo de enfermedad mental o trastorno de la personalidad, (b) aquellos artículos donde las intervenciones con los usuarios estuvieran dirigidas a personas condenadas por tenencia y distribución de material de explotación sexual infantil, (c) que el contexto de intervención evaluado en los artículos no fuera equiparable al contexto penitenciario español y d) los artículos que evaluaran un caso único.

### 1.1.3. Selección de los artículos

En una primera búsqueda se incluyeron los descriptores previamente explicados en diferentes combinaciones en las bases de datos. Así, se identificaron 3.951 artículos. Posteriormente, se añadieron 10 artículos encontrados en plataformas de libre acceso y páginas web gubernamentales, representando un total de 3.961. Tras la lectura de los títulos, se seleccionaron 65 artículos para leer. Una vez leídos, solo 40 se ajustaban a los objetivos de la revisión. Por último, se eliminaron dos artículos por no cumplir los criterios de inclusión. Finalmente, en esta revisión se han incluido 38 artículos en los que se aborda la eficacia de los programas de tratamiento para agresores sexuales. La Ilustración 1 refleja de forma gráfica los pasos que se han seguido hasta seleccionar los artículos incluidos en esta revisión.

Ilustración 1. Diagrama de flujo de la revisión bibliográfica



## 1.2. RESULTADOS

Finalmente se han incluido 38 artículos en los que se han estudiado los objetivos de esta investigación centrada en la eficacia de los programas de tratamiento en agresores sexuales. Según la literatura, la eficacia de un programa de tratamiento se evalúa en función de la reincidencia (sexual y delictiva no sexual) y/o el cambio terapéutico evaluado antes y después de la intervención. Así pues, los resultados de esta revisión se han estructurado siguiendo el mismo esquema. En primer lugar, se hace un breve resumen de los modelos teóricos de intervención que guían el buen desarrollo del programa. Posteriormente, se revisan los factores que, tanto respecto a los agresores sexuales como los relacionados con el tratamiento, que pueden influir en la eficacia del tratamiento. En tercer lugar, se describe la estructura de los programas de tratamiento aplicados en prisión, de los programas de mantenimiento y de los programas aplicados en comunidad. En cuarto lugar, se muestra la revisión de los estudios relacionados con la eficacia de los programas de tratamiento, medida a través de la reincidencia y del cambio terapéutico. Finalmente, se describen los modelos más actuales sobre intervención con agresores sexuales en forma de mejores prácticas.

En la Tabla 1 se muestra un resumen del contenido analizado de los artículos.

Tabla 1. Tabla resumen del contenido analizado de los artículos incluidos en la revisión

Referencia	Diseño de la investigación	Contexto de ejecución	Evaluación de la eficacia		
			Tasa de reincidencia	Cambio terapéutico	Otros factores
Andrews y Bonta, 1990, 2006, 2023	Revisión bibliográfica	Medio cerrado	No	No	Modelo teórico
Brunner <i>et al.</i> , 2019	Estudio experimental	Medio cerrado	Sí	Sí	Abandono, problemas de salud mental y valoración del riesgo de reincidencia
Clarke, Brown y Völlm, 2017	Revisión sistemática	Medio abierto	Sí	Sí	Programas de tratamiento en la comunidad
Doren y Yates, 2008	Estudio experimental	Medio cerrado	Sí	Sí	Problemas de salud menta
Franke <i>et al.</i> , 2021	Estudio experimental	Medio abierto	Sí	No	Valoración del riesgo de reincidencia
Gannon <i>et al.</i> , 2019	Metaanálisis	Medio cerrado	Sí	Sí	No
Grady, Edwards y Pettus-Davis, 2015	Estudio experimental	Medio cerrado	Si	No	No
Hanson, Lee y Thornton, 2022	Estudio experimental	Medio cerrado	Sí	No	No
Hanson <i>et al.</i> , 2009	Metaanálisis	Medio cerrado	Sí	No	No
Harkins <i>et al.</i> , 2015	Estudio experimental	Medio cerrado	Sí	No	Negación del delito
Harrison <i>et al.</i> , 2020	Metaanálisis	Medio cerrado	Sí	No	No
Herrero, 2007	Revisión	Medio cerrado	No	No	Papel del profesional
Kingston, Yates y Olver, 2013	Revisión bibliográfica	Ambos	No	No	Modelo teórico
Levenson, 2011	Revisión sistemática	Medio cerrado	Sí	No	Negación del delito, compromiso con el tratamiento y rol del profesional

Lösel <i>et al.</i> , 2020	Estudio experimental	Medio cerrado	Sí	No	No
Mann y Carter, 2012	Revisión bibliográfica	Ambos	No	No	Modelo teórico
McKillop <i>et al.</i> , 2022	Estudio experimental	Ambos	Sí	No	No
Mews, Di Bella y Purver, 2017	Estudio experimental	Medio cerrado	Sí	No	No
Mingus y Burchfield, 2012	Estudio experimental	Medio abierto	Sí	No	Etiquetamiento
Mpofu, Athanasou y Belshaw, 2018	Revisión sistemática	Medio cerrado	Sí	No	No
Nguyen <i>et al.</i> , 2014	Estudio experimental	Medio abierto	Sí	Sí	No
Nguyen <i>et al.</i> , 2018	Estudio experimental	Medio abierto	Sí	Sí	No
Oliveira y Marins, 2023	Revisión sistemática	Medio cerrado	Sí	Sí	No
Olver <i>et al.</i> , 2014	Estudio experimental	Medio cerrado	Sí	Sí	No
Pérez Ramirez <i>et al.</i> , 2023	Estudio experimental	Medio abierto	Sí	Sí	No
Prolux, 2020	Revisión bibliográfica	Medio cerrado	Sí	Sí	Modelo teórico
Redondo y Mangot, 2017	Revisión bibliográfica	Ambos	Sí	Sí	No
Schmucker y Lösel, 2017	Revisión sistemática	Medio cerrado	Sí	No	No
Subramonian y Severn, 2020	Revisión sistemática	Ambos	Sí	No	No
Swoden y Olver, 2017	Estudio experimental	Medio cerrado	Sí	Sí	Motivación al cambio
Tyler, Gannon y Olver, 2021	Metaanálisis	Medio cerrado	Sí	Sí	Orientación, contenido, personal y entorno en el que se imparte el programa
Walton <i>et al.</i> , 2017	Revisión bibliográfica	Ambos	No	No	Modelo teórico
Ward y Brown, 2004	Revisión bibliográfica	Ambos	No	No	Modelo teórico
William y Burchfield, 2012	Estudio experimental	Medio cerrado	Sí	No	Negación del delito y etiquetamiento
Woessner y Schwedler, 2014	Estudio experimental	Medio cerrado	Sí	No	Abandono
Yates, 2009	Revisión sistemática	Medio cerrado	Sí	No	Negación del delito

### 1.2.1. Modelos de intervención. Las bases de los programas de tratamiento

Los modelos de intervención son enfoques teóricos que guían y determinan los objetivos de los programas de tratamiento dirigidos a agresores sexuales (y a cualquier otro tipo de delincuentes). Este apartado resume, de forma breve, los modelos de intervención referenciados en los artículos incluidos en esta revisión.

#### *Modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad (RNR)*

El modelo de Riesgo-Necesidad-Responsividad de Andrews y Bonta (1990) es uno de los modelos más influyentes para garantizar una intervención efectiva con la población penitenciaria y reducir la reincidencia delictiva. Actualmente, este modelo se aplica en numerosos programas de tratamiento en centros penitenciarios de todo el mundo, siendo la fundamentación teórica de múltiples programas que se llevan a cabo en medio cerrado o en la comunidad.

El modelo propuesto por Andrews y Bonta (2006) se basa en la teoría del aprendizaje social de la conducta criminal. Esta teoría considera la delincuencia como un comportamiento que se aprende como otro cualquiera. Y, de la misma forma que en la infancia aprendemos y adoptamos conductas a partir de la observación e imitación de las conductas ajenas, las conductas antisociales pueden aprenderse a partir de los mismos mecanismos. Así, igual que un sujeto aprende y normaliza sus actitudes y comportamientos antisociales a través de un proceso de aprendizaje a lo largo de su vida, también se le puede reeducar interviniendo en aquellos factores que favorecen estas conductas o pensamientos antisociales que aumentan las probabilidades de repetir las conductas antisociales (factores de riesgo).

El modelo RNR pone el foco en la reducción del riesgo de reincidencia basándose en tres principios fundamentales:

- **Riesgo.** En la intervención con delincuentes, es importante conocer qué y cuántos factores de riesgo posee el sujeto. El principio del riesgo sugiere que, a mayor nivel de riesgo, también mayor debe de ser el nivel de servicios y tratamiento que debe recibir el individuo. Es decir, aquellos individuos que tengan un mayor número de factores de riesgo deben recibir una intervención más intensa.
- **Necesidad.** No todos los delincuentes tienen los mismos factores de riesgo ni las mismas necesidades. El principio de necesidad requiere atender a las necesidades criminógenas individuales de los sujetos. Por tanto, se debe intervenir específicamente en aquellos factores individuales que favorezcan una nueva comisión del delito.

- Responsividad. Cada persona tiene capacidades de aprendizaje y motivaciones distintas, por lo que la intervención con delincuentes tiene que adaptarse a las habilidades personales de los individuos.

Desde su implementación en 1990, la investigación científica sobre este modelo ha proporcionado resultados para la mejora y actualización del modelo. Actualmente, en su última versión (Bonta y Andrews, 2023) se incluyen 15 principios para una intervención eficaz, divididos en tres bloques. El primero es el principio de respeto por la persona con la que se interviene, por el que se deben aplicar intervenciones basadas en teorías psicológicas sustentadas por la investigación científica. El segundo bloque incluye los principios relacionados con claves terapéuticas que coinciden con los tres principios mencionados anteriormente (riesgo, necesidad y responsividad) además del principio de amplitud (abordar tantas necesidades criminógenas como se presenten en el caso), evaluación de las fortalezas del individuo, empleo de una estructura organizada de intervención y la discreción profesional. El tercer bloque incide en aspectos organizativos de la intervención, e incluye principios de implicación de la comunidad y formación del personal que aplica el programa.

#### *Modelo de Buenas Vidas (Good Lives Model)*

El modelo de Buenas Vidas o Good Lives Model (GLM), desarrollado en la última década por Ward y Brown (2004), nació como respuesta a las limitaciones advertidas en el modelo RNR. El modelo GLM, a diferencia del modelo RNR, pone el foco en la reducción de la reincidencia a partir de la mejora de la calidad de vida de los sujetos en lugar de en la reducción de los factores de riesgo. Para ello, se centra en potenciar las fortalezas del individuo.

Ward y Brown (2004) parten de la premisa que el delito se origina como un intento desadaptado de satisfacer una necesidad o, como ellos denominan, "bien primario". Estos bienes pueden ser: la satisfacción laboral, la autonomía, el placer, la intimidad en las relaciones, etc. Así, el objetivo de este modelo consiste en que los individuos puedan satisfacer estos mismos bienes, pero de forma socialmente adaptada. Para ello, se lleva a cabo una intervención personalizada basada en ocho pasos:

1. Identificación. Se busca esclarecer qué bienes primarios quiere alcanzar la persona.
2. Análisis. Consiste en valorar la manera en la que el agresor ha intentado alcanzar esos objetivos de manera inadecuada, identificando las deficiencias en esta gestión.
3. Desarrollo de un plan prosocial. En este punto de la intervención, el terapeuta y el penado trabajan conjuntamente para plantear metas y objetivos que permitan alcanzar esos bienes primarios de forma prosocial.
4. Enfoque en las fortalezas. Se busca potenciar habilidades y recursos que la persona ya posee para alcanzar los objetivos establecidos

5. Intervención terapéutica. Se ofrecen recursos psicológicos personalizados a las necesidades de cada agresor.
6. Asunción de responsabilidad. Se trabaja para crear conciencia en el penado del impacto del delito en los demás para que, de esta forma, entienda las consecuencias de sus actos.
7. Apoyo social. Se proporciona una red de apoyo en la comunidad para ayudar a la reinserción del agresor de una forma segura.
8. Seguimiento. Se monitorea a la persona en todo su proceso de reinserción y se reajusta la intervención en caso de que fuera necesario.

En los últimos años, este modelo ha ganado popularidad entre los profesionales, sobre todo en medio abierto.

### *Modelo de autorregulación*

Hasta ahora se han expuesto dos modelos de intervención que son adecuados para el global de la población penitenciaria, independiente del delito cometido. En cambio, el modelo de autorregulación (Kingston, Yates y Olver, 2013) plantea un modelo de intervención específico para personas condenadas por algún tipo de delito contra la libertad sexual.

A diferencia de los dos modelos anteriores, el modelo de autorregulación se basa en la teoría de la regulación emocional de Baumeister y Heatherton (1996). Esta teoría presupone que las personas son capaces de gestionar y reprimir emociones o conductas impulsivas. Por lo cual, el objetivo de este modelo es reducir la reincidencia sexual analizando la forma en la que un agresor sexual gestiona sus motivaciones para cometer o para evitar el delito. Este modelo propone 4 vías de autorregulación desadaptativas que pueden conducir a los delincuentes sexuales a la comisión de un delito:

- Evitativa-pasiva. Se evita cometer la agresión sexual negando o ignorando las emociones ligadas al deseo de cometer el delito.
- Evitativa-activa. Se suprimen las emociones a cometer el delito de forma poco efectiva como, por ejemplo, mediante consumo de sustancias.
- Aproximación automática. Se comete la agresión sexual con acciones impulsivas y nada racionalizadas debido al nulo control de las fantasías sexuales.
- Acercamiento explícito. Se planifica cometer la agresión sexual de forma premeditada.

La intervención se modula en función del tipo de gestión de las emociones hacia la agresión que ofrezca cada individuo. Una vez identificada la vía de autorregulación desadaptativa, se trabaja con el agresor para modificarla.

A pesar de ser reciente, este modelo se considera un gran avance en el campo de la intervención y puede ser complementario a los modelos previamente explicados.

## Modelo psicobiosocial

El modelo psicobiosocial de Mann y Carter (2012) ofrece una intervención más específica hacia los agresores sexuales que el modelo RNR y "Good Lives Model", atendiendo a los factores de riesgo dinámicos más asociados a la reincidencia sexual. Este modelo, identifica cuatro factores de riesgo dinámicos: las desviaciones sexuales, las actitudes antisociales, las habilidades sociales y la regulación emocional. Según Mann y Carter (2012) y Walton y colaboradores (2017), dichos factores tienen una fundamentación biológica, psicológica y social. La Tabla 2, expone un resumen explicativo de las implicaciones de estos cuatro factores.

Tabla 2. Implicaciones biológicas, psicológicas y sociales en cuatro factores de riesgo de la reincidencia sexual

	Implicación biológica	Implicación psicológica	Implicación social
<b>Desviación sexual</b>	Lóbulo frontal	Condicionamiento masturbatorio Apego inseguro Sexo como estrategia de afrontamiento	Hipersexualización
<b>Actitudes antisociales</b>	Áreas de aprendizaje emocional	Bajo nivel intelectual Familia desestructurada Hostilidad masculina	Hombre dominante Uso de la violencia
<b>Habilidades sociales</b>	Sistema límbico Amígdala	Problemas de apego	Influencia del entorno Compañías antisociales
<b>Regulación emocional</b>	Daños cerebrales	Estilos de crianza Exposición a estímulos estresores	Aislamiento Consumo abusivo de alcohol

En primer lugar, las desviaciones sexuales son adquiridas durante el desarrollo del individuo debido a una predisposición neurológica. En este sentido, las desviaciones sexuales, sobre todo la atracción hacia menores, pueden estar explicadas por disfunciones en el lóbulo frontal del cerebro. Este lóbulo incluye áreas específicas encargadas del control de la conducta. Se ha encontrado que los hombres que se ven atraídos por menores de edad sufren una disfunción en estas áreas cerebrales, provocando que su comportamiento sexual se encuentre desinhibido.

A nivel psicológico, se exponen diversos factores que condicionan la aparición de las desviaciones sexuales como el condicionamiento masturbatorio, que refuerza la conducta sexual desviada, el apego inseguro o el uso del sexo como estrategia de afrontamiento ante un estímulo estresante. Por último, las influencias sociales que promueven la aparición de distorsiones cognitivas como la pedofilia se reflejan en la hipersexualización de los menores en la cultura occidental.

En segundo lugar, las actitudes antisociales son promovidas por correlatos biológicos que causan creencias desadaptativas. En este sentido, haber tenido problemas al formarse las áreas encargadas del aprendizaje emocional puede explicar la aparición de actitudes antisociales. A nivel psicológico, los estudios proponen factores como el bajo nivel intelectual, proceder de una familia desestructurada y la hostilidad masculina hacia las mujeres como promotores del desarrollo de actitudes antisociales. A nivel social, la influencia de la cultura, la percepción del hombre como un ser dominante y el uso de la violencia como estrategia de resolución de problemas han sido explorados como facilitadores de actitudes antisociales.

En tercer lugar, con respecto a las habilidades sociales, los autores mencionan investigaciones que proponen algunas aproximaciones biológicas que explican las dificultades de relacionarse como una hipoactivación en el sistema límbico cerebral, encargado de la respuesta emocional o una sobreactivación de la amígdala, provocando una sensación de amenaza permanente. A nivel psicológico, los problemas de apego a edades tempranas son los condicionantes más mencionados en la literatura. La influencia del entorno como el vecindario y modelos de referencia como el núcleo familiar, el vecinario, los entornos escolares o las compañías antisociales perjudican la adquisición de habilidades prosociales.

Por último, en cuanto a la regulación emocional, la literatura apunta a daños en zonas cerebrales encargadas del control emocional como la orbitofrontal, parte del córtex prefrontal. A nivel psicológico, la crianza de los padres o exposición a estímulos estresores en un tiempo prolongado son factores que pueden influenciar en un mal control de las emociones. Finalmente, a nivel social, el aislamiento o el consumo abusivo de alcohol pueden afectar a un buen control emocional.

### 1.2.2. Programas de tratamiento. Estructura, módulos y contenido

Este apartado resume las diferencias y similitudes en la estructura y el contenido de los programas de tratamiento en medio cerrado que se desarrollan tanto en España como en el contexto internacional.

## *Estructura y características de los programas de tratamiento en prisión*

En España, en 1996 se propuso el primer programa de intervención para agresores sexuales en medio cerrado que se denominó Programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS) (Garrido y Beneyto, 1996, 1997). Este programa se desarrolló tras el análisis del perfil de los internos que cumplían condena por delitos contra la libertad sexual, identificando las principales características psicológicas y factores de riesgo. El objetivo principal del programa era poder reducir las tasas de reincidencia delictiva interviniendo principalmente en las distorsiones cognitivas y los mecanismos de defensa que hubieran podido promover la comisión del delito. A su vez, dotaba al interno de habilidades emocionales, recursos para prevenir una futura recaída y mejorar sus hábitos y rutinas para promover un estilo de vida positivo.

El programa PCAS está estructurado en 11 módulos en los que se trabaja de forma secuencial diferentes contenidos. Tiene una duración variable, en función del riesgo que presenta el grupo. La versión corta plantea una intervención de seis meses, mientras que la intervención completa está pensada para dos años. La participación en el programa es voluntaria y de modalidad grupal, aunque plantea sesiones individuales con el/la psicólogo/a del centro para profundizar en algunos aspectos, si es que así se requiere. Actualmente, en España se aplican dos programas para agresores sexuales adultos en prisión: el PCAS, que se aplica en casi toda la totalidad del territorio, y el programa SAC, una versión adaptada del PCAS que se aplica exclusivamente en las prisiones catalanas. También en España, desde el año 2023 se lleva a cabo una iniciativa dirigida a los agresores sexuales con discapacidad intelectual. Este recurso pretende, al igual que el PCAS, reducir la reincidencia delictiva específicamente en la población agresora que tiene discapacidad intelectual, ofreciendo contenidos adaptados a las características de esta población. Este programa, por ahora, solo se aplica en unos 20 centros penitenciarios españoles.

En el contexto internacional revisado, la estructura de implementación difiere de la española en algunos aspectos. En primer lugar, existen diferencias en la homogeneidad de la intervención. Como se ha explicado anteriormente, en España se aplica un único programa de tratamiento en prisión en todo el territorio, el PCAS. En cambio, países como Estados Unidos aplican programas de tratamiento distintos en cada uno de los Estados. Debido a la división territorial del país, cada Estado oferta distintos recursos, tanto en medio abierto como medio cerrado. En el estudio de McGrath y colaboradores (2010) se identificaron más de 400 tipos de programas de tratamiento distintos destinados a hombres agresores sexuales adultos. Canadá también presenta distintos programas de tratamiento en función del territorio y específicos para la población aborígen que tiene connotaciones diferentes (Olver y Wong, 2013).

Siguiendo con la homogeneidad de la intervención, en España se aplica el mismo programa tanto para aquellos internos con una valoración del riesgo de reincidencia alto como para los internos de riesgo bajo. Esto ocurre también en algunos Estados de EE. UU., como Texas, donde el mismo programa ofrece diferentes versiones en función del riesgo que presenta el grupo. En cambio, otros países como Canadá o Reino Unido ofrecen programas distintos en función de la valoración del riesgo de reincidencia y cada formato tiene una versión para internos con discapacidad intelectual. En estos países, la intervención para los internos con un riesgo de reincidencia alto es más intensa y larga, mientras que los programas dirigidos a internos con un riesgo de reincidencia bajo son más cortos.

En segundo lugar, se advierten diferencias en la voluntariedad de la participación. En España, la participación en el programa de tratamiento para agresores en prisión es de carácter voluntario, a menos que un juez obligue al agresor a realizar el programa en la comunidad como suspensión o sustitución de la pena de prisión en determinados casos. En Alemania, sin embargo, los agresores sexuales que cumplen una pena de prisión tienen la obligación de participar en el programa de tratamiento (Woessner y Schwedler, 2014). De hecho, el programa no solo es de obligado cumplimiento, sino que se realiza en instalaciones a parte de la prisión y, en el caso de no cumplir con los objetivos del programa, el agresor es derivado a un centro penitenciario ordinario.

En tercer y último lugar, otra de las diferencias percibidas es la metodología con la que se implementa el programa. El programa PCAS se estructura en distintos módulos en los que se trabajan diferentes temáticas. Estos módulos, se estructuran a través de sesiones de implementación fija, pues el programa en su versión original está diseñado para una duración de 18 meses. En el caso de otros programas, como es el Sexual Offender Counseling Treatment Program (SOCTP) aplicado en algunos Estados de EE. UU., la estructura del programa de tratamiento se divide en etapas y su implementación es secuencial. La diferencia de estos programas es que, hasta que el grupo no haya alcanzado los objetivos de la etapa en la que se está trabajando, no se pasa a la siguiente. Esto, a su vez, hace variar la duración del programa ya que depende de las características, necesidades y avances del grupo.

#### *Módulos y contenido de los programas de tratamiento en prisión*

Canadá es el país pionero en la intervención con agresores sexuales pues lleva aplicando programas de tratamiento en este tipo de delincuentes desde 1994. La influencia de su experiencia en el resto de los países, incluido España, es notoria y se refleja en la similitud del contenido con el modelo canadiense.

Para poder garantizar una intervención eficaz, los distintos programas de tratamiento trabajan sobre características que pueden propiciar la comisión de una nueva agresión y que son susceptibles de modificación. Es decir, se trabaja sobre los factores de riesgo dinámicos como, por ejemplo, justificaciones o razonamientos sobre la agresión cometida (distorsiones cognitivas) o falta de habilidades sociales. En términos generales, los programas revisados incluyen los siguientes contenidos: 1) exploración de la historia vital del individuo para identificar factores de riesgo, 2) detección de las distorsiones cognitivas del sujeto, 3) gestión y mecanismos de defensa frente a estas distorsiones y 4) modificación del impulso y aprendizaje de habilidades sociales. Este contenido se explica y trabaja a partir de los diferentes módulos que se organizan y dividen en distintas formas e intensidad. Aunque se trabajen contenidos similares, el número de módulos en los que se divide será distinto dependiendo del programa revisado.

Existen programas que ofrecen módulos distintos a los que se ofrecen en nuestro país. Un ejemplo es en el caso del Reino Unido, en el que el programa incluye un módulo inicial de cohesión grupal, en el que se trabaja a partir de dinámicas grupales que favorezcan la confianza entre los miembros que conforman el grupo. Otro ejemplo es el programa nacional canadiense, que ofrece un módulo de motivación. Este módulo está destinado a aquellos internos que rehúsan recibir el tratamiento, abandonan el programa una vez iniciado o presentan dificultades para seguir el ritmo del grupo. Un equipo especializado llamado "equipo de mantenimiento" ofrece una atención individualizada a los internos. Por un lado, con los sujetos que rechazan el tratamiento o lo abandonan, se trabaja la importancia de la intervención y la promoción de la motivación al cambio para motivar su reincorporación al programa. Por otro lado, para aquellos individuos que presentan necesidades educativas especiales o son analfabetos, se ofrece apoyo educativo y otros recursos de aprendizaje, así como sesiones y tiempo extra para que sigan el ritmo del grupo.

#### *Programas de mantenimiento*

Los programas de mantenimiento son un recurso ofertado por algunos sistemas penitenciarios que se aplican cuando ya se ha finalizado el programa de tratamiento. El objetivo de dichos programas es ofrecer mayor apoyo a los agresores para mejorar y fortalecer las habilidades adquiridas durante el transcurso del programa de tratamiento, pues estas pueden ser complejas y resultar difícil de integrar en el día a día una vez el programa inicial ya ha finalizado. Es por ello que diversos sistemas penitenciarios, como es el caso de Reino Unido y Canadá, incluyen este recurso.

En el caso de Reino Unido, el programa de mantenimiento se ofrece en medio abierto y cerrado. Todos aquellos agresores que han finalizado el programa de tratamiento pueden participar en dicho programa de mantenimiento. Aun así, el personal técnico, con el apoyo de recursos de evaluación psicológica, decide qué agresores pueden necesitar más este recurso. De la misma forma actúa el sistema canadiense. La diferencia del modelo canadiense con el de Reino Unido es que solo los agresores con una valoración del riesgo reincidencia alta o moderada participan en los programas de mantenimiento.

### *Programas de tratamiento en la comunidad*

Los programas desarrollados en comunidad tienen dos versiones. Por un lado, se encuentran aquellos programas cuyo objetivo es la prevención de la delincuencia sexual, antes que el agresor cometa un delito. Por otro lado, se encuentran los programas que sirven para intervenir con los agresores que ya han sido condenados a una medida penal alternativa a la prisión o que se encuentren en situación de tercer grado o se les ha aplicado el artículo 100.2 del Reglamento Penitenciario.

En España se disponen de dos programas o recursos de tratamiento. Por un lado, con el fin de prevenir un abuso a menores, se ha desarrollado la plataforma PrevenSI (2019). Este recurso ofrece servicios de prevención como información específica, atención y derivación a recursos especializados a personas con preferencias sexuales hacia menores, atención para familiares y víctimas de abuso sexual infantil y formación a los profesionales que trabajan con niños, niñas y adolescentes. Además, ofrece servicios de detección de malos tratos y abuso sexual infantil, proporcionando información y consultoría. Por otro lado, en el año 2011, se inició el proyecto Círculos de Apoyo y Responsabilidad en Cataluña (CerclesCat) (Nguyen et al., 2018). Este programa tiene como objetivo cubrir las necesidades de apoyo de agresores con una valoración del riesgo de reincidencia alta una vez termina su condena en prisión para favorecer su reinserción a la comunidad y, de esta forma, reducir las probabilidades de reincidencia. Se fundamenta en la experiencia del programa canadiense Circles of Support and Accountability (CoSA, 1995) y se ha trasladado a diversos países de Europa a través del proyecto europeo Circles 4EU. El programa cuenta con un grupo de personas voluntarias formadas específicamente, supervisados y asesorados por profesionales, para acompañar a los agresores, denominados miembros centrales. Los voluntarios y los miembros centrales se reúnen periódicamente para valorar los progresos e identificar las dificultades durante los primeros meses de la puesta en libertad del agresor. Esta información, junto con la compartida por los profesionales encargados de aplicar el programa de tratamiento en prisión y otros servicios comunitarios, permite detectar situaciones de riesgo, brindar apoyo y ayuda.

Desde el año 2021, este proyecto se aplica en la Comunidad de Madrid y, desde el año 2023, en la Comunidad Valenciana con el nombre de Círculos España (Pérez-Ramírez et al., 2023). También, existen entidades externas que ofrecen programas de tratamiento para aquellos agresores cuya pena de prisión es inferior a dos años y se encuentran en situación de suspensión de condena. Los programas de tratamiento en estos casos son parecidos al programa PCAS pero la intervención es menos intensa y más corta, de 10 meses de duración aproximadamente.

En el contexto internacional, encontramos programas similares a los mencionados anteriormente. Por un lado, En Reino Unido, Holanda y otros países europeos se ha desarrollado la iniciativa "Stop It Now" (2002), un recurso de asistencia para prevenir y detectar situaciones de abuso sexual infantil cuyos servicios ofertados son parecidos a los mencionados en PrevenSI. En Alemania, se ha desarrollado otro programa con el fin de asistir a aquellas personas con intereses sexuales hacia menores denominado "Dunkelfeld Project" (2005). Este proyecto se diferencia del resto de recursos mencionados en que, además de proporcionar información y asistencia, realiza intervención terapéutica mediante un programa de tratamiento llamado Berlin Dissexuality Therapy. Las personas que han recibido dicho programa muestran mayores niveles de autorregulación y logran disminuir el interés por la comisión del delito (Beier et al., 2011). Por otro lado, el proyecto Circles 4EU se lleva a cabo en Reino Unido, Irlanda, Italia, Suecia, Bélgica, Alemania y Países Bajos. Existen también otros programas de que fomentan la reinserción social basados en las en promover hábitos y rutinas saludables y fomentar las actitudes prosociales.

### 1.2.3. Eficacia de los programas. Cambio terapéutico y tasa de reincidencia

La eficacia de los programas de tratamiento dirigidos a agresores sexuales puede evaluarse a través de dos procedimientos: por un lado, el análisis del cambio terapéutico a través de la comparación de las puntuaciones obtenidas en diferentes escalas y cuestionarios psicológicos a principio y al final del programa de tratamiento y/o, por otro lado, explorando las diferencias en las tasas de reincidencia entre un grupo experimental (agresores que han recibido el programa de tratamiento) y un grupo control (agresores que no han recibido el programa de tratamiento).

En esta revisión, la evaluación de la eficacia mediante el cambio terapéutico se ha explorado en cinco artículos (Grady, Eddwards y Pettrus-Willis, 2017; Lösel et al., 2020; Oliveira y Marins, 2023; Olver et al., 2014; Woessner, 2014); y el análisis de las tasas de reincidencia, en diez artículos (Franke et al., 2021; Grady, Eddwards y Pettrus-Willis, 2017; Hanson, 2009; Harrison et al., 2020; McKilop et al., 2022; Mpofu et al., 2008; Redondo y Margot, 2017; Schmucker y Lösel, 2017; Subramoian y Sevren, 2020; Tyler, Gannon y Olver, 2021).

#### *Eficacia medida mediante el cambio terapéutico*

Los programas de tratamiento contemplan la intervención en factores de riesgo para producir cambios personales en los agresores sexuales y, de esta forma, garantizar la reinserción de estos. Para evaluar si el programa de tratamiento ha resultado eficaz entre los agresores que han finalizado el programa, se mide el cambio en las variables psicológicas y factores de riesgo que el programa quiere mejorar.

En esta revisión se han incluido artículos que han evaluado variables como el bienestar emocional, la ansiedad, la depresión, la psicopatía y el neuroticismo (Grady, Eddwards y Pettrus-Willis, 2017; Oliveira y Marins, 2023; Woessner, 2014), el autocontrol, las actitudes prosociales y antisociales y distorsiones cognitivas (Grady, Eddwards y Pettrus-Willis, 2017; Oliveira y Marins, 2023; Olver et al., 2014), la empatía con la víctima (Olver et al., 2014; Woessner, 2014) y las habilidades sociales (Oliveira y Marins, 2023). También se han evaluado los cambios en los factores de riesgo dinámicos a partir de escalas de valoración del riesgo (Oliveira y Marins, 2023).

En términos generales, los resultados de los artículos muestran que los agresores que finalizan el programa de tratamiento mejoran en las características evaluadas. La Tabla 3 recoge en resumen algunas de las variables psicológicas exploradas en los artículos.

Tabla 3. Puntuaciones de las variables psicológicas exploradas en agresores sexuales tratados

Variables psicológicas	Inicio del programa	Final del programa
	M (DT)	M (DT)
Actitudes antisociales	2,2 (1,7)	1,4 (1,5)
Ansiedad	43,8 (10,6)	37,7 (9,0)
Neuroticismo	21,1 (8,9)	19,8 (7,9)
Autocontrol	53,7 (11,1)	53,5 (11,3)
Agresividad	5,3 (3,4)	4,7 (3,5)
Distorsiones cognitivas (agresión)	58,6 (15,8)	49,0 (13,4)
Distorsiones cognitivas (abuso)	61,5 (17,8)	51,8 (13,5)
Empatía	313,3 (64,5)	331,4 (56,9)
Valoración del riesgo de reincidencia	2,8 (2,1)	2,4 (2,3)
Reconocimiento del delito	25,8 (6,5)	28,7 (4,6)

Las variables psicológicas que muestran menos cambios son los rasgos las actitudes antisociales y el autocontrol. Según Woessner y Schwedler (2014), esto es debido a que la mayoría de los agresores sexuales que acceden a recibir los programas de tratamiento ya puntúan bajo en esas escalas. También se observan pocos cambios en la valoración del riesgo de reincidencia debido al uso de escalas que trabajan con factores de riesgo estáticos que no pueden modificarse a través del tratamiento (por ejemplo la existencia de antecedentes violentos previos al delito).

Los resultados de los artículos demuestran que los programa de tratamiento funciona para producir cambios personales en los agresores sexuales. Aunque se han encontrado indicios favorables, ninguno de los artículos que exploran el cambio terapéutico han podido concluir que este hecho reduzca la reincidencia sexual. (Grady, Eddwards y Pettrus-Willis, 2017; Oliveira y Marins, 2023; Olver et al., 2014; Woessner, 2014).

#### *Eficacia medida mediante la tasa de reincidencia*

La reincidencia delictiva en los delitos contra la libertad sexual se sitúa alrededor del 20% en los agresores no tratados (Redondo y Margot, 2017), considerándose una tasa de reincidencia baja en comparación con otras tipologías delictivas. De hecho, los agresores sexuales suelen reincidir, con más frecuencia, en la comisión de otro tipo de delito (reincidencia general) antes que reincidir en otro delito de violencia sexual (Franke et al., 2021).

Los programas de tratamiento aplicados en medio cerrado han demostrado ser eficaces en su objetivo de reducir la reincidencia en delitos de carácter sexual (Franke et al., 2021; Gannon et al., 2019; Hanson, 2009; Harrison et al., 2020; Mpofu et al., 2008; Redondo y Margot, 2017; Schmucker y Lösel, 2017; Tyler, Gannon y Olver, 2021). La tasa de reincidencia en un delito de carácter sexual de los agresores que han recibido tratamiento se encuentra alrededor del 10%, mientras que la reincidencia en aquellos agresores que no han recibido tratamiento se sitúa sobre el 17%. En ninguno de los estudios analizados se encontró una tasa de reincidencia superior en el grupo de agresores que sí habían recibido tratamiento comparativamente a quienes no lo habían recibido. La Tabla 4 ofrece un resumen detallado de los resultados de algunos de los artículos incluidos en esta revisión.

Tabla 4. Tasa de agresores que reinciden cometiendo un nuevo delito contra la libertad sexual

	Reincidencia en delincuencia sexual	
	Agresores que reciben tratamiento	Agresores que no reciben tratamiento
Franke et al. (2021)	4,6%	6,0%
Gannon et al. (2019)	9,5%	14,1%
Hanson et al. (2009)	10,9%	19,2%
Harrison et al. (2020)	11,2%	13,2%
Mpofu (2018)	10,2%	17,7%
Redondo y Margot (2017)	11%	17%
Schmucker y Lösel (2015)	10,1%	13,7%
Tyler, Gannon y Olver (2021)	11,1%	17,5%

Además, los programas de tratamiento aplicados en prisión no solo reducen la reincidencia delictiva, sino que favorecen la latencia de reincidencia o tiempo que se tarda en producirse una nueva reincidencia. Es decir, aquellos agresores que han recibido el programa de tratamiento y reinciden, tardan más en cometer el siguiente delito. Redondo y Margot (2017) explican en su estudio que la latencia de reincidencia sexual entre los agresores que han recibido tratamiento decrece a partir del sexto año de puesta en libertad y, a partir del doceavo año, las probabilidades de reincidir se extinguen. En cambio, entre los agresores que no recibieron tratamiento, la probabilidad de volver a reincidir no disminuye hasta el noveno año y esa probabilidad no desaparece con el tiempo. Por lo que respecta a los programas de tratamiento recibidos en medio abierto, éstos han mostrado mejores resultados en la reducción de la reincidencia que los programas de tratamiento recibidos en prisión (McKilop et al., 2022; Subramoian y Sevren, 2020), logrando proporcionar hábitos prosociales, establecer rutinas y mejorar la reinserción en la vida laboral (Clarke, Brown y Völm, 2017; Nguyen et al., 2014).

Subramoian y Sevren (2020) demuestran que los programas aplicados en la comunidad reducen la reincidencia sexual en un 17% mientras que los programas aplicados en prisión solo en un 10%. Así pues, el trabajo realizado en los programas de tratamiento en medio abierto resulta más eficaz entre los agresores que aquellos programas que se realizan en prisión. McKilop et al. (2022) muestran que la latencia de reincidencia sexual es mayor en los programas aplicados en medio abierto en comparación con los programas de tratamiento en prisión ya que los agresores que reciben un programa de tratamiento en la comunidad tardan más en reincidir que aquellos que solo reciben programa de tratamiento en prisión. Concretamente, los agresores reincidentes que participan en un programa de tratamiento en medio abierto delinquen alrededor de los seis años después de salir de prisión mientras que los agresores que no han participado en ningún programa de tratamiento o solo han hecho el programa de tratamiento en prisión que reinciden a los cuatro años.

A pesar de estos buenos resultados, en cuatro de los artículos incluidos no se han encontrado diferencias en las tasas de reincidencia entre los agresores sexuales tratados y no tratados, por lo que la eficacia de los programas de tratamiento no se ha demostrado de forma concluyente (Grady Eddwards y Pettrus-Willis, 2017; Lösel et al., 2020; Oliveira y Marins, 2023; Woessner, 2014).

#### 1.2.4. Factores que influyen en la eficacia de los programas de tratamiento

Como se ha mencionado previamente los programas de tratamiento han resultado ser eficaces, en términos generales, para reducir las tasas de reincidencia sexual. Pese a ello, existen una serie de factores ajenos a la estructura del programa de tratamiento que pueden influir en la eficacia del programa. A continuación, mostramos dichos factores divididos en dos bloques: factores de riesgo asociados al agresor y factores asociados a la intervención.

##### *Factores de riesgo asociados al agresor*

Los estudios analizados exploran varios tipos de factores de riesgo en referencia a la eficacia de los programas de tratamiento que tienen que ver con el agresor: los problemas de salud mental, la edad del agresor, la edad de la víctima agredida, la motivación al cambio y la valoración del riesgo de reincidencia.

- Salud mental. El diagnóstico de psicopatía, el trastorno de la personalidad antisocial o la presencia de parafilias son reconocidos como una limitación en la influencia del programa de tratamiento (Doren y Yates, 2008; Tyler, Gannon y Olver, 2021; Woessner y Schwedler, 2014). Doren y Yates (2008) revelan que el programa de tratamiento no es eficaz entre los agresores con diagnóstico de psicopatía. Este grupo de agresores resultan ser menos permeables a la intervención, mostrando pocos o nulos cambios terapéuticos y, a su vez, son el tipo de agresores que más reinciden. Por otro lado, Woessner y Schwedler (2014) llegaron a conclusiones similares entre los agresores que presentan patrones antisociales de la personalidad. Los agresores con características antisociales de la muestra presentan una ligera evolución durante el programa de tratamiento, pero no se logra reducir de forma significativa las tasas de reincidencia en ese grupo. Por último, el metaanálisis de Tyler, Gannon y Olver (2021) manifiesta que los agresores sexuales que presentan parafilias son más impermeables al programa de tratamiento. Por ello, recomiendan incluir en los programas una intervención específica para esta conducta sexual desviada con el fin de aumentar la eficacia del programa.
- Edad del agresor. El programa de tratamiento resulta más eficaz en los agresores sexuales más jóvenes (Tyler, Gannon y Olver, 2021). Éstos muestran mayores cambios terapéuticos en comparación a los agresores sexuales más mayores.
- Edad de la víctima. Los agresores sexuales que han abusado de un menor presentan menores tasas de reincidencia en comparación con los agresores que han cometido otro tipo de delitos de carácter sexual (Tyler, Gannon y Olver, 2021). Paradójicamente, los agresores sexuales cuya víctima es mayor de edad presentan cambios terapéuticos más positivos que los abusadores de menores, pese a que la reincidencia sexual sea mayor que en el primer grupo mencionado.
- Compromiso con el programa: negación del delito y miedo al etiquetamiento. El bajo compromiso con el programa, es decir, ser reticente a participar en el programa de tratamiento o mostrar actitudes negativas hacia el programa (Brunner et al., 2019; Swoden y Olver, 2017; Woessner y Schwedler, 2014) se relaciona con escasa o nula evolución del agresor tras el cumplimiento de la pena. Swoden y Olver (2017) apuntan que los agresores sexuales con mayores niveles educativos, mayor experiencia laboral y que son padres de familia muestran mayores niveles de compromiso con el tratamiento, están más motivados a participar el programa de tratamiento y logran finalizarlo de forma exitosa. En cambio, los agresores con mayores puntuaciones en escalas de valoración del riesgo de reincidencia son los que menos motivación presentan para participar en el programa (Hanson, Lee y Thornton, 2022; Tyler, Gannon y Olver, 2021).

Woessner y Schwedler (2014) y Brunner y colaboradores (2019) añaden que los agresores que no están comprometidos con el programa de tratamiento son el grupo predominante en abandonarlo y, a su vez, los que presentan mayores tasas de reincidencia.

Otros factores relacionados con el bajo compromiso con el programa son la negación del delito y el miedo al etiquetamiento (Harkins et al., 2015; Levenson, 2011; William y Burchfield, 2012; Yates, 2009). Negar el delito se ha relacionado con oponer más resistencias y menor apertura durante las sesiones del programa y menor compromiso con el programa (Levenson, 2011). Según Levenson (2011), muchos de los agresores sexuales que niegan el delito lo hacen porque temen ser etiquetados y discriminados. Según William y Burchfield (2012) el 94% de los agresores sexuales piensan que serán estigmatizados si la gente les identifica como tal y debido a ello evitan realizar los programas de tratamiento específicos dirigidos a agresores sexuales.

#### *Factores asociados a la intervención*

En este apartado se revisan los factores asociados al programa de tratamiento que pueden afectar a su eficacia.

- Corriente psicológica de la intervención y modelo teórico de intervención. La terapia cognitivo-conductual es la corriente psicológica que mejores resultados ofrece para la intervención con agresores sexuales (Grady, Eddwards y Pettrus-Willis, 2017; Hanson et al., 2009; Mpofu et al., 2018; Oliveira y Marins, 2023; Tyler, Gannon y Olver, 2021) en comparación con otro tipo de corrientes. Dentro de esta corriente psicológica, las intervenciones que se ajustan al modelo de intervención A)RNR resultan más eficaces (Hanson et al., 2009; Harrison et al., 2020; Tyler, Gannon y Olver, 2021).
- Participación en el programa de tratamiento. Aquellas intervenciones cuya participación es voluntaria resultan ser más eficaces que aquellas que son de carácter obligatorio ya que el cambio terapéutico es menor y las tasas de abandono más altas (Woessner y Schwedler, 2014)
- Modalidad de intervención empleada en el programa de tratamiento. No existe consenso entre la comunidad científica sobre qué modalidad (grupal o individual) resulta más eficaz, pero sí algunos autores se inclinan por la modalidad grupal como algo más eficaz. Por ejemplo, Mpofu y colaboradores (2018) sí que consideran a que la terapia grupal aumenta la eficacia de la intervención. Por otro lado, Tyler, Gannon y Olver (2021) no concluyen que la modalidad grupal sea más eficaz que la individual, pero si observan un mayor nivel de eficacia cuando las intervenciones grupales están compuestas por pocos miembros.

- Papel del terapeuta. Varios estudios describen características de los profesionales que influyen en la eficacia de los programas de tratamiento:
  - Formación específica para los profesionales. Los estudios manifiestan la necesidad de formar a los profesionales que aplican el programa de tratamiento (Herrero, 2007).
  - El estilo directivo ha sido descrito como la forma más eficaz de llevar a cabo el programa de tratamiento (Herrero, 2007). Para garantizar una buena intervención, el terapeuta debe apostar por un estilo de intervención directivo, donde los participantes puedan exponer sus inquietudes y dudas durante el transcurso de las sesiones sin perder de vista el objetivo del programa.
  - Seguimiento y apoyo de los profesionales que aplican el programa. Garantizar el bienestar del equipo de tratamiento evita el desgaste y proporciona apoyo ante situaciones difíciles y dudas (Gannon, 2019; Herrero, 2007; Tyler, Gannon y Olver, 2021).
  - Motivación del grupo. Aquellas intervenciones en las que el terapeuta motiva seguir con el programa de tratamiento, fomentan el compromiso y lo mantiene resultan más eficaces (Levenson, 2011).

#### 1.2.4. Ejemplo de buenas prácticas: modelo inglés

Este apartado resume el modelo de intervención de agresores sexuales en medio cerrado que presenta Reino Unido. Primero, se describe la información en dos subapartados. Por un lado, se describe el punto de inflexión que inició la revisión de los programas en las prisiones de Reino Unido y Gales. Luego, se resume de forma breve la propuesta del modelo de intervención inglés.

Reino Unido es el país que ofrece la intervención para agresores sexuales en prisión más actualizada a raíz de la revisión realizada en 2015 por el equipo de Mews, Di Bella y Purver (2017), de la cual su misión era evaluar la eficacia del programa de tratamiento principal que ofrecía el gobierno inglés. A continuación, se exponen los resultados de esta revisión.

### *Antecedentes y promotores del cambio*

El equipo de investigación de Mews llevó a cabo una investigación experimental en la que participaron dos grupos de agresores sexuales que cumplían condena en las cárceles de Reino Unido y Gales. El grupo experimental estaba compuesto por más de 2.000 internos que recibieron el programa de tratamiento SOTP entre los años 2002 y 2012. Mientras el grupo control estaba compuesto por más de 13.000 agresores sexuales que no habían recibido ningún programa de tratamiento. Después de un seguimiento de más de ocho años de los participantes en el estudio, los resultados fueron los siguientes:

- No hubo diferencias en la reincidencia sexual entre el grupo experimental y el grupo control. De hecho, el 10% de los agresores que recibieron tratamiento reincidieron durante el periodo de seguimiento, mientras que, del grupo control reincidió el 8%.
- La reincidencia de aquellos que han cometido delito de tenencia, producción y distribución de material de explotación sexual infantil fue superior en el grupo experimental (4,4%) que en el grupo control (2,9%).
- La reincidencia delictiva no sexual disminuyó en aquellos agresores que habían cometido también delitos muy violentos, como homicidios o lesiones graves.

Como conclusión, la evaluación demostró que el programa de tratamiento no solo no resultaba eficaz, sino que incluso podría tener un efecto negativo en aquellos que lo recibían. Estos resultados tan negativos motivaron que, años más tarde, Lösel y colaboradores (2020) replicaran el estudio en centros penitenciarios de Alemania llegando a resultados muy parecidos. Aunque aquellos agresores sexuales que recibieron tratamiento sí redujeron sus tasas de reincidencia delictiva general, en cambio, no hubo diferencias en las tasas de reincidencia sexual entre el grupo experimental y el grupo control.

### *Cambio del modelo de intervención en el sistema inglés*

A consecuencia de los resultados de la investigación de Mews y colaboradores (2017), el Servicio de Prisiones inglés (Her Majesty's Prison and Probation Service, HMPPS) decidió sustituir el programa de tratamiento para agresores sexuales.

Actualmente, el modelo de intervención inglés más reciente y actualizado (Proulx, 2020) se compone de doce programas, basados en el modelo psicobiosocial y clasificados en dos tipos de programa según su objetivo: los programas de tratamiento (siete programas) y los programas de mantenimiento (cinco programas).



Los programas de tratamiento persiguen una intervención psicológica con los agresores sexuales. A su vez, estos programas están clasificados según el riesgo de reincidencia, ofreciendo un programa específico para agresores de riesgo moderado y otro para los agresores de alto riesgo. Cada programa de tratamiento, además, tiene una adaptación para agresores que presentan discapacidad intelectual. Los programas de mantenimiento, en cambio, repasan y consolidan los aprendizajes adquiridos en el programa de tratamiento. Estos programas no solo se desarrollan en medio cerrado, sino que también se ofrece para suspensiones de condena o libertad vigilada.

Otra particularidad del modelo de intervención inglés es que ofrece un programa específico dedicado a las parafilias. Este programa es independiente a los programas de tratamiento y de mantenimiento y en él solo participan aquellos agresores que cuyo interés sexual desviado o una parafilia ha motivado la comisión del delito.

## 2. SEGUNDA PARTE

### MEJORES PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LA INTERVENCIÓN DE AGRESORES SEXUALES

En esta segunda parte, se presentan los resultados relativos al cuarto objetivo de la investigación: conocer la experiencia de los profesionales que trabajan con el programa de intervención PCAS. Para ello, se presenta la información recogida en dos sesiones de grupo focal con profesionales encargados de la aplicación del programa en prisiones y en medio abierto. Asimismo, se muestran las respuestas a una encuesta dirigida a terapeutas que intervienen con agresores sexuales en centros penitenciarios.

#### 2.1. METODOLOGÍA

Para conseguir los objetivos descritos, se ha recabado la opinión de profesionales que tienen una amplia experiencia en la intervención con agresores sexuales en el ámbito penitenciario a partir de dos metodologías distintas: dos reuniones de grupos focales y una encuesta. A continuación, se describen ambas metodologías.

##### 2.1.1. Metodología empleada en los grupos focales

###### *Muestra*

Se ha contado con la participación de 11 profesionales encargados de aplicar el programa PCAS, tanto en medio cerrado como en medio abierto. La mayoría de los participantes aplican el programa en asociaciones y entidades del tercer sector que colaboran con Instituciones Penitenciarias en medio abierto. Además, tres de los profesionales tienen experiencia en la aplicación del programa PCAS en prisión.

La participación de los profesionales se dividió en dos sesiones de cuatro y siete participantes cada una para garantizar una mejor dinamización y participación de los diferentes asistentes. La primera sesión de grupo focal, realizada el 24 de octubre del 2023 y moderada por el presidente de la Asociación H-Amikeco, ha contado con la participación de cuatro profesionales de dicha asociación que aplican el programa para agresores sexuales en medio abierto:

- Profesional 1. Psicóloga de la Asociación H-Amikeco.
- Profesional 2. Psicóloga de la Asociación H-Amikeco.
- Profesional 3. Psicóloga de la Asociación H-Amikeco.
- Profesional 4. Psicóloga de la Asociación H-Amikeco.

La segunda sesión del Grupo Focal, realizada el 25 de octubre del 2023 y moderada por el presidente de la Asociación H-Amikeco, ha contado con la participación de siete profesionales dedicados a la intervención con agresores sexuales en diferentes contextos de ejecución:

- Profesional 5. Psicóloga forense e Investigadora del Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV) de la Universidad de Barcelona.
- Profesional 6. Psicóloga de la Asociación H-Amikeco
- Profesional 7. Psicóloga de la Asociación H-Amikeco
- Profesional 8. Presidenta de la asociación CUPIF
- Profesional 9. Psicólogo de la ONG Psicólogos sin fronteras.
- Profesional 10. Psicólogo de la ONG Psicólogos sin fronteras
- Profesional 11. Psicóloga en el proyecto Círculos España.

#### *Procedimiento*

Se contactó con los diferentes profesionales a través del correo electrónico dónde se les exponía el objetivo de la investigación y la oportunidad de participar en ella. Una vez obtenida su confirmación, se les hizo llegar el consentimiento informado para garantizar su participación.

Los grupos focales se realizaron mediante reuniones telemáticas usando la plataforma Teams. Dicha plataforma permite la grabación y transcripción automática de la reunión, lo que permite extraer información de forma rigurosa y literal de las diferentes intervenciones. Al finalizar cada reunión, tanto la grabación como la transcripción fueron publicadas en la plataforma digital de forma privada para que el equipo de investigación para poder proceder al análisis.

Cada reunión ha contado con un moderador encargado de guiar las intervenciones de los participantes siguiendo un guion estructurado en cuatro puntos de interés, los cuales se exponen en el siguiente apartado. Las cuestiones se formulaban a través de preguntas abiertas para fomentar el discurso libre de los/las profesionales.

### Análisis de la información

El análisis cualitativo de los grupos focales se ha desarrollado mediante la técnica de análisis de contenido. Los resultados del análisis se presentan siguiendo el orden de las preguntas planteadas y los temas principales que surgieron en el debate.

El guion propuesto para llevar a cabo el grupo focal se estructuraba según tres preguntas abiertas que facilitaban el discurso libre de los profesionales. Las preguntas planteadas fueron:

1. Valoración global de la experiencia de los profesionales en el desarrollo de los programas de tratamiento de agresores sexuales.
2. Adecuación de los contenidos a los objetivos del programa.
3. Aspectos organizativos y metodológicos que son positivos o que serían mejorables.

### 2.1.2. Metodología empleada en las encuestas

#### Muestra

La encuesta administrada recoge las respuestas de 45 profesionales encargados de aplicar el programa PCAS en distintos centros penitenciarios, Centros de Inserción Social (CIS) o entidades externas. Tal como muestra la Tabla 5, el 84,4% de los profesionales aplican el programa de tratamiento en centros penitenciarios, un 13,3% de los profesionales aplica el programa en un CIS y el 2,3% restante, realiza la intervención en una entidad externa.

Tabla 5. Lugar donde se aplica el programa de tratamiento

Aplicación del programa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Centro penitenciario	38	84,4
CIS	6	13,3
Entidad externa	1	2,3
TOTAL	45	100

En la Ilustración 2 se representa el número de profesionales que han contestado a la encuesta según la provincia en la que trabajan. Los profesionales que han participado en esta encuesta trabajan, principalmente, en la Comunidad de Madrid, Galicia y Andalucía. La distribución de la localización de los profesionales se puede ver con más detalle en la figura a continuación.



- Bajas en la intervención. Explora los motivos de abandono o expulsión de los participantes que no finalizan el programa de tratamiento, así como el número de sujetos que rechazan participar en el programa.
- Adecuación de los contenidos del programa de intervención. Se pide una valoración de la satisfacción global del programa, de la capacidad de los internos para interiorizar los contenidos del programa y la utilidad de estos contenidos en la reinserción de los agresores sexuales. Asimismo, también se recoge una valoración detallada de cada módulo en el que se divide el programa de tratamiento.
- Recomendaciones. Se recogen respuestas abiertas sobre contenido adicional que añadirían al programa existente, así como el contenido que no consideran necesario o útil.

### *Procedimiento*

El contacto con los profesionales se realizó gracias a la colaboración de Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, que compartió vía correo electrónico la encuesta anteriormente explicada. La administración de la encuesta se realizó de forma telemática a través del software Google Forms, un recurso especializado en la administración de encuestas.

### *Análisis de la información*

Dado que la información facilitada en la encuesta se ajusta a los apartados del guion del grupo focal, las respuestas se han incluido en los apartados que más representan el contenido. De esta forma, la información resulta ilustrativa para conocer la percepción de los profesionales para conocer la eficacia del programa de tratamiento.

## 2.2. RESULTADOS

Los resultados de la información extraída del grupo focal y la encuesta se van a describir de forma conjunta por abarcar las mismas temáticas. Los resultados se presentan en tres secciones: La primera sección muestra los resultados sobre la valoración global de la experiencia de los profesionales en el desarrollo de los programas de tratamiento de agresores sexuales. La segunda sección analiza si los contenidos que ofrecen los programas son adecuados a las demandas de los grupos tratados. Por último, en la tercera sección se comentan aspectos organizativos y metodológicos que consideran lo profesionales que funcionan en el desarrollo del programa o que podrían mejorarse.

### 2.2.1. Experiencia global de los profesionales. Aspectos positivos y negativos

En este apartado se analiza las experiencias de los profesionales en la aplicación de los programas de tratamiento centrándose en los aspectos positivos y negativos. La experiencia de los profesionales se ha dividido en tres bloques: el primero, hace referencia a la experiencia, positiva y negativa, aplicando el programa de tratamiento; el segundo, se resumen las tasas de rechazo, abandono y expulsión del programa de tratamiento. Por último, se detalla la experiencia de los profesionales con los grupos de tratamiento.

#### *Experiencia con el programa de tratamiento PCAS*

Los profesionales describen el programa PCAS como un recurso "que está muy completo a nivel de módulos y temáticas". Aun así, desde su experiencia, destacan tres aspectos mejorables del programa de tratamiento: la complejidad, la estructura y la duración del programa.

En primer lugar, la complejidad del programa, según los profesionales, deriva del modelo de intervención. Describen el programa como muy teórico, con un lenguaje complejo y caracterizado por el uso de tecnicismos. La Profesional 8 cuenta que "a veces, esos tecnicismos son difíciles de entender hasta para nosotros. ¿Cómo va a entenderlo un penado que tiene una discapacidad, por ejemplo?". Este hecho dificulta que los agresores asimilen y comprendan el contenido, obstaculizando la integración de los conceptos trabajados durante el programa en su día a día. Los profesionales 1 y 5 así lo explican:

"Es un modelo cognitivo-conductual. Sí es cierto que muchos participantes terminan por aprender muchas palabras o conceptos que no conocían, pero no logran integrarlos a nivel personal" (P1).

"A mí el PCAS me pareció complejo en el sentido que había cierta información o el lenguaje que se utilizaba era complejo para algunos participantes y eso es algo que nos reflejaban o incluso dificultades a la hora de desarrollar algunas de las actividades propuestas en el programa" (P5).

En cuanto a la estructura y/o organización del programa, esta presenta dificultades para la mayoría de los profesionales. Durante las sesiones de grupo focal, muchos profesionales coincidieron en que inician la intervención con dinámicas de cohesión grupal. La Profesional 3 lo resume diciendo que "hay muchos temas con los que no puedes trabajar si no has creado un vínculo de grupo". Gracias a estos ejercicios, los participantes del programa consiguen bajar resistencias frente a la intervención y frente al grupo, facilitando el desarrollo de las sesiones. La Profesional 7 cuenta su experiencia:

"La estructura del PCAS tal cual está publicada creo que no la he seguido nunca. Empezar con métodos de relajación me parece bastante complicado. En mi experiencia como profesional me resulta raro decir "Te vas a relajar, vas a controlar la respiración" cuando él no sabe ni de qué se va a relajar, ni sabe cómo se encuentra por dentro, ni entiende el funcionamiento de las emociones como algo que le puede alterar. Empezar con una parte más orientada a cohesión de grupo, como por ejemplo un debate grupal sobre temas un poquito más superficiales, que se puedan conocer. Ahí bajan mucho las preocupaciones que tienen respecto al grupo".

Por último, por lo que respecta a la duración del programa de tratamiento, por un lado, algunos profesionales explican que el programa en prisión es muy largo. El 73,3% de los profesionales encuestados aplican el programa durante más de un año y un 6,7% durante más de dos, con una frecuencia de una sesión (42,2%) o dos (44,4%) semanales. La larga duración del programa genera, según los profesionales del grupo focal, algunos inconvenientes como la disolución del grupo o la angustia entre los miembros del grupo por no saber cuándo terminará el programa.

Por otro lado, los profesionales que aplican el programa en la comunidad afirman que este es muy corto. Por ejemplo, la Profesional 3 manifiesta tener "la sensación de que cuando estás entrando en materia el programa ya ha terminado". La Profesional 1 también ha manifestado esta sensación de no tener tiempo suficiente para no trabajar todos los aspectos que plantea el programa:

"Tienen que pasar 10-15 sesiones para que bajen resistencias y poder empezar a trabajar algo y cuando te das cuenta el programa ya casi ha terminado y aún te quedan muchas cosas por trabajar."

#### *Rechazo, abandono y expulsión del programa de tratamiento. Frecuencia y motivos*

A los profesionales encuestados se les preguntó sobre el rechazo al programa de intervención, los abandonos y las expulsiones del programa, así como los motivos de que han precipitado alguna de estas situaciones.

Respecto al rechazo del programa, este se produce cuando se ofrece al agresor la oportunidad de participar en el programa de tratamiento y este, por voluntad propia, decide no recibir la intervención. La situación más frecuente entre los profesionales es que ningún agresor rechace participar en el programa. Un 40% de los profesionales responde ese aspecto. Por el contrario, un 24,4% de los profesionales responde que más de cinco personas han rechazado el programa durante el último año. La frecuencia de agresores que rechazan recibir el programa de tratamiento se muestra con más detalle en la Tabla 6. Los motivos de rechazo del programa de tratamiento advertidos por los profesionales encuestados son distintos en función del contexto de ejecución. En medio cerrado, los motivos de rechazo más recurrentes son el miedo a perder el estatus que tiene en el centro penitenciario, el rechazo a ser identificados como agresores sexuales, la negación del delito y la actitud hostil con los profesionales del centro. En cambio, en medio abierto, los motivos destacados son la falta de motivación a participar en el programa y la vergüenza. Los profesionales que participaron en el grupo focal están de acuerdo en este último motivo. El Profesional 8 describe la vergüenza como un "mecanismo de defensa que lo único que hace es que se escondan y no se abran durante las sesiones". La vergüenza manifiesta en los participantes del programa impide que admitan el delito. El Profesional 9 detalla esta información:

"Nosotros nos hemos encontrado que, como mucho, un 30-40% de las personas cuentan qué han hecho. No quieren decirlo, les da mucha vergüenza."

Tabla 6. Frecuencia de agresores sexuales que rechazan el programa de tratamiento

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Ninguno	18	40
1	6	13,3
2	5	11,1
3	2	4,4
4	2	4,4
Más de 5	11	24,4

Atendiendo abandono del programa de tratamiento, este se entiende como el cese voluntario del agresor una vez ha iniciado el programa de tratamiento sin llegar a terminarlo. El 55,5% de los profesionales encuestados afirma que ningún agresor ha abandonado el programa de tratamiento; el 22,3% afirma que han abandonado dos o más agresores; y en el 20% afirma que solo ha abandonado un agresor del grupo. Los motivos de abandono también son distintos según el contexto de ejecución. En medio cerrado, los profesionales encuestados destacan como motivos, la progresión de grado del interno o el haber participado en el programa en búsqueda de beneficios penitenciarios. En cambio, en medio abierto, los motivos más recurrentes son la negación del delito o el no haber alcanzado los objetivos de la intervención.

Respecto a la expulsión de los agresores del grupo, esta se produce por decisión de los profesionales que lleva a cabo las sesiones del programa de tratamiento. Los profesionales comparten la opinión de que la expulsión de un usuario es poco frecuente. De hecho, el 68,89% de los profesionales no han expulsado a nadie de los grupos. De aquellos profesionales que sí han expulsado a alguien, el 26,67% de los profesionales han expulsado a un miembro y el 4,44% han expulsado a dos o tres miembros. El motivo más recurrente de expulsión es no percibir una evolución del agresor durante el programa. Otros motivos son la falta de compromiso y faltas de asistencia a las sesiones, así como una actitud hostil hacia el resto de los miembros del grupo y/o hacia el terapeuta.

## *Experiencia con el grupo de tratamiento. Perfiles de los agresores sexuales*

Lo más común entre los profesionales es realizar las sesiones del programa en grupo. Más del 95% de los profesionales encuestados emplean la modalidad grupal para el desarrollo de sus sesiones y trabajan en grupos de máximo 12 miembros. Según cuenta la Profesional 2: "10 o 12 miembros por grupo es lo ideal porque hay que poder manejar aspectos como la cultura, el idioma e incluso dificultades de aprendizaje". La Profesional 2 añade que "el grupo tiene que ser lo suficientemente grande para que se sientan representados entre los miembros para así poder rebajar sus resistencias". Aunque, como dice la Profesional 3 "cada grupo tratado es diferente", el 40% de los profesionales encuestados afirma que el grupo de intervención es muy heterogéneo. Este hecho puede dificultar o facilitar la intervención durante el programa de tratamiento. La Profesional 3 explica que trabajar con perfiles muy distintos de agresores es "muy difícil de gestionar dentro de la sesión". En cambio, otros profesionales difieren pues un grupo heterogéneo puede "beneficiar y motivar al resto seguir y cumplir con el programa", según comenta la Profesional 2.

Entre las características del grupo, los profesionales diferencian dos tipologías de agresores sexuales que participan en el programa de tratamiento: un primer tipo diferenciado en función de la edad de la víctima y, un segundo tipo de perfil en función del cumplimiento de condena. A continuación, se exponen las diferencias.

- Diferencias percibidas según la edad de la víctima

La primera diferencia descrita hace referencia a la honestidad de los agresores. En este sentido, los agresores sexuales cuyas víctimas son menores de edad son percibidos por los profesionales como más sinceros con el reconocimiento del delito. En cambio, los agresores de víctimas adultas son más reticentes a admitir los hechos. Así lo dice los profesionales Profesional 7 y 6:

"Yo creo que tiene un mayor nivel de reconocimiento cuando es un abuso hacia menores que hacia personas adultas. El perfil de agresión hacia mujeres adultas tiene una mayor hostilidad, más resistencias, una violencia que es más manifiesta" (P7).

"Los grupos de mayores siempre tienen como de disculpa "pero en nuestro caso no ha sido hacia menores". Justificando que siempre hay un delito peor que el suyo" (P6).

La segunda diferencia destacada es el estigma. Los profesionales destacan que existen mayores prejuicios hacia aquellos que han abusado de menores. "Incluso entre ellos se tiende a estigmatizar el tipo de delito y existen muchos prejuicios dentro del grupo", narra la Profesional 2.

La mayoría de los profesionales encuestados y participantes en el grupo focal inciden en la necesidad de separación de estos dos grupos. Algunos de los profesionales han empezado a trabajar separando a los agresores en función de la edad de la víctima o individualizando las tareas. Esto les permite trabajar de forma más precisa las necesidades específicas como el impacto en la víctima menor de edad o trabajar las habilidades sociales y de relacionarse. Los Profesionales 6 y 8 cuentan qué aspectos a tratar en la intervención serían distintos:

"Esta separación me parece interesante a la hora de abordar más en detalle los factores de riesgos específicos. Es decir, con los agresores a menores vas a trabajar mucho más el daño que supone en la infancia la interrupción de la sexualidad por parte de un adulto. En el grupo de personas que han agredido a adultos focalizarás la intervención en cómo se han relacionado normalmente con la sexualidad" (P6).

"Yo lo que trato de hacer en las sesiones es individualizar las tareas que se llevan a casa. Hago tareas personalizadas y así, por ejemplo, puedo trabajar aspectos distintos en un sujeto que ha agredido a una menor que en otro que ha agredido a su ex mujer" (P8).

- Diferencias percibidas según el tipo de cumplimiento de condena

Las diferencias más notorias tienen que ver con el reconocimiento del delito y la toma de conciencia de las repercusiones. Los profesionales afirman que los agresores que han pasado por prisión, aunque realicen el programa en medio abierto, son los que admiten más fácilmente los hechos cometidos y son más conscientes de las repercusiones que ha conllevado el delito que aquellos los cumplen una suspensión de la condena. Los profesionales 6 y 1 lo detallan:

"Me parece bastante interesante porque los de suspensión de condena suelen tener un menor reconocimiento del delito y un menor reconocimiento de la gravedad del mismo" (P6).

"Cuando ellos comparten su experiencia está bien que los que cumplen una suspensión de condena vean que hay repercusiones con el delito que son mayores. A nivel de tomar conciencia les viene muy bien, porque no es igual que te lo diga un experto, a que te lo diga un igual" (P1).

En segundo lugar, hay profesionales que dudan si la intervención resulta eficaz para todos. La Profesional 2 explica que mezclar diferentes cumplimientos de condena puede resultar poco útil pues para muchos de los agresores que han cumplido condena en prisión el programa trabaja aspectos de forma muy superficial:

"A lo mejor para los de suspensión de condena, el programa sí que profundiza mucho, pero para los que ya han pasado por prisión debido a las características de su delito y ese paso que han dado más allá de comparación con los demás, pues el programa se les queda en la capa superficial."

Por último, otra de las diferencias percibidas se refiere a la adherencia al programa de tratamiento, es decir, al correcto cumplimiento del programa. Según los profesionales, los agresores que cumplen condena de prisión cumplen mejor las obligaciones del programa que los que cumplen una suspensión de condena, atendiendo a todas las sesiones y realizando correctamente los trabajos y tareas fuera de las sesiones. Así lo cuentan las profesionales 1 y 2:

"En medio cerrado los internos tienen toda la disponibilidad y el tratamiento está por delante de todo lo demás, aunque tuvieran que trabajar. En medio abierto es más complejo, porque te vienen con más excusas como el trabajo. También siento que las tareas en medio cerrado permiten que ellos hagan un trabajo de introspección mayor. Le dedican más tiempo a pensar en lo que se ha trabajado en la sesión y la tarea era mucho más elaborada. En medio abierto eso es más difícil porque te llegan a decir que suficiente tiempo dedican acudiendo a las sesiones como para que encima les mande deberes o no se lo quieren llevar a casa porque no tienen un espacio o porque no quieren que su familia lo vea" (P1)

"Hay una parte muy resistente en los que cumplen una suspensión de condena a incorporar la sesión en su día a día. Para ellos es como dos mundos paralelos totalmente diferentes. Tienen un mundo donde pasan dos horas a la semana y cuando salen, van al otro mundo, al mundo real con su familia, su trabajo y desconectan totalmente. Las tareas sirven para que conecten" (P2).

## 2.2.2. Contenido y recursos del programa de tratamiento. Adecuación y propuestas

En este apartado se describe la opinión de los profesionales acerca de la adecuación de los contenidos y recursos materiales del programa PCAS, así como sus propuestas de actualización e incorporación de nuevo contenido.

Tal como se ha descrito en apartados anteriores, el PCAS es considerado un programa de tratamiento muy completo por parte de los profesionales. En general, la mayoría de los profesionales valora los módulos como adecuados, siendo los módulos de conciencia emocional, mecanismos de defensa, empatía con la víctima y prevención de recaídas los mejor valorados. Los resultados de las respuestas de los profesionales se describen de forma más detallada en la Tabla 7.

Tabla 7. Valoración sobre los contenidos del programa de tratamiento

Módulos	No adecuado	Poco adecuado	Adecuado	Muy adecuado
Entrenamiento de relajación	4,4%	31,1%	48,9%	15,6%
Historia personal	0	6,7%	51,1%	42,2%
Introducción a distorsiones	6,7%	17,8%	46,7%	28,9%
Conciencia emocional	0	11,1%	35,6%	53,3%
Comportamientos violentos	0	20%	51,1%	28,9%
Mecanismos de defensa	0	15,6%	35,6%	48,9%
Empatía con la víctima	0	15,6%	35,6%	48,9%
Prevención de recaídas I	0	6,7%	44,4%	48,9%
Distorsiones cognitivas	2,2%	13,3%	46,7%	37,8%
Estilo de vida positivo	0	20%	52,1%	28,9%
Educación sexual	11,1%	20%	37,8%	31,3%
Modificación del impulso sexual	13,3%	15,6%	42,2%	28,9%
Prevención de recaídas II	0	8,9%	40%	51,1%

Pese a ello, los profesionales que han participado en los grupos focales han manifestado algunos temas que deberían de actualizarse o contenidos que deberían incluirse.

#### *Actualización de los contenidos*

Las opiniones acerca de la actualización de contenidos se centran especialmente en los módulos de historia personal y educación sexual. El material aportado en el módulo de historia personal es considerado desfasado y dificulta el desarrollo de las actividades. Según la perspectiva de los terapeutas, el programa "ofrece ejemplos tradicionales en los que a muchos miembros del grupo les cuesta identificarse", dice la Profesional 9. Se añade, según la Profesional 2, que los recursos de historias que aporta el programa "son muy generalistas y estigmatizantes". Esta experiencia es compartida por muchos de los participantes en el grupo focal, que se ven obligados a aportar ejemplos más acordes a las características de los miembros del grupo como, por ejemplo, sobre el uso de redes sociales en la comisión del delito. La Profesional 1 lo explica:

"Ninguno de los ejemplos del programa contempla que las aplicaciones de citas o redes sociales pueden estar involucradas en el delito. En mi experiencia cada vez me encuentro con más condenas así".

Por otra parte, para los profesionales, la principal necesidad de actualización en el módulo de educación sexual es el abordaje de las identidades de género y orientaciones sexuales. Tal como cuenta la Profesional 1 "tenemos muchos grupos en los que hay hombres homosexuales y personas trans". Uno de los motivos por los que los profesionales quieren actualizar este módulo es debido a la implicación de la orientación e identidad sexual como la base de la comisión del delito. Así es la experiencia de la Profesional 2:

"Trabajo con tres o cuatro usuarios que no consiguen definir su orientación sexual. Para ellos eso es un malestar porque les gustaría explorar más ese aspecto, pero como eso toca directamente con la sexualidad tienen miedo porque ya perdieron el control una vez".

También se sugiere incorporar a este módulo contenidos acerca de las parafilias y los trastornos de adicción sexual. Así es la experiencia de los profesionales:

"Hay que abordar esas preferencias sexuales, ese comportamiento parafílico. Es muy importante para ellos el poder gestionar esa parte que tiene que ver con su sexualidad y, desde la óptica que yo trabajo, no van a poder cambiar porque ellos no lo han elegido, pero pueden aprender a gestionarlo". (P5)

"El programa no aborda el tema de las parafilias y desviaciones sexuales. Ellos lo viven como "tengo esta desviación que no sé gestionar que choca con mis valores morales". Lo viven como una dualidad entre un lobo bueno y un lobo malo que al final condiciona su manera de relacionarse con los demás". (P2)

### *Nuevos contenidos*

Los profesionales encuestados consideran que sería conveniente añadir nuevos contenidos al programa, como la motivación y cohesión grupal; la perspectiva de género y la Justicia restaurativa. También mencionan que sería interesante incluir sesiones de repaso y mantenimiento una vez terminado el programa y contar con la participación de agresores que han finalizado el programa de tratamiento con el fin de motivar al grupo. Complementariamente, los profesionales que han participado en los grupos focales consideran que los contenidos a añadir deberían incidir sobre todo en: el trabajo en el impacto del delito en la víctima, el abordaje de aspectos en salud mental, la victimización y traumas experimentados por el agresor; y la incorporación de nuevas tecnologías. A continuación, se muestra con más detalle, el debate y la justificación de la inclusión de estos nuevos contenidos.

- El impacto de la agresión en la víctima

Uno de los temas más repetidos entre los profesionales ha sido la necesidad de trabajar el impacto de la agresión en la víctima porque desde su experiencia el grupo ignora totalmente el daño ocasionado a las víctimas. Tal como cuenta la Profesional 4 "como ellos no han pasado ese miedo durante la agresión no llegan a entender lo que la otra persona está pasando". Gracias al abordaje del impacto en la víctima se pueden trabajar otros aspectos relacionados como justificaciones y distorsiones cognitivas sobre el papel de la víctima, deconstruyendo esas falsas creencias sobre cómo debe comportarse la víctima. Así lo explican los profesionales:

"Todo el mundo piensa en la víctima como alguien que está muy muy deteriorada y, en ocasiones, no logran entender que la víctima pueda llevar una vida aparentemente normal. Y bajo su prisma eso es que la víctima no ha tenido ningún problema". (P1)

"Hay muchas distorsiones cognitivas que están relacionadas con la percepción que tienen ellos del papel que ha cumplido la víctima en todo esto. Si no se trabaja el delito desde la perspectiva de la víctima te estás dejando una parte muy importante del delito y de su motivación para realizar esta conducta". (P2)

Los principales obstáculos que se perciben por parte de los profesionales a la hora de trabajar el delito desde la perspectiva de la víctima se manifiestan en actitudes defensivas durante las sesiones, justificaciones y expresiones emocionales como la rabia. El Profesional 10 comenta la rabia que sienten hacia el sistema en muchos casos impide que logren empatizar con la víctima.

"Están atascados en la rabia y eso les impide avanzar. Ellos lo viven como que la prisión les ha quitado momentos de su vida que no podrán recuperar. Son duelos que al final se anclan a la rabia y hace que sean más resistentes y sea más difícil que se pongan a empatizar con la víctima porque pueden hasta culparla".

- Salud mental

Entre las temáticas que necesitan una implementación en el programa son los aspectos relacionados con la salud mental ya que "son aspectos que impactan directamente en la vida del individuo". Durante la sesión del grupo focal, los profesionales han propuesto incluir aspectos como la prevención del suicidio y las consecuencias del consumo de sustancias. Respecto a la prevención de suicidios, la Profesional 2 comenta que "a lo largo de los años es un problema que se ha ido agravando y está muy presente en el grupo".

El impacto del consumo de sustancias en la comisión del delito se aborda de forma muy superficial según los profesionales, que reclaman una intervención más profunda. Así lo cuenta la Profesional 2:

"El tema del consumo sí contempla en el programa, pero muy por encima, como muy pincelada. Además, que el manual se basa casi exclusivamente en el consumo de alcohol. No llega a tener ninguna pauta para intervenir con ellos y al final es algo que tienes que trabajar sí o sí".

- Victimización sufrida durante la infancia y la adolescencia

Los profesionales manifiestan la necesidad de recibir formación para intervenir en la victimización sufrida en etapas tempranas del desarrollo de los agresores, como los malos tratos o haber sido víctima de una agresión sexual durante la infancia. De la misma forma, reclaman poder dedicar tiempo durante las sesiones para que los agresores puedan conectar con sus experiencias traumáticas y así proceder a un mejor abordaje. El papel de la familia como círculo de apoyo una vez el agresor ha sido consciente de su situación como víctima, puede ser un obstáculo para la eficacia de la intervención. La Profesional 1 lo desarrolla:

"La familia es un grupo al que retornas y puede mostrarte apoyo o rechazarte. En muchos casos vuelven a una unidad familiar muy disfuncional, también en el sentido de que justifican lo cometido o les culpan".

- Empleo de nuevas tecnologías

Otra de las incorporaciones propuestas es, tal como cuenta el Profesional 5, "potenciar el papel de las nuevas tecnologías en la ayuda y apoyo de los participantes del programa". Esta profesional cuenta que existen recursos que pueden facilitar el desarrollo del programa y el aprendizaje de los sujetos. Así detalla su experiencia:

"Existen herramientas dónde puedes publicar los recursos disponibles a los que pueden acceder. También hay programas enteros de autogestión para controlar esas conductas, incluso programas en los que cada semana vas pasando por módulos, cuelgas actividades y recibes un feedback semanal por parte de un terapeuta. Hay muchísimos recursos disponibles y no los estamos usando".

Las nuevas tecnologías son concebidas, no solo como un apoyo del terapeuta, sino como un apoyo entre el grupo. Algunos profesionales han mencionado que, el grupo con el que tratan en medio abierto, tienen un grupo en la aplicación de mensajería WhatsApp. Esta herramienta les permite a los usuarios interactuar entre ellos, preguntar dudas sobre las tareas y mostrar apoyo durante el transcurso del programa. La Profesional 8 así lo cuenta:

"Uno de los grupos que llevo sé que tiene un grupo de WhatsApp. Lo veo algo muy útil y que está funcionando bastante bien. Se ha creado un grupo de ayuda entre ellos, dónde se desahogan, cuentan y se convierte en una referencia. Se sienten bien".

### 2.2.3. Aspectos metodológicos y organizativos

En este apartado se exploran aquellos aspectos de la organización o de la metodología empleada en el programa PCAS que podrían incluirse o mejorar. Se han mencionado dos aspectos que mejorarían la experiencia de aplicación. Por un lado, la comunicación entre la institución penitenciaria y las organizaciones que desarrollan los programas en medio abierto. Por otro lado, se plantea una nueva metodología de intervención basada en las necesidades del grupo. A continuación, se detallan estos aspectos.

#### *Comunicación y paso de medio ordinario a medio abierto*

El traslado de la información de la institución en medio cerrado a las instituciones de medio abierto ha sido el aspecto organizativo más mencionado durante las sesiones del grupo focal. En este sentido, los profesionales sienten que carecen de información sobre los internos que tienen que acudir al programa, específicamente si padecen algún tipo de patología mental o física, si comprenden el idioma o si tienen otras dificultades de aprendizaje. Debido a esta falta de información, los profesionales se han encontrado con sujetos que han sido derivados al programa y, debido a alguna de estas circunstancias, no pueden ser integrados en el grupo. De la misma forma, esta falta de comunicación también se traslada en la información que recibe el individuo para iniciar el programa. Esto se traduce en una sensación de abandono por parte del agresor, según cuentan los profesionales.

Otra cuestión comentada respecto a la organización es la falta de seguimiento del sujeto que ha pasado por prisión y sale en libertad.

### *Metodología adaptada a las necesidades del grupo*

Con el objetivo de mejorar la eficacia del programa PCAS, los profesionales proponen una nueva metodología basada en las necesidades y demandas del grupo. Se plantea una metodología fundamentada en tres aspectos: una estructura fluida, realización de sesiones individuales y adaptación del tiempo de intervención a las necesidades del grupo.

En relación con la estructura fluida del programa de tratamiento, los profesionales contemplan adaptar los módulos y el contenido a las demandas del grupo. De esta forma, el programa sería una herramienta a la que el terapeuta puede acudir para trabajar temas concretos que necesite el grupo. Los profesionales 5 y 6 lo explican:

"Primero tenemos que hacer una buena evaluación, identificar esas necesidades y a partir de aquí elaborar un itinerario en función de los módulos que vayan a encajar con esas necesidades porque no todos los individuos tienen que pasar por todos los módulos. Después, el programa debe adaptarse a esas necesidades criminógenas". (P5)

"Sería interesante contemplar el programa como un recurso que tiene el terapeuta dónde tiene todas las piezas a su alcance y monta ese puzzle con aquello que el grupo le demanda". (P6)

Seguidamente, una vez se ha iniciado el programa, los profesionales plantean realizar sesiones individuales con los miembros del grupo que necesiten para abordar aspectos complejos de forma más profunda. De esta forma, se pretende poder llevar un seguimiento individualizado y realizar un plan de prevención de recaídas específico en los factores de riesgo de cada miembro.

Por último, se manifiesta la posibilidad de alargar la intervención si así lo demanda el grupo. La Profesional 3 lo detalla:

"Se podría dar esa posibilidad si el terapeuta lo ve necesario en alargar la intervención para profundizar en esos aspectos que al fin y al cabo les beneficia a ellos".

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El objetivo principal de este estudio es revisar la eficacia de los programas de tratamiento dirigidos a agresores sexuales. Para ello, se ha llevado a cabo una revisión de 38 artículos en los que se discuten (a) la reducción de la reincidencia tras recibir el programa de tratamiento y (b) factores que influyen en la eficacia de los programas de tratamiento. También se han realizado dos sesiones de grupo focal y una encuesta dirigida a profesionales encargados de aplicar el programa de tratamiento para conocer su experiencia e identificar las mejores prácticas profesionales para mejorar la intervención.

Con respecto al programa de tratamiento PCAS, destacan cualidades positivas comenzando por su misma existencia. Desde su fecha de publicación a finales de los años 90, el PCAS ha abordado los factores que han precipitado la comisión del delito, la asunción de la responsabilidad de este y las consecuencias de los hechos acontecidos. De la misma manera, gracias a este programa se trabaja en el desarrollo de capacidades y habilidades para evitar la comisión de un nuevo delito, como técnicas de gestión en situaciones de riesgo, cambio de pensamientos y alternativas ante el impulso inapropiado. En este sentido, el PCAS es considerado un programa de tratamiento muy completo por los profesionales encargados de aplicarlo y su eficacia ha quedado demostrada desde su última revisión en el año 2005, pues logra reducir las tasas de reincidencia sexual en aquellos agresores que reciben el programa.

En relación con los resultados de la eficacia de los programas de tratamiento se alcanza dos conclusiones. En primer lugar, la mayoría de los artículos revisados muestran que aquellos agresores que reciben el programa de tratamiento logran reducir la reincidencia delictiva. Es decir, los programas de tratamiento son eficaces para evitar que una persona vuelva a cometer un delito contra la libertad sexual. Por otro lado, con respecto al cambio terapéutico observado tras recibir el programa de tratamiento, todos los agresores muestran mejoras en todas las características psicológicas exploradas. Aun así, los artículos revisados matizan que, aunque puedan observarse mejoras en los agresores sexuales, este cambio no predice la reducción de la reincidencia delictiva.

Además, a partir de los resultados de la revisión y de la experiencia de los profesionales, se identifican factores que influyen en la eficacia del programa de tratamiento. Se identifican cuatro modelos teóricos de intervención que guían los programas de tratamiento actuales: el modelo RNR, el modelo de Buenas Vidas, el modelo de autorregulación y el modelo psicobiosocial. Por otro lado, el manejo de perfiles heterogéneos entre sí, el diagnóstico de psicopatía, el trastorno de la personalidad antisocial, presencia de parafilias, la edad avanzada de los agresores, una valoración del riesgo de reincidencia alta y la complejidad del lenguaje empleado influyen de forma negativa o son obstáculos en la realización y eficacia del programa de tratamiento. Por el contrario, los programas de tratamiento basados en la corriente cognitivo-conductual cuya participación es voluntaria y la modalidad es grupal obtienen los mejores resultados.

Por lo tanto, tras exponer los resultados de este estudio, se concluye que los programas de tratamiento están influenciados por diversos factores y características que pueden favorecer o perjudicar su eficacia y por tanto deben tenerse en cuenta en su diseño. En términos generales, los programas de tratamiento dirigidos a agresores sexuales resultan ser eficaces para reducir la reincidencia delictiva.

Dados los resultados de la revisión, junto con la experiencia compartida de los profesionales, se proponen una serie de consideraciones dirigidas a mejorar la eficacia de los programas de tratamiento para agresores sexuales:

- Incluir al inicio del programa procesos de cohesión grupal para mejorar la motivación personal, el intercambio de expectativas y generar objetivos personales compartidos.
- Establecer un vínculo terapéutico positivo entre el profesional y los componentes del grupo que facilite el abordaje de los contenidos del programa de tratamiento.
- Adecuar los contenidos y el tiempo de intervención a las necesidades y demandas del grupo, interviniendo de forma más intensa y prolongada en los agresores que presenten mayores necesidades.
- Realizar sesiones individuales durante el trascurso del programa con el objetivo de trabajar cuestiones complejas relacionadas con la conducta delictiva de cada usuario.
- Trabajar en aspectos relacionados con conductas sexuales desviadas, incluyendo parafilias, educando y aportando recursos de gestión de las mismas con el fin de reducir el impacto que tienen en la reincidencia sexual.

- Abordar de forma más exhaustiva cuestiones relacionadas con la salud mental y el abuso de sustancias, mediante una serie de módulos complementarios al propio programa.
- Actualizar el contenido del programa para ajustarse a las realidades de los agresores que componen el grupo, centrándose en el tratamiento con perspectiva de género, empatía con las víctimas y el impacto de la identidad de género y la orientación sexual en el módulo de sexualidad.
- Contemplar la posibilidad de incluir recursos de mantenimiento una vez se ha finalizado el programa de tratamiento para afianzar las nuevas habilidades adquiridas y fomentar la incorporación de estas en el día a día.

# BIBLIOGRAFÍA

- Andrés Pueyo, A., y Redondo Illescas, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 157-173.
- Andrews, D., y Bonta, J. (2003). *The Psychology of Criminal Conduct* (3ª ed.). Cincinnati (EEUU): Anderson Publishing Co.
- Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A., y Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld project: a pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *The journal of sexual medicine*, 12(2), 529–542. <https://doi.org/10.1111/jsm.12785>
- Brunner, F., Neumann, I., Yoon, D., Rettenberger, M., Stück, E., y Briken, P. (2019). Determinants of Dropout From Correctional Offender Treatment. *Frontiers in psychiatry*, 10, 142. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00142>
- Clarke, M., Brown, S., y Völlm, B. (2017). Circles of Support and Accountability for Sex Offenders: A Systematic Review of Outcomes. *Sexual abuse : a journal of research and treatment*, 29(5), 446–478. <https://doi.org/10.1177/1079063215603691>
- Doren, D. M., y Yates, P. M. (2008). Effectiveness of sex offender treatment for psychopathic sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52(2), 234-245.
- Franke, I., Streb, J., Leichauer, K., Handke, S., Dudeck, M., y Tippelt, S. (2021). Efficacy of outpatient treatment of sex offenders. *International journal of law and psychiatry*, 79, 101738. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101738>
- Gannon, T. A., Olver, M. E., Mallion, J. S., y James, M. (2019). Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness. *Clinical psychology review*, 73, 101752. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101752>
- 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: 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*. En Cuadernos de Derecho Judicial: *Delitos contra la libertad sexual*. Escuela Judicial. Consejo General del Poder Judicial.

- Government of Canada, C. S. of C. (2021, December 20). *Correctional programs for men*. Government of Canada, Correctional Service of Canada, Communications. <https://www.csc-scc.gc.ca/002/002-0002-en.shtml>
- Government of Canada, C. S. of C. (2021b, December 23). *The Correctional Programs: Supplementary Evaluation of the Integrated Correctional Program Model: Community Program*. Government of Canada, Correctional Service of Canada, Communications. <https://www.csc-scc.gc.ca/005/009/005009-0008-en.shtml>
- Grady, M. D., Edwards, D., & Pettus-Davis, C. (2015). A longitudinal outcome evaluation of a prison-based sex offender treatment program. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/107906321558573>
- Hanson, R. K., Lee, S. C., y Thornton, D. (2022). Long Term Recidivism Rates Among Individuals at High Risk to Sexually Reoffend. *Sexual abuse : a journal of research and treatment*, 10790632221139166. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10790632221139166>
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36(9), 865–891. <https://doi.org/10.1177/0093854809338545>
- Harkins, L., Howard, P., Barnett, G., Wakeling, H., y Miles, C. (2015). Relationships between denial, risk, and recidivism in sexual offenders. *Archives of sexual behavior*, 44(1), 157–166. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0333-z>
- Harrison, J. L., O'Toole, S. K., Ammen, S., Ahlmeyer, S., Harrell, S. N., & Hernandez, J. L. (2020). Sexual offender treatment effectiveness within cognitive-behavioral programs: A meta-analytic investigation of general, sexual, and violent recidivism. *Psychiatry, Psychology and Law*, 27(1), 1-25. <https://doi.org/10.1080/13218719.2019.1687130>
- Her Majesty's Prison and Probation Service. (2021.). The HMPPS approach to the management and rehabilitation of people convicted of sexual offences. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/the-hmpps-approach-to-the-management-and-rehabilitation-of-people-convicted-of-sexual-offences>
- Herrero, O. (2007). El tratamiento de los agresores sexuales en prisión: Promesas y dificultades de una intervención necesaria. *Anuario de Psicología Jurídica*, 17, 43-63.
- Levenson J. S. (2011). "But I didn't do it!": ethical treatment of sex offenders in denial. *Sexual Abuse: a journal of research and treatment*, 23(3), 346–364. <https://doi.org/10.1177/1079063210382048>

- Lösel, F., Link, E., Schmucker, M., Bender, D., Breuer, M., Carl, L., & Lauchs, L. (2020). On the effectiveness of sexual offender treatment in prisons: A comparison of two different evaluation designs in routine practice. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 32(4), 452-475. <https://doi.org/10.1177/1079063219858149>
- Lowe, G., y Willis, G. (2020). "Sex Offender" Versus "Person": The Influence of Labels on Willingness to Volunteer With People Who Have Sexually Abused. *Sexual Abuse: a journal of research and treatment*, 32(5), 591–613. <https://doi.org/10.1177/1079063219841904>
- Mews A., Di Bella L., Purver M. (2017). Impact evaluation of the prison-based core sex offender treatment programme (Ministry of Justice Analytical Series). London, England.
- McGrath, R.J., Cumming, G., Burchard, B., Zeoli, S., y Ellerby, L. (2010). Current Practices and Emerging Trends in Sexual Abuser Management: The Safer Society 2009 North American Survey. *Safer Society Press*.
- McKillop, N., Hine, L., Rayment-McHugh, S., Prenzler, T., Christensen, L. S., & Belton, E. (2022). Effectiveness of sexual offender treatment and reintegration programs: Does program composition and sequencing matter? *Journal of Criminology*, 55(2), 180-201. <https://doi.org/10.1177/00048658221112345>
- Mingus, W., y Burchfield, K. B. (2012). From prison to integration: applying modified labeling theory to sex offenders. *Criminal Justice Studies: A Critical Journal of Crime, Law and Society*, 25:1, 97-109
- Mpofu, E., Athanasou, J. A., Rafe, C., y Belshaw, S. H. (2018). Cognitive-Behavioral Therapy Efficacy for Reducing Recidivism Rates of Moderate- and High-Risk Sexual Offenders: A Scoping Systematic Literature Review. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 62(1), 170–186. <https://doi.org/10.1177/0306624X16644501>
- Nguyen, T., Frerich, N., García, C., Soler, C., Redondo Illescas, S., y Andrés Pueyo, A. (2014). Reinserción y gestión del riesgo de reincidencia en agresores sexuales excarcelados: el proyecto "Círculos de Apoyo y Responsabilidad" en Cataluña. *Boletín Criminológico*.
- Nguyen, T., Capdevila Capdevila, M., Andrés Pueyo, A., Berdeal Blasco, I., Bosch García, P., Camps Martí, J., Ferrer Pons, M., Ferrer Puig, M., Martínez García, M., Núñez Cirera, A., Queralt Beltran, J. P., y Soler Iglesias, C. (2018). Avaluació del projecte CerclesCat. *Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada*.
- Nunes, K. L., Hanson, R. K., Firestone, P., Moulden, H. M., Greenberg, D. M., y Bradford, J. M. (2007). Denial predicts recidivism for some sexual offenders. *Sexual abuse : a journal of research and treatment*, 19(2), 91–105. <https://doi.org/10.1177/107906320701900202>

- Oliveira-Rocha, I. C., & Marins-Valença, A. (2023). The efficacy of CBT based interventions to sexual offenders: A systematic review of the last decade literature. *International Journal of Law and Psychiatry*, 87, 101832. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101832>
- Olver, M. E., & Wong, S. C. P. (2013). A description and research review of the Clearwater Sex Offender Treatment Programme. *Psychology, Crime & Law*, 19(5-6), 477-492. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2013.759004>
- Olver, M. E., Kingston, D. A., Nicholaichuk, T. P., & Wong, S. C. P. (2014). A psychometric examination of treatment change in a multisite sample of treated Canadian federal sexual offenders. *Law and Human Behavior*, 38(6), 544-559. <https://doi.org/10.1037/lhb0000091>
- Pérez Ramírez, M., Giménez-Salinas Framis, A., Pérez Rodríguez, A., Gil, M. Á., Cabaleiro Dominguez, A., Gil Vega, D., y Vega Menezo, M. R. (2023). *Círculos España: Primer Informe de Implementación*. Madrid: Fiadys.
- Redondo-Illescas, S., Mangot, A. (2017). Génesis delictiva y tratamiento de los agresores sexuales: una revisión científica. *Revista Electrónica de Ciencias Criminológicas*.
- Schmucker, M., & Lösel, F. (2017). Sexual offender treatment for reducing recidivism among convicted sex offenders: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 13(1), 1-75. <https://doi.org/10.4073/csr.2017.1>
- Subramonian, A., & Severn, M. (2020). Sex Offender Treatment Programs Delivered In-Person or Virtually for Adults Convicted of Sexual Offences in Various Settings: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*.
- Sowden, J. N., y Olver, M. E. (2017). Sexual Offender Treatment Readiness, Responsivity, and Change: Linkages to Treatment Completion and Recidivism. *Journal of forensic nursing*, 13(3), 97-108. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000160>
- Tyler, N., Gannon, T. A., & Olver, M. E. (2021). Does treatment for sexual offending work? *Current Psychiatry Reports*, 23(8), 51. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01258-8>
- Walton, J. S., Ramsay, L., Cunningham, C., y Henfrey, S. (2017). New directions: Integrating a biopsychosocial approach in the design and delivery of programs for high risk services users in Her Majesty's Prison and Probation Service. *Advancing Corrections: Journal of the International Corrections and Prison Association*, 21-47.
- Woessner, G., & Schwedler, A. (2014). Correctional treatment of sexual and violent offenders: Therapeutic change, prison climate, and recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 41(7), 862-879. <https://doi.org/10.1177/0093854814523753>
- Yates, P. (2009). Is sexual offender denial related to sex offence risk and recidivism? A review and treatment implications. *Psychology, Crime & Law*, 15(2-3), 183-199. <https://doi.org/10.1080/10683160802190921>



**FIADYS**

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN APLICADA  
EN DELINCUENCIA Y SEGURIDAD



SECRETARIA GENERAL  
DE INSTITUCIONES  
PENITENCIARIAS



POR SOLIDARIDAD  
**OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL**