

ACTUALIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y SU REORIENTACIÓN A LA PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA REINCIDENCIA

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.

#17

ISSN: 3020-2639

ISBN: 978-84-09-72946-3

FIADYS

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Carla Martínez Ventura
Andrea Giménez-Salinas Framis
Meritxell Pérez Ramírez
María Izco Rincón
Miguel Ángel Gil Rivero
Denis Gil Vega
Alicia Cabaleiro Domínguez
Gema María Sanchís Romeu
María R. Vega Menezo

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento todas y todos los profesionales que han mostrado interés por esta investigación. Por vuestra predisposición a prestarnos vuestro tiempo y experiencias, dedicándole tiempo en contestar a todas las preguntas de la encuesta y entrevistas.

Asociación H-Amikeco
Asociación Arrabal-AID
Fundación Psicología sin Fronteras
Álava Reyes
Asociación Victoria Kent
Fundación Aspacia
Animae Psicólogos
Asociación Nueva Vida
Asociación R-inicia-T
Centro de Psicología M^a José Ochoa
Clínica Nea
Consejería de Educación
UmayQuipa

ÍNDICE

1.RESUMEN EJECUTIVO	5
2.INTRODUCCIÓN	7
3.OBJETIVOS DEL ESTUDIO	10
4.MÉTODO	11
4.1. Muestra	11
4.1.1. Muestra total de profesionales encuestados	11
4.1.2. Muestra total de profesionales entrevistados	14
4.2. Herramientas utilizadas	15
4.3. Procedimiento	16
4.4. Análisis de la información	16
5.RESULTADOS	17
5.1. El abandono	17
5.1.1. Prcedimiento de aplicación en cuanto al abandono	18
5.1.2. Tasa y momentos de mayor riesgo del abandono.	20
5.1.3. Causas del abandono	22
5.2. Perfil de los usuarios que abandonan el programa de tratamiento	25
5.2.1. Características sociodemográficas	25
5.2.2. Factores psicológicos de riesgo	26
5.3. Adherencia a los programas de tratamiento	28
5.3.1. Adaptaciones que favorecen el cumplimiento del programa	28
5.3.2. Factores que favorecen la adherencia al programa de tratamiento	31
5.4. Diferencias en el abandono del PRIA-MA y el PCAS	34
6.CONCLUSIONES	35
7.RECOMENDACIONES	38
8.BIBLIOGRAFÍA	42
9.ANEXO	45
Anexo I. Guion de entrevista	45

1. RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo principal de esta investigación es ahondar en el conocimiento del abandono de los programas de tratamiento. Para ello, se ha contado con la participación de 44 profesionales -11 de los cuales fueron entrevistados en profundidad- que respondieron a una encuesta para conocer los momentos de mayor riesgo de abandono, identificar el perfil de los usuarios que no finalizan el programa de tratamiento y, por último, proponer recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento, garantizando de esta manera la finalización del programa.

Los resultados de esta investigación, en relación con la tasa y momentos de mayor riesgo de abandono apuntan a que:

- Entre 60 y el 70% de los usuarios que empiezan los programas de tratamiento logran finalizarlos.
- La media de usuarios que abandonan es 2,4 usuarios por grupo de tratamiento.
- Los momentos de mayor riesgo de abandono se sitúan entre la tercera y la décima sesión del programa, reduciéndose el riesgo una vez se alcanza la mitad del programa.
- Las causas de abandono durante la primera mitad del programa suelen ser voluntarias, mientras el abandono que se produce una vez alcanzado el meridiano, son por causas ajenas, principalmente por incompatibilidades.
- Las principales causas de abandono del programa de tratamiento son: 1) problemas legales, sobre todo reingresos en prisión por quebrantamientos de condena o causas pendientes, 2) incompatibilidades horarias por cuestiones laborales, 3) consumo activo de sustancias, 4) dificultades con el idioma, 5) problemas económicos, 6) falta de motivación durante el desarrollo del programa, 7) problemas de salud y 8) actitudes de resistencia al programa

Con respecto al perfil de los usuarios que abandonan el programa de tratamiento, los profesionales identifican las siguientes características:

- A nivel sociodemográfico, identifican un perfil de hombre joven, mayormente extranjero y de un nivel socioeconómico bajo. Sin embargo, también apuntan que aquellos usuarios con niveles económicos altos tienden a presentar mayores actitudes de oposición al programa.
- En cuanto a los factores de riesgo, señalan presencia de psicopatologías y un bajo control de los impulsos, además de consumo de alcohol o drogas durante el desarrollo del programa.

Los profesionales destacan una serie de factores que garantizan la participación del programa de tratamiento, reduciendo así la tasa de abandono. Estos aspectos mencionados son:

- Disponer de diferentes horarios para poder compatibilizar la asistencia al programa con otras responsabilidades.
- Tener la opción de cambiar a los usuarios de grupo en las primeras etapas del programa.
- Ofrecer una metodología online o híbrida para aquellos usuarios que viven lejos o trabajan, evitando así tiempo de desplazamiento.
- Informar debidamente al usuario previamente al tratamiento sobre los objetivos del programa facilita la participación en el programa, reduciéndose así las tasas de abandono.

Por otro lado, entre las estrategias empleadas por los profesionales para favorecer la continuación en el programa de tratamiento se resaltan:

- Las estrategias de motivación.
- La vinculación entre el usuario y el/la profesional.
- La cohesión del grupo.
- La disposición del profesional a tratar de forma individual aspectos más personales de los usuarios.
- La participación de todos los usuarios durante las sesiones del programa, dando espacio a que compartan experiencias y reflexiones.
- La participación de dos profesionales de diferente género.

Por último, los profesionales distinguen las siguientes diferencias en cuanto al abandono de los programas PRIA-MA y PCAS:

- La tasa de abandono del programa dirigido a agresores sexuales (PCAS) es inferior a la del programa para agresores de pareja (PRIA-MA).
- Los usuarios del programa de tratamiento PCAS tienen mayores dificultades de apertura durante las sesiones, dificultando la adquisición de aprendizajes.
- Los usuarios del programa de tratamiento PRIA-MA tienen una actitud mucho más desafiante y presentan mayor oposición al programa.
- Los usuarios del programa de tratamiento PCAS tienen una red de apoyo nula o muy escasa.

2. INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres es una de las principales problemáticas sociales de nuestro tiempo, constituyendo una grave vulneración de los derechos humanos y un desafío constante para las políticas de prevención y protección. En los últimos años, el número de denuncias por este tipo de violencia ha experimentado un aumento significativo. Según los datos del último informe la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, durante el año 2022 se interpusieron 182.065 denuncias por violencia de género, un 11,8% más en comparación al año anterior (Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, 2024). Por otro lado, referente a la violencia sexual, durante el 2023 hubo un total de 21.825 hechos conocidos en relación con delitos sexuales, lo que supone un aumento del 12,9% respecto el año anterior (Ministerio del Interior, 2024).

En respuesta a esta realidad, se han implementado medidas legales dirigidos a la protección de las víctimas. La entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de "Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género" ha implicado una constante mejora en ese sentido. De manera más concreta, el artículo 42 establece que "la administración penitenciaria realizará programas específicos para internos condenados por delitos relacionados con la violencia de género" y que las Juntas de Tratamiento valorarán, en las progresiones de grado, la concesión de permisos y de libertad condicional, el seguimiento y aprovechamiento de dichos programas por parte de los internos. En este sentido, el artículo 35 prevé que en el caso de que el reo hubiera sido condenado por un delito relacionado con la violencia de género, la pena de prisión sólo podrá ser sustituida por la de trabajos en beneficio de la comunidad, en cuyo caso se impondrá, además de determinadas obligaciones y deberes, la sujeción a programas específicos de reeducación y tratamiento psicológico. Por su parte, el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2011) en su artículo 16 establece que las Partes tomarán medidas legislativas para la aplicación de programas dirigidos a prevenir la reincidencia de los autores de delitos, especialmente los autores de delitos de carácter sexual.

En lo que a los programas para el control de la agresión sexual se refiere, en España se impulsó el primer programa piloto a finales de los años 90 en las prisiones de Brians y Quatre Camins, en Barcelona (Garrido y Redondo, 1996, 1997). El programa, denominado como Programa para el Control de la Agresión

Sexual (PCAS), tiene como objetivo principal reducir la reincidencia delictiva. 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, adaptación aplicada 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.

En el caso de los programas para agresores de pareja, la primera experiencia en cuanto a la aplicación de este tipo de programas se remonta al proyecto piloto impulsado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en el que se impartió en el periodo 2001-2002 un programa elaborado por el profesor Enrique Echeburúa sobre 61 condenados (Alarcón Delicado, 2023). En la actualidad se imparte en todo el territorio español el Programa de intervención para agresores de violencia de género en medidas alternativas (PRIA-MA), nacido en el año 2015 y basado en el Programa de Intervención para Agresores (PRIA) que venía aplicándose desde el año 2011 (Ruiz et al., 2010). El PRIA-MA es un programa cuyo objetivo es la asunción de responsabilidad sobre el comportamiento por parte de los agresores para la modificación de las conductas y adquisición de cuantas habilidades son necesarias para la resolución de conflictos y la garantía de conductas igualitarias en el contexto de la pareja.

La literatura científica nacional e internacional, en general, apoya la eficacia de los programas de intervención psicológica para agresores, tanto en el ámbito de pareja como en agresores sexuales. Estos programas han demostrado, no solo evidenciar un cambio terapéutico entre los usuarios (Arias et al., 2020; Grady, Eddwards y Pettrus-Willis, 2017; Oliveira y Marins, 2023; Pérez-Ramírez et al., 2013), sino que logran disminuir las tasas de reincidencia delictiva. Por un lado, en el caso de los agresores de pareja, la tasa de reincidencia logra deducirse de un 21% a un 8%, según estudios internacionales (Tutty y Babins-Wagner, 2016). Por otro lado, alrededor del 20% de los agresores sexuales que no reciben el programa de tratamiento terminan por reincidir, mientras que, si participan en dichos programas, la reincidencia se logra reducir alrededor el 10% (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 et al., 2021).

No finalizar el programa de tratamiento tiene una repercusión directa en la efectividad de este (Carl y Lösel, 2021; Nunes y Cortoni, 2008), pues las tasas de reincidencia son mayores entre los usuarios que no reciben adecuadamente el programa. Los programas de tratamiento dirigidos a agresores de pareja poseen una tasa de abandono que oscila entre el 9% y 67% (Cunha et al., 2024); y, los dirigidos a agresores sexuales, entre el 15% y

86% (Larachelle et al., 2011; Olver y Wong, 2009). En España, un estudio anterior realizado por la Asociación H-Amikeco y FIADYS, estimó la tasa de abandono en los programas de tratamiento alrededor del 24% (Pérez Ramírez et al., 2023).

Diversos estudios han evidenciado que una mayor tasa de abandono en los programas de tratamiento está asociada con un incremento en las tasas de reincidencia. Por ello, resulta fundamental analizar en profundidad los factores de riesgo que pueden predecir el abandono, con el objetivo de reducirlo y garantizar la participación y finalización del tratamiento. En este sentido, el presente estudio tiene como propósito profundizar en el conocimiento sobre el perfil de los usuarios que abandonan estos programas, con el fin de optimizar las estrategias de retención y mejorar la eficacia de las intervenciones.

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

La finalidad del estudio consiste en profundizar en el conocimiento sobre las personas que abandonan los programas de tratamiento dirigidos a condenados por violencia de género y para agresores que han cometido un delito contra la libertad sexual para la mejora de su gestión durante el programa. En concreto, se han planteado los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar las fases o momentos del tratamiento de mayor riesgo de abandono y generar mecanismos de prevención de dicho abandono.
2. Reconocer precozmente los perfiles de mayor riesgo de abandono para que se puedan reforzar los medios disponibles para asegurar la continuidad en el programa y asegurar su finalización.
3. Explorar las diferencias sobre el abandono entre los agresores de pareja y los agresores sexuales.
4. Aportar recomendaciones para disminuir el riesgo de abandono y garantizar la adherencia, continuidad y finalización de los programas de tratamiento.

4. MÉTODO

Con la finalidad de alcanzar los objetivos mencionados, esta investigación plantea una metodología mixta. La primera parte consiste en un estudio de carácter cuantitativo a partir de la información procedente de los profesionales que imparten los programas de tratamiento PRIA-MA, PCAS o ambos. La segunda fase implica la realización de entrevistas en profundidad a algunos de esos profesionales, seleccionando quienes contaban una trayectoria más amplia en la aplicación de uno o ambos programas y cuyo testimonio y opinión serviría para garantizar una mayor profundización en el fenómeno del abandono del programa por parte de algunos usuarios, finalizando todo ello con algunas propuestas de mejora.

Sin embargo, los resultados de ambas se presentarán en un mismo epígrafe, entendiendo que los resultados de las entrevistas servirán para proporcionar información complementaria y más detallada sobre aspectos ya tratados en el cuestionario.

4.1. Muestra

4.1.1. Muestra total de profesionales encuestados

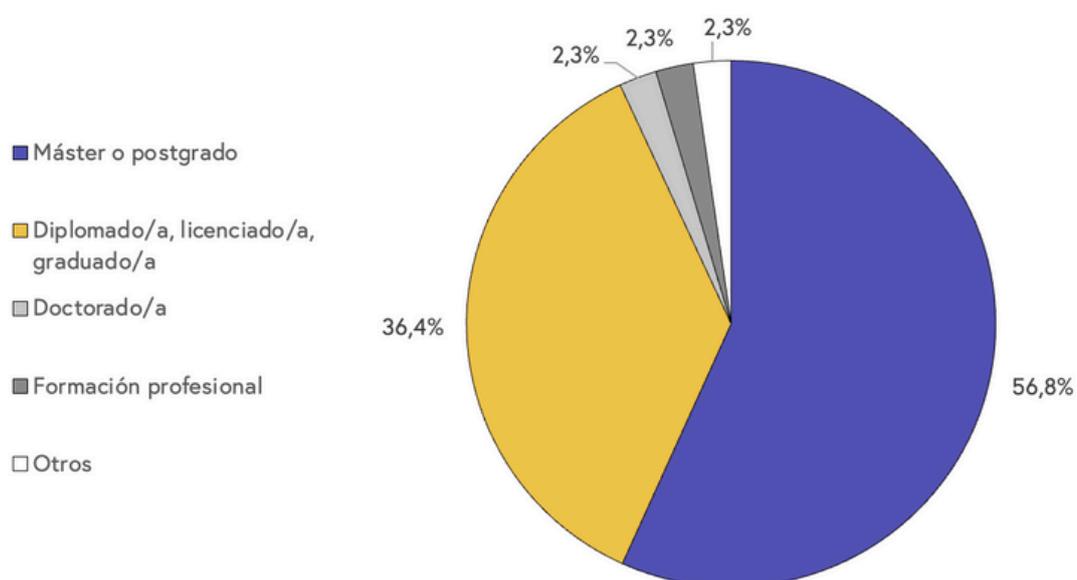
En las encuestas, se ha contado con la participación voluntaria y anónima de 44 profesionales de diferentes entidades españolas encargadas de impartir los programas de tratamiento PRIA-MA, PCAS o ambos. En el Gráfico 1 se observa la distribución de las provincias en las que trabajan los profesionales encuestados (N=44). Las provincias más representadas en este estudio han sido Madrid (38,6%), Málaga (11,4%) y Cádiz (9,1%).

Tabla 1. Distribución de la entidad en la que trabajan los y las profesionales

Entidad	Frecuencia (n)	Porcentaje válido (%)
Asociación H-Amikeco	19	43,2
Asociación Arrabal-AID	7	15,9
Fundación Psicología sin Fronteras	2	4,5
Álava Reyes	2	4,5
Asociación Victoria Kent	2	4,5
Autónomo	2	4,5
Fundación Aspacia	2	4,5
Animae Psicólogos	1	2,3
Asociación Nueva Vida	1	2,3
Asociación R-inicia-T	1	2,3
Centro de Psicología M ^a José Ochoa	1	2,3
Clínica Nea	1	2,3
Consejería de Educación	1	2,3
UmayQuipa	1	2,3
YEES!	1	2,3
Total	44	100,0

Respecto a la formación académica de los profesionales, el 56,8% de la muestra ha finalizado sus estudios de máster o posgrado y el 36,4% de la muestra ha accedido a estudios de diplomatura, licenciatura o grado universitario. En menor proporción, el 2,3% de los profesionales cuentan con estudios de formación profesional, Doctorado (2,3%), y Otros tipos de estudios (2,3%) (Ver Gráfico 2).

Gráfico 2. Formación académica de los profesionales



La gran mayoría de los profesionales encuestados poseen la titulación de Psicología (95,4%), el 2,3% posee la titulación en Educación Social y el restante 2,3% posee otras titulaciones como Criminóloga y Apoyo psicosocial.

En general, los profesionales encuestados han impartido el programa PRIA-MA de manera exclusiva (70,5%), siendo menos los casos en los que los profesionales han impartido los programas PRIA-MA y PCAS (27,3%) y los casos en los que los profesionales sólo han impartido el programa PCAS es muy escaso (2,3%). En lo que a la experiencia profesional en el ámbito respecta, el 47,7% de la muestra señaló contar con una experiencia de más de 10 años, el 31,8% de entre 6 y 10 años y solo el 20,5% de ellos cuentan con una trayectoria menor a 5 años. Sin embargo, los años de experiencia se reducen al referenciar el número de años durante los cuales han impartido uno o ambos programas. Concretamente el 54,5% de la muestra imparte este tipo de programas desde hace 2 a 5 años, el 27,3% lo hace desde hace más de 5 años y el 18,2% desde hace menos de 1 año. Se observa, por tanto, que, pese a que la trayectoria profesional es extensa en la mayoría de los casos, esta se reduce en lo que refiere a la impartición de los programas de tratamiento que ahora son objeto de análisis. Por último, 61,4% de la muestra confirmó haber recibido formación para la aplicación de estos programas, siendo en un 72,4% de estos casos una formación de carácter específico con respecto al programa a impartir y considerada en el 90,6% de los casos, como una información adecuada.

4.1.2. Muestra total de profesionales entrevistados

Con la finalidad de complementar la información recogida en las encuestas, se entrevistaron a los profesionales de las entidades participantes con mayor experiencia en la aplicación de los programas de tratamiento objeto de estudio. Se ha contado con la participación de un total de 11 profesionales procedentes de seis entidades diferentes. Cada profesional fue entrevistado por un miembro del equipo de trabajo de la Asociación H-Amikeco, que moderó y guió la entrevista. Así pues, los profesionales participantes son:

- Profesional 1, profesional de la Asociación H-Amikeco en Asturias.
- Profesional 2, profesional de la Asociación H-Amikeco en el País Vasco.
- Profesional 3, profesional de Psicólogos sin Fronteras en Madrid.
- Profesional 4, profesional de la Asociación H-Amikeco en Madrid.
- Profesional 5, profesional de la Asociación H-Amikeco en Murcia.
- Profesional 6, profesional de la Asociación H-Amikeco en Madrid.
- Profesional 7, profesional de la Asociación Nueva Vida en Cantabria.
- Profesional 8, profesional de la Asociación Álava Reyes en Toledo.
- Profesional 9, profesional de Psicólogos sin Fronteras en Madrid.
- Profesional 10, profesional de la Asociación Victoria Kent en Cádiz.
- Profesional 11, profesional de la Fundación Aspacia en Madrid.

4.2. Herramientas utilizadas

Con la finalidad de recabar la información necesaria para alcanzar los objetivos del estudio, se administró una encuesta dividida en cinco bloques:

- Datos de los profesionales. Provincia en la que trabajan, entidad en la que trabajan, formación académica (diplomado/a, licenciado/a, graduado/a; máster o postgrado; doctorado/a), título profesional (Psicología; Educación Social; Trabajo Social; otros), años de experiencia profesional (menos de 5 años; entre 6 y 10 años; más de 10 años), tiempo impartiendo los programas (menos de un año; entre 2 y 5 años; más de 5 años), número de grupos realizados, formación para la aplicación del programa (sí/no), es adecuada la formación recibida (sí/no), tipo de programa impartido (PRIA-MA/PCAS/ambos).
- Aplicación y adecuación del programa de tratamiento. Modalidad empleada (presencial/online/ambos), la modalidad online: facilita la participación de los usuarios (sí/no/NSNC), facilita la adherencia de los usuarios (sí/no/NSNC), ha interferido en la cohesión del grupo (sí/no/NSNC), ha facilitado trabajar los módulos de forma eficiente (sí/no/NSNC). Por último, se pregunta si aplican de forma integral y estricta el programa de tratamiento siguiendo el manual (sí/no/NSNC) y qué modificaciones aplica.
- El grupo. Procedencia de los usuarios (CIS/suspensión de condena/ambos), de cuántos miembros se compone el grupo, han rechazado participar en el programa de tratamiento (sí/no), cuántos usuarios han rechazado, cuántos usuarios suelen abandonar el programa de tratamiento, motivos principales de abandono (Incompatibilidad horaria con el trabajo ingreso en prisión o revocación de la medida, consumo de sustancias, dificultades con el idioma, dificultades económicas, dificultades a nivel cognitivo, otros), en qué sesión se suele producir el abandono, han expulsado algún usuario del programa (sí/no), cuántos usuarios han expulsado por grupo, motivo principal de expulsión (faltas de asistencia, conflictos con el/la profesional, conflictos con otros usuarios), porcentaje de usuarios que finalizan el programa (menos del 50%, la mitad, entre el 60-70%, más del 70%), los usuarios fueron informados correctamente de: los objetivos del programa, duración, tareas, normas y consecuencias al incumplir las normas (ninguno/muy pocos/algunos/la mayoría/todos).
- Usuarios que han abandonado. Características: extranjero, no habla castellano, desempleado, problemas de salud mental, dificultades a nivel cognitivo, problemas de abuso, consume actualmente, no se ha integrado en el grupo (ninguno/muy pocos/algunos/la mayoría/todos), otras variables de riesgo para abandonar el programa.

- Gestión del abandono. Adopta alguna medida para favorecer la finalización del programa (sí/no), qué medidas adopta, qué acciones se llevan a cabo cuando un usuario ha abandonado el programa (comunicarlo al Servicio de Gestión de Penas y Medidas (SGPMPA), comunicarlo al responsable de su entidad, realizar un informe de baja, comunicarlo al juzgado, intentar contactar con el usuario, intentar contactar con la familia del usuario, otras), qué medidas implementaría para evitar el abandono del programa, en qué momento de la intervención sería necesario implementarlas (antes de iniciar el programa, durante las primeras sesiones del programa, en mitad del programa, al final del programa)

Para la realización de las 11 entrevistas semiestructuradas se siguió el guion de preguntas descrito en el Anexo I.

4.3. Procedimiento

Se contactó con los profesionales a través de un correo electrónico en el que se les exponía el objetivo de la investigación y la propuesta de participación en la misma. Una vez obtenida su confirmación por correo, se les hizo llegar el consentimiento informado para garantizar su participación.

La encuesta se realizó de forma telemática a través de la plataforma Google Forms entre los meses de mayo y julio del 2024. El enlace de participación con la encuesta se compartió en a través de correo electrónico. Durante el mes de septiembre, se llevaron a cabo los análisis descriptivos de la encuesta para, posteriormente, poder estructurar un guion de entrevista que complementara la información extraída de las respuestas de los profesionales. Una vez hecho, se seleccionaron aquellos profesionales con mayor experiencia impartiendo los programas de tratamiento, siendo en total 11 profesionales entrevistados. Así pues, durante los meses de octubre y noviembre se realizaron las entrevistas. Estas se realizaron de forma individual 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.

4.4. Análisis de la información

El análisis de la información cuantitativa se basa en un análisis descriptivo de las respuestas ofrecidas por los profesionales que aplican los programas de tratamiento. Los análisis estadísticos realizados fueron llevados a cabo con el paquete estadístico SPSS (versión 29.0.1.0). Por otro lado, el análisis de la información recogida durante las entrevistas ha sido llevado a cabo siguiendo el guion propuesto para la investigación, con el apoyo de la transcripción posterior de las sesiones.

5. RESULTADOS

A continuación, se presenta la información relativa a las encuestas y las entrevistas realizadas a los profesionales con la finalidad de alcanzar los objetivos de esta investigación. En primer lugar, se introduce el concepto de abandono, así de los procesos llevados a cabo para gestionarlo. En segundo lugar, se expone la tasa y los momentos de mayor riesgo de abandono. En tercer lugar, se realiza una descripción del perfil de los usuarios que abandonan el programa de tratamiento, haciendo hincapié en las variables sociodemográficas y factores de riesgo que caracterizan a estos. En cuarto lugar, se identifican los factores que favorecen la adherencia al programa de tratamiento y, por último, las diferencias entre el abandono entre el programa de tratamiento PRIA-MA y PCAS.

5.1. El abandono

El abandono (o baja del programa) se produce en el momento que el usuario deja de asistir a las sesiones del programa de tratamiento una vez éste ha iniciado. Puede ser provocado por decisión propia del usuario, o bien, por circunstancias que imposibilitan la asistencia. Tal y como describe el Profesional 11: "Más que abandono, los defino bajas. La diferencia de que la palabra abandono parece que es de motu proprio, la persona decide abandonar. Y podría decir que, por la experiencia que tengo, más bien son situaciones que sobrevienen en la vida de estas personas que les llevan a no poder continuar".

Es importante diferenciar el concepto de abandono del concepto de expulsión, por el que también se preguntó a los profesionales a lo largo del cuestionario. La expulsión implica que el profesional que imparte el programa de tratamiento procede a dar de baja al usuario como consecuencia de incumplimiento de las normas del programa, conflictos con el/la profesional o conflictos con otros usuarios. Según los resultados de las encuestas, 24 profesionales han expulsado a algún usuario del programa (75% de los profesionales que respondieron a esta pregunta). Generalmente, no son muchas las personas expulsadas: el 63,6% de los profesionales refieren haber expulsado solo a 1 persona en su trayectoria, el 18,2% a 2, el 4,5% a un total de 3 y el restante 4,5% refiere haber expulsado a un máximo de 4 usuarios.

Las causas más frecuentes de la expulsión son: las faltas de asistencia en un 77,8%, seguida de la existencia de conflictos con los profesionales que imparte el programa con una frecuencia mucho menor (14,8%) y el 7,4% por conflictos con otros usuarios. Esto fue confirmado con el testimonio de los profesionales a lo largo de sus entrevistas. En este sentido la Profesional 7 señala: "Sí que es verdad que he tenido casos donde tenían conductas más hostiles, pero en más que con el profesional, entre ellos. Al fin y al cabo, se tocan temas muy muy personales, ¿no? Y empiezan a decir "pues tú eres no sé qué, pues tú eres no sé cuánto". Eso sí que lo he visto, que yo he tenido que cortar y expulsar. También casos agresivos que yo he visto que ha sido un peligro para la propia víctima".

Los resultados que se presentan a continuación describen los procesos que se siguen cuando un usuario deja de asistir al programa y los principales motivos por los que abandonan.

5.1.1. Procedimiento de aplicación en cuanto al abandono

En cuanto al procedimiento y los motivos para dar de baja del programa a un usuario, tal como lo explica la Profesional 6, no existe un protocolo único o estandarizado: "yo creo que protocolo en sí... todos tenemos una idea de cómo gestionar las bajas, pero creo que no hay un protocolo escrito y establecido fijo". Uno de los profesionales (Profesional 3) comenta que, años atrás, se intentó redactar y estandarizar un protocolo para los profesionales encargados de aplicar los programas de tratamiento en la comunidad, pero ese proyecto no terminó. Así lo cuenta "Hemos intentado, junto con otros compañeros, estandarizar el protocolo y también para que sea igual en todos los CIS y con los funcionarios, aunque eso fuera más complicado".

Pese a que parece no existir un protocolo específico por escrito, estandarizado y accesible para los profesionales, estos mencionan ser conocedores de las normas a seguir para el correcto desarrollo de los programas y el procedimiento en caso de incumplirse. A este respecto se identifican los propios Manuales de los programas (Rivera González, et al., 2005; Suárez Martínez, 2015), como los textos de referencia, tanto en contenidos como en forma de aplicar los programas, incluyendo sus normas.

La norma mayoritariamente mencionada en las entrevistas objeto de análisis, es la posibilidad de acumulación de un máximo de 3 faltas injustificadas por parte de los usuarios. Estas faltas pueden ser causadas por diversos motivos que se detallan en el siguiente apartado. Aunque, según la experiencia de algunos entrevistados, existen situaciones como urgencias médicas o accidentes, en las que, excepcionalmente, se permiten más ausencias.

"Si hay alguna cuestión médica o alguna cuestión justificable en este sentido de "estoy enfermo, me he ido a urgencias, tengo cita médica súper importante y no la puedo cambiar, he tenido un accidente de coche" o sea cosas como muy justificables, sí que permites una ausencia más" (Profesional 6). Otros profesionales matizan que estas excepciones solo se aplican si el usuario ha venido mostrando una buena conducta y predisposición durante el transcurso del programa. Así lo narra la Profesional 7: "Sí que es verdad que en algunos casos de forma excepcional y si es una persona que lo ha hecho bien durante todo el programa, se lo ha trabajado... se intenta adaptar en la medida que se pueda".

Con respecto al proceso de justificación de las faltas, estas deben comunicarse al Centro de Inserción Social (CIS) correspondiente. La Profesional 7 detalla cómo se produce este proceso: "En el mismo momento pasamos lista y mandamos un informe al CIS con las personas que han venido y las que no. Cuando esas personas tienen 3 faltas, se les manda una carta desde el CIS. A las 3 faltas, tienen una reunión, tienen que ir al CIS y explicar por qué han sido esas 3 faltas. Y ya, la cuarta ausencia, es expulsión". Este procedimiento coincide con la experiencia de otros profesionales entrevistados y los participantes en la encuesta, cuyas principales acciones ante la falta de un usuario a las sesiones del programa (véase Tabla 2) son: comunicarlo al Servicio de Gestión de Penas y Medidas Penales Alternativas (SGPMA) (90,9%) y realizar un informe de baja (88,6%) entre otras.

Tabla 2. Acciones que se llevan a cabo frente al abandono de un usuario

Acciones	Frecuencia (n)	Porcentaje válido (%)
Comunicarlo al SGMPMA	40	90,9
Realizar un informe de baja	39	88,6
Comunicarlo al responsable de su entidad	23	52,3
Intentar contactar con el usuario	18	40,9
Comunicarlo al juzgado	3	6,8
Intentar contactar con la familia del usuario	1	2,3

Nota: No suma 100% porque puede haber más de un motivo

Otras normas mencionadas son la exigencia de puntualidad, la correcta realización de tareas y la participación durante el desarrollo de las sesiones, así como el respeto al resto de usuarios y al profesional. En todas estas situaciones, el proceso llevado a cabo implica, en primer lugar, confrontar al usuario advirtiéndole sobre las consecuencias que derivarían de la continuidad en el tiempo de tal comportamiento y, en segundo lugar, siempre que el comportamiento persista, proceder a su baja en el programa.

5.1.2. Tasa y momentos de mayor riesgo de abandono

En este apartado se explora la tasa de abandono y los momentos en los que se producen mayor cantidad de bajas durante el programa de tratamiento, alcanzando así el primer objetivo de esta investigación.

Según las encuestas, de media, los grupos se componen de un total de entre 8 y 15 usuarios. En la experiencia de los profesionales, el 37,5% asegura que en algunas ocasiones los usuarios rechazan el programa incluso antes de haber dado comienzo, antes de la primera sesión. Según cuentan, suelen rechazarlo entre 1 o 2 usuarios por grupo, normalmente por causas referentes al idioma. Una vez se ha iniciado el programa de tratamiento, los profesionales encuestados manifiestan que de media 2,4 usuarios abandonan el mismo (máx.=6; mín.=0) y entre el 60 y el 70% de los usuarios lo finalizan de forma exitosa.

En relación con los momentos de mayor riesgo de abandono, el 88,2% de los profesionales encuestados afirman que estos se concentran entre la tercera y la décima sesión. El 11,8% restante manifiestan que el abandono suele producirse una vez se acerca la primera mitad del programa. Las entrevistas resultan de acuerdo con estos resultados, exponiendo que la mayoría de los abandonos se producen en el periodo que abarca desde el inicio del programa hasta la mitad del mismo, suponiendo este punto medio el momento en el que los usuarios resultan más propensos a no desistir en el programa al haber hecho un reseñable esfuerzo hasta entonces. En este sentido, la Profesional 11 señaló "una vez se llega al meridiano del programa hacen por terminarlo porque ya han pasado la mitad".

Durante las entrevistas, se les preguntó a los profesionales si las diferentes causas de abandono afectan al momento en el que este ocurre. Aunque no fueron capaces de relacionar motivos concretos con los momentos en los que ocurren los abandonos, sí concluyeron la mayoría que, durante la primera mitad del programa, los motivos de abandono suelen estar relacionados con decisiones propias por parte del usuario, mientras que, una vez pasada la segunda mitad del mismo, abandonan por motivos ajenos a ellos, principalmente por incompatibilidades. Así lo cuenta el Profesional 1: "Causas voluntarias, es decir, que no son por ingresos o por otras causas externas al usuario, creo, aunque no tengo datos, pero por la experiencia sí se daría más o menos en el primer tercio. En esa fase de resistencia de "esto es injusto", "Yo no tengo que estar aquí".

En las entrevistas, se profundiza en el grado de aprovechamiento que los profesionales consideran han obtenido los usuarios de manera previa a la baja o abandono. Solo se obtuvieron dos respuestas a esta cuestión, sin embargo, se consideran de especial interés. El Profesional 2 alude a que el grado de aprovechamiento es diferente en función del momento en el que tiene lugar el abandono. Si el abandono ocurre al inicio del programa, se da un bajo nivel de aprovechamiento de este por parte de los usuarios, sin embargo, si el abandono se produce en un momento posterior, el grado de aprovechamiento es mayor. Por su parte, la Profesional 6 establece una vinculación entre las causas del abandono y el grado de aprovechamiento. En este sentido: "Depende, los que son baja por cuestiones socioeconómicas suele ser un aprovechamiento que han tenido ha sido medianamente alto, depende del perfil, pero dentro de lo que cabe sí que les ha servido para algo todo el trabajo que han realizado hasta ahora. Si estamos hablando de un usuario que se da de baja por oposición al programa, sería prácticamente nulo, porque se ha negado a hacer introspección, a estar predispuesto para los contenidos y los mensajes de la terapeuta, entonces el aprovechamiento será prácticamente nulo. De hecho, a estos perfiles incluso les viene bien esta baja a algunos casos, porque entonces se dan cuenta de las consecuencias y en el segundo grupo es que repiten programa o les meten en otro grupo al año siguiente, suelen ir con una actitud mucho más predispuesta precisamente para que no haya un segundo abandono".

5.1.3. Causas del abandono

Las causas de abandono son diversas según los profesionales. Según puede verse en la Tabla 3, los motivos más recurrentes por los que los usuarios abandonan el programa de tratamiento según la encuesta son los problemas legales, concretamente, el ingreso en prisión y la revocación de la medida judicial (52,3%) y la incompatibilidad práctica por parte de los usuarios, principalmente la por motivos laborales y/o el cambio de residencia (52,3%). Estos resultados son apoyados por los testimonios de los profesionales. El Profesional 1 aseguró: "las bajas que he tenido a lo largo de estos años, básicamente o han sido por ingreso en prisión, pues o bien por quebrantamiento de la orden de alejamiento o por otras causas pendientes". Por su parte, la Profesional 11 explica su experiencia con los usuarios que han abandonado el programa debido al trabajo: "Son esas rotatividades las que han implicado más complicaciones en asistir a los grupos y hay muchísimos trabajos rotativos. O tienes un súper jefe que entiende tu situación y te permite hacerlo o si no es imposible".

El siguiente motivo destacado por los profesionales es el consumo de sustancias (18,2%), referido a las adicciones activas o a los problemas relacionados con el uso de drogas o alcohol. Los profesionales entrevistados explican que entre los usuarios que consumen, el abandono suele producirse porque no se persona a las sesiones o bien porque llega en un estado alterado habiendo consumido, lo que supone un incumplimiento de las normas del programa. Así lo narra la Profesional 7: "Estas personas causan baja muchas veces por acumulación de ausencias, pero otras veces porque son unos perfiles muy excitados que acaban de consumir. Entonces sí que se ve que viene gente como muy alterada, con consumos activos y otras personas que directamente, pues no vienen."

Otro de los motivos más repetidos, especialmente entre los profesionales entrevistados, son los problemas lingüísticos (9,1%) y los problemas económicos (9,1%). Por un lado, con respecto a las dificultades con el idioma, explican que los usuarios con este tipo de problemas suelen abandonar al inicio del programa ya que supone una barrera para entender los contenidos y actividades del programa. La experiencia de la Profesional 10 lo detalla: "Las primeras bajas suelen ser por el tema de la barrera del idioma. Muchas veces que nos pasan penados de otro lugar de origen y con problemas de idioma, a la hora de entender, o incluso escribir o poder hacer los ejercicios. Entonces, esa suele ser la principal barrera porque al final no se nutren del programa. No pueden participar, no lo entienden, están en la sala, pero no hacen nada". Ante estas situaciones, se ha encontrado que algunos usuarios intentan continuar en el programa trayendo un traductor externo o se apoyan con otro

compañero que les ayuda a traducir el contenido de las sesiones. Ambas situaciones han entorpecido el desarrollo de las sesiones y, eventualmente, el usuario ha terminado abandonado. En este sentido ha sido la experiencia de la Profesional 11: "He llegado a tener un grupo donde me llegaba la persona con el traductor. Eso ya no, porque esto es algo privado. Tú no puedes traer una persona externa porque estamos hablando de un grupo donde otras personas tienen que protegerse. Y de hecho fue una baja inmediata. He tenido también la situación de que había el caso de un programa donde estaban dos de la misma nacionalidad, entonces uno tenía más habilidades en entender y así hacía la traducción simultánea al otro, pero claro, eso son cosas que ralentizan el grupo, que hacen que no fluya."

Por otro lado, referente a los problemas económicos, estos dificultan sustancialmente la asistencia al programa por parte de los usuarios, incluso en unos de los casos, la Profesional 7 destaca que hay usuarios que se encuentran en situación de mendicidad: "Los motivos para baja es que tenemos a personas bastantes personas sin hogar. Es difícil intentar estabilizar una persona y trabajar ciertas cosas, y ni siquiera tiene una casa. La última baja ha sido por eso. Un chico que no tiene casa, no tiene un sitio donde dormir, ducharse, comer... pues este chico es normal que no venga al programa porque está buscándose la vida."

Tabla 3. Motivos principales de abandono

Motivos de abandono	Frecuencia (n)	Porcentaje válido (%)
Incompatibilidad horaria con el trabajo	23	52,3
Ingreso en prisión o revocación de la medida	23	52,3
Otros motivos	12	27,3
Consumo de sustancias	8	18,2
Dificultades con el idioma	4	9,1
Dificultades económicas	4	9,1
Dificultades a nivel cognitivo	2	4,5

Nota: No suma 100% porque puede haber más de un motivo

A lo largo de las entrevistas, se han detectado otros motivos que no han sido contemplados en la encuesta. En primer lugar, mencionan la baja motivación durante el programa. En este sentido, la Profesional 7 señaló: "la falta de motivación, o sea, es decir, la gente que pasa un poco de todo, por decirlo así más coloquial. Me vengo, esto no pasa nada, no se dan cuenta tampoco la gravedad de, pues es una medida judicial que si no vienes, pues tienen repercusiones. Esa falta de motivación o que no le dan la importancia que debe tener esto. En este tipo de casos cuando faltan suele ser al principio".

En segundo lugar, otros profesionales señalan que en ocasiones el usuario tiende a mostrar cierta falta de esfuerzo en lo que respecta a las tareas asignadas por parte del profesional e incluso actitudes confrontativas y agresivas: "A lo mejor no participa o las tareas las hace lo más reducidas posibles, no pone ningún esfuerzo. Por ese motivo también he tenido casos de dar un toque, de decir: "esto no es así, además, ya sabes que se firmaron unas normas de entrada, tienes que participar más. La tarea tiene esta extensión y tienes que mojarte un poco". Y pues se le acaba dando de baja y ese tipo de perfil es el que a la vez suele ser bastante confrontativo y agresivo" (Profesional 9).

En tercer lugar, los motivos de salud como enfermedad física, baja médica u hospitalización de larga duración también han sido señalados como motivos recurrentes de abandono.

En cuarto lugar, los profesionales destacan los casos de usuarios que dejan de asistir sin ningún motivo justificado, aunque estas situaciones se producen de forma puntual. Así lo explica el Profesional 9 "Vino y me dijo que solo iba a faltar 4 días por temas de médicos (...) Luego vimos que un día que vino hasta el CIS y se fue al bar".

Por último, los profesionales destacaron como causa del abandono las actitudes de resistencia o adaptación al programa por parte de los usuarios. En este sentido, la Profesional 11 destaca "Y hay casos obviamente, donde las conductas son disruptivas y tal y que ha implicado una baja porque, mira, estás en modo boicot. Porque si hay una resistencia constante sí que lo decimos hay que generar una baja porque no lo podemos mantener porque se produce mucho revoloteo y en primera persona. El año pasado he sufrido una situación de mucho malestar, de tener que cerrar sesión, una sesión en online porque había muchísimo desafío, muchísima, muchísima agresividad".

5.2. Perfil de los usuarios que abandonan el programa de tratamiento

Con la finalidad de alcanzar el segundo objetivo de esta investigación, en este apartado se describen las características de los usuarios que acuden a los programas de tratamiento, incidiendo en el perfil común de aquellos que no finalizan el programa.

5.2.1. Características sociodemográficas

El 58,7% de los profesionales encuestados no logran destacar características comunes entre las personas que abandonan el programa de tratamiento. Sin embargo, a lo largo de las entrevistas, dos profesionales sí lograron apuntar hacia el esbozo de un perfil sociodemográfico de los usuarios que abandonan: usuarios jóvenes, en su mayoría, extranjeros y/o con factores de exclusión social. Así lo cuentan:

"Básicamente el perfil sería entre 20 y 30- 35 años. Es decir, más joven y con otros factores de exclusión social: problemas laborales, familiares y de consumo. Si tuviese que hacer así un perfil medio, sería ese." (Profesional 1).

"La nacionalidad. Vamos, los que son españoles suelen abandonar menos. Quizá lleven asociadas más creencias machistas o no confían tanto en el sistema español o no se lo tomen tan en serio por desconocimiento. También la edad. Los que son así muy jóvenes que entran incluso con veinti-pocos años... o sea, la madurez que tengan, yo creo que influye porque se lo toman mucho menos en serio." (Profesional 9).

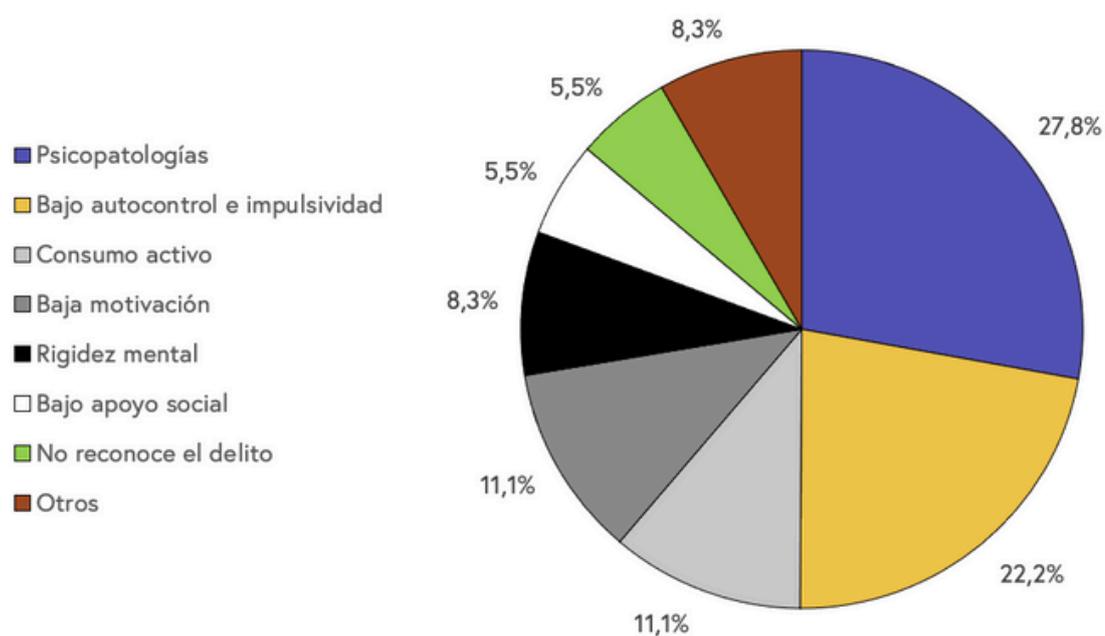
Contrariamente, otros profesionales afirman que los perfiles que han abandonado se caracterizan por tener un nivel socioeconómico medio-alto, cuyas responsabilidades laborales y/o actitudes les impiden continuar con el programa. Así lo cuentan las profesionales: "Igual los veo de un perfil más alto al que dan prioridad y tiene una responsabilidad, pues también tiene un trabajo y capacidad económica y no quieren dejar ni quedar mal en la empresa y decirle a la empresa que tienen este programa, que tiene una medida judicial. Son gente que es normalmente suele ser más responsable en general" (Profesional 7).

Es interesante también destacar la reflexión que hace una de las profesionales en torno a cómo afecta la posición ocupada en la vida laboral del individuo en su actitud de resistencia frente al programa. La Profesional 9 alude de esta manera a ello: "Que haya tenido o desempeñado algún puesto más de autoridad es como que se le hace menos tolerable. Y al final, no es que abandone, pero busca el abandono y que le eches".

5.2.2. Factores psicológicos de riesgo

Por otro lado, el 71,7% de los profesionales encuestados detectan características psicológicas de riesgo comunes entre los usuarios que abandonan el programa de tratamiento. Entre ellas, tal como refleja el Gráfico 3, destacan principalmente la presencia de psicopatologías (27,9%) y bajo autocontrol e impulsividad (22,2%). Otros factores de riesgo identificados son el consumo activo de sustancias (11,1%) y la baja motivación a participar en el programa (11,1%).

Gráfico 3. Características psicológicas que son consideradas factores de riesgo de abandono



Pese a que en las encuestas se señala la presencia de trastornos mentales como un factor de riesgo psicológico de importancia para el abandono, es interesante resaltar cómo el testimonio de los profesionales entrevistados apunta a que uno de los criterios de exclusión para la selección de usuarios participantes en los programas es que no presenten problemas de salud mental graves. Sin embargo, es tal y como la Profesional 7 reseña que dicho cribado no siempre se realiza de manera correcta: "Yo entiendo que sea difícil de cribar porque de los criterios de exclusión de los Grupos es que no tengan problemas de salud mental grave que hable en castellano perfectamente, que sepan hablar y escribir... pero a veces no se cumple. A veces es un cajón de sastre y pues si tiene un delito de violencia ya le asignan este grupo".

Otra cuestión de interés que ponen de relieve las entrevistas es la influencia del componente cultural, como puede ser a través de la generación a la que pertenece la persona, país de origen, religión y las costumbres de crianza. Todas estas pueden influir en los aprendizajes realizados a lo largo de la vida y los esquemas cognitivos, que a su vez pueden influir en la motivación, y abandono del programa, así como en ideas preconcebidas entorno a los temas tratados en el mismo (gestión emocional, funcionamiento de las relaciones afectivas, normas de conducta en las relaciones de pareja, construcción de la masculinidad, etc). En este sentido la opinión de alguno profesionales es la siguiente:

"Quizá lleven asociadas más creencias machistas, o no confían tanto en el sistema judicial español, o que no se lo tomen tan en serio por desconocimiento" (Profesional 9).

"Hay mucha gente que viene del este, gente muy dura, y gente musulmana también. Y pues bueno, tienen ideas muy distintas a las que encuentran aquí. A veces es difícil jugar con todo eso y más con el papel de mujer, ¿no? Porque además hay contenidos y cosas muy explícitas de, pues toda la libertad sexual, de la libertad de muchas cosas. Y también puede generar muchos debates y muchas confrontaciones" (Profesional 7).

Del testimonio de los profesionales entrevistados se desprende la dificultad para trabajar elementos psicológicos que pueden suponer un riesgo para el abandono ya que estos aparecen en conjunto con otros factores de riesgo como pueden ser los culturales o socioeconómicos. El Profesional 2 refiere a ello de la siguiente forma:

"Suelen ser usuarios, lo que está un poco que igual reconocen muy poco lo que les pudo pasar, que vienen con una motivación muy baja, y que su situación socio laboral es también complicada, y en total que tienen problemas multifactoriales. Vamos, que tienen unas vidas poco estables y entonces, pues bueno, tienen un bajo sentido de la responsabilidad y, bueno, pues dejan de acudir al tratamiento como lo han hecho con otras cosas, con la orden de alejamiento o los trabajos en beneficio de la comunidad".

5.3. Adherencia a los programas de tratamiento

En este apartado se presentan los resultados referentes a las encuestas y a las entrevistas en relación con aquellos factores que favorecen el cumplimiento y la adherencia a los programas de tratamiento, centrándose así el tercer objetivo de esta investigación. Por una parte, se señalan aquellos factores de tipo práctico que favorecen la asistencia y continuidad de los usuarios en los programas y, por otra parte, se presentan aquellos elementos y características del programa que favorecen la adherencia y vinculación al mismo.

5.3.1. Adaptaciones que favorecen el cumplimiento del programa

Para garantizar que los usuarios acudan y finalicen el programa de tratamiento, la propia Institución y las Entidades Colaboradoras pueden ofrecer ciertas facilidades.

Durante el desarrollo de las entrevistas, los profesionales han mencionado tres aspectos cuya finalidad es hacer posible que los usuarios compatibilicen la asistencia al programa con sus responsabilidades laborales y personales. En primer lugar, respecto a la posibilidad de ofrecer diferentes horarios, que suele depender de los recursos propios o a través de las Entidades Colaboradoras, de los que dispone cada CIS. Principalmente, esos horarios se dividen en impartir el programa por la mañana, o bien, por la tarde, aunque un profesional ha mencionado que en su caso también ofrecen la posibilidad de realizar el programa de tratamiento en fin de semana. En este sentido, la mayoría de los profesionales entrevistados mencionan que en los programas impartidos durante el horario de mañana tienden a producir más bajas debido a las incompatibilidades laborales. En consecuencia, el horario de tardes es el más solicitado. La experiencia de la Profesional 7 lo ejemplifica:

"Por ejemplo ahora lo estoy haciendo los lunes a las 18:00 de la tarde, pues hay gente que justo sale un poquito antes o llega tarde. Sí, los programas suelen ser como por la tarde de última hora, porque pues si lo pones un lunes por la mañana y trabajan es imposible. A no ser que tenga una buena relación con la empresa o sepa un poco su situación y les dejan en ese momento, pero sí que es verdad que por eso también se intenta hacer los programas a esos horarios para que puedan acudir".

Es de interés mencionar que muchos profesionales han destacado durante las entrevistas que hay muchas resistencias al inicio del programa con los horarios de estos, independientemente de cuál sea. Tal como lo describe el Profesional 1 "Parece que todos los horarios les vienen mal", aunque con el transcurso del programa esas resistencias se reducen al producirse una adaptación a ellos.

También mencionan que, en fases iniciales, el usuario puede solicitar el cambio de horario (denominado cambio de grupo) si le resulta ciertamente complicado acudir a las sesiones del programa. Tal como explica la Profesional 11: "En los PRIA-MA se ha intentado cambiar de grupo, pero en las fases iniciales. Siempre cuando se trate de una persona que ves que es capaz, que tenga las habilidades suficientes para integrarse. Es más un intentar facilitarles la vida a esas personas y a ser posible que cumpla la medida".

Otra de las adaptaciones que adoptan es la realización de las sesiones mediante metodología online. Esta alternativa empezó a emplearse en el año 2020 como consecuencia de la crisis sanitaria causada por el COVID-19. Desde entonces, algunas entidades han mantenido dicha modalidad en algunos grupos.

Los datos de la encuesta muestran que el 46,6% de los profesionales imparten o han impartido los programas de tratamiento de manera exclusivamente presencial, el otro 46,6% lo hacen en modalidad semi-presencial y el 6,2% restante, imparten o han impartido los programas en modalidad exclusivamente online. Cuando se les pregunta sobre si la modalidad facilita o no la participación en el programa, el 61,1% aseguran que sí, mientras que el 38,9% restante no lo consideran. Es interesante la matización sobre esta cuestión qué deriva de los resultados de las encuestas trasladadas a los profesionales, y es que, pese a que la mayoría considera que la modalidad online favorece la participación de los usuarios, es cierto que el 52,9% afirma que los conocimientos y temas tratados no se adquieren o asumen de igual

manera. Esta última idea también es defendida por la Profesional 7 en su entrevista "Después de pandemia sí que se hicieron bastantes grupos online. ¿Qué hemos visto en este en estos grupos? Que suelen ser más desastre. Les veías en las sesiones, pues desconectados, viendo la tele por detrás, con el niño o la pareja nueva o la antigua al lado... Con poca privacidad también para el resto de los compañeros. Entonces ya hemos decidido este año que todo presencial. Además, es que, de forma terapéutica, la verdad que la validez y la eficacia era bastante menor". En este sentido, la Profesional 6 también aclara "Sí, creo que hay más bajas en los presenciales porque al final hay desplazamientos y al final suponen que "no solo le pido a mi jefe dos horas, sino que le pido 4 porque necesito ir y volver". Sin embargo, en telemático yo siempre les digo "a ver trabajando, conduciendo, no os podéis conectar, pero si tenéis auriculares o trabajáis con una furgoneta aparcáis la furgoneta y os conectáis parados que es un espacio privado os podéis conectar". Entonces el tiempo que conlleva el desplazarte, en online desaparece, con lo cual...".

Otro factor que fue referido como relevante para favorecer la participación de los usuarios fue la información previa proporcionada por Juzgados, abogados, Centros de Inserción Social, etc a los usuarios derivados a los programas terapéuticos. Esta información previa se refiere a los objetivos del programa, duración, tareas a realizar, normas de cumplimiento y las posibles consecuencias ante el incumplimiento. El Profesional 1 indicó "Sin duda, y la primera dificultad es la información previa que reciben. Ya te digo que la información que no se la dan ni en el juzgado, ni se la da tampoco su abogado. No sé de quién es la responsabilidad realmente ¿vale? Y en gestión de penas pues, depende, porque ahí tengo mis dudas de si es que no se lo explican o que los usuarios no lo quieren entender. Pero llegan al primer contacto con el grupo sin ningún tipo de información". Esta carencia informativa parece ser resuelta por parte de los profesionales que imparten el programa durante la primera sesión, o en las sesiones individuales de entrevista inicial, orientada a conocer las peculiaridades individuales de cada usuario, su historia personal y fomentar su motivación hacia el programa. En palabras de la Profesional 5: "Entonces yo lo que hago es, mira, hoy os lo explico todo en la primera sesión, lo dejo claro, respondo dudas y todas las veces que necesitéis os lo explico". Se destacan las palabras de la Profesional 6 al respecto:

"Sí, porque la entrevista inicial tiene parte de entrevista motivacional. Con lo cual es verdad que no tiene un peso mayor que el vínculo, porque al final la entrevista también sirve para esto: para generar el vínculo y es como el primer paso. La entrevista motivacional les ayuda mucho a también coger este enlace con el programa, y sobre todo esta reducción de resistencias (...) Totalmente, totalmente, eh... o sea yo creo que todos llegan con una información de, bueno, me han dicho que venga este día, a esta hora, pero no saben cuánto dura el programa, no saben cuánto duran las sesiones, no saben si va a haber vacaciones o no va a haber vacaciones... no saben casi nada. Cuando les dices "son 34 sesiones y las sesiones son como dos horas", dicen como "wow, yo tenía idea de que esto iban a ser dos horas todos los días una vez a la semana". Y, claro, como es una noticia impactante, novedosa en la que ellos se tienen que organizar (cosa qué, generalmente, gestión del tiempo no tienen), supone un aumento de resistencia al primer día. O sea, el primer día es una guerra constante de combatir las resistencias, poner límites, poner normas claras y adaptarse a ello, y yo creo que si hubiera más información previa habría menos resistencias, habría mucha más organización del primer día y no, no ocuparían tanto tiempo en la adaptación, ya habría más velocidad en esto."

En este sentido, las encuestas muestran que el 56,2% de los usuarios fueron informados correctamente de manera previa sobre los objetivos (todos o la mayoría), el 75% fue informado debidamente de su duración, el 46,9% lo fue sobre las tareas a realizar, el 65,6% fueron informados sobre las normas de cumplimiento y el 78,1% de las consecuencias.

5.3.2. Factores que favorecen la adherencia al programa de tratamiento

En cuanto a las estrategias para evitar el abandono el 89,1% de los profesionales encuestados afirma adoptar alguna para favorecer la continuidad del usuario y su adherencia al programa. En las encuestas se mencionan cinco estrategias representadas en la Tabla 4.

Tabla 4. Principales estrategias para evitar el abandono

Estrategias	Frecuencia (n)	Porcentaje válido (%)
Motivar y dar importancia al programa	14	34,1
Vínculo terapéutico	8	19,5
Charlas individuales	7	17,1
Cohesión grupal	7	17,1
Fomentar la participación	2	4,9
Otras estrategias	2	4,9

La más frecuentemente señalada es motivar y hacerles ver a los usuarios la importancia del programa de tratamiento (34,1% de los profesionales la emplea). En este sentido, durante el desarrollo de las sesiones, los profesionales mencionan la importancia de cumplir con el programa, los beneficios personales y aprendizajes que obtendrán y la satisfacción al completar su medida. La siguiente estrategia más prevalente hace referencia a crear y reforzar el vínculo entre el usuario y el profesional, a lo que se denomina vínculo terapéutico (19,5%). Una de las profesionales entrevistadas detalla su experiencia: "Si hay alguna forma de vincularse contigo, hacen como más esfuerzo o por no faltar, o compatibilizar las cosas que tengan. Yo creo que sí, que el vínculo es algo que siempre tiene que ver en que no tiren la toalla" (Profesional 4). Seguidamente, otra de las estrategias mencionadas por los profesionales es fomentar la cohesión del grupo. En este sentido, generar un ambiente de confianza entre los usuarios y trabajar el vínculo entre ellos ha sido interpretado como un factor que mejora la adherencia a los programas de tratamiento. La Profesional 8 explica que: "Al estar cohesionados les costaba más no venir. O sea, llega un momento en que le veías que venían y tenían como su grupito, como que venían a gusto. Se genera un compromiso entre ellos, sí. Más que incluso que la alianza conmigo". En la misma dirección, el 52,9% de los profesionales encuestados afirman que la modalidad online dificulta la cohesión grupal lo que, consecuentemente, dificulta el desarrollo de las sesiones. La Profesional 11 explica que el único grupo online que ha llevado a cabo funcionó porque los usuarios ya se habían conocido previamente. Así lo explica: "Atender a los grupos a través del online durante la pandemia fue un cachondeo. Las primeras interacciones, las expresiones... La diferencia es que eran grupos que ya se habían conformado presencialmente y yo ya sabía quién era quién y eso fue más fácil. Simplemente se había cambiado el formato, pero se veía un aprovechamiento del programa".

Otra de las estrategias mencionadas por los profesionales encuestados es hablar con ellos de forma individual (17,1%). Por último, aunque en menor frecuencia (4,9%), los profesionales encuestados intentan garantizar la participación de todos los miembros del grupo durante las sesiones con tal de favorecer su continuidad en el programa. En este sentido, la Profesional 7 detalla que "Saber gestionar los tiempos de cada uno y cerciorarse que todos tengan un poco de protagonismo porque, sí que es verdad que, al ser 15 personas, que me parecen muchísima para un programa como este. Hay que dar espacio un poco a todo el mundo. Mucha gente que he tenido el mismo tema y te dice "jolín, no para de hablar todo el tiempo y yo no he podido hablar". Otras estrategias han sido mencionadas por los profesionales encuestados como adaptación del terapeuta y ayudar individualmente a los usuarios con las actividades a realizar.

Por parte de los profesionales entrevistados se menciona una cuestión de relevancia en la adherencia y vínculo con el profesional que tiene que ver con el factor género. Algunas profesionales destacaron que el hecho de ser una mujer quien imparte el programa de tratamiento a veces implica mayores dificultades. Por ejemplo, la no aceptación de la figura de autoridad por parte de los usuarios cuando la profesional que imparte el programa es mujer, consecuencia ello de las creencias machistas que tienen asumidas.

"Este formato de hacerlo entre 2 personas sirve y es más eficaz. Ahora mismo estoy haciendo el PRIA-MA con un compañero hombre además de avanzada edad, mayor, entonces puede ser que los dos perfiles de terapeutas sean diferentes totalmente diferentes influye bastante. Por ejemplo, para trabajar el tema de nuevas masculinidades, no trabajar un poco la parte femenina. Toda esa parte la trabaja él y la trabaja muy bien y la parte de la sexualidad, no. Sí que es verdad que veo que pueden avanzar más, pero bueno, me dicen "no, tú como eres una mujer, tú no sabes" como esa parte masculina en el hombre mientras que, en otros aspectos, para trabajar la empatía con la víctima y las emociones puedo ahí yo ocupar más espacio. La parte como más emocional la delegan más en mí" (Profesional 7).

5.4. Diferencias en el abandono del PRIA-MA y el PCAS

Por último, para alcanzar el cuarto y último objetivo de esta investigación, en este apartado se exponen las diferencias percibidas en cuanto al abandono entre el programa de tratamiento dirigido a agresores de pareja (PRIA-MA) y a agresores sexuales (PCAS).

Pese a que las diferencias detectadas no son muchas, sí se han identificado diferencias en relación con la tasa de abandono y las características psicológicas de riesgo para el abandono entre los usuarios de ambos programas.

Según los resultados de la encuesta, más del 70% de los usuarios que inician el programa de tratamiento PCAS lo finaliza, mientras que los usuarios que participan en PRIA-MA la cifra se reduce al 60%. Con ello, se indica que la tasa de abandonos del programa de tratamiento es superior en el caso de PRIA-MA con respecto al programa dirigido a agresores sexuales, PCAS. La Profesional entrevistada 5, asume una explicación a este fenómeno que resulta de especial interés "Fíjate qué, que es por el tipo de delito, o sea el delito de abuso sexual, sobre todo en infantil y todo esto como que a nivel social está mucho más penado. Entonces, la culpa que ellos llevan es muchísimo más grande entonces es como que, venga, tengo que cumplir todo lo que sé, todo lo que me ha dicho, por lo menos para sentirme yo mejor y saber que estoy haciendo el bien".

En las encuestas también se destacan algunas diferencias en cuanto a los factores psicológicos de riesgo en la posibilidad de abandono de uno y otro programa. En este sentido, los usuarios que abandonan el programa de tratamiento PCAS se caracterizan por una menor apertura durante las sesiones del programa, dificultando adquirir los aprendizajes y hábitos trabajados. De hecho, los profesionales entrevistados los definen como usuarios más "retraídos e introvertidos" y, como describe el Profesional 2 "Les cuesta mucho más hablar de lo que ha sucedido". Por el contrario, los usuarios del programa de tratamiento para agresores de pareja se caracterizan por una conducta más desafiante y de oposición con el programa.

Por último, es de interés señalar que, según los profesionales entrevistados, los usuarios del programa PCAS tienden a tener una red de apoyo nula o escasa, mientras que los usuarios del PRIA-MA cuentan con más apoyo de familiares y de conocidos. Así lo detalla la Profesional 6: "Los PCAS tienen una red social muchísimo más limitada, normalmente, que los PRIA. Sobre todo, cuando hay abuso sexual infantil. Cuando hay abuso sexual infantil puedo decirte que una red social, muy, muy limitada".

6. CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta investigación es ahondar en el conocimiento sobre el abandono de los programas de tratamiento en agresores de pareja y sexuales condenados una pena comunitaria, con la finalidad de poder prevenir y reducir dicho fenómeno, mejorando así la eficacia de los programas de tratamiento y la protección de las víctimas.

Tras el análisis de las respuestas a la encuesta y a las entrevistas a profesionales y terapeutas dedicados a la intervención de estos agresores, se concluye que entre el 60% y el 70% de los usuarios que conforman los grupos de tratamiento logran finalizar el programa, lo que sitúa la tasa de abandono entre alrededor del 30%. Las sesiones que registran mayor volumen de abandonos son las comprendidas entre la cuarta y la décima sesión, cuyos motivos de abandono suelen ser a voluntad del usuario a través de acumulación de ausencias a las sesiones. Sin embargo, una vez se ha alcanzado la mitad del programa, el riesgo de abandono es considerablemente bajo y, en el supuesto de tener que abandonar el programa, según los profesionales, las razones acostumbra a ser ajenas al usuario. Se han identificado ocho motivos principales de abandono, entre los que destacan ingresos en prisión e incompatibilidades horarias debido a las ocupaciones laborales.

Con respecto al perfil de los usuarios que abandonan el programa de tratamiento, los profesionales destacan usuarios jóvenes, mayormente extranjeros que no dominan el idioma y de un nivel socioeconómico bajo. También es de interés destacar un perfil de usuarios de un nivel socioeconómico alto, con cargos significativos en sus puestos de trabajo, que suelen abandonar el programa debido a resistencias y actitudes de oposición al programa. Entre los factores de riesgo que caracterizan a los usuarios que abandonan, destacan un bajo control de la impulsividad y la ira, consumo activo de sustancias durante el desarrollo del programa y la presencia de psicopatologías. Estos dos factores detectados rivalizan con los criterios de exclusión de dichos programas de tratamiento, lo que ha llevado a los profesionales entrevistados a reflexionar sobre la complejidad que supone derivar a los usuarios correctamente a un programa de tratamiento específico.

En relación con los factores que mejoran el cumplimiento del programa, los profesionales diferencian entre aspectos formales y estrategias utilizadas.

Por un lado, en referencia a los aspectos formales de la intervención, los profesionales reseñan, en primer lugar, la importancia de disponer de sesiones impartidas en diferentes horarios, resaltando que las sesiones impartidas por las tardes tienen más participación que las ofertadas por la mañana debido a los horarios laborales. En segundo lugar, destacan la posibilidad de poder cambiar de grupo a un usuario en las primeras etapas del programa, debido a horarios o incompatibilidades. Los profesionales explican que, de esta forma, logran que el usuario pueda compatibilizar la asistencia con el resto de sus responsabilidades. En tercer lugar, identifican que la metodología online facilita la asistencia a las sesiones del programa pues los usuarios pueden prescindir del tiempo de desplazamiento al centro dónde se imparte. Sin embargo, dicha metodología también es criticada por algunos de los profesionales. Estos puntualizan que, pese a que las sesiones online favorecen la asistencia, estas son menos eficaces, pues la atención que se le presta al profesional no es la misma que estando físicamente presentes en la misma sala, los aprendizajes no se adquieren igual y la construcción de la cohesión del grupo se dificulta, lo que dificulta que los usuarios se abran y compartan experiencias o reflexiones durante la sesión. Por último, en cuarto lugar, los profesionales destacan la información facilitada previamente al usuario antes del inicio del programa permite un mejor ajuste de las expectativas y objetivos a seguir.

Por otro lado, los profesionales ejecutan una serie de estrategias con la finalidad de mantener a los usuarios durante todo el desarrollo del programa de tratamiento entre las que destacan estrategias de motivación, fortalecimiento del vínculo entre el usuario y el profesional, de fomento de la cohesión del grupo, la posibilidad de poder tratar de forma individual aspectos más personales de los usuarios, dar lugar y espacio a todas las opiniones de los usuarios durante las sesiones y, finalmente, contar con la participación de dos profesionales de distinto género. Este último factor es destacado entre los profesionales pues, según su experiencia, los usuarios reciben mejor las devoluciones terapéuticas o se abren más en distintos temas con profesionales de un género u otro, debido a los esquemas preconstruidos respecto al género. Por ejemplo, ha habido profesionales a las que los usuarios han juzgado que no podían empatizar con ellos por ser mujeres.

Por último, entre las diferencias destacadas entre los programas dirigidos a agresores de pareja y agresores sexuales, los profesionales destacan que la tasa de abandono es inferior entre los agresores sexuales. Esto es debido, según su experiencia, al estigma y alarma que hay alrededor de los delitos contra la libertad sexual, lo que les lleva a tomar mayor conciencia de la gravedad del delito y querer cumplir la medida alternativa a prisión de forma más efectiva. También entre los agresores sexuales suele haber más dificultades para que compartan experiencias u opiniones durante las sesiones, lo que, consecuentemente, obstaculiza adquirir habilidades y aprendizajes. Finalmente, se identifica que los casos de agresión sexual, especialmente a menores destaca una red social más débil o nula, mientras que en los agresores de pareja el principal problema reside en actitudes hostiles, de rechazo y oposición a participar en el programa.

7. RECOMENDACIONES

Una vez expuestos los resultados de esta investigación, a continuación, se proponen una serie de recomendaciones para poder reducir la tasa de abandonos en los programas de tratamiento por delitos de violencia de género y violencia sexual.

En relación con el perfil de usuarios con mayor riesgo de abandonar se proponen las siguientes sugerencias para atender las necesidades específicas que suponen el aumento de riesgo:

- La presencia patologías mentales graves y consumo activo de sustancias son identificados como factores de riesgo de riesgo para el abandono. Estas circunstancias deberían de ser evaluadas en las entrevistas iniciales del programa. Pese a que ambos factores son criterios de exclusión del programa de tratamiento, la presencia de estos dificulta no solo la asistencia al programa, sino que también obstaculiza aprovechar los conocimientos y la adquisición de habilidades que se trabajan durante el programa de tratamiento. La correcta identificación de estos casos puede permitir derivar a estos usuarios programas específicos que aborden estas necesidades. Poder derivar a estos usuarios a programas específicos para trabajar estas necesidades previas antes de derivarles a programas para cumplir su condena podría tener resultados más positivos.
- Las situaciones socioeconómicas precarias y de mendicidad son una de las causas de abandono. Estos usuarios dejan de asistir a los programas de tratamiento debido a que su prioridad principal es poder cubrir sus necesidades básicas. Asegurarse de que los usuarios puedan mantenerse a sí mismos o proponer soluciones a estas situaciones mejoraría la eficacia de los programas de tratamiento.
- De forma similar las dificultades con el idioma en el caso de personas extranjeras son un obstáculo para la adherencia al programa, habiendo casos que no comprenden bien la obligación de asistir, o asisten a las sesiones, pero se pierden al seguir los contenidos y conversaciones, haciendo que terminen por desconectar. En este aspecto sería necesario explorar posibles soluciones. Por ejemplo, la realización de un curso de idioma previo a realizar el programa.

- En el caso del programa PCAS, en especial casos de agresión a menores, se detecta una mayor carencia de red social y dificultad de apertura. En estos casos es especialmente valioso fomentar la cohesión y confianza grupal, de forma que estos casos puedan vincular con el resto de los miembros del grupo y comenzar a abrirse, fomentando la adherencia y permitiendo empezar a trabajar terapéuticamente estas necesidades.
- En el caso del programa PRIA-MA, hay mayor riesgo de abandono en los casos que presentan mayor oposición y rechazo al programa por lo que en grupos que se detecten estos casos es recomendable reforzar la fase de motivación y beneficio personal que puede suponer el programa, trabajando terapéuticamente para reducir el conflicto interno con el cumplimiento.
- Usuarios más jóvenes e impulsivos pueden tener mayor riesgo de abandono al no valorar correctamente la importancia del cumplimiento, por lo que, si se detectan estos casos en las primeras sesiones o en la entrevista inicial, se puede hacer un trabajo de concienciación respecto a la obligatoriedad del cumplimiento y posibles consecuencias del abandono.
- Se identifica también mayor riesgo en perfiles socioeconómicamente más acomodados, habitualmente con puestos de trabajo significativos a los que dan mucha importancia y por tanto priorizan respecto al cumplimiento del programa. De forma similar al punto anterior, se puede trabajar la toma de conciencia de la obligatoriedad de cumplimiento y las posibles consecuencias del abandono.

Los profesionales también han aportado una serie de estrategias que ya realizan actualmente y que tienen resultados positivos para evitar el abandono de algunos casos:

- Fomentar la integración de todos los usuarios que conforman el grupo, haciendo dinámicas de cohesión para que estos sientan que están en un espacio seguro, de confianza, libre de prejuicios dónde la finalidad última es el cambio personal. En este punto se incluye fomentar la participación activa de los usuarios, de forma que todos hablen y tengan espacio en el grupo. Esto aumenta su sensación de involucración e interés en el programa, suele mejorar el aprovechamiento y conectar con una sensación de recompensa personal cuando empiezan a notar diferencias en sí mismos, en su día a día y sus relaciones con los demás.
- Fomentar la alianza terapéutica y vínculo entre el/la profesional y el usuario. Esto aumenta la adherencia y motivación hacia el programa. Hablar individualmente con los usuarios, conocer su historia y prestar atención a sus necesidades fomenta esta buena alianza. Las entrevistas iniciales son una buena herramienta para generar dicha alianza.

- La atención individual en caso de necesidad ya sea para realizar las tareas (por ejemplo, sentarse a explicar una actividad en más detalles; o flexibilizar en su cumplimiento por ejemplo permitiendo que la entreguen por escrito o de forma oral) o de hablar individualmente en caso de necesidad (por ejemplo, resolver una consulta personal al terminar la sesión) también ayuda a reducir el riesgo de abandono de los usuarios. Este apoyo individual contribuye a fortalecer la alianza terapéutica y también el aprovechamiento y beneficio personal de los usuarios del programa, mejorando su motivación y adherencia.
- Contar con la participación y coordinación con otros recursos por los que poder solventar otras cuestiones ajenas al programa de tratamiento. Muchos de los profesionales explican que los usuarios presentan necesidades que no tratadas debido a que se alejan de los objetivos del programa (consumos activos, problemas de salud mental...). Poder notificar estas necesidades y contar con el apoyo de otros recursos al que poder derivar dichos usuarios facilitaría la intervención.

Además de la correcta identificación de necesidades y derivación, y las estrategias de los profesionales al aplicar el programa, se identifican también otras recomendaciones que facilitan la adherencia:

- Fomentar el mantenimiento de los usuarios en el programa hasta al menos la mitad del mismo, momento en el que el riesgo de abandono se reduce. El momento de mayor riesgo de abandono es entre las sesiones tres y diez, ya sea por dificultades ya mencionadas (de idioma, de consumos, socioeconómicas, etc) o por la falta de motivación y organización que supone dejar de asistir a las sesiones. Estos segundos casos suelen mostrar priorizar otras obligaciones y responsabilidades, como el trabajo. Sin embargo, a partir de la mitad del programa el riesgo de abandono se reduce. Por tanto, será necesario prestar más atención a estos casos de riesgo durante esta primera mitad crítica del programa, insistiendo y tratando de apoyar su asistencia de forma que puedan estabilizarla.
- Facilitar información previa a los usuarios que les permita crear expectativas realistas y gestionar su propia organización antes de iniciar el programa. La información sobre los objetivos del programa, su duración, obligatoriedad, normas y consecuencias del incumplimiento. Que la información que se reciba en los pasos previos a la llegada al programa (juzgados, a través de abogados, en los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas, etc) sea coherente y suficiente reduce la sensación de incertidumbre y frustración en los primeros momentos del programa.

- Concienciación de los deberes y derechos legales del cumplimiento, dado que, aunque el programa es de obligado cumplimiento debido a una sentencia judicial, el usuario también dispone de una protección legal para este cumplimiento, pudiendo reclamar este derecho en el trabajo.

Varias de estas estrategias y recomendaciones son generales para la aplicación de estos programas (por ejemplo, fomentar la cohesión grupal y alianza terapéutica, o la información previa que se da a los usuarios antes de llegar al programa). Otras, sin embargo, deben ser tenidas en cuenta dependiendo del caso concreto que se presente. Por tanto, se considera especialmente valioso realizar una buena detección de necesidades al inicio del programa, ya sea en la derivación, las entrevistas individuales o las primeras sesiones, de forma que se pueda identificar qué estrategias potenciar en cada caso.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón Delicado, B. (2023). Valoración de PRIA-MA como medida para erradicar la violencia de género en el medio alternativo a la prisión. *Revista Electrónica de Criminología*, 16(07), 1-12.
- Arias, E., Arce Fernández, R., Vázquez, M. J., y Marcos, V. (2020). Eficacia del tratamiento en la competencia cognitiva en sentenciados por violencia de género. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 36(3), 427–435. <https://doi.org/10.6018/analesps.428771>
- Baptista, R. R. O., y Tagliamento, G. (2021). Effectiveness of interventions with male perpetrators of violence against women: A narrative review. *Aggression and Violent Behavior*, 58, 101583. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101583>
- Carl, L. C., y Lösel, F. (2021). When sexual offender treatment in prison-based social-therapeutic treatment is not completed: Relationship to risk factors and recidivism after release. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 31(1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/cbm.2220>
- Cunha, O., Pedrosa, J., Silva Pereira, B., Caridade, S., de Castro Rodrigues, A., y Braga, T. (2024). Intervention program dropout among perpetrators of intimate partner violence: A meta-analysis of correlated variables. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(4), 2735-2751. <https://doi.org/10.1177/15248380231224036>
- 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>

- Grady, M. D., Edwards, D., y Pettus-Davis, C. (2015). A longitudinal outcome evaluation of a prison-based sex offender treatment program. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 27(1), 1079063215585731. <https://doi.org/10.1177/1079063215585731>
- 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*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10790632221139166>
- Harrison, J. L., O'Toole, S. K., Ammen, S., Ahlmeyer, S., Harrell, S. N., y 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/10.1080/13218719.2018.1485526>
- Larochelle, S., Diguier, L., Laverdière, O., y Greenman, P. S. (2011). Predictors of psychological treatment noncompletion among sexual offenders. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 552–562. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.004>
- Ministerio del Interior. (2023). *Informe sobre delitos contra la libertad sexual 2023*. Gobierno de España.
- 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>
- Novo, M., Fariña, F., Seijo, M. D., y Arce, R. (2012). Assessment of a community rehabilitation programme in convicted male intimate-partner violence offenders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 219-234.

- Nunes, K. L., y Cortoni, F. (2008). Dropout from sex-offender treatment and dimensions of risk of sexual recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 35(1), 24-33. <https://doi.org/10.1177/0093854807309037>
- Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. (2022). *XVI Informe anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer*. Ministerio de Igualdad.
- Oliveira-Rocha, I. C., y Marins-Valença, A. (2023). The efficacy of CBT-based interventions for sexual offenders: A systematic review of the last decade literature. *International Journal of Law and Psychiatry*, 87, 101734.
- Olver, M. E., y Wong, S. C. P. (2009). Therapeutic responses of psychopathic sexual offenders: Treatment attrition, therapeutic change, and long-term recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 328–336.
- Redondo-Illescas, S., y Mangot, A. (2017). Génesis delictiva y tratamiento de los agresores sexuales: Una revisión científica. *Revista Electrónica de Ciencias Criminológicas*.
- Rivera González, G., Romero Quintana, M., Labrador Muñoz, M. A., y Serrano Sáiz, J. (2005). *El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario*. Ministerio del Interior – Secretaría General Técnica.
- Ruiz, S., Negredo, N., Ruiz, A., Garcia-Moreno, C., Herrero, O., Yela, M., y Pérez, M. (2010). *Violencia de género: Programa de intervención con agresores (PRIA)*. Documentos Penitenciarios 7. Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- Schmucker, M., y 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.2017.8>
- Suárez Martínez, A. (2015). *Programa de intervención para agresores de violencia de género en medidas alternativas (PRIA-MA): Manual para el terapeuta*. Ministerio del Interior.
- Tyler, N., Gannon, T. A., y Olver, M. E. (2021). Does treatment for sexual offending work? *Current Psychiatry Reports*, 23(8), 51.

9. ANEXO

Anexo I. Guion de entrevista

- En su experiencia como terapeuta, ¿cuántos usuarios suelen ser baja antes de terminar el programa? (Porcentaje: total bajas / total de usuarios en grupo)
- ¿Qué causas se suelen ser baja del programa? (ausencias, traslados, ingresos en prisión, motivos médicos...). ¿Hay alguna que destacaría más en tu experiencia?
- ¿Suele haber perfiles diferentes según las distintas causas de baja?
- ¿Hay algún momento a lo largo del programa en el que se acumulen más bajas? (Al comienzo, a la mitad, al final...)
- ¿El tipo de baja suele ser diferente respecto al momento en el que se produce? ¿Hay causas más frecuentes en un momento u otro del programa?
- ¿En su experiencia hay diferencias de abandono entre los programas que se realizan de forma íntegramente presencial y aquellos que se realizan de forma híbrida o semi-telemática?
- ¿Hay características que suelen presentar más a menudo los usuarios que terminan abandonando el programa?
- ¿Suele haber problemas de retraso o puntualidad que den pistas del posible abandono? ¿Cómo se gestionan?
- ¿Suele haber otros problemas de incumplimiento de otras normas durante el grupo, aparte de las de asistencia? ¿Consideras que pueden influir en el abandono? ¿Cómo suelen gestionarse?
- ¿Has tenido casos que han repetido el programa por haber sido baja ya anteriormente en otro? ¿Cuál suele ser su trayectoria en el nuevo programa? ¿Hay diferencia en la adherencia y compromiso con el programa actual? ¿Muestran resistencias diferentes al resto de miembros del grupo?
- En tu experiencia profesional, ¿cómo el abandono de un miembro del grupo influye en el resto del grupo? ¿De qué forma?
- En tu experiencia ¿influye la alianza terapéutica (la relación que se establece entre terapeuta y cada participante del grupo) con el posible abandono?
- En tu experiencia, ¿influye la cohesión grupal (la relación del usuario con el resto del grupo) con el posible abandono?

- ¿Realizar la entrevista antes de empezar las sesiones de grupo o después de empezarlas influye?
- ¿Consideras que los contenidos trabajados en el programa pueden fomentar o disminuir el riesgo de abandono? (Por ejemplo, temas que quieran evitar y por tanto no acudan a las sesiones)
- ¿Qué tipo de aprovechamiento suelen haber hecho en el grupo los usuarios que no lo terminan antes de ser baja?
- ¿Sientes que hay un protocolo claro de cómo gestionar las ausencias y bajas? Ponnos un ejemplo de cómo abordar un caso que abandona, ¿qué pasos sigues como terapeuta?
- ¿Ha habido algún caso en el que creas que tu trabajo como terapeuta ha impedido el abandono? ¿De qué forma actuaste?
- ¿Ha habido algún caso en el que creas que tu labor como terapeuta ha fomentado el abandono? ¿Cómo crees que influyó?
- ¿Ha habido algún caso en el que creas que la acción de otras partes involucradas (por ejemplo, el Servicio de Gestión de Penas o el juzgado) haya impedido el abandono? ¿De qué forma influyó?
- ¿Ha habido algún caso en el que creas que la acción de otras partes haya fomentado el abandono? ¿De qué forma influyó?



FIADYS

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN APLICADA
EN DELINCUENCIA Y SEGURIDAD



SECRETARIA GENERAL
DE INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL