

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Reincidencia y caracterización de los agresores sexuales en tratamiento penitenciario

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Olga Lucía Valencia Casallas

Directores

**José Manuel Andreu Rodríguez
José Luis Graña Gómez**

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Tesis doctoral

**Reincidencia y Caracterización de los Agresores
Sexuales en Tratamiento Penitenciario**

Doctorando

Olga Lucia Valencia Casallas

Directores

Dr. José Manuel Andreu Rodríguez

Dr. José Luis Graña Gómez

2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS
PSICOLÓGICOS I**



Tesis doctoral

**Reincidencia y Caracterización de los Agresores
Sexuales en Tratamiento Penitenciario**

Doctorando

Olga Lucia Valencia Casallas

Directores

Dr. José Manuel Andreu Rodríguez

Dr. José Luis Graña Gómez

2015

Agradecimientos

En la realización de esta tesis, al hacer la revisión sobre la reincidencia en los agresores sexuales, me hice más consciente, de la importancia de las relaciones familiares, los amigos, el trabajo y la toma de decisiones, que hace cada persona, y según lo cual, nos diferenciamos las personas que cometen un delito de las que no. Cada vez que leía un artículo sobre el tema, pensaba en lo afortunada que he sido tanto con mi familia, mis amigos, como con las relaciones establecidas al estudiar y trabajar. La psicología me ha dado *“todo en la vida”*; me permitió acercarme a la familia, hacer buenos amigos, me permitió viajar a España, conocer el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, de la UCM, y al grupo de Psicología Clínica, Legal y Forense, que me preparó para ser la profesional que soy hoy en día.

Agradezco a Miguel Ángel Labrador, por permitirme estar a su lado en el trabajo penitenciario, para aprender la realidad de la intervención en los agresores sexuales, y por permitirme tener éxito en una decisión tan importante, como es, hacer un doctorado. A su lado, comprendí que es viable modificar las cogniciones y emociones, de los agresores que llegan a los Centros Penitenciarios, y me hice consciente de la responsabilidad que se tiene al hacer este trabajo. Agradezco a los directivos del Centro Penitenciario de Madrid IV de Navalcarnero, porque permitieron que estuviera durante 3 años, aprendiendo del duro trabajo que se realiza en la cárcel a diario.

Gracias a José Luis Graña, y a José Manuel Andreu, por estar todos estos años acompañándome en este proceso, y permitir que aprendiera aspectos de la psicología forense, que nunca hubiera visto, de no ser por, su calidad humana, su excelencia académica y su postura ante la vida. A José Luis, le agradezco su acogida, hacerme sentir como en casa, cada vez que visité la ciudad de Madrid, su carisma con la gente y con la psicología. Admiro tu bondad en lo académico y en lo personal. Agradezco a Elena, *“siempre hay en ella una palabra dulce para todos los estudiantes y becarios que llegan al programa”*.

Un agradecimiento profundamente especial para José Ignacio Robles, porque sin su apoyo, nunca hubiera culminado mi meta. *“Gracias por hacer de mí, una mejor persona, por enseñarme que de los momentos de debilidad, nos fortalecemos y salimos adelante, porque gracias a tu apoyo, pude culminar mi meta profesional, pero ante todo mi meta personal. Eres un gran psicólogo, y una persona íntegra y completa, llena de amor por lo que haces, y un ser magnífico por sus conocimientos y experiencias”*.

Quisiera tener una palabra especial para cada uno de mis docentes, Pilar de Luis, Mari Paz Ruiz Tejedor, Sara Guinea, y muchos otros que a lo mejor se me olvida mencionar aquí, y que conocí a lo largo de mi preparación académica en España.

Hay dos personas que tienen la mención más relevante: mí *“madre”*, Isabel. Tu nombre es la forma antigua de *“Elisheba”*, quiere decir, *“que ama a Dios”*. Ella nunca me dejó sola, y gracias a sus oraciones, pude volver a mi país y recuperé la calma y la confianza en Dios y en mí. A *“Alberto”*, mi hermano, ya que en este proceso de hacer mi doctorado, lo he conocido mejor y él me ha conocido mejor a mí; estos años construimos una relación cada vez más cercana, y llena de profundo afecto y confianza.

Todo mi amor, para Anamaría, la pequeña que ha sido mi inspiración, y alegría; a toda mi familia, que siempre ha orado por mí, en especial a Mónica, a Susana y a Doris, que me dieron ánimo y esperanza.

No puedo dejar de mencionar a mis amigos: A Olga Lucía porque siempre ha estado conmigo incondicional y cercana; a Eduin por darme siempre ánimo; a Todd por haberme acogido en su casa y haberme abierto las puertas de su cariño y su amistad; a Wilson y Coqui, por ser siempre los *“amigos del alma”* y, por cuidarme en momentos de éxito y también en la enfermedad; a Claudia, porque es la fortaleza y tranquilidad que puede brindar la mejor jefe y amiga; a Nayibe y Karen, porque en el día a día, me acompañaron en cada paso que di con la tesis, con un toque de optimismo y buen humor ¡gracias a las dos por creer en mí!; a Paola, porque ha llegado a mi vida, para mostrarme que la bondad existe, y por acompañarme en el camino laboral y personal, sosteniendo conmigo cada proyecto que llevamos a cabo en la psicología forense; a Gina, por su transparencia y porque me ayudó a comprender la importancia del humor tanto en la vida personal como profesional; a Camila, porque llegó con su dedicación y alegría a

enseñarme que aún se puede confiar en la gente joven. A Caya, porque ha sido la persona en quien confiar; Juan Carlos y Susana, por todo su tiempo y dedicación. A Luis Fernando Orduz, por ser mi guía y darme sabiduría sobre mi propia vida.

Y agradezco a “*Dios de todo corazón*”, porque estos años en los que he realizado mi doctorado, he conocido el bien, pero también el mal: “*luego de estos años, hago oración, y te pido, para que cada agresor sexual que hay en el mundo, se llene de tu gracia, se sane y no permitas que más niños y mujeres sean víctimas de este flagelo*”.

1.2.3.2.1 Distorsiones cognoscitivas.....	76
1.2.3.2.2 Actitudes negativas hacia la mujer.....	76
1.2.3.2.3 Negación.	77
1.2.3.2.4 La promiscuidad sexual y la pornografía.	81
1.2.3.2.5 Empatía.	81
1.2.3.2.6 Baja competencia social y pobres relaciones interpersonales.....	82
1.3 Tratamiento.....	83
1.3.1 Desarrollo de la agresión sexual.....	89
1.3.2 Efectividad de los programas de tratamiento	93
1.3.3 Desarrollo de tratamientos para agresores.....	101
1.3.3.1 Evaluación del Agresor Sexual.....	103
1.3.3.2 Estrategias de Intervención.....	104
1.3.3.2.1 Modelo de Echeburúa y Guarricaechevarría:.....	104
1.3.3.2.2 Programa de Intervención para agresores sexuales de Victoria Noguerol.....	107
1.3.3.2.3 Programa de Tratamiento: Las cinco “Cs” para el Tratamiento de los Ofensores Sexuales:	108
1.3.3.2.4 Programa de Tratamiento: “Control de la agresión sexual” (SAC).....	110
1.3.3.3 Dificultades al hacer terapia con agresores.	112
1.4 Aplicación del Programa de control de la agresión sexual (SAC) en otras poblaciones	114
1.5 Delitos sexuales.	116

PARTE SEGUNDA

2 MARCO EMPÍRICO

2.1 Planteamiento del problema.....	119
2.2 Objetivos.....	119
2.3 Hipótesis	120
2.3.1 Hipótesis principales	120
2.3.2 Hipótesis relacionadas con los factores de riesgo estáticos asociados con la reincidencia	121
2.3.3 Hipótesis relacionadas con los factores dinámicos.....	121
2.4 Descripción de variables.	121
2.4.1 Variable Predictora	121
2.4.2 Variable Criterio	122
2.5 Método.....	123
2.5.1 Diseño.....	123
2.5.2 Participantes.....	123
2.5.2.1 Criterios de inclusión.....	124
2.5.2.2 Grupo experimental	125
2.5.2.3 Grupo control.....	125
2.5.3 Medidas	125
2.5.4 Procedimiento.....	126
2.6 Resultados	129
2.6.1 Análisis Descriptivo	129
2.6.1.1 Reincidencia y tipos de reincidencia	129
2.6.1.2 Variables socio demográficas	131
2.6.1.3 Factores de riesgo estáticos	135
2.6.2 Relación entre variables.....	153

2.6.2.1 Relaciones entre reincidencia y otras variables	154
2.6.2.1.1 Reincidencia y tratamiento.....	154
2.6.2.1.2 Reincidencia y variables socio demográficos	155
2.6.2.1.3 Reincidencia y variables relacionadas con la/s víctimas	158
2.6.2.1.1 Reincidencia y factores de riesgo.....	161
2.6.2.1.1.1 Factores de riesgo dinámicos.....	161
2.6.2.1.1.2 Factores de riesgo estáticos	162
a) Personales.....	162
b) Relacionadas con la Conducta Delictiva.....	166
c) Antecedentes Familiares.....	168
2.6.2.2 Relaciones entre reincidencia sexual y otras variables.....	173
2.6.2.2.1 Reincidencia sexual y tratamiento	174
2.6.2.2.2 Reincidencia sexual y variables socio demográficas	175
2.6.2.2.3 Reincidencia sexual y variables relacionadas con las víctimas.....	178
2.6.2.2.4 Reincidencia sexual y factores de riesgo	180
2.6.2.2.4.1 Reincidencia sexual y factores de riesgo DINAMICOS	180
2.6.2.2.4.2 Reincidencia sexual y factores de riesgo ESTATICOS .	181
a) Personales.....	181
b) Relacionadas con la Conducta Delictiva.....	184
c) Antecedentes Familiares.....	186
2.6.2.3 Análisis de predicción	190
3 DISCUSIÓN.....	195
4 CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS DE LA INVESTIGACIÓN	223
Referencias.....	241
Anexos.....	249

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Modelos Teóricos. De (González, Martínez, Leyton y Bardi, 2004).</i>	22
Tabla 2. <i>Tipos de violencia por autor.</i>	24
Tabla 3. <i>Clasificación del agresor sexual según González, Martínez, Leyton y Bardi (2004).</i>	29
Tabla 4. <i>Clasificación según Barudy basada en los conceptos de Bowen y Stierlin.</i>	30
Tabla 5. <i>Cifras Ministerio del Interior, España (2008). Incidencia de la población penitenciaria.</i>	35
Tabla 6. <i>Cifras Ministerio del Interior, España (2008) Incidencia de la población penitenciaria del 2006 al 2011.</i>	36
Tabla 7. <i>Delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual por año. De Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, España.</i>	39
Tabla 8. <i>Tipos de abuso, acoso y agresión sexual por año. De Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, España.</i>	40
Tabla 9. <i>Factores de riesgos estáticos y dinámicos de la reincidencia sexual (Redondo, 2006).</i>	45
Tabla 10. <i>Métodos para el control de la agresión sexual.</i>	94
Tabla 11. <i>Situaciones de riesgo y estrategias de afrontamiento, según Echeburúa y Guerricaechevarría (2000).</i>	106
Tabla 12. <i>Tipo de reincidencia después del tratamiento comparando grupo control y grupo experimental.</i>	130
Tabla 13. <i>Edad del primer delito y del primer delito sexual.</i>	153
Tabla 14. <i>Reincidencia y tratamiento.</i>	154
Tabla 15. <i>Edad y Reincidencia</i>	155

Tabla 16. <i>Estado Civil y Reincidencia</i>	155
Tabla 17. <i>Fracaso Escolar y Reincidencia</i>	156
Tabla 18. <i>Nivel académico y reincidencia</i>	156
Tabla 19. <i>Nivel socioeconómico y reincidencia</i>	157
Tabla 20. <i>Número de hijos (Vivos/ Fallecidos) y Reincidencia</i>	157
Tabla 21. <i>Número de Víctimas y Reincidencia</i>	158
Tabla 22. <i>Número de Víctimas sexuales</i>	159
Tabla 23. <i>Edad Víctimas</i>	159
Tabla 24. <i>Victimas Conocidas y Reincidencia</i>	160
Tabla 25. <i>Victimas desconocidas y reincidencia</i>	160
Tabla 26. <i>Reconocimiento del delito y Reincidencia</i>	161
Tabla 27. <i>Diagnóstico previo</i>	161
Tabla 28. <i>Suicidio</i>	162
Tabla 29. <i>Consumo SPA</i>	162
Tabla 30. <i>Momento del consumo</i>	163
Tabla 31. <i>Consumo de alcohol y reincidencia</i>	163
Tabla 32. <i>Número de relaciones</i>	164
Tabla 33. <i>Edad inicio laboral</i>	164
Tabla 34. <i>Antecedentes de conducta Antisocial y Reincidencia</i>	165
Tabla 35. <i>Edad del primer delito y Reincidencia</i>	166

Tabla 36. <i>Número de delitos sexuales continuados</i>	166
Tabla 37. <i>Agresión Sexual con Violencia</i>	167
Tabla 38. <i>Número total de delitos y reincidencia</i>	167
Tabla 39. <i>Número de ingresos</i>	168
Tabla 40. <i>Maltrato físico en familia de origen y reincidencia</i>	168
Tabla 41. <i>Abandono en familia</i>	169
Tabla 42. <i>Abuso sexual en familia</i>	169
Tabla 43. <i>Toxicomanía en familia</i>	170
Tabla 44. <i>Alcoholismo en familia</i>	171
Tabla 45. <i>Delincuencia en familia</i>	171
Tabla 46. <i>Sobreprotección en familia</i>	172
Tabla 47. <i>Trastorno mental en familia</i>	172
Tabla 48. <i>Fallecimiento Familia de Origen</i>	173
Tabla 49. <i>Tratamiento</i>	174
Tabla 50. <i>Estado Civil</i>	175
Tabla 51. <i>Fracaso Escolar</i>	175
Tabla 52. <i>Nivel Académico</i>	176
Tabla 53. <i>Nivel Socioeconómico</i>	177
Tabla 54. <i>Número de hijos (vivos o fallecidos)</i>	177
Tabla 55. <i>Número de víctimas</i>	178

Tabla 56. <i>Número de víctimas sexuales</i>	178
Tabla 57. <i>Edad de las víctimas</i>	179
Tabla 58. <i>Víctimas Conocidas</i>	179
Tabla 59. <i>Víctimas Desconocidas</i>	180
Tabla 60. <i>Reconocimiento del Delito y Reincidencia</i>	180
Tabla 61. <i>Diagnóstico Previo</i>	181
Tabla 62. <i>Suicidio</i>	181
Tabla 63. <i>Consumo de SPA</i>	182
Tabla 64. <i>Momentos del Consumo</i>	182
Tabla 65. <i>Consumo de Alcohol</i>	183
Tabla 66. <i>Número de Relaciones</i>	183
Tabla 67. <i>Antecedentes de Conducta Antisocial y Reincidencia Sexual</i>	183
Tabla 68. <i>Edad del Primer Delito y Reincidencia sexual</i>	184
Tabla 69. <i>Agresión Sexual con Violencia</i>	185
Tabla 70. <i>Número total de delitos</i>	185
Tabla 71. <i>Número de Ingresos</i>	186
Tabla 72. <i>Maltrato Físico Familia Origen</i>	186
Tabla 73. <i>Abandono Familia de Origen</i>	187
Tabla 74. <i>Alcoholismo en la Familia</i>	187
Tabla 75. <i>Delincuencia en la Familia</i>	188

Tabla 76. <i>Sobreprotección en la familia</i>	188
Tabla 77. <i>Fallecimiento Familia Origen</i>	189
Tabla 78. <i>Tabla de resultados generales.</i>	189
Tabla 79. <i>Modelo de Regresión 1</i>	191
Tabla 80. <i>VARIABLES SIGNIFICATIVAS modelo 1</i>	191
Tabla 81. <i>Modelo de regresión 2</i>	192
Tabla 82. <i>VARIABLES SIGNIFICATIVAS modelo 2</i>	192
Tabla 83. <i>Modelo de regresión 3</i>	193
Tabla 84. <i>VARIABLES SIGNIFICATIVAS modelo 3</i>	193
Tabla 85. <i>Modelo de regresión 4</i>	194
Tabla 86. <i>VARIABLES SIGNIFICATIVAS modelo 4</i>	194
Tabla 87. <i>Características descriptivas de los Agresores Sexuales</i>	213

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Como llega a darse el delito sexual. Tomado de Garrido (2005)</i>	92
Figura 2. <i>Nivel de Reincidencia</i>	130
Figura 3. <i>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS A LA REINCIDENCIA</i>	131
Figura 4. <i>Nacionalidad de los participantes en el estudio</i>	131
Figura 5. <i>Estado Civil de los participantes en el estudio</i>	132
Figura 6. <i>Nivel Socioeconómico de los participantes en el estudio</i>	133

Figura 7. Nivel Académico de los participantes en el estudio.....	133
Figura 8. Fracaso Escolar	134
Figura 9. Presencia o no de hijos.....	134
Figura 10. Factores de riesgos estáticos asociados a la reincidencia.....	135
Figura 11. Maltrato Físico en Familia de Origen	136
Figura 12. Abandono de padres	137
Figura 13. Abuso Sexual en Infancia y/o Adolescencia.....	137
Figura 14. Fallecimiento Familia de Origen	138
Figura 15. Sobreprotección en Familia de Origen.....	138
Figura 16. Alcoholismo en Familia de Origen	139
Figura 17. Toxicomania en Familia de Origen.....	140
Figura 18. Tendencia Suicida	140
Figura 19. Antecedentes de conducta antisocial en infancia y adolescencia.....	141
Figura 20. Edad de Inicio Laboral	141
Figura 21. Edad de inicio del consumo de alcohol.....	142
Figura 22. Total de víctimas	142
Figura 23. Total de víctimas sexuales	143
Figura 24. Edad de las víctimas.....	143
Figura 25. Sexo de las víctimas	144
Figura 26. Víctimas conocidas y/o desconocidas.....	144

Figura 27. Número de ingresos	145
Figura 28. Número total de delitos	145
Figura 29. Delitos Sexuales Condenados	146
Figura 30. Delitos sexuales continuados	147
Figura 31. Edad del primer delito.....	147
Figura 32. Edad Primer Delito Sexual.....	148
Figura 33. Gravedad máxima del delito sexual	148
Figura 34. Caracterización del abuso	149
Figura 35. Número de agresiones	150
Figura 36. Reconocimiento del Delito.....	150
Figura 37. Enfermedad Mental.....	151
Figura 38. Frecuencia en el consumo de alcohol.....	152
Figura 39. Consumo de Sustancias Psicoactivas	152

Resumen

La presente investigación denominada “Reincidencia y caracterización de los agresores sexuales en tratamiento penitenciario”, fue desarrollada desde el año 2006, en el Centro Penitenciario Madrid IV de Navalcarnero en Madrid-España, en convenio con el programa de Doctorado en Psicología Forense. Su objetivo fue evaluar el grado de reincidencia que presentan 73 agresores sexuales del Centro penitenciario Madrid IV de Navalcarnero, (España), de los cuales 37 han estado en tratamiento (un promedio de 200 sesiones) y comparar este grupo con otros 36, que no han estado en terapia.

En los ámbitos penitenciarios, se requiere de la evaluación del riesgo de reincidencia y la valoración forense de los delincuentes violentos y agresores sexuales que ya la principal preocupación de los psicólogos y directivos de estos centros, es que se presente la reincidencia y que los victimarios puedan atacar nuevamente. Aunque hay avances en esta área, se requiere de mayor investigación, tanto en el tema de la evaluación de factores de riesgo, como en los programas de intervención penitenciaria.

La tesis inicia con la definición de los agresores sexuales, y las características de este, así como las tipologías y modelos teóricos que intentan explicar la variedad de ofensas sexuales que predominan desde los estudiosos de esta área de trabajo, y lo relevante que resultan estas contextualizaciones para el desarrollo de los modelos de intervención que han resultado exitosos hasta el momento.

Luego, se hace referencia a la prevalencia del problema de las agresiones sexuales en España, y la incidencia de la población penitenciaria, donde el incremento ha sido de 1.161 penados en el año 2000, y llegando a 3.131 a finales del año 2013. A la vez, ha incrementado el número de internos que han estado en tratamiento, ya que en el 2006, había 199 internos en tratamiento, y en el 2011 el número ascendía a 382 (Cifras del Ministerio del Interior España, 2008).

Posteriormente se ha tocado desde el marco teórico, el tema de la reincidencia, encontrando que *“la reincidencia de los agresores como grupo es baja, y se estima en torno del 20%”* (Redondo, 2006). De este 20%, los que asistan a tratamiento, la disminuirán en otro 10%, y del grupo de reincidentes, los ofensores sexuales es más

probable que reincidan en un delito no sexual, que en uno sexual. Esta es una de las hipótesis que se espera validar o no validar en la investigación.

Luego de esta introducción, donde se mencionan algunos conceptos básicos, se describe un tema de vital importancia, “*los factores de riesgo estáticos y los factores de riesgo dinámicos*”, donde los primeros hacen referencia a la historia del sujeto, que son inmodificables, mientras que los “*factores de riesgo dinámicos*”, son los que pueden cambiar, y por esto, son centrales en el proceso terapéutico. Al final del marco teórico, se describen los tratamientos que han sido creados para realizar la intervención en agresores sexuales: El modelo de Echeburúa y Garricachevarria (2000); el programa de intervención para agresores sexuales de Victoria Noguero (2005); el programa de tratamiento las cinco Cs para el tratamiento de los ofensores sexuales y el programa de Control de la Agresión Sexual –SAC-, dando especial atención a este último, ya que fue el utilizado en el Centro Penitenciario Madrid IV de Navalcarnero, con la población de esta investigación.

Después del apartado teórico, se desarrolló la segunda parte: la experimental. Esta parte se divide en tres: Una primera, *el análisis descriptivo*, donde se analizaron porcentajes de las variables socio-demográficos del agresor, los factores dinámicos y estáticos, y las variables relacionadas con el delito. Al final se sacaron los datos de reincidencia, dividiéndola en reincidencia sexual y la reincidencia total (sexual/no sexual). Una segunda, *análisis de relaciones*, donde se verificaron los cambios de algunas variables en relación con la reincidencia. Las más importantes fueron: Se establecieron relaciones estadísticamente importantes entre los datos socio demográficos, variables asociadas con las víctimas, los factores dinámicos y estáticos, y las variables asociadas con el delito y la reincidencia. Una tercera, *regresión logística*, donde se sacaron cuatro modelos, estableciendo las correlaciones entre las variables más importantes.

El estudio es cuasi experimental retrospectivo, realizado mediante diseño de grupo control no equivalente, es decir, no seleccionado al azar. La variable criterio fue la reincidencia total (RT) y la reincidencia sexual (RS). Las hipótesis centrales, fueron: El grupo de agresores sexuales que han estado en tratamiento, presenta diferencias en el

nivel de reincidencia total (RT) y la reincidencia sexual (RS), que aquellos que no estuvieron en este; Una segunda, la presencia de factores de riesgo estáticos y dinámicos, están asociados con la reincidencia total (RT) y con la reincidencia sexual (RS).

Para la confirmación de las hipótesis, se hizo la recogida de la información, utilizando las bases de datos que contienen la información del interno, y las fuentes de información que nutren dicha base. Se construyó una base de datos, donde se consignaron 98 variables, y a cada una se le asignaron valores, para codificar la información de cada interno. De estas 98, se utilizaron 54, las cuales se codificaron de manera binaria (1-0), correspondiente a presencia o ausencia, para poder desarrollar las correlaciones, y posteriormente la regresión logística. Con las variables restantes, se sacó el análisis descriptivo únicamente.

Para poder determinar las correlaciones que se querían analizar, se miró el sistema SIP (Sistema de Información Penitenciaria), que es la base de datos, donde aparecen los internos que han vuelto a presentar algún delito en el sistema judicial. Esta información se codificó, como presencia o ausencia de reincidencia total (RT), y presencia o ausencia de reincidencia sexual (RS).

El programa de tratamiento utilizado fue el SAC, el cual tenía: 44 sesiones para distorsiones cognoscitivas; 15 sesiones para mecanismos de defensa; 18 sesiones de conciencia emocional; 27 sesiones dedicadas a trabajar la empatía con la víctima; 17 de prevención de recaídas, y, 17 de estilo de vida positivo. En promedio, los agresores participaron en 138 sesiones de tratamiento.

El análisis se realizó con el SPSS, el cual es una herramienta empleada para el tratamiento de datos en el análisis estadístico, en este caso, análisis de correlaciones. Previamente se realizó un análisis descriptivo de los datos.

En relación con los datos socio demográficos, hay que señalar que el 89% de los internos es de nacionalidad española; el 47% son solteros y el 38% se encuentran separados o divorciados; el 53% pertenece a un nivel socio económico bajo, y el 36% a un nivel medio; el 81% presentó fracaso escolar y el 52% tenía hijos.

En general, se encontró que de 73 internos, 4 reincidieron luego de haber estado en tratamiento del programa Control de la Agresión Sexual (CAS), y de los que no estuvieron en el programa, reincidieron 7 internos. La reincidencia total fue de 11 (15%) y 62 no reincidieron (84.93%).

En el análisis correlacional se encontró que las variables que más tuvieron alguna relación estadísticamente destacada con la variable de *reincidencia total (RT)*, fueron: el nivel socio económico (0.041), el número de víctimas que tenían en su historial delictivo (0.053), tener antecedentes de conducta antisocial (0.051), el número total de delitos (0.044), el maltrato físico en la familia de origen (0.047), y la delincuencia en la familia de origen (0.051). Al relacionar las mismas variables con la reincidencia sexual (RS), se encontró una relación significativa entre este tipo de reincidencia (RS) y la edad del primer delito cometido (0,036). No hubo relaciones destacadas con las variables socio demográficas, las relacionadas con las víctimas, con los factores de riesgo estáticos, los factores de riesgo dinámicos, solo con la variable mencionada, que hace parte del grupo de características denominadas delictivas.

Al aplicar la regresión logística, la variable que guarda mayor relación con la reincidencia es el tratamiento, y en segundo lugar, haber tenido antecedentes de conducta antisocial en la infancia. Aunque esta última es una de las variables más relevantes en el estudio, no se encontró la misma relación con tener trastorno antisocial de la personalidad en la actualidad, como lo señalan muchos estudios en la literatura.

Por último, señalar que de 73 internos que se tuvieron en cuenta para el estudio, teniendo en cuenta un grupo control que no estuvo en tratamiento (n=36) y un grupo experimental que si estuvo expuesto al tratamiento (n=37), se presentó una reincidencia total del 15.06%, (11 internos), de los cuales EL 9.59% reincidieron sexualmente, 2.74% reincidieron en otros delitos y 2.74% reincidieron en ambos. El 84,93%, (62 internos), no reincidieron.

Palabras claves: Agresor sexual, reincidencia sexual, peligrosidad, factores de riesgo en agresión sexual.

Abstrac

The current research titled "Recidivism and characterization of sex offenders in prison treatment" has been in progress since 2006 at the Madrid IV Prison Navalcarnero in Madrid, Spain, in agreement with the Ph.D. program in Forensic Psychology. The objective of this research was to assess the degree of recidivism in 73 sex offenders in the penitentiary center Madrid IV of Navalcarnero (Spain). A comparison was made among 37 participants who received treatment (an average of 200 sessions) with 36 participants who did not receive therapy.

In correctional settings it is required the assessment of the risk of recidivism as well as the forensic assessment of violent and sex offenders. The main concern of both psychologists and directors of these centers is that recidivism might reappears, and perpetrators could strike again. Although there is progress in this area, further research is required in the assessment of risk factors as well as in the prison intervention programs

This thesis begins with the definition of sex offenders and its characteristics. Likewise, explores the types and theoretical models that attempt to explain the variety of sexual offenses as identified by researchers in this area of research, and how relevant are these definitions to develop intervention models that have been successful so far.

Later, it makes reference to the prevalence of the problem of sexual assault in Spain, and the incidence of the prison population, which has increased to 1,161 prisoners by 2000, and has peaked at 3,131 by the end of 2013. Similarly, the number of inmates who have been in treatment has increased. For instance, as in 2006 there were 199 inmates in treatment, and by 2011 the number increased to 382 inmates (Interior Ministry Spain, 2008).

Subsequently, in the theoretical review, the issue of recidivism is specifically addressed. Research outcomes have shown that "offenders recidivism as a group is low, and it is estimated at around 20%" (Redondo, 2006). Out of this 20%, those who attend treatment decrease in recidivism by another 10%. In addition, out of the group of

recurring offenders; sex offenders are more likely to commit a non-sexual offense. In summary, this is one of the hypotheses that is expected to be or not validated in this study.

Followed by this introduction where some basic concepts are worked out, an important topic is described, that is, "static and dynamic risk factors ". The former refers to the history of the subject, which are unalterable, while the "dynamic risk factors" are those that can be changed; therefore, the former are central to the therapeutic process. At the end of the theoretical review section the treatments that have been crafted to conduct the interventions with sex offenders are described. Specific attention is provided to Echeburua's and Guarricaechevarria's model (2000); Victoria Noguerol's (2005) intervention program for sex offenders; the "five C's" treatment program for treating sex offenders and the sexual assault control program -SAC-. Special attention is given to the latter as it was used at the Madrid IV Prison Navalcarnero with the population of this research.

The second section of this thesis is dedicated to the statistical analysis, which is presented right after the theoretical review section. This second section is divided in three parts: First, a descriptive analysis was conducted to summarize the percentages of the socio-demographic variables of the aggressor, the dynamic and static factors and the variables related to the criminal act. In the final part of this section the recidivism data is presented; these data were divided into sexual recidivism and overall recidivism (sexual / non- sexual). Second, analysis of relationships was conducted where changes in some variables were analyzed in relation to recidivism. The most important were established: relations with socio-demographic data, variables associated with victims, static and dynamic risk factors and variables associated with the criminal act. Third, four logistic regression models were used to establish correlations among the most important variables.

This is a retrospective quasi-experimental study with a nonequivalent control group design, that is, the sample was not selected randomly. The criterion variable was the overall recidivism (OR) and sexual recidivism (SR). The central hypotheses were: group of sex offenders who have been in treatment before, shows differences in the

level of overall recidivism (OR) and sexual recidivism (SR), compared to those participants who were not assigned to this group. Second hypothesis states that presence of static and dynamic risk factors are associated with the overall recidivism (OR) and sexual recidivism (SR).

In order to test these hypotheses data was collected using databases that keeps the inmate's records and sources of information that feeds those records. A database sheet was built, where 98 variables were entered and a value was assigned to each one to code inmate's information. To establish correlations and then logistic regression with these variables, 54 out of the 98 variables were coded using binary numbers (1-0) that correspond to presence or absence, respectively. A descriptive analysis was conducted only with the rest of the variables.

In order to determine the correlations among the variables (The Prison Information System, PIS) were reviewed; this is the database where inmate's information shows up whenever they commit another crime within the judicial system. This information was coded as presence or absence of overall recidivism (OR), and presence or absence of sexual recidivism (SR).

The treatment program used was the SAC, which consisted of 44 sessions to intervene cognitive distortions; 15 sessions for defense mechanisms; 18 sessions for emotional awareness; 27 sessions are devoted to work on empathy with the victim; 17 for relapse prevention, and 17 for positive life styles. On average, 138 offenders participated in treatment sessions.

The data analysis was carried out using SPSS. This is a statistical tool employed to analyze data, in this particular case, to conduct a correlational analysis. Previously a descriptive analysis of the data was conducted.

Regarding the socio-demographic data, it is important to note that 89 % of the inmates are from Spanish nationality; 47% are single and 38% are separated or divorced; 53% belong to a low socio-economic level, and 36% to a middle socio-economic level; 81% failed school and 52% had children.

In general, it was found that out of the 73 inmates, 4 relapsed after being treated with the sexual assault control (SAC) program, and 7 inmates who were not in the program relapsed. Overall recidivism was 11 (15%) and 62 did not relapse (84.93 %).

In the correlation analysis it was found that the variables that had the stronger statistical relationship with the variable total recidivism (TR) were: socioeconomic level (0.041), the number of victims who had in their criminal records (0.053), history of antisocial behavior (0.051), total number of offenses (0.044), physical abuse in the family of origin (0.047), and crime in the family of origin (0.051).

Relating the same variables with sexual recidivism (SR) showed up a significant relationship between this type of recidivism (SR) and the age at which the first crime was committed (0.036). In addition, there were no significant relationship with the socio-demographic variables, variables related with the victims, and dynamic risk factors, only a relationship with the variable mentioned was found, which is part of the group of features called criminals.

The results of the logistic regression showed that higher correlation was found between treatment and recidivism, followed by a correlation with history of antisocial behavior in childhood. Although the latter is one of the most important variables in this study, similar relationship was not found with antisocial personality disorder as some experimental literature points out.

Finally, it is important to note that out of the total of 73 inmates who were considered for this study, for both the control group, that did not receive treatment (n=36) and experimental group (n=37) that was exposed to the treatment, a total of 15.06 % (11 inmates) presented recidivism. Specifically, out of this total that presented recidivism 9.59% reoffended sexually, 2.74 % repeat another crimes and 2.74 % committed both. Lastly, 84.93 % (62 internal) did not reoffend.

Keywords: Sex offender, sexual recidivism, dangerous, risk factors in sexual assault.

1 MARCO TEORICO

1.1 Los Agresores Sexuales

Los agresores sexuales son personas que pueden sentir atracción hacia la conducta sexual agresiva por la descarga que, en ese momento les alivia. Pueden utilizar las agresiones sexuales como expresión de sus sentimientos negativos como vergüenza, rabia o resentimiento. Muchos de ellos manifiestan tener poco sentido del riesgo que implica su conducta; sienten que es así como experimentan el placer y que no pueden controlar esta conducta, la cual ha sido meditada y programada, hasta superar las barreras externas sociales, familiares, culturales y religiosas, así como unas resistencias personales internas para llegar a expresar su conducta sexual agresiva (Noguerol, 2005).

1.1.1 Características de los agresores sexuales

Faltan investigaciones sobre los agresores sexuales no solo en España, sino en el mundo en general, sin embargo, existen asuntos básicos que se conocen de los mismos. Según Prendergast (2004), cuando se hace la identificación de los agresores sexuales, se encuentran algunas características específicas: un patrón obsesivo-compulsivo, auto imagen negativa, exagerada necesidad de aceptación y control, percepción selectiva, pobres relaciones interpersonales o casi inexistentes, fuertes necesidades insatisfechas y problemas en la propia ejecución sexual, creencias erróneas o valores respecto a la sexualidad equivocados, confusión en la identidad, un defectuoso sistema de metas a futuro, problemas de culpa no solucionados y juicios subjetivos (sobre sí mismo o sobre el mundo), los cuales a su vez dificultan que la terapia avance.

El delincuente sexual nunca es detectado antes de que cometa el delito. Siempre se encuentra cuando ya ha sido detenido, procesado o ingresando a prisión, y es entonces cuando podemos dedicarnos a su estudio y valorar la existencia o no de variables significativas o diferenciales. Así podemos señalar algunas de ellas (Romero, 2006): Respecto a la edad, la mayoría comete los delitos entre los 25-40 años, pero se sigue agrediendo sexualmente hasta los 60-70 años; el nivel cultural es en casi todos los casos de tipo medio y no discrimina a los agresores sexuales; el consumo asociado de drogas-alcohol, se produce en un 40% de los casos; el alcohol-drogas es un facilitador y sólo en algunos un desencadenante pero nunca es la causa aunque siempre facilita el no-control del impulso sexual; los pederastas-pedófilos tienen mejores empleos en cualificación y estabilidad laboral que los violadores adultos no pederastas; los violadores no pederastas, tienen menos relaciones afectivas estables (parejas, matrimonios) que los pederastas que tienen mayor número de familias estables, adaptadas y con hijos.

Otras características asociadas a su historia previa, se refieren a haber sido víctimas de abuso sexual y maltrato en la infancia; haber tenido infancias desestructuradas y muy deficitarias, lo que hace que cuando adultos desarrollen modelos de afectividad patológica y de sexualidad inadecuada (Romero, 2006).

Teniendo en cuenta la gravedad del problema, y la situación de incremento en frecuencia de los ofensores sexuales, hay que resaltar que aparte de los datos que se tienen sobre el número de agresores penalizados, son las cifras de las víctimas las que nos permiten evaluar la magnitud del asunto. López, 1997 (citado por Noguero, 2005), plantea que haciendo un balance de 19 investigaciones desarrolladas en Estados Unidos,

Canadá e Inglaterra, se concluyó que hay una prevalencia de afectación del 20% en población femenina y un 10% en población masculina.

En España, los datos son similares, encontrándose un grado de afectación de un 23% a una población femenina y a un 15% de población masculina. Es importante considerar que esta prevalencia, evidentemente elevada hace referencia a toda tipología de abuso sexual que es muy amplia y variada. Así mismo Marshall y Serran (2000), plantean que los agresores sexuales escogen como víctimas a adultos, que en su mayoría son mujeres.

Noguerol (2005), plantea que aunque algunos estudios hablan de una mayoría de niñas víctimas, los más recientes plantean que los varones sufren más abusos de los que se detectan. En cuanto a la edad de las víctimas, el 51,92% de los casos sufrieron el abuso entre los cero y cinco años, el 30,77% entre los seis y once años, el 1,92% de doce en adelante. El 15,38% no recuerdan la edad exacta del primer suceso.

En estados unidos, entre 300.000 y 700.000 mujeres adultas son víctimas de abuso sexual al año en los estados unidos, y 40.000 de ellas son tratadas en los servicios de emergencia. En 1993, el 39% de las mujeres adultas canadienses reportaron haber tenido al menos una experiencia de agresión sexual, pero no hay datos en este país de que hayan sido asistidas en los servicios de emergencia (Sampsel, Szobota, Joyce, Graham y Pickett, 2008).

De acuerdo con Gerardin y Thibaut (2004), en el estado de Utah se reportó un incremento del 83% en las denuncias de agresores sexuales juveniles entre 1983 y 1992. Los profesionales interesados en estos agresores aseguran que esta población se ha

incrementado significativamente en las últimas dos décadas. En el Reino Unido se ha calculado que el incremento de las agresiones juveniles es del 20% y la mitad del total de casos ocurre antes de los 13 años.

La frecuencia de las agresiones sexuales a menores es alta. En una muestra nacional de adultos varones obtenida en E.U, se les preguntó si alguna vez habían acosado a un niño, y el 17% dijo que “sí” (Marshall y Serran, 2000). El “Committee on Sexual Offences” dirigió una encuesta nacional en Canadá, e hizo un estudio para determinar la frecuencia con la que un menor es víctima de abuso sexual, y concluyó que la mitad de las mujeres canadienses y un tercio de varones canadienses ha sido sexualmente victimizado, y que el 80% de estos fue víctima de abuso sexual antes de los 18 años. El 70% de los varones y el 62% de las mujeres eran preadolescentes cuando ocurrieron las agresiones.

Sobre las características sociodemográficas, Echeburúa y Guerricaechevarría (2000), señalan como las principales:

En cuanto al estado civil, los agresores suelen estar casados y habitualmente (del 65 al 85% de los casos) son familiares (padres, hermanos mayores, tíos, etc.), o allegados (profesores, tutores, vecinos, etc.) de la víctima, lo que les permite un fácil acceso al niño, con quien suelen tener una relación de confianza anterior al incidente sexual. En estos casos, las situaciones de abuso son más duraderas en el tiempo, no llega a darse la penetración y no suelen plantearse conductas de violencia física ni amenazas de ejercerla. De todas las posibilidades, el incesto padre-hija es el más traumático por lo que supone la disolución de los vínculos familiares más básicos. Solo de un 15% a un 35%, el agresor es un completo desconocido para la víctima. En este tipo de casos, el

abuso se da en ocasiones aisladas y puede estar ligado a conductas violentas o amenazas de ellas, al menos en un 10 al 15% de los casos. Respecto a las estrategias empleadas para atraer a la víctima, los agresores de menores tienden a recurrir al engaño y a la seducción, y se valen de su posición de superioridad sobre una víctima conocida; los violadores, por el contrario, que no suelen conocer a la víctima, recurren a la fuerza o a las amenazas e intentan llevar a cabo la penetración. No es raro en estos casos que se aproveche la violación para robar a la víctima (pp. 80-81).

En un porcentaje alto, 65% - 70% de niños, son víctimas sexuales de adultos conocidos del menor o de su entorno, comenzando por el mayor rango de parentesco cuando se trata del padre, siguiendo por el padrastro o compañero sentimental de la madre, abuelos, abuelos cuyo nieto es adoptado, tíos, vecinos, amigos, maestros, etc. (Romero, 2006).

Las teorías contemporáneas sobre la agresión sexual enfatizan la naturaleza multifactorial de la agresión, y dentro de este amplio grupo (factores biológicos, psicológicos, sociales), los investigadores han intentado identificar factores predisponentes que influyeran y estimulen la probabilidad de la agresión (Tudway y Darmoody, 2005).

Es por esto que la explicación de la agresión sexual, es compleja, y hay que tener en cuenta las variables biológicas, las psicológicas y las del ambiente. Teniendo en cuenta estos factores, hay modelos teóricos que intentan agrupar estas variables. Los señalo a continuación:

Tabla 1. Modelos Teóricos. De (González, Martínez, Leyton y Bardi, 2004).

TIPO DE MODELO	SUBTIPOS	DEFINICIÓN
UNIFACTORIALES	Modelo Biológico	Algunos investigadores hablan de factores genéticos, hormonales y de neurotransmisores que podrían estar relacionados con la impulsividad y un aumento del interés y excitación sexual.
	Modelo Psicoanalítico	Proviene de la teoría de la seducción de Freud que relaciona la seducción sexual de un menor por parte de un adulto, generalmente el padre, con la histeria en la etapa adulta. En parte porque esta teoría sugería una alta prevalencia de abuso sexual infantil, Freud la reformuló como fantasías reprimidas y no satisfechas relacionadas con la sexualidad del menor. La teoría psicoanalítica ahora se centra más en las características del abusador, como dificultades en la conformación del self y en el proceso de separación-individuación.
	Modelo Feminista	En este modelo, el abuso sexual es redefinido. No se pone el acento en la gratificación sexual del abusador sino en la gratificación por el abuso de poder que ejerce. El abuso está causado por el desequilibrio de poder existente en la familia patriarcal tradicional. Este desequilibrio de poder lleva al hombre a dominar a la esposa y a los niños y a percibirlos como posesiones que puede usar según sus deseos.
	Modelo Conductual	Este modelo ha adaptado la perspectiva del aprendizaje social para explicar el abuso sexual infantil. Los investigadores enfatizan la importancia de experiencias tempranas de condicionamiento. El ofensor frecuentemente recordaría sus experiencias sexuales iniciales y esa fantasía adquiriría propiedades sexuales de excitación.
	Modelo Sistémico	El incesto es visto como producto de un sistema familiar problemático, en el cual cada uno de los miembros de la familia ha contribuido potencialmente al abuso del menor. Una preocupación frecuentemente mencionada en relación a este modelo es la posibilidad de que la víctima y/o otros miembros familiares, como la madre, puedan ser culpabilizados por el abuso sexual.
MULTI-FACTORIALES	Teoría del Apego	El apego inseguro predispone a necesidades de dominio de las relaciones.
	Multisistémico (Trepper y Barret)	Para la aparición del abuso sexual tendrían que conjugarse tanto factores socio-ambientales como variables culturales, factores de la familia de origen del abusador (Ej. experiencia de abuso, ausencia de ambiente de cuidado y afecto), factores psicológicos individuales (Ej. Baja autoestima, habilidades sociales inadecuadas y depresión) y factores del sistema

Modelo de las cuatro precondiciones (David Finkelhor)	familiar (Ej. La distorsión de roles). Para que un abuso sexual ocurra sería necesario la motivación de abusar, ya sea por experiencias propias traumáticas o por incapacidad de relacionarse con otras personas adultas; un bloqueo de los inhibidores internos, esto es: conciencia, moral y autocontrol; bloqueo de los inhibidores externos como: el control social, la represión judicial, la acción de la familia y de la comunidad; y acceso a una persona menor vulnerable, ya sea por falta de información, por aislamiento o porque jamás se le reconocieron sus derechos. Se cree, también, que es imprescindible incluir en el análisis los modelos de socialización y género así como las pautas de crianza.
--	--

1.1.2 Tipos y perfiles de agresor sexual

Si nos fijamos en las formas y en las conductas nos encontraremos con una gama amplia aplicable a niños y adultos: Acoso sexual en la escuela o trabajo, froterismos, exhibicionismo, tocamientos, penetraciones vaginales y o anales, felaciones, conductas sádicas (ataduras, cortes, golpes, insultos, obscenos, etc.), secuestros temporales, etc. (Romero, 2006).

Los perfiles del agresor sexual, tiene una variedad bastante amplia. La forma más grave de las agresiones sexuales son aquellas que además de la violación llevan apareadas conductas violentas o agresivas importantes, incluida la muerte. En unas se aprecia con claridad el carácter sádico del dolor infringido a la víctima, en otras la muerte de la víctima se justifica por ser conocida del autor y tener miedo a ser reconocido y poder ser encarcelado; y en otros es la expresión de máximo desprecio e insensibilidad hacia los demás (Romero, 2006). Se ha creado muchas y diversas tipologías para definir los patrones de conductas violentas del sexo. La Tabla 1 Presenta las categorías encontradas según diferentes autores:

Tabla 2. Tipos de violencia por autor.

AUTORES	TIPO	EXPLICACIÓN
Romero (2006)	Violación sádico-agresiva:	La excitación está relacionada con la humillación y el dolor de la víctima. Actuación sexual esta premeditada y cuidada para conseguir el éxito. La violación servirá de fantasía sexual hasta la comisión de otra. El dolor físico es el mayor excitante.
	Violación colateral:	Violencia para demostrar el propio poder que se posee (seguramente para compensar un complejo de inferioridad) y además se demuestra el sentimiento de rechazo y hostilidad hacia las mujeres. El violador es el auténtico “machista”.
	Violación colateral:	Aprovechar una oportunidad, con motivo de robar a una mujer, o violentar a una prostituta porque para eso se le paga.
	Violación por abuso de confianza:	Típica de pederastas o adultos mayores que utilizan víctimas que ellos pueden manipular y engañar como hijos o adultos con diferencias ligeras, medias o profundos.
	Violación padre-patrón:	Es la realizada por el padre a sus hijos-as a veces con el consentimiento inhibido de la madre por temor. Se produce en ambientes familiares aislados con ningún recurso socio-educativo. O en padres-ó padrastros- u otros familiares debido a la no empatización y nula dedicación a los niños. Su distancia y frialdad afectiva les hará suponer su derecho a agredirlos sexualmente.
	Adicciones sexuales:	En los últimos años el concepto adicción a tomado fuerza porque parece tener relación con la incapacidad de muchos delincuentes sexuales de controlar su impulso y por tanto recaer de forma convulsiva en sus violaciones. Se comportan como cualquier adicto (alcoholismo, drogas, ludopatía, etc). Se necesita el consumo inmediato aunque le dañe personalmente. Sentimientos graves de culpa

	<p>cada vez que lo hace, deteriorando su autoestima e inseguridad. Inicio de un círculo de aumento de ansiedad hasta realizar de nuevo el hecho sexual inadecuado. Épocas de mayor o menor consumo sexual dependiendo de otras variables: emocional, laboral, económico, familiar, etc.</p>
<p>Abusadores subindividuos totalmente indiferenciados:</p>	<p>El otro es percibido como una prolongación de sí mismo. El abuso sexual es con frecuencia de tipo intrafamiliar</p>
<p>Abusadores subindividuos con una diferencia débil</p>	<p>Los abusos sexuales son parte de la estrategia de supervivencia para compensar carencias del pasado. Pueden cometer abuso intrafamiliar o extrafamiliar y homo o heterosexual.</p>
<p>Abusadores subindividuos con una diferencia moderada</p>	<p>En momentos de crisis (que confrontan la angustia de perder sus fuentes de afecto y reconocimiento), pueden abusar de sus hijos.</p>
<p>Abusadores sobreindividuos indiferenciados</p>	<p>Presentan una tendencia a aislarse socialmente. El abuso es frecuentemente intrafamiliar y la finalidad es la de protegerse de la angustia persecutoria de la relación con su padre al proyectar el mal sobre los hijos y/o de reencontrar en la relación abusiva incestuosa, el vínculo tranquilizador de la relación con su madre</p>
<p>Abusadores individuos con una diferencia moderada</p>	<p>Personas que crecieron en un ambiente de violencia y rechazo del padre y de sobreprotección de la madre. Crecieron con una imagen de sí mismos de derechos omnipotentes sin respetar los derechos de los demás.</p>
<p>Abusadores</p>	<p>Su padre es un sujeto pasivo y la relación con la madre es funcional. Son profundamente egocéntricos</p>

Nogueroi (2005)

sobreindividuos con escasa diferenciación	y lo único que cuenta es su excitación sexual.
Abusadores sobreindividuos con una diferenciación moderada	Carecen de empatía y su desenvolvimiento es psicopático, en donde los abusos sexuales son uno de los tantos delitos que cometen.
El primero	No presenta una excitación sexual inicial, el sentido de su agresión es humillar, con sadismo y violencia, a la víctima que suele ser desconocida.
El segundo	Es el que está motivado por demostrar a su víctima su habilidad sexual como un intento de compensación de sus desajustes como baja auto estima, introversión o pasividad. Ante la imagen de un posible rechazo de la mujer, quiere demostrar su valía, pero si la víctima se resiste, suele huir.
El violador sexual agresivo	Tiene asociada su actividad sexual con la violencia y provocación de miedo, por tanto se excita cuando inflige daño. En estos casos puede llegar a matar a la víctima de forma muy sádica. Suelen tener conductas antisociales, parejas inestables y fuertes distorsiones cognitivas como que la mujer se resiste es porque lo desea.
El violador impulsivo	Puede acompañar la violación a otros actos delictivos como robos o atracos. Suele tener antecedentes penales referidos a otros delincuentes de tipo no sexual.

Primarios

- Sujetos con una orientación dirigida principalmente a niños, sin interés por los adultos.
- Presentan conductas compulsivas no mediatizadas por situaciones de estrés.
- Poseen un campo limitado de intereses y actividades, lo cual les lleva a menudo a una existencia solitaria.
- Estas personas son, en el sentido estricto del término, *pedófilos*.
- Consideran que sus conductas sexuales son apropiadas y las planifican con antelación.
- Son frecuentes algunas distorsiones cognitivas, como atribuir la conducta a la seducción de los menores o considerar que este tipo de comportamientos son una forma de educación sexual adecuada para los niños.
- No presentan sentimientos reales de culpa o vergüenza por sus actividades pedofilias.
- Los pedófilos primarios pueden mostrar una fobia o rechazo al sexo en las relaciones con mujeres e incluso una cierta aversión a las características sexuales secundarias de las mujeres adultas, como el desarrollo de los senos, el vello en el pubis, etc.
- Los niños, al no “exigir” condiciones completas de virilidad y potencia en la relación, “permiten” al pedófilo realizar un tipo de acto sexual pobre e incompleto.

**Secundarios o
situacionales**

- Sujetos que tienen contactos sexuales aislados con niños, y éstos son reflejo de una situación de soledad o estrés.
- Las conductas habituales de estos sujetos son relaciones sexuales con adultos, normalmente heterosexuales (aunque suelen aparecer alteraciones como impotencia ocasional, falta de deseo y algún tipo de tensión o conflicto con sus parejas)

- A nivel cognitivo, suelen percibir este tipo de conductas como anómalas y las ejecutan de forma episódica e impulsiva más que de un modo premeditado y persistente.
 - Posteriormente pueden aparecer intensos sentimientos de culpa y vergüenza.
 - Las conductas de abuso pueden ser un medio de compensar la auto estima deficiente del sujeto o de dar rienda suelta a una hostilidad que no puede liberarse por otras vías.
 - Las situaciones de estrés, así como el consumo excesivo de alcohol o drogas, pueden intensificar, a modo de desencadenantes.
-

Tabla 3. Clasificación del agresor sexual según González, Martínez, Leyton y Bardi (2004).

Clasificación	Componentes	Definición
Según las inclinaciones sexuales de los abusadores se clasifican en:	Abusadores extrafamiliares o pedófilos:	Sus impulsos, intereses y fantasías sexuales están centrados en niños y/o niñas. No manifiestan haber tenido relaciones sexuales adultas exitosas y son más bien solitarios. Pueden ser generosos y estar muy atentos a todas las necesidades del niño que no estén relacionadas con la victimización sexual, de manera de lograr ganar su cariño, interés y lealtad y asegurar así que la víctima mantenga el secreto. Un solo pedófilo puede cometer cientos de abusos sexuales.
	Abusadores intrafamiliares, endogámicos o incestuosos:	Dirigen sus intereses sexuales preferentemente hacia las niñas de sus familias. Se encuentran mejor integrados a la sociedad y pueden lograr mantener una fachada intachable.
Según la exclusividad de la atracción por niños pueden ser:	Pedófilos exclusivos	Individuos atraídos sexualmente solamente por niños.
	Pedófilos no exclusivos	Individuos atraídos sexualmente por adultos y niños
Según el sexo de las víctimas		Con atracción sexual por los hombres.
		Con atracción sexual por las mujeres.
		Con atracción sexual por ambos sexos.
Según la edad de las víctimas se pueden subdividir en:	Abusadores pedófilos propiamente dichos:	Eligen niños prepúberes, sin hacer distinción en cuanto al género. Presentan importantes rasgos de inmadurez e inadecuación.
	Abusadores hebefílicos	Prefieren púberes o adolescentes y tienen mejor adaptación social.
	Abusadores de adultos	El abuso sexual se acompaña de violencia física y psicológica.

Según el estilo de la conducta abusiva se clasifican en:

Abusadores regresivos:

Estos adultos presentan un desarrollo normal de su sexualidad, es decir, llegan a la edad adulta con la capacidad de sentir atracción sexual por adultos del sexo opuesto o de su mismo sexo. La necesidad de seducir y de abusar sexualmente de los niños se produce por deterioro de sus relaciones, ya sea conyugales o experiencias traumáticas y/o un momento de crisis existencial. En general el abuso es intrafamiliar.

Abusadores obsesivos o pedófilos o fijados:

Hombres o mujeres que abusan de varios niños, presentando una compulsión crónica y repetitiva a hacerlo. Están casi siempre implicados en situaciones de abuso sexual extrafamiliar. La relación abusiva les da la ilusión de amar y ser amado por alguien poco exigente y extremadamente gratificante.

Tabla 4. Clasificación según Barudy basada en los conceptos de Bowen y Stierlin.

CLASIFICACIÓN SEGÚN BARUDY BASADA EN LOS CONCEPTOS DE BOWEN Y STIERLIN	
<p>Bowen refiere que toda persona, para alcanzar su madurez, debe diferenciarse emocionalmente de sus padres y de las fuerzas emocionales que lo condicionaron en su infancia y adolescencia. Es así como los individuos más indiferenciados están más implicados en las dinámicas familiares del pasado. Para Stierlin el concepto de individuación integrada se refiere a la formación de fronteras psicológicas “semipermeables”, que permiten a cada sujeto un sentimiento de “sí mismo”, al mismo tiempo que le permiten participar en relaciones con los demás sin perder el sentimiento de unicidad. Entonces define como individuos subindividuados a los que tienen poca vivencia de sí mismos y una gran dependencia de los demás y, como individuos sobreindividuados, a los sujetos fundamentalmente egocéntricos, con una incapacidad fundamental a tomar en cuenta a lo demás.</p>	
TIPOS DE ABUSADORES	DEFINICIÓN
Abusadores subindividuados totalmente indiferenciados:	El otro es percibido como una prolongación de sí mismo. Sus abusos sexuales son habitualmente de tipo intrafamiliar. El incesto permite al abusador mantener de manera simbólica su yo fusionado y fusionante.
Abusadores subindividuados con una diferenciación Débil:	Los abusos sexuales son parte de estrategias de supervivencia para compensar carencias del pasado. Pueden cometer abuso intra o extrafamiliar y homo o heterosexual.

Abusadores subindividuos con una diferenciación moderada:	En momentos de crisis, que los confrontan a la angustia de perder sus fuentes de afecto y reconocimiento, pueden abusar de sus hijos. Este grupo corresponde al de los abusadores regresivos.
Abusadores sobreindividuos indiferenciados:	Presentan una tendencia a aislarse socialmente. El abuso es mayoritariamente intrafamiliar y su finalidad parece ser la de protegerse de la angustia persecutoria de la relación con su padre al proyectar el mal sobre los hijos y/o de reencontrar en la relación abusiva incestuosa, el vínculo tranquilizador de la relación con su madre.
Abusadores individuados con una diferenciación moderada:	Crecieron en un ambiente de violencia y rechazo del padre y de sobreprotección de la madre. Construyeron una imagen de sí mismos de derechos omnipotentes sin respetar los derechos de los demás.
Abusadores sobre individuos con escasa diferenciación:	Su padre es un sujeto pasivo y la relación con la madre es funcional. Tienen una vivencia profundamente egocéntrica, donde lo único que cuenta es su propia excitación sexual. Este grupo corresponde al de los abusadores obsesivos o pedófilos.
Abusadores sobre individuos con una diferenciación moderada:	Carecen de empatía y su funcionamiento es habitualmente psicopático, en donde los abusos sexuales son uno de los tantos delitos que cometen.

Otra clasificación sobre los tipos de agresiones sexuales, es el que divide la agresión instrumental, y la agresión expresiva, denominada “violencia no estratégica”. La primera hace referencia a la conducta ofensora que sugiere un deseo de dañar al otro, degradación y, algunas veces la agresión física va acompañada de obscenidades verbales, acusaciones. La segunda, se caracteriza, porque sus motivaciones pueden variar considerablemente: en el caso del sadismo, la agresión puede ser sexualizada y los actos llegan a ser bizarros; en el caso de la violación acompañada de ira, la agresión es indiferenciada con respecto a las víctimas (Prentky y Knight, 1991).

1.1.3 Diferencias en la terminología

Es importante diferenciar algunos conceptos, antes de explicar los modelos sobre la aparición o los desencadenantes de la agresión sexual.

La primera, es la diferencia entre parafilias y agresor sexual. Muchas personas padecen trastornos o conductas inadecuadas en su sexualidad, pero nunca se convertirán en delincuentes sexuales porque consiguen controlar sus impulsos e inhibir sus conductas a ambientes íntimos, sin trasgredir la intimidad sexual de los demás (Romero, 2006). Hay que distinguir entre lo que se considera como la desviación del objeto de deseo propia de las parafilias (ejemplo, la pedofilia), sin que se llegue a actuar, de la impulsión que no puede reprimirse, la que presentan la mayoría de delincuentes sexuales (Guimón, 2007).

La segunda, es la diferencia entre psicópatas sexuales y violadores. El término violador hace referencia a un sujeto que realiza un tipo de delito sexual, que implica *“el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos”*. Psicópata, en cambio, un trastorno muy peligroso de personalidad. Un psicópata sexual se refiere a un sujeto psicópata que ha desarrollado una carrera criminal de violación en ocasiones acompañada de homicidio (Garrido, 2005).

Un tercer aspecto, hace referencia a no confundir la pedofilia con el abuso sexual infantil, que representa un campo conceptual más amplio. Los pedófilos abusan sexualmente de niños para llevar a cabo sus impulsos sexuales, pero hay abusadores que no lo son. Se trata de personas que presentan una orientación sexual encaminada a las personas adultas, pero que en circunstancias especiales de estrés, de ira o de aislamiento, llevan a cabo conductas sexuales con menores (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000); estos mismos presentan características impulsivas similares a las de los pacientes con trastornos de personalidad asocial y algunas conductas agresivas y suicidas repetitivas de tipo impulsivo, adicionalmente se encuentran factores relacionados con el interés obsesivo por la excitación sexual, el

consumo abusivo de pornografía y una tendencia a ser condescendientes con los abusos sexuales (Guimón, 2007).

En relación con este aspecto, Echeburúa y Guerricaechevarría (2000), plantea que la pedofilia es un tipo de parafilia que consiste en la excitación o el placer sexual derivados principalmente de fantasías sexuales repetidas o exclusivas con menores prepúberes. Si bien el pedófilo puede excitarse con ambos sexos, la atracción hacia las niñas se da con bastante más frecuencia que la atracción hacia los niños.

Por último, el término legal de *“ofensor sexual juvenil”* se define como un joven quien comete cualquier acto sexual, con una persona de cualquier edad, en contra de los deseos de la víctima, o de manera explotativa, de trata o cualquier acto agresivo; *“el agresor sexual juvenil - (childmolester)-”*, se refiere a aquellos quienes solo escogen a *“niños”* como víctimas (Gerardin y Thibaut, 2004).

1.2 Reincidencia Sexual

1.2.1 Prevalencia e incidencia: Epidemiología

Para el estudio de cualquier fenómeno es importante determinar estos dos indicadores de ocurrencia, los cuales dan cuenta del comportamiento de la presencia del fenómeno en el tiempo, así pues, la prevalencia hace relación a la frecuencia con la que se presenta el fenómeno en una población, sin embargo, Tapia (1995), refiere que el término *“prevalencia”* solamente puede usarse si el fenómeno es una enfermedad u obedece a población humana.

Para comprender la prevalencia de un fenómeno, se puede indagar la prevalencia puntual que es el número de personas que presentan la característica de análisis y prevalencia relativa, es la medida en un momento determinado. También puede hacerse un análisis en un periodo de tiempo, se denomina prevalencia periódica. Algunos epidemiólogos usan el término tasa, para referirse a la prevalencia o al número de casos, en cambio la incidencia son los casos nuevos que se reportan del fenómeno Tapia (1995).

Noguerol (2005), señala que en España se denuncian unas diez mil agresiones contra la libertad sexual al año, de las que, dos mil quinientas lo son por violación. En las prisiones españolas ascienden a 1.950 los delincuentes sexuales, el 5% de la población reclusa; de ellos el 60% están condenados por agresiones sexuales a mujeres adultas 35% son abusadores sexuales a menores.

En un estudio sobre reincidencia de diversos delincuentes en Europa, elaborado por el Centre de Recherches Sociologique ssue le Droit et les Institutions Penales, del Ministerio de Justicia francés, se encontró: La reincidencia media de los delincuentes excarcelados en diversos países europeos –por asignación de una nueva condena de prisión- osciló entre un mínimo de un 3.9% en Luxemburgo y un máximo de 36% en el Reino Unido, durante el primer año de seguimiento. Al quinto año, la tasa fue de un 35.1% en Bélgica y Luxemburgo y un máximo del 54% en el Reino Unido (Echeburúa, 1998).

La mayoría de las investigaciones coinciden al exponer que el agresor, la mayoría de sexo masculino (el 87% aproximadamente) es un familiar o conocido de la víctima. Este

hecho es, probablemente, el más traumático por lo que supone la posible disolución de los vínculos familiares básicos (Noguerol, 2005).

Según el Ministerio del Interior, en el año 2004, las tasas de delitos sexuales fueron las siguientes:

- a. Los casos de agresión sexual conocidos fueron 2.521 de los cuales, 1487 se dieron con penetración.
- b. De los 2.179 casos de abuso sexual, 219 ocurrieron con penetración.
- c. Por otro lado se dieron 419 casos de acoso sexual, 691 de exhibicionismo, 508 de prostitución y 161 de pornografía de menores.

En relación con la “*incidencia*” en la población penitenciaria española, a continuación se muestran los datos de agresores penados en España, desde el año 2000 hasta el 2013.

Tabla 5. Cifras Ministerio del Interior, España (2008). Incidencia de la población penitenciaria.

Fecha	Total Penados	Penados A.Sx.	% Penados A.Sx.
Noviembre/2000	35.361	1.616	4,57%
Octubre/2001	36.673	1.611	4,39%
Agosto/2004	45.508	2.336	5,13%
Mayo/2006	48.034	2.749	5,72%
Abril/2007	48.965	2.874	5,87%
Abril/2008	50.051	3.148	6,3%
Mayo/2009	58.137	3.532	6,0%
Mayo/2010	60.475	3.776	6,2%
Noviembre/2010	60.001	3.779	6,3%
Diciembre/2010	50.737	3.194	6,3%
Noviembre/2011	58.031	3.629	6,3%
Septiembre/2012	52.672*	2.986	5,6%

Diciembre/2013	56.103	3.131	5,6%
* En Nov./11 son 71.367 (penados: 58.031 + prev.: 12.494 = 70.525). En Sep./12 son 69.427 (penados: 52.672 + prev-penados: 5.146 = 57.818 + prev: 10.980 = 68.798)			

El número de internos que están en tratamiento, desde el 2006 hasta el 2011 en España, se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6. Cifras Ministerio del Interior, España (2008) Incidencia de la población penitenciaria del 2006 al 2011.

Año	Nº de altas en el año	Nº de internos en tto.	Nº de centros
2006	199	199	20
2007	170	345	38
2008	127	357	35
2009	106	301	31
2010	208	317	33
2011	183	382	38
TOTAL	993		

1.2.2 Niveles de reincidencia

Marshall, Anderson y Fernández (1999), revisaron un número de estudios que demuestran que la tasa de reincidencia entre agresores sexuales tratados es significativamente más baja, que aquella de grupos comparados que no han recibido tratamiento. Ellos rechazan la noción pesimista de que las agresiones sexuales pueden ser prevenidas únicamente a través de encarcelamiento prolongado o supervisión en comunidad, sugiriendo que a los ofensores se les puede enseñar el auto-control y técnicas de prevención de la reincidencia. Sin embargo, esto depende de qué tanto los agresores sexuales estén dispuestos a recibir el tratamiento (Lord y Willmot, 2004).

De acuerdo con diversos estudios evaluativos, la reincidencia de los agresores sexuales es, como grupo, baja, y se estima de en torno al 20% (Losel, 2002; Prentky, 2003; Quinsey et al., 1995, citado por Redondo, 2006). No obstante, la distribución de la reincidencia es muy heterogénea y oscila entre un número grande de casos de un solo delito conocido (no reincidentes) y, en el extremo opuesto, unos pocos agresores seriales, que cometen decenas de delitos a lo largo de sus carreras criminales.

Los ofensores sexuales es más probable que reincidan con una ofensa no sexual, que con una sexual, por lo que hay que realizar más investigaciones de si los predictores de la reincidencia sexual son sustancialmente diferentes de los predictores de la reincidencia no sexual (Hanson y Morton-Bourgon, 2005).

Actualmente en España la frecuencia de delitos sexuales no es muy elevada si se compara con la de otras actividades delictivas. Los reclusos condenados por estas causas constituyen únicamente el 3.6% del total de internos penados. Estas cifras son algo inferiores a las de otros países europeos, lo que no implica necesariamente menor frecuencia de delitos, y pueden ser resultado de la diferente tipificación legal y/o número de denuncias interpuestas respecto a otros países.

De acuerdo con la investigación internacional alrededor del 80% de los agresores sexuales no tratados no reinciden, mientras que acaban reincidiendo en torno a un 20% (Redondo, 2006). La investigación internacional sitúa a la reincidencia sexual en torno del 20%, mientras que el Índice de Reincidencia general es de aproximadamente un 50%. Aunque la mayoría de los delincuentes sexuales no volverán a cometer nuevos delitos

sexuales una vez cumplidas sus condenas, sabemos que un pequeño grupo de sujetos corresponde a delincuentes repetitivos o sistemáticos que probablemente volverán a delinquir. Por ejemplo, en una muestra de 29 violadores evaluada por el grupo de investigadores en Barcelona según Garrido, Redondo, Gil, Torres, Soler y Beneyto (Redondo, 2002), en conjunto habían sido autores de 65 violaciones, 6 sujetos habían sido condenados por más de cuatro violaciones, y dos de ellos por más de 19 violaciones.

Hanson y Harris (2000), llevaron a cabo un estudio de reincidencia que arrojó una luz en el rol de las emociones en delitos sexuales. Estos autores se enfocaron en la dinámica de los factores de riesgo, comparando 400 reincidentes y no reincidentes durante una supervisión colectiva, luego de hacer entrevistas oficiales. Un hallazgo importante fue que los dos grupos no difirieron en el rasgo de estado de ánimo, teniendo en cuenta que estos autores se enfocaron en estudios más de emociones, que en estados de ánimo permanentes, y encontraron que la reincidencia mostró un incremento en las emociones negativas, ira y síntomas psiquiátricos en general justo antes del delito. Estos hallazgos indicaron la asociación de emociones intensas para los hombres agresores a víctimas menores de edad, pero la ira estuvo particularmente relacionada con los violadores. De manera interesante se encontró que, los reincidentes estuvieron más desconectados emocionalmente y poco cooperativos en las entrevistas. Sin embargo, la ira o frustración y las ideas suicidas, fueron los principales predictores en el estudio (Hanson y Harris, 2000).

Cifras internacionales: Una mejor estimación de la tasa de delitos sexuales que la que nos dan las cifras oficiales, nos la ofrecen las encuestas de victimización. Por ejemplo, en Argentina, se obtuvo una tasa de victimización sexual del 9.6%; en India del 7.5% y en

Uganda del 4.8%. Las tasas europeas de victimización sexual son también variables y aunque su promedio es algo más bajo (2.2%) que el global, los países que superan esta media son Suiza (4.6%), Austria (3.8%), Países Bajos (3.6%) y Suecia (2.9%). Otros países obtuvieron índices inferiores al promedio, por ejemplo Inglaterra (2.0%), Escocia (1.3%), Irlanda del Norte (1.2%) y Francia (0.9%) (Redondo, 2002).

Cifras Nacionales: En 1996, de los 930.780 delitos denunciados en España, 6.048 (el 65% del total) correspondieron a delitos contra la libertad sexual, de los cuales 1.030 fueron potencialmente calificados como violaciones y 3.380 (el 36%) como agresiones sexuales (Según la nomenclatura del anterior Código Penal, ya derogado).

En 1998, las denuncias por delitos sexuales habían subido ligeramente, hasta el 0.81% del total de las denuncias. Por otra parte, también en 1998, en el marco de los delitos contra las personas, los malos tratos en el ámbito nacional, sumaron un total de 5942 denuncias (Un 65% del total de denuncias por delito).

Por su parte, el Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, de España muestra las cifras relacionadas con el abuso, acoso y agresión sexual desde 1997 hasta el 2009.

Tabla 7. Delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual por año. De Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, España.

Año	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
Total	6.845	6.798	7.207	6.825	6.191	6.065	5.662	5.750	5.914	6.177	5.647

Tabla 8. Tipos de abuso, acoso y agresión sexual por año. De Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, España.

Tipo de Abuso	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
Abuso Sexual	2566	2881	2320	2.182	2.350	2.179	1.851	1.772	1.685	1.675	1.727	1.644	1.504
Abuso Sexual Con Penetración	282	286	262	258	251	219	197	142	163	128	162	142	138
Acoso Sexual	330	390	431	409	402	419	313	357	364	348	362	433	374
Agresión Sexual	2080	2575	2259	2.468	2.605	2.521	2.391	2.392	2.231	2.371	2.581	2.679	2.548
Agresión Sexual Con Penetración	1315	1469	1573	1.481	1.599	1.487	1.439	1.402	1.219	1.228	1.082	1.279	1.083
Total	6.573	7.601	6.845	6.798	7.207	6.825	6.191	6.065	5.662	5.750	5.914	6.177	5.647

Pese a que los delitos sexuales presentan globalmente una prevalencia muy baja, las condenas de privación de libertad por violación y por abusos de menores son generalmente de más larga duración que las que se aplican a otros tipos delictivos más frecuentes, como es el caso del robo. Ello comporta que, por razón de sus largas condenas, se produzca una sobre representación de los delincuentes sexuales en las prisiones, en donde en la actualidad suponen en torno al 5% de la población penitenciaria (Redondo, 2002).

Otro aspecto importante para valorar la prevalencia “real” de las violaciones y los abusos de menores es el referido a sus respectivos índices de denuncia. En España, las violaciones se denuncian en un porcentaje aproximado del 45%, mientras que los abusos sexuales sólo se denunciarían en un 10% de los casos (Redondo, 2002).

Para medir la reincidencia, se han hecho uso de instrumentos, que acentúan la relevancia de ciertas variables denominadas “factores de riesgo”, que nos orientan sobre las probabilidades para que una persona reincida o no. Entre ellos están el SVR (Escala de riesgo de la violencia sexual) y el PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad).

En un estudio desarrollado por Boccaccini y Murrie (2010), se encontró que por lo general los psicólogos realizan evaluaciones a los agresores sexuales violentos, y la mayoría de las medidas a usar están diseñadas específicamente para predecir reincidencia. Aunque la mayoría de los inventarios de autoinforme no fueron diseñados como medidas de riesgo, que a menudo incluyen medidas que sean conceptualmente relevante al riesgo, el PAI, tiende a predecir la violencia y la reincidencia, tal como las puntuaciones de las medidas clínico-anotadas diseñadas específicamente para evaluar la violencia o el riesgo de reincidencia. Por otra parte, quien desarrolló el PAI ha argumentado que *"varios índices PAI son particularmente útiles en la evaluación de riesgo para los demás"*, incluyendo características antisociales (ANT), agresión (AGG) y dominio (DOM) escalas y el índice de potencial violencia (VPI). En este estudio se encontró que las puntuaciones de varias medidas PAI fueron estadísticamente predictores significativos de múltiples tipos de reincidencia. El predictor más consistente de la reincidencia era AGG, que fue un predictor significativo de todos los tipos de reincidencia, salvo reincidente sexual violento. Los resultados de esta investigación, ponen de manifiesto que las medidas de PAI están lejos de ser perfectos predictores de violaciones de registro. Sin embargo, los efectos también sugieren que las actitudes antisociales de auto-reporte de un agresor pueden tener alguna relación con el rendimiento de ese delincuente bajo gestión o supervisión de la comunidad. En esta

investigación se concluyó que con más de 1400 delincuentes y casi 5 años de seguimiento, este estudio representa, el estudio de la reincidencia prospectivo más grande del PAI.

Para los investigadores y desarrolladores de pruebas, estos resultados apuntan a la posibilidad de que las medidas de personalidad del auto-informe podrá algún día puede mejorar la predicción de la reincidencia.

Otro avance al respecto es el SVR-20, que es un protocolo diseñado para la evaluación del riesgo de violencia sexual de delincuentes sexuales adultos. Esta guía de valoración del riesgo fue desarrollada considerando las investigaciones empíricas y la práctica clínica de los expertos en el ámbito de los factores de riesgo de violencia sexual. Para la realización de las predicciones, varios estudios han utilizado la “*Escala de Violencia Sexual*”, (Sexual Violence Risk-20-SVR-20), en su versión en castellano denominada «Manual de valoración del riesgo de violencia sexual”. Esta guía de valoración del riesgo ha sido traducida y adaptada para población penitenciaria española por Martfnez, Hilterman y Pueyo (2005, citado por Pérez, et. al., 2008), del Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV) en la Universidad de Barcelona, lo cual genera un aporte importante en la rigurosidad que merece la evaluación del riesgo.

En un trabajo desarrollado por Pérez, et. al. (2008), se clarificó el significado dado a los “*factores de riesgo*”, para evitar interpretaciones confusas de los mismos. La expresión factores de riesgo se emplea en la investigación sobre carreras criminales para hacer referencia a aquellos elementos y variables personales o sociales cuya presencia hace más probable el mantenimiento de la actividad delictiva de un sujeto o de qué manera incrementa

su riesgo delictivo. Así cada ítem del SVR-20 valora información sobre el individuo que puede ser un factor de riesgo para su conducta futura. En esta prueba, la evaluación del riesgo se realiza por un experto forense a partir de la valoración de una lista estandarizada de factores de riesgo que permite finalmente adoptar un juicio de riesgo global.

El Manual de valoración de riesgo de violencia sexual SVR-20 establece: la definición del concepto de violencia sexual, cómo y cuándo llevar a cabo valoraciones del riesgo de violencia sexual, los factores de riesgo básicos a tener en cuenta y las preguntas claves a realizar a la hora de formular una predicción del riesgo (Gómez, 2009).

1.2.3 Factores de riesgo y factores de protección en la reincidencia sexual

El riesgo de reincidencia -y también las posibilidades de tratamiento- van a depender de la tipología del agresor de que se trate y, específicamente, de los factores de riesgo que confluyan en cada sujeto. La investigación más moderna en psicología criminal ha puesto de relieve la existencia tanto de *factores de riesgo*, como de *factores de protección o resistencia*, entre ellos el hecho de ser hijo primogénito, de ser una persona afectuosa, poseer alta auto estima y auto control, haber tenido cuidados alternativos a los paternos en caso de riesgo familiar, y haber tenido modelos de apoyo del mismo sexo, los cuales protegen al individuo, disminuyendo la probabilidad de conducta delictiva (Garrido, 2005).

A su vez, unos y otros factores se han categorizado como factores estáticos (o inmodificables) y dinámicos (o modificables mediante intervenciones). Los factores de riesgo estáticos suelen ser factores inherentes al sujeto o a su pasado y, por ello, de difícil o imposible alteración, mientras que los factores de riesgo dinámicos consisten en hábitos,

valores, cogniciones, bajo estatus académico y social, bajo autocontrol, conflictos interpersonales, etc., todos los cuales pueden modificarse en cierto grado mediante intervenciones apropiadas (Redondo, 2006).

El riesgo estático o actuarial, consiste en una evaluación de los factores históricos (ejem. antecedentes penales) y, con referencia a algunas medidas, características de la personalidad que generalmente no son susceptibles a cambios significativos en el tiempo.

El riesgo dinámico, consiste en un análisis de las variables diarias que son susceptibles de cambio a través de un tratamiento u otras intervenciones (Abracen, Mailloux, Serin, Cousineau, Malcolm y Looman, 2004).

En la tabla que sigue, se presentan ambos tipos de factores de riesgo, estáticos y dinámicos, predictores específicos de reincidencia sexual (Redondo, 2006).

Tabla 9. Factores de riesgos estáticos y dinámicos de la reincidencia sexual (Redondo, 2006).

Predictores Estáticos	Predictores Dinámicos
1. Factor Genérico: Menor de Edad.	1. Negación o racionalización persistente del delito.
2. Mayor número de delitos sexuales previos.	2. Baja/nula motivación para seguir un tratamiento.
3. Mayor número de delitos previos.	3. Baja competencia interpersonal y, en general, factores de necesidad criminógena (cogniciones, valores y hábitos delictivos, amigos delincuentes, dependencia a drogas).
4. Versatilidad delictiva (No especialización).	4. Alta excitación ante EE desviados y baja excitación ante EE adecuados.
5. Violencia al cometer los delitos.	5. Bajo control de la conducta desviada.
6. Escalamiento de gravedad de los delitos.	6. Carecer de pareja (.22).
7. Víctimas desconocidas.	7. Perfil Psicopático (Factor II: Conducta antisocial, salvo la que corresponde al pasado).
8. Tipo de Víctima.	
- Femeninas (.17).	
- Masculinas (.20).	
- Infantiles (.22).	
- Adultas (.13).	
9. El delito no ha sido resultado de algún estresor específico circunstancial.	
10. Evidencia de psicopatología grave (.18).	
11. Acciones excéntricas, rituales, fantasías desviadas recurrentes, uso de pornografía.	
12. Presentar varias parafilias (Abusos, violaciones).	
13. Perfil psicopatológico (PCL) (Factor I: Rasgos Psicopatológicos ⁹ (.18).	

Fuente: Las correlaciones presentadas proceden de Quinsey, et.al. (1995)

Como puede verse en la Tabla 9, existe un amplio conjunto de *factores estáticos* de riesgo que, además de la menor edad y los restantes factores genéricos antes mencionados, condicionan específicamente la predicción de la reincidencia de los agresores sexuales (con correlaciones entre .13 y .22).

Pese a todo, los *factores dinámicos* juegan también un papel decisivo en dicha reincidencia y constituyen, en todo caso, debido a su modificabilidad, los objetivos oportunos

de los programas de tratamiento. Mientras que los *factores estáticos* se corresponden, en buena medida, con los elementos energizantes o motivadores de las agresiones (excitación, repertorios de conducta desviada, etc.) (Redondo, 2006).

Según Noguero (2005) y Urra (2003), para la evaluación del riesgo se consideran una serie de factores relacionados con la probabilidad de reincidencia en agresores sexuales que son:

- a) Violencia en la realización del delito.
- b) Acciones excéntricas, rituales, fantasías desviadas y pornografía.
- c) Haber cometido delitos sexuales previos.
- d) Evidencia de psicopatología, especialmente psicosis o deficiencia orgánica.
- e) Negar su responsabilidad en el delito, o bien racionalizarlo.
- f) Rechazar el tratamiento, o participar en el sin motivación.
- g) Escasos recursos personales y baja competencia social.
- h) Poca capacidad verbal.
- i) Incapacidad para aprender de la experiencia
- j) No tener ningún control sobre la conducta desviada, alta excitación ante estímulos desviados.
- k) Evidencia de escalada en la gravedad de los delitos sexuales.
- l) Actitudes negativas hacia las mujeres y favorecedoras de violencia.
- m) Presentar varias parafilias.

- n) Antecedentes laborales inestables
- o) Historia de relaciones personales inestables.
- p) La edad. (El riesgo es mayor cuanto más joven se halla iniciado la actividad delictiva).
- q) Múltiples víctimas y víctimas desconocidas.
- r) Abuso de alcohol y drogas.

Se sabe que el peligro de reincidencia es mayor, cuanto más grave y dilatada haya sido la carrera delictiva (no necesariamente sexual) del sujeto, en el momento de la actividad diagnóstica. También se sabe que los pedófilos son mayoritariamente varones, sólo en un 13% de los casos el abuso es llevado a cabo por mujeres (Urta, 2003).

Por edades, la reincidencia más elevada correspondió a los sujetos más jóvenes de 21 años (con porcentajes de hasta un 70% en el Reino Unido), mientras que los de mayor edad reinciden en menor proporción (Echeburúa, 1998). Los agresores sexuales suelen ser reincidentes según algunos autores, aunque no en mayor proporción que en otros tipos de delitos, según las estadísticas (Vázquez, 2005).

Al revisar las investigaciones sobre factores de riesgo, se encuentran diferentes puntos de vista. Una de ellas es la que señala Abbey y Mc Auslan (2004), quienes señalaron que hay dos variables que pueden conducir a la perpetración del abuso sexual: actitudes hostiles o negativas hacia la mujer y promiscuidad sexual. Por otro lado, Hanson y Morton-Bourgon (2005), señalan que la reincidencia sexual está asociada principalmente con dos factores: la

conducta sexualmente desviada y el estilo de vida antisocial, que se refiere a la personalidad antisocial, con sus características propias, tales como impulsividad, abuso de sustancias, inestabilidad laboral y consumo de sustancias.

Todo esto nos permite afirmar que la agresión sexual, es un fenómeno multicausal. La investigación de este tipo de delincuencia caracterizada por la violencia, se ha desarrollado teniendo en cuenta diferentes puntos de vista: Las aproximaciones biológicas, (estimulación de ciertas zonas cerebrales, hormonas sexuales, etc.), aproximaciones psicológicas (instintos, impulsos, aprendizaje social, pensamiento criminal, valores y actitudes antisociales, escasa capacidad para controlar la agresión), las microsociales (experiencias infantiles de violencia, falta de cuidado y atención, lazos sociales poco sólidos y apego a grupos anti normativos), las macrosociales (influencias subculturales, aceptación social de la violencia y pobres condiciones económicas) y, por supuesto, los enfoques multifactoriales. Pero quizá la explicación que goza actualmente de mayor aceptación es la *“teoría del aprendizaje social”*, donde se establece que la agresión y la conducta violenta se aprenden a través de la experiencia directa y la imitación de modelos reales y simbólicos. Por ello la familia, como primer grupo de referencia, se convierte en un punto central de atención ya que puede ser fuente de modelos agresivos: si la agresividad forma parte de los patrones de conducta habituales en la familia, el niño no sólo carece de experiencias socializadoras adecuadas o de modelos prosociales de los que aprender, sino que tiene más oportunidades de imitar las respuestas violentas predominantes de su entorno y adaptarlas a su repertorio conductual. Así, aquel sujeto que haya crecido en un ambiente donde la violencia es adaptada y reforzada tendrá más probabilidades de adoptar la violencia como un recurso eficaz para enfrentarse a

los conflictos, que aquél que fue criado en ambientes donde toda manifestación agresiva era castigada o rechazada (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001).

En una investigación sobre los factores de riesgos dinámicos y estáticos, se sugiere que la estabilidad de las relaciones y las dificultades en estas, son cuestiones especialmente destacadas para abordar en la evaluación de los delincuentes sexuales. Además, el abuso de alcohol y de sustancias, pueden ser un dominio importante para evaluar con referencia a los delitos sexuales. La excitación sexual inapropiada también ha sido identificada como un factor de riesgo importante en relación con la reincidencia (Abracen, Mailloux, Serin, Cousineau, Malcolm y Looman, 2004).

A nivel criminológico, se ha estudiado la relación entre el *módus operandi* del agresor, y la edad y género de la víctima. Leclerc, Proulx y Beauregard (2009), estudiaron en una muestra de 226 delincuentes adultos, el impacto de la edad de la víctima (0-13 años), sobre la probabilidad de adoptar una estrategia de manipulación, coerción o una estrategia no persuasiva para involucrar a la víctima en la actividad sexual. Ellos encontraron que los delincuentes adultos que abusan sexualmente de los niños mayores eran más propensos a usar una estrategia de manipulación y no de persuasión. Mientras la edad de las víctimas tenía un impacto en el *modus operandi*, la investigación no es tan concluyente con el género de la víctima. Estos autores encontraron, respecto a la variables género, que varios conjuntos de estrategias (Dar regalos y dar amor / atención a ganarse la confianza de la víctima, dando amor / atención, amenazando con lastimar a un amigo y la familia de la víctima y para alterar la relación víctima-delincuente para ganar la cooperación de la víctima, y amenazando con dañar físicamente y retirar beneficios al mantener el silencio de la víctima) fueron utilizados

con más frecuencia por los delincuentes que abusaron tanto de las víctimas masculinas y femeninas, que los delincuentes que abusaron únicamente víctimas masculinas o femeninas.

1.2.3.1 Variables estáticas asociadas con la reincidencia sexual

1.2.3.1.1 Víctima de maltrato y/o abuso sexual en la infancia.

Personas que en sus infancias han sufrido situaciones de abuso sexual dentro o fuera de la familia pueden, en una etapa adolescente o adulta o incluso en la misma infancia, cumplir con el denominado ciclo víctima-agresor que como muchos agresores lo explican de la siguiente manera: “*como a mí me lo han hecho, yo lo hago*” (Noguerol, 2005).

En un estudio realizado por Gidycz, Warkentin y Orchowski (2007), se encontró que el principal predictor de la aparición de la conducta sexual agresiva en la adultez es haber sido víctima de ella en el pasado o en su infancia; en este mismo estudio los autores hallaron que el 18% de los hombres fueron víctimas de alguna forma de agresión sexual en el pasado, y el 84% de los hombres tuvieron una historia de agresión física y reportaron haber sido víctimas de maltrato verbal severo. Esta idea es aceptada igualmente por Marshall y Marshall (2002), quienes años atrás ya habían afirmado que uno de los factores relevantes para comprender la etiología de la violencia sexual, era haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

De acuerdo con Gerardin y Thibaut (2004), los factores ambientales que explican las agresiones sexuales en los adolescentes van desde la exposición a modelos de conducta

agresiva, experiencias de maltrato, exposición a la pornografía y abuso de sustancias. Este autor encontró que el 66% de una muestra de agresores sexuales adolescentes había sufrido victimización a nivel físico (19%) o sexual (49%).

Aunque se sabe que muchos de los agresores sexuales fueron víctimas de cualquier tipo de abuso en su infancia, sin embargo, dada la alta prevalencia del abuso sexual, como indican las investigaciones retrospectivas se puede asumir que la mayoría de las víctimas no se convierten en agresores. No se sabe porque algunas víctimas crecen y se convierten en agresores mientras otras no. Tampoco se sabe por qué algunos agresores no parecen haber tenido experiencias de abuso o maltrato en sus historias y sin embargo son sexualmente violentos (Noguerol, 2005).

Por esto se asume que, en estas personas hay procesos de socialización deficientes debido a la desestructuración familiar, violencia física y/o psíquica por parte de sus progenitores, problemas de aprendizaje, fracaso escolar, alcoholismo en la familia, abuso emocional y/o sexual en la infancia (Carcedo y Reviriego, 2007).

Drake y Pathe (2004), encontraron tasas más altas de auto reportes de abuso emocional y abuso sexual en niños y problemas conductuales en una muestra de hombres agresores sexuales diagnosticados con pedofilia, violadores y exhibicionistas, comparados con delitos no sexuales y no violentos. Hay evidencia específica que muestra diferencias entre abuso sexual infantil y pedofilia.

Entre los delincuentes sexuales juveniles, existe un alto grado de heterogeneidad, lo que complica aún más la identificación de factores de riesgo específicos. Aunque los

delincuentes varían con respecto a varias características, incluyendo la historia del delito, historia sexual, y diferentes tipos de parafilias, la literatura ha establecido relaciones significativas entre el funcionamiento cognitivo, la salud mental, y ante todo, la historia familiar, incluyendo la historia del maltrato infantil (Calley, 2007).

Por último, hay que señalar, que sólo en algunos casos, se presenta en el ofensor sexual, la sintomatología propia de Trastorno de Estrés Postraumático. Jane (2003), ha citado *"problemas con la autorregulación emocional / sexual"* como un importante factor de riesgo dinámico estable. *"La ocurrencia de trastorno de estrés postraumático es la pura excepción y no la regla: la mayoría de las personas que responden a un trauma con síntomas intrusivos y de evitación persistente también desarrollan un complejo conjunto de otros problemas relacionados entre sí "*, que a menudo persisten por muchos años después de que la persona ya no cumple los criterios para el TEPT. *"La combinación de disociación crónica, problemas físicos para los que hay una causa médica se pueden encontrar, y la falta de procesos de autorregulación adecuados de los que es probable que tengan un profundo impacto en el desarrollo de la personalidad"*. Estos efectos fueron más pronunciados en los sujetos que habían experimentado trauma antes de la 14 años. Jane (2003), concluyen: *"Este estudio apoya y amplifica el cuerpo existente de investigación que ha demostrado una asociación íntima entre el diagnóstico de TEPT, disociación, somatización, y una variedad de problemas con la regulación afectiva, incluyendo dificultades en la modulación de la ira y la implicación sexual, así como la agresión contra sí mismo y los demás ."*

1.2.3.1.2 Inicio de edad temprana y género.

La edad de inicio es importante como predictor de la carrera criminal. Cuanto más joven es el delincuente en su primer delito más posibilidad de seguir con una conducta delictiva en un futuro, y, por tanto mayor posibilidad de reincidencia (Gómez, 2009).

Aunque la edad en la que se manifiesta con más frecuencia el abuso sexual, es en la etapa media de vida (entre los 30 y los 50 años), no deja de ser preocupante, que el 20% de las agresiones sexuales sean cometidas por adolescentes y que el 50% de los abusadores sexuales mayores hayan llevado a cabo sus primeras conductas cuando tenían menos de 16 años (Noguerol, 2005, Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000), en tanto que para Romero (2006), la mayoría comete los delitos entre los 25 y 50 años de edad, pero siguen cometiendo las agresiones sexuales hasta los 60 y 70 años y su nivel cultural es medio en casi todos los casos.

Los estudios y la experiencia dentro del ambiente penitenciario, nos indican que entre más joven una persona comete el primer delito, el riesgo de peligrosidad es más alto. Esto es preocupante en la medida que la edad en la que encontramos que se comete la primera agresión sexual va en decremento, es decir, cada vez encontramos agresores sexuales más jóvenes. Según Becket (1999, citado por Noguerol, 2005), el 33% de los agresores sexuales comenzaron con sus conductas abusivas a una edad muy temprana. Aunque hay pocos estudios longitudinales sobre las acciones cometidas por los agresores sexuales, Abbey y Mc.Auslan (2004), hicieron un estudio de 10 años de seguimiento a un grupo de estudiantes

de secundaria encontrando resultados interesantes. Al comparar las tres mediciones elaboradas por medio de encuestas a lo largo de cuatro años de mantenerse en la secundaria, al final del estudio encontraron que el 14% había reportado haber tenido algún intento de violación hacia otra persona y el 34% admitió haber cometido al menos un acto de agresión sexual.

1.2.3.1.3 Limitaciones cognitivas y trastornos de aprendizaje.

Hay poca información sobre los agresores sexuales en la población con limitaciones cognoscitivas. Estos pacientes presentan a menudo conducta inapropiada en público, tal como masturbación y exhibicionismo, pero no asalto sexual o conducta sexual agresiva (Gerardin y Thibaut, 2004).

La verdadera desviación sexual, entre agresores sexuales con problemas de aprendizaje es rara, y las conductas abusivas son causadas por la inmadurez sexual u oportunismo. La evidencia relacionada con el alcance y naturaleza de la agresión sexual es contradictoria. Se ha encontrado evidencia de que existen niveles extremadamente altos de tolerancia sobre conducta ofensiva en el staff de servicio de las comunidades con discapacidades de aprendizaje, a tal punto que solo el 10% reportaba un asalto sexual o alguna exposición indecente en algún momento (Tudway y Darmoody, 2005).

Por su lado, en otras investigaciones se ha considerado la necesidad de dar consideración especial sobre los requerimientos particulares de agresores sexuales con problemas de aprendizaje y esto requiere la escogencia de instrumentos de medida que

evalúen la conducta sexual y la limitación cognoscitiva con precisión, sensibilidad o validez (Tudway y Darmoody, 2005).

El asunto es aún más complejo para agresores con discapacidades de aprendizaje, ya que el verdadero alcance de sus ofensas sexuales es frecuentemente desestimado. La investigación indica que el número de personas con discapacidades de aprendizaje dentro de la población en los penales varía del 2% hasta cerca del 40%. Es probable que los porcentajes relativos varíen de acuerdo con el tipo de conducta ofensiva, la historia de agresión y el nivel de discapacidad. Entre otros retos a la validez sobre las tasas de prevalencia, está que la mayoría de ofensas sexuales nunca son reportadas a las autoridades.

En los estudios de Tudway y Darmoody (2005), se encontró que los hombres con discapacidades de aprendizaje tienden a agredir más a otros hombres y víctimas más jóvenes, que aquellos que no tienen discapacidades de aprendizaje. Tudway y Darmoody (2005), encontró que el 80% de los agresores sexuales con discapacidades de aprendizaje han cometido actos graves. Intentos para explicar esta discrepancia incluye la posibilidad de que la edad y el género de las víctimas representan poco más que un asunto de circunstancia y oportunidad, más que una preferencia sexual, y que la verdadera conducta sexual desviada es rara en personas con discapacidades de aprendizaje.

Otros factores que han sido asociados con la agresión sexual en personas con discapacidades de aprendizaje son similares a aquellos encontrados en agresores sin discapacidades de aprendizaje, e incluyen: maltrato físico o psicológico en la infancia y adolescencia, psicopatología familiar, eventos negativos recientes, problemas de conducta

reportados en la escuela y haber estado en contacto con algún servicio social o policía en la infancia. La investigación también sugiere que los agresores sexuales con discapacidades de aprendizaje muestran mayor probabilidad de enfermedad psiquiátrica, mayor ingenuidad social, falta de remordimiento, poco autocontrol de los impulsos y baja autoestima, y dificultad al establecer relaciones personales y sexuales en comparación con los agresores que no tienen discapacidades de aprendizaje (Tudway y Darmoody, 2005).

1.2.3.1.4 Delitos sexuales y no sexuales previos.

Cuando se habla de “*delitos sexuales y no sexuales previos*”, el interés de analizar esta variable es saber si estas conductas delictivas surgieron antes de los 18 años. Por esto, antes que nada se debe diferenciar entre el término “*agresor sexual juvenil*” (*juvenile sex offender*), y el “*el agresor sexual que molesta o que agrede - (childmolester)-*”. El primero hace referencia a cualquier joven que comete cualquier acto sexual con una persona de cualquier edad en contra de ella misma, con violencia, fines de explotación o a manera de trata de personas; el segundo hace referencia a aquellos agresores quienes sólo escogen a niños o niñas como víctimas desencadenando tocamiento o acoso hacia estos (Gerardin y Thibaut, 2004).

Los delitos previos, son comúnmente llamados la “*historia delictiva o historia criminal*”. Un estudio de seguimiento de 541 delincuentes de pornografía infantil encontró que el 7% ha cometido un nuevo delito de pornografía infantil y el 4% la comisión de un delito sexual nuevo. Este estudio demostró que los factores de riesgo criminológicos establecidos, como la edad y la historia criminal delincuenciales predicen la reincidencia entre

los delincuentes de pornografía infantil, como se esperaba. Los delincuentes más jóvenes y delincuentes con extensas historias criminales eran más propensos a reincidir (Seto y Eke, 2015).

Los ofensores sexuales juveniles frecuentemente se comprometen en conducta antisocial y criminal no sexual, antes de cometer asaltos sexuales con fuerza tales como violación e intento de violación. En una encuesta nacional se encontró que de 80 jóvenes que revelaron una conducta de asalto sexual, estos habían cometido previamente un asalto no sexual grave, mientras relativamente pocos (7%) habían perpetrado exclusivamente ofensas sexuales. La conducta criminal no sexual (violenta y no violenta) está correlacionada con la violencia sexual repetida por los ofensores sexuales adultos y también puede ser un factor de riesgo importante para las ofensas sexuales repetidas por los jóvenes (Díaz, 2003).

Bagley y Pritchard (2000), aportan una tipología implícita mostrando suficientes diferencias observadas, en las comparaciones entre diferentes tipos de delincuentes, para inferir que provienen de diferentes dominios de delincuentes, cada uno con su propio patrón de sub tipos de delincuencia, tanto sexuales como no sexuales. Lo que es importante señalar, sin embargo, es que los hombres que son condenados por delitos sexuales contra niños son a menudo propensos a tener condenas por otros delitos, no sexuales.

Al hablar de otras tipologías, se encuentra que, para algunos hombres, los delitos sexuales contra menores de edad puede ser parte de un patrón más generalizado de la delincuencia contra la propiedad y contra los adultos. Puede ser que este tipo de delinciente

es el más impulsivo y desorganizado, y es, por tanto, el que tiene mayor probabilidad de ser arrestado y procesado por el sistema de justicia penal (Bagley y Pritchard, 2000).

1.2.3.1.5 Violencia al cometer los delitos.

Hunter, et.al. (2000, 2003, citados por Woodhams, 2004), reportaron diferencias en la conducta ofensiva entre dos grupos 1) pares y adultos o, 2) niños más pequeños (con un mínimo de 5 años menor que el agresor), en donde se resaltan los delincuentes cuyas víctimas eran pares o adultos predominantemente mujeres. Las propias agresiones sexuales fueron más probables de ocurrir en el contexto de la delincuencia no sexual, lo que podría incluir un robo o un hurto, apareciendo a menudo en lugares públicos. La característica final de estos delincuentes identificados por Hunter, et.al. (2000), es que eran más propensos a usar los niveles más altos de violencia contra sus víctimas.

En contraste, las víctimas de los agresores sexuales juveniles cuyo objetivo eran niños tendían a ser hombres y tenían una relación familiar. Estos delincuentes no tienden a usar la violencia para controlar a sus víctimas, pero eran más propensos a usar el engaño (Woodhams, 2004).

Drake y Pathe (2004), similarmente encontraron tasas más altas de auto reportes de abuso emocional en niños, abuso sexual y problemas conductuales en una muestra de hombres agresores sexuales mentalmente diagnosticados con pedofilia, violadores y exhibicionistas, comparados con delitos no sexuales y no violentos.

Los hallazgos de que un grupo de agresores eran más propensos a utilizar la violencia física contra una víctima, para controlarla, no parece tener suficiente evidencia empírica. Es

posible que este tipo de violencia sea un producto de las interacciones entre los miembros del grupo de agresores, como se ha teorizado con respecto a la escala de la agresión en el comportamiento de amotinamiento y disturbios (Woodhams, 2004).

1.2.3.1.6 Escalamiento en la gravedad del delito.

Durante mucho tiempo se ha debatido si el delincuente violento presenta un tipo criminal concreto, es decir si se puede hablar de carrera criminal violenta, o si por el contrario se trata de un delincuente, que sin especializarse en un tipo concreto de delitos ocasionalmente comete uno o varios delitos violentos. De hecho, un gran número de sujetos lleva a cabo, un delito violento y no vuelve a reincidir. Otros, tienen más tendencia a agredir, inician con delitos leves y al final, son delincuentes arrestados por delitos más violentos. Estos, generalmente tienen largas carreras criminales conformadas por delitos de todo tipo; solo una minoría comienza y mantiene su carrera delictiva exclusivamente con delitos violentos. Además conocemos por los estudios longitudinales que una proporción sustancial de los delitos, y en particular de los más graves, es cometida por una minoría de individuos crónicamente violentos. En la mayoría, se comienza sólo con insultos, a los que siguen amenazas y una escalada del conflicto verbal, hasta que finaliza con el ataque físico y violento (Garrido, Stangeland y Redondo, 2001).

Es habitual que una carrera delictiva se inicie con delitos menores y aumente la gravedad a medida que se desarrolla la carrera delictiva, pero si se habla de la agresión sexual, esto va desde los tocamientos hasta la violación. Por lo tanto, si puede ser un

predictor de reincidencia por el propio delito en sí, ya que dependiendo del tipo de agresión sexual la posibilidad de reiterar el comportamiento delictivo es más o menos alta. En el caso de agresiones sexuales a menores, la reincidencia es elevada mientras que en el caso de agresiones sexuales a mujeres conocidas que no son pareja es baja (Gómez, 2009).

1.2.3.1.7 Víctimas desconocidas.

En el estudio realizado por Woodhams (2004), evidencia que en contraste con lo que se ha sugerido en estudios anteriores, los agresores sexuales de desconocidos parecen agredir a una amplia gama de víctimas y una larga proporción de agresiones se realizan en grupo. En este estudio, se encuentra que hay hallazgos con muestras de mayor proporción de los delincuentes que han sido sexualmente agresivos con los extraños. Se entrevistaron a 67 adolescentes agresores sexuales, de edades comprendidas entre los 13-20, encarcelados en California, de los cuales aproximadamente dos tercios no habían conocido a su víctima antes de la agresión sexual. Un estudio sueco reciente Langstrom y Lindblad (2000, citado por Woodhams, 2000), cuya muestra de delincuentes sexuales juveniles entre los 15-20 años de edad, el 43% de éstos habían atacado a un extraño.

1.2.3.1.8 Evidencia de psicopatología grave.

Los abusadores son personas con apariencia normal, con inteligencia media y no siempre son psicóticos. Precisamente la aparente normalidad es la característica más señalada, si bien suelen presentar rasgos marcados de neuroticismo e introversión, así como de inmadurez (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). El porcentaje de delincuentes sexuales que tiene asociado algún trastorno psicopatológico no supera el 12% - 15%,

encontrándose una gama amplia desde esquizofrenia paranoide hasta trastornos bipolares o alguna toxicomanía, pero en ningún caso el trastorno es el causante de la agresión sexual. Un 15 % reconoce haber sido víctima de abusos sexuales en la infancia.

Drake y Pathe (2004), propusieron que los pacientes con esquizofrenia que tienen conductas sexualmente inapropiadas se pueden clasificar en cuatro grupos: (1) Aquellos que tienen una parafilia pre existente; (2) Los que tienen una desviación sexual que surge en el contexto de enfermedad y/o su tratamiento (3) los que tienen una desviación sexual y es una manifestación de una conducta antisocial más generalizada y, (4) otros factores de lo anterior. Hay evidencia que apoya una asociación importante entre la enfermedad mental y la violencia generalizada, indicando que los individuos diagnosticados con esquizofrenia son aproximadamente cuatro veces más propensos de haber sido condenados por delitos sexuales serios que los que no están mentalmente enfermos.

Hay estudios que sugieren una compleja relación entre esquizofrenia y conducta sexualmente ofensora. Sahota y Chesterman (1998a, citados por Drake y Pathe, 2004), plantearon que los agresores sexuales que sufrían de esquizofrenia tenían algún déficit similar al de los agresores sexuales, y que los síntomas de esquizofrenia permiten a los agresores superar la inhibición e incrementar la motivación para la agresión. Ellos también tratan de incorporar los síntomas de esquizofrenia dentro de sus formulaciones, destacando las causas directas (e.g. alucinaciones con órdenes) e indirectas (excitación elevada, pensamientos caóticos y funcionamiento social pobre) en delitos sexuales.

Estos autores lo que han encontrado es que hay un vínculo importante entre las experiencias adversas en la infancia y los problemas posteriores en su edad adulta, en dos de estas áreas; siendo adulto agresor sexual y psicopatología adulta. En general, los estudios sobre el impacto de las experiencias tempranas de vida han demostrado una asociación entre el abuso sexual infantil y una gama de comportamientos sexuales desviados en adultos, en particular, un vínculo entre abuso sexual en la infancia y la posterior perpetración de los delitos sexuales contra los niños. Si bien no había pruebas de la desviación sexual en más de la mitad de la muestra, el 41% habían participado en actividades hipersexuales persistentes (manoseo, coqueteo), exhibicionismo, o comportamiento de victimizador sexual incluyendo abuso sexual y la violación. Los adolescentes con desviaciones sexuales fueron significativamente más propensos que los no desviados por haber experimentado abuso físico previo (66% versus 52%, $p < 0,01$). Además, los adolescentes con más desviaciones sexuales habían documentado historias de abuso sexual infantil (82% vs 36%, $p < 0.01$) (Drake y Pathe, 2004).

Sin embargo, algunos estudios soportan el punto de vista que la patología del agresor sexual contribuye al delito sexual en una parte de los pacientes con esquizofrenia. Sahota y Chesterman (1998b, citados por Drake y Pathe, 2004), estudió 20 adultos detenidos en una unidad de seguridad regional en UK. Diecisiete fueron diagnosticados con esquizofrenia y todos habían sido clasificados en delitos sexuales de violación o asaltantes indecentes. El grupo recibió menor puntaje en la escala de autoestima y conocimiento sexual y alta calificación en fantasías sexuales con temas interpersonales, destacando las similitudes entre los enfermos mentales y los no enfermos mentales en agresores sexuales.

Hay una escasez de investigación sobre los enfermos mentales que se dedican a otras prácticas sexuales desviadas, particularmente el abuso de menores y parafilias sin contacto, como el exhibicionismo. Nuestra comprensión de los delitos sexuales en los pacientes con esquizofrenia también está limitada por el hecho de que es un comportamiento relativamente raro (Drake y Pathe, 2004).

Marshall y Serrán (2000), encontraron al aplicar el MMPI, consistencia entre los ofensores sexuales y las escalas de esquizofrenia y psicopatía. Los estudios sobre reincidencia señalan además que, los ofensores sexuales tienen otros problemas, tales como un riesgo alto para sufrir ansiedad y/o depresión. Esas dos variables están correlacionadas con reincidencia sexual (Hanson y Morton-Bourgon, 2005).

En relación con los trastornos de personalidad, González, Martínez, Leyton y Bardi (2004), dicen que los abusadores sexuales son heterogéneos en las características de personalidad y psicopatología. Pueden o no tener un trastorno de personalidad, y cuando lo hay, es principalmente de tipo limítrofe, con dificultad en el control de los impulsos y dificultades para lograr relaciones de intimidad. En el caso de los violadores es más frecuente el trastorno de personalidad antisocial. Así lo confirman también Hanson y Morton-Bourgon (2005), pero aclarando que la hostilidad y el estilo de vida inestable están asociados con la reincidencia en ambos grupos, los violadores y los abusadores de menores.

En un estudio llevado a cabo por Ortiz-Tallo, Sánchez y Cardenal (2002), al aplicar el Millon-II a 90 agresores sexuales entre los 20 y 65 años, encontraron que, desde esta

perspectiva, los delincuentes sexuales de menores se muestran como el grupo de sujetos con menos alteraciones estables de la personalidad y con rasgos de personalidad dependiente, fóbicos y compulsivos. Son personas que tienen dificultades para las relaciones interpersonales, que buscan la aceptación pero sienten un intenso miedo al rechazo que les lleva a la distancia de sus iguales para evitar el menosprecio y la humillación que suponen. Tienen dificultades para asumir roles maduros e independientes, inhibiéndose así de responsabilidades adultas. Son personas con poca o nula capacidad para empatizar e incapacidad para conseguir intimidad (Ortiz-Tallo, Sánchez y Cardenal, 2002).

Los delincuentes sexuales de adultos aparecen con rasgos de personalidad antisociales y compulsivos, y con trastornos de personalidad límite o border line. También afrontan las relaciones interpersonales con dificultad. Así, personas con estas características suelen actuar de forma impulsiva e irresponsable, y no prestan atención a las consecuencias de sus actuaciones. Suelen tener actitudes desleales y deshonestas, violando de forma activa los códigos socialmente establecidos con conductas habitualmente ilegales. La personalidad patológica límite es considerada de gravedad y aunque describe sujetos dependientes que necesitan la atención y el afecto de otras personas, al ser manipulativos y volubles terminan provocando el rechazo de los demás (Ortiz-Tallo, Sánchez y Cardenal, 2002). Los delincuentes de delitos no sexuales presentan rasgos de personalidad dependiente, fóbicos, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, pasivo-agresiva y autodestructiva. Los trastornos de personalidad que les caracterizan son el límite y el paranoide y acompañado o no del síndrome clínico de abuso de drogas.

Por último, hay que señalar la tendencia narcisista que predomina en muchos de estos delincuentes. El término narcisismo está lingüísticamente relacionado con la palabra narcótico, implicando quizás que a veces las personas se vuelven adictas a amarse a sí mismos. El narcisismo se caracteriza por un exagerado sentido de la auto importancia y singularidad, un sentido razonable del derecho, un antojo de admiración, las tendencias de explotación hacia los demás, empatía deficiente, y la arrogancia. Los narcisistas están motivados fuertemente para mantener su propia percepción y la de otros como seres superiores. El narcisismo se ha asociado con la agresión en los estudios empíricos (Bushman, Bonaci, Dijk y Baumeister, 2003).

Hay múltiples razones para predecir que los narcisistas serían más propensos que otros hombres a participar en la coerción sexual, además de su propensión a la represalia agresiva. En primer lugar, su sentido inflado del derecho puede hacer pensar que las mujeres les deben favores sexuales. En segundo lugar, su escasa empatía implica que no iban a ser disuadidos por su preocupación por el sufrimiento de las víctimas. Irónicamente, los narcisistas son capaces de empatía, pero simplemente no se molestan en usarla cuando no está en su interés el hacerlo. En tercer lugar, su tendencia a mantener las distorsiones cognitivas podría ayudarles a racionalizar las conductas censurables, como si pudieran convencerse de que sus víctimas, realmente hubieran deseado el sexo o habían expresado de alguna forma consentimiento. Por último su preocupación por conseguir que los demás les admiren podrían llevarles a buscar conquistas sexuales con el fin de tener algo que presumir a sus compañeros, y de hecho, los estudios de los hombres coercitivos han sugerido que la

presión de grupo y la jactancia son a veces importantes factores que contribuyen (Bushman, Bonaci, Dijk y Baumeister, 2003).

1.2.3.1.9 Consumo de alcohol.

El consumo de alcohol y la presencia de un patrón asociado a la dependencia a las sustancias, son variables que se deben mencionar. Según Abracen, Mailloux, Serin, Cousineau, Malcolm y Looman (2004), el abuso de sustancias y en particular el abuso de alcohol es una variable que se debe evaluar en relación con los agresores sexuales. El consumo de alcohol es un factor de riesgo importante relacionado con la reincidencia. En un estudio donde se usó el “Michigan Alcoholism Screening Test” Selzer (1971, citado en Marshall y Serran, 2000), encontraron que el 55.8% de los agresores sexuales puntuó dentro del rango de alcoholismo en esta prueba. Sobre este punto Abbey y McAuslan (2004), señalan que aproximadamente la mitad de todos los agresores sexuales, están asociados con el consumo del alcohol.

Varias investigaciones confirman la relación entre el consumo de alcohol y los delitos sexuales, por ejemplo la investigación de Abracen, Looman, Di Fazio, Kelly y Stirpe (2006), llevaron a cabo una investigación preliminar en los que administran el MAST y el DAST a un grupo de delincuentes sexuales que asisten al programa de Centros de Tratamiento Regional, los resultados indicaron que los delincuentes sexuales informaron puntuaciones significativamente mayores que los sujetos del grupo de comparación con referencia al abuso de alcohol. Con referencia a los puntajes del MAST, 45,8% de los violadores y 41,2% de los abusadores de menores reportaron niveles graves de abuso de alcohol.

Además, el consumo de alcohol es uno de los factores que facilitan la reincidencia en el delito, según lo expone Abracen, et.al. (2006), en una muestra de los delincuentes sexuales, todos los cuales exhiben elevados niveles de abuso de alcohol, se dividieron en dos grupos en función de si habían completado un programa de tratamiento de abuso de sustancias, o no los delincuentes sexuales (los cuales recibieron tratamiento específico para delincuentes sexuales) que también recibieron el tratamiento de abuso de sustancias, evidenciaron niveles significativamente más bajos de reincidencia que aquellos que no completaron dicho tratamiento.

Los resultados se discuten a la luz de las conclusiones en relación con los diferentes patrones de abuso de sustancias entre los delincuentes no-sexuales, sexuales y violentos observados en la literatura, así como en relación con la teoría del apego de Marshall.

1.2.3.1.10 Desviaciones sexuales (Rituales, fantasías, uso de pornografía).

Antes de referirse a las desviaciones sexuales, se debe evaluar el uso de prácticas sexuales apropiadas por el agresor. Aunque muchos hombres que violaron mujeres o niños tienen experiencias sexuales adultas consensuadas, ellos a menudo describen insatisfacción en las relaciones. Ellos tienden a enfocarse en la obtención rápida del orgasmo, más que relaciones íntimas y que generen satisfacción mutua (Marshall y Serran, 2000).

Según (Prentky y Knight, 1991), la fantasía sexual se refiere a la actividad cognoscitiva enfocada sobre pensamientos e imágenes que involucran algún contenido sexual, y los estudios en general han mostrado que esta, es un importante precursor de la conducta sexual desviada. Las fantasías sexuales han recibido importantes consideraciones

clínicas. Evaluar el contenido, frecuencia e intensidad de las fantasías sexuales desviadas tiene importantes implicaciones para la identificación y el tratamiento de la agresión sexual. La presencia de las fantasías desviadas, incrementa la probabilidad de la conducta sexual desviada, y no solo pueden ser un fuerte desencadenante, sino también un importante mantenedor de la conducta sexual desviada, e impedir un patrón normal de adaptación en el área sexual. Ahora, las fantasías sexuales no son suficientes para explicar la agresión sexual.

La importancia taxonómica de la fantasía es evidente en los violadores y agresores seriales; el grado de desviación sexual podría estar relacionado con ambas, con la frecuencia de la ofensa sexual y la cantidad de violencia utilizada (Prentky y Knight, 1991).

Que exista alguna relación entre la agresión sexual y la fantasía generalmente no se considera como un asunto a discutir. Los clínicos han aceptado el punto de vista de que hay un proceso en el cual ciertas fantasías obsesivas comienzan a aumentar en frecuencia e intensidad, lo cual lleva al agresor a cometer episodios violentos, frecuentemente de carácter sexual, que pueden saciar temporalmente su fantasía. La repetición de estos ciclos de intensificación conduce a agresiones en serie cada vez más fuertes. Cualquiera que sea la verdad, para este grupo de agresores se hace necesaria la prevención para evitar sobre-generalización desde grupos de agresores extremos hasta grupos de agresores en general. A pesar de este tipo de prevención, la fantasía es vista entre los clínicos, como parte del proceso de agresión de la mayoría, sino de todos, los agresores sexuales. Lo que es verdad sobre la mayoría de asesinos sexuales en serie, también es verdad sobre los menos violentos. El importante rol atribuido a la reducción y el control de la fantasía en la terapia para agresores sexuales en muchos programas cognitivo-conductuales confirma el papel central de la

fantasía en el pensamiento contemporáneo acerca de la agresión sexual (Howitt, 2004). Este autor señala que la fantasía es reforzada a través de la masturbación/orgasmo para convertirse en un importante componente compulsivo que se incrementa en la psicología del potencial agresor sexual. El autor, plantea que las fantasías sexuales desviadas son características encontradas en los agresores en la adolescencia. Por ejemplo, cerca del 80% de los agresores reportaron haber tenido este tipo de fantasías hacia la edad de 15 años (Howitt, 2004).

La fantasía sexual por otro lado, es considerada como un antecedente proximal y distal para un agresor sexual. Howells, Day y Wright (2004), se centraron en la relación entre las fantasías sexuales y los estados afectivos negativos, pero acompañado de un conflicto. En “el agresor sexual juvenil - (childmolester)-” se encontró que las fantasías sexuales, estaban asociadas con algún estado emocional, como ira, ansiedad y depresión, predominando la última.

Por último, Darke (1990, citado por Marshall y Serran, 2000), señalaron que generalmente los agresores sexuales tienen la convicción de que las conductas agresivas implican aspectos humillantes y degradantes. Estos autores reportaron que cometieron actos que buscaban degradar a sus víctimas.

1.2.3.1.11 Presentar varias parafilias.

Las parafilias son definidas como desórdenes sexuales caracterizados por fantasías intensas o recurrentes, o conductas que involucran objetos inusuales, actividades o situaciones que pueden incluir, exhibicionismo, voyerismo, froterismo y fetichismos o transvestismo (con objetos no humanos), provocación de sufrimiento o humillación al otro,

con prácticas sádicas o masoquistas, o prácticas con niños sin el consentimiento de estos, o los adultos responsables (que deben ocurrir por al menos 6 meses). También incluye otros tipos de parafilias como la zoofilia, necrofilia, etc.

La excitación sexual desviada, está fuertemente asociada con la conducta sexualmente coercitiva. En jóvenes agresores se encontró que el interés sexual y los patrones de excitación son más cambiantes que los de los ofensores sexuales adultos (Díaz, 2003).

Una variedad de enfoques son necesarios para entender y tratar la pedofilia. La tasa de reincidencia de los pedófilos a menudo se exagera con el fin de apoyar un enfoque punitivo, y los medios de comunicación tergiversan el problema de la cobertura sensacionalista de los casos de asesinato de niños. Las tasas de reincidencia de los pedófilos ya sean tratados o no han sido estudiadas y, en general, son mucho más bajas de lo que el público cree. La solución a estos problemas vendrá de la mejor comprensión y tratamiento del patógeno, en esta postura sería el pedófilo, así como de la conducta sexual desviada en general (Bradford, 1999).

El inicio del interés sexual parafílico generalmente ocurre antes de los 18 años la edad promedio de inicio para las diversas parafilias es: 13,6 años para travestismos; 16 años para el fetichismo; 17,4 para el voyerismo; 18,2 para la pedofilia heterosexual no incestuosa. El comienzo real de la fantasía parafílica ocurre mucho antes, donde se debería intervenir, es decir, no es una oportunidad hacer esto, cuando se representan los signos y síntomas clínicos de las parafilias. Esto quiere decir que si hubiera un tratamiento efectivo, la prevención primaria en la adolescencia para el problema de salud pública de las parafilias y

específicamente la pedofilia podría ser empleado. Además, existe una considerable comorbilidad entre las parafilias. Esto significa que el tratamiento debe ser eficaz para todas las parafilias y debe aplicarse de forma coherente (Bradford, 1999). Como lo señala Hanson y Morton-Bourgon (2005): *“Las desviaciones sexuales pueden relacionarse además con el exhibicionismo, la pedofilia y otras parafilias”*.

Pero otra manera de abordar este tema de manera más general, es considerando la violencia sexual, como una forma de conducta antisocial que puede ser susceptible de intervención. Esto se puede explicar, teniendo en cuenta que el comportamiento sexual de muchos agresores sexuales se proyecta de un modo desviado hacia objetivos sexuales inaceptables, como son los menores de edad o el uso de la violencia para forzar el sometimiento sexual de una mujer. Es decir *“prefieren”* formas antisociales de relación sexual, que les resultan ‘más excitantes’, y no logran *“inhibir”* esos modos inapropiados y dañinos de obtener placer. Algunas de tales preferencias antisociales (los menores o el empleo de la violencia en la interacción sexual) probablemente se han generado y consolidado en el individuo a partir de la asociación repetida entre su excitación sexual (mediante autoestimulación u otras conductas sexuales) y estímulos infantiles o violentos (reales o a partir de pornografía o fantasías al respecto) (Redondo, Pérez y Martínez, 2007).

1.2.3.1.12 Perfil psicopático, conducta antisocial y versatilidad criminal.

Los últimos años ha habido un incremento de evidencia que sugiere que la agresión sexual es una conducta multi determinada y que los grupos de agresores son heterogéneos. Por esta heterogeneidad, los profesionales de la salud han construido tipologías, de diferentes

tipos de violadores, encontrando un subtipo de “*agresor sexual*” que es congruente con el perfil de psicópata (Brown y Forth, 1997). Este autor también sugiere dos aspectos importantes: el primero, que los violadores, son en promedio, más psicópatas que los agresores sexuales de menores y adolescentes, y segundo, que los no psicópatas, están motivados para desencadenar sus conductas violentas por fuertes alteraciones emocionales, mientras que los psicópatas, están motivados por sentimientos de venganza.

En el estudio realizado por Brown y Forth (1997), el encontró luego de evaluar 104 internos que habían cometido agresión sexual contra mujeres: primero, que los violadores con rasgos de psicopatía podían diferenciarse de los no psicópatas en el número de víctimas y la cantidad de conductas criminales no sexuales en las que se habían involucrado. Pero los dos grupos no guardaron diferencias en cuanto a edad en la que se presentó la ofensa sexual, daño de la víctima y relación víctima-agresor. Los violadores con perfil psicopático, es menos probable que tengan múltiples víctimas sexuales en el total de víctimas. Esto debido a que los psicópatas son mejor clasificados como delincuentes versátiles más que especialistas en ofensa sexual. En cuanto a si los violadores psicópatas tienen más sentimientos de tensión o frustración más que emociones intensas como depresión o ira antes de la agresión sexual, no tuvo soporte empírico. Sin embargo, los violadores psicópatas, rara vez reportaron sentimientos de rechazo o culpa. Hubo una relación negativa entre psicopatía y la intensidad de las emociones negativas. Aunque ambos grupos manifestaron tener emociones negativas, la intensidad es diferente. Esto es consistente con la creencia de que los psicópatas aunque son capaces de experimentar emociones, son menores y son carentes de profundidad.

Pero no todos los agresores sexuales pueden ser diagnosticados como Psicópatas. El trastorno de personalidad antisocial facilita la agresión sexual, porque los individuos tienen las siguientes pautas: están dispuestos a herir a otros, se convencen ellos mismos de que no le hacen daño alguno a sus víctimas, y se sienten incapaces de para ellos mismos (Hanson y Morton-Bourgon, 2005).

La Psicopatía se ha asociado con ofensa sexual persistente en delincuentes adultos, particularmente cuando están asociados con desviaciones sexuales. Los estudios sobre la importancia de las características de la psicopatía en la predicción de futuras agresiones sexuales en adolescentes han producido resultados inconsistentes cuando se mide por la Psychopathy Checklist: YouthVersion (PCL; YV); sin embargo se encontró que los componentes interpersonales y afectivos de la psicopatía fueron inversamente proporcionales a la prevalencia de la reincidencia sexual en 124 agresores sexuales juveniles. Parks y Burke (2006, citado por Caldwell, Ziemke y Vitacco, 2008), reportaron que la faceta Interpersonal de PCL: YV predijo significativamente la reincidencia sexual en un grupo de 156 agresores sexuales juveniles.

En relación con el afecto, se ha encontrado una relación entre el “*apego desorganizado*” y la agresión sexual. Dada la naturaleza teórica del apego desorganizado entendido como comportamiento contradictorio, movimientos incompletos, estereotipos, congelación, aprehensión, confusión, las personas con un estilo de apego así, podría esperarse que tengan dificultades en relación a los demás, en parte debido a la persistencia del miedo asociado a situaciones de apego relevantes y a dificultades en el reconocimiento e identificación con los pensamientos y sentimientos de los demás. También pueden presentar

dificultades para reflexionar sobre sus propios pensamientos y emociones; por lo tanto pueden experimentar la disociación, o actuar impulsivamente. Pueden utilizar la agresión o conducta sexualizada y comportamiento contradictorio, cambiando desde la agresión a la angustia, según los cambios en la activación de diferentes modelos internos (Baker, Beech y Tyson, 2006).

Además, hay algunas pruebas indirectas para apoyar un posible vínculo entre el apego desorganizado y la ofensa sexual, ambos son conocidos por estar asociados con una historia de abuso, por lo que hay cierta evidencia de que la disociación es una consecuencia de la desorganización infantil, y que los altos niveles de disociación son reportados por los delincuentes sexuales y una población psiquiátrica forense (con aproximadamente la mitad de esta muestra que fueron declarados culpables de un delito sexual), aunque se podría argumentar que los delincuentes son propensos a sobre reportar experiencias disociativas para absolverse de la responsabilidad (Baker, Beech y Tyson, 2006).

1.2.3.1.13 Impulsividad.

Hay estudios que mencionan que los agresores sexuales son menos impulsivos que los no agresores. Los agresores sexuales con ID fueron significativamente menos impulsivos que los no agresores sexuales con ID medidos por el BIS-II. Estos soportes encontrados recientemente en el trabajo, en la población en general de abusadores sexuales muestran que son menos impulsivos Cohen (2002, citado por Parry y Lindsay, 2003), que los no agresores sexuales. Estos hallazgos sugieren una explicación de los abusadores sexuales que pueden estar situados dentro de investigaciones acerca de sus preferencias sexuales, cogniciones

consistentes con los delitos sexuales y el comportamiento posterior. Ya que los agresores sexuales pueden de hecho ser menos impulsivos, dando crédito al buen ensayo de la hipótesis de planificación y preparación en relación a las agresiones o delitos contra niños. La alta frecuencia de preparación en el comportamiento por tales agresores sugiere que ellos regularmente emplean mucho tiempo en el comportamiento orientado al objetivo de atraer a la víctima a una posición, por lo cual ellos pueden cometer una agresión sexual con un mínimo de testigos. Esto implica que algunos agresores sexuales son conscientes de la importancia de ganar la confianza y amistad de los niños, además pueden ser conscientes de esta fortaleza y usarla en sus víctimas para “mantenerlo en secreto”. Esto también indica una considerable habilidad de retrasar la satisfacción, lo cual es precisamente opuesto a las características de impulsividad esbozado en la introducción de este trabajo (Parry y Lindsay, 2003).

En términos clínicos este estudio ha investigado los rasgos más que los estados de impulsividad. Los estados transitorios de impulsividad y excitación pueden también conducir al delito sexual, ya que esto puede ser que si tal excitación es producto del entorno y el individuo no está familiarizado con la sensación, puede conducir a mayor probabilidad del asaltante sexual. La información de factores estructurales de impulsividad en este grupo podrá utilizarse con el fin de determinar si las diferencias entre agresor sexual y no agresor sexual pueden ser atribuidos específicamente a factores cognitivos o impulsividad motora, más que impulsividad como un total. Además podría usarse para examinar alguna diferencia entre impulsividad y diferentes tipos de agresores sexuales, por ejemplo agresores sexuales

contra niños pueden ser menos impulsivos, que los condenados por exhibicionismo o asaltantes sexuales (Parry y Lindsay, 2003).

1.2.3.2 Variables dinámicas asociadas con la reincidencia sexual

1.2.3.2.1 Distorsiones cognoscitivas.

Los procesos cognitivos tales como las percepciones distorsionadas, negar o minimizar el delito, actitudes negativas hacia la mujer y los niños, y otras actitudes pro criminales, son relevantes al tratar a los ofensores sexuales (Marshall y Serrán, 2000). Las distorsiones cognitivas en relación con el sexo son habituales en agresores primarios y secundarios. Sin embargo, las distorsiones de los abusadores de menores suelen ser más intensas y más específicas. Por ello, estos sujetos, sobre todo cuando no hay violencia física de por medio, tienden a justificar lo ocurrido y a negar la comisión del delito (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

1.2.3.2.2 Actitudes negativas hacia la mujer.

Sobre las actitudes negativas hacia la mujer hay diversas investigaciones y literatura relacionada. Malamuth (1995, citado por Abbey y McAuslan, 2004), argumentó que los hombres con alta hostilidad masculina se sentían inseguros y defensivos en las relaciones con las mujeres y que la agresión sexual les ayudaba a mantener sentimientos de control y superioridad.

En las teorías de la agresión sexual, existe un creciente énfasis en el papel de las distorsiones cognitivas en la comisión de los delitos. Las creencias des-adaptativas y

pensamientos distorsionados "*como elemento central de las distorsiones cognitivas*", donde se ha argumentado que estas son estructuras cognitivas (creencias, esquemas), operaciones cognitivas (procesamiento de la información sesgada) y productos cognitivos (auto-declaraciones, atribuciones). Muchos de los tratamientos para intervenir en delincuentes sexuales incluyen componentes que tratan de alterar las distorsiones cognitivas (Auburn y Lea, 2003).

Un factor central en la producción de estos efectos fue de las ideologías y creencias prevalentes como "*sentido común*" dentro de las sociedades patriarcales generalizadas. Así, las creencias, por ejemplo, acerca de la inevitabilidad y la falta de control de la conducta sexual masculina, fueron vistos como un instrumento tanto en la promoción de los delitos sexuales y en el silenciamiento de las mujeres (y los niños) supervivientes de esos crímenes (Auburn y Lea, 2003).

1.2.3.2.3 Negación.

Fuera de los escenarios forenses, la negación es vista como una estrategia de afrontamiento natural y común. Kendall (1992, citado por Lord y Willmot, 2004), divide las distorsiones cognitivas en categorías funcionales y disfuncionales, y define distorsiones funcionales como pensamientos, los cuales no son precisos en términos de realidad, pero que preservan la salud mental. Con respecto a la agresión sexual, con amplias (*distorsiones disfuncionales*) Marshall, et al. (1999), describen un rango de formas de negación. La más extrema forma de negación involucra a aquellos individuos que niegan el haber estado

presentes en la escena del crimen y que con frecuencia culpan a la víctima o a la policía de conspirar contra ellos para que sean condenados.

Marshall, et.al. (1999), denominan como “*negadores parciales*” los que admiten que estuvieron involucrados en algún tipo de actividad sexual pero niegan que ésta sea una forma de abuso sexual. Este tipo de negación es típicamente racionalizada empleando distorsiones cognitivas como por ejemplo que la víctima consintió, disfrutó, merecía o de alguna manera se benefició de la experiencia.

Las otras categorías señaladas por Marshall, et.al. (1999), se relacionan con minimizar la responsabilidad, detalles de la agresión, daño, planeación o fantasía. Este grupo, según Scully (1990, citado por Lord y Willmot, 2004), lo denomina “*admitters*”, ya que ellos aceptan que tuvo lugar una agresión pero minimizan o niegan aspectos que los presentan a ellos de mala forma. Lord y Willmot (2004), argumenta que muchos agresores que admiten detalles significativos de una ofensa aun minimizarán la gravedad de su conducta y así mismo rechazarán la necesidad del tratamiento.

Gómez (2009), señala que los ofensores sexuales se consideran buenas personas, debido a la cadena de pensamientos que usan para minimizar el hecho y atribuirlo a causas externas. Propone cinco tipos de negación:

- a. Sobre-optimismo (“yo me mejorare por mí mismo”; “esto es algo circunstancial”)
- b. Resistencia al tratamiento (“no necesito del tratamiento”; esto hace mucho que ocurrió”; “cualquiera puede cometer un error”).

- c. Negación (“No lo hice y ya he explicado lo que ocurrió”).
- d. Justificación (“Es mi vida y no es su problema”; “se lo va a decir a la gente y yo me avergonzare”)
- e. Conclusión (“No lo hice, pero igual no vale la pena aceptarlo”; “la explicación usted no la puede usar para nada”).

Lord y Willmot (2004), proponen que la negación entre agresores sexuales es una respuesta situacional frente al hecho de estar en un escenario amenazante, donde se asume un costo considerable frente a la admisión del crimen, y donde parece haber cosas que ganar con la negación. Por definición, los agresores sexuales se involucran en conducta ilegal, que conlleva sanciones penales severas y condena pública. Desde esta perspectiva, ellos han aprendido a evitar tanto la censura social como el arresto llevando una “*doble vida*”. La condena social continúa por parte de otros criminales durante el encarcelamiento. Dentro del contexto del modelo “*adaptativo*”, el agresor sexual tiene mucho que perder si lo admite y mucho que ganar con una conducta defensiva. Este autor plantea que la negación no hace al agresor sexual “*loco*” o “*malo*”. En cambio, esta actitud defensiva debería ser entendida como un intento de afrontar un escenario altamente amenazante y confrontativo con consecuencias a largo plazo.

González, Martínez, Leyton y Bardi (2004), señalan que una de las conductas más típicas de los abusadores es la de no responsabilizarse del hecho que cometieron. Algunos depositan la culpa en la víctima, aduciendo que fue ésta quien lo sedujo, asignándole un poder casi “*demoníaco*” que lo provoca y “*enloquece*”. Otros abusadores culpan a sus

parejas, ya que al negarse a tener relaciones sexuales o no prestarles atención o cariño, los “empujarían” a cometer el abuso.

Hay abusadores que dicen que fue “una vez”, y no saben lo que les ocurrió. Otros alegan que era su forma de demostrar amor y cercanía a niñas o niños carentes de afecto. Los abusadores necesitan convencerse a sí mismos de que existe justificación a su conducta, con el fin de convencerse de que son ellos las “víctimas” para no tener que enfrentar las consecuencias de sus actos.

Por último, un aspecto importante para evaluar es cómo el abuso sexual en la infancia puede dar lugar a los delitos sexuales dados en un individuo. Aunque hay una serie de teorías que tratan de explicar esto, la explicación más parsimoniosa desde la progresión de víctima hasta la del delincuente se hace más probable cuando el abuso y las reacciones al abuso por parte de la víctima y el entorno de él o ella introducen distorsiones en la percepción de la víctima sobre el sexo normal (Drake y Pathe, 2004).

En las experiencias que hay con intervención en agresores juveniles, también la negación es una variable relevante. Para ilustrar la necesidad de técnicas de confrontación en este tipo de tratamiento especializado, se han descrito cinco categorías para explicar los diferentes modos de funcionamiento que los delincuentes sexuales adolescentes mantienen: a. la negación de la conducta, b. minimización de la medida de la conducta, c. negación de la gravedad de la conducta, d. negación de la responsabilidad, y admisión plena con la responsabilidad y la culpa (Calley, 2007).

1.2.3.2.4 La promiscuidad sexual y la pornografía.

Los agresores sexuales se caracterizan por agresiones sexuales promiscuas, y prefieren tener muchas relaciones sexuales casuales más que mantener una relación estable. Esto además propicia más oportunidades para cometer el asalto sexual (Abbey y Mc.Auslan, 2004).

Por otro lado, en un estudio que se llevó a cabo en California, Guimón (2007), se concluyó que el consumo intenso de pornografía era un factor significativo en la predicción de agresión sexual en hombres que habían sido caracterizados (basándose en otros factores de riesgo) como riesgo elevado de agresión sexual. De igual forma se señala que los agresores sexuales criminales han cometido otros actos antisociales además de la agresión sexual.

1.2.3.2.5 Empatía.

La empatía no solo es esencial para el adecuado funcionamiento interpersonal, sino también un inhibidor de la agresión. Las investigaciones muestran que los ofensores sexuales tienen importantes déficits en la empatía (Marshall y Serran, 2000).

Howells, Day y Wright (2004), recientemente han revisado la evidencia relacionada con empatía en agresores sexuales y concluyeron que los resultados encontrados de rasgos generalizados con empatía son inconsistentes para violadores y abusadores sexuales de menores. Sin embargo este déficit emocional es apropiado para todos los psicópatas, y es vista generalmente como un componente de déficit afectivo general en reacciones afectivas, que tiene un fuerte fundamento biológico.

La empatía no es el centro de las emociones y no puede ser racionalmente construido como el humor o estado de ánimo. Pero los estudios sobre empatía están relacionados con el tema en que, las emociones de angustia, pueden ser de un potencial perpetrador en un componente consecutivo que corresponde a una personalidad con ausencia empatía (Marshall, et.al., 1995, citados por Howells, Day y Wright, 2004). Estamos enfocándonos principalmente aquí en la ausencia de la respuesta emocional normal a la angustia de las víctimas como factor causal en delitos sexuales, seguido de la fase de respuesta emocional de la empatía.

Este mismo tema de déficit emocional en empatía es también encontrado en los psicópatas. El déficit de empatía, es vista generalmente como un componente de déficit afectivo general en reacciones afectivas, con un fundamento biológico probable; así sobre representa al psicópata en la población de agresores sexuales y soporta el concepto de déficit emocional que puede ser casualmente relacionado con delitos sexuales, al igual que los resultados en las puntuaciones de psicopatía son predictores de delitos sexuales a futuro, Howells, Day y Wright, (2004).

1.2.3.2.6 Baja competencia social y pobres relaciones interpersonales.

Los ofensores sexuales se han caracterizado por tener dificultades en las relaciones interpersonales y en general las habilidades sociales, y estos déficits contribuyen a que se desencadene la conducta sexualmente agresiva. Los agresores sexuales de menores se caracterizan por ser socialmente más ineptos que los demás agresores, pero en general hay en

ellos una baja asertividad y bajas competencias sociales en general en todos los tipos de agresor (Prentky y Knight, 1991).

Por otro lado, Marshall y Serran (2000), sugirieron que los niños inseguros que no han desarrollado apego hacia sus padres, tienen un inadecuado temperamento para relacionarse en el futuro, y en consecuencia ellos fallan al adquirir las habilidades necesarias para alcanzar niveles de intimidad satisfactorios y en sus relaciones sociales adultas en general. Por otro lado, Maguth, Nezu, Dudek, Peacock y Stoll, (2005), plantearon la suposición subyacente a la inclusión de formación en una intervención para agresores sexuales para solucionar es que mejora en la solución de problemas debe conducir (directa o indirectamente) a disminuciones en desviaciones sexuales o comportamiento sexual agresivo.

1.3 Tratamiento

Existe una fuerte controversia en que si los abusadores deben ser encarcelados como criminales o debieran recibir tratamiento por ser enfermos. En la mayoría de los sistemas judiciales los convictos de crímenes sexuales son típicamente encarcelados, pero no rehabilitados (González, Martínez, Leyton y Bardi, 2004).

Las teorías contemporáneas sobre la agresión sexual enfatizan la naturaleza multifactorial de la agresión y dentro de este amplio grupo (factores biológicos, psicológicos y sociales) los investigadores han intentado identificar factores predisponentes que influyen y estimulen la probabilidad de la agresión (Tudway y Darmoody, 2005).

En los programas de tratamiento existentes para el abusador sexual, se plantean metas que parten por crear un contrato terapéutico auténtico, para luego ayudarlo a asumir la

responsabilidad por el abuso, a desarrollar empatía por la víctima, a desarrollar el control de impulsos y, en casos que el agresor es conocido de la víctima a participar en un plan de seguridad para que el abuso no se repita y a realizar una sesión de disculpa (González, Martínez, Leyton y Bardi, 2004).

Al igual que existen abundantes distorsiones de la realidad en relación con la magnitud de la delincuencia sexual y sus causas, también son frecuentes y extendidos los mitos sobre el modo más eficaz de prevenir la agresión sexual y de controlar a los delincuentes sexuales y evitar su reincidencia. Así como los factores vinculados a la agresión sexual son variados, por tanto, en un problema complejo como éste no pueden servir las soluciones simplistas (Redondo, 2002).

Se ha escrito mucho sobre el tema de que los delincuentes sexuales carecen de motivación para cambiar su comportamiento de agresión sexual, y esto es considerado un tema crucial en su tratamiento. De los pocos modelos teóricos que se han propuesto como relevantes para la comprensión de la motivación para el cambio de comportamiento de los delincuentes sexuales, las etapas de cambio de constructo del Modelo Trans-teórico de cambio de comportamiento Prochaska y DiClemente (1982, citado por Tierney y Mc.Cabe, 2004), parece ser la que ha recibido más apoyo. Las etapas de cambio son cinco etapas secuenciales de cambio de comportamiento:

1. Pre-contemplación: no aceptación de tener un problema que requiere el cambio y / o no tener en cuenta el cambio en el futuro previsible.
2. Contemplación: conciencia de tener un problema y considerar la posibilidad de un cambio de comportamiento.

3. Preparación: con la intención de tomar medidas para cambiar.
4. Acción: tomar acción para cambiar el comportamiento.
5. Mantenimiento: mantener el cambio de comportamiento.

Mientras que el cambio de comportamiento exitoso implica que un individuo transite por las etapas, se cree que las personas vuelven a una etapa anterior cuando se produce ya sea una caída o recaída. Las etapas de cambio reflejan actitudes particulares, intenciones y comportamientos relacionados con la posición de un individuo en el proceso de cambio de comportamiento. Aunque no se ha desarrollado como una medida de la motivación específica, cada etapa es considerada como un reflejo de la postura de motivación de un individuo en relación con el cambio de un comportamiento específico del problema (Tierney y Mc. Cabe, 2004).

Las Etapas de Cambio de constructo describen la motivación como un estado fluctuante de disposición al cambio de comportamiento, con cada etapa progresiva que se caracteriza por el aumento de la motivación para participar en el proceso de cambio de comportamiento. Esta propuesta es apoyada por la investigación, que se ha identificado una relación entre determinadas etapas del cambio y el comportamiento relacionado con el tratamiento / cambio. En primer lugar, los pacientes en las etapas de precontemplación y contemplación se han encontrado que tienen más probabilidades de terminar la terapia antes de tiempo, en comparación con los que estaban en la acción y las fases de mantenimiento. En segundo lugar, en relación con el cese del uso de tabaco, se ha encontrado que, cuando los participantes progresaron a la siguiente etapa de cambio dentro de un mes de comenzar el

tratamiento, duplicaron sus posibilidades de entrar en acción durante los primeros seis meses del programa.

De los que comenzaron el tratamiento en la fase de pre-contemplación, y todavía estaban en esta después de un mes, sólo el 3% tuvo acción, frente al 7% que se había trasladado a la etapa de contemplación. De los que comenzó a la Contemplación y todavía estaban allí después de un mes, el 20% tomó acción en comparación con el 41% de los que habían pasado a la etapa de preparación. En tercer lugar, el grado de cambio de comportamiento parece estar relacionado con el tratamiento, previo a la etapa de cambio. En relación con el cese del uso de tabaco, por ejemplo, los que están en la etapa de preparación previa al tratamiento tenían más probabilidades de ser abstinentes 18 meses posteriores al tratamiento que los que estaban en la Pre-contemplación. Por último, se ha comprobado que las intervenciones relacionadas con la etapa-resultaron en tasas sustancialmente más altas de abandono del hábito de fumar a los 18 meses de seguimiento, en comparación con una intervención que utiliza un enfoque estandarizado para todos los participantes (Velcier, et. al., 1993, citado por Tierney y Mc. Cabe, 2004). En conjunto, esta investigación apoya la validez de las Etapas de Cambio en relación con la medición de la motivación para el cambio de comportamiento, y se ha encontrado que es muy eficaz en el cambio de motivación en los agresores sexuales.

En relación con el tratamiento dentro de las prisiones, aparte de las referencias genéricas (tanto de las Reglas Penitenciarias Europeas como de las leyes positivas españolas, Constitución española, Ley penitenciaria, Código penal y Reglamento penitenciario) sobre la necesidad de orientar la actividad penitenciaria, mediante el tratamiento, hacia la reeducación

y reinserción social de los internos, el artículo 116.4 del Reglamento Penitenciario de 1996 establece de manera concreta lo siguiente:

“La administración penitenciaria podrá realizar programas específicos de tratamiento para internos condenados por delitos contra la libertad sexual, de acuerdo con su diagnóstico previo (...). El seguimiento de estos programas será siempre voluntario...” (Redondo, 2002).

Como para el resto de actividades y tratamientos penitenciarios, la legislación española garantiza la voluntariedad, es decir la imposibilidad de forzar a nadie a hacer aquello que no desea hacer. Sin embargo, se comprueba que existe una correlación elevada y positiva entre la variedad y cualidad de los programas que se ofrecen a los internos y la motivación de éstos para participar en tales programas (Redondo, 2002).

En España, el análisis específico de los delincuentes sexuales y la aplicación de programas con ellos se inició en Cataluña. Con el apoyo del Departamento de Justicia, desde 1992 hasta ahora se han realizado cinco investigaciones sobre delitos y delincuentes sexuales con el objetivo de desarrollar, aplicar y evaluar un programa de intervención homologable a los de otros países más avanzados en esta materia.

La primera investigación (Garrido, Redondo, Gil, Torres, Soler, y Beneyto, 1995), estudió una muestra de 29 violadores, autores de 226 delitos de diversas tipologías. La segunda (Garrido, Beneyto y Gil, 1996), analizó a 33 delincuentes sexuales que habían

abusado de menores y eran autores de 116 delitos. Una tercera investigación (Garrido, Gil, Forcadell, Martínez y Vinuesa, 1998^a), estudió una muestra de delincuentes sexuales menores de edad con la finalidad de adaptar un programa específico para jóvenes, cuya primera aplicación está siendo evaluada (Garrido, Forcadell, y Martínez, en preparación). Una quinta investigación (Garrido, Beneyto, Catalá, Aguilar, Balfagón, Sauri y Navarro, 1998b), evaluó la aplicación de dos prisiones del programa de tratamiento que previamente se había diseñado para los delincuentes sexuales adultos (Redondo, 2002).

El desarrollo temprano de los tratamientos para agresores sexuales, fue de corte conductual y se limitó a medir los actos desviados, como preferencias condicionadas. Según estos programas, eran diseñados para reducir las tendencias desviadas y entrenar en conductas sexuales apropiadas. Se inició con condicionamiento aversivo, y luego se reemplazó por la terapia de la saciación. Los recondicionamientos masturbatorios sirvieron para incrementar los intereses prosociales. Luego, predominó la noción de que las preferencias en la conducta sexual desviada son debidas a fuerzas motivacionales que hacen que la conducta sexual desviada permanezca, convirtiéndose en un aspecto más cognitivo comportamental (Marshall y Serran, 2000).

Marshall y Serran (2000), sugirieron que la modificación de las preferencias sexuales desviadas por si solo es un enfoque incompleto. Señalaron que se debe adoptar un estilo de vida más prosocial, y asegurar en ellos las habilidades necesarias para que el adulto tenga relaciones consensuadas. Los programas de tratamiento dentro de este marco, involucran los siguientes componentes: distorsiones cognoscitivas, empatía, auto estima, desarrollo de

habilidades para tener relaciones íntimas, fantasías sexuales desviadas y prevención de recaídas.

En los siguientes apartados se realizará la descripción de tres temas: *El desarrollo de la agresión sexual, la efectividad de los programas de tratamiento y los programas de tratamiento para agresores.*

1.3.1 Desarrollo de la agresión sexual

Para estudiar el desarrollo de la agresión sexual es esencial evaluar la historia sexual del agresor, no solo determinar sus actividades desviadas, sino también sus experiencias de prácticas sexuales apropiadas. Aunque muchos agresores, quienes cometieron alguna agresión sexual señalaron tener relaciones sexuales adultas consensuadas, a menudo describen estas como insatisfactorias. Muchos también señalaron que usaban la relación sexual como una manera de manejar el estrés (Marshall y Serran, 2000).

Marshall y Barbarie (1990, citados por Garrido, 2005), crearon un modelo comprensivo de la etiología de la agresión sexual, donde tenían cabida las influencias biológicas, el contexto socio cultural y el desarrollo psicológico del individuo.

Para ellos son vulnerables quienes desde niños sufren un apego caracterizado por la indiferencia e inconsistencia (relación padres e hijos ansiosa ambivalente), o bien frialdad, falta de cuidado y amor (relación de evitación). En consecuencia desarrollarán una pobre

auto estima, escasas habilidades sociales y muchas dudas a la hora de enfrentarse a los problemas de la vida diaria.

Ahora bien, la vulnerabilidad –por medio de experiencias de abuso y de apego enfermizo con los padres- no basta para comprender todo el proceso de convertirse en un agresor sexual. Aquí debe añadirse la vivencia de los años de adolescencia y juventud, porque se da un doble proceso donde se adquiere la agresión sexual como un hábito: El sexo como estrategia de afrontamiento y un proceso de condicionamiento desviado. En el primer caso, se observa que los delincuentes sexuales recurren a la masturbación y a la fantasía erótica con mucha frecuencia cuando se enfrentan a situaciones de estrés, lo que propicia que deseen agredir sexualmente en tales circunstancias; el sexo se convertirá en el modo predilecto de reaccionar cuando uno está angustiado y amenazado (Garrido, 2005).

En el segundo caso, de nuevo el proceso de masturbación tiene un papel relevante, ya que induce el deseo de delinquir sexualmente porque se asocia mediante el refuerzo negativo con el alivio de la angustia que siente el sujeto en su vida (debido a su pobre auto estima y escasas habilidades de afrontamiento), y mediante refuerzo positivo con el placer. El contenido de las fantasías que acompañan la masturbación es el que alimenta la acción de violar o abusar a alguien: Pensamientos de dominio, de venganza, de justificación de los delitos, fantasías que acompañan las imágenes, en muchos casos, de elementos de degradación de la víctima (Garrido, 2005).

Finalmente, para que se produzca el delito sexual tienen que darse dos circunstancias: La desinhibición y una oportunidad donde veamos que podemos quedar impunes y que sea

propicia para controlar a la víctima. La desinhibición puede lograrse consumiendo alcohol o algún tipo de drogas, empleando distorsiones cognitivas que justifiquen la agresión, o bien a través de estados de ánimo de cólera, irritación o depresivos, todos los cuales tendrían como común denominador un deseo de buscar alivio sintiendo el placer del sexo el dominio de otra persona. Una vez se ha producido la agresión, algunas personas quedarán muy angustiadas y no volverán a reincidir, se horrorizan de lo que han hecho. Pero otras usarán esa experiencia como alimento de nuevas fantasías desviadas y seguirán su camino como delincuentes sexuales (Garrido, 2005).

Figura 1. Como llega a darse el delito sexual. Tomado de Garrido (2005).



1.3.2 Efectividad de los programas de tratamiento

La efectividad de programas de rehabilitación tanto en instituciones correccionales como a nivel de la comunidad ha sido cuestionada por la inconsistencia en las medidas de evaluación de estos programas. Principalmente se han desarrollado programas grupales, programas de orientación cognitivo conductual y programas multimodales con un enfoque familiar. Los programas de tratamiento psicoterapéutico plantean metas tales como ayudar a que el agresor asuma la responsabilidad por el abuso, a desarrollar empatía por la víctima, control de impulsos, y en otros agregan elementos de reestructuración cognoscitiva, educación sexual, asertividad y habilidades sociales (González, Martínez, Leyton y Bardi, 2004).

Prendergast (2004), señala que se han desarrollado algunos procedimientos especializados para este tipo de población; estos incluyen: Terapias individuales y en grupo, técnicas de reestructuración cognitiva y de modificación conductual, tratamiento psiquiátrico y con medicación, grupos de auto ayuda y técnicas de castración.

En el campo de la intervención en agresores sexuales, la conducta antisocial es compleja y problemática, debido al hecho de que los agresores sexuales presentan déficit en tres habilidades diferentes aunque interrelacionadas: en sus preferencias sexuales, en sus cogniciones (distorsiones cognoscitivas), y en su conducta social, Redondo y Garrido (2008).

Redondo y Garrido (2008), señalan los métodos utilizados históricamente para el control de la agresión sexual:

Tabla 10. Métodos para el control de la agresión sexual.

MÉTODOS PARA EL CONTROL DE LA AGRESIÓN SEXUAL
En los años 50's se usaban terapias aversivas, re condicionamiento masturbatorio y sensibilización encubierta, así como la desensibilización sistemática en individuos con ansiedad social.
En los años 60's se vio la necesidad no solo de reducir las conductas inaceptables de los agresores sexuales, sino que requería entrenar en habilidades sociales adecuadas con adultos.
En los años 70's, los programas incluyeron erradicar las "distorsiones cognoscitivas", esto es, eliminar las tendencias que tienen de entender mal los signos sociales, negar que se les causa un daño a las víctimas, minimizar la importancia de sus ataques o de dañar a otras personas causadas por sus pérdidas de control.
En la actualidad los programas de tratamientos cognitivo conductual para ofensores sexuales son extensos. Estos programas tienen en común diversas técnicas cuyo objetivo es atender la conducta sexual desviada, las distorsiones cognoscitivas y el desarrollo social del sujeto; En algunos casos el uso de agentes químicos que reducen el impulso sexual, tales como la GnRH; entrenamiento en habilidades sociales específicas con un doble objetivo: enseñarles a inhibir sus conductas criminales y enseñarles habilidades de comunicación necesarias para establecer relaciones adultas adecuadas; y por último, que en general este tratamiento tiene un carácter voluntario aunque el interno tenga beneficios penitenciarios por participar.

En las teorías explicativas del Abuso sexual infantil, se encuentran según González, Martínez, Leyton y Bardi (2004), dos tipos de Enfoques: Los Modelos Unifactoriales, ya que dan mayor importancia a un factor para explicar la agresión sexual, y los Modelos Multifactoriales (Como se menciona en la Tabla 1).

En España, durante los últimos 20 años se ha dado un desarrollo masivo sobre la investigación en el campo de la agresión sexual, y se han desarrollado diferentes modelos de intervención en este campo. Estos están basados en modelos teóricos y

conceptuales que intentan dar una explicación completa sobre esta problemática (Romero, 2006).

Uno de los primeros modelos teóricos sobre la agresión sexual, que tuvo implicaciones en el tratamiento de esta población fue el de Hall y Hirschman (1991), en el cual se desarrollaron precursores de la personalidad de tipo fisiológico, cognitivo y afectivo, que corresponden a subtipos de agresores sexuales. Se integraron estos elementos en un modelo cuadripartido, en el cual la heterogeneidad de los agresores sexuales se explica según algunos factores etiológicos potenciales. Los componentes del modelo son los siguientes: la excitación fisiológica sexual, las cogniciones que justifican la agresión sexual, la pérdida de control afectivo y los problemas de personalidad, los cuales funcionan precursores motivacionales que incrementan la probabilidad de la conducta sexual agresiva.

Para cada tratamiento existe un tipo específico de precursor motivacional. Los tratamientos son más o menos específicos, dependiendo del sub tipo de agresor sexual. Se propone que los procedimientos de intervención dependan del tipo de agresor; igualar procedimientos de intervención, para todos los agresores sin tener en cuenta el precursor motivacional hace que las intervenciones no sean efectivas (Hall y Hirschman, 1991). Teniendo en cuenta esto, los subtipos de agresores sexuales son:

- a) Subtipo Fisiológico: Es común en agresores sexuales que comenten agresiones con menores, tienen múltiples víctimas, usualmente mujeres, no es común el uso

de violencia física, no es común que presenten otro tipo de agresiones – es decir no sexuales.

- b) Subtipo Cognitivo: La agresión sexual es planeada, son los menos impulsivos, la agresión se da en su mayoría con víctimas conocidas y es común que se dé el incesto.
- c) Subtipo Afectivo: La agresión sexual es no planeada y a menudo violenta, situacional, además de la agresión sexual, puede ir acompañada o precedida de otros tipos de agresión. En estos casos, la agresión en contra de otros adultos es peligrosa y cuando se da con menores va acompañada de depresión.
- d) Subtipo de agresión sexual relacionada con problemas de personalidad: Se presentan problemas de personalidad crónicos, es generalizada la tendencia a violar las normas, la agresión sexual es típicamente violenta. Es el grupo en donde el pronóstico es más pobre (Hall, Shondrick y Hirschman, 1993).

De esta manera, si se tiene en cuenta el tipo de precursor motivacional, se elegirá de manera correcta el tratamiento a seguir. Por ejemplo, si se hace una intervención centrada en el impulso fisiológico, el control del impulso puede ser inefectivo si la agresión sexual es dominada por creencias erróneas, es decir distorsiones cognoscitivas.

Sin embargo los tratamientos deben ser integrales, y aunque según el subtipo de agresor hay que acentuar ciertos procedimientos, los precursores motivacionales se relacionan entre sí (Hall, Shondrick y Hirschman, 1993).

Algunos de los errores cometidos en terapia de grupo, señalados por Prendergast (2004), como producto de su amplia experiencia, nos permiten tener algunos indicativos para que la terapia sea efectiva:

- A. Se debe ser directivo en la terapia, pero tener cuidado de no interferir.
 - a) El terapeuta debe mantener el objetivo de la sesión y no debe permitir la dispersión.
 - b) No se deben tomar posiciones personales, o actitudes parentales o de ataque con alguno/os de los participantes.
 - c) No se deben emitir juicios respecto a las intervenciones.
 - d) Nunca deben insinuarse o dar respuestas respecto a algún tópico. Deben hacerse preguntas abiertas e indirectas y no sugerir las respuestas.
 - e) Debe haber homogeneidad en los grupos.

En la actualidad se habla de los Modelos Emergentes, que hacen referencia a básicamente tres tipos de modelos. Según, Yates (2013), estos son:

- a) Modelo de Prevención de recaídas, (PR), el cual se ha convertido en sinónimo de tratamiento cognitivo-conductual; la meta de las relaciones públicas como se conceptualizó inicialmente era ayudar a los pacientes a identificar, anticipar y prevenir situaciones de alto riesgo que pueden conducir a fallas. El tratamiento involucraba la enseñanza a los pacientes

para hacer frente a los problemas y situaciones de alto riesgo cuando éstas se presentaban, y para hacer frente a los déficits de habilidades en los pacientes.

b) Modelo de autorregulación (MDA), explícitamente toma en cuenta la variabilidad en las metas relacionadas con el delito. Delito relacionado con las metas incluyendo ambas tanto metas inhibitorias o de evitación (dirigida hacia la evitación de estados o resultados no deseados) y apetitivo o de aproximación (metas orientadas hacia la obtención de resultados y el estado de deseo). Los agresores con metas de evitación desean o intentan abstenerse de agredir, mientras que los agresores con las metas de aproximación buscan más activamente oportunidades para agredir. El logro de los objetivos se basa en la capacidad de los individuos de autorregulación, con algunos agresores que fallan para controlar el comportamiento (en la regla / desinhibición), otros tratando de controlar activamente su comportamiento mediante estrategias que son en última instancia, contraproducentes e ineficaces (mala regulación), y otros que tienen la autorregulación intacta y la ausencia de déficit de autorregulación.

c) El conocido como buen modelo de vida (en siglas, BMDV), propone que, como otros seres humanos, los agresores sexuales tienen metas dirigidas y buscan adquirir fundamentalmente bienes primarios humanos, definidos como las acciones, experiencias y actividades que son intrínsecamente beneficiosas para el bienestar individual y que son buscados por su propio bien. En este tipo de tratamiento, hay un enfoque explícito en ayudar a las

personas a alcanzar objetivos de vida importante, y maneras no dañinas y pro sociales. Según Looman y Abracen (2013), existen once Productos Primarios Humanos: la vida, el conocimiento, la excelencia en el trabajo, la excelencia en el juego, la excelencia en la agencia (es decir, la autonomía y autodirección), la paz interior (es decir, la libertad de agitación emocional), afinidad (incluyendo íntimo y relaciones familiares), comunidad, espiritualidad, felicidad y creatividad. El tratamiento está centrado en participar activamente trabajando y alcanzando las metas importantes de la vida. Un modelo adicional, que no es menos importante a tener en cuenta, es el Modelo de Riesgo, Necesidad, Responsividad.

- d) Modelo de Riesgo, Necesidad, Responsividad. No es una teoría de la intervención en sí mismo, más bien la perspectiva RNR representa principios de la intervención correccional eficaz, dentro de los cuales una amplia variedad de intervenciones terapéuticas pueden ser utilizadas. Andrews y Bonta (2010), argumentan que deben tenerse en cuenta en cualquier teoría integral de la conducta criminal, incluidas las cuestiones biológicas / neurológicas, la herencia, el temperamento, y los factores sociales y culturales, tomando nota del hecho de que el comportamiento criminal es multifactorial. Estos autores han delineado tres principios de correcciones eficaces, Riesgo, Necesidad y Responsividad. Estos principios han dado lugar a varias décadas de investigación que ha revolucionado la práctica de la evaluación y el tratamiento de las poblaciones de delincuentes:

Riesgo: El tratamiento debe reservarse para los grupos de mayor riesgo entre los delincuentes, por instrumentos de evaluación actuarial. En la actualidad hay muchas décadas de investigación que demuestra que el riesgo actuarial evaluado es superior al juicio clínico estructurado (Andrews y Bonta, 2010).

Necesidad: En relación con el concepto de necesidad, los autores se refieren a las necesidades criminogénicas, establecidos por la literatura empírica como asociados a la reincidencia en las poblaciones penales. Hay ocho riesgos centrales ("*Big Eight*") para el desarrollo y mantenimiento de la conducta criminal: Historia de la conducta antisocial que se caracteriza por la participación temprana en una cantidad y variedad de actividades antisociales y los ajustes; Personalidad Antisocial, caracterizado por ser impulsivo, aventurero, la búsqueda del placer, y las conductas agresivas, e insensible desprecio por los demás; cognición antisocial, incluye actitudes, valores, creencias y una identidad personal favorable a la delincuencia; asociados antisociales y relativo aislamiento de las personas prosociales; circunstancias problemáticas del hogar; circunstancias problemáticas en la escuela o en el trabajo; pocas o ninguna actividad de ocio positiva; abuso de sustancias (Andrews y Bonta, 2010).

Responsividad: consta de dos componentes, capacidad de respuesta general y específica. El primero establece que las intervenciones efectivas tienden a basarse en teorías de aprendizaje cognitivas, conductuales y sociales, mientras que la capacidad de respuesta específica sugiere que el tratamiento ofrecido es para ser emparejado no sólo a las necesidades criminogénicas sino también a los atributos y circunstancias de los casos que hacerlos propensos a beneficiarse del tratamiento (Andrews y Bonta, 2010).

1.3.3 Desarrollo de tratamientos para agresores

Los programas de tratamiento estaban basados en la idea de que los ofensores sexuales tenían preferencias sexuales condicionadas para actos desviados. De esta manera serían limitados los procedimientos diseñados para reducir las motivaciones hacia los intereses sexuales desviados, y aprender conductas sexuales apropiadas Marshall y Serran (2000). Los primeros programas de intervención se basaron en condicionamiento aversivo, otros en algunas formas de re condicionamiento masturbatorio sirvieron para incrementar las conductas prosociales, pero finalmente, la creencia de que las preferencias sexuales desviadas dependen en gran medida de factores motivacionales y cognoscitivos, han apoyado las teorías cognitivo conductuales (Marshall y Serran, 2000).

En la actualidad se disponen de buenas estrategias psicológicas para el tratamiento de los agresores sexuales, a un nivel de desarrollo técnico comparable al de otros campos de intervención psicológica (Redondo, 2006). Sin embargo, desde la perspectiva de la utilización práctica de tales técnicas, la aplicación de tratamientos a los delincuentes sexuales es una actividad limitada a unos pocos países desarrollados y dentro de ellos a unos cuantos programas en prisiones, y esporádicamente en la propia comunidad. Ello significa que la proporción de agresores sexuales que recibe tratamiento es muy pequeña en relación con el número de agresores sexuales identificados y, normalmente, encarcelados.

Por otro lado, hay que considerar que, si el tratamiento se centra sólo en la modificación de la conducta sexual desviada, esto desencadena en un enfoque incompleto. Se debe garantizar un estilo de vida prosocial que garantice tener las habilidades necesarias para formar relaciones adultas consensuadas. Estas deben ser lo suficientemente satisfactorias, de modo que no se haga necesaria la aparición de los actos desviados. Esto incluye, modificación de procesos perceptuales y cognitivos, desarrollo de la empatía, auto estima, habilidades en resolución de problemas, y prevención del consumo de alcohol y sustancias, así como de pérdida de control causada por ira (Marshall y Serran, 2000).

Pese a todo, en los países norteamericanos y europeos, se van introduciendo paulatinamente nuevos programas. Tales programas suelen tener las siguientes características generales:

- a) Suelen ser programas intensivos de larga duración.
- b) Incluyen técnicas dirigidas específicamente a las tres áreas problemáticas mencionadas: Comportamiento sexual desviado, distorsiones cognoscitivas y funcionamiento social del sujeto.
- c) A veces se utilizan, en el contexto global del programa, agentes químicos inhibidores del impulso sexual (Redondo, 2006).
- d) Los terapeutas entrenan a los agresores sexuales en habilidades sociales específicas con un doble propósito: Por un lado, que aprendan a inhibir las

conductas delictivas, y por otro, que aprendan las habilidades de comunicación necesarias para establecer relaciones sexuales adultas y consentidas.

- e) En general, el tratamiento suele tener carácter voluntario, aunque la eventual participación del sujeto en el mismo suele ser recompensada con beneficios penales y penitenciarios.

1.3.3.1 Evaluación del Agresor Sexual.

Para evaluar al delincuente sexual sabiendo de antemano de su habilidad para negar, minimizar o en algunos casos exagerar sus síntomas, siempre intentando seducir, se ha de establecer un vínculo con el agresor. Más allá de la obtención de los datos que se recogerán en la entrevista con él, debemos recabar la información de su entorno y con los otros profesionales que hayan podido conocer y estudiar al mismo con anterioridad, lo que nos permitirá una información más longitudinal y de contexto. Se debe valorar la conveniencia de entrevistarnos con las víctimas o con los psicoterapeutas que los estén ayudando (Urra, 2003).

En la evaluación del delincuente sexual hay que concluir, si existe riesgo de reincidencia tanto a corto como a largo plazo, se debe valorar la tipología y gravedad de la desviación sexual y el pronóstico para mejorar actitudes, cogniciones, motivaciones y conductas, siempre buscando mejorar la eficacia de los programas de tratamiento (Urra, 2003).

Además del expediente donde se ha recogido el historial, los hechos, se cuenta con pruebas específicas que nos ayuden a hacer una evaluación exhaustiva que nos

proporcione los datos, no solo sobre sus desviaciones en las preferencias sexuales, sino de su conducta sexual, de su forma de conducirse socialmente, en fin de su individualidad.

1.3.3.2 Estrategias de Intervención.

La estrategia más frecuentemente utilizada por los abusadores sexuales es la negación o, cuando menos, la minimización del problema, En consecuencia, la escasa motivación para el cambio de la conducta, y para la terapia es uno de los principales problemas. Son muy pocos los que acuden a consulta. De ellos, algunos buscan ayuda terapéutica por los problemas emocionalmente asociados a las conductas sexuales, pero la mayoría lo hace por una presión judicial, social o familiar (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

De los diferentes modelos relacionados con la intervención en agresores sexuales, vamos a nombrar los siguientes:

1.3.3.2.1 Modelo de Echeburúa y Guarricaechevarría:

Uno de los modelos de intervención utilizados en España es el de Echeburúa y Guerricaechevarría (2000). El tratamiento psicológico propuesto por estos autores debe centrarse en las siguientes líneas fundamentales:

- a) La presentación de nuevos episodios de abuso:** Debe haber un estricto control de estímulos de todas las situaciones de alto riesgo para la reincidencia.

- b) La modificación de las ideas distorsionadas en relación con el abuso sexual:** Los agresores presentan con frecuencia ideas distorsionadas sobre los contactos sexuales con menores, especialmente en torno a su responsabilidad y a la repercusión del abuso sobre las víctimas. Tienden a minimizar y/o justificar lo sucedido. Por esto, la actuación terapéutica debe centrarse especialmente en la aceptación y asunción de la responsabilidad personal de lo ocurrido, así como la comprensión de los efectos de la agresión sobre la víctima y el resto de la familia (Urra, 2003).
- c) La supresión o reducción de los impulsos sexuales inadecuados:** Las técnicas aversivas y los fármacos antiandrógenos han sido procedimientos utilizados para controlar la impulsividad erótica de los abusadores sexuales. Una técnica muy utilizada actualmente es la “*sensibilización encubierta*” en la que el paciente se imagina estímulos simbólicos punitivos asociados a la conducta o fantasía sexual inadecuada (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).
- d) El aumento de la excitación heterosexual adecuada y de las habilidades sociales requeridas:** La técnica más utilizada para conseguir este objetivo es el *recondicionamiento masturbatorio*, que consta a su vez, del *recondicionamiento orgásmico* y de la *saciación de la masturbación* (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

- e) **El entrenamiento en autocontrol y solución de problemas:** Se trata fundamentalmente de que el sujeto no necesite recurrir al sexo como estrategia de afrontamiento de la ira o como forma de búsqueda de poder o de control. Se debe facilitar al paciente la adquisición de medios efectivos para enfrentarse con éxito a diversas situaciones problema (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).
- f) **Mejora de la autoestima:** Los sujetos deben referirse a sí mismos, no como delincuentes sexuales, sino como personas que han cometido un delito sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).
- g) **Las estrategias de prevención de recaídas:** Para hacer una buena prevención de recaídas, es necesario identificar las situaciones de riesgo y las estrategias de afrontamiento como lo muestra la tabla:
- h)

Tabla 11. Situaciones de riesgo y estrategias de afrontamiento, según Echeburúa y Guerricaechevarría (2000).

SITUACIONES DE RIESGO	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
- Recordar o tener fantasías eróticas con niños.	- Parada del pensamiento - Distracción cognitiva - Búsqueda de compañía
<i>Abuso Intrafamiliar:</i>	
- Bañar al niño o ayudarlo a vestirse	- Evitar la situación cuando no hay nadie en casa.
- Entrar en la habitación del niño cuando duerme.	- Hacerlo solo con un objetivo concreto
- Estar a solas con el niño	- Disfrutar de la compañía del niño pero

con la compañía de otras personas.

Abuso Extrafamiliar:

- | | |
|---|--|
| - Deambular por la calle sin rumbo fijo | - Salir siempre con una finalidad determinada o en compañía. |
| - Merodear por las cercanías de un parque o un colegio. | - Eludir los sitios en los que hay niños cuando se va solo. |
| - Entrar en un video club | - No detenerse en la sección de revistas porno. |
-

1.3.3.2 Programa de Intervención para agresores sexuales de Victoria

Noguerol:

Según Noguerol (2005), en este plan de intervención, los objetivos generales del programa son:

- a) Reconocer el problema y tomar responsabilidad de sus acciones.
- b) Eliminar las justificaciones y excusas
- c) Suprimir la excitación sexual disfuncional y desarrollar la excitación sexual adecuada.
- d) Desarrollar sus habilidades sociales.
- e) Desarrollar la empatía hacia la víctima.
- f) Mejorar el auto estima.
- g) Mejorar su auto control y la habilidad en la resolución de problemas.
- h) Trabajar las variables asociadas con la historia pasada de abuso y maltrato.
- i) Prevención de la recaída

En relación con este último punto, la literatura señala que uno de los modelos cognitivos más completos y ampliamente empleados en el tratamiento de los delincuentes sexuales ha sido el de la prevención de recaídas (RP), que debe hacerse en los programas de tratamiento de delincuentes sexuales que hacen hincapié en el control y la reorientación de la excitación sexual desviada y el desarrollo de habilidades sociales relacionadas con las relaciones sociales heterosexuales. RP fue desarrollado a partir de modelos de adicción y revisa el ciclo del agresor y la importancia de las distorsiones cognitivas y la toma de decisiones en ese proceso. El modelo cognitivo incluye no sólo las cogniciones disfuncionales y actitudes que puedan facilitar delitos sexuales, sino también la forma en que estas actitudes proporcionan un contexto para el procesamiento de la información y la atención selectiva a la información que pueda facilitar delitos sexuales. Por lo tanto, las distorsiones cognitivas han tenido un papel central en los programas de tratamiento (Lindsay, et al., 2006).

1.3.3.2.3 Programa de Tratamiento: Las cinco “Cs” para el Tratamiento de los Ofensores Sexuales:

El modelo nos permite abordar cinco principio o precauciones que son necesarias para el trabajo de intervención con los ofensores sexuales: Confrontación (confrontation); precaución (cautions); Confirmación (confirmation); control (control) y por último consistencia (consistency).

- a) La confrontación es el método más eficaz para lograr alcanzar resultados con esta población. Debe ser activa y no directiva, las terapias pasivas como la psicoanalítica y la rogeriana fallan con esta población.
- b) La precaución es importante en la medida que estas personas son manipulativas y seductoras. En ellos, el exceso de racionalización, las excusas y explicaciones para su conducta, no deben confundir al terapeuta.
- c) La confirmación, es importante en la medida que el terapeuta no debe creer en todo lo que el agresor dice, en un primer momento. Debe tenerse en cuenta el principio de “parcialización”, que se define como una práctica compulsiva persistente para decir solo una parte de la historia. En las sesiones, hay que facilitar el contexto para que el agresor cuente los detalles, y las partes de la historia que le son más difíciles de verbalizar.
- d) El terapeuta debe mantener el control. El control es algo que el terapeuta aprende con un adecuado entrenamiento y se va perfeccionando con la práctica. Un peligro que no se debe asumir en este tipo de terapias, es tener un terapeuta pasivo, impulsivo o no entrenado para este tipo de población.
- e) La consistencia, es un factor importante para mantener el curso del tratamiento. Una manera de obtenerla, es la participación de más de un terapeuta, que comparta los mismos principios. No debe haber contradicciones entre ellos (Prendergast, 2004).

1.3.3.2.4 Programa de Tratamiento: “Control de la agresión sexual” (SAC)

Este programa parte del supuesto de que los agresores sexuales suelen presentar carencias de tres tipos diferentes aunque interrelacionados: En su comportamiento y preferencias sexuales, en su conducta social más amplia y en sus cogniciones (Distorsiones cognitivas). Así pues, todas estas dificultades deberán ser consideradas en el diseño aplicación de un programa de tratamiento (Redondo, 2006).

El Programa de Control de la Agresión Sexual (SAC), es el primer programa creado para delincuentes sexuales, adaptado al contexto español (Garrido y Beneyto, 1996). La primera aplicación de este programa se llevó a cabo paralelamente en dos centros penitenciarios de la provincia de Barcelona: Quatre Camins y Brians (Roca y Montero, 2000, citados por Redondo, 2006). Este mismo programa se aplica desde el 2000 en otros 8 centros penitenciarios repartidos por todo el territorio español.

Según este modelo, para que el cambio de comportamiento sea viable (y en consecuencia para que el tratamiento sea más eficaz) es necesario que el sujeto se encuentre, como mínimo, en un estadio de *contemplación del problema*, es decir que haya adquirido conciencia del mismo (que reconozca que tiene un problema) y se haya suscitado en él la inquietud de resolverlo (Redondo, 2006).

En el caso de los agresores sexuales, para comenzar es necesario que se reconozca el delito, esto es que salga de los habituales procesos de negación que suelen

acompañar a una conducta socialmente vergonzante y de fuerte rechazo como la agresión sexual (Redondo, 2006).

Según Navarro (2004), los módulos del programa son los siguientes:

1. Distorsiones cognoscitivas (44 sesiones). El objetivo es reestructurar la percepción y distorsiones del sujeto sobre el hecho delictivo, sus propios deseos y su percepción de las víctimas.
2. Mecanismos de defensa (15 sesiones). Tiene como objetivo fundamental erradicar el uso de justificaciones y lograr de este modo que el sujeto no minimice ni se exculpe de sus agresiones. Se busca el reconocimiento pleno de los hechos por los cuales cumple condena, fomentando la asunción de la responsabilidad sobre sus propias conductas y las consecuencias que se derivan de ella.
3. Conciencia emocional (18 sesiones). Se basa en la autoexploración y auto reconocimiento emocional, como condición necesaria para poder lograr luego la empatía con las víctimas. Tiene como objetivo enseñar al sujeto a reconocer las propias emociones y los cambios fisiológicos asociados a ellas, comprendiendo la relación pensamiento-emoción-conducta. A través del desarrollo del sistema emocional se intenta conseguir un mayor grado de auto control y un aumento de la percepción de competencia personal.
4. Empatía con la víctima (27 sesiones). Tiene dos fundamentos principales: a) El trabajo de sensibilización; b) La técnica del *role taking*. Se propone enseñar a

reconocer las emociones y sentimientos de otras personas, de los daños consecuencias causadas a corto y largo plazo.

5. Prevención de recaídas (17 sesiones). Tiene como objetivo mejorar el conocimiento y la capacidad del sujeto para romper la cadena de precursores (cognitivos, fisiológicos, emocionales, conductuales y ambientales) de la agresión. La prevención de recaídas constituye el eje central del programa.
6. Estilo de vida positivo (17 sesiones). Se fundamenta en las técnicas psicoeducativas, a partir del modelado estructurado de Goldstein: Instrucción, modelado, juego de roles, feedback y generalización. El objetivo es establecer hábitos que permitan llevar un estilo de vida alejado del delito que a la par promueva la elaboración prosocial de las tensiones de la vida cotidiana y la aparición de mecanismos de control informales.

1.3.3.3 Dificultades al hacer terapia con agresores.

Contamos con dificultades a la hora de poner en marcha los tratamientos por parte de los equipos terapéuticos. En primer lugar a veces los tratamientos constan de *intervenciones inapropiadas* o son incoherentes en ellos mismos al ser aplicados transversalmente sin considerar las diferentes patologías, deficiencias y/o necesidades. En algunos casos, los equipos no están preparados y aunque lo estén no cuentan con tiempo suficiente para poner en efecto sus conocimientos por lo que se crean inconsistencias generadoras de frustración en los equipos (Terol, 2008).

No es raro encontrar que ciertos agresores son “peor vistos que otros, en el ambiente penitenciario” y que esto pueda crear algún tipo de prejuicio y desesperanza en los equipos. Las mayores consideraciones deben hacerse por parte del terapeuta.

El terapeuta debe, en todos los casos, ser perceptivo e intuitivo, ya que son pacientes cuyo tratamiento es forzoso y en la mayoría de los casos contingente a la adquisición de privilegios. Por ello el ser perceptivo nos ayudará a evitar manipulaciones y a caminar un paso por delante de ellos anticipando reacciones innecesarias (Strasburger, 2001).

A la vez el terapeuta debe ser accesible aunque firme sin olvidar que lo que intenta es ayudar a estos individuos, independientemente de la naturaleza criminal del paciente. Para conseguir como ganancia secundaria el evitar sufrimiento a la comunidad. La repulsión que nos pueden causar y la posición de autoridad que nos confiere la aplicación de los tratamientos puede sin lugar a dudas reducir nuestra empatía y en algunos casos nuestra cercanía hacia ellos. Evidentemente esto entra dentro de las reacciones normales del ser humano, sin embargo es un punto a tomar en cuenta.

Los límites deben ser claros y firmes y nunca lazos o inconsistentes, estableciendo un ambiente cálido (dentro de lo posible) y comprensivo aunque crítico dentro de lo objetivo. Uno de los peligros en que podemos caer es la crítica destructiva y subjetiva de la conducta manifestada por estos individuos debido principalmente a nuestra necesidad de desahogar el resentimiento e incompreensión hacia los crímenes

cometidos. Sin embargo conviene tener en cuenta que con ello no conseguiríamos nuestro propósito terapéutico. Nuestra meta es entender qué han hecho y por qué lo han hecho. Qué necesitan incorporar a sus esquemas para actuar de otra manera y cómo podemos llegar a ellos para abrir esos canales de adquisición de conocimiento. No olvidar que debemos ser un modelo de identificación y un referente del que posiblemente ha carecido en su vida anterior. Idealmente lo que queremos conseguir al ser un referente y modelar ciertas conductas es el que respeten lo que nosotros respetamos, el que nos traten como les tratamos, el infundir confianza no traicionando y el que pueda generalizar lo aprendido a la sociedad en general (Strasburger, 2001).

1.4 Aplicación del Programa de control de la agresión sexual (SAC) en otras poblaciones

La población total de agresores sexuales que han cumplido condena en el Centro Penitenciario Brians, desde la inauguración de este centro en mayo de 1991 hasta el 31 de diciembre de 2002, es de 346 sujetos, que en conjunto son autores de más de 770 delitos sexuales (con un promedio de 2.23 delitos sexuales por sujeto). También son responsables de más de 630 delitos no sexuales. De esta población se han extraído y seleccionado los grupos objeto de esta investigación: Uno tratado (n=49) y otro control (n=74), de los que se ha efectuado un seguimiento a lo largo de un período promedio de 3 años y 8 meses (Redondo, Navarro, Martínez, Luque y Andrés, 2005).

Lo que se encontró fue: De los 49 sujetos integrantes del grupo de tratamiento han reincidido en delitos sexuales, a lo largo de un período de seguimiento de cuatro

años, 2 sujetos (4.1%) y en delitos no sexuales 1 sujeto (2.0%), lo que suma una reincidencia total de 3 sujetos (6.1%). Frente a ello, de los 74 integrantes del grupo de control, durante un período de seguimiento de 3 años y medio, 13 sujetos (el 18.2%) han reincidido en delitos sexuales y 10 más en delitos no sexuales (13.6%), lo que aúna un total de 23 sujetos reincidentes (el 31.8%). Todas estas diferencias entre los grupos resultan estadísticamente significativas (Redondo, et. al., 2005).

Al aplicar un programa de Tratamiento con el de Control de la Agresión Sexual (SAC), lo que sucede es que puede rebajar el 5%-10% la tasa de reincidentes esperables (20%), es decir, puede reducirla a la mitad. Esta reducción de la reincidencia es proporcional a los beneficios del tratamiento en otras tipologías de delincuentes.

El ahorro en reincidencia sexual, como resultado del tratamiento, es del 14.1% (sobre una reincidencia base del grupo control del 18.2%). Así pues, resta una reincidencia residual (sujetos que a pesar del tratamiento reinciden), del 4.1%.

Esto sugiere una considerable potencia rehabilitadora del tratamiento cognitivo conductual aplicado en la prisión de Brians (Barcelona, España). Sugiere que la aplicación del tratamiento reduce la tasa de reincidencia de los agresores sexuales tratados, desde una tasa que sería esperable del 18% a una del 4%, en un período de tiempo de seguimiento de cuatro años.

Estos resultados confirman en esencia la hipótesis principal de esta investigación: La eficacia del tratamiento cognitivo conductual aplicado con los agresores sexuales en la prisión de Brians. El tratamiento logra reducir la reincidencia

sexual en un 14.1% que resulta de la diferencia entre la tasa del grupo control, que es de 18.2%, y la del grupo de tratamiento, que es del 4.1% (Redondo, et. al., 2005).

En otro trabajo publicado por Redondo y Garrido (2008), ellos tuvieron como hipótesis principal que los agresores sexuales que habían asistido a tratamiento (GE), obtenían mejores resultados al evaluar la variables dependiente que era riesgo de reincidencia más bajo de tipo sexual, no sexual y total. La otra hipótesis planteada fue que disminuía la seriedad de los crímenes en los tratados que en los no tratados (grupo control). En esta investigación, de un total de 346 ofensores sexuales de la cárcel de Brians en Barcelona, responsables de 770 agresiones sexuales y 620 crímenes no sexuales, se sacó una muestra de 49 internos que habían estado en tratamiento y 74 del grupo control. La investigación encontró luego de cuatro años de intervención que de los 49 sujetos quienes estuvieron en tratamiento, dos cometieron crímenes sexuales (4.1%) y uno cometió un crimen no sexual (2.0%). El total de reincidencia es de tres sujetos (6.1%). De los 74 internos del grupo control, 13 cometieron crímenes sexuales nuevamente (18.2%), y otros 10 cometieron crímenes no sexuales (13.6%), lo cual constituye un total de 23 reincidentes (31.8%). Estas diferencias entre grupos son estadísticamente significativas.

1.5 Delitos sexuales.

Para poder hablar de delincuentes sexuales, es necesario primero definir tanto conceptual como legalmente los delitos sexuales los cuales son de diversa índole y gravedad. En el código penal español se recogen bajo la nomenclatura de *delitos contra*

la libertad sexual, y son los siguientes: la violación, las agresiones sexuales, los abusos deshonestos, el exhibicionismo obsceno ante menores de 16 años o mayores sin su consentimiento, la provocación sexual, mediante el empleo de pornografía con menores de 16 años, el acceso carnal con un mayor de 12 años aunque menor de 18, sirviéndose para ello de una relación de prevalencia o superioridad, y el rapto de una persona para atentar contra su libertad sexual (Echeburúa, 1998).

En el Código Penal Español, según el Título VIII, están clasificados de la siguiente manera: Cap. I: Agresión Sexual; Cap. II: Abusos sexuales; Cap. III: Acoso sexual; Cap. IV: Exhibicionismo y Provocación Sexual; Cap. V: Prostitución y Corrupción de Menores.

2 MARCO EMPÍRICO

2.1 Planteamiento del problema.

Los programas de intervención para agresores sexuales, se han venido desarrollando en el mundo. En España, cada vez son más los centros penitenciarios que se preocupan por el problema e incluyen programas de resocialización en sus prisiones.

El problema de investigación está centrado en encontrar las relaciones existentes entre el tratamiento para agresores, en este caso se utilizó el “Programa de Control de la Agresión Sexual” (SAC), y la reincidencia sexual.

Se busca identificar si los niveles de reincidencia varían cuando los internos están bajo el tratamiento denominado “Programa de Control de la Agresión Sexual” (SAC), en relación con los internos que no estuvieron en tratamiento.

Además de la reincidencia sexual, se analizó la reincidencia no sexual y los casos en los que se presenta reincidencia combinada (Reincidencia sexual y no sexual).

Por otro lado se analizaron, los factores de riesgo, denominados variables estáticas y variables dinámicas, para ver el grado de relación con la reincidencia, y las variables relacionadas con la actividad delictiva.

2.2 Objetivos

Teniendo en cuenta los estudios previos sobre la reincidencia en agresores sexuales, los objetivos de este estudio son los siguientes:

- a) Identificar el nivel de reincidencia total de un grupo de 73 internos que permanecieron en prisión por delitos de agresiones sexuales, de los cuales 37 asistió al programa de Control de la Agresión Sexual (CAS), y los otros 36 no, en el Centro Penitenciario Madrid IV de Navalcarnero.
- b) Identificar el nivel de reincidencia según el tipo de reincidencia sexual, total (sexual y/o no sexual), después del tratamiento.
- c) Establecer las variables sociodemográficas y los factores de riesgo (dinámicos y estáticos) que correlacionan con la reincidencia.

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis principales

Teniendo en cuenta los datos previos obtenidos de otras investigaciones y lo expuesto con anterioridad, se plantean las siguientes hipótesis:

H1. El grupo de agresores sexuales que han estado en tratamiento presentan diferencias en cuanto al nivel de reincidencia en relación con los agresores sexuales que no asistieron al tratamiento.

H2. El grupo de agresores sexuales que han estado en tratamiento presentan diferencias en cuanto al tipo de reincidencia sexual y la reincidencia total (sexual y no sexual), en relación con los agresores sexuales que no asistieron al tratamiento.

2.3.2 Hipótesis relacionadas con los factores de riesgo estáticos asociados con la reincidencia

H3. La historia de maltrato previa, la edad de inicio de la actividad delictiva, haber sufrido abuso sexual en la infancia y/o adolescencia, tener antecedentes de conducta antisocial en la infancia y adolescencia, el consumo de alcohol en la familia del agresor, están asociadas con la reincidencia en agresores sexuales.

2.3.3 Hipótesis relacionadas con los factores dinámicos

H4. La negación del delito (reconocimiento del delito), tener trastorno de personalidad, el consumo de alcohol y el consumo de sustancias psicoactivas (CSPA), carecer de pareja, la versatilidad criminal, y tener desviaciones sexuales y parafilias, están asociadas con la reincidencia sexual.

2.4 Descripción de variables.

Para la recogida de datos se creó una plantilla de codificación de variables, teniendo en cuenta para el estudio las siguientes variables:

2.4.1 Variable Predictora

- a) *Definición Conceptual:* El Programa de Control de la Agresión Sexual (SAC), es el primer programa creado para delincuentes sexuales, adaptado al contexto español (Garrido y Beneyto, 1996). La primera aplicación de este

programa se llevó a cabo paralelamente en dos centros penitenciarios de la provincia de Barcelona: Quatre Camins y Brians (Roca y Montero, 2000, citados por Redondo, 2006). Este mismo programa se aplica desde el 2000 en otros ocho centros penitenciarios repartidos por todo el territorio español. Según Navarro (2004), los módulos del programa son: Distorsiones cognoscitivas (44 sesiones), mecanismos de defensa (15 sesiones), conciencia emocional (18 sesiones), empatía con la víctima (27 sesiones), prevención de recaídas (17 sesiones) y estilo de vida positivo (17 sesiones).

- b) *Definición Operacional*: La aplicación o no aplicación del tratamiento del Control de la Agresión Sexual (CAS). Sólo se tuvieron en cuenta aquellos internos que habían asistido por lo menos al 80% de las sesiones.

2.4.2 Variable Criterio

- a) *Definición Conceptual*: La reincidencia consiste en la comisión de un nuevo delito o comportamiento violento, cuando ya se ha cometido previamente uno o varios (Capdevila y Ferrer, 2009; Gómez, 2009). Es decir, una acción que produce un daño real, o bien el intento o la amenaza de dañar a una o más personas, realizado por un mismo individuo que previamente ha cometido otro hecho violento (Nguyen, Arbach y Andrés-Pueyo, 2011).

La reincidencia sexual fue definida como cualquier nuevo delito sexual (incluyendo delitos sexuales sin contacto) durante el periodo de seguimiento (Dahle, Biedermann, Lehmann y Gallasch, 2014).

b) *Definición Operacional*: Se tuvo en cuenta dos formas de reincidencia, la Reincidencia Total, donde se observa si el interno al salir de prisión o en la libertad condicional cometió, bien sea un delito sexual, un delito no sexual o ambos (delito sexual y no sexual). La segunda forma es la Reincidencia Sexual, en donde se tomaron únicamente los internos, que en libertad condicional o libertad definitiva cometieron un delito sexual. En ambos casos la medición se realiza teniendo en cuenta los internos que son denunciados ante el sistema penal.

2.5 Método

2.5.1 Diseño

Se trata de un estudio cuasi experimental, retrospectivo, realizado mediante un diseño de grupo de control no equivalente, es decir no seleccionado al azar. Estos estudios tiene algunas limitaciones que se deben tener en cuenta a la hora de interpretar los datos. Como lo señala Nguyen, Arbach-Lucioni y Andrés-Pueyo (2011), debido al carácter retrospectivo del estudio, en muchas ocasiones no es posible obtener toda la información para registrar la presencia o ausencia de los factores de riesgo.

2.5.2 Participantes

Los sujetos que forman parte de esta investigación provienen de un grupo de agresores sexuales del Centro Penitenciario Madrid IV de Navalcarnero. A partir de esta población se seleccionó para este estudio una muestra de 73 reclusos con sentencias y condenas dadas por delitos sexuales. De los 73 reclusos, 36 no estuvieron en el

tratamiento de Control de la Agresión Sexual (CAS) y 37 si estuvieron en tratamiento.

La población presenta las siguientes características:

- a) El 89% del grupo (65) es de nacionalidad española, mientras que el 11% (8) son de otras nacionalidades.
- b) En relación con el estado civil, el 42.5% (31) son solteros, el 38.4% (28) están separados o divorciados, el 12.3% (9) son casados, el 2.7% (2) es viudo, y el 4.1% (3) no se conoce su estado.
- c) El 35.6% (26 internos) presenta un nivel socio económico medio bajo, y el 53.4% (39 internos) presenta un nivel socio económico bajo. El 11% (8 internos) presenta un nivel socio económico medio.

2.5.2.1 Criterios de inclusión

Para conformar el grupo experimental, personas que hubieran participado al menos el 80% de las sesiones del Programa para el Control de la Agresión Sexual (CAS) y que estuvieran en el Centro Penitenciario Madrid IV de Navalcarnero, por haber cometido algún tipo de delito sexual. Los reclusos que participaron menos del 80% de las sesiones del Programa para el Control de la Agresión Sexual, (CAS) no fueron tenidos en cuenta en el grupo experimental.

2.5.2.2 Grupo experimental

Compuesto por 37 pacientes, los cuales asistieron a terapia distribuidos en los grupos de los años 1996, 2000 y 2001. El número de terapias dato en promedio fue de 150 sesiones.

2.5.2.3 Grupo control

Compuesto por 36 sujetos, los cuales permanecían en el Centro Penitenciario Madrid IV de Navalcarnero, por haber cometido algún delito sexual, y que no aceptaron pertenecer al grupo terapéutico, ni asistir a ningún tipo de intervención (Solo permanecer en el Centro Penitenciario).

2.5.3 Medidas

Se tienen diferentes tipos de medidas según dos fuentes de información utilizadas: Las bases de datos que contienen la información del interno, y las fuentes de información que han nutrido esta información.

La base de datos contiene 98 columnas donde se describen las variables que se tomaron en cuenta inicialmente para el estudio. De estas 98, se tuvieron en cuenta 54 en el análisis de correlaciones (En el Chi Cuadrado y en el análisis de regresión), las restantes únicamente en el análisis descriptivo. El total de variables, estaban divididas en grupos: (Variables personales, familiares, de consumo, información de las víctimas, información del tipo de delito, características del delito, la columna de “Tratamiento”, y

la reincidencia (Reincidencia general, y Tipo de reincidencia). En las filas, se ubicaron los sujetos: 37 agresores que asistieron al tratamiento y 36 que no.

Las fuentes de información son:

- a) Los expedientes penitenciarios de los sujetos, que contienen toda la información personal y sobre la actividad delictiva de este, además de su estancia en prisión (En navalcarnero o en otras del país Español).
- b) Información jurídica aportada por el juez, sentencias, expedientes disciplinarios, sanciones, etc.
- c) Información aportada por el equipo de tratamiento interdisciplinario de la prisión (Psicólogos, educadores, trabajadora social, etc.).
- d) Entrevistas de clasificación inicial e informes periciales que aportaran información sobre: Historia del sujeto, variables familiares, historia escolar, consumo de sustancias, historia laboral, psicopatología asociada con el delito, relación con pares, adaptación al sistema penitenciario, y características de la conducta delincuencia (Ver Anexo 3)

2.5.4 Procedimiento

Para llevar a cabo el análisis de la información, se desarrolló en primer lugar una base de datos, en la cual se incluyeron 98 características de los agresores sexuales, divididas en grupos tales como: Variables socio demográficas, variables socio familiares, variables relacionadas con las víctimas, variables criminológicas y variables

relacionadas con la reincidencia. Toda esta información se codificó en un archivo, asignando valores a cada interno, en las variables descritas previamente.

En total, se obtuvieron 98 variables, las cuales se codificaron de manera binaria (es decir 0 y 1), dependiendo de la presencia o ausencia de la característica. Para algunas variables, hubo una codificación de 0, 1 y 2, las cuales se denominaron de manera categórica (en el caso del tipo de delincuentes sexuales, la psicopatología, el tipo de delito, etc.), es decir variables nominales u ordinales.

La base de datos utilizada para este estudio se diseñó con base en la información suministrada por el Centro Penitenciario Madrid Navalcarnero IV. La información socio demográfica, de historia familiar, historia de consumo, historia delictiva, se encontró en tres tipos de archivos: Los archivos sobre tratamiento para agresores sexuales, los archivos sobre la información jurídica del penado, y los archivos de trabajo social, en los casos donde había información relevante. Para determinar la reincidencia, se miró en el sistema SIP, (Sistema de Información Penitenciaria), que es la base de datos donde aparecen los internos, que han vuelto a presentar algún delito en el sistema penal, y vuelven a ingresar a prisión, en todo el país (A excepción de la zona norte Catalana). Además de aparecer la presencia o ausencia de delito, se describió el tipo de delito, (Sexual, no sexual y total), el tipo de víctima, y el lugar donde estaba en privación de libertad. Esta información se codifica, y se transfiere a la base de datos, donde hay dos columnas sobre reincidencia: La primera señala la presencia o ausencia de reincidencia, la segunda el tipo de reincidencia (Sexual, no sexual o ambas).

Los delitos sexuales incorporados en la base de datos incluyeron penetración vaginal, penetración anal, penetración oral, tocamiento, exhibicionismo/pornografía, y cualquier acto o ataque sexual que incluyera amenaza, uso de armas, homicidio, engaño lesiones y rapto. La base de datos no contiene información personal sobre el agresor o alguna de las víctimas, protegiendo así la identidad de ambas partes.

En el tratamiento, se tomó en consideración, que los internos pertenecieron a alguno de los grupos de tratamiento: El primer grupo tuvo en promedio 135 sesiones, el segundo 205 sesiones y el tercer grupo 235 sesiones. Frente a esto según Yates (2013), se ha realizado poca investigación sobre la duración más adecuada de la intervención y en la práctica. Algunos programas recomiendan entre 80 y 120 horas de contacto, mientras que otros recomiendan entre 160 a 195 horas de contacto para los agresores sexuales de riesgo moderado y aproximadamente 300 horas de contacto para el tratamiento de los agresores de alto riesgo.

Según Navarro (2004) se aplicó el programa en las sesiones programadas con las personas privadas de la libertad que participaron en la investigación; se comenzó con 44 sesiones donde se trabajaron las distorsiones cognoscitivas, seguido de 15 sesiones en que se afianzaron los mecanismos de defensa, luego se elaboraron 18 sesiones de conciencia emocional, al finalizar estas, se ejecutaron 27 sesiones relacionadas con la empatía hacia la víctima, teniendo en cuenta el trabajo de sensibilización y la técnica del *role taking*. Para continuar se realizaron 17 sesiones relacionadas con la prevención de recaídas y para terminar 17 sesiones donde se manejó el estilo de vida positivo. En total

se trabajaron aproximadamente 138 sesiones con cada uno de ellos, cada una en promedio de 1 a 2 horas según el caso.

Por último, el análisis de los resultados se hizo con el Programa del SPSS (versión 22), el cual es una herramienta empleada para el tratamiento de datos en el análisis estadístico, utiliza las funciones necesarias para realizar un proceso analítico desde el inicio hasta su final.

2.6 Resultados

2.6.1 Análisis Descriptivo

Para hacer el análisis descriptivo, se tuvieron en cuenta las siguientes variables: primero, las variables analizadas en relación con la reincidencia; segundo, las variables socio demográficas; tercero, los factores de riesgo dinámicos y estáticos; por último, variables relacionadas con el delito.

2.6.1.1 Reincidencia y tipos de reincidencia

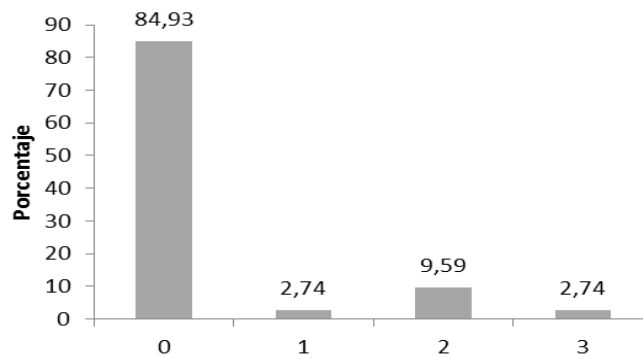
En la Tabla 12 se encuentran los datos del grupo total (73 internos) de los cuales 4 (10,81%) reincidieron después de haber estado en el tratamiento del Control de la Agresión Sexual (CAS) y de los que no estuvieron en el programa de tratamiento reincidieron 7 (19,44%).

Si se tiene en cuenta la reincidencia total, 11(15,06%) internos reincidieron, y 62 (84,93%), no reincidieron.

Tabla 12. Tipo de reincidencia después del tratamiento comparando grupo control y grupo experimental.

Tratamiento	Tipo reincidencia	Frecuencia	Porcentaje
No	Sexual	5	14%
	No sexual	0	0
	Ambos	2	6%
	Subtotal	7	19%
	No reincidencia	29	81%
	<i>Total</i>	36	
Si	Sexual	2	5%
	No sexual	2	5%
	Ambos	0	0
	Subtotal	4	11%
	No reincidencia	33	89%
	<i>Total</i>	37	
Total: Tto + no Tto		73	

Figura 2. Nivel de Reincidencia

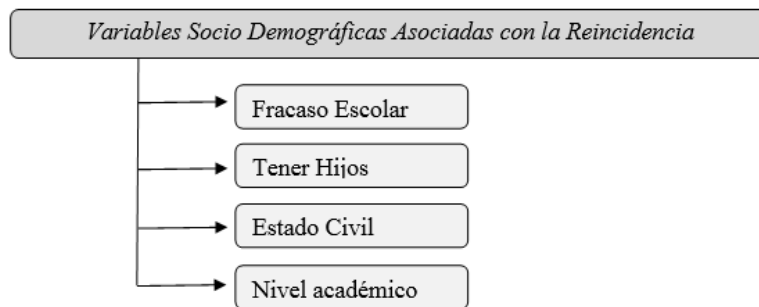


*Nota: 0.No reincidencia, 1. Delitos sexuales y no sexuales.2.Sexual. 3. No sexual.

En la gráfica se puede observar que un 84,93% no ha reincidido, un 9,59% el tipo de reincidencia sexual, un 2,74% el tipo de reincidencia no sexual y ambos delitos sexuales y no sexuales.

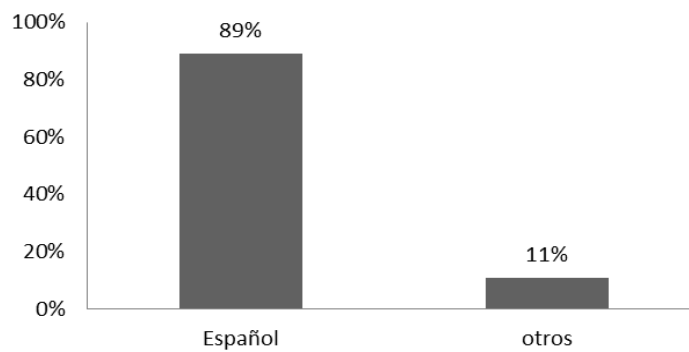
2.6.1.2 Variables socio demográficas

Figura 3. Variables sociodemográficas asociadas a la reincidencia



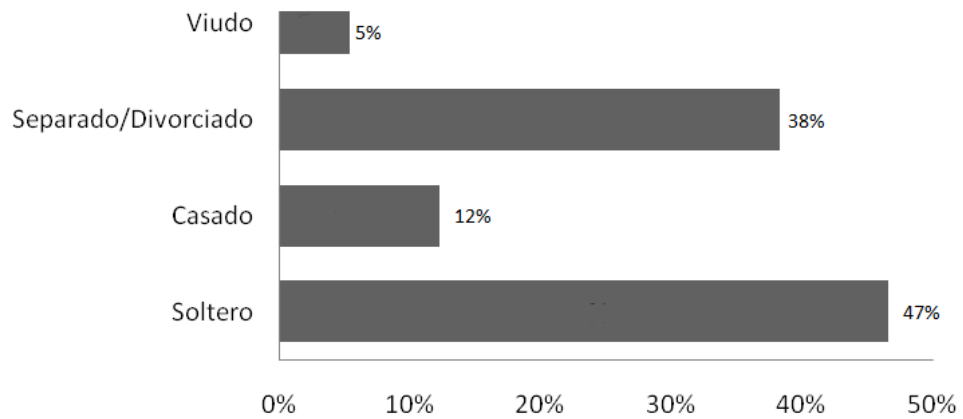
Se tuvieron en cuenta cuatro variables, fracaso escolar, tener hijos, estado civil y nivel académico.

Figura 4. Nacionalidad de los participantes en el estudio



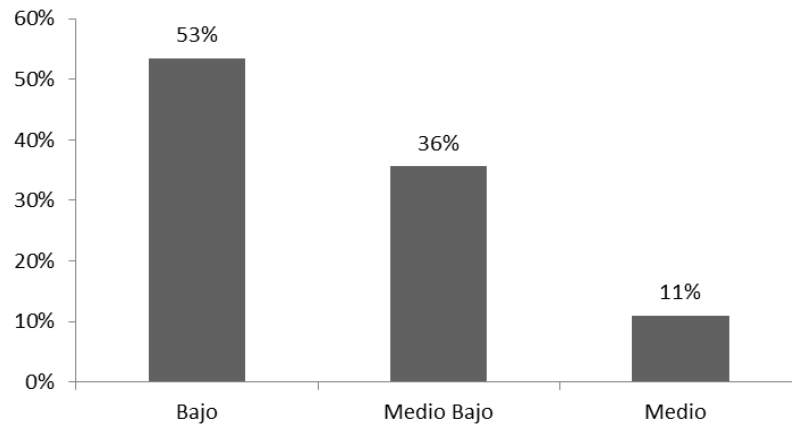
En relación a la nacionalidad de los evaluados, el 89% de ellos son españoles en tanto el 11% tienen una nacionalidad distinta.

Figura 5. Estado Civil de los participantes en el estudio



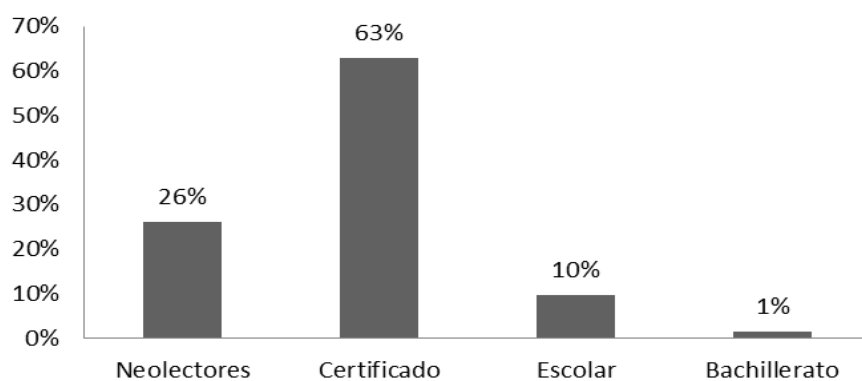
En relación con el estado civil, el 47% de los evaluados son solteros, el 38% se encuentran separados o divorciados, el 12% son casados y el 5% son viudos.

Figura 6. Nivel Socioeconómico de los participantes en el estudio



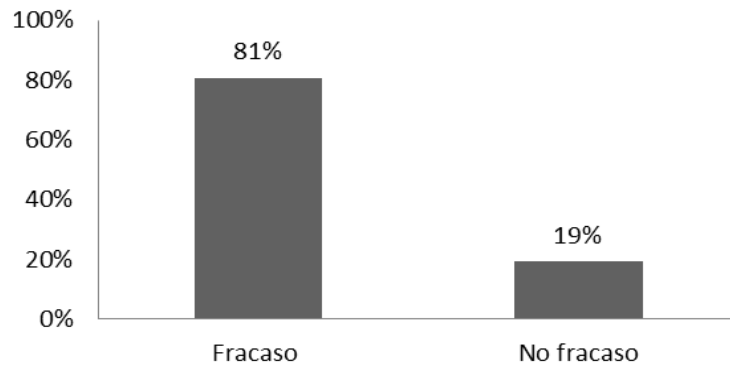
En la Figura 6, se evidencian los porcentajes en relación al nivel socioeconómico de los evaluados, en donde se encuentra que el 53% de los sujetos pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, el 36% a un nivel medio-bajo y el 11% a un nivel medio.

Figura 7. Nivel Académico de los participantes en el estudio



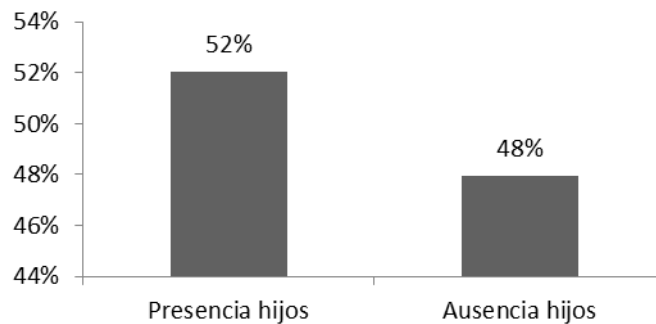
En la Figura 7, se muestran los porcentajes con respecto al nivel académico de los sujetos, se encontró que un 63% es certificado (No graduado), un 26% es neolector (Analfabeta), el 10% es escolar (Graduado) y un 1% es bachiller (Graduado).

Figura 8. Fracaso Escolar



En cuanto al fracaso escolar se observa que un 81% tiene fracaso escolar, mientras el 19% restante no lo presenta.

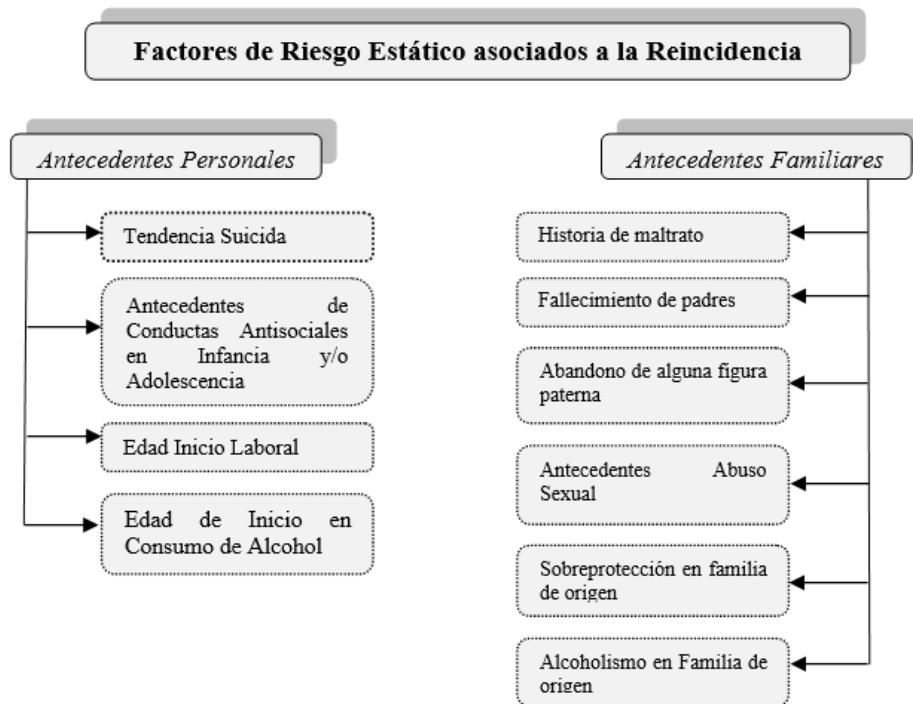
Figura 9. Presencia o no de hijos



Respecto a la variable de presencia o no de hijos, un 52% tiene hijos, respecto a un 48% que afirma no tener hijos.

2.6.1.3 Factores de riesgo estáticos

Figura 10. Factores de riesgos estáticos asociados a la reincidencia



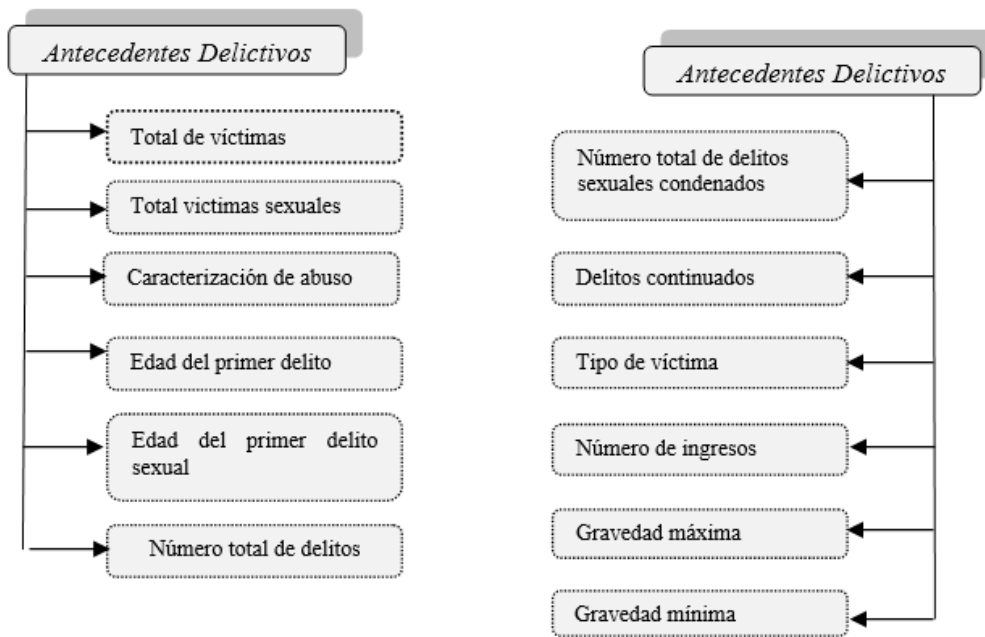
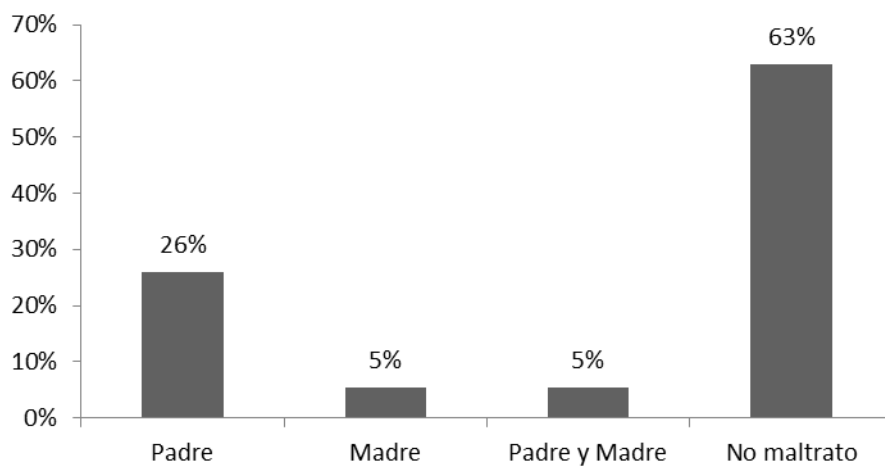
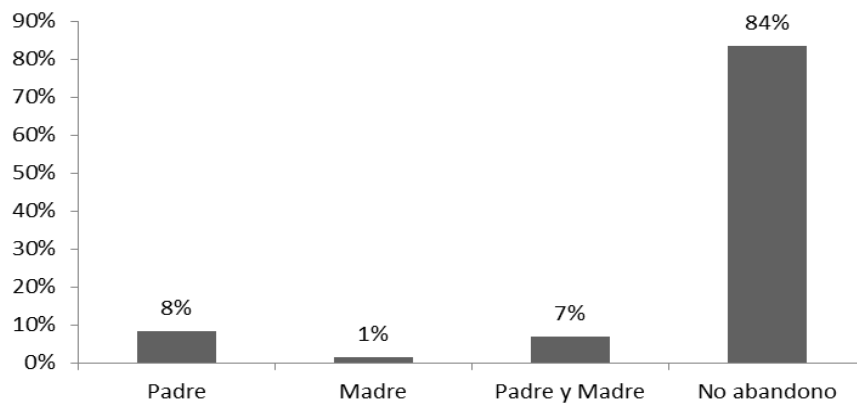


Figura 11. Maltrato Físico en Familia de Origen



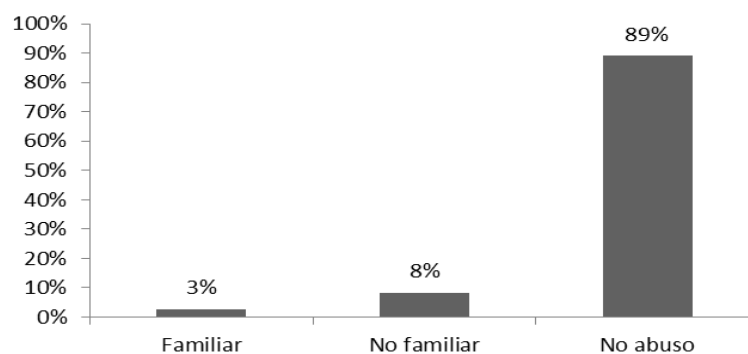
En cuanto al maltrato físico en la familia de origen de los evaluados, la Figura 11, presenta un 63% de no presencia en maltrato físico, un 26% en el que si hay presencia por parte del padre, un 5% por par de la madre y otro 5% por parte de ambos padres.

Figura 12. Abandono de padres



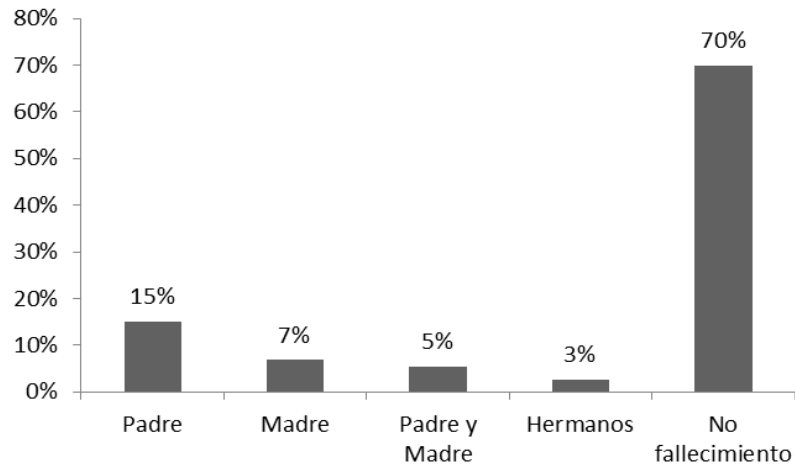
Siguiendo con la variable de abandono de padres, se puede observar que en un 84% no hay presencia de abandono por parte de ninguno de los padres, sin embargo hay presencia del 8% por parte del padre, el 1% por la madre y un 7% por parte de ambos padres.

Figura 13. Abuso Sexual en Infancia y/o Adolescencia



La variable abuso sexual en infancia y/o adolescencia, presenta ausencia de abuso en un 89%, mientras que un 8% fue abusado por alguna persona no familiar y un 3% por algún familiar.

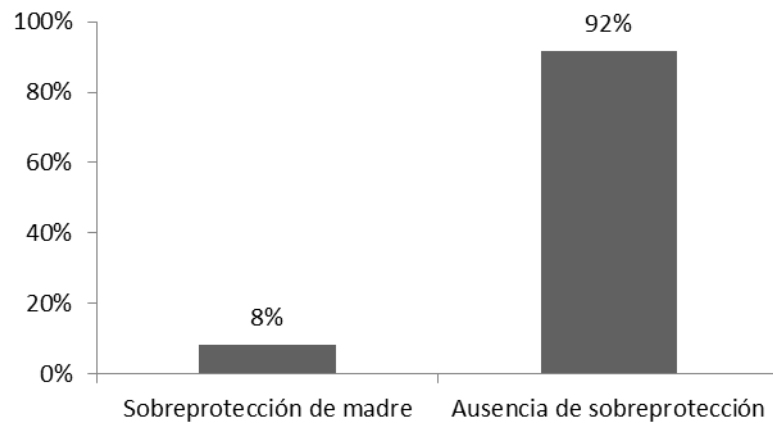
Figura 14. Fallecimiento Familia de Origen|



En la Figura 14 se observa que un 70% no ha tenido ningún fallecimiento de algún miembro de la familia, un 15% ha tenido el fallecimiento del padre, un 7% de la madre, un 5% de ambos padres y un 3% de hermanos.

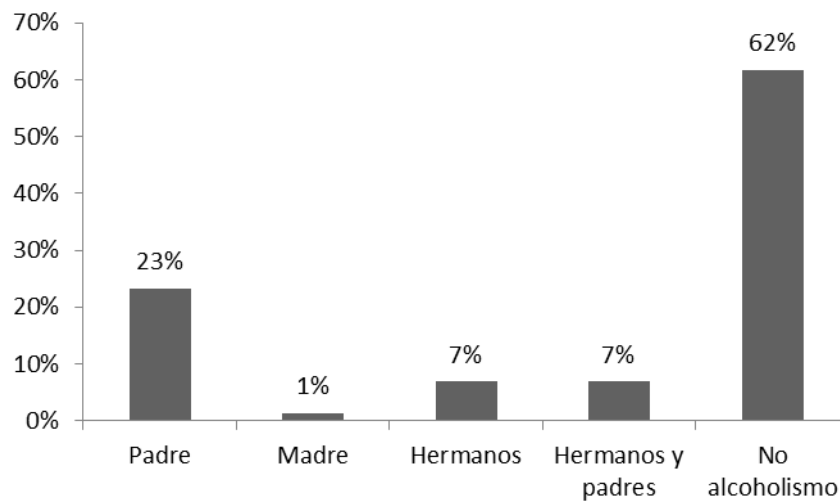
Figura 15. Sobreprotección en Familia de Origen

Reincidencia en Agresores Sexuales.



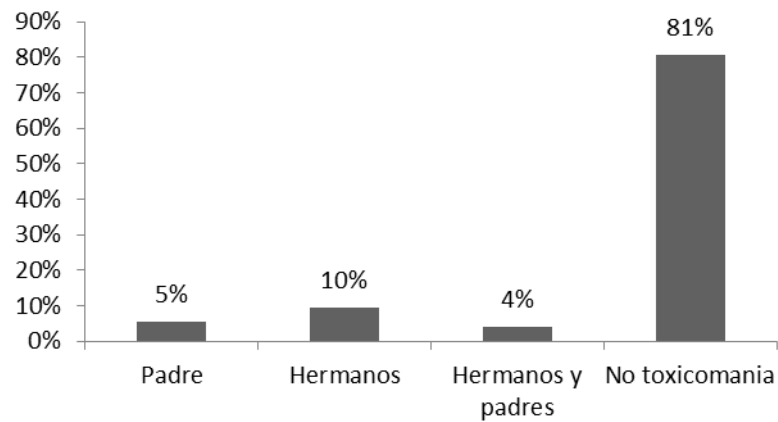
Respecto a la variable de Sobreprotección en familia de origen se muestra un 92% donde no hay presencia de sobreprotección, en tanto que existe un 8% de sobreprotección por parte de la madre.

Figura 16. Alcoholismo en Familia de Origen



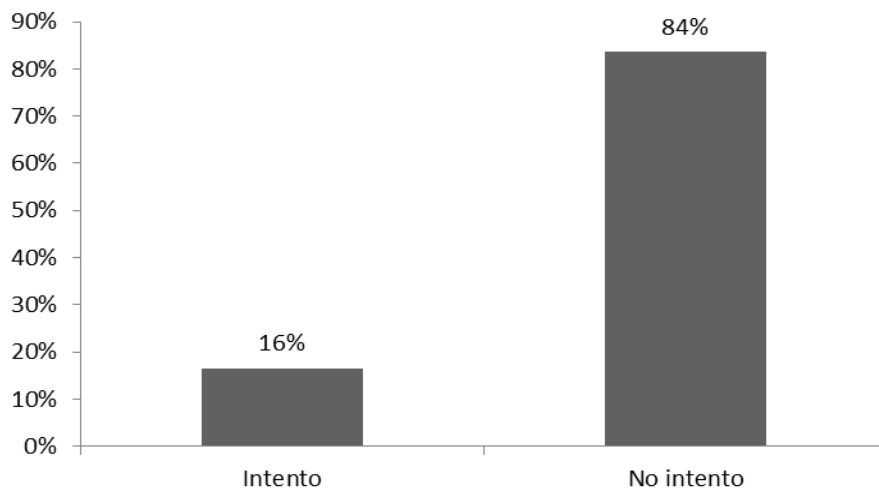
En la variable antecedentes de alcoholismo en familia de origen, se encuentra que en un 62% no hay presencia consumo de alcohol, mientras que un 23% se presenta en el padre, el 1% en la madre, el 7% en hermanos y el 6% en padre y hermanos.

Figura 17. Toxicomania en Familia de Origen



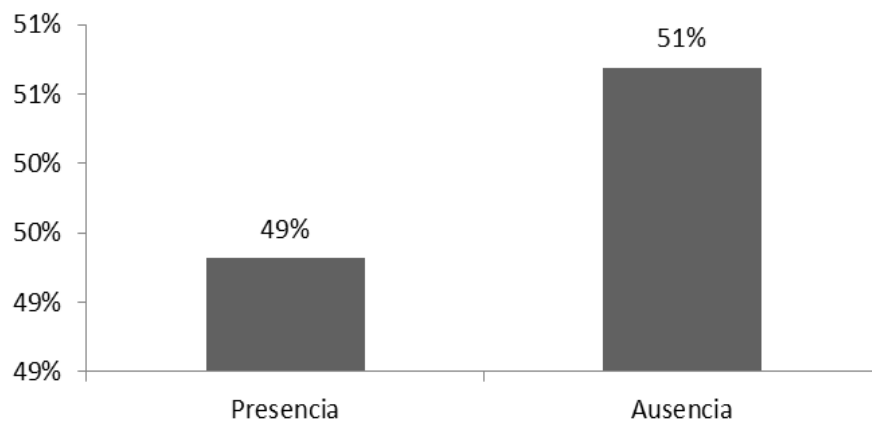
En la variable antecedentes de toxicomanía en familia de origen, se encuentra que en un 81% no hay presencia de toxicomanía, un 10% se presenta en hermanos, el 5% en el padre y el 4% en padre y hermanos.

Figura 18. Tendencia Suicida



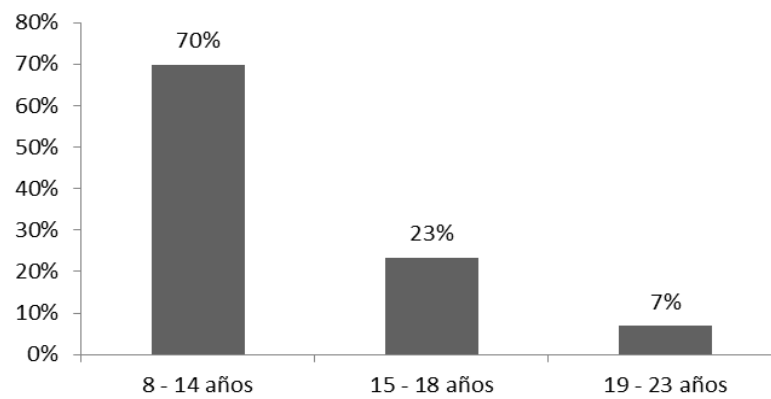
A partir de la figura anterior se puede evidenciar que el 16% de los sujetos evaluados presenta intento de suicidio y/o ideación suicida, en tanto el 84% no.

Figura 19. Antecedentes de conducta antisocial en infancia y adolescencia



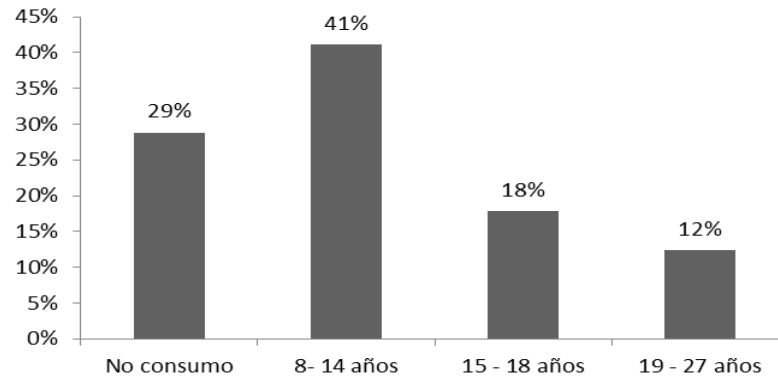
En relación a los antecedentes de conducta antisocial en la infancia y la adolescencia se evidencia que el 49% de los sujetos presentó dicha conducta, en tanto el 51% de la población no presentó la misma.

Figura 20. Edad de Inicio Laboral



La figura muestra que el 70% de los sujetos comenzaron a trabajar en edades de los 8 a los 14 años, un 23% desde los 15 y hasta los 18 años y un 7% desde los 19 hasta los 23 años de edad.

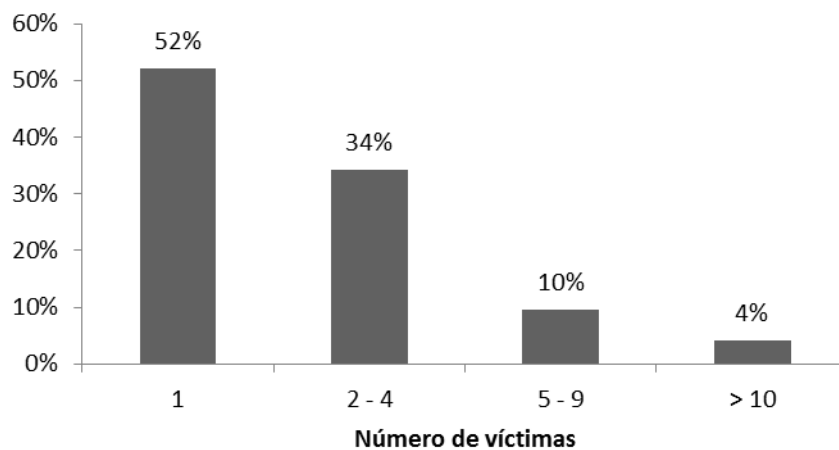
Figura 21. Edad de inicio del consumo de alcohol



Respecto a la variable edad de inicio del consumo de alcohol, se observa que el 41% comenzó dicho consumo entre las edades de 8 a 14 años, en un 28% se encuentra la ausencia del consumo, presencia de un 18% en edades entre los 15 a 18 años edad y un 12% entre las edades de 19 a 27 años.

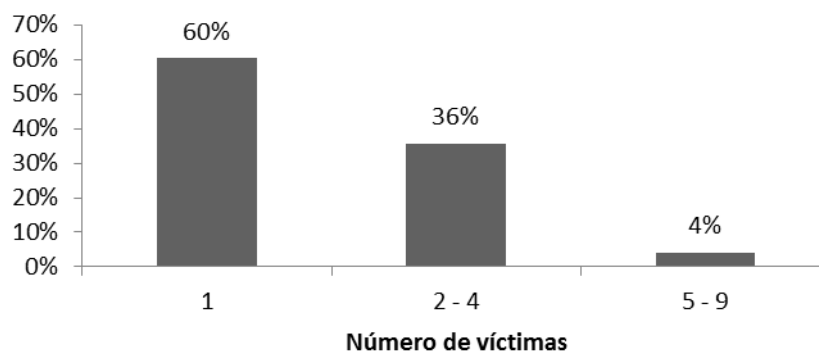
Figura 22. Total de víctimas

Reincidencia en Agresores Sexuales.



Con respecto al número de víctimas, la gráfica muestra que el 52% de los sujetos tuvo una víctima, el 34% de los sujetos tuvo de 2 a 4 víctimas, el 10% tuvo de 5 a 9 víctimas y finalmente el 4% tuvo más de 10 víctimas.

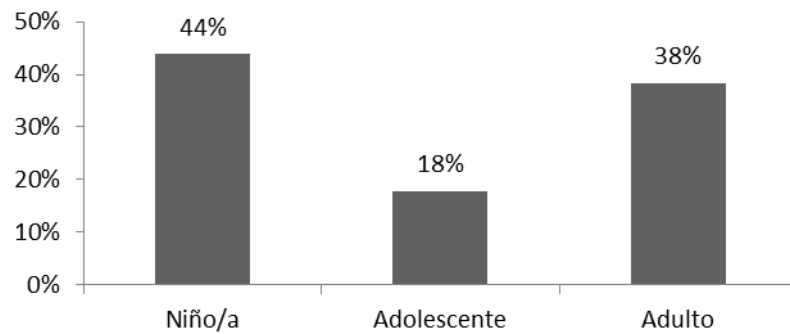
Figura 23. Total de víctimas sexuales



En cuanto a la variable total de víctimas sexuales, el 60% de los sujetos tuvo una víctima sexual, el 35% de los sujetos tuvo de 2 a 4 víctimas y el 4% de los sujetos tuvo de 5 a 9 víctimas.

Figura 24. Edad de las víctimas

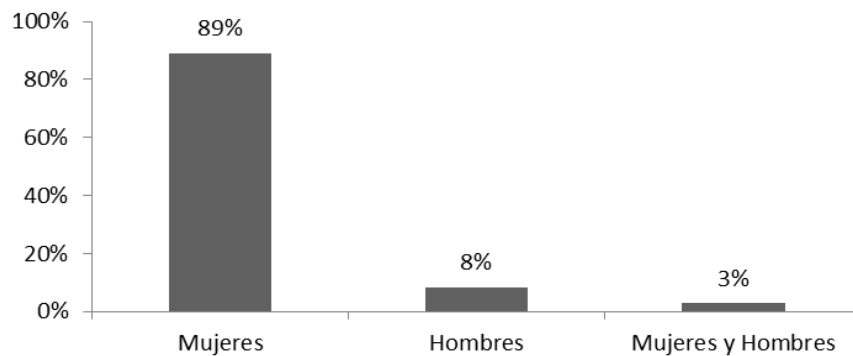
Reincidencia en Agresores Sexuales.



*Nota: Niño/a (de 3 a 14 años), adolescente (de 15 a 21 años) y adultos (de 22 en adelante)

En cuanto a la edad de las víctimas, el 44% de ellas fueron niños entre los 3 y 14 años de edad, el 38% de las víctimas fueron adultos de 22 años en adelante y el 18% adolescentes entre los 15 y 21 años de edad.

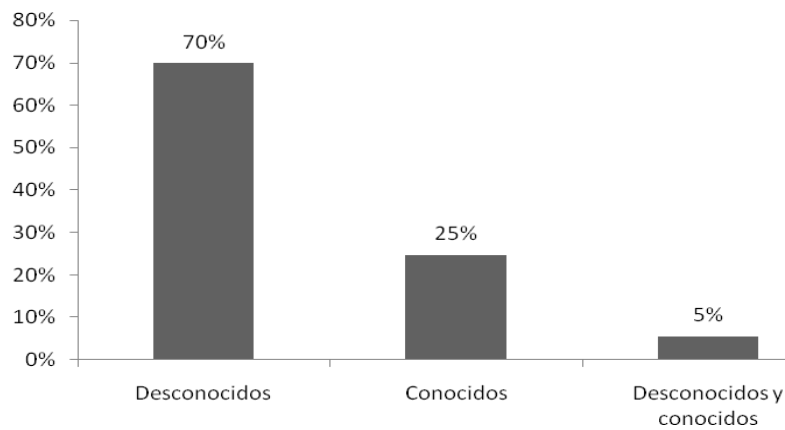
Figura 25. Sexo de las víctimas



Las víctimas fueron en un 89% mujeres, en un 8% hombres y en un 3% hombres y mujeres.

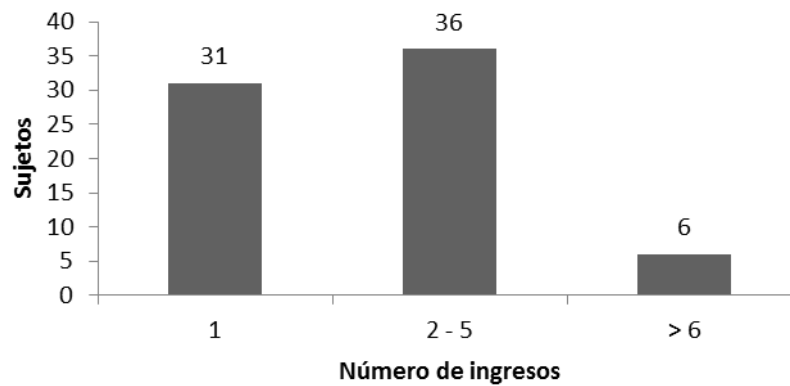
Figura 26. Víctimas conocidas y/o desconocidas.

Reincidencia en Agresores Sexuales.



La grafica evidencia que el 70% de las víctimas eran desconocidas por su agresor, en tanto el 25% le conocian y el 5% eran víctimas conocidas y desconocidas.

Figura 27. Número de ingresos

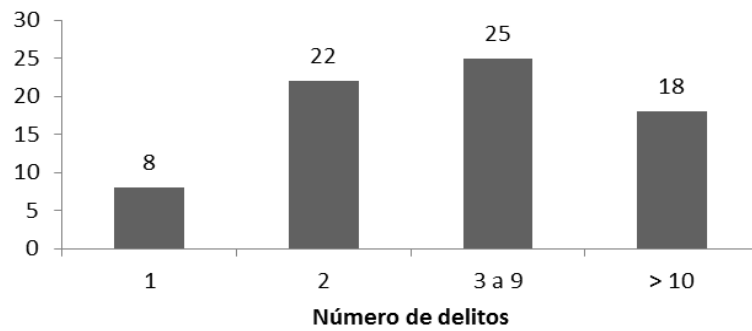


**Nota: El número maximo de ingresos fue de 15 ingresos.*

En la variable de número de ingresos se presenta que 31 sujetos han tenido solo 1 ingreso, 36 sujetos han tenido de 2 a 5 ingresos, mientras que 6 sujetos han tenido más de 6 ingresos.

Figura 28. Número total de delitos

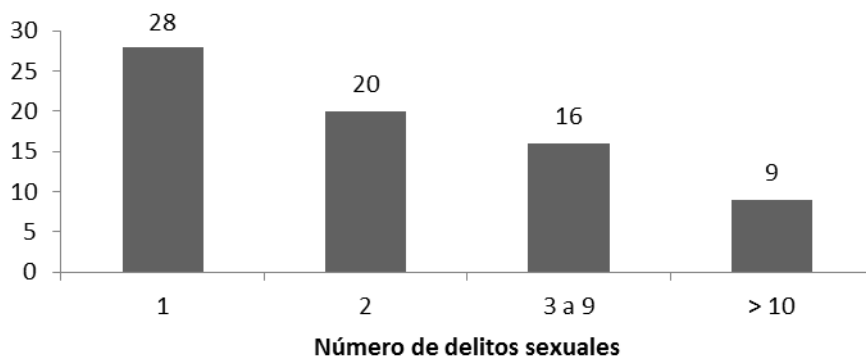
Reincidencia en Agresores Sexuales.



**Nota: (>10) Corresponden a 21-25-51-242 delitos*

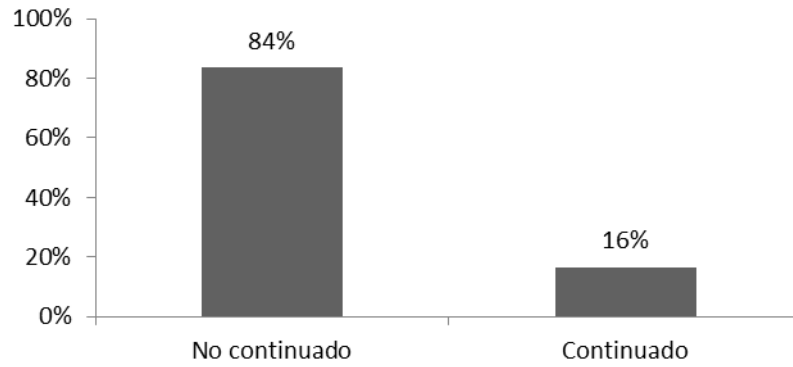
Respecto a la variable del número total de delitos, se puede observar que 25 sujetos han cometido de 3 a 9 delitos, 22 sujetos han cometido 2 delitos, 18 sujetos han cometido mas de 10 delitos y tan solo 8 sujetos han cometido un delito.

Figura 29. Delitos Sexuales Condenados



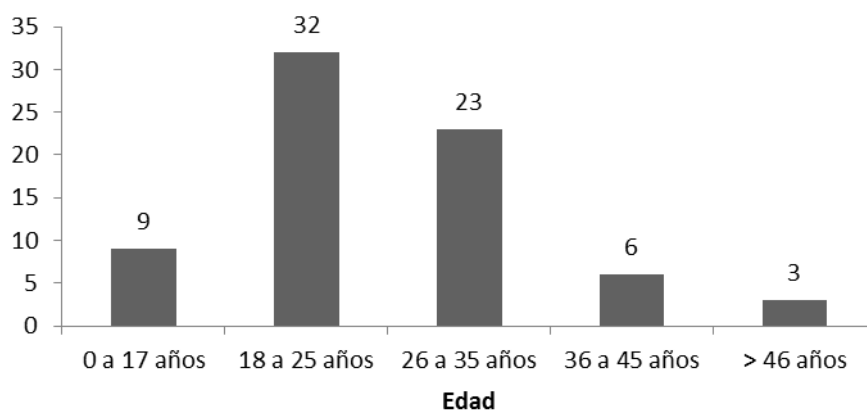
En cuanto al numero de delitos sexuales condenados, 28 sujetos han sido condenados por 1 delito sexual, 20 sujetos por 2 delitos sexuales, 16 sujetos por cometer de 3 a 0 delitos sexuales y 4 sujetos por mas de 10 delitos sexuales.

Figura 30. Delitos sexuales continuados



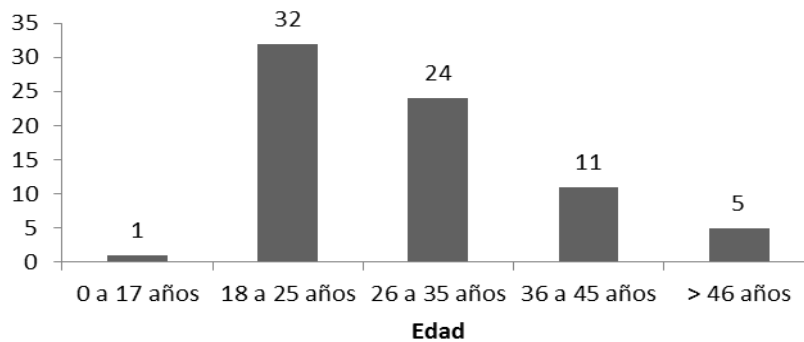
En la variable delitos sexuales continuados existe presencia de un 16% en delitos sexuales continuados y un 84% en delitos sexuales no continuados.

Figura 31. Edad del primer delito



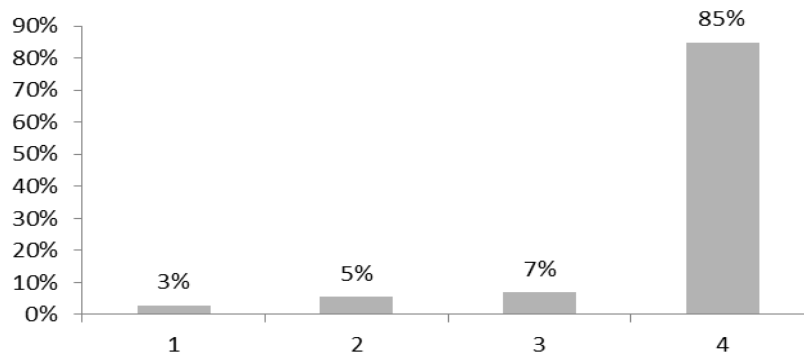
A partir de la anterior grafica se puede evidenciar que la edad del primer delito comienza desde los 18 a 25 años con un total de 32 casos, seguido de 23 casos entre las edad de los 26 a los 35 años, se presentan 9 casos desde los 12 a los 17 años, 6 casos desde los 36 años a los 45 y 3 casos desde los 46 años en adelante.

Figura 32. Edad Primer Delito Sexual



A partir de la grafica se observa que la edad del primer delito sexual es desde los 18 a 25 años con un reporte de 32 casos, seguido de 24 casos entre las edad de los 26 a los 35 años, se presentan 11 casos desde los 36 a los 45 años, 5 casos desde los 46 años en adelante y 1 caso desde los 12 a los 17 años.

Figura 33. Gravedad máxima del delito sexual



**Nota: 1. Abuso sexual sin contacto (exhibicionismo), 2. Tocamiento (abuso sexual leve), 3. Abuso sexual, violación sin violencia extrema, 4. Violación con uso de violencia*

La variable gravedad máxima de delito sexual, muestra que el 85% fue por violación con uso de violencia, un 7% fue abuso sexual con violación sin violencia extrema, el 5% fue tocamientos (abuso sexual leve) y un 3% abuso sexual sin contacto (exhibicionismo).

3.1.1. Factores de riesgo dinámicos

Figura 34. Caracterización del abuso

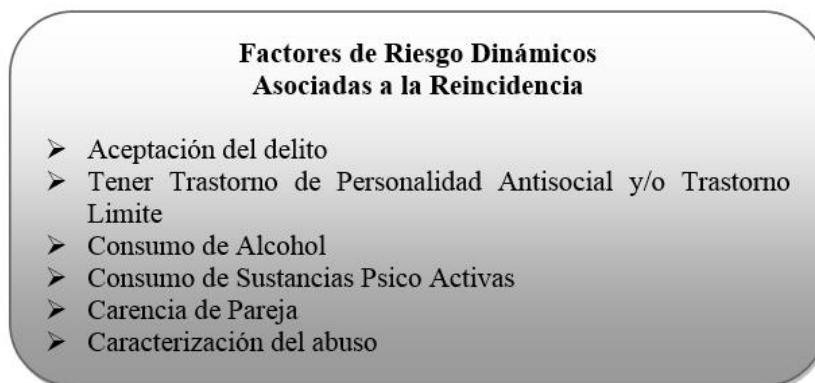
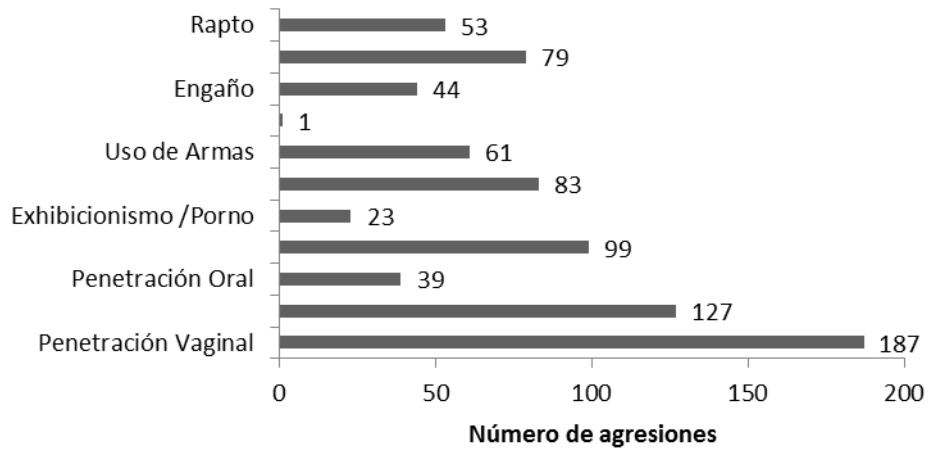


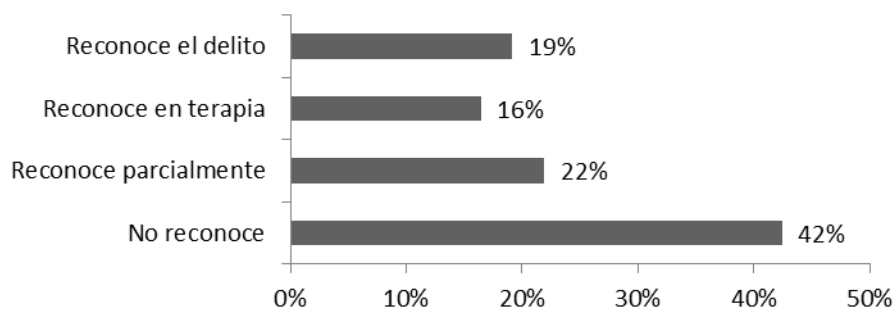
Figura 35. Número de agresiones



*Nota: Según testimonio de sentencia y calificación jurídico – penal.

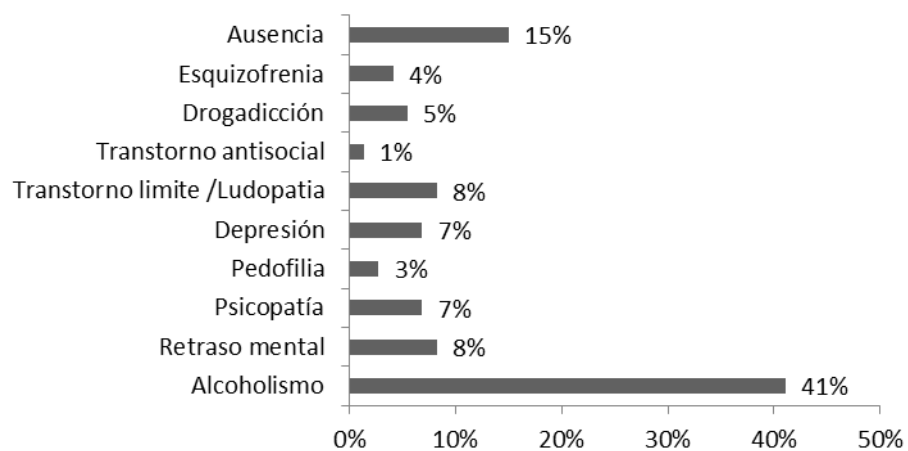
En la caracterización del abuso se puede observar que la penetración vaginal fue de 187 agresiones, siguiendo penetración anal con 127 agresiones, tocamientos con 99, amenazas con 83 agresiones, lesiones con 79, seguido de uso de armas con 61. Rapto en 53 casos, uso de engaño 44 casos, penetración oral con 39 casos, exhibicionismo con 23 casos y por último homicidio con un 1 caso.

Figura 36. Reconocimiento del Delito



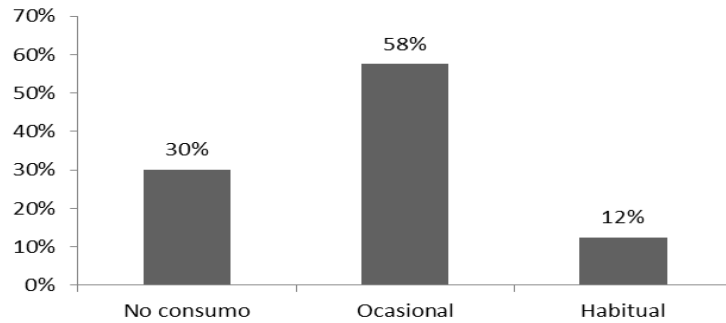
En reconocimiento del delito, se encuentra que el 42% no reconoce haber cometido el delito, un 22% lo reconoce parcialmente, el 19% si reconoce el delito y por ultimo un 16% que reconoce en terapia.

Figura 37. Enfermedad Mental



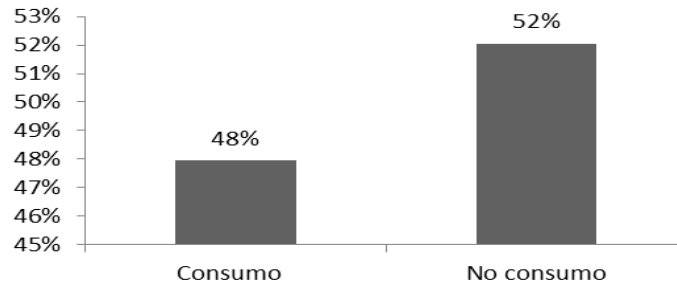
En cuanto a enfermedad mental se presenta en la gráfica que el 41% de los sujetos presentan alcoholismo, el 15% no presenta ningún tipo de trastorno, el 8% presenta un trastorno límite o ludopatía, el 8% presenta retraso mental, el 7% presenta depresión, el 7% presenta psicopatía, el 5% presenta problemas de drogadicción, el 4% presenta esquizofrenia y el 1% trastorno antisocial.

Figura 38. Frecuencia en el consumo de alcohol



De los datos registrados, se evidencia que el 58% de los sujetos consumen alcohol ocasionalmente, en tanto el 30% no lo consumen y el 12% lo hace de forma habitual.

Figura 39. Consumo de Sustancias Psicoactivas



*Nota: Se refiere a consumo de cocaína, heroína, hachis y pastillas.

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, la gráfica evidencia que el 52% de los sujetos no consume sustancias y el 48 % de ellos consumen.

En la siguiente, la Tabla 13 se relaciona la edad en la que los delincuentes iniciaron sus actos delictivos, y la edad en la que empezaron la violencia solo sexual, comparando reincidentes y no reincidentes.

Tabla 13. Edad del primer delito y del primer delito sexual.

	Reincidencia Variable	N	Media	Des. Tip.
Edad del primer delito	No Reincide	62	27,53	9,314
	Reincide	11	20,64	4,501
Edad del primer delito sexual	No Reincide	62	30,52	9,686
	Reincide	11	26,55	5,502

En la Tabla 13 se puede observar que la media de edad del primer delito es de 27 para los no reincidentes, mientras que la edad del primer delito sexual en este grupo es de 30 años; por otro lado, la edad del primer delito para los reincidentes, es de 20 años, y la edad del primer delito sexual es en promedio de 26 años, para este grupo.

2.6.2 Relación entre variables

Como los datos se constituyen en variables cualitativas, se empleó un estadístico no paramétrico y se aplicó la prueba Chi Cuadrado que nos permite asignar los sujetos (n=73) a una o más categorías. Finalmente se aplicó la regresión logística para analizar grupos de variables, y determinar cuál de estas estuvieron asociadas con la reincidencia sexual.

2.6.2.1 Relaciones entre reincidencia y otras variables

Las relaciones analizadas se hicieron de la siguiente manera: **REINCIDENCIA** y **tratamiento**, que es la variable relacionada con la hipótesis principal. Luego se analizó *la reincidencia con las variables sociodemográficas, y reincidencia con los factores de riesgo*. (Factores estáticos y dinámicos).

2.6.2.1.1 Reincidencia y tratamiento.

Primero se analizó la relación existente entre la reincidencia y el tratamiento.

Tabla 14. *Reincidencia y tratamiento.*

			Reincidencia		Total
			Reincide	No Reincide	
Tratamiento	Si	N	2	35	37
		%	5.4%	94.6%	100%
	No	R.C.	-2,3	2,3	
		N	9	27	36
Total	%	25%	75%	100%	
	R.C.	2,3	-2,3		
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

La Tabla 14, destaca una asociación estadísticamente significativa entre tratamiento y reincidencia ($\chi^2=5.47$; $p<0.01$). El 94.6% de los que asistieron a tratamiento no reincidieron, mientras que el 25% de los que no asistieron a tratamiento reincidieron.

2.6.2.1.2 Reincidencia y variables socio demográficos

Tabla 15. *Edad y Reincidencia*

			Reincidencia		Total
			Reincide	No Reincide	
Edad	18 – 25 años	N	5	29	34
		%	14,7%	85,3%	100%
		R.C.	-,1	,1	
	19 – 50 años	N	1	10	11
		%	9,1%	90,9%	100%
		R.C.	-,6	,6	
Más de 50 años	N	5	23	28	
	%	17,9%	82,1%	100%	
	R.C.	,5	-,5		
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

En la Tabla 15 se observa que no hay una relación estadística importante entre la edad y la reincidencia ($\chi^2=0.128$;n.s.).

Tabla 16. *Estado Civil y Reincidencia*

			Reincidencia		TOTAL
			Reincide	No Reincide	
Estado Civil	Solteros	N	8	53	61
		%	13,1%	86,9	100%
		R.C.	-,7	,7	
	Pareja	N	2	7	9
		%	22,2%	77,8%	100%
		R.C.	,7	-,7	
Total	N	10	60	70	
	%	14,3%	85,7%	100%	

En la Tabla 16, se observa que no hay asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas ($\chi^2= 0.531$; n.s.).

Tabla 17. *Fracaso Escolar y Reincidencia*

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Fracaso Escolar	Ausencia de Fracaso	N	1	4	5
		%	20%	80%	100%
		R.C.	,2	-,2	
	No fracaso	N	10	48	58
		%	17,2%	82,8%	100%
Total	R.C.	-,2	,2		
	N	11	52	63	
	%	17,5%	82,5%	100%	

En la Tabla 17 se observa que no hay asociación estadísticamente significativa entre fracaso escolar y reincidencia ($\chi^2=0.024$; n.s.).

Tabla 18. *Nivel académico y reincidencia*

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Nivel Académico	(Neoelector)	N	4	15	19
		%	21.1%	78.9%	100%
		R.C.	,8	-,8	
	Presencia Educación	N	7	47	54
		%	13.0%	87.0%	100%
Total	R.C.	-,8	,8		
	N	11	62	73	
	%	15.1%	84.9%	100%	

En la Tabla 18 se observa que no hay relevancia estadística entre nivel académico y reincidencia ($\chi^2=0.719$; n.s.).

Tabla 19. Nivel socioeconómico y reincidencia

			Reincidencia		Total
			Reincide	No Reincide	
Nivel Socioeconómico	Ausencia de Recursos	N	9	30	39
		%	23.1%	76.9%	100%
	Presencia de Recursos	R.C	2,0	-2,0	
		N	2	32	34
Total	%	15.1%	84.9%	100%	

En la Tabla 19 se observa que si hay asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas ($\chi^2= 4.19$; $p<0.05$). El 23,1% que corresponden al nivel bajo, reinciden, mientras que el 94,1% de nivel medio, no reincidieron.

Tabla 20. Número de hijos (Vivos/ Fallecidos) y Reincidencia

			Reincidencia		Total
			Reincide	No Reincide	
Hijos (vivos o fallecidos)	Ausencia	N	5	33	38
		%	13.2%	86.8%	100.0%
	Presencia	R.C.	-.5	.5	
		N	6	29	35
Total	%	17.1%	82.9%	100.0%	
	R.C.	.5	-.5		
Total	N	11	62	73	
	%	15.1%	84.9%	100.0%	

En la Tabla 20, no se observa una asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas ($\chi^2=0.226$; n.s.).

2.6.2.1.3 Reincidencia y variables relacionadas con la/s víctimas

Tabla 21. Número de Víctimas y Reincidencia

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Número de Víctimas	Entre 1 y 3 víctimas	N	7	54	61
		%	11,5%	88,5%	100%
		R.C.	-1,9	1,9	
	Más de 3 víctimas	N	4	8	12
		%	33,3%	66,7%	100%
		R.C.	1,9	-1,9	
Total	N	62	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

En la Tabla 21, se observa una asociación estadísticamente significativa entre el número de víctimas y la reincidencia ($\chi^2=3.743$; $p<0.053$). El 33.3% de los internos que tuvieron más de 3 víctimas en su historial delictivo reincidieron; mientras que los ofensores que tuvieron menos de 3 víctimas en su historial delictivo reincidieron el 11.5%.

Tabla 22. *Número de Víctimas sexuales*

			Reincidencia		Total
			Reincide	No Reincide	
Numero de victimas Sexual	Entre 1 y 3	N	9	57	66
		%	13,6%	86,4%	100%
		R.C.	-1,1	1,1	
	Más de 3	N	2	5	7
		%	28,6%	71,4%	100%
		R.C.	1,1	-1,1	
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

En la Tabla 22, no se observa una asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas ($\chi^2=0.719$; n.s.).

Tabla 23. *Edad Víctimas*

			Reincidencia		Total
			Reincide	No Reincide	
Edad de víctimas	Mayor de 18 y 18 años	N	8	29	37
		%	21,6%	78,4%	100%
		R.C.	1,6	-1,6	
	Menor de 18 años	N	3	33	36
		%	8,3%	91,7%	100%
		R.C.	-1,6	1,6	
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

Como se evidencia en la Tabla 23, la relación entre la reincidencia y la edad de las víctimas no es estadísticamente significativa ($\chi^2=2.518$; n.s.).

Tabla 24. *Victimas Conocidas y Reincidencia*

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Victimas Conocidas	Total Otras Víctimas	N	2	16	18
		%	11,1%	88,9%	100%
		R.C.	-,5	,5	
	Total Víctimas Conocidas	N	9	46	55
		%	16,4%	83,6%	100%
		R.C.	,5	-,5	
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

En la Tabla 24, no se observa una asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas ($\chi^2=0.063$; n.s.).

Tabla 25. *Victimas desconocidas y reincidencia*

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Victimas Desconocidas	Total Otras Víctimas	N	9	42	51
		%	17,6%	82,4%	100%
		R.C.	,9	-,9	
	Total Víctimas Desconocidas	N	2	20	22
		%	9,1%	90,9%	100%
		R.C.	-,9	,9	
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

En la Tabla 25, no se observa una asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas ($\chi^2=0.262$; n.s.).

2.6.2.1.1 Reincidencia y factores de riesgo

2.6.2.1.1.1 Factores de riesgo dinámicos

Tabla 26. Reconocimiento del delito y Reincidencia.

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Reconocimiento del Delito	No Reconoce	N	6	25	31
		%	19,4%	80,6%	100%
		R.C.	,9	-,9	
	Reconoce	N	5	37	42
		%	11,9%	88,1%	100%
		R.C.	-,9	,9	
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

La Tabla 26, demuestra que no hay una asociación estadísticamente significativa entre reconocimiento del delito y la variable de reincidencia ($\chi^2=0,774$; n.s.).

Tabla 27. Diagnóstico previo

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Diagnóstico Previo	Ausencia de Diagnóstico Previo	N	3	25	28
		%	10,7%	89,3%	100%
		R.C.	-,8	,8	
	Presencia de Diagnóstico Previo	N	8	37	45
		%	17,8%	82,2%	100%
		R.C.	,8	-,8	
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

En la Tabla 27, no se observa una asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas ($\chi^2=0.673$; n.s.).

2.6.2.1.1.2 Factores de riesgo estáticos

a) Personales

Tabla 28. Suicidio

			Reincidencia		Total
			Reincide	No Reincide	
Suicidio	Ausencia de intento suicida	N	9	52	61
		%	14,8%	85,2%	100%
		R.C.	-,2	,2	
	Presencia de intento suicida	N	2	10	12
		%	16,7%	83,3%	100%
		R.C.	,2	-,2	
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

Como lo indica la anterior tabla, la relación ente las variables reincidencia y suicidio no tienen una relación estadísticamente relevante ($\chi^2=0.029$; n.s.).

Tabla 29. Consumo SPA

			Reincidencia		Total
			Reincide	No Reincide	
Consumo de SPA	Sin Consumo SPA	N	4	34	38
		%	10,5%	89,5%	100,0%
		R.C.	-1,4	1,4	
	Consumo SPA	N	8	27	35
		%	22,9%	77,1%	100,0%
		R.C.	1,4	-1,4	
Total	N	12	61	73	
	%	16,4%	83,6%	100,0%	

En la Tabla 29, no se observa una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y la reincidencia ($\chi^2=2.017$; n.s.).

Tabla 30. Momento del consumo

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Momentos del Consumo	Consume en otros momentos	N	10	59	69
		%	14,5%	85,5%	100%
		R.C.	-,6	,6	
	Consume antes de cometer el delito	N	1	3	4
		%	25%	75%	100%
		R.C.	,6	-,6	
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

En la Tabla 30 no se observa una relación importante, ya que no tiene significativa estadística entre las variables momento del consumo y reincidencia ($\chi^2=0.326$; n.s.).

Tabla 31. Consumo de alcohol y reincidencia

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Consumo de Alcohol	Ausencia	N	2	21	23
		%	8,7%	91,3%	100%
		R.C.	-1,0	1,0	
	Presencia	N	9	41	50
		%	18%	82%	100%
		R.C.	1,0	-1,0	
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

En la Tabla 31, no se observa una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y la reincidencia ($\chi^2=1.066$; n.s.).

Tabla 32. *Número de relaciones*

			Reincidencia		Total
			Reincide	No Reincide	
Número de Relaciones	Entre 1 y 5	N	4	35	39
		%	10,3%	89,7%	100%
		R.C.	-,2	,2	
	Entre 6 y 10	N	1	6	7
		%	14,3%	85,7%	100%
		R.C.	,3	-,3	
Más de 10	N	0	1	1	
	%	0%	100%	100%	
	R.C.	-,3	,3		
Total	N	5	42	47	
	%	10,6%	89,4%	100%	

En la Tabla 32, no se observa una asociación estadísticamente significativa entre el número de relaciones y reincidencia ($\chi^2=0.223$; n.s.).

Tabla 33. *Edad inicio laboral*

			Reincidencia		Total
			Reincide	No Reincide	
Edad Laboral	Ausencia Trabajo Infantil	N	7	34	41
		%	17,1%	82,9%	100%
		R.C.	1,5	-1,5	
	Presencia Trabajo Infantil	N	0	11	11
		%	0%	100%	100%
		R.C.	-1,5	1,5	
Total	N	13,5%	86,5%	100,0%	
	%	15,1%	84,9%	100%	

En la Tabla 33, no se observa una asociación estadísticamente significativa entre el momento del consumo y reincidencia ($\chi^2=0.510$; n.s.).

Tabla 34. Antecedentes de conducta Antisocial y Reincidencia

			Reincidencia		Total
			Reincide	No Reincide	
Antisocial	Ausencia	N	1	17	18
		%	5,6%	94,4%	100,0%
		R.C.	-1,8	1,8	
	Presencia	N	9	26	35
		%	25,7%	74,3%	100,0%
		R.C.	1,8	-1,8	
Total		N	10	43	53
		%	18,9%	81,1%	100,0%

En la Tabla 34, se observa una asociación estadísticamente significativa entre haber presentado conducta antisocial en la infancia y la reincidencia en la adultez ($\chi^2=3.15$; $p<.05$). En concreto, el 94.4%% de los ofensores que no presentaron conducta antisocial en la infancia no reincidieron, mientras que el 25.7% de los internos que tuvieron presencia de conductas antisociales en la infancia y adolescencia, reincidieron.

b) Relacionadas con la Conducta DelictivaTabla 35. *Edad del primer delito y Reincidencia*

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Edad Primer Delito	>22 años	N	8	56	64
		%	12,5%	87,5%	100%
	< 22 años	R.C.	-1,6	1,6	
		N	3	6	9
Total	%	33,3%	66,7%	100%	
	R.C.	1,6	-1,6		
		N	11	62	73
		%	15,1%	84,9%	100%

Tal como se muestra en la tabla anterior, las variables analizadas, no tienen un comportamiento estadístico que sea relevante ($\chi^2=2.676$; n.s.).

Tabla 36. *Número de delitos sexuales continuados.*

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Número de delitos sexuales continuados	Ausencia de delitos sexuales continuados	N	10	51	61
		%	16,4%	83,6%	100%
	Presencia de delitos sexuales continuados	R.C.	,7	-,7	
		N	1	11	12
Total	%	8,3%	91,7%	100%	
	R.C.	-,7	,7		
		N	11	62	73
		%	15,1%	84,9%	100%

Al realizar el análisis estadístico entre la reincidencia no sexual y el número de delitos sexuales continuados, no se observó una relación estadísticamente significativa, tal como se publica en la Tabla 36, ($\chi^2=0.509$; n.s.).

Tabla 37. *Agresión Sexual con Violencia*

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Agresión Sexual con Violencia	Sin Violencia	N	2	9	11
		%	18,2%	81,8%	100%
		R.C.	,3	-,3	
	Con Violencia	N	9	53	62
		%	14,5%	85,5%	100%
		R.C.	-,3	,3	
Total		N	11	62	73
		%	15,1%	84,9%	100%

En la Tabla 37, se vislumbra que no hay una asociación estadísticamente significativa entre la edad del primer delito sexual y la reincidencia ($\chi^2=0.098$; n.s.).

Tabla 38. *Número total de delitos y reincidencia*

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Número Total de Delitos	1-3	N	3	32	35
		%	8,6%	91,4%	100%
		R.C.	-1,5	1,5	
	4-9	N	2	18	20
		%	10%	90%	100%
		R.C.	-,7	,7	
	Más de 10	N	6	12	18
		%	33,3%	66,7%	100%
		R.C.	2,5	-2,5	
Total		N	11	62	73
		%	15,1%	84,9%	100%

En la Tabla 38, se observa una asociación estadísticamente significativa entre el número de delitos y la reincidencia ($X^2=6.24$; $p<0.04$). De los internos que han cometido más de 10 delitos, el 33.3% reinciden, mientras que los ofensores que han cometido entre 1 y 3 delitos el 91.4% no reincidieron.

Tabla 39. Número de ingresos

				Reincidencia		Total
				Reincide	No Reincide	
Número de Ingresos	No Reincide en Ingresos	N		3	28	31
		%		9,7%	90,3%	100%
		R.C.		-1,1	1,1	
	Reincide en Ingresos	N		8	34	42
		%		19%	81%	100%
		R.C.		1,1	-1,1	
Total	N		11	62	73	
	%		15,1%	84,9%	100%	

No se evidencia una relación estadísticamente importante entre las variables reincidencia y número de ingresos ($\chi^2=1.224$; n.s.), como se muestra en la Tabla 39.

c) Antecedentes Familiares

Tabla 40. Maltrato físico en familia de origen y reincidencia

				Reincidencia		Total
				Reincide	No Reincide	
Maltrato Físico Familia Origen	Ausencia de Maltrato Físico	N		4	42	46
		%		8,7%	91,3%	100%
		R.C.		-2,0	2,0	
	Presencia de Maltrato Físico	N		7	20	27
		%		25,9%	74,1%	100%
		R.C.		2,0	-2,0	
Total	N		11	62	73	
	%		15,1%	84,9%	100%	

En la Tabla 40, se observa una asociación estadísticamente significativa entre haber presentado maltrato físico en la familia de origen y reincidencia en la adultez

($X^2=3.94$; $p<0.05$). En concreto, el 25,9% de los que sí tuvieron maltrato físico en su familia de origen, reincidieron, mientras que el 91,3% de los internos que no reincidieron, no tuvieron maltrato físico en la familia de origen.

Tabla 41. Abandono en familia

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Abandono Familia Origen		N	9	52	61
	Ausencia Abandono	%	14,8%	85,2%	100%
		R.C.	-,2	,2	
		N	2	10	12
	Presencia Abandono	%	16,7%	83,3%	100%
		R.C.	,2	-,2	
Total		N	11	62	73
		%	15,1%	84,9%	100%

La Tabla 41 señala que no hay correlación estadísticamente importante entre las variables analizadas ($\chi^2=0.029$; n.s.).

Tabla 42. Abuso sexual en familia

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Abuso Sexual Familia		N	10	55	65
	Ausencia de Abuso Sexual	%	15,4%	84,6%	100%
		R.C.	,2	-,2	
		N	1	7	8
	Presencia de Abuso Sexual	%	12,5%	87,5%	100%
		R.C.	-,2	,2	
Total		N	11	62	73
		%	15,1%	84,9%	100%

Tal como lo muestra la tabla anterior no hay un relación significativa a nivel estadístico, entre las variables reincidencia y abuso sexual ($\chi^2=0.046$; n.s.).

Tabla 43. Toxicomanía en familia

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Toxicomanía en Familia Origen	Ausencia Toxicomanía	N	9	52	61
		%	14,8%	85,2%	100%
	Presencia Toxicomanía	R.C.	-,2	,2	
		N	2	10	12
		%	16,7%	83,3%	100%
		R.C.	,2	-,2	
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

Al realizar el análisis estadístico en la relación de las variables reincidencia y toxicomanía en la familia de origen, no se observa una relación importante ($\chi^2=0.029$; n.s.), como lo indica la Tabla 43.

Tabla 44. *Alcoholismo en familia*

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Alcoholismo en Familia Origen	Ausencia de Alcoholismo	N	8	37	45
		%	17,8%	82,2%	100%
		R.C.	,8	-,8	
	Presencia de Alcoholismo	N	3	25	28
		%	10,7%	89,3%	100%
		R.C.	-,8	,8	
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

Como lo indica la Tabla 44, no hay una correlación estadística entre las variables analizadas ($\chi^2=0.673$; n.s.).

Tabla 45. *Delincuencia en familia*

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Delincuencia en Familia Origen	Ausencia de Delincuencia	N	8	57	65
		%	12,3%	87,7%	100%
		R.C.	1,9	-1,9	
	Presencia de Delincuencia	N	3	5	8
		%	37,5%	62,5%	100%
		R.C.	1,9	-1,9	
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

En la Tabla 45, se observa una asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes delictivos en la familia de origen y reincidencia, con un valor de ($X^2=3.53$; $p<0.051$), con un porcentaje del 37,5% de los sujetos que tenían antecedentes

delincuentes en la familia reincidieron, mientras que tan solo el 12,3% de los ofensores que no tenían antecedentes delincuenciales en la familia reincidieron.

Tabla 46. Sobreprotección en familia

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Sobreprotección	Ausencia de Sobreprotección	N	9	59	68
		%	13,2%	86,8%	100%
		R.C.	-1,6	1,6	
	Presencia de Sobreprotección	N	2	3	5
		%	40%	60%	100%
		R.C.	1,6	-1,6	
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

En la Tabla 46 se muestra la relación entre las variables reincidencia y sobreprotección, en donde no se observa estadísticamente destacado ($\chi^2=2.607$; n.s.).

Tabla 47. Trastorno mental en familia

		Reincidencia		Total	
		Reincide	No Reincide		
Trastorno Mental en Familia	Ausencia de Trastorno Mental	N	10	58	68
		%	14,7%	85,3%	100%
		R.C.	-,3	,3	
	Presencia de Trastorno Mental	N	1	4	5
		%	20%	80%	100%
		R.C.	,3	-,3	
Total	N	11	62	73	
	%	15,1%	84,9%	100%	

Como se observa en la tabla anterior, las variables relacionadas no mostraron un comportamiento estadísticamente relevante ($\chi^2=0.102$; n.s.).

Tabla 48. *Fallecimiento Familia de Origen*

			Reincidencia		Total
			Reincide	No Reincide	
Fallecimiento Familia Origen	Ausencia	N	6	45	51
	Fallecimiento	%	11,8%	88,2%	100%
	Familia Origen	R.C.	-1,2	1,2	
	Presencia	N	5	17	22
	Fallecimiento	%	22,7%	77,3%	100%
	Familia Origen	R.C.	1,2	-1,2	
Total		N	11	62	73
		%	15,1%	84,9%	100%

Entre las variables reincidencia y fallecimiento de la familia de origen, no se muestra una relación estadística importante ($\chi^2=1.443$; n.s.), lo cual se indica en la Tabla 48.

2.6.2.2 Relaciones entre reincidencia sexual y otras variables

Las relaciones analizadas se hicieron de la siguiente manera: **Reincidencia SEXUAL y tratamiento**, que es la variable relacionada con la hipótesis principal. Luego se analizó **la reincidencia SEXUAL con las variables socio demográficas; la reincidencia SEXUAL y las variables relacionadas con las víctimas**; luego la **reincidencia SEXUAL con los factores de riesgo**. (Factores estáticos y dinámicos).

2.6.2.2.1 Reincidencia sexual y tratamiento

Luego de analizar la “reincidencia total”, se procedió a analizar la “reincidencia sexual”, con el tratamiento.

Tabla 49. Tratamiento

			Tratamiento		Total
			SI	NO	
Reincidencia Sexual	NO	N	35	31	66
		%	53,0%	47,0%	100%
		R.C.	1,2	-1,2	
	SI	N	2	5	7
		%	28,6%	71,4%	100%
		R.C.	-1,2	1,2	
Total	N	37	36	73	
	%	50,7%	49,3%	100%	

Como lo sugiere la Tabla 49, las variables tratamiento y reincidencia sexual, no tienen una relación estadísticamente destacada ($\chi^2=1.515$; n.s.).

2.6.2.2.2 Reincidencia sexual y variables socio demográficas

Tabla 50. Estado Civil

			Reincidencia Sexual		Total
			Reincide	No Reincide	
Estado Civil	Ausencia de Pareja	N	4	57	61
		%	6,6%	93,4%	100%
		R.C.	-1,6	1,6	
	Presencia de Pareja	N	2	7	9
		%	22,2%	77,8%	100%
		R.C.	1,6	-1,6	
Total	N	6	64	70	
	%	8,6%	91,4%	100%	

En la Tabla 50 se muestra que no hay relevancia significativa a nivel estadístico de las variables analizadas ($\chi^2=2.456$; n.s.).

Tabla 51. Fracaso Escolar

			Reincidencia Sexual		Total
			Reincide	No Reincide	
Fracaso Escolar	Ausencia de Fracaso	N	1	4	5
		%	20%	80%	100%
		R.C.	,7	-,7	
	Fracaso	N	6	52	58
		%	10,3%	89,7%	100%
		R.C.	-,7	,7	
Total	N	7	58	63	
	%	100%	100%	100%	

La Tabla 51 expone la correlación entre las variables; reincidencia sexual y fracaso escolar, en donde se evidencia que no hay una significancia estadística ($\chi^2=0.434$; n.s.).

Tabla 52. Nivel Académico

		Reincidencia Sexual		Total	
		Reincide	No Reincide		
Nivel Académico	Neolectores	N	2	17	19
		%	10,5%	89,5%	100%
	Presencia Educación	R.C.	,2	-,2	
		N	5	49	54
Total	%	9,3%	90,7%	100%	
	R.C.	-,2	,2		
		N	7	66	73
		%	9,6%	90,4%	100%

Según se puede observar en la tabla anterior, no hay una relación estadísticamente notable entre las variables relacionadas ($\chi^2=0.026$; n.s.).

Tabla 53. Nivel Socioeconómico

		Reincidencia Sexual			Total
		Reincide	No Reincide		
Nivel Socioeconómico	Ausencia de Recursos	N	5	34	39
		%	12,8%	87,2%	100%
		R.C.	1,0	-1,0	
	Con Recursos	N	2	32	34
		%	5,9%	94,1%	100%
		R.C.	-1,0	1,0	
Total	N	7	66	73	
	%	9,6%	90,4%	100%	

La Tabla 53 indica la relación entre las variables reincidencia sexual y nivel socioeconómico, en donde se evidencia que no hay un comportamiento estadísticamente relevante ($\chi^2=1.009$; n.s.).

Tabla 54. Número de hijos (vivos o fallecidos)

		Reincidencia Sexual			Total
		Reincide	No Reincide		
Número de Hijos (vivos o fallecidos)	Ausencia	N	3	32	35
		%	8,6%	91,4%	100%
		R.C.	-,3	,3	
	Presencia	N	4	34	38
		%	10,5%	89,5%	100%
		R.C.	,3	-,3	
Total	N	7	66	73	
	%	9,6%	90,4%	100%	

El análisis estadístico en relación a las variables reincidencia sexual y número de hijos, resulta sin relevancia ($\chi^2=0.080$; n.s.).

2.6.2.2.3 Reincidencia sexual y variables relacionadas con las víctimas

Tabla 55. Número de víctimas

		Reincidencia Sexual		Total	
		Reincide	No Reincide		
Número de Víctimas	Entre 1 y 3 Víctimas	N	6	55	38
		%	9,8%	90,2%	100%
		R.C.	,2	-,2	
	Más de 3 Víctimas	N	1	11	35
		%	8,3%	91,7%	100%
		R.C.	-,2	,2	
Total	N	7	66	73	
	%	9,6%	90,4%	100%	

La Tabla 55 señala que no hay correlación estadísticamente importante entre las variables analizadas ($\chi^2=0.026$; n.s.).

Tabla 56. Número de víctimas sexuales

		Reincidencia Sexual		Total	
		Reincide	No Reincide		
Número de Víctimas Sexual	Entre 1 y 3 Víctimas	N	6	60	66
		%	9,1%	90,9%	100%
		R.C.	-,4	,4	
	Más de 3 Víctimas	N	1	6	7
		%	14,3%	85,7%	100%
		R.C.	,4	-,4	
Total	N	7	66	73	
	%	9,6%	90,4%	100%	

Al realizar el análisis estadístico entre las variables que indica la Tabla 56, se evidencia que no hay significancia ($\chi^2=0.197$; n.s.).

Tabla 57. Edad de las víctimas

			Reincidencia Sexual		Total
			Reincide	No Reincide	
Edad Víctimas	> 18 y 18 años	N	5	32	37
		%	13,5%	86,5%	100%
		R.C.	1,2	-1,2	
	< 18 años	N	2	34	36
		%	5,6%	94,4%	100%
		R.C.	-1,2	1,2	
Total	N	7	66	73	
	%	9,6%	90,4%	100%	

La Tabla 57 expone la relación entre las variables reincidencia sexual y edad de víctimas, sin relevancia estadística ($\chi^2=1.333$; n.s.).

Tabla 58. Víctimas Conocidas

			Reincidencia Sexual		Total
			Reincide	No Reincide	
Víctimas Conocidas	Total Otras Víctimas	N	1	17	18
		%	5,6%	94,4%	100%
		R.C.	-,7	,7	
	Total Víctimas Conocidas	N	6	49	73
		%	10,9%	89,1%	100%
		R.C.	,7	-,7	
Total	N	7	66	73	
	%	9,6%	90,4%	100%	

Como lo muestra la Tabla 58, no se observa una relación estadísticamente significativa entre las variables analizadas ($\chi^2=0.448$; n.s.).

Tabla 59. Víctimas Desconocidas

		Reincidencia Sexual		Total	
		Reincide	No Reincide		
Víctimas Desconocidas	Total Otras Víctimas	N	6	45	51
		%	11,8%	88,2%	100%
		R.C.	1,0	-1,0	
	Total Víctimas Desconocidas	N	1	21	22
		%	4,5%	95,5%	100%
		R.C.	-1,0	1,0	
Total	N	7	66	73	
	%	9,6%	90,4%	100%	

Como se expone en la Tabla 59, el índice estadístico no es relevante ($\chi^2=0.924$; n.s.), para la asociación de las variables reincidencia sexual y víctimas desconocidas.

2.6.2.2.4 Reincidencia sexual y factores de riesgo

2.6.2.2.4.1 Reincidencia sexual y factores de riesgo DINAMICOS

Tabla 60. Reconocimiento del Delito y Reincidencia

		Reincidencia Sexual		Total	
		Reincide	No Reincide		
Reconocimiento del Delito	No Reconoce	N	3	28	31
		%	9,7%	90,3%	100%
		R.C.	0	0	
	Reconoce	N	4	38	42
		%	9,5%	90,5%	100%
		R.C.	0	0	
Total	N	7	66	73	
	%	9,6%	90,4%	100%	

Al realizar el análisis estadístico entre las variables reincidencia sexual y reconocimiento del delito, se observa que no es significativo ($\chi^2=0.000$; n.s.), tal como lo expone la Tabla 60.

Tabla 61. Diagnóstico Previo

		Reincidencia Sexual		Total	
		Reincide	No Reincide		
Diagnóstico Previo	Ausencia de Diagnóstico Previo	N	3	25	28
		%	10,7%	89,3%	100%
		R.C.	,3	-,3	
	Presencia de Diagnóstico Previo	N	4	41	45
		%	8,9%	91,1%	100%
		R.C.	-,3	,3	
Total	N	7	66	73	
	%	9,6%	90,4%	100%	

En la Tabla 61 se muestra la poca relevancia estadística entre las variables analizadas ($\chi^2=0.066$; n.s.).

2.6.2.2.4.2 Reincidencia sexual y factores de riesgo ESTATICOS

a) Personales

Tabla 62. Suicidio

		Reincidencia Sexual		Total	
		Reincide	No Reincide		
Suicidio	Ausencia de Intento Suicida	N	5	56	61
		%	8,2%	91,8%	100%
		R.C.	-,9	,9	
	Presencia de Intento Suicida	N	2	10	12
		%	16,7%	83,3%	100%
		R.C.	,9	-,9	
Total	N	7	66	73	
	%	9,6%	90,4%	100%	

La asociación de las variables que se exponen en la Tabla 62, muestran que no hay una relación estadísticamente significativa ($\chi^2=0.830$; n.s.).

Tabla 63. Consumo de SPA

		Reincidencia Sexual		Total	
		Reincide	No Reincide		
Consumo SPA	Ausencia del consumo SPA	N	3	35	38
		%	7,9%	92,1%	100%
	Presencia del consumo SPA	R.C.	-,5	,5	
		N	4	31	35
	%	11,4%	88,6%	100%	
	R.C.	,5	-,5		
Total	N	7	66	73	
	%	9,6%	90,4%	100%	

Como se observa en la tabla anterior, no hay una relación estadísticamente importante ($\chi^2=0.262$; n.s.), entre las variables que se exponen.

Tabla 64. Momentos del Consumo

		Reincidencia Sexual		Total	
		Reincide	No Reincide		
Momentos del Consumo	Consume en otros Momentos	N	6	63	69
		%	8,7%	91,3%	100%
	Consume antes de Cometer el Delito	R.C.	-1,1	1,1	
		N	1	3	4
	%	25%	75%	100%	
	R.C.	1,1	-1,1		
Total	N	7	66	73	
	%	9,6%	90,4%	100%	

La Tabla 64 expone la correlación entre las variables; reincidencia sexual y momentos del consumo, en donde se evidencia que no hay una significancia estadística ($\chi^2=1.159$; n.s.).

Tabla 65. *Consumo de Alcohol*

		Reincidencia Sexual		Total	
		Reincide	No Reincide		
Consumo Alcohol	Ausencia	N	2	21	23
		%	8,7%	91,3%	100%
		R.C.	-,2	,2	
	Presencia	N	5	45	50
		%	10%	90%	100%
		R.C.	,2	-,2	
Total		N	7	66	73
		%	9,6%	90,4%	100%

No se evidencia una relación estadísticamente importante entre las variables reincidencia sexual y consumo de alcohol ($\chi^2=0.031$; n.s.), como se muestra en la Tabla 65.

Tabla 66. *Número de Relaciones*

		Reincidencia Sexual		Total	
		Reincide	No Reincide		
Numero de Relaciones	Entre 1 y 5	N	1	36	37
		%	2,6%	92,3%	94,9%
		R.C.	,5	,4	
	6 o más	N	1	7	8
		%	12,5%	87,5%	100,0%
		R.C.	1,3	-,4	
Total		N	2	43	45
		%	4,3%	91,5%	95,8%

La Tabla 66 señala que no hay correlación estadísticamente importante entre las variables analizadas ($\chi^2=1.967$; n.s.).

Tabla 67. *Antecedentes de Conducta Antisocial y Reincidencia Sexual*

Reincidencia en Agresores Sexuales.

		Reincidencia Sexual		Total		
		Reincide	No Reincide			
Antisocial	Ausencia	N	1	15	16	
		%	5,6%	83,3%	88,9%	
			R.C.	,5	,3	
	Presencia	N	1	28	29	29
		%	2,9%	80,0%	82,9%	82,9%
			R.C.	-,5	-,3	
Total		N	2	43	45	
		%	3,8%	81,1%	84,9%	

No se evidencia una relación estadísticamente importante entre las variables reincidencia sexual y número de trabajos ($\chi^2=1.275$; n.s.), como se evidencia en la tabla anterior.

b) Relacionadas con la Conducta Delictiva

Tabla 68. Edad del Primer Delito y Reincidencia sexual

		Reincidencia Sexual		Total		
		Reincide	No Reincide			
Edad del primer delito	≤ 22 años	N	1	21	22	
		%	3,6%	75,0%	78,6%	
			R.C.	,3	-1,9	
	> 22 años	N	1	41	42	42
		%	2,2%	91,1%	93,3%	93,3%
			R.C.	-,3	1,9	
Total		N	2	62	64	
		%	2,7%	84,9%	87,6%	

En la Tabla 68 se observa una asociación estadísticamente significativa entre la edad en la que se cometió el primer delito (Antes de los 22 años y después de los 22), y la reincidencia sexual, con un valor de ($X^2=8,527$; $p<0.036$).

Tabla 69. *Agresión Sexual con Violencia*

			Reincidencia Sexual		Total
			Reincide	No Reincide	
Agresión Sexual con Violencia	Sin Violencia	N	2	9	11
		%	18,2%	81,8%	100%
		R.C.	1,1	-1,1	
Agresión Sexual con Violencia	Con Violencia	N	5	57	62
		%	8,1%	91,9%	100%
		R.C.	-1,1	1,1	
Total		N	7	66	73
		%	9,6%	90,4%	100%

La Tabla 69 señala que no hay correlación estadísticamente importante entre las variables analizadas ($\chi^2=1.103$; n.s.).

Tabla 70. *Número total de delitos*

			Reincidencia Sexual		Total
			NO	Si	
Número Total de Delitos	1 Delito	N	33	2	35
		%	94,3%	5,7%	100%
		R.C.	1,1	-1,1	
Número Total de Delitos	Entre 2 y 9 delitos	N	18	2	20
		%	90%	10%	100%
		R.C.	-,1	,1	
Número Total de Delitos	Mayor de 10 delitos	N	15	3	18
		%	83,3%	16,7%	100%
		R.C.	-1,2	1,2	
Total		N	66	7	73
		%	90,4%	9,6%	100%

La Tabla 70 señala que no hay correlación estadísticamente importante entre las variables analizadas ($\chi^2=1.650$; n.s.).

Tabla 71. *Número de Ingresos*

		Reincidencia Sexual		Total	
		Reincide	No Reincide		
Número de Ingresos	No Reincide en Ingreso	N	1	30	31
		%	3,2%	96,8%	100%
		R.C.	-1,6	1,6	
Reincidencia	Reincidencia en Ingreso	N	6	36	42
		%	14,3%	85,7%	100%
		R.C.	1,6	-1,6	
Total		N	7	66	73
		%	9,6%	90,4%	100%

La Tabla 71 indica la relación entre las variables reincidencia sexual y número de ingresos, en donde se evidencia que no hay un comportamiento estadísticamente relevante ($\chi^2=2.518$; n.s).

c) *Antecedentes Familiares*

Tabla 72. *Maltrato Físico Familia Origen*

		Reincidencia Sexual		Total	
		Reincide	No Reincide		
Maltrato Físico Familia Origen	Ausencia de Maltrato Físico	N	3	43	46
		%	6,5%	93,5%	100%
		R.C.	-1,2	1,2	
	Presencia de Maltrato Físico	N	4	23	27
		%	14,8%	85,2%	100%
		R.C.	1,2	-1,2	
Total		N	7	66	73
		%	9,6%	90,4%	100%

La Tabla 72 señala que no hay correlación estadísticamente importante entre las variables analizadas ($\chi^2=1.350$; n.s.).

Tabla 73. *Abandono Familia de Origen*

			Reincidencia Sexual		Total
			Reincide	No Reincide	
Abandono Familia Origen	Ausencia	N	6	55	61
	Abandono Familia	%	9,8%	90,2%	100%
	Origen	R.C.	,2	-.2	
	Presencia	N	1	11	12
Total	Abandono Familia	%	8,3%	91,7%	100%
	Origen	R.C.	-.2	,2	
Total		N	7	66	73
		%	9,6%	90,4%	100%

La Tabla 73 expone la correlación entre las variables; reincidencia sexual y abandono, en donde se evidencia que no hay significancia estadística ($\chi^2=0.026$; n.s.).

Tabla 74. *Alcoholismo en la Familia*

			Reincidencia Sexual		Total
			Reincide	No Reincide	
Alcoholismo Familia Origen	Ausencia	N	4	41	45
	Alcoholismo	%	8,9%	91,1%	100%
	Familia Origen	R.C.	-.3	,3	
	Presencia	N	3	25	28
Total	Alcoholismo	%	10,7%	89,4%	100%
	Familia Origen	R.C.	,3	-.3	
Total		N	7	66	73
		%	9,6%	90,4%	100%

En la Tabla 74 se muestra que las variables relacionadas no tienen relevancia estadística significativa ($\chi^2=0.066$; n.s.).

Tabla 75. *Delincuencia en la Familia*

			Reincidencia Sexual		Total
			Reincide	No Reincide	
Delincuencia Familia Origen	Ausencia	N	5	60	65
	Delincuencia	%	7,7%	92,3%	100%
	Familiar Origen	R.C.	-1,6	1,6	
	Presencia	N	2	6	8
	Delincuencia	%	25%	75%	100%
	Familiar Origen	R.C.	1,6	-1,6	
Total		N	7	68	73
		%	9,6%	90,4%	100%

Al realizar el análisis estadístico entre la reincidencia sexual y delincuencia en familia de origen, no se observó una relación estadísticamente significativa, tal como se publica en la Tabla 75, ($\chi^2=2.461$; n.s.).

Tabla 76. *Sobreprotección en la familia*

			Reincidencia Sexual		Total
			Reincide	No Reincide	
Sobreprotección	Ausencia	N	6	62	68
	Sobreprotección	%	8,8%	91,2%	100%
	Familiar Origen	R.C.	-,8	,8	
	Presencia	N	1	4	5
	Sobreprotección	%	20%	80%	100%
	Familiar Origen	R.C.	,8	-,8	
Total		N	7	66	73
		%	9,6%	90,4%	100%

Como lo indica la anterior tabla, la relación ente las variables reincidencia y suicidio no tienen una relación estadísticamente relevante ($\chi^2=0.671$; n.s.).

Tabla 77. *Fallecimiento Familia Origen*

			Reincidencia Sexual		Total
			Reincide	No Reincide	
Fallecimiento Familia Origen	Ausencia Fallecimiento	N	4	47	51
		%	7,8%	92,2%	100%
		R.C.	-,8	,8	
	Presencia Fallecimiento	N	3	19	22
		%	13,6%	86,4%	100%
		R.C.	,8	-,8	
Total		N	7	66	73
		%	9,6%	90,4%	100%

Como lo sugiere la Tabla 77, las variables reincidencia sexual y fallecimiento familia de origen, no tienen una relación estadísticamente destacada ($\chi^2=0.595$; n.s.).

Tabla 78. *Tabla de resultados generales.*

Variables	Reincidencia	Reincidencia
	Total	Sexual
Sociodemográficas	Vp	Vp
Estado Civil	0,466	0,117
Fracaso Escolar	0,876	0,510
Nivel Académico	0,397	0,872
Nivel socioeconómico	0,041*	0,315
Número de Hijos	0,634	0,777
Víctimas		
Número de víctimas	0,053*	0,872
Número de víctimas sexual	0,397	0,657
Edad de víctimas	0,113	0,248
Víctimas Conocidas	0,802	0,503
Víctimas Desconocidas	0,609	0,336
Factores de riesgo dinámicos		
Reconocimiento del delito y reincidencia	0,379	0,982
Diagnóstico previo	0,412	0,797
Factores de riesgo estáticos		

Personales		
Suicidio	0,866	0,362
Consumo de SPA	0,851	0,608
Momentos del consumo	0,568	-
Consumo de alcohol	0,302	0,860
Número de relaciones	0,894	0,579
Edad inicio laboral	0,775	-
Antecedentes de la conducta antisocial	0,057*	0,735
Relaciones con la conducta delictiva		
Edad del primer delito cometido	0,102	0,036*
Número de delitos sexuales continuados	0,476	-
Agresión sexual con violencia	0,754	0,294
Número total de delitos	0,044*	0,438
Número de ingresos	0,269	0,113
Antecedentes familiares		
Maltrato físico familia de origen	0,047*	0,245
Abandono familia de origen	0,866	0,872
Abuso sexual familia de origen	0,830	-
Toxicomanía familia de origen	0,866	-
Alcoholismo familia de origen	0,412	0,797
Delincuencia familia de origen	0,051*	0,117
Sobreprotección familia de origen	0,106	0,413
Trastorno mental familia de origen	0,749	-
Fallecimiento familia de origen	0,230	0,440

*Con un nivel de significancia del 0.05

2.6.2.3 Análisis de predicción

Se realizaron cuatro modelos, uno donde se relacionaron las variables asociadas con historia personal y delito, la segunda donde se analizaron las variables que más correlacionaron en los análisis de Chi Cuadrado, la tercera, donde se analizaron las variables que más se relacionaron de la actividad delictiva, y cuarto, las dos que han demostrado ser las más predictoras de la reincidencia (Conducta antisocial en la adolescencia y tratamiento).

Se presenta el análisis de regresión logística para las variables relacionadas con la historia personal y delictiva, que presentaron correlaciones significativas en los Chi Cuadrados. Tal y como se observa en la Tabla 80, el modelo de regresión presentó una adecuada bondad de ajuste (R^2 de Nagelkerke: .359). La clasificación de los sujetos bajo este modelo de regresión alcanzó un 85% de sujetos bien clasificados.

Tabla 79. Modelo de Regresión 1

Paso	-2 Log de la verosimilitud	R Cuadrado de Cox y Snell	R Cuadrado de Nagelkerke
1	45,096 ^a	,205	,359

a. La estimación ha finalizado en el número de iteración 7 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de .001.

La Tabla 79 presenta el modelo de regresión de todas estas variables en la que observamos que la variable predictora que fue significativa fue el “tratamiento”, con un $(0.031=; p < .05)$.

Tabla 80. Variables significativas modelo 1

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	
Paso 1 ^a	Conducta Antisocial	-1,456	,969	2,257	1	,133	,233
	Variables Socio Económicas	-1,870	1,079	3,001	1	,083	,154
	Maltrato Físico en Familia	-,811	,819	,979	1	,323	,445
	Número Total de Delitos	,004	,027	,024	1	,876	1,004
	Tratamiento	2,571	1,191	4,659	1	,031	13,079
	Constant	-1,594	,882	3,262	1	,071	,203

a. Variable(s) que se tuvieron en cuenta en el paso 1: Anti (Conducta antisocial), SEDef (Variables socioeconómicas), MFFODef (Maltrato físico en familia de origen), NTD (Número total de delitos), Tratm (Tratamiento)

El segundo modelo, se deriva del análisis de regresión logística para variables relacionadas las variables relacionadas con la historia del sujeto (antecedentes), que presentaron mayores correlaciones significativas en los Chi Cuadrados. Tal y como se observa en la Tabla 80, el modelo de regresión presentó una adecuada bondad de ajuste (R^2 de Nagelkerke: .349). La clasificación de los sujetos bajo este modelo de regresión alcanzo un 85% de sujetos bien clasificados.

Tabla 81. Modelo de regresión 2.

Paso	-2 Log de la verosimilitud	R Cuadrado de Cox y Snell	R Cuadrado de Nagelkerke
1	45,632 ^a	,200	,349

a. La estimación ha finalizado en el número de iteración 6 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de .001.

La Tabla 81 presenta el modelo de regresión de todas estas variables en la que observamos que la variable predictora que fue significativa fue el “tratamiento”, con un $(0.022 = p < .05)$.

Tabla 82. Variables significativas modelo 2

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	
	Conducta Antisocial	-1,303	,898	2,105	1	,147	,272
	Variables Socio Económicas	-1,524	,910	2,803	1	,094	,218
Paso 1 ^a	Maltrato Físico en Familia	-,976	,789	1,532	1	,216	,377
	Tratamiento	2,057	,900	5,225	1	,022	7,819
	Constant	-1,610	,803	4,026	1	,045	,200

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Anti (Conducta antisocial), SEDef (Variables socioeconómicas), MFFODef (Maltrato físico en familia de origen), Tratm (Tratamiento)

El tercer modelo, se deriva del análisis de regresión logística para las variables tratamiento, conducta antisocial y estrato socio económico. Tal y como se observa en la Tabla 82, el modelo de regresión presentó una adecuada bondad de ajuste (R^2 de Nagelkerke: .319). La clasificación de los sujetos bajo este modelo de regresión alcanzó un 85% de sujetos bien clasificados.

Tabla 83. Modelo de regresión 3

Paso	-2 Log de la verosimilitud	R Cuadrado de Cox y Snell	R Cuadrado de Nagelkerke
1	47,216 ^a	,182	,319

a. La estimación ha finalizado en el número de iteración 6 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de .001.

La Tabla 83 presenta el modelo de regresión de las variables mencionadas, en las que observamos que la variable predictora que fue significativa fue el “tratamiento”, con un $(0.026 = ; p < .05)$.

Tabla 84. Variables significativas modelo 3

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	
Paso 1 ^a	Tratamiento	1,936	,871	4,940	1	,026	6,932
	Conducta Antisocial	-1,559	,871	3,205	1	,073	,210
	Variables Socio Económicas	-1,484	,881	2,839	1	,092	,227
	Constant	-1,930	,769	6,298	1	,012	,145

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Tratm (Tratamiento), Anti (Conducta antisocial), SEDef (Variables socioeconómicas).

El cuarto modelo, se deriva del análisis de regresión logística para analizar las dos variables que más correlacionaron, la conducta antisocial y el tratamiento. Tal y como se observa en la Tabla 84, el modelo de regresión presentó una adecuada bondad de ajuste (R^2 de Nagelkerke: .252). La clasificación de los sujetos bajo este modelo de regresión alcanzo un 85% de sujetos bien clasificados.

Tabla 85. Modelo de regresión 4.

Paso	-2 Log de la verosimilitud	R Cuadrado de Cox & Snell	R Cuadrado de Nagelkerke
1	50,547 ^a	,144	,252

a. La estimación ha finalizado en el número de iteración 6 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de .001.

La Tabla 85 presenta el modelo de regresión de las variables mencionadas, en las que observamos que las dos variables predictoras, tratamiento y conducta antisocial en la adolescencia, tienen el mismo nivel de significancia, con un ($0.36 = p < .05$).

Tabla 86. Variables significativas modelo 4

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a	Tratamiento	1,775	,845	4,413	1	,036	5,902
	Conducta Antisocial	-1,775	,845	4,413	1	,036	,169
	Constant	-2,235	,756	8,744	1	,003	,107

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Tratm (Tratamiento), Anti (Conducta antisocial).

3 Discusión

Las agresiones sexuales se constituyen un problema para la sociedad y evaluar el riesgo de reincidencia así como el nivel de la agresión sexual sigue siendo un reto para la psicología. Crear y proponer protocolos de intervención para esta población constituye uno de los objetivos prioritarios de la psicología clínica y jurídica en el mundo entero.

Para muchos profesionales jurídicos y de las áreas de la salud, los protocolos de intervención y las acciones dirigidas a este fin, se consideran no eficientes, “*ni una solución al problema*”, lo cual se constituye en un desconocimiento de lo que han evolucionado los programas de intervención en las cárceles. Esto no implica que de muchos casos, sólo en algunos se consigan las metas deseadas. Como lo señala Valverde (2010): “Mientras existan cárceles, los profesionales comprometidos con las ciencias sociales hemos de estar en ellas, aunque esta presencia ha de resultar sin duda frustrante, porque es poco lo que se puede hacer, pero si las instituciones penitenciarias cambian profundamente, si se abren al mundo de fuera, y permiten la discrepancia para poder mantener un diálogo y así llegan a ser parte de la comunidad y no sólo como entidades de control social”.

Socialmente, también se considera erróneamente que los agresores sexuales son, en su mayoría reincidentes, y no se conoce que las tasas de reincidencia no superan el 20% *sin tratamiento*. Como lo señala Abracen, Mailloux, Serin, Cousineau, Malcolm y

Looman (2004): “La evaluación, el tratamiento y la gestión de los delincuentes sexuales se han convertido en una preocupación de la justicia penal, a pesar de las bajas tasas de reincidencia entre los delincuentes sexuales liberados”. Y es esta preocupación, la que lleva a que la psicología jurídica y forense, dedique sus esfuerzos en la búsqueda de mejorar los programas de intervención para que estas tasas sean cada vez más bajas.

Hay tres conceptos básicos relevantes para el desarrollo de esta tesis, y las conclusiones a las que se ha llegado:

Según Gómez (2009), *la reincidencia* se define como la reiteración de comportamiento violento que se corresponda con una tipología delictiva ya sea del mismo o distinto tipo que la anterior por la que ha sido condenado. Y el factor fundamental de predicción del comportamiento violento desde hace mucho tiempo ha sido llamado “*peligrosidad*”. La peligrosidad viene a determinar la probabilidad de que el individuo cometa acciones violentas, y la reincidencia viene a determinar, que el individuo reitere comportamientos violentos.

Por otro lado, está el término *peligrosidad*, como el atributo clave para estimar la probabilidad futura de comportamientos violentos, pero en los últimos quince años se han desarrollado nuevas técnicas para predecir la conducta violenta basadas en tres elementos principales: un mejor conocimiento de la naturaleza y procesos que producen violencia; la sustitución del término peligrosidad por el de riesgo de violencia, y el desarrollo de protocolos e instrumentos de uso profesional para la valoración del riesgo de violencia. La recolección de información y las subsecuentes predicciones del riesgo

se pueden llevar a cabo mediante técnicas clínicas. Las técnicas actuariales y la combinación de las anteriores, teniendo en común la toma de una decisión pronóstica a partir de la información relevante: factores de riesgo y protección de cada comportamiento que se va a predecir: violencia física, sexual, contra la pareja, etc. (Benavides-Gélvez, Escobar-Córdoba y Molina-Ojeda (2014).

Según Esbec (2003), la definición de *peligrosidad criminal*, es la define como la *tendencia de una persona a cometer un delito* (probabilidad de comisión de actos delictivos futuros), *evidenciada generalmente por su conducta antisocial*. Estado peligroso, se ha definido como el *conjunto de circunstancias o condición que derivan en alto riesgo para la producción de un daño contra bienes jurídicamente protegidos*. Se trata de un juicio de probabilidad, una *valoración del riesgo*, que aunque constituye un concepto esencialmente criminológico, es asunto de especial relevancia para el experto que emite informes sobre prognosis de comportamiento futuro, generalmente peritos forenses, psicólogos o psiquiatras. Actualmente, en España, la valoración de peligrosidad por parte del experto resulta trascendental en la aplicación de medidas de seguridad en sujetos que ya han delinquido, en la suspensión de la ejecución de la condena o su sustitución, el establecimiento de la libertad condicional y en la individualización de la pena, entre otros.

En el ámbito aplicado, y con base en estos tres conceptos, la predicción del riesgo de violencia constituye en la actualidad un reto para las instituciones de justicia. Los mejores resultados en la predicción suelen obtenerse mediante una combinación de variables psicológicas y comportamentales, y no solo a partir del uso exclusivo del

“juicio clínico experto” o bien de variables actuariales, como pueden ser la edad de los sujetos, su nivel educativo, el barrio en el que viven, etc. (Pérez, et. al., 2008).

En esta investigación el objetivo era comparar dos grupos: El grupo experimental (Con 37 sujetos) que estuvo en el tratamiento del Control de la Agresión Sexual, (CAS) y el grupo control (Con 36 sujetos), que no estuvo en tratamiento. Luego de hacer las comparaciones entre grupos, cabe destacar que se corroboró la hipótesis de trabajo concluyendo que se encuentran diferencias entre ambos grupos, es decir, el nivel de reincidencia es menor en los agresores sexuales que asistieron al tratamiento si se compara con los agresores sexuales que no asisten al tratamiento.

Aunque inicialmente el objetivo fue la medición de la reincidencia sexual, esto se dio principalmente debido a que *“los profesionales forenses que trabajan con delinquentes sexuales al servicio de los tribunales o en las prisiones se enfrentan a una presión creciente para que evalúen con precisión los niveles de riesgo y muestren un proceso de toma de decisión lo más transparente posible”* (Craig, Beech, y Brov'nc, 2006). Sin embargo, los estudios mencionan que algunos de ellos reincidirán sexualmente, pero otros lo harán cometiendo delitos no sexuales. También se hizo la medición de los delinquentes que reincidieron en ambas, el delito sexual y el no sexual (Reincidencia total -RT-).

Un delincuente sexual que se valore como sujeto de alto riesgo requerirá un control y una supervisión comunitaria mucho más estricto que un sujeto que se considere de bajo riesgo de reincidencia sexual. Por este motivo, una buena predicción

de este tipo de reincidencia es necesaria tanto para evitar futuras víctimas como para reducir el coste institucional de estos sujetos y, como consecuencia maximizar los recursos disponibles en la atención a individuos que realmente lo requieran (Pérez, et. al., 2008).

La evidencia meta-analítica indica que las tasas de reincidencia sexual oscilan entre el 15 y el 20% tras periodos de seguimiento que llegan hasta los veinte años. Se han realizado varios meta análisis en el campo de la reincidencia sexual. En un estudio se analizaron un total de 61 estudios de seguimiento realizados con agresores sexuales. En total las diferentes muestras incluían 23.393 agresores. El periodo medio de seguimiento en libertad tras ser excarcelados era de cinco años. La tasa de reincidencia sexual al final de este periodo era del 13.4%. La tasa de reincidencia violenta no sexual fue del 12.2%. La tasa de reincidencia general (cualquier tipo de delito) fue del 36.3%. Las variables predictoras de reincidencia sexual fueron cuestiones relativas a la tendencia antisocial (diagnóstico de trastorno antisocial, número de delitos) y los indicadores de un funcionamiento sexual desviado. Los mejores predictores de la reincidencia sexual fueron la desviación sexual y la tendencia antisocial. Los problemas en la infancia, los problemas psicológicos y los factores clínicos no tenían relación con la reincidencia sexual. Las tendencias antisociales fueron el predictor más potente de reincidencia violenta no sexual y reincidencia general (Herrero, 2013).

En la investigación que constituye esta tesis, se encontró que la tasa de reincidencia fue del 15%, diferenciando que el grupo de los que no asiste a tratamiento tuvo una reincidencia del 19% y del grupo de los que asisten a tratamiento reincidió el

11%. De igual manera que en el estudio citado previamente, una de las variables predictoras con mayor relevancia fue la “*tendencia antisocial*” (Antecedentes antisociales en infancia y adolescencia), y la otra, que tiene la mayor relevancia en el análisis de regresión es la variable de “*tratamiento*”.

Hanson et al. (2002), revisaron en total 43 estudios que habían seguido en libertad a un total de 9.454 agresores sexuales durante un periodo medio de cuatro años. En este caso se analizaron por separado las tasas de reincidencia de agresores que habían seguido tratamiento en prisión y las de aquellos que no lo habían hecho. La reincidencia sexual de los agresores no tratados fue del 16.8%. Para los agresores tratados, esta tasa se reducía al 12.3%. Con respecto a la reincidencia no sexual, el 27.9% de los agresores tratados reincidió, frente al 39.2% de los no tratados. En este estudio se encontró que, por cada cien agresores no tratados que reinciden, son 81 los que reinciden que sí han sido tratados. En el caso de la reincidencia no sexual, la razón de ventaja fue de 0.56. Esto supone que cerca del doble de agresores tratados en comparación a los no tratados, no reincidió en cualquier tipo de delito.

Esto significa que la mayoría de los agresores sexuales no se especializan en delincuencia sexual. El grupo más numeroso no reincide de ninguna manera y un número menor reincide con delitos de naturaleza no sexual. Tan solo alrededor del 15% de sujetos parece cometer exclusivamente agresiones sexuales. Para la mayoría de los casos reincidentes la violencia sexual no parece estar encapsulada sino que responde a

factores que predisponen también a la comisión de otros delitos. De hecho, el trabajo de Hanson et al. (2002), señala que los programas para el control de la agresión sexual también reducen la tasa de reincidencia no sexual.

Los factores psicológicos que se modifican parecen tener un efecto positivo en la disposición antisocial general de los participantes. Ahora bien, estas tendencias antisociales se traducen en que los agresores sexuales también reinciden con otros tipos de delitos, ya sean violentos o no. De hecho, los instrumentos de valoración del riesgo no solamente predicen reincidencia sexual, sino que se relacionan con la comisión de otro tipo de delitos.

Seto y Eke (2015), definen un delito no violento como un cargo o condena por un delito que no implicara el contacto físico con una persona (por ejemplo, robo, posesión de narcóticos). La pornografía infantil y delitos sexuales sin contacto también se contaron en esta categoría. Los delitos sexuales sin contacto incluyen nuevos cargos o condenas por posesión, distribución o producción de pornografía infantil, así como delitos tales como la exposición indecente. Las personas que cometieron delitos sexuales de contacto como parte de la producción de pornografía infantil también fueron acusados de esos delitos, mostrar la cara de un niño conocido en una imagen de pornografía infantil existente. Para la muestra total de 286 delincuentes, más de un tercio (39%) tenía algún nuevo delito durante el seguimiento, con 4% de la comisión de un delito posterior al contacto sexual contra un niño, el 12% un nuevo delito de pornografía infantil, y el 16% nuevo delito sexual (de contacto o sin contacto). En general, el 8% cometió una reincidencia violenta, cosa que incluye los delitos sexuales

de contacto. Nos informan también sobre los resultados de los grupos que se distinguen por la historia criminal (Seto y Eke, 2015).

En la investigación desarrollada en el Centro Penitenciario de Navalcarnero IV, se encontró que luego de mínimo tres años de haber estado asistiendo al tratamiento, el número de internos que reincidió fue de 4 (11%), en comparación con el grupo control, personas que no asistieron al tratamiento, donde el número de reincidentes fue de 7 (el 19%), lo cual coincide con los estudios desarrollados en otros centros penitenciarios, los cuales plantean como se mencionó antes, que el nivel de reincidencia sin tratamiento, suele ser del 20%, mientras que si se asiste a tratamiento, el riesgo se reduce a la mitad o menos.

Teniendo en cuenta todas estas variables, en el Centro Penitenciario de Navalcarnero IV, desde el año 1996, se viene desarrollando el programa de tratamiento, *“Control de la agresión sexual”* (SAC), que espera disminuir las probabilidades de reincidencia en los delitos sexuales y no sexuales que comenten estas personas al salir de prisión. Para esto, hay que tener en cuenta que *“para poder intervenir en la prisión es necesario abrirla, es preciso que la sociedad entre para que no desarraigue al preso de su entorno social, de lo contrario las prisiones serán cada vez más ghettos inaccesibles en donde se hacinan personas que están perdiendo toda posibilidad de integrarse con la comunidad, quedando solamente la intervención penitenciaria al predominio absoluto de los planteamientos judiciales, en función de aspectos puramente regimentales y de seguridad, pasando la intervención a un segundo lugar”* (Valverde, 2010). En este caso, los módulos del tratamiento, permiten que la persona

tenga una mayor probabilidad de adaptarse a la sociedad, con menos riesgos para esta, y mayores probabilidades de tener éxito al confirmar familia, iniciar pareja, y afrontar el conflicto, desarrollando mejor empatía, habilidades de interacción, y minimizando las distorsiones cognoscitivas entre otros.

Luego de pasar por un promedio de 186 sesiones, con el Programa de tratamiento “*Control de la Agresión Sexual*” -SAC-, se encontró que, 11(15.06%) internos reincidieron, y 62 (84,93%), no reincidieron, lo cual coincide con lo que se ha encontrado en la literatura, aunque en algunas investigaciones, las estadísticas se elevan un poco. Redondo y Garrido, 2008, encontraron en un estudio que de los 74 internos del grupo control, 13 cometieron crímenes sexuales nuevamente (18.2%), y otros 10 cometieron crímenes no sexuales (13.6%), lo cual constituye un total de 23 reincidentes (31.8%). Estas diferencias entre grupos son estadísticamente significativas.

Este tratamiento ha sido utilizado también en las ciudades de Barcelona y Valencia. Según Garrido (2005), luego de haber desarrollado un estudio similar al de la presente investigación, él denominó a la unión de las variables encontradas, el “***Modelo multivariable explicativo de la reincidencia sexual***”. Lo que realizó en su investigación fue comparar entre no reincidentes y reincidentes, para poder establecer que variables pueden tener un mayor peso explicativo, y también predictivo, de la reincidencia sexual. Para ello, realizó un análisis mediante regresión logística para determinar el modelo multivariable que mejor se ajusta con los datos. Para este autor, los objetivos terapéuticos generales del programa son los siguientes: Favorece un análisis más realista por parte de los sujetos participantes en el mismo acerca de sus actividades delictivas,

mejora sus capacidades y habilidades de la relación personal y mejora sus posibilidades de reinserción y de no reincidir.

No solo este tratamiento se ha demostrado es efectivo para el control de la agresión sexual, sin que la literatura en general, sugiere que, sea cognitivo conductual. En términos de tratamiento, lo que hay que tener en cuenta es que el enfoque más apreciado, es basado en este modelo, ya que tiene muchas ventajas, entre otras, que emplea la prevención de recaídas en situaciones de alto riesgo (Abracen, Mailloux, Serin, Cousineau, Malcolm y Looman, 2004). Se han propuesto varios modelos de tratamiento para delincuentes sexuales y puesto en práctica a través del tiempo, incluyendo la psicoterapia en general, neurocirugía, la castración física, las intervenciones farmacológicas, reacondicionamiento conductual, la intervención cognitivo-conductual y la prevención de recaídas. Los enfoques de tratamientos iniciales suponían que los delitos sexuales fueron causados por un solo factor, como la ira o la excitación sexual desviada. Sin embargo, con el tiempo, la naturaleza multidimensional de los delitos sexuales, se hizo evidente, y los métodos de tratamiento incorporan múltiples elementos con el fin de abordar estas múltiples influencias en el comportamiento y el riesgo de delitos sexuales. La investigación meta analítica ha encontrado que el tratamiento cognitivo-conductual es más efectivo en la reducción de la reincidencia en comparación con los otros dos tipos de tratamiento y de las sanciones penales (Yates, 2013).

Es por esto, que hay que resaltar, como lo menciona Redondo (2002): *“aunque un agresor sexual pase varios años de su vida en prisión no existe garantía alguna de*

que ello “le ayude” a controlar su futura conducta desviada. Esto es debido a que, en muchos casos los hábitos de agresión o abuso sexual están firmemente establecidos en el repertorio de conducta del sujeto y han sido practicados por él durante años”. Por ello existe un riesgo elevado de que transcurrido el tiempo de prisión, cuando se le presenten nuevas oportunidades, el sujeto tienda a reproducir tales comportamientos. Para disminuir este riesgo es imprescindible que el individuo aprenda, por un lado, a controlar su conducta sexual inaceptable (la agresión sexual) y, por otro, mejore sus hábitos sexuales normalizados. Generalmente, tales aprendizajes, que requieren cambios en multitud de facetas humanas (preferencias sexuales, conductas, hábitos, habilidades, emociones, creencias, actitudes, control de la bebida, etc), no pueden hacerse sin ayuda especializada.

Ante esto, y desde las perspectivas actuales, Kruttschnitt, Uggen y Shelton (2000), plantean una alternativa más, y es la Teoría Integrada de la desistencia de la Agresión Sexual. Fue planteada desde la psicología positiva, de modo que se centra en las capacidades y factores personales protectores de los agresores. Una teoría complementaria a estas teorías, es el Modelo de Estilo de Vida Positivo, de Ward, Mann y Gannon (2006, citado por Herrero, 2013). Aunque estos modelos teóricos, con sus respectivos programas de intervención derivados, han mostrado eficiencia, hay que señalar que en la investigación actual, una vez se demuestra, la relevancia del uso de tratamientos centrados en las terapias cognitivo conductuales, centradas en los factores de riesgo, (estáticos y dinámicos), como una alternativa que genera resultados. En el

futuro se sabrá cuál de estos modelos, predominará en el trabajo desarrollado en la temática de la reincidencia sexual y la reincidencia delictiva en general.

Según Pedrazzoli y González, (2012), *“en la actualidad, algunas de las variables que se hacen relevantes, son denominadas factores de riesgo. En el estudio llevado a cabo en Barcelona (España), un equipo de investigación ha desarrollado análisis específicos de las características y factores de riesgo de los agresores sexuales encarcelados”*. En este estudio se ha puesto énfasis en las diferencias que se obtienen entre agresores sexuales no reincidentes y reincidentes. Los resultados empíricos de dicha investigación han demostrado que entre las características que distinguen a los sujetos reincidentes y los no reincidentes se encuentran múltiples factores de riesgo estáticos, o inmodificables, que constituyen aspectos de su propia individualidad (por ejemplo, edad más joven, elevado perfil psicopático, alta excitabilidad sexual) o de su experiencia pasada (mayor duración de la carrera criminal, trayectorias laborales inestables, perfil de víctimas desconocidas). Junto a todos estos factores esencialmente estáticos, también se constata una diferencia relevante entre el grupo de los no reincidentes y el grupo de los reincidentes en cuanto al porcentaje de los que habían recibido tratamiento. Dicha diferencia apunta a una serie de factores dinámicos, tales como las habilidades de comunicación, el desarrollo emocional o la empatía, que constituyen parte del tratamiento brindado a los agresores sexuales.

En otro estudio donde se sacó una muestra de 519 delincuentes sexuales de la Región de Ontario del Servicio Correccional de Canadá (CSC), los cuales fueron evaluados tomando como referencia una amplia serie de variables que se cree están

relacionadas con los delitos sexuales, dichas variables se agruparon en cinco dominios: la criminalidad, la competencia social, la desviación sexual, abuso de sustancias, y la disposición del tratamiento. (Abracen, Mailloux, Serin, Cousineau, Malcolm y Looman, 2004).

En la investigación actual, al hacer el análisis de correlación, las variables de riesgo se dividieron en cinco grupos: variables socio demográficas, las variables relacionadas con las víctimas, los factores de riesgos dinámicos y los factores de riesgo estáticos, y lo que se encontró fue que:

Al relacionar la *reincidencia total*, con las variables *socio demográficas*, (el estado civil, el fracaso escolar, el nivel académico y el número de hijos), no se observó una relación estadística relevante, a excepción del nivel socioeconómico. En cuanto a la *reincidencia sexual*, no se encontró una relación estadística relevante con las variables anteriormente descritas.

En cuanto a las variables relacionadas con las *víctimas*, (número de víctimas sexuales, la edad de las víctimas, las víctimas conocidas y las víctimas desconocidas), no se encontró ninguna relación estadísticamente relevante, a excepción de la variable “*número de víctimas*”. Entre la *reincidencia sexual* y este grupo de variables no se encontró una relación estadística relevante.

Frente a los *factores de riesgo estáticos – personales*, las variables trabajadas fueron suicidio, consumo SPA, momentos del consumo, consumo de alcohol, número de relaciones, edad inicio laboral y antecedentes de conducta antisocial; no se observa

una relación estadística relevante entre la *reincidencia total*, y estas variables, a excepción de la variable “*antecedentes de conducta antisocial*”. Esta variable no tuvo una relación estadísticamente significativa con la *reincidencia sexual*.

Los *factores de riesgo estáticos – relaciones con la conducta delictiva*, no se encontró una relación estadística significativa en la *reincidencia total* y las variables, edad del primer delito cometido, número de delitos sexuales continuados, agresión sexual con violencia y número de ingresos, sin embargo, la variable *número total de delitos*, si obtuvo relaciones significativas para este estudio. Al analizar estos factores con la *reincidencia sexual*, solo se encontró una relación estadísticamente significativa con *edad del primer delito cometido*.

Finalmente, en los *factores de riesgo estáticos – antecedentes familiares*, se trabajaron variables relacionadas con la familia de origen, tales como el abandono, el abuso sexual, la toxicomanía, el alcoholismo, la sobreprotección, los trastornos mentales, delincuencia en la familia de origen y el fallecimiento, donde no se encontraron relaciones estadísticamente relevantes en la *reincidencia total*, a excepción de la variable *maltrato físico en familia de origen y delincuencia en la familia de origen*. En cuanto a la *reincidencia sexual*, no tuvo una relación significativa con ninguna de las variables de este grupo.

También se debe explicar que, por el número de casos que aparecían en cada casilla de las variables, luego de haber asignado valores de (0-1), muchas de las correlaciones que se intentaron establecer con la *reincidencia sexual*, por medio del

estadístico Chi Cuadrado, no fueron posibles, ya que en muchas casillas el valor fue de cero (0). Pero en muchas de las otras si se analizó esta correlación.

El análisis de estas variables, cobra importancia cuando nos referimos al concepto de “*riesgo*”. Según Gómez (2009), algunos de los factores que deben ser evaluados cuando se habla de riesgo son: la tipología delictiva, edad de inicio de los comportamientos violentos, entorno socio familiar, número de delitos cometidos, autoría delictiva y responsabilidad. Por lo tanto, este es un concepto multifacético y se refiere a: La naturaleza del peligro, la probabilidad de ocurrencia de dicho peligro, la frecuencia con la que ese peligro es probable que suceda, la gravedad de sus consecuencias, y por último la inminencia del peligro. Podemos decir que la valoración del riesgo es el proceso de identificación y estudio de los “*peligros*” con el objetivo último de reducir la probabilidad de ocurrencia.

De estas variables mencionadas, es muy importante mencionar el “*número de delitos cometidos y progresión*”. Según Gómez (2009), en un estudio de los comportamientos violentos, la progresión en la violencia sexual, si produce un incremento de la gravedad en la misma tipología delictiva, o por el contrario si ha ido cambiando de delito. A mayor número de ingresos en prisión y mayor edad podemos encontrarnos en una posición finalista de la carrera delictiva, mientras que muchos ingresos en prisión y edad intermedia (25-30 años) nos pueden indicar carrera delictiva en desarrollo. En la tesis, una de las variables que mostró una relación estadísticamente significativa fue esta, al analizarla con la reincidencia total (RT), sin embargo, no fue relevante esta relación, al analizarla con la reincidencia sexual (RS).

El concepto de riesgo es complejo y está estrechamente relacionado con las nociones de peligrosidad y de probabilidad, hace referencia a un peligro que se comprende parcialmente, de modo que su ocurrencia solo puede predecirse con incertidumbre y en términos probabilísticos. Este análisis depende de los diversos factores que se analizan en cada tipología criminal. En relación con la violencia sexual, se ha dedicado mucha investigación, a revisar los factores de riesgo estáticos y dinámicos.

Ya se ha hablado de los factores estáticos, entremos a revisar los factores de riesgo dinámicos, los cuales son igual de importantes al referirnos al riesgo de reincidencia, pero a diferencia de los factores estáticos, pueden ser susceptibles de cambio con un apropiado método de intervención.

Los *factores de riesgo dinámicos* con los que se estableció una correlación en el estudio fueron: el reconocimiento del delito y el diagnóstico previo. Entre estas variables y la reincidencia total no se encontró ninguna relación estadísticamente relevante. Lo mismo entre estas variables y la reincidencia sexual.

Un factor de riesgo dinámico es un término comúnmente utilizado para describir las variables que, aunque por lo general son medidas sólo una vez dentro de un estudio en particular, son teóricamente factores modificables. Hay evidencia, sin embargo, que los cambios en las escalas de valoración del riesgo que contienen factores de riesgo teóricamente dinámicos, se correlacionan con los cambios en la reincidencia. Una definición más estricta, define los factores de riesgo como variables dinámicas que no

sólo cambian con el tiempo, pero que el cambio medido posteriormente se relacionan con la reincidencia después de controlar la puntuación estática original. Actualmente existe evidencia preliminar que demuestra que los factores de riesgo dinámicos pueden agregar validez incrementales a la predicción de la reincidencia entre los delincuentes sexuales después de controlar por el efecto de los factores de riesgo estáticos (Blais y Bonta, 2015).

Aunque las consideraciones de validez incrementales son importantes, la inclusión de los factores de riesgo dinámicos también puede contribuir a la identificación de los objetivos de tratamiento apropiados y guías de gestión después de la agresión. La colocación de un mayor énfasis en los factores de riesgo en teoría dinámica identifica una importante distinción dentro de los objetivos de la evaluación de riesgos, predicción frente a la reducción del riesgo o de gestión. Dado que la detención preventiva presumiblemente requiere una consideración del cambio del delincuente (especialmente en el contexto canadiense), la evaluación de riesgos para este propósito debe centrarse en un enfoque orientado a la reducción que hace hincapié en la importancia de los factores de riesgo dinámico, tratamiento de docilidad y gestión de riesgos (Blais y Bonta, 2015).

Los diferentes estudios longitudinales que han identificado de la misma manera los factores de riesgo estáticos (son características históricas de las personas que no se pueden cambiar a través del tratamiento o intervención y que pueden hacer referencia por ejemplo a los antecedentes penales), y los factores de riesgo dinámicos (son características relativamente estables de la persona y se considera que son modificables

a través del tratamiento), señalan que dichos factores son importantes para el manejo de casos y la planificación del tratamiento, ya que los cambios en estos factores de riesgo pueden reducir el riesgo de reincidencia. Ha habido un cierto debate sobre la importancia relativa de ambos tipos de predictores. En el centro de este debate está la cuestión de si es o no, el tipo de riesgo dinámico y, si este puede cambiar con el tiempo. Si la reincidencia se asocia con indicadores de riesgo que son teóricamente modificable a través del tratamiento, entonces el riesgo de reincidencia es susceptible de cambiar.). (Lussier y Davies, 2011).

Los tratamientos psicológicos para la agresión sexual, se fundamentan como se ha señalado hasta aquí, en los factores de riesgo, esto significa que también se centran en los factores protectores. En general, se ha encontrado que dichos tratamientos se fundamentan en las explicaciones y otros conocimientos sobre la delincuencia a que se ha aludido con anterioridad, tales como la teoría del aprendizaje social y los análisis de carreras criminales. En esencia los tratamientos consisten en intervenciones psicoeducativas que se dirigen a jóvenes y/o adultos en riesgo de delincuencia o a delincuentes convictos, con el objetivo de reducir los factores de riesgo dinámicos que se asocian a su actividad delictiva (Andrews y Bonta, 2006).

Andrews y Bonta (2006) se han referido a los que denominan los “cuatro grandes” factores de riesgo: 1) las cogniciones antisociales, 2) las redes y vínculos pro-delictivos, 3) la historia individual de comportamiento antisocial, y 4) los rasgos y factores de personalidad antisocial. En función de lo anterior, de los modelos psicológicos con implicaciones terapéuticas, el modelo cognitivo-conductual es el que

ha dado lugar a un mayor número de programas con delincuentes. (Redondo y Pueyo, 2007).

Luego de haber revisado los factores de riesgo dinámico y estático, desde la literatura y desde los resultados, a continuación se presenta, un cuadro comparativo, que muestra las diferencias que han encontrado Redondo, Pérez y Martínez (2007), entre los agresores reincidentes y no reincidentes:

Tabla 87. Características descriptivas de los Agresores Sexuales

Perfiles descriptivos de los agresores sexuales no reincidentes y reincidentes	
Perfil de los no-reincidentes	Perfil de los reincidentes
Primer delito sexual condenado a los 34 años	Primer delito sexual condenado a los 25 años
Condenados por 1-2 delitos sexuales y 3 en total	Condenados por 4 delitos sexuales y 7 en total
Carrera criminal previa de 3 años	Carrera criminal previa de 9 años
3/4 partes una sola vez en prisión y reclusos durante 5,5 años	Varias veces en prisión y reclusos durante 8 años
Salen de prisión a los 40 años	Salen a los 33 años
Trayectorias laborales estables	Más de la mitad trayectorias laborales inestables
Más del 60% tienen hijos	Menos del 40% tienen hijos
Abuso de alcohol	Abuso de alcohol y 1/3 otras drogas
Víctimas chicas mayores o menores de 14 años y en la mitad de los casos conocidas previamente	Víctimas mujeres mayores de 14 años desconocidas
Psicopatía (PCL): 1/5 parte puntúan en el Factor II (conducta antisocial) y un 3,7% tienen perfil psicopático	Psicopatía: más de 1/2 puntúan en el Factor II (conducta antisocial) y un 38,5% tienen perfil psicopático

Reincidencia en Agresores Sexuales.

Riesgo: puntúan más bajo en todos los ítems:	Riesgo: puntúan más alto en todos los ítems:
-Distintas víctimas	-Distintas víctimas
-Parafilias	-Parafilias
-Bajos recursos personales	-Bajos recursos personales
-Excitabilidad sexual desviada	-Excitabilidad sexual desviada
-Estilo de vida inestable Su puntuación total de riesgo es 13,19	-Estilo de vida inestable Su puntuación total de riesgo es 45,07
El 46,5% han recibido tratamiento	El 14,3% han recibido tratamiento

Así pues, entre las características que distinguen a los sujetos reincidentes de los no-reincidentes se encuentran múltiples factores de riesgo estáticos, por ejemplo inicio de la actividad delictiva cuando joven, dato que resulta similar en la investigación del presente estudio, dando una relación estadísticamente relevante con la reincidencia sexual (RS), pero no, con la reincidencia total (RT). También se constata una diferencia relevante entre el grupo de los no-reincidentes y el grupo de los reincidentes en cuanto al porcentaje de ellos que habían recibido o no tratamiento. Dicha diferencia apunta a una serie de factores dinámicos que, tales como las habilidades de comunicación, el desarrollo emocional o la empatía, constituyen objetivos del tratamiento aplicado a los agresores sexuales. Como ya se ha comentado, casi la mitad de los que no reincidieron (46,5%) había realizado tratamiento mientras que sólo lo había recibido el 14,3% de los que reincidieron (Redondo, Pérez y Martínez, 2007). En el Centro Penitenciario Madrid IV de Navalcarnero, el 11% de los internos que estuvo en tratamiento reincidieron, comparado con una 19% de los internos reincidentes, en el grupo que no recibió

tratamiento. Esto está en acuerdo, con lo que se encuentra en la literatura actual sobre la reincidencia.

Teniendo en cuenta las variables utilizadas en el estudio, que como se mencionó se dividieron en grupos (variables socio demográficas, antecedentes familiares, variables relacionadas con las víctimas, variables relacionadas con la conducta delictiva, factores de riesgo dinámico y estático), estas, constituyeron las variables de predicción, mientras que la “reincidencia total”, y la “reincidencia sexual”, se constituyeron en las variables de resultado.

Al hacer el análisis de regresión logística, se tomaron cuatro modelos. En cada uno de estos, se cruzaron diferentes tipos de variables: En el primero fueron variables históricas de los sujetos con variables delictivas, y el tratamiento; en el segundo y tercer modelo se utilizaron variables delictivas, y en el cuarto modelo, se hace el análisis de regresión con dos variables: Historia de conducta antisocial en la infancia y en la adolescencia y el tratamiento. En todos los modelos, las únicas dos variables que son predictoras de la disminución de reincidencia son, no tener antecedentes de conducta antisocial y el tratamiento, (Modelo 4), como un modelo completo y estadísticamente confiable. En general, el modelo fue clasificado correctamente para el 85 % de la muestra. El modelo resultó mejor en la predicción de la reincidencia, cuando se combinaron las variables de antecedentes de la conducta antisocial y el tratamiento, que cuando se combinaban estos dos, con otras variables que habían resultado predictoras, al hacer el análisis de correlación con el estadístico Chi cuadrado (Es decir cuando se cruzaban con historia de maltrato, número de víctimas, etc).

Un estudio realizado por Woodhams (2004), cita los resultados de Miranda y Corcoran, (2000), quienes compararon la naturaleza de las conductas sexuales agresivas de agresores sexuales juveniles y adultos encontró que los agresores juveniles (menores de 18), fueron significativamente más propensos a utilizar la fuerza y penetrar digitalmente sus víctimas mientras que los adultos eran significativamente más probabilidad de penetrar a sus víctimas por vía anal, oral o vaginal. Este es un motivo más para que la prevención en conducta sexual agresiva en adolescentes, se dé por medio de intervenciones efectivas, ojalá utilizando la metodología cognitiva comportamental, que ha demostrado tener buenos resultados. En el estudio se encontró que predominaron las agresiones con penetración vaginal (187 casos), siguiendo la penetración anal (con 127 agresiones), luego tocamientos (con 99 casos), y amenazas y lesiones (con 83 y 79 agresiones correspondientes). Hubo uso de armas en 61 casos, rapto en 53 oportunidades, uso de engaño en 44 casos, penetración oral con 39, exhibicionismo con 23, y por último, en un caso se presentó además de la agresión sexual, homicidio.

Según Yates (2013), las investigaciones indican que, entre los agresores sexuales, las necesidades criminogénicas incluyen factores de riesgo tales como la desviación sexual y estilo de vida antisocial, los dos más fuertes predictores de la reincidencia entre los agresores sexuales. Aunque en la investigación desarrollada para la elaboración de esta tesis investigativa, salió significativo el estilo de vida antisocial, se recomienda para futuras investigaciones, profundizar en las desviaciones sexuales como factor de riesgo para la reincidencia. Presentar conductas antisociales antes de la

mayoría de edad, se mostró estadísticamente significativo tanto en el análisis de correlación usando el chi cuadrado, como en la regresión logística, donde aparece como la variables más relevante, junto con el tratamiento.

En un estudio donde realizaron tablas de contingencia, para determinar correlaciones entre los factores de riesgo y la reincidencia, establecieron que, solo los factores de riesgo "*Historia de conducta antisocial*" y "*Patrón de personalidad antisocial*" correlacionaron con la reincidencia violenta y, de hecho, el análisis de regresión logística confirmó que estas dos variables fueron las únicas que predecían este tipo de reincidencia en la muestra de manera estadísticamente significativa (Nguyen, Arbach-Lucioni y Andrés Pueyo, 2011). Estos resultados van en la misma línea que la idea expuesta por Andrés-Pueyo y Redondo (2004), quienes afirman que "*es más fácil anticipar la violencia futura cuando se trata de personas potencialmente violentas que tiene una historia anterior de comportamientos violentos repetidos o que poseen una personalidad predisponente al comportamiento violento o, en su caso, que sufren una enfermedad estrechamente asociada a la conducta violenta*". De esta manera, podemos concluir que la "*Historia de conducta antisocial y el patrón de personalidad antisocial*" constituyen factores de riesgo para la reincidencia violenta y los sujetos que presentan indicios o evidencias claras de antecedentes de conducta antisocial y ciertos rasgos de personalidad antisocial tienen una probabilidad mayor de cometer delitos de este tipo, incluidos los delitos sexuales.

Es por esto, que la investigación en relación con la importancia de los factores de riesgos estáticos y dinámicos es muy importante. Hay algunos factores, que parecen relevantes en la práctica jurídica, sin embargo, en la tesis, no aparecieron con asociaciones relevantes, la negación del delito, tener hijos y el consumo del alcohol. Sin embargo, describiremos su importancia:

La negación del delito: En un estudio elaborado por Lord y Willmot (2004), se evaluó el proceso por el cual agresores sexuales convictos superan la negación y los factores que influyen su decisión para admitirlo. Veinticuatro agresores sexuales convictos fueron entrevistados en grupos focales y otros treintaseis agresores sexuales convictos que habían estado previamente en negación de sus agresiones fueron sometidos a entrevista semi-estructurada la cual exploró su razonamiento para reducir la actitud defensiva y abandonar la negación. El propósito del estudio era explorar el proceso por el cual la negación de la agresión se sostiene y qué factores psicológicos y situacionales podrían facilitar a un agresor sexual el abandonar su estado de negación. Los resultados del análisis de contenido apoyan el modelo “adaptativo” de negación e identificó tres grupos de factores que al parecer influyen la negación: insight motivacional, amenazas a la autoestima y miedo de consecuencias extrínsecas negativas. En la tesis, a pesar de que el 58% reconoce el delito (teniendo en cuenta que solo el 19% lo reconoce desde que es detenido, el 16 % lo reconoce a lo largo de la

terapia y el 22% lo reconoce en ocasiones), y esta variable es relevante en la literatura, como uno de los requisitos para el éxito del tratamiento, no aparece estadísticamente significativa en relación con la reincidencia.

Tener hijos: los programas de evaluación y tratamiento de la agresión sexual, reconocen que “tener hijos” es una variable importante, como factor protector que puede estar relacionada con la disminución de la probabilidad de reincidencia, sin embargo en esta investigación, no fue significativamente relevante. En la investigación, el 52% tenía hijos, y el 48% no los tenía; aunque esta variable no salió con una relación estadísticamente significativa, en las sesiones de terapia, se mostró muy relevante.

El abuso de alcohol: es un factor que aumenta el riesgo de reincidencia de los delincuentes sexuales, y que está bien establecido. Sin embargo, en la tesis, no se encontró relación estadísticamente significativa entre el consumo de sustancias psicoactivas y la reincidencia. Esta relación es descrita por Abracen, et. al., (2006), quienes demostraron que el abuso de alcohol en más del doble de sujetos incrementa el riesgo de reincidencia entre los delincuentes sexuales, aunque el abuso de drogas también fue un factor importante para predecir la reincidencia violenta. Es probable que no se hayan tenido los datos completos (bien sea por la omisión de los sujetos, o la negación sobre el consumo o la adicción, o bien porque esta información la omitieron de los expedientes), de modo que aunque el consumo de alcohol no dio como

estadísticamente significativo, en la práctica forense, y en los centros penitenciarios, encontramos una fuerte relación entre estas dos variables.

Por último, se hará referencia de nuevo a la medición de la reincidencia, y de un concepto relacionado, como se explicó previamente, que es la peligrosidad. La consideración de la reincidencia delictiva se ha convertido en uno de los indicadores empíricos más utilizados en distintos aspectos de la Criminología, entre ellos la eficacia de la intervención penitenciaria, el criterio por excelencia del funcionamiento del sistema penitenciario o el criterio de referencia para conocer los factores de riesgo de la delincuencia Andrés y Bonta (1994). La reincidencia delictiva ha sido el criterio básico de la peligrosidad criminal incorporado a la mayoría de las legislaciones penales occidentales, dado que sustenta el pronóstico de reincidencia de forma práctica. En sí mismo, la reincidencia es un concepto simple, ya que hace referencia a la reiteración del comportamiento delictivo, sin embargo, analizando empíricamente presenta algunas dificultades derivadas de distintas propiedades de la naturaleza jurídica del mismo. Estos requisitos nos obligan a distinguir entre distintos tipos de reincidencia: judicial, penitenciaria, policial, por autoinculpación, etc., según registremos la reiteración de la conducta delictiva declarada por los jueces, las instituciones penitenciarias o el propio delincuente. En cuanto a la naturaleza de la reincidencia, es importante distinguir entre la reincidencia del mismo tipo de delito o en otro diferente.

Según Capdevilla y Ferrer (2009), la utilización de un tipo u otro de reincidencia nos permitirá aproximarnos más o menos a la tasa de reincidencia delictiva real. En ese sentido, la reincidencia por autoinculpación, entendida como la nueva comisión de un

delito declarada por el autor de los hechos, sería la medida que más se acercaría a las cifras reales de este fenómeno. Le seguiría la reincidencia policial (una segunda o posterior detención policial de una misma persona por presuntos hechos delictivos), judicial (una segunda o posterior condena de una misma persona por un nuevo hecho delictivo) y, finalmente, la jurídica (un segundo o posterior procesamiento de una misma persona por presuntos hechos delictivos del mismo título del Código Penal). En España se utiliza la tasa de reincidencia penitenciaria (además de la “autoinculpación”) como índice para la publicación de informes y estadísticas penitenciarias, pero utilizar este parámetro no nos proporciona un conocimiento exhaustivo de las cifras oficiales de reincidencia, ya que se limita solamente a los delitos juzgados y condenados con penas privativas de libertad; sin embargo, resulta ser el índice que presenta menos problemas metodológicos y mayor fiabilidad, es por esto, que en la investigación, fue el índice utilizado, teniendo en cuenta que pueden haber sujetos de la investigación, que presentaron reincidencias en los últimos 5 años, pero que no aparecen en el estudio, debido a que no aparece el registro del sistema SIP (Sistema de Información Penitenciaria).

Cabe resaltar que la prevención de la reincidencia, requiere intervenciones efectivas basadas en la comprensión de los factores que representan un riesgo para las personas violentas y los delincuentes y les dificultan el éxito de su reintegración en la sociedad, como por ejemplo: la victimización temprana, la dificultad de aprendizaje, el abuso de sustancias, las familias que no los apoyan, etc. De igual forma, promoviendo un cambio en las conductas y actitudes del agresor, de forma que se reduzca la

probabilidad de reincidencia, siendo de gran utilidad la predicción del riesgo de reincidencia, mediante un juicio profesional estructurado, para la prevención en especial de la violencia sexual (Torán y Fuentes, 2014).

4 Conclusiones, Limitaciones y Perspectivas Futuras de la Investigación

Al realizar el trabajo sobre reincidencia y caracterización de los agresores sexuales en Tratamiento Penitenciario, se determinó que hay tres temáticas centrales desde las cuales se pueden llegar a hacer algunas conclusiones:

En primer lugar, en relación con el concepto de reincidencia, peligrosidad y el riesgo. Por un lado, señalar que, la definición y medición de *la reincidencia*, puede ser complicada, aunque se sabe que la reincidencia se refiere a la repetición de un comportamiento delictivo, pero que cuando se intenta medir, presenta dificultades. Por esto, desde la literatura, se encuentran diferentes tipos de reincidencia: judicial, penitenciaria, policial, o por autoinculpación, etc., según registremos la reiteración de la conducta delictiva declarada por los jueces, las instituciones penitenciarias o el propio delincuente. En esta investigación se tuvo en cuenta la reincidencia penitenciaria, ya que los internos, para considerarse reincidentes, volvían y repetían la conducta delictiva, y se presentaban en el sistema como privados de la libertad, nuevamente.

Por otro lado, los diferentes estudios eligen si tendrán en cuenta que para considerar la medición de la reincidencia, se tendrá en cuenta solo la repetición del mismo delito, o se tiene en cuenta la repetición del "*cualquier falta en general*", es decir reincidencia teniendo en cuenta cualquier delito. En la investigación, se tuvo en cuenta la reincidencia sexual (RS), pero también la reincidencia total (RT), es decir

haber cometido un delito sexual y uno no sexual, como por ejemplo robo y violación. No se establecieron en el estudio correlaciones con la variable reincidencia no sexual (RNS), esto debido a que, no había suficientes datos en las casillas, para que permitiera este tipo de análisis. Por esto, se limitó a la medición de la reincidencia total (RT) y la reincidencia sexual (RS).

Además, se tuvo en cuenta si el acto sexualmente delictivo, iba acompañado de violencia, o se había dado en ausencia de esta (aunque cualquier ataque o tocamiento sexual se considere cargado de violencia por el efecto que tiene en la víctima), pero se determinó en que porcentaje había violencia en los delitos. Esta característica se encuentra en el análisis descriptivo, con el nombre de "*Gravedad del delito*". En los casos analizados en la tesis, se encontró que la variable gravedad máxima de delito sexual, muestra que el 85% fue por violación con uso de violencia, un 7% fue abuso sexual con violación sin violencia extrema, el 5% fue tocamientos (abuso sexual leve) y un 3% abuso sexual sin contacto (exhibicionismo). Por otro lado, en el análisis descriptivo, también encontramos, según testimonio de sentencia y calificación jurídico – penal, la caracterización del abuso: se puede observar que hubo 187 agresiones con penetración vaginal, penetración anal con 127 agresiones, tocamientos con 99, amenazas con 83 agresiones, lesiones con 79, seguido de uso de armas con 61. Rapto en 53 casos, uso de engaño 44 casos, penetración oral con 39 casos, exhibicionismo con 23 casos y por último homicidio con un 1 caso (Esto contando el número de agresiones en el total de agresores sexuales).

En segundo lugar, hay que detenerse en el tema de los *factores de riesgo estáticos y dinámicos*, según la clasificación utilizada en la investigación. Aunque se sabe que los factores estáticos, son pasados y no susceptibles de cambio en el proceso terapéutico, en la tesis actual, se encontró que los que presentaron diferencias estadísticamente significativas, como predictores de reincidencia total (RT), es decir sexual y no sexual, fueron: el nivel socio económico, el número de víctimas, tener antecedentes de conducta antisocial en la infancia y la adolescencia, el número total de delitos (es decir historia delictiva), y en los antecedentes familiares, haber sido víctima de maltrato físico en la familia de origen y haber presenciado delincuencia de parte de la familia de origen. Aunque son 6 variables las que se tornan relevantes, al asociarlas con reincidencia total y reincidencia sexual, es de vital importancia, ya que dan evidencia de cuáles son los aspectos en los cuales deberían centrarse los programas de intervención.

De estos factores señalados, hay amplia evidencia en que la historia delictiva (número total de delitos), y tener antecedentes de conducta antisocial en la infancia y adolescencia, son las más relevantes. Ahora, en los programas de prevención e intervención, se hace énfasis en la historia de maltrato, como un fuerte predisponente que desencadena conducta delictiva, y aún más conducta sexualmente delictiva.

En relación con los factores de riesgo dinámicos, como se señaló en la discusión, algunas variables que han sido fuertemente citadas en la literatura, como que están asociadas con la violencia sexual, en este estudio, no aparecieron como estadísticamente relevantes, ni al asociarlas con reincidencia total (RT), ni con la reincidencia sexual (RS). Estas son, el consumo de sustancias, consumo de alcohol y la negación del delito.

Es importante señalar que la edad del primer delito cometido, fue la única variable que mostró una relación estadísticamente relevante con la violencia sexual, al hacer los análisis con el estadístico chi cuadrado.

Por último, es importante resaltar, que al hacer el análisis de regresión logística, la variable que siempre apareció como significativa, fue el “*tratamiento*”, acompañada de la variable, haber presentado “*conductas antisociales en la infancia y la adolescencia*”.

En tercer lugar, señalar, que los programas de intervención para agresores sexuales, siguen siendo un campo de conocimiento dentro de la psicología jurídica y forense, que está en continuo desarrollo. Se ha documentado de manera extensa en esta investigación, los resultados que se obtienen de los programas de intervención cognitivo conductuales, y el éxito que tienen con los años, evidencia que se encuentra en los estudios de medición de la reincidencia, como este. Se sabe que, el grupo de los agresores sexuales, tiene una tasa de reincidencia como grupo baja. Esto es del 20% sin exponerse a ningún tratamiento. Pero el grupo de agresores sexuales, que ha estado en tratamiento cognitivo conductual, se ha encontrado que teniendo módulos similares, con temáticas parecidas (historia de maltrato, empatía, negación del delito, cogniciones distorsionadas, tratamiento de la ira e impulsividad, proyecto de vida y prevención de recaídas), esta reincidencia se disminuye a la mitad, es decir 10%. En el estudio actual, la reincidencia total (RT), fue del 11% para los internos que si estuvieron en tratamiento, y del 19% para los internos que no asistieron al programa de tratamiento SAC (Control de la agresión sexual).

En la investigación desarrollada en esta tesis, hay que señalar algunas limitaciones metodológicas y algunas recomendaciones futuras de investigación.

En relación con las limitaciones metodológicas, para posteriores estudios se sugiere que el número de agresores sexuales tanto en el grupo de tratamiento, como los que no están en tratamiento, sea superior, al de este estudio. Inicialmente se tenían 89 agresores, pero por vacíos en la información sobre antecedentes familiares, antecedentes personales, y algunos aspectos delictivos, se redujo a 73 internos. Con estos 73 internos, se hace la medición durante 4 años, sobre la reincidencia (sexual, no sexual o total), y se encuentran dificultades para sacar las correlaciones, de las variables predictoras, en relación con la variable criterio, por vacíos en las casillas del chi cuadrado. De igual manera, al introducir, 80 variables en el SPSS, y hacer la regresión logística, se encontraron correlaciones únicamente con dos variables: antecedentes de conducta social en infancia y adolescencia, y el tratamiento.

En relación con las recomendaciones que pueden derivarse de la investigación están:

La primera y más relevante, el uso de programas de intervención a nivel penitenciario, para tratar los casos de agresores sexuales, y ampliando el objetivo de esta investigación, para el tratamiento de igual manera de los agresores intrafamiliares, y en general de las personas que tienen problemas de violencia, y que están en el sistema penitenciario.

La segunda, se recomienda el uso de programas de intervención de corte cognitivo-conductual, y de manera especial, el de SAC (Control de la agresión sexual), ya que ha sido utilizado desde el año 1996, hasta el momento actual, mostrando una disminución de la reincidencia del 50%, en relación con lo que ha mostrado la literatura reincide esta población (Es decir, del 20% al 10%).

Un tercer aspecto, que vale la pena sugerir, es hacer la medición de la reincidencia, no solo teniendo en cuenta la reincidencia jurídica o penitenciaria, sino tener en cuenta, otras dos que se mencionan en este trabajo: la auto inculpación, y la reincidencia policial. Esto podría permitir que se realicen mediciones diferentes en relación con la reincidencia.

Otro aspecto de relevancia, hace referencia a la reincidencia violenta o no violenta. Esta variables no se correlacionó en el estudio, pero la trayectoria teórica, señala que las agresiones violentas están asociadas con abuso sexual con contacto, y las no violentas, en general se catalogan sin contacto. Se podría determinar la gravedad del delito, si se pudiera hacer la medición de lo que fue violento o no desde la víctima, y no desde la topografía de la conducta del agresor.

Por otro lado, los programas de tratamiento, aunque presentan grandes fortalezas al ser terapias en grupo, también habría que tener en cuenta que las intervenciones deben estar ajustadas a las historias de cada individuo, y según la tipología de la agresión. Por esto se recomienda, como se hace en el Centro Penitenciario de Madrid IV de Navalcarnero, que las primeras fases se realicen en

grupo, pero al final, se acompañen de asesoría clínica individual. Tan importante como el trabajo realizado en los módulos centrales, sobre cogniciones, emociones y comportamientos que están asociados con la agresión sexual, es el trabajo en estilo de vida positivo y la prevención de las recaídas.

En resumen, cabe señalar que aunque el estudio es limitado en cuanto a representatividad de la muestra, y la información obtenida para cada variable estudiada, tiene implicaciones muy importantes, ya que acentúa la importancia del tratamiento, como la variable que más correlaciona con la disminución de la reincidencia general y la reincidencia sexual. Se espera que con el incremento de los programas de tratamiento cognitivo conductuales en el mundo, las agresiones sexuales disminuyan, y que la atención para la intervención, no sea sólo dirigida a las víctimas.

Por último, tener en cuenta la experiencia y lo que ha encontrado Garrido (2005), donde señala que, los programas de intervención que se consideran más efectivos se caracterizan por los siguientes aspectos:

1. Actúan sobre los déficits sociales y personales del sujeto al tiempo que se promueven sus recursos y “puntos fuertes”, analizándose cuidadosamente sus capacidades cognitivas, afectivas y conductuales.
2. Están basados en la perspectiva cognitivo conductual, son programas estructurados con gran soporte evaluativo para conocer así se si está procediendo de forma adecuada.

3. Engloban procedimientos para modificar cogniciones y conductas para el dominio de las capacidades de trabajo y estrategias de vida, se hace uso del modelado y el role-playing como soporte didáctico.
4. La implementación intenta respetar la integridad del plan de intervención, es intensiva y se establecen varios contactos a la semana o al día según el riesgo, se utiliza el sistema de tutoría, que inicia con el primer contacto y finaliza al término del seguimiento, incluye el programa individualizado, reglas claras de conducta y continuo feedback sobre su comportamiento, se refuerza la conducta positiva mientras se sanciona la conducta negativa.
5. Los profesionales están bien entrenados, tiene buena formación académica, están comprometidos, son modelos positivos orientados hacia la realidad y el estilo de aprendizaje del delincuente, así el rol de “control” y de “ayuda” no son incompatibles.
6. La intervención es multidimensional o de amplio espectro, se enfoca en modificar ciertas necesidades criminógenas.
7. Son programas multifacéticos, con varias técnicas, hay estrategias esenciales como la formación profesional e integración laboral, educación y cultura general y habilidades sociales. Intervención familiar además de grupal e individual.

Para las próximas experiencias que se desarrollen en el tema, espero que se pueda hacer la medición de la reincidencia, luego de 5 y 10 años, para determinar que variables están influyendo en que la reincidencia se retarde; el reto mayor, es continuar estudiando el tema, pero con muestras mayores, y proponer cambios en los programas

de intervención, de modo que el número de sesiones disminuya, al encontrar cuales son las variables de mayor relevancia asociadas con la variable de estudio.

Es un reto, replicar estas investigaciones en otros países, y poder determinar cuáles de estas variables se pueden generalizar, y cuales son propias de la cultura de cada país, y las características delictivas de cada región.

Referencias

- Abbey, A. y Mc. Auslan, P. (2004). A longitudinal examination of male collage estudent. Perpetration of sexual assault. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72 (5), 747 – 756. DOI:10.1037/0022-006X.72.5.747
- Abracen, J., Looman, J., Di Fazio, R., Kelly, T. y Stirpe, T. (2006). Patterns of attachment and alcohol abuse in sexual and violent non-sexual offenders. *Journal of Sexual Aggression*. Vol 12, No. 1, 19-30.
- Abracen, J., Mailloux, D.L., Serin, R.C, Cousineau, C., Malcolm, P.C y Looman, J. (2004).A Model for the Assessment of Static and Dynamic Factors in Sexual Offenders. *The Journal of Sex Research*, 41(4), 321-328.
- Andrews, D. A., y Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis Matthew Bender.
- Auburn, T. y Lea, S. (2003). Doing cognitive distortions: A discursive psychology analysis of sex ofender treatment talk.*British Journal of Social Psychology*.Vol. 42, 281-298.
- Badury, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación*. Ed. Galdoc.
- Bagley, C. y Pritchard, C. (2000) Criminality and violence in intra-and extra-familial child sex abusers in a 2 year cohort of convicted perpetrators. *Child abuse review*. Vol.9. 264-274.
- Baker, E., Beech, A. y Tyson, M. (2006). Attachment disorganization and its relevance to sexual offending. *Journal of Family Violence*. 21(3).DOI: 10.1007/s10896-006-9017-3

- Blais, J. y Bonta, J. (2015). Tracking and Managing high risk offenders: A Canadian initiative. *Law and Human Behavior*. 39 (3), 253-265. DOI: 10.1037/lhb0000109
- Benavides-Gélvez, R., Escobar-Córdoba, F. y Molina-Ojeda, V. (2014). Valoración del riesgo de violencia en urgencias psiquiátricas. *Universitas Médica*, 55(3), 297-310.
- Boccaccini y Murrie (2010). Predicting recidivism with the personality assessment inventory in a sample of sex offenders screened for civil commitment as sexually violent predators. *Psychological Assessment*. 22, (1).142-148. DOI: 10.1037/a0017818.
- Bradford. (1999). The paraphilias, obsessive compulsive spectrum disorder, and treatment of sexually desviant behavior. *Psychiatric Quarterly*. 70, (3), 209-219. DOI: 0033-2720/99/0900-0209.
- Brown, S y Forth, A. (1997). Psychopathy and sexual assault: static risk factors, emotional precursors and rapist subtypes. *Journal of consulting and clinical psychology*. 65 (5), 848-857. DOI: 0022-006X/97.
- Bushman, B., Bonaci, A., Dijk, M. y Baumeister, R. (2003). Narcissism, sexual refusal and aggression: Testing a narcissistic reactance model of sexual coercion. *Journal of personality and social psychology*. 84, (5), 1027-1040. DOI: 10.1037/0022-3514.84.5.1027.
- Caldwell, M., Ziemke, M. y Vitacco, M. (2008). An examination of the sex offender registration and notification act as applied to juveniles evaluating the ability to predict sexual recidivism. *Psychology*. 14(2), 89-114.
- Calley, N. (2007). Integrating Theory and Research: The development of a research-based treatment program for juvenile male sex offenders. *Journal of counseling & development*. Vol.85.

- Carcedo, R. y Reviriego, F. (2007). Reinserción, derechos y tratamiento en los centros penitenciarios. Salamanca: Ediciones Amaru.
- Capdevila, M., y Ferrer, M. (2009). Tasa de reincidencia penitenciaria 2008. *Ambit Social Criminologic*. 11, 1-237.
- Craig, A., Beech, A. y Browne, K. (2006). Cross-Validation of the Risk Matrix 2000 Sexual and Violent Scales. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5), 612-633.
- Dahle, K., Biedermann, J., Lehmann, R. y Gallasch, F. (2014). The development of the crime scene behavior risk measure for sexual offense recidivism. *Law and Human Behavior*. 38 (6), 569-579. DOI: 10.1037/lhb0000088
- Díaz, J. (2003). Ofensores Sexuales Juveniles. *Estudios de Juventud*. No. 62.
- Drake, C. y Pathe, M. (2004). Understanding sexual offending in schizophrenia. *Criminal behavior and mental health*. 14, 108-120.
- Echeburúa, E. (1998). *Personalidades Violentas*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso Sexual en la Infancia: Víctimas y Agresores*. Madrid: Ed. Ariel.
- Esbec, E. (2003). Valoración de la peligrosidad criminal (Riesgo-Violencia) en Psicología Forense: Aproximación conceptual e histórica. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 3(2). 45-64.
- Garrido, V., Stangeland, P., y Redondo, S. (2001). Principios de criminología. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Garrido, V. (2005). *La psicología criminológica*. Madrid.: Biblioteca Nueva.
- Garrido, V. (2005). Manual de intervención educativa en readaptación social. Tirand lo Blach. Valencia. Volumen 1.

- Garrido, V. (2005). Manual de intervención educativa en readaptación social. Tirand lo Blach. Valencia. Volumen 2
- 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. Cristóbal Serrano Villalba.
- Gerardin, P. y Thibaut, F. (2004). Epidemiology and Treatment of Juvenil Sexual Offending. *Pediatr Drugs*, 6(2), 79-91. DOI: 1174-5878/04/0002-0079.
- Gidycz, C., Warkentin, J. y Orchowski, L. (2007). Predictors of perpetration of verbal, physical and sexual violence. A prospective analysis of college men. *Psychology and men masculinity*, 8 (2), 79 – 94. DOI: 10.1037/1524-9220.8.2.79.
- Gómez, R. (2009). Violencia en los comportamientos humanos. Valoración de la peligrosidad en presos reincidentes. *Anuario de Psicología Jurídica*, No. 19, 43-60.
- González, E., Martínez, V., Leyton, C. y Bardi, A. (2004). Características de los abusadores sexuales. *Revista Sogia*. 11 (1), 6 – 14.
- Guimón, J. (2007). Controversias en el tratamiento de los agresores sexuales. *Avances en salud mental relacional*. 6 (3), (sp).
- Hall, G., Shondrick, D. y Hirschman, R. (1993). Conceptually derived treatments for sexual aggressors. *Professional Psychology Research and Practice*, 24(1). 62-69. DOI: 0735-7028/93.
- Hall, G. y Hirschman, R. (1991). Toward a theory of sexual aggression: A quadripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 662-669

- Hanson, R. y Morton-Bourgon, K. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(6), 1154-1163. DOI:10.1037/0022-006X.73.6.1154
- Hanson, R.K. y Morton-Bourgon, K. (2009). The Accuracy of Recidivism Risk Assessments for Sexual Offenders: A Meta-Analysis of 118 Prediction Studies. *Psychological Assessment*, 21 (1), 1-21. DOI: 10.1037/a0014421
- Hanson, R.K. y Harris, A.J.R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 6-35.
- Herrero, O. (2013). ¿Por qué no reincide la mayoría de los agresores sexuales? *Anuario de Psicología Jurídica*, 23(1). 71-77.
- Howells, K., Day, A. y Wright, S. (2004). Affect, emotions and sex offending. *Psychology, Crime and Law*, 10(2). 179-195. DOI: 10.1080/10683160310001609988.
- Howitt, D. (2004). ¿What is the role of fantasy in sex offending? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14, 182-188.
- Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. [En Línea]. *Estadísticas Violencia*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España. [Fecha de la consulta: 26 de abril de 2015]. Bases de datos disponibles en: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?area=10>
- Jane, M. (2003). Victim issues are key to effective sex offender treatment. *Sexual Addiction & compulsivity*. 10, 79-87. DOI: 10.1080/10720160390186330.
- Kruttschnitt, C., Uggem, C. y Shelton, K. (2000). Predictors of desistance among sex offenders: The interaction of formal and informal social controls. *Justice Quarterly*, 17, 61-87.

- Leclerc, B., Proulx, J. y Beauregard, E. (2009). Examining the modus operandi of sexual offenders against children and its practical implications. *Aggression and violent behavior*, 14, 5-12.
- Linsay, W. Michie, A., Whitefield, E., Martín, V., Grieve, A. y Carson, D. (2006). Response patterns on the questionnaire on attitudes consistent with sexual offending in groups of sex offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 47-53.
- Looman, J. y Jeffrey Abracen, J. (2013). The Risk Need Responsivity Model of Offender Rehabilitation: Is There Really a Need for a Paradigm Shift? *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8, 3-4.
- Lord, A. y Willmot, P. (2004). The process of overcoming denial in sexual offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 10(1), 51-61.
- Lussier, P. y Davies, G. (2011). A person-oriented perspective on sexual offenders, offending trajectories, and risk of recidivism: A new challenge for policymakers, risk assessors, and actuarial prediction? *Psychology, Public Policy, and Law*, 17, 4, 530-562.
- Maguth, N., Nezu, A., Dudek, J., Peacock, A. y Stoll, J. (2005). Social problem solving correlates of sexual deviancy and aggression among adult child molesters. *Journal of sexual Aggression*, 11(1), 27-36
- Marshall, W. y Serran, G. (2000). Current issues in the assessment and treatment of sexual offenders. *Clinical psychology and psychotherapy*, 7, 85 – 96.
- Marshall, W. y Marshall, L (2002). ¿Cómo llega alguien a convertirse en delincuente sexual? En S. Redondo. *Delincuencia sexual y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Marshall, W. L., Anderson, D. y Fernández, Y. (1999). *Cognitive Behavioral Treatment of Sexual Offenders*. Chichester: Wiley.

- Navarro, J.C. (2004). El tratamiento de los agresores sexuales en prisión. I Congreso de Psicología Jurídica y Forense en Red, 3-14.
- Nguyen, T., Arbach, K., y Pueyo, A. A. (2011). Factores de riesgo de la reincidencia violenta en población penitenciaria. *Revista de Derecho penal y Criminología*, (6), 273-293.
- Noguerol, V. (2005). *Agresiones Sexuales*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Ortiz-Tallo, M., Sánchez, L.M. y Cardenal, V. (2002). Perfil psicológico de delincuentes sexuales: Un estudio clínico con el MMCI-II de Th. Millon. *Revista de Psiquiatría*. 29, (3), 144-153.
- Lussier, P. y Davies, G. (2011). A person-oriented perspective on sexual offenders, offending trajectories, and risk of recidivism: A new challenge for policymakers, risk assessors, and actuarial prediction? *Psychology, Public Policy, and Law*, 17(4), 530.
- Parry, C. y Lindsay, W. (2003). Impulsiveness as a factor in sexual offending by people with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 47(6).483-487.
- Pedrazzoli, C. y González, S. (2012). Tratamiento penitenciario dispuesto para los agresores sexuales. *Compendio Jurídico*. Mayo.
- Pérez, M., Redondo, S., Martínez, M., García, C., y Pueyo, A. (2008). Predicción de riesgo de reincidencia en agresores sexuales. *Psicothema*. 20(2).205-210.
- Prendergast, W. (2004). *Treating sex offenders: A guide to clinical practice with adults, clerics, children and adolescents*. London. The Haworth Press.

- Prentky, R. y Knight, R. (1991). Identifying critical dimensions for discriminating among rapists. *Journal of consulting and clinical psychology*. 59(5). 643-661. DOI: 0022-006X/91.
- Redondo, S. (2002). Delincuencia sexual: mitos y realidades. En S. Redondo (Coord) *Delincuencia sexual y sociedad* (págs. 35-52). Barcelona: Ed. Ariel.
- Redondo, S. (2006). ¿Sirve el tratamiento para rehabilitar a los delincuentes sexuales? *Revista Española de Investigación Criminológica*, 6(4), 1-22.
- Redondo, S. y Pueyo, A. (2007). La Psicología de la Delincuencia. *Papeles del Psicólogo*. 28(3). 147-156. Recuperado de: <http://www.cop.es/papeles>
- Redondo, S. y Garrido, V. (2008). Efficacy of a psychological treatment for sex offenders. *Psicothema*. 20(1). 4-9. ISSN 0214-9915
- Redondo, S., Navarro, J.C., Martínez, M., Luque, E. y Andrés, A. (2005). Evaluación del tratamiento psicológico de los agresores sexuales en la prisión de Brians. *Boletín criminológico*, No. 79, abril-mayo.
- Redondo, S., Pérez, M. y Martínez, M. (2007). El riesgo de reincidencia en agresores sexuales: investigación básica y valoración mediante el SVR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 187-195.
- Romero, J. (2006). *Nuestros Procesos: Cómo son, qué delito cometen y qué tratamientos se les aplica*. Madrid: Ed. EOS.
- Sampsel, K., Szobota, L., Joyce, D., Graham, K. y Pickett, W. (2008). The impact of a sexual assault domestic violence program on ED Care. *Journal of emergency nursing*. DOI:10.1016/j.en.2008.07.014.

- Seto, M. y Eke, A. (2015). Predicting recidivism among adult male child pornography offenders: Development of the child pornography offender risk tool (CPORT). *Law and human behavior*, 39(4), 416-429. DOI: doi.org/10.1037/lhb0000128
- Strasburguer, L.H. (2001). The treatment of antisocial syndromes. The analytic press. Hillsdale: NJ.
- Tapia, J. (1995). Medidas de prevalencia y relación incidencia – prevalencia. *Medicina clínica*. 105(6).
- Terol, O. (2008). Propuesta de tratamiento para delincuentes violentos con componente psicopático. *Revista de psicopatología clínica, legal y forense*, 8, 161-192.
- Tierney, D. y Mc.Cabe, P. (2004). The assessment of motivation for behavior change among sex offenders against children: An investigation of the utility of the stages of change questionnaire. *Journal of sexual aggression*. Vol.10, (2), p.p. 237-249. DOI: 10.1080/13552600412331289041.
- Torán, F. y Fuentes, A. (2014). Evaluación del riesgo de reincidencia en un caso de violencia sexual mediante el Sexual Violence Risk-20. *Revista Española de Medicina Legal*, 40(2), 72-75.
- Tudway, J. y Darmoody, M. (2005). Clinical assessment of adult sexual offenders with learning disabilities. *Journal of sexual aggression*, 11(3).277-288. DOI: 10.1080/13552600500333796.
- Urra, J. (2003). Agresor Sexual: Casos Reales. Riesgo de Reincidencia. Ed. EOS. Madrid.
- Valverde, J. (2010). La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada. Ed. Popular. Madrid, España.

Vásquez, B. (2005). *Manual de Psicología Forense*. Madrid. Ed. Síntesis.

Woodhams, J. (2004). Characteristics of Juvenile Sex Offending Against Strangers: Findings from a Non – Clinical Study. *Aggressive Behavior*. 30. 243-253

Yates, P.M. (2013). Treatment of sexual offenders: Research, best practices and emerging models. *International journal of behavioral consultation and therapy*. 8 (3-4).89-95.

Anexos

Anexo 1

Ingredientes terapéuticos, fundamentos y objetivos del programa del control de la agresión sexual. Garrido (2005)

Módulo	Numero de sesiones	Descripción
Distorsiones cognoscitivas	(44 sesiones).	El objetivo es reestructurar la percepción y distorsiones del sujeto sobre el hecho delictivo, sus propios deseos y su percepción de las víctimas. Tiene como objetivo fundamental erradicar el uso de justificaciones y lograr de este modo que el sujeto no minimice ni se exculpe de sus agresiones. Se busca el reconocimiento pleno de los hechos por los cuales cumple condena, fomentando la asunción de la responsabilidad sobre sus propias conductas y las consecuencias que se derivan de ella.
Mecanismos de defensa	(15 sesiones).	Se basa en la autoexploración y auto reconocimiento emocional, como condición necesaria para poder lograr luego la empatía con las víctimas. Tiene como objetivo enseñar al sujeto a reconocer las propias emociones y los cambios fisiológicos asociados a ellas, comprendiendo la relación pensamiento-emoción-conducta.
Conciencia emocional	(18 sesiones).	A través del desarrollo del sistema emocional se intenta conseguir un mayor grado de auto control y un aumento de la percepción de competencia personal.
Empatía con la víctima	(27 sesiones).	Tiene dos fundamentos principales: a) El trabajo de sensibilización; b) La técnica del role taking. Se propone enseñar a reconocer las emociones y sentimientos de otras personas, de los

Prevención de recaídas	(17 sesiones).	daños consecuencias causadas a corto y largo plazo. Tiene como objetivo mejorar el conocimiento y la capacidad del sujeto para romper la cadena de precursores (cognitivos, fisiológicos, emocionales, conductuales y ambientales) de la agresión. La prevención de recaídas constituye el eje central del programa. Se fundamenta en las técnicas psicoeducativas, a partir del modelado estructurado de Goldstein: Instrucción, modelado, juego de roles, feedback y generalización. El objetivo es establecer hábitos que permitan llevar un estilo de vida alejado del delito que a la par promueva la elaboración prosocial de las tensiones de la vida cotidiana y la aparición de mecanismos de control informales.
Estilo de vida positivo	(17 sesiones).	

Anexo 2

Matriz empleada para recolección de la información

Categorías		Variables y Codificación									
Sociodemográficos	Nacionalidad (Nac)	Estado Civil (EC)	Nivel Académico (NAc)	Fracaso Escolar (FEs)	Antisocial (Anti)	Numero de relaciones (No_Adef)	Número de hijos (No)	Tiene hijos (HijDef)	Socioeconómico (SE)		
	Fallecimiento familia de origen (FFODef)	Toxicomanía familia de origen (TFODef)	Alcoholismo familia de origen (ALFODef)	Delincuencia familia de origen (DFODef)	Sobreprotección (SFODef)	Maltrato físico familia de origen (MFFO)	Trastorno mental familia de origen (TMFODef)	Abandono familia de origen (AFODef)	Abuso Sexual (AS)		
Sociofamiliares	Suicidio (SUI)	Diagnóstico Previo (DGPrDef)	Edad Inicio laboral (EdLaDef)	Inestabilidad laboral (NoTrDef)	Edad inicio consumo SPA (EdadIniDef)	Consumo de alcohol (FADef)	Momentos del consumo (IADef)	Consumo de SPA (SPADef)			
	Relacionadas con las víctimas		Numero de víctimas (NoVicDef)	Edad de las víctimas (EdVicDef)	Numero de víctimas sexuales (NoVicSexDef)	Sexo de las víctimas (Vns)	Parentesco de las víctimas (Vcp)				
Criminológicas	Violencia en la agresión (ViolDef)	Número total de delitos (NTD)		Número total de delitos sexuales (NTDs)		Número de delitos sexuales continuados (NDSC)	Reconocimiento del delito (RdDef)	Número de delitos no sexuales (NDefNoSex)			
Criminológicas Topografía del Delito	Penetración vaginal (DsA)	Delito sexual anal (DsB)	Delito sexual oral (DsC)	Tocamientos (DsD)	Exhibición (DsE)	Amenaza (DsF)	Uso de armas (DsG)	Con homicidio (DsH)	Uso del engaño (DsI)	Con lesión (DsJ)	Con rapto (DsK)
Relacionadas con la reincidencia	Reincidencia pre definitiva (ReincPreDef)	Tipo de reincidencia pre definitiva (TipReincPreDef)		Reincidencia (Reinc)	Tipo de reincidencia pos (TipReincPos)	Reincidencia Sexual (ReincSex)	Reincidencia no Sexual (ReincNoSex)				

Anexo 3

Registro de datos confidenciales*	
ENTREVISTADOR:	FECHA:
N° de Identificación: _____ Modulo: _____ F. Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Edad: _____ Edad al cometer el delito: _____ Estado civil: _____ Ha estado casado (n°) _____ _____ Comunica actualmente con: _____ Convivía al cometer el delito con: _____ _____ N° de hijos: _____ N° hijastros: _____ Nacionalidad: _____ Etnia: _____ Estudios: _____ Profesión: _____ Situación penal: _____ Régimen: _____ Motivo del estudio: _____	
I. INGRESO ACTUAL	

Reincidencia en Agresores Sexuales.

TIEMPO EN PRISIÓN (en meses): Total _____ En r. ordinario: _____ En r. cerrado: _____ En r. abierto: _____
 DIAGNÓSTICO ACTUAL (utilizar metodología DSM IV+PCL, si procede): _____
 MEDICIÓN ACTUAL Y PAUTA: _____
 OBSERVACIONES: (Grado de clasificación: Primer grado Segundo grado Tercer grado)

Delitos/s	Victima ♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> Niño..... <input type="checkbox"/> No daña a personas <input type="checkbox"/> Amenazas..... <input type="checkbox"/> Lesiones leves..... <input type="checkbox"/> Lesiones graves..... <input type="checkbox"/> Muertes..... <input type="checkbox"/>	Condena/s (años/meses/días) Suma (meses):	Actitud hacia el delito Niega haber cometido el delito. <input type="checkbox"/> No considera que hizo nada malo, no es un delito. <input type="checkbox"/> No le importa, no se siente mal por el delito. <input type="checkbox"/> No tuvo elección, no pudo evitarlo. <input type="checkbox"/> La pena es excesiva para el mal causado. <input type="checkbox"/> Acepta su responsabilidad y la pena impuesta, <input type="checkbox"/> Otras: _____ <input type="checkbox"/>	
Atenuantes y agravantes *	* Referirlas todas, anotar si existe un diagnóstico psicopatológico aunque no haya disminuido la pena.			
	Consumo de alcohol o drogas al cometer el delito actualSI/NO			
Actividades en el centro	Ha solicitado _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	De entretenimiento Deportivas Terapéuticas Educación Reglada Formación profesional Trabajo productivo Destino Funcional <SUMA TOTALES>	Realiza _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
Sanciones actuales	Nº de faltas leves: _____ Nº de faltas graves: _____ Nº de faltas muy graves: _____	Sin cancelar _____ _____ _____	Canceladas _____ _____ _____	Suma total de faltas:
Quejas sobre la prisión *	* Según su opinión subjetiva, anotar todas las nombradas		No le ofrecen ayuda en sus problemas. <input type="checkbox"/> No le tratan correctamente. <input type="checkbox"/> No cubren sus necesidades básicas. <input type="checkbox"/> Se vulneran sus derechos. <input type="checkbox"/> Le maltratan física o psíquicamente. <input type="checkbox"/> Se queja de otros internos. <input type="checkbox"/> Tiene pequeñas quejas. <input type="checkbox"/> Otras: _____	

II. HISTORIAL INFANTIL, JUVENIL Y DE FAMILIA DE ORIGEN (f.o.)

Criterios por defecto: 0= ausencia 1=padre 2=madre 3=hermano/a/s 4=padrastra 5=madrastra 6=abuelos 7=otros
 * Registran en abierto. Rodear palabra o número/s que corresponda. Rellenar casillas x (presente) (ausente) (dudoso). En gris, las casillas que se rellenan exclusivamente con la documentación oficial; en las demás, contrastar la información de la entrevista con el Ecuino de Tratamiento y con la documentación disponible. Es recomendable, además, anotar carencias socioeconómicas, milititud.

Datos de la familia de origen (durante su infancia-adolescencia)	Emigración familiar. <input type="checkbox"/> Hacinamiento. <input type="checkbox"/> Familia uniparental. <input type="checkbox"/> Padres separados. <input type="checkbox"/> Hermanos divididos. <input type="checkbox"/> Hermanos de varios progenitores. 0-1-2-3-4-5 Fallecimientos en familia de origen. 0-1-2-3-4-5-6-7 Trastorno mental en f.o. 0-1-2-3-4-5-6-7
--	--

Reincidencia en Agresores Sexuales.

		Toxicomanía en f.o. 0-1-2-3-4-5-6-7 Alcoholismo en f.o. 0-1-2-3-4-5-6-7 Delincuencia en f.o. 0-1-2-3-4-5-6-7 Violencia en f.o. 0-1-2-3-4-5-6-7 Prostitución en f.o. 0-1-2-3-4-5-6-7	
		Nº de factores familiares de riesgo: _____	
Datos de la escolarización y estudios continuados	Ninguna o muy escasas (0) Primaria (1) Secundaria – F.P 1 (2) Bachillerato – F.P.2 (3) Grado medio (4) Licenciatura o Superiores (5)		
	Anotar si el grado de disciplina es: alto, moderado o bajo	Problemas disciplinarios. <input type="checkbox"/> Problemas de ajuste social. <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento. <input type="checkbox"/> Absentismo. <input type="checkbox"/> Conductas delictivas. <input type="checkbox"/> Conductas violentas. <input type="checkbox"/> Violencia en su escuela. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nº de factores escolares de riesgo: _____		
Incidencias en la infancia y adolescencia	*Especifique el tipo de trastorno.		
	Sobreprotección familiar. <input type="checkbox"/> Falta de cuidados. <input type="checkbox"/> Falta de un entorno familiar. <input type="checkbox"/> Vivió en varios núcleos familiares. <input type="checkbox"/> Vivió en un núcleo social violento. <input type="checkbox"/> Percibió abusos en su entorno. <input type="checkbox"/> Abandono por alguna figura paterna. 0-1-2-3-4-5-6-7 Fue maltratado. 0-1-2-3-4-5-6-7 Sufrió abuso sexual. 0-1-2-3-4-5-6-7 Se ha prostituido. <input type="checkbox"/> Fugas del hogar. <input type="checkbox"/> Intervención de servicios sociales. <input type="checkbox"/> Internamientos. <input type="checkbox"/> Fugas de internados. <input type="checkbox"/> Otros incidentes traumáticos. <input type="checkbox"/>		
	Nº de factores ambientales de riesgo: _____		
	Servicios Sociales –Menores		
	Desde la edad de: ____ años Nº de internamientos: _____ Durante un total de: __ ms __ días Nº de fugas: _____ Tiempo que vivió solo: __ ms __ días Edad de vida autónoma: ____ años	Trastornos psicopatológicos*. <input type="checkbox"/> -Hospitalización psiquiátrica. <input type="checkbox"/> -No recibió psicoterapia. <input type="checkbox"/> -No recibió medicación. <input type="checkbox"/> -Se abandonó el tratamiento. <input type="checkbox"/> Se ha autolesionado. <input type="checkbox"/> Tentativas suicidas. <input type="checkbox"/> Enfermedades graves. <input type="checkbox"/> -No recibió tratamiento por ellas. <input type="checkbox"/> Accidentes. <input type="checkbox"/> -No tuvo la rehabilitación necesaria. <input type="checkbox"/> Secuelas por enfermedad-accidente. <input type="checkbox"/>	
Nº de factores de salud de riesgo: _____			
Total factores de riesgo (infancia) : _____			
III. HISTORIA DE ADULTO Y FAMILIA ADQUIRIDA (f.a.)			
Criterios por defecto: : 0= no 1=pareja 2=hijo/a/s 3=Hijastro/a/s 4=Otro			
Especifique cada incidencia			

Reincidencia en Agresores Sexuales.

Antes del ingreso	No trabajaba (0) Sin cualificación (1) Empleo u oficio (2) Técnico con formación específica (3) Superior (4)			
Cualificación profesional	No ha trabajado nunca (0) Sin cualificación (1) Empleo u oficio experiencia \geq 1 año (2) Técnico con formación específica (3) Superior (4)			
Consumo de estupefacientes	Opiáceos. Cocaína, derivados. Cannabis, hipnóticos. Ansiolíticos, hipnóticos Psicoestimulantes. Alcohol. Otros: _____	Edad de inicio <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ →	Tratamiento/s duración y tipo	Fecha último consumo _____ _____ _____ _____ _____
			Porcentaje de meses consumiendo drogas respecto a la edad: _____	_____ _____
Datos de estilo de vida y convivencia	*Marcar las incidencias para todo núcleo familiar que haya formado (<u>matrimonio o convivencia</u>) y especificarlas	N° de relaciones de pareja*. Duración media (x) de las relaciones. _____ meses N° de hijos no reconocidos. _____ N° de parejas con hijos comunes. _____ Carencias socioeconómicas. <input type="checkbox"/> Emigración. <input type="checkbox"/> Maltrato a familiares consanguíneos <input type="checkbox"/> Maltrato a amigos o convivientes. <input type="checkbox"/> Maltrata a la familia adquirida. <input type="checkbox"/> Abandona a la f.a. <input type="checkbox"/> Descuida a los hijos/hijastros. <input type="checkbox"/> Fallecimientos en la f.a. 0-1-2-3-4 Trastorno mental en la f.a. 0-1-2-3-4 Toxicomanía en la f.a. 0-1-2-3-4 Alcoholismo en la f.a. 0-1-2-3-4 Delincuencia en la f.a. 0-1-2-3-4 Violencia en la f.a. 0-1-2-3-4 Prostitución en la f.a. 0-1-2-3-4 Violencia de otros miembros de la f.a. 0-1-2-3-4		
		N° de factores de desajuste familiar		_____
Incidencias en vida adulta (incluir los ocurridos en prisión)	*Anotar síntomas-signos psicopatológicos actuales, si los hubiera y un resumen de su historia clínica.	Edad de la 1ª relación sexual. _____ Con profesional/amigo-a/novio-a/otro. _____ Promiscuidad sexual. <input type="checkbox"/> Trastorno o peculiaridad sexual. <input type="checkbox"/> Trastornos psicopatológicos*. <input type="checkbox"/> Hospitalización psiquiátrica. <input type="checkbox"/> No recibió psicoterapia. <input type="checkbox"/> No recibió medicación. <input type="checkbox"/> No fue responsable con su medicación. <input type="checkbox"/> Se ha autolesionado. <input type="checkbox"/> Tentativas suicidas. <input type="checkbox"/> Enfermedades graves. <input type="checkbox"/> No recibió tratamiento por ellas. <input type="checkbox"/> Accidentes. <input type="checkbox"/> No tuvo la rehabilitación necesaria. <input type="checkbox"/> Secuelas por enfermedad-accidente. <input type="checkbox"/> Experiencias traumáticas (especificar). <input type="checkbox"/>		

Reincidencia en Agresores Sexuales.

<p>Perjuicios causados por o durante la estancia en prisión</p>	<p><i>*A lo largo de la vida, enumerar todos y especificar</i></p>	<p>Problemas con la familia Problemas de salud Problemas psiquiátricos Problemas sociales Problemas laborales Problemas emocionales Uso de drogas Daños por violencia Otros _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Conflictos en la Prisión*</p>	<p><i>*A lo largo de la vida, marcar todos y especificar</i></p>	<p>Ha estado en Prevención de Suicidios Ha estado protegido en artículo 75 Ha tenido peleas o violencia Se le han aplicado medidas físicas (a.72) Se ha autolesionado Conflictos legales con la prisión</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>