



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Cambio terapéutico y eficacia del tratamiento psicológico de los agresores sexuales

Therapeutic change and effectiveness of psychological treatment of sex offenders

Ana Martínez Catena



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0. Spain License.**

UNIVERSITAT DE BARCELONA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología clínica y Psicobiología

Sección de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Programa de Doctorado Brain, Cognition and Behaviour

TESIS DOCTORAL

***Cambio terapéutico y eficacia
del tratamiento psicológico de los
agresores sexuales***

***Therapeutic change and effectiveness
of psychological treatment of sex
offenders***

DOCTORANDA

Ana Martínez Catena

DIRECTOR

Dr. Santiago Redondo Illescas

A mi madre, mi padre y mi hermano

Al Dr. Santiago Redondo

AGRADECIMIENTOS

Normalmente, la presentación de una tesis doctoral representa la culminación de un camino más o menos largo de aprendizaje y esfuerzo. Un proceso lleno de vaivenes, de ilusión y desilusión, de satisfacción y hastío, de decisiones y de cambios de dirección... Esta Tesis Doctoral no es una excepción (y esto lo sabe bien mi apreciado director de tesis). Por ello, en estas líneas quiero agradecer a todas aquellas personas que durante todos estos años me han apoyado y ayudado de muy diversas maneras para que realizase esta Tesis Doctoral.

No podría iniciar estos agradecimientos sin referirme en primer lugar, de una forma muy sentida y especial, a mi director de tesis el Dr. Santiago Redondo Illescas. No solo tengo que agradecerle su esfuerzo y dedicación a lo largo del desarrollo de esta Tesis Doctoral, sino también todas las horas que me ha entregado desde que me aceptó en el Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV). A Santiago tengo que agradecerle que despertase mi interés por la investigación hace ya diez años y que me haya ayudado a ser consciente de mis habilidades y capacidades, así como de aquellas cosas en las que debería mejorar en mi futuro. También le agradezco toda la confianza que ha depositado en mí para trabajar a su lado y sus numerosos consejos que van más allá de la estricta vida académica y profesional. Gracias por enseñarme con increíble paciencia, por tener sentido del humor, por querer involucrarme en todos los proyectos, y por estar siempre disponible para ayudar, corregir y compartir. Estoy muy agradecida de poder trabajar a su lado (aunque como él sabe nunca lo diga en voz alta) y de que sea una persona tan significativa en mi vida.

Tengo que agradecer también a mi grupo de investigación GEAV, en especial al Dr. Antonio Andrés Pueyo y al resto de compañeros del grupo, haberme permitido participar en los diferentes proyectos académicos y de investigación que se han desarrollado durante estos años. Al profesor Antonio Andrés Pueyo también tengo que agradecerle sus consejos, dedicación y apoyo desde que me conoció como alumna en la carrera de Psicología.

Gracias a la Dra. Meritxell Pérez por fijarse en mi cuando piqué a la puerta del GEAV y por enseñarme con cariño cuando llegué al grupo.

Agradezco al Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Sección de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, y en especial al director Dr. Antonio Andrés Pueyo y a la ex-directora Dra. Carmina Saldaña, por

abrirme las puertas y permitir que me involucrase en docencia y en las diferentes tareas de la vida académica del departamento. También gracias a Miquel Pont y Victoria Castro por su gran trabajo, y su ayuda en las gestiones administrativas que hemos compartido durante estos años.

Así mismo, quiero reconocer la ayuda del Dr. Alberto Maydeu Olivares, director del Máster de Investigación en Personalidad y Comportamiento, y del resto del profesorado del máster, por aceptarme en los estudios que pusieron las bases necesarias para realizar satisfactoriamente esta Tesis Doctoral.

Mi gratitud también al Dr. Antoni Rodríguez Fornells, director del Doctorado Cerebro, Cognición y Conducta, y a la comisión académica del programa de doctorado por su seguimiento académico a lo largo de los años de desarrollo de esta investigación.

Al Dr. David Gallardo Pujol por su amigable disponibilidad para resolver cualquier duda con la que yo le molestase. Gracias por su ayuda directa en algunas de las publicaciones compendiadas en esta Tesis Doctoral, y por contar conmigo en todas las demás oportunidades laborales que han surgido.

Gracias especialmente a mis compañeras de despacho y amigas: Nina, Lucía, Lorena, Thuy, Marta, Sonia, Ágatha y Arantxa, porque habéis sido el más grande de mis apoyos todos estos años. Gracias por vuestra ayuda, por escucharme, por calmarme o animarme, por todas las horas que hemos compartido (porque queríamos, no por trabajo), y por vuestra amistad.

También quiero agradecerle a Nina su colaboración y ayuda a lo largo de todos estos años corrigiendo con paciencia mi inglés, muchas veces de forma urgente y teniendo que aplazar sus propias tareas.

Igualmente, agradezco la amistad de mis compañeros de doctorado y de departamento: Montsant, Montse, Carlos, Irene, Soledad, y de todos cuantos compartisteis conmigo estos años de duro trabajo y esfuerzo. A todos los que leísteis la tesis antes que yo y me habéis servido de guía, y a los que estáis en el mismo momento que yo ahora. Y al resto de compañeros del departamento por compartir vuestras inquietudes conmigo y por las horas de risas y desconexión en las comidas.

Mi gratitud a la *Agencia de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca, de la Generalitat de Catalunya*, por otorgarme la beca pre-doctoral FI, que me ha proporcionado estabilidad económica para poder realizar mis estudios de doctorado. Así mismo, a la *Universitat de Barcelona* por sus ayudas de movilidad para realizar mis estancias de investigación.

Gracias al profesor Anthony Beech por su tutela durante mi estancia de investigación en la Universidad de Birmingham, y por sus consejos y co-autoría en uno de los estudios compendiados en esta Tesis Doctoral. Y con todo mi cariño agradezco al profesor César San Juan y al resto de miembros del grupo de investigación Delincuencia, Marginalidad y Relaciones Sociales (DSM) su acogida durante mi estancia en la Universidad del País Vasco.

Mi agradecimiento por el apoyo recibido de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias para la elaboración de esta investigación. Y así mismo a todos los profesionales de Instituciones Penitenciarias por su esfuerzo y dedicación en la recogida de muchos de los datos que sirven de base a estos estudios.

Gracias al Dr. Andy Field, por su publicación del libro *Discovering Statistics with SPSS* sin el cual no habría podido realizar ninguno de los análisis de esta investigación.

Y por último, la mejor forma de concluir estos agradecimientos es refiriéndome a mi familia y amigos más íntimos.

Gracias a mis padres por haber luchado siempre para que nada me faltase, por haberme dado una educación que va mucho más allá de mis estudios, por haber demostrado continuamente vuestro orgullo por mis logros y, sobre todo, gracias por vuestro apoyo y amor.

De vosotros he aprendido a ser quien soy. De mamá, he aprendido a luchar por lo que quiero, a preocuparme por los demás, y también he aprendido lo de “ya lo pensaré mañana” que tanto me ha ayudado en mi trabajo.

De ti papá he aprendido lo que significa el esfuerzo, la responsabilidad y el trabajo duro, pero sobre todo que siempre hay que ser honesto.

También agradezco a mi hermano, Tete, que siempre haya sido un referente para mí (ya sabes que siempre me motivó tener que sacar unas notas como las tuyas). Aunque nos peleásemos lo justo de pequeños, gracias por ser mi amigo y sobre todo por tu complicidad en estos últimos años.

A mi abuela que ya no está, gracias por sus historias y por su amor por la literatura (aunque no lo haya heredado tanto como le gustaría a mi director). Gracias por transmitirme parte de tu carácter. También agradezco al resto de mi familia, tíos y primos que también me han criado desde pequeña y con quienes he compartido muchos buenos momentos.

Y por último, a mis mejores amigos, Laura, Jano, Nuria I., Jordi, Cris, Nuria C., Borja, Alba y Montse, agradezco todo vuestro cariño y paciencia, las energías

y sonrisas que me dedicáis, el espacio que me habéis dado, el interés que habéis mostrado por mi investigación, y que hayáis compartido conmigo la ilusión de estos últimos días de tesis.

Finalmente, mi recuerdo agradecido a todas aquellas personas que han querido compartir conmigo lo que significaba hacer un doctorado.

FINANCIACIÓN

Los estudios compendiados en la siguiente Tesis Doctoral se han realizado en el marco de los siguientes proyectos de investigación financiados: proyecto de investigación FBG305486 financiado por la Dirección General de Gestión Penitenciaria, de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior); el Proyecto Coordinado titulado: “Predicción, Prevención y Tratamiento de la delincuencia violenta” (SEJ2005-09170-C04-01/PSIC), del Ministerio de Educación y Ciencia; el proyecto “Valoración del riesgo de violencia y la peligrosidad en la predicción de la reincidencia criminal” PSI2009-13265, del Ministerio de Ciencia e Innovación, y, finalmente por el proyecto coordinado I+D+i “Estudio Barcelona sobre agresores sexuales” (PSI2013-47043-C2-2-R), del Ministerio de Economía y Competitividad.

La doctoranda ha sido beneficiaria de la beca pre-doctoral FI-DGR concedida por la *Agència de Gestió d’Ajuts Universitaris i de Recerca*, de la *Generalitat de Catalunya*. Duración (30/06/2013-30/06/2016).

Índice

<i>Resumen</i>	1
<i>Abstract (bis)</i>	5
1. Introducción: Delitos contra la libertad sexual	7
1.1. Datos oficiales de delitos contra la libertad sexual.....	8
1.2. Encuestas de victimización.....	10
2. Etiología de la agresión sexual	13
2.1. ¿Cómo son los agresores sexuales?	13
2.2. Factores de riesgo para el comportamiento delictivo y la agresión sexual	14
2.3. Necesidades criminógenas esenciales	19
3. Rehabilitación de los agresores sexuales	23
3.1 Tratamiento psicológico de los delincuentes sexuales encarcelados.....	23
3.2. El Programa de control de la agresión sexual (PCAS).....	25
3.3. Eficacia de los tratamientos con agresores sexuales	27
3.4. Evaluaciones españolas de eficacia a partir de la reincidencia.....	30
3.5. Evaluación del cambio terapéutico de los agresores sexuales tratados.....	32
4. Objetivos e hipótesis	35
4.1. Objetivos	35
4.2. Hipótesis	35
5. Publicaciones	37
Artículo 1.....	39
Artículo 2.....	69
Artículo 3.....	101
Artículo 4.....	123
Artículo 5.....	147
6. Principales resultados de los estudios compendiados	169
6.1. Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual.....	169
6.2. A Dynamic Risk Factors-Based Typology of Sexual Offenders	171
6.3. Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales	173
6.4. Psychological treatment and therapeutic change in incarcerated rapists.....	174
6.5. Eficacia terapéutica del Programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS) aplicado en los centros penitenciarios españoles	176
7. Discusión y conclusiones generales	179
7.1. Discusión	179

7.2. Conclusiones generales.....	181
7.3. Implicaciones prácticas.....	183
7.4. Limitaciones.....	184
7.5. Futuras líneas de investigación	186
<i>Referencias bibliográficas.....</i>	189

RESUMEN

En la actualidad los delitos de abuso y agresión sexual generan un gran rechazo y alarma social a la vez que son conductas prohibidas y castigadas penalmente en la inmensa mayoría de los países. Pese a que los delitos sexuales tienen una prevalencia baja en relación al resto de delitos conocidos, su gravedad y los severos daños que causan a las víctimas (generalmente mujeres y niños) los convierten en conductas criminales de alto riesgo. De ahí que la investigación especializada haya dirigido una gran atención a ampliar el conocimiento sobre la génesis de la agresión sexual y sobre su posible prevención y tratamiento.

Hasta el momento se han descrito numerosos déficits y carencias personales y sociales vinculados al inicio y desarrollo de la agresión sexual, tales como baja autoestima, dificultades de control emocional, déficits de comunicación y de relación interpersonal, aislamiento social, experiencias de victimización, etc. Algunos de estos elementos, a los que se ha denominado *necesidades criminógenas* (o *factores de riesgo dinámicos*), son susceptibles de mejora a través de una intervención psicológica adecuada. Por este motivo, las necesidades criminógenas suelen constituir los objetivos principales de los programas de tratamiento con agresores sexuales.

En coherencia con ello, actualmente existen numerosos programas de tratamiento para agresores sexuales dirigidos a promover en los individuos cambios y mejoras en factores de riesgo dinámicos, de cariz cognitivo, actitudinal, emocional y conductual. Por lo que se refiere al tratamiento de los agresores sexuales en los centros penitenciarios españoles, desde 1996 se aplica el *Programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS)*, que incluye ingredientes terapéuticos de necesidad criminógena como los siguientes: *entrenamiento en relajación muscular; restructuración cognitiva; conciencia emocional; mecanismos de defensa; desarrollo de la empatía con la víctima; etc.*

Según se ha concluido en la investigación sobre reincidencia delictiva tanto nacional como internacional, los programas de tratamiento de agresores sexuales tienen una eficacia significativa aunque de tamaño moderado. No obstante, pese a que la participación de los delincuentes sexuales en los tratamientos parece reducir su reincidencia delictiva, todavía se desconoce en gran medida el proceso individual de cambio y mejora terapéutica de los agresores sexuales que podría vincularse finalmente a una menor reincidencia.

Por todo lo anterior, el objetivo principal de esta Tesis Doctoral es la evaluación de la eficacia terapéutica del *Programa de Control de la Agresión Sexual* aplicado en los centros penitenciarios españoles. En esta dirección, los objetivos específicos planteados en este estudio son los siguientes: (a) revisar la investigación científica sobre las principales necesidades criminógenas de los agresores sexuales, con la finalidad de evaluar en qué medida los programas de tratamiento contribuyen a la solución de dichas necesidades y a la mejora terapéutica de los agresores; (b) explorar la existencia de diversas tipologías de agresores sexuales en función de sus necesidades criminógenas o de tratamiento; y, por último, (c) evaluar el cambio y la mejora terapéutica en una muestra de agresores sexuales tras su participación en el programa de tratamiento.

En consonancia con los objetivos planteados en esta Tesis Doctoral, presentada como compendio de publicaciones, se integran aquí cinco estudios sobre la evaluación y el tratamiento de los agresores sexuales encarcelados en España. Las principales conclusiones que se derivan de los estudios realizados son las que siguen.

En primer lugar, tras la revisión de la bibliografía científica efectuada sobre necesidades criminógenas y tratamiento, se ha podido constatar que el *Programa de Control de la Agresión Sexual* aplicado en España es susceptible de promover cambios y mejoras en las necesidades terapéuticas de los agresores sexuales que podrían disminuir su riesgo delictivo.

Paralelamente, se ha comprobado que pueden establecerse categorías y tipologías de agresores sexuales en función de la intensidad de sus necesidades criminógenas, orientadas a facilitar la aplicación del tratamiento.

Por otro lado, se ha observado una tendencia hacia el incremento de la motivación para el cambio de los agresores sexuales a lo largo del proceso de desarrollo del tratamiento, desde estadios de cambio menos avanzados a estadios más avanzados.

Y finalmente, ha podido concluirse que la participación de los agresores sexuales en un programa de tratamiento promueve la disminución de sus necesidades criminógenas y su mejora terapéutica global.

Sin embargo, como en toda investigación sobre eficacia terapéutica, deben tenerse en cuenta diversas limitaciones que se han destacado a lo largo de los diferentes estudios compendiados y de esta Tesis Doctoral en su conjunto.

En síntesis, aunque los resultados de estas investigaciones deben interpretarse con cautela, la conclusión general que puede extraerse es que el

programa de tratamiento de agresores sexuales aplicado en las prisiones españolas favorece en los individuos mejoras terapéuticas vinculadas a la reducción de su futura conducta delictiva.

ABSTRACT

Nowadays, sexual abuse or sexual assault crimes generate a great rejection and social alarm, since they constitute as prohibited and criminally punishable acts in the vast majority of countries. Although sexual offenses have a low prevalence in comparison with other known offenses, they need to be considered high-risk criminal behaviours due to their severity and the serious harm they cause the victims (usually women and children). This explains why the specialized investigation has intensively focused on broadening the knowledge about the genesis of sexual aggression and its possible prevention and treatment.

So far, numerous personal and social deficits and deficiencies related to the onset and development of sexual aggression have been described, such as low self-esteem, emotional difficulties, communication and interpersonal deficits, social isolation, victimization experiences, etc. Some of these elements, usually called *criminogenic needs* (or *dynamic risk factors*), are susceptible to improvement via appropriate psychological intervention. For this reason, criminogenic needs are often the main objective of sex offender treatment programs.

In relation to this, there are currently numerous treatment programs for sex offenders aimed at promoting changes and improvement in individuals' cognitive, emotional, behavioural and attitude-related dynamic risk factors. Since 1996, the *Sexual Offending Control Program* (SOCP) is applied in Spanish penitentiary centres. With its diversified treatment components, it targets different criminogenic needs, such as: *relaxation training; cognitive restructuring; emotional awareness; coping strategies; victim's empathy development; etc.*

As national and international research about criminal recidivism has concluded, treatment programs for sex offenders have significant, but moderate size effectiveness. However, although sex offenders' participation in treatment seems to reduce criminal recidivism, the aggressors' individual process of change and therapeutic improvement that may eventually be linked to a lower relapse rate is still largely unknown.

For all of the above, the main purpose of this Doctoral Thesis is the assessment of the therapeutic effectiveness of the *Sexual Offending Control Program* applied in Spanish prisons. Accordingly, the specific objectives of this

study are: (a) to review the scientific research on the main criminogenic needs of sex offenders in order to evaluate the extent to which treatment programs contribute to offenders' therapeutic improvement and related needs; (b) to explore the existence of different typologies of sexual aggressors according to their criminogenic or treatment needs; and, finally, (c) to evaluate change and therapeutic improvement in a sample of sex offenders after their treatment participation.

In line with the objectives outlined in this Doctoral Thesis, presented as a compendium of publications, five studies on the assessment and treatment of sex offenders imprisoned in Spain are included. The main conclusions derived from the studies carried out are as follows:

Firstly, after reviewing the scientific literature on criminogenic needs and treatment, it has been verified that the *Sexual Offending Control Program* implemented in Spain is likely to promote changes and improvement in the sex offenders' therapeutic needs, which could reduce their criminal risk.

At the same time, it has been proven that categories and typologies of sex offenders can be established according to the intensity of their criminogenic needs, oriented to facilitate the application of treatment.

Furthermore, a tendency to increase sex offenders' readiness to change during the treatment development has been observed: from less advanced motivational stages of change to more advanced stages.

Lastly, it has been concluded that the treatment program promotes a reduction of sex offenders' criminogenic needs and their overall therapeutic improvement.

However, as generally is the case in research concerning therapeutic effectiveness, several limitations that have been highlighted throughout the different reviewed studies, as well as throughout the Doctoral Thesis in its entirety, need to be taken into account.

In summary, although the results of these studies need to be interpreted with prudence, the general conclusion that can be drawn is that the Spanish sex offender treatment program stimulates therapeutic improvement in individuals that is linked to the reduction of their future criminal behaviour.

1. INTRODUCCIÓN: DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

Las conductas de agresión o abuso sexual suscitan un generalizado rechazo social a la vez que son acciones prohibidas y castigadas en las leyes penales de la inmensa mayoría de los países.

En la legislación penal española se definen diversos tipos delictivos que intentan proteger el bien jurídico de la "libertad sexual", así como la "indemnidad sexual de los menores e incapaces". Estos tipos delictivos difieren en su gravedad en función del grado de violencia empleado durante la agresión, el tipo de acto sexual realizado, la minoría de edad de la víctima o su vulnerabilidad al padecer algún trastorno o discapacidad intelectual, el posible uso de armas, etc. Entre los delitos más frecuentes y graves se encuentran los tres siguientes: la *agresión sexual*, o actuación contra la libertad sexual de otra persona usando para ello violencia o intimidación; la *violación*, que acota aquellas agresiones en las que ha habido acceso carnal o penetración sexual a la víctima por vía vaginal, anal o bucal; y el *abuso sexual*, que define aquellos comportamientos sexuales, realizados a menudo contra menores, en que el autor se prevale de su superioridad (por razón de edad, física, psicológica, de poder...) sobre la víctima, pero sin el empleo de violencia o intimidación.

Todas estas agresiones o abusos sexuales comportan, en general, graves repercusiones para las víctimas, tanto físicas como psicológicas (Echeburúa & Corral, 2006; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000, 2011; Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013; Lopez-Castroman et al., 2013; Pérez-Ramírez, 2015; Wößner, 2016).

En concreto, las víctimas de estos delitos, habitualmente mujeres y niños, suelen experimentar sentimientos de vergüenza, remordimientos y culpabilidad, además de las posibles lesiones físicas directas que hayan podido derivarse de la agresión. Por ejemplo, el 62% de las víctimas de violación tienen fuertes reacciones de miedo generalizado tras la agresión, así como también es común que muestren graves síntomas de depresión, ansiedad, pérdida de confianza en sí mismas, vulnerabilidad y dificultades globales para establecer nuevas relaciones personales (European Agency for Fundamental Rights, 2014).

Por todo ello, en la actualidad el comportamiento sexual desviado y delictivo constituye uno de los mayores focos de atención de la psicología criminal y la criminología, tanto desde una perspectiva científica básica como también aplicada (Barbaree & Langton, 2006; Beech, Mandeville-Norden, & Goodwill, 2012; Echeburúa & Redondo, 2010; Fergusson et al., 2013; Ryan, 2016; Sigurdsson, Gudjonsson, Asgeirsdottir, & Sigfusdottir, 2010; Wong & Gravel, 2016).

1.1. Datos oficiales de delitos contra la libertad sexual

Para poder comprender este fenómeno criminal de forma adecuada, inicialmente es necesario conocer su magnitud, es decir, la prevalencia social de los delitos sexuales.

Sin embargo, esta información puede variar ampliamente dependiendo de las fuentes consultadas: desde las más amplias tasas de delincuencia sexual obtenidas mediante los estudios de victimización o de autoinforme (fuentes de información no-oficial) hasta las más restrictivas representadas por el número de agresores sexuales encarcelados (fuente de información oficial). En este epígrafe se prestará atención en primer lugar a la descripción de la prevalencia de los delitos sexuales en España en base a distintos datos oficiales.

Según la estadística policial publicada por el Ministerio del Interior, en 2015 el número de denuncias por delitos contra la libertad sexual fue de 9.869 casos (de un total de 2.036.815 infracciones penales denunciadas dicho año) (Ministerio del Interior, 2016). Como puede verse, el número de delitos sexuales denunciados supondría menos de un 0,5% del total de infracciones conocidas por la policía. Además, de los más de nueve mil casos denunciados, la policía solamente consiguió esclarecer 6.044 hechos que finalizaron con una imputación firme.

Por lo que se refiere al tipo de delito sexual que se denuncia con mayor frecuencia, este mismo informe recoge que las agresiones y abusos sin penetración y otros delitos sexuales más leves serían los más denunciados (73%), seguidos de las agresiones sexuales que incluyen penetración (14%), la pornografía de menores (8%), y los casos de corrupción de menores o incapacitados (5%).

En la Figura 1 se muestra una representación gráfica de las denuncias efectuadas por delitos sexuales en los últimos cinco años, en función del tipo de delito específico registrado. El año en el que se produjo mayor número de denuncias fue 2011 (con 9.892 hechos denunciados) mientras que el año con menor número de denuncias fue 2013 (con 8.923 delitos). En la Figura 1 se observa una tendencia fluctuante pero esencialmente estable en la mayoría de los delitos sexuales registrados, a excepción del incremento paulatino observado en el número de delitos denunciados por corrupción de menores.

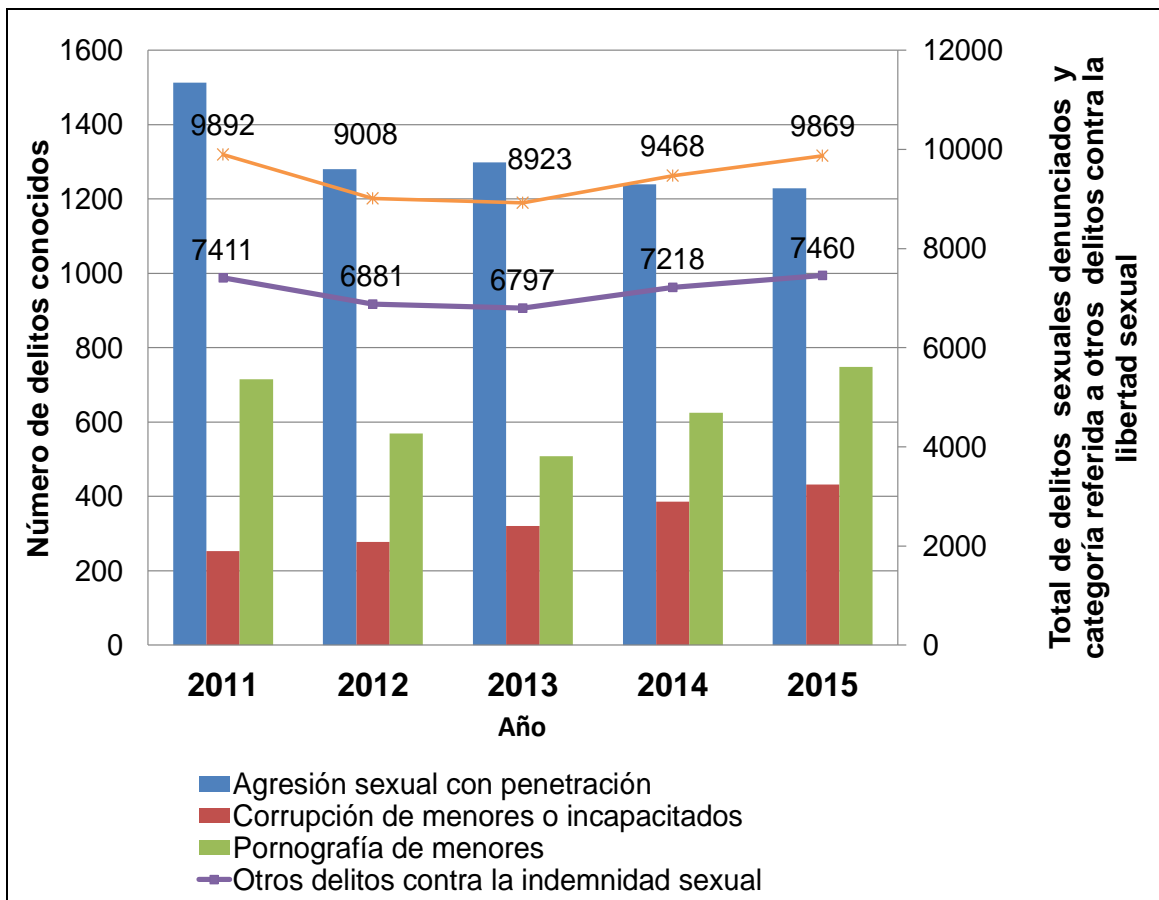


Figura 1: Número de delitos sexuales denunciados en España entre el 2011 y 2015, por tipología delictiva

Lamentablemente, la falta de continuidad en la publicación de estadísticas delictivas oficiales, que ha sido frecuente en España, no permite establecer comparaciones fiables que abarquen períodos temporales amplios. Aun así, sobre la base de datos parciales, Echeburúa y Redondo (2010) identificaron una tendencia hacia un moderado incremento de los delitos sexuales en la década 1997-2007, tanto de las denuncias globales por delitos sexuales como,

específicamente, de los delitos de abuso sexual denunciados. A pesar de ello, hay que tener en cuenta que el crecimiento de las denuncias sobre una tipología delictiva específica, como los delitos sexuales, no necesariamente significa que estén realmente aumentando, sino que podría tratarse más bien de un incremento de la sensibilidad y el rechazo social de tales delitos y, en consecuencia, de una mayor tendencia a su denuncia.

Una segunda perspectiva oficial sobre el fenómeno de la delincuencia sexual nos la ofrece la población de delincuentes sexuales encarcelados, que en 2015 era en España de 3.104 sujetos (la inmensa mayoría varones, con solo 54 mujeres condenadas por este tipo de delito). Respecto del total de la población penitenciaria, el número de agresores sexuales encarcelados supone una tasa pequeña, de solo el 5,9%.

Los datos oficiales revisados sobre la prevalencia de los delitos contra la libertad sexual, tanto policiales como penitenciarios, ofrecen la imagen más moderada de que los delitos sexuales denunciados y condenados muestran afortunadamente tasas comparativamente bajas (en relación a la globalidad de los delitos).

1.2. Encuestas de victimización

Los datos anteriores hacen referencia exclusivamente a aquellos casos de abusos o agresiones sexuales en que las víctimas han efectuado una denuncia formal. No obstante, la delincuencia sexual presenta internacionalmente una importante “cifra negra”, ya que muchas agresiones sexuales jamás acaban denunciándose. A este respecto, algunos estudios norteamericanos estimaron ya décadas atrás que solamente llegarían a denunciarse entre el 6% y el 20% de los delitos sexuales que realmente se producen (Mayhew, Elliot, & Dowds, 1989; Percy & Mayhew, 1997). En España, de acuerdo con el Observatorio de la Delincuencia de la Universidad de Málaga (ODA), la tasa de denuncia de las agresiones sexuales se situaría cerca del 30% de todas aquellas que realmente ocurren (Díez-Ripollés, García- España, Pérez, Benítez, & Cerezo, 2009). Por lo que se refiere a los abusos sexuales sobre menores se ha estimado una tasa de denuncia aún más baja, de en torno al 2% (Redondo & Garrido, 2013; Redondo & Martínez, 2012). Los motivos por los que la tasa de denuncias de los abusos de menores es tan pequeña en comparación con la de la agresiones sexuales serían,

por un lado, el frecuente desconocimiento por parte del menor de que lo que le está sucediendo es una vivencia reprochable (que además constituye un delito), y por otro lado, que la mayoría de los casos de abuso se producen en el seno de las familias o en contextos próximos a las niñas o niños.

Los estudios de victimización anuales y de victimización retrospectiva permiten en la actualidad complementar los limitados datos oficiales y acercarse a la ‘cifra negra’ de los delitos sexuales (Pereda, Gallardo-Pujol, & Guilera, 2016).

En encuestas de victimización anual, las tasas de victimización sexual oscilan en un amplio rango a consecuencia de las diferencias entre las regiones exploradas, la gravedad de los delitos sobre los que se cuestiona a las posibles víctimas, las edades de las muestras, etc. En general, se encuentran tasas de victimización anual más elevadas en los países asiáticos, africanos y latinoamericanos, mientras que las tasas europeas resultan en promedio inferiores (Pérez-Ramírez, 2015; Redondo & Martínez-Catena, 2015). Por ejemplo, puede observarse una amplia variabilidad entre las tasas de victimización referidas por los estudios realizados en 1998 y 2003-2004 (a partir de la encuesta internacional de victimización), en razón del nivel de desarrollo de los países explorados. De forma que cuando en la muestra había mayor presencia de países en vías de desarrollo, como India, Uganda, etc., la tasa promedio de victimización sexual obtenida era más elevada, en torno a un promedio del 3% (con un rango de entre el 1% y el 10%) (Zvecic & Alvazzi del Frate, 1998); mientras que cuando predominaban países desarrollados la tasa de victimización media era más baja, de alrededor del 0,6% (en un rango de entre 0,1% y 1,4%) (van Dijk, van Kesteren, & Smit, 2007).

Por lo que se refiere a los estudios de victimización españoles, durante tres décadas (entre 1978 y 2008) se han obtenido tasas anuales de victimización sexual que oscilan en el rango 0-3,5%, (García-España, Díez-Ripollés, Pérez, Benítez, & Cerezo, 2010; Redondo & Garrido, 2013).

También se han realizado en los últimos años diversas investigaciones retrospectivas en las que se pregunta a amplias muestras de mujeres acerca de si han experimentado algún episodio de abuso o violencia sexual durante su infancia o alguna vez en la vida. Según estos informes internacionales retrospectivos, el resultado promedio de la tasa de victimización sexual de las mujeres alcanzaría hasta un 27%, con un amplio rango de entre el 8% al 71% (Brown, 2015; Díez-Ripollés et al., 2009; European Agency for Fundamental

Rights, 2014; García-España et al., 2010; Redondo & Martínez, 2012; Tjaden et al., 2000).

En un estudio retrospectivo realizado en Barcelona sobre una muestra de 1.033 estudiantes universitarios (Pereda & Forns, 2007) se obtuvo una prevalencia global de victimización sexual del 17,9% (generalmente con antelación a la edad de 13 años, pero en algunos casos hasta los 18 años). En relación a la prevalencia de victimización según el sexo de la víctima, se halló una tasa del 19% para las mujeres y del 15,5% para los hombres. Además, se obtuvo una alta proporción de casos de abusos con penetración antes de los 13 años, tanto en chicas (42%) como en chicos (26,7%). Lo que contrasta con el resultado más común en la investigación internacional que concluye que la penetración suele ser una conducta infrecuente en el contexto de los abusos sexuales de menores (Murray, 2000).

Los datos hasta aquí referidos permiten vislumbrar la gran disparidad que existe entre los pocos episodios de agresión sexual denunciados y la amplia magnitud de delitos que realmente podrían estar sucediendo, con los consiguientes daños causados a múltiples víctimas. Debido a ello constituye una tarea científica de primer orden la mejora de nuestro conocimiento sobre los fenómenos de la agresión y el abuso sexual, con la finalidad de prevenirlos y tratarlos del modo más eficiente posible.

2. ETIOLOGÍA DE LA AGRESIÓN SEXUAL

2.1. ¿Cómo son los agresores sexuales?

En la actualidad se dispone de numerosas investigaciones acerca de los agresores sexuales que exploran y describen sus experiencias tempranas y sus principales características personales: el tipo de educación parental que recibieron; sus características psicológicas; sus dificultades para relacionarse socialmente con otras personas y para desarrollar sus responsabilidades sociales (familiares, laborales...); el tipo de conductas que suelen realizar y cuándo las llevan a cabo; y también sus motivaciones específicas para cometer un delito sexual (Barbaree & Marshall, 2006; Briggs, Simon, & Simonsen, 2011; Fergusson et al., 2013; W. L. Marshall & Marshall, 2014c; McCuish, Lussier, & Corrado, 2015; Niveau, 2010; Pérez-Ramírez, 2015; Seto & Lalumière, 2010; Sigre-Leirós, Carvalho, & Nobre, 2016; Sigre-leirós et al., 2016).

A través de estos estudios, que analizan básicamente a sujetos condenados y encarcelados por delitos sexuales, se podido ver que, a menudo, los agresores sexuales son varones jóvenes, agresivos e impulsivos, con bajas autoestima y tolerancia a la frustración, y con serias dificultades para lidiar con sus propios sentimientos y los de los demás (Craig, Browne, Beech, & Stringer, 2006; Garrido & Beneyto, 1997; W. L. Marshall, Laws, & Barbaree, 2013; Ó Ciardha, 2011; Sigurdsson et al., 2010; Ward, Polaschek, & Beech, 2006). Si bien los delincuentes sexuales comparten entre ellos algunas características globales, también suelen ser un grupo muy heterogéneo de individuos, que pueden haber vivido experiencias personales muy diversas, y tener experiencias y carreras delictivas muy dispares (Gannon, Terriere, & Leader, 2012; Vess & Skelton, 2010). Dada esta gran variabilidad, diversas investigaciones se han orientado a agrupar a los delincuentes sexuales, de una forma más parsimoniosa, en distintas categorías y tipologías susceptibles de facilitar su clasificación y gestión en el contexto de los centros penitenciarios (Bickley & Beech, 2001; W. L. Marshall, Marshall, Serran, & Fernandez, 2006). Los modelos tipológicos más básicos y conocidos de agresores sexuales suelen distinguir entre categorías como las siguientes: delincuentes sexuales adultos y juveniles, violadores y abusadores de niños, agresores intrafamiliares y extrafamiliares, agresores especializados y

generalistas, o, más modernamente, agresores *online* frente aquellos que cometen sus delitos *offline* (Ashfield, Brotherston, Eldridge, & Elliott, 2013; Briggs et al., 2011; Burgess, Commons, Safarik, Looper, & Ross, 2007; Gunby & Woodhams, 2010; Piquero, 2000; Robertiello & Terry, 2007; Sewall, Krupp, & Lalumière, 2013).

Aunque algunas de estas categorizaciones de los delincuentes sexuales pueden tener cierta utilidad descriptiva e incluso diagnóstica, a menudo resultan poco provechosas para la gestión de los delincuentes sexuales debido a que la mayoría se enfocan más a la topografía de las conductas delictivas, o a factores de riesgo esencialmente estáticos, que no a elementos dinámicos o de necesidad criminógena, asociados al riesgo de reincidencia (W. L. Marshall & Barbaree, 1988; Prentky, Knight, & Lee, 1997) y las necesidades terapéuticas de los agresores (Bickley & Beech, 2001; Byrne & Roberts, 2007). Estas limitaciones han puesto de relieve la necesidad de ampliar los estudios tipológicos sobre agresores sexuales de forma que las clasificaciones obtenidas puedan realmente ser provechosas para las diferentes obligaciones del sistema penitenciario: clasificación de los internos, tratamiento terapéutico y gestión del riesgo futuro¹.

2.2. Factores de riesgo para el comportamiento delictivo y la agresión sexual

Con toda probabilidad la conducta de agresión sexual no permite una explicación unívoca, basada en un solo elemento, sino que para una explicación más completa se requiere atender a múltiples factores etiológicos (Wood, Grossman, & Fichtner, 2000). Es decir, pueden existir diferentes motivos o factores facilitadores para que un varón sea incapaz de inhibir una conducta sexual desviada que incluya forzar a otras personas o abusar de menores (incluso sintiendo satisfacción con ello). O, dicho de otra manera, al igual que sucede con la delincuencia general, también el comportamiento de agresión o abuso sexual está influido por combinaciones de *factores de riesgo*, o elementos individuales, sociales o ambientales que hacen más probable la comisión de delitos sexuales.

En la actualidad, a partir de múltiples investigaciones criminológicas longitudinales, se han identificado numerosos factores de riesgo para el

¹ La constatación de esta necesidad científica dio lugar al Artículo 2 compendiado en esta Tesis Doctoral: A Dynamic Risk Factors-Based Typology of Sexual Offenders.

comportamiento criminal (Ludvigsson et al., 2011; Redondo, Martínez-Catena, & Andrés-Pueyo, 2011). Estos factores se han agrupado tradicionalmente, para una mejor comprensión, según sea su origen o fuente, dando lugar a amplios listados de variables con posible influencia criminógena sobre los individuos (Ellis, Beaver, & Wright, 2009; Redondo, 2015).

Como el propósito de estas Tesis Doctoral no es efectuar un análisis exhaustivo de los factores de riesgo para el delito, en la Tabla siguiente (Tabla 1) simplemente se resumen algunos de los factores de riesgo para el comportamiento delictivo general que también pueden ser frecuentes en muchos delincuentes sexuales, en la medida en que muchos de ellos son delincuentes versátiles que cometen diversos tipos de delitos. En la Tabla 1 se señalan además, mediante un asterisco, aquellos factores de riesgo que suelen identificarse como más característicos de los agresores sexuales.

Como puede verse en la Tabla 1, en primer lugar destacan los correlatos de tipo *personal*, es decir, propios del individuo. En esta categoría se encontrarían elementos vinculados a las condiciones biológicas y genéticas de los sujetos; sus características de personalidad; habilidades cognitivas y emocionales; actitudes y nivel de desarrollo moral; capacidades intelectuales y educativas; conductas inapropiadas a edad prematura (como el consumo de sustancias, peleas con los compañeros, la falta de respeto a los adultos, otros comportamientos disruptivos o violentos), etc.

En segundo término, se encontrarían aquellos factores vinculados a las *carencias* de los sujetos en el *apoyo prosocial recibido*, como por ejemplo: una educación familiar inconsistente o incoherente; tensión o relaciones familiares problemáticas; nivel socioeconómico bajo; fracaso o absentismo escolar; inestabilidad laboral...

Y por último, se ha observado reiteradamente que para que una conducta criminal se produzca, también, es necesaria la presencia de *oportunidades favorables al delito*. Es decir, aquellas características ambientales y contextuales que pueden ayudar a la precipitación del hecho delictivo como son: la presencia de objetos y víctimas desprotegidos; la ausencia de controles eficaces; lugares o espacios poco iluminados y sin vigilancia, etc.

Tabla 1. Principales factores de riesgo para el comportamiento delictivo y para la agresión sexual

CORRELATOS DE RIESGO	INVESTIGACIONES RELACIONADAS
Riesgos de tipo individual	
<p><i>Aspectos biológicos</i></p> <p>*Ser varón</p> <p>Complicaciones pre y perinatales</p> <p>*Actividad neuroendocrina inadecuada: bajo nivel de oxitocina, discapacidades en el hipocampo, bajo nivel de serotonina.</p> <p>*Disfunciones en el lóbulo temporal, prefrontal, estructuras del hipotálamo y del sistema límbico (área preóptica medial, amígdala...)</p>	<p>Beech & Mitchell (2005); Gallardo-Pujol, Andrés-Pueyo, & Maydeu-Olivares (2013); Gogtay et al. (2004); Moore, Gaskin, & Indig (2013); Pereda & Gallardo-Pujol (2014); etc.</p>
<p><i>Características psicológicas y de personalidad</i></p> <p>*Baja tolerancia a la frustración</p> <p>Egocentrismo</p> <p>Psicoticismo</p> <p>Falta de confiabilidad</p> <p>*Trastornos mentales</p> <p>*Parafilia</p> <p>*Inestabilidad emocional</p> <p>Frialdad emocional</p> <p>*Hostilidad e irritabilidad</p> <p>*Impulsividad y bajo autocontrol</p> <p>Propensión al aburrimiento</p> <p>Tendencia al riesgo</p> <p>*Ansiedad social</p> <p>*Baja autoestima</p> <p>*Depresión</p>	<p>Costa & Gonçalves (2010); Cunha & Gonçalves,(2012); Drapalski, Youman, Stuewig, & Tangney (2009); Fanniff & Becker (2006); Fazel et al. (2002); Finkelhor, Ormrod, & Chaffin (2009); Fornells, Capdevila, & Andrés-Pueyo (2002); James, Glaze, & Statisticians (2006); Johnson & Knight (2000); Keelan & Fremouw (2013); Latzman, Viljoen, Scalora, & Ullman (2011); Marshall (2007); McCabe, Lansing, Garland, & Hough (2002); Miner (2002); Parks & Bard (2006); Redondo et al. (2012); Seto & Lalumière (2010); Steadman, Osher, Robbins, Case, & Samuels (2009); Worling & Curwen (2000); etc.</p>

<p><i>Capacidades cognitivas, de aprendizaje y emocionales</i></p> <p>Creencias y actitudes favorables a la delincuencia</p> <ul style="list-style-type: none"> *Pensamiento sexista, misoginia *Distorsiones cognitivas sobre la legitimidad del empleo de la violencia *Fantasías sexuales recurrentes o intrusivas que incluyan el empleo de la violencia para realizar el acto sexual o imágenes de menores *Déficit de empatía y altruismo *Pobre desarrollo moral *Bajas habilidades interpersonales <p>Problemas de atención e hiperactividad</p> <p>Déficit en inteligencia</p> <ul style="list-style-type: none"> *Dificultades en comunicación verbal *Déficits en la resolución de conflictos 	<p>Bartels & Gannon (2011); Burke (2001); Covell & Scalora (2002); Jolliffe & Farrington (2004); Whittaker, Brown, Beckett, & Gerhold (2006); Lee, Jackson, Pattison, & Ward (2002); Maniglio, (2010); Marshall & Marshall (2014c); Moriarty, Stough, Tidmarsh, Eger, & Deniison (2001); Pullman, Leroux, Motayne, & Seto (2014); Varker, Devilly, Ward, & Beech (2008); Ward, Keenan, & Hudson (2000); Woodworth et al. (2013); etc.</p>
<p><i>Conductas precursoras a edad temprana</i></p> <p>Agresividad en la infancia</p> <ul style="list-style-type: none"> *Consumo de alcohol o drogas *Empleo de pornografía con imágenes violentas o con menores *Victimización física, psicológica o sexual *Experiencias sexuales inapropiadas en la infancia *Problemas de comportamiento sexual <p>Conducta antisocial</p>	<p>Carpentier, Leclerc, & Proulx (2011); Fazel, Bains, & Doll (2006); Finkelhor et al. (2009); Lee et al. (2002); McCuish et al. (2015); Moore et al. (2013); Pullman et al. (2012); Van Wijk et al. (2005); Veneziano & Veneziano (2002); Widom (2001); etc.</p>

Carencias en el apoyo prosocial recibido	
<p><i>Familiares</i></p> <p>Padres delincuentes, con enfermedades o con problemática de abuso de sustancias</p> <p>*Comunicación familiar deteriorada</p> <p>Desorganización familiar por separación o divorcio</p> <p>*Estilos educativos incoherentes y poco eficaces</p> <p>*Falta de enseñanza de valores prosociales</p> <p>*Falta de supervisión o control de los padres</p> <p>*Rechazo o falta de afecto por parte de los padres</p> <p>Nivel socioeconómico bajo</p> <p>*Tensión familiar, ruptura de vínculos, o conflictos continuos</p> <p>*Maltrato familiar</p> <p>*Exposición a la violencia familiar y de pareja</p> <p><i>Escolares y otros contextos sociales</i></p> <p>Abandono, absentismo o fracaso escolar</p> <p>Bajas aspiraciones educativas</p> <p>Falta de disciplina</p> <p>Transiciones escolares frecuentes</p> <p>Conflictos con los compañeros o profesores</p> <p>*Inestabilidad laboral</p> <p>Amigos antisociales</p> <p>Ausencia de otros referentes prosociales</p> <p>Falta de actividades de ocio estructuradas</p> <p>*Aislamiento social</p>	<p>Barbaree & Marshall (2006); Fanniff & Becker (2006); Holtfreter, Reising, & Morash (2004); Lee et al. (2002); Redondo, Martínez-Catena, & Andrés-Pueyo (2011); Maniglio (2012); Sánchez & Siria (2011); Veneziano & Veneziano (2002); Vizard (2007); etc.</p> <p>Abrunhosa & Vieira (2005); Blaske, Borduin, Henggeler, & Mann (1989); van den Berg, Bijleveld, Hendriks, & Mooi-Reci (2014); van der Stouwe, Asscher, Stams, Deković, & van der Laan (2014); van Wijk, van Horn, Bullens, Bijleveld, & Doreleijers (2005); Vázquez (2003); etc.</p>
Oportunidades delictivas	
<p>*Alta disponibilidad de drogas y armas</p> <p>*Alta heterogeneidad étnica/cultural</p> <p>*Déficit en control social informal</p> <p>*Victimas desprotegidas</p> <p>*Lugares de ocio concurridos, espacios oscuros y con poca visibilidad</p> <p>*Lugares aislados</p>	<p>Barbaree & Marshall (2006); Fanniff, Becker, & Gambow (2014); Guy, Douglas, & Hart (2015); Vozmediano & San Juan (2011); etc.</p>

Fuente: Elaboración propia

A efectos terapéuticos, los anteriores riesgos pueden a su vez dividirse en los llamados factores de riesgo *estáticos* y factores de riesgo *dinámicos* (o *necesidades criminógenas*). Los factores de riesgo *estáticos* son aquellos elementos estables a lo largo de la vida de un individuo o de difícil cambio mediante el tratamiento (por ejemplo: ser varón, disfunciones neurológicas, crianza inconsistente, experiencias de abuso sexual en la infancia, etc.); en contraste, los factores *dinámicos* son aquellos correlatos modificables a través de una adecuada intervención terapéutica (como serían las distorsiones cognitivas, la baja autoestima, los déficits en habilidades interpersonales, el consumo de sustancias, etc.) (Abbey, Jacques-Tiura, & LeBreton, 2011; Harkins & Beech, 2007; Whitaker et al., 2008). Por lo tanto, una evaluación detallada de los factores de riesgo es imprescindible para determinar las necesidades de intervención de los delincuentes sexuales (Andrews & Bonta, 2016; Beech & Mann, 2002; Ellis et al., 2009; W. L. Marshall et al., 2013; W. L. Marshall & Marshall, 2014b; Ward, Polaschek, et al., 2006).

2.3. Necesidades criminógenas esenciales

El desarrollo sexual de la mayoría de las personas se inicia en la pubertad y la adolescencia como resultado de sus diversas experiencias de socialización que, por lo que aquí nos concierne, en la generalidad de los casos les permitirán aprender qué conductas e interacciones sexuales resultan apropiadas y cuáles no.

Sin embargo, la investigación especializada ha puesto de relieve que muchos agresores sexuales han experimentado determinadas vivencias traumáticas a edad temprana, tales como abandono familiar, rechazo emocional, abusos sexuales o vivencias sexuales anómalas (como observar o participar en interacciones sexuales forzadas, o bien visualizar pornografía violenta o con imágenes de menores) (Barbaree & Langton, 2006; Becker & Hunter, 1997; Cale, Smallbone, Rayment-McHugh, & Dowling, 2015; Fergusson et al., 2013; Gunby & Woodhams, 2010; Hendriks & Bijleveld, 2004; W. L. Marshall et al., 2013; Seto & Eke, 2015). Por ejemplo, Levenson, Willis y Prescott (2016) exploraron, a partir de una muestra superior a 670 agresores sexuales, su prevalencia de experiencias traumáticas en la infancia. En este estudio concluyeron que los agresores sexuales, en comparación con la población general, tenían una probabilidad 3 veces mayor de haber sufrido abuso sexual en su infancia (el

doble que de abusos físicos), 13 veces superior de haber experimentado abuso verbal, y una probabilidad 4 veces mayor de haber sufrido rechazo emocional.

Dichas experiencias traumáticas y de desapego emocional podrían haber obstaculizado un desarrollo sexual apropiado (Marshall, Laws, & Barbaree, 2013; Marshall, Marshall, Serran, & Fernandez, 2006; Redondo & Martínez, 2012). Como ya destacó Bowlby (1969, 1973, 1980), pionero en el estudio del desarrollo infantil, muchas manifestaciones patológicas y dificultades de interacción social de los individuos son el resultado de procesos de crianza inefectivos y de un mal apego entre padres e hijos (Bretherton, 1992; Redondo, 2002).

Por lo que se refiere específicamente a los agresores sexuales, se ha podido constatar que las carencias educativas y afectivas experimentadas en el seno familiar y otros contextos próximos de los menores suelen propiciar en ellos déficits severos en el desarrollo de la *autoestima* y de las *capacidades de comunicación* y de *relación interpersonal* (Barbaree & Langton, 2006; Ford & Linney, 1995; Hendriks & Bijleveld, 2004; Hulme & Middleton, 2013; Katz, 1990; Porter, Newman, Tansey, & Quayle, 2015; Van Wijk, 1999). Sin embargo, las capacidades anteriores resultan imprescindibles para establecer relaciones afectivas y de intimidad con otras personas, por lo que en su ausencia las relaciones sexuales consentidas pueden ser menos probables y más insatisfactorias.

Así, con la finalidad de afrontar su *aislamiento social* y sus *sentimientos de soledad*, muchos agresores sexuales tenderían a una *hiper-sexualización* de sus pensamientos y conductas (fundamentalmente a través de *fantasías sexuales desviadas* y masturbación) (Mancini, Reckdenwald, & Beauregard, 2012; Maniglio, 2010, 2012; W. L. Marshall & Marshall, 2014c).

Las experiencias, déficits y carencias hasta aquí descritas harían más vulnerables a estos jóvenes para adquirir un interés sexual desviado y unos repertorios conductuales de agresión sexual o de abuso de menores (Agnew, 2014; Becker & Johnson, 2001; Hamby, Finkelhor, & Turner, 2012; Hollin & Palmer, 2009; Lawson, Marshall, & McGrath, 1979; Rathus, 1973; Ward, Polaschek, et al., 2006; Zurbriggen, Gobin, & Freyd, 2010). Por ejemplo, si estos menores sufrieron experiencias de abuso sexual, por razón de su necesidad de atención y de su baja autoestima, podrían haber generado una visión distorsionada y hasta cierto punto positiva del abuso experimentado, que podría dar lugar a un patrón de conducta sexual inadecuado (Redondo, 2002).

Esta podría ser una de las explicaciones de por qué los agresores sexuales muestran numerosas *distorsiones cognitivas* en sus patrones de pensamiento habituales. El constructo de distorsiones cognitivas se define aquí como aquellas creencias y actitudes erróneas sobre sus posibles víctimas y sobre el empleo de la fuerza y la violencia como mecanismo de interacción social (Abel, Becker, & Cunningham-Rathner, 1984; Abel, Becker, Murphy, & Flanagan, 1981; A. T. Beck, 1976; J. S. Beck, 2000). Esencialmente serían pensamientos del tipo: “aunque diga que no, en el fondo lo desea...”; “si esta niña se pasea delante de mí es que quiere...”; “fui violento porque a todas las mujeres les gusta...”. Estas distorsiones cognitivas sesgan la percepción de los agresores sexuales sobre su propia conducta, así como sobre las intenciones, emociones y conductas de sus víctimas (Abel et al., 1989; Craig et al., 2006; Day, Casey, Ward, Howells, & Vess, 2010; Fitzpatrick & Weltzin, 2014; Hempel, Buck, van Vugt, & van Marle, 2015; Merdian, Curtis, Thakker, Wilson, & Boer, 2014; Semiatin, Murphy, & Elliott, 2013; Whitaker et al., 2008).

Otra de las características más relevantes de los agresores sexuales, probablemente ligada también a sus experiencias de victimización en la infancia, tiene que ver con sus *carencias en empatía*, o capacidad para ponerse en el lugar de otras personas y entender y sentir las emociones que el otro pueda estar experimentando y sus circunstancias particulares (Cohen & Strayer, 1996; Geng, Xia, & Qin, 2012). En general, los agresores sexuales presentan fuertes déficits empáticos hacia sus víctimas, por lo que tienen grandes dificultades para imaginar cuáles son sus deseos y qué consecuencias negativas supondría para ellas una agresión sexual (Beavin, 2015; Brown, Walker, Gannon, & Keown, 2013; Fernandez & Marshall, 2003; Hempel et al., 2015; Jolliffe & Farrington, 2004).

Ambos elementos de riesgo, distorsiones cognitivas y déficit en empatía, siguen siendo en la actualidad constructos psicológicos complejos cuya relación directa con el comportamiento delictivo es difícil de determinar (W. L. Marshall & Marshall, 2014a; Martínez-Catena & Redondo, 2016; Maruna & Mann, 2006). A modo de ejemplo, las distorsiones cognitivas pueden ser entendidas como actitudes favorecedoras del delito (implicadas por lo tanto en su etiología), o pueden ser vistas como justificaciones elaboradas tras la comisión del delito (relacionándose así con el mantenimiento de la conducta delictiva).

Pese a ello, tanto las distorsiones cognitivas como la empatía, suelen ser tratadas en todos los programas de rehabilitación de los agresores sexuales como

objetivos principales para fomentar el cambio terapéutico (Helmus, Hanson, Babchishin, & Mann, 2013; Hudson, Wales, Bakker, & Ward, 2002).

Por último, cabe mencionar que muchos de los agresores sexuales no son delincuentes especializados, es decir, que exclusivamente realizan delitos contra la libertad sexual, sino que también suelen haber efectuado delitos de otras tipologías como robos con violencia o intimidación, lesiones o amenazas, violencia contra la pareja, etc. Estos individuos, en concreto, presentarían características psicológicas y patrones de conducta más antisociales que el resto, siendo a su vez más *agresivos e impulsivos* (Andrés-Pueyo & Redondo, 2007; Cunha & Abrunhosa, 2012; Fornells et al., 2002). En cambio, sobre todo entre los abusadores de menores existe una menor “tendencia antisocial” y menores problemas de conducta que en los delincuentes violentos no sexuales (Driemeyer, Spehr, Yoon, Richter- Appelt, & Briken, 2013; Loeber & Farrington, 1998; McCuish et al., 2015). Por su parte, los abusadores de menores sufrirán más problemáticas de tipo *internalizante* como son la *ansiedad social*, los *sentimientos de soledad y tristeza*, la *depresión*... (Becker & Hunter, 1997; Van Wijk et al., 2006) a las cuales las intervenciones rehabilitadoras también deberán dirigirse.

En definitiva, según se ha descrito a lo largo de este apartado, las principales necesidades criminógenas de los agresores sexuales que deberían intentar mejorarse a través de los programas de tratamiento² son las siguientes:

- Baja autoestima
- Dificultades de comunicación
- Ansiedad social
- Agresividad
- Impulsividad
- Distorsiones cognitivas
- Baja empatía
- Dificultades de relación interpersonal
- Sentimiento de soledad y aislamiento social
- Patrones de conducta sexual inapropiados
- Mecanismos de defensa adecuados

² Esta revisión de las principales necesidades criminógenas de los agresores sexuales se vincularía con el Artículo 1 compendiado en esta Tesis Doctoral: *Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual*.

3. REHABILITACIÓN DE LOS AGRESORES SEXUALES

3.1 Tratamiento psicológico de los delincuentes sexuales encarcelados

A lo largo del apartado anterior se han descrito las principales características de los agresores sexuales así como sus principales factores de riesgo. También se mencionó que las necesidades criminógenas de los delincuentes constituyen los objetivos específicos de los programas de tratamiento. De modo que para que un agresor sexual desista del delito las intervenciones psicológicas deben promover diversos cambios internos en los individuos para disminuir en ellos el influjo de los factores de riesgo (Brown, 2015; Day et al., 2010; Redondo, 2008). Entre estos cambios se incluyen modificaciones en la forma de relacionarse con los demás, una forma más realista de interpretar sus delitos, mejorar su empatía y autoestima, etc. (Abbey et al., 2011; Abbey, Wegner, Pierce, & Jacques-Tiura, 2012; Andrews, Bonta, & Wormith, 2011; Barbaree & Marshall, 2006; Beech et al., 2012; Echeburúa & Amor, 2010; Echeburúa & Redondo, 2010; Martínez-Catena, Redondo, Frerich, & Beech, 2016; Rich, 2009).

En la rehabilitación de los agresores sexuales (y de los delincuentes en general) son de especial interés los modelos teóricos de rehabilitación propuestos por los investigadores Andrews y Bonta (2016) conocido como el Modelo de Riesgos-Necesidades y Responsividad (RNR), y el sugerido por Ward (2002), el Modelo de Vidas Satisfactorias.

De manera resumida, el Modelo de rehabilitación Riesgos-Necesidades y Responsividad (RNR) establece, desde una perspectiva cognitivo-conductual, que los programas de tratamiento de los delincuentes deben basarse en tres principios básicos interrelacionados: (1) el *principio de riesgo*, que examina el nivel de riesgo del individuo para vincularlo a la intensidad del tratamiento aplicado; (2) el *principio de necesidad*, que da prioridad en el tratamiento a los factores de riesgo dinámicos (o necesidades criminógenas) vinculados a la conducta delictiva; y (3) el *principio de responsividad*, que considera necesario tener en cuenta otros aspectos que pueden mejorar o entorpecer la efectividad del tratamiento como las características individuales de los sujetos, aspectos

motivacionales, la relación terapéutica... (Andrews & Dowden, 2006, 2007; Andrews et al., 2012, 2011). Este modelo ha sido hasta ahora el más utilizado como base conceptual para el desarrollo de programas con delincuentes (Andrews et al., 2011; Andrews & Bonta, 2016; Howell, 2009; Lipsey & Landerberger, 2006).

Por otro lado, el Modelo de Vidas Satisfactorias adopta una perspectiva de atención a los derechos humanos como eje central de la acción rehabilitadora (Day et al., 2010; Gannon et al., 2012; Ward, Vess, Collie, & Gannon, 2006). Según este modelo existe una relación estrecha entre los factores de riesgo y la satisfacción humana. De forma que las necesidades criminógenas serían indicadores de los errores que los individuos cometen para alcanzar sus propios objetivos y metas. Por lo tanto, el tratamiento de los delincuentes consistiría en dotarles de las herramientas necesarias para llevar un estilo de vida positivo y satisfactorio.

Ambos argumentos explicativos constituyen hoy día la base de la mayoría de los programas de tratamiento con agresores sexuales. Así mismo, los tratamientos más empleados y eficaces con agresores sexuales se fundamentan en la perspectiva cognitivo-conductual (Brandes & Cheung, 2009; Erickson, 2009; Garrido, Morales, & Sanchez-Meca, 2006; Lipsey & Landerberger, 2006; Prentky & Schwartz, 2006; Tong & Farrington, 2006).

Por lo que se refiere a rehabilitación de agresores sexuales encarcelados resulta ineludible la mención del reconocido investigador William Marshall y a su equipo. Estos autores desarrollaron en Canadá el principal programa de tratamiento de agresores sexuales, que posteriormente sirvió como base a muchos de los programas diseñados en otros países (Brown, 2015; Budrionis & Jongsma, 2003; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000; W. L. Marshall & Fernandez, 1997; W. L. Marshall & Marshall, 2014a; Ward, Hudson, & Keeman, 2001; Ward, 2010). (Aunque este programa está en el origen del Programa de Control de la Agresión Sexual aplicado en los centros penitenciarios españoles, no se describirá aquí en detalle ya que resulta preferible abundar en la descripción del programa de tratamiento aplicado en nuestro contexto y objeto de estudio en esta Tesis Doctoral).

El desarrollo de los programas de rehabilitación de delincuentes ha crecido significativamente a lo largo de los últimos años. De modo que, en la actualidad, pueden encontrarse numerosas intervenciones intensivas para el tratamiento de los agresores sexuales y sus versiones específicas en función de los destinatarios

(agresores adultos, jóvenes, abusadores de menores, agresores online, etc.) y de los contextos de aplicación (en prisiones, en la comunidad, como medida penal alternativa, etc.). Por ejemplo, en el Reino Unido se dispone de casi una docena de programas específicos derivados de su programa de tratamiento base, el Programa SOTP; en Suecia cuentan con el programa ROSE para agresores sexuales; en Dinamarca aplican los tratamientos llamados Programa de regímenes de visita, el Programa comunitario para delincuentes sexuales, o el Programa de tratamiento para delincuentes sexuales de alto riesgo; o Estados Unidos, en donde cada Estado cuenta con su propio programa terapéutico y sus adaptaciones a los diferentes contextos.

3.2. El Programa de control de la agresión sexual (PCAS)

El programa de tratamiento para agresores sexuales aplicado en la actualidad en la mayoría de los centros penitenciarios españoles fue diseñado originariamente por Garrido y Beneyto (1996, 1997). Para la creación de este programa de rehabilitación previamente se estudiaron las necesidades de intervención específicas que presentaban los agresores sexuales encarcelados en España (Garrido & Beneyto, 1997; Garrido et al., 1995; Garrido, Beneyto, et al., 1998). Tras este análisis y tomando también en consideración los programas aplicados internacionalmente con agresores sexuales, Garrido y Beneyto diseñaron el primer programa de tratamiento de agresores sexuales en España (Barbaree & Langton, 2006; Barbaree & Marshall, 2006; Brown, 2015; Garrido, Gil, Forcadell, Martínez, & Vinuesa, 1998; Garrido et al., 1995; W. L. Marshall, Marshall, Serran, & O'Brien, 2011). Esta primera versión del programa fue aplicada por primera vez en 1996 en dos centros penitenciarios de Barcelona, en los que se trató en años sucesivos a varias decenas de sujetos.

Tras varios años de aplicación, a partir del año 2000, este mismo tratamiento se transfirió al resto del país y se aplicó en otros centros penitenciarios españoles. Paralelamente, el programa fue revisado por técnicos del Servicio de Instituciones Penitenciarias, dando lugar al actual *Programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS)* (Ministerio del Interior, 2006), objeto de análisis en esta Tesis Doctoral.

El programa PCAS se dirige tanto a agresores de mujeres como a abusadores de menores, tiene una duración aproximada de dos años, se aplica en modalidad grupal, en una o dos sesiones semanales de aproximadamente dos horas y media de duración. En términos generales el programa tiene tres objetivos: 1) mejorar las posibilidades de los participantes de reinserción y de no reincidencia; 2) favorecer su responsabilización del propio delito y reducir sus distorsiones y justificaciones delictivas; y 3) dotarles de habilidades comunicativas y de relación interpersonal.

En coherencia con el principio de riesgo del modelo RNR, el programa PCAS puede aplicarse con varios grados de intensidad, de manera completa o bien reducida, en función del mayor o menor riesgo criminal de los agresores sexuales que van a ser tratados.

El tratamiento completo se compone de los siguientes módulos o ingredientes terapéuticos (Ministerio del Interior, 2006):

- *Entrenamiento en relajación muscular*, que tiene el objetivo de ayudar a los participantes a controlar sus estados de tensión.
- *Tratamiento A: toma de conciencia*, cuya finalidad es que el sujeto adquiera conciencia sobre sus actividades delictivas y sus factores de riesgo. Se compone de los siguientes cinco módulos:
 - *Análisis de la historia personal*, o revisión crítica de la propia vida del sujeto.
 - *Introducción a las distorsiones cognitivas*, orientado a confrontar al individuo con sus errores de pensamiento e interpretación distorsionada sobre otras personas y sobre su propia conducta delictiva.
 - *Conciencia emocional*, que pretende ayudar a los sujetos a reconocer emociones y desarrollar su sensibilidad emocional.
 - *Comportamientos violentos*, se confrontan las conductas de agresión del pasado y el daño ocasionado a sus víctimas.
 - *Mecanismos de defensa*, o análisis crítico de las diversas justificaciones del delito.
- *Tratamiento B: toma de control*, cuya finalidad es que el sujeto mejore el control sobre su propia conducta delictiva. La componen siete módulos más:

- *Empatía con la víctima*, en que se favorecen las capacidades del individuo para entender el sufrimiento de otras personas y específicamente de sus víctimas.
- *Prevención de la recaída*, donde se prepara al sujeto para poder anticipar las situaciones de riesgo de recaída a las que se verá expuesto con probabilidad, y se le enseña a activar respuestas de afrontamiento adecuadas.
- *Distorsiones cognitivas*, en que se profundiza en el trabajo previo sobre estos pensamientos.
- *Estilo de vida positivo*, ingrediente que intenta enseñar a los sujetos a programar su vida cotidiana (horarios, rutinas diarias, objetivos, etcétera).
- *Educación sexual*, en que se les aportan datos e información sobre el funcionamiento de la sexualidad humana y las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo.
- *Modificación del impulso sexual*, módulo opcional para la reducción del impulso sexual ante estímulos inapropiados.
- *Prevención de la recaída*, cuya finalidad es profundizar en las estrategias a seguir para evitar la reincidencia.

A pesar de que es recomendable que los agresores sexuales participantes en un tratamiento muestren auténtica motivación de cambiar³ (Civit, Iturbe, Martínez-Catena, Muro, & Nguyen Vo, 2013; Iturbe, Martínez-Catena, Nguyen Vo, Muro, & Civit, 2016; Martínez-Catena, Civit, Iturbe, Muro, & Nguyen, 2015; Polaschek, Anstiss, & Wilson, 2010; Serin & Lloyd, 2009; Subirana-Malaret & Andrés-Pueyo, 2013), no es un prerrequisito necesario para participar en él. Sin embargo, sí que lo es que los sujetos participen voluntariamente y se impliquen activamente en las sesiones terapéuticas.

3.3. Eficacia de los tratamientos con agresores sexuales

Durante las últimas cuatro décadas se han efectuado, en distintos países y contextos, numerosas evaluaciones de eficacia de los programas de tratamiento

³ Esta relación científica entre motivación para el cambio y eficacia terapéutica se analiza en el siguiente Artículo 3 compendiado en esta Tesis Doctoral: Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales.

con delincuentes. Por lo general, la metodología utilizada en la mayor parte de estudios de eficacia se basa en el análisis de las tasas de reincidencia delictiva de grupos de agresores sexuales tratados en comparación con grupos análogos de agresores sexuales no tratados. Podría decirse que la medida de reincidencia constituye con toda probabilidad la medida más directa posible de la eficacia de cualquier intervención rehabilitadora con delincuentes.

Al revisar la eficacia de los programas de tratamiento de agresores sexuales pueden encontrarse numerosas publicaciones con criterios y diseños de investigación muy distintos. Como sería el caso de las diferentes medidas de reincidencia delictiva seleccionadas (detención policial, imputación firme por un delito, ingreso preventivo en prisión, cumplimiento efectivo de una nueva condena, etc.); el análisis de muestras puras de delincuentes sexuales o mixtas; el empleo de diseños de evaluación experimentales o cuasi-experimentales, etc. En consecuencia, los resultados obtenidos por los diversos estudios pueden llegar a ser muy heterogéneos, y por lo tanto, la interpretación global de los resultados es una tarea delicada y compleja.

Por todo ello, con la finalidad de poder establecer conclusiones sobre la eficacia terapéutica de los programas aplicados ha sido necesario integrar y sintetizar los estudios existentes mediante la técnica del meta-análisis. A través de esta técnica de análisis es posible unificar los criterios de los estudios incluidos en la revisión así como, obtener una medida global de la efectividad del tratamiento en los grupos de delincuentes analizados.

Por ejemplo, en un meta-análisis reciente Beech, Freemantle, Power, y Fisher (2015) revisaron 50 estudios de evaluación del tratamiento con agresores sexuales (N=13,886). Como resultado de ello evidenciaron un efecto positivo de los tratamientos, tanto para la reincidencia sexual (OR=0,58, 95%, CI 0,45-0,74, $p < 0,0001$), como para la general (OR=0,54, 95%, CI 0,42-0,69, $p < 0,0001$). Estos resultados indicaron que la probabilidad de que un sujeto tratado fuese re-encarcelado era la mitad de la que mostraban los individuos no tratados.

En términos de tasas de reincidencia, Hanson y Morton-Bourgon (2009) encontraron, a partir de la revisión de 23 estudios sobre tratamiento, una tasa promedio de reincidencia de 10,9% en los grupos tratados y una de 19,2% en los grupos de control. De forma similar, Lösel y Schumcker (2005; Schmucker & Lösel, 2008) tras la evaluación de hasta 80 estudios de tratamiento con delincuentes sexuales adultos, hallaron en los grupos tratados una tasa promedio

de reincidencia del 11,1% frente a una del 17,5% en los grupos de control o no tratados (diferencia estadísticamente significativa).

A continuación, en la Tabla 2 se recogen los meta-análisis descritos y otros publicados recientemente sobre la eficacia del tratamiento de agresores sexuales. En la primera columna de la Tabla 2 se puede encontrar la cita de los autores de la revisión, en la columna central el número de estudios de eficacia que se revisan en cada meta-análisis, y por último, en la columna de la derecha se concretan los tamaños del efecto o ganancias promedio obtenidas en cada estudio.

Tabla 2. Meta-análisis recientes sobre tratamientos de agresores sexuales

Meta-análisis	N de programas	TE o Ganancia promedio
Schmucker et al. (2015)	29	OR= 1,41
Grønnerød et al. (2015)	14	r= 0,08
Beech et al. (2015)	50	OR= 0,58 (sexual) OR= 0,54 (general)
Dennis et al. (2012)	10	RR 1,87; 95% CI 0,78 to 4,47
Hanson et al. (2009)	22	OR= 0,66
Schmucker, M., y Lösel, F. (2008)	80	OR= 1,70 (reincidencia sexual);
Revisión sistemática (no meta-análisis)		OR= 1,90 (reincidencia violenta); OR= 1,67 (reincidencia global)
Lösel and Schmucker (2005)	80	d= + 0,29
Brooks-Gordon, Bilby y Wells (2006)	9	Efectos + para TCC al año de seguimiento; pero efectos – a los 10 años
Bilby, Brooks-Gordon y Wells (2006)	17	Revisión sistemática: Reducción de la agresión k= 7 Resultados no significativo k= 10
Reitzel y Carbonell (2006)	9	OR= 0,43
Walker et al. (2004)	10	d= +0,26
Hanson et al. (2001)	43	OR= 0,81
Gallagher et al. (1999)(1999)	25	d= +0,43
Sutton (1999)	79	d= +0,10
Lipsey y Wilson (1998)	83	d= +0,10

Meta-análisis	N de programas	TE o Ganancia promedio
Lipsey y Wilson (1998)	117	d= +0,14
Hall (1995)	12	d= +0,12

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 2 puede observarse que los meta-análisis revisados obtienen tamaños del efecto muy diversos (teniendo en cuenta las diferentes equivalencias entre unos y otros indicadores estadísticos). Parece que algunos de estos estudios de revisión no han podido probar la eficacia de los tratamientos revisados (Dennis et al., 2012; Grønnerød et al., 2015). No obstante, atendiendo a los meta-análisis que han empleado como indicador la *d de Cohen* se puede observar un tamaño del efecto promedio de 0,21 (con un rango de entre +0,10 y +0,43). Estos resultados, así como los obtenidos por los otros meta-análisis recogidos en la Tabla 2, sugieren que los programas de tratamiento tienen una eficacia positiva aunque parcial. Además, son coherentes con la mayoría de los meta-análisis realizados hasta la fecha sobre tratamiento de agresores sexuales.

Como conclusión global de este apartado puede decirse que los tratamientos aplicados logran una reducción promedio de la reincidencia delictiva de alrededor de 12 puntos (Cooke & Philip, 2001; Garrido et al., 2006; Koehler, Humphreys, Akoensi, Sánchez de Ribera, & Lösel, 2014; Schmucker & Lösel, 2015). De forma que mientras los grupos de agresores sexuales tratados obtienen tasas de reincidencia de en torno al 7-11%, los grupos no tratados se sitúan en una tasa de reincidencia de alrededor del 20% (Beech et al., 2015; Hanson & Harris, 2001).

En definitiva, pese a que no existe plena unanimidad acerca de la eficacia de los tratamientos de los agresores sexuales parece que estos logran reducir su reincidencia a la mitad de la que sería esperable en ausencia de tratamiento.

3.4. Evaluaciones españolas de eficacia a partir de la reincidencia

En nuestro país, tras dos décadas de aplicación del programa PCAS anteriormente descrito, también se han realizado diversas evaluaciones de eficacia rehabilitadora. La primera evaluación de este tipo fue efectuada por Redondo y su equipo en 2005, a partir de una muestra de 49 agresores sexuales

tratados en comparación con un grupo de control de 74 agresores sexuales no tratados, todos ellos encarcelados en dos prisiones de Barcelona (Redondo, Navarro, Martínez, Luque, & Andrés-Pueyo, 2005). Se analizó la reincidencia delictiva de la muestra a lo largo de un período de seguimiento promedio de cuatro años. En esta evaluación se encontró que solo un 4,1% de los agresores sexuales tratados había reincidido en delitos sexuales, mientras que la tasa de reincidencia de los sujetos no tratados fue del 18,2%. De forma que el tratamiento logró disminuir en 14 puntos la tasa base de reincidencia de los agresores sexuales (o porcentaje de reincidencia esperable en ausencia de tratamiento).

Diecisiete años después de la realización de este estudio se ha vuelto a analizar la tasa de reincidencia de la misma muestra de sujetos (Redondo, Martínez-Catena, Gil, Mangot, & González, en preparación). En esta nueva evaluación el grupo de agresores sexuales tratados ha evidenciado una tasa de reincidencia en delitos sexuales del 6,1% frente a una reincidencia del grupo control del 21,6%. Además, a través de este último análisis se ha podido observar cómo la mayor parte de las reincidencias delictivas se producen durante los primeros 6 años tras la excarcelación de los sujetos. Mientras que, una vez superado ese período inicial, la reincidencia de la muestra tiende a disminuir abruptamente hasta la desaparición completa de los episodios de reincidencia.

También en Madrid se efectuó en 2008 una evaluación de eficacia del tratamiento de los agresores sexuales independiente de los estudios anteriormente descritos (Valencia, Andreu, Minguez, & Labrador, 2008). En este análisis de reincidencia se realizó el seguimiento de una pequeña muestra de agresores sexuales tratados (N=22) y no tratados (N=21). En esta ocasión también se obtuvieron resultados positivos y análogos a los precedentes, ya que solamente 1 sujeto del grupo de tratamiento reincidió en delitos sexuales (correspondiente al 4,5% de la muestra) en comparación con los 3 individuos reincidentes del grupo de control (lo que corresponde al 13% de la muestra).

A partir de estas evaluaciones de eficacia se ha podido comprobar que el programa PCAS se asocia a una reducción significativa de la reincidencia delictiva de los agresores sexuales tratados, en la misma dirección positiva de los hallados en diversos estudios internacionales. Pero además los resultados obtenidos en los estudios españoles comportan una mayor reducción de la reincidencia post-tratamiento que la observada en otros estudios europeos de eficacia (Gillis & Gass, 2010; Hanson & Morton-Bourgon, 2009; Lösel &

Schmucker, 2005; Prentky & Schwartz, 2006; Reitzel & Carbonell, 2006; Schmucker & Lösel, 2008).

3.5. Evaluación del cambio terapéutico de los agresores sexuales tratados

Hasta aquí ha podido verse cómo los análisis de reincidencia resultan útiles para evaluar la eficacia final de los programas de tratamiento con delincuentes. Aun así, para lograr que finalmente se produzca la completa abstinencia delictiva de un sujeto (es decir, su no reincidencia) probablemente, a corto y medio plazo, son necesarios cambios personales paulatinos en sus hábitos, pensamientos y emociones; a la vez que también es necesario que posteriormente cuente con oportunidades favorables para el desarrollo de una vida socialmente integrada: que cuando vuelva a emprender su vida en sociedad consiga consolidar los nuevos hábitos y valores adquiridos durante el tratamiento, logre un empleo que le permita subvenir a sus necesidades materiales y sociales, establezca vínculos familiares y de amistad y, en definitiva, pueda sentirse eficaz y personalmente realizado. Debido a esta complejidad de los procesos de cambio personal y de factores que influyen sobre un individuo, la evaluación exclusiva de la reincidencia delictiva es una medida demasiado global de la eficacia terapéutica que pueda tener un programa de tratamiento.

Por ello, la evaluación de la eficacia del tratamiento de los agresores sexuales requiere, además de la evaluación final de la reincidencia, mediciones inmediatas más sensibles y precisas de los posibles cambios terapéuticos que puedan operarse como resultado de la participación de los delincuentes en un programa; es decir, en variables psicológicas y necesidades criminógenas concretas que son objetivos del tratamiento, tales como el desarrollo de su empatía y asertividad, o en la reducción de su agresividad y soledad.

Por los motivos que se acaban de razonar, en 2005 la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias solicitó a nuestro equipo de investigación de la Universidad de Barcelona la evaluación terapéutica global del Programa de Control de la Agresión Sexual aplicado en las prisiones españolas. Es decir, la

evaluación específica del cambio terapéutico producido en los sujetos tratados, así como su posterior evaluación de la reincidencia delictiva.⁴

A este fin se diseñó la *Escala de Evaluación Psicológica de Agresores Sexuales* (EPAS) (Redondo, Martínez, & Pérez-Ramírez, 2005)⁵. La finalidad de esta herramienta específica es la valoración del cambio terapéutico en agresores sexuales; por lo tanto, a través de su aplicación se debe poder evaluar el cambio de los sujetos en las distintas variables psicológicas que el programa de tratamiento pretende mejorar.

La escala EPAS, en su versión actual, se organiza en dos partes. La primera de ella se compone de un total de 117 ítems con opciones de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, y evalúa el cambio personal en las siguientes ocho variables terapéuticas:

1. Mejora de la asertividad, o capacidad de un sujeto para expresar sus sentimientos y deseos de forma abierta pero no agresiva;
2. Disminución de los sentimientos de soledad experimentados por el sujeto;
3. Aumento de la autoestima social, o valoración razonable de uno mismo;
4. Disminución de la ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas, o el grado de malestar que el sujeto ha experimentado en el pasado ante conductas concretas de interacción sexual;
5. Reducción de las distorsiones cognitivas, o errores de pensamiento en relación al propio delito, las mujeres, etc.;
6. Disminución de la impulsividad;
7. Reducción de la agresividad o tendencia a actuar de forma iracunda en situaciones sociales;
8. Aumento de la motivación para el cambio terapéutico.

La segunda parte de la escala se destina a la evaluación de la posible mejora en la empatía de los individuos, para lo cual se dispone de dos escalas específicas: EPAS-A, dirigida a la evaluación de los abusadores de menores (compuesta por 112 ítems); y EPAS-V, para la valoración de la empatía de los

⁴ Este objetivo se vincularía con los Artículos 4 y 5 compendiados en esta Tesis Doctoral, titulados respectivamente: *Psychological treatment and therapeutic change in incarcerated rapists*, y *Eficacia terapéutica del Programa de control de la agresión sexual (PCAS) aplicado en los centros penitenciarios españoles*.

⁵ Con motivo de la presentación pública de la escala EPAS se publicó en artículo compendiado en esta Tesis Doctoral siguiente: Artículo 1: *Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual*.

agresores sexuales (con 118 ítems). Esta parte se encuentra segregada del resto de la escala por motivo de su relevancia terapéutica y por la complejidad de su evaluación.

Por el momento, las evaluaciones sobre la estructura psicométrica de la escala han resultado positivas, observándose las correlaciones esperadas entre las diferentes subescalas y valores de consistencia interna entre moderados y altos (con unas alphas de Cronbach entre 0.94 y 0,56).

Para llevar a cabo esta evaluación de eficacia terapéutica se ha utilizado un diseño de evaluación intra-sujetos e intergrupos, mediante el que se pretende recoger información pre-tratamiento y post-tratamiento de tres grupos de sujetos distintos: a) agresores sexuales de mujeres; b) abusadores de menores; y c) otros delincuentes violentos.

Además de la información proporcionada por EPAS se han recogido también datos sociodemográficos y de carrera delictiva de los participantes. Dicha información es obtenida directamente por los técnicos de los centros penitenciarios, quienes recibieron una formación previa para ello. Por el momento, se ha recogido información de más de 900 sujetos encarcelados en múltiples centros penitenciarios españoles en que se aplica el tratamiento de agresores sexuales. No obstante, los datos concernientes a los grupos de control todavía se encuentran incompletos.

Los análisis realizados hasta ahora mediante la aplicación de la Escala EPAS han dado lugar a los resultados presentados en esta Tesis Doctoral.

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1. Objetivos

El objetivo general de esta Tesis Doctoral es la evaluación de la eficacia terapéutica del Programa de Control de la Agresión Sexual aplicado en los diferentes centros penitenciarios españoles.

En consonancia con este objetivo general, se establecen los siguientes objetivos específicos:

- a) Revisar la investigación científica sobre las principales necesidades criminógenas de los agresores sexuales, con la finalidad de evaluar en qué medida los programas de tratamiento contribuyen a la solución de dichas necesidades y a la mejora terapéutica de los agresores.
- b) Explorar la existencia de diversas tipologías de agresores sexuales en función de sus necesidades criminógenas o de tratamiento.
- c) Evaluar el cambio y la mejora terapéutica en una muestra de agresores sexuales tras su participación en el programa de tratamiento.

4.2. Hipótesis

En relación con los anteriores objetivos, las hipótesis planteadas son las siguientes:

- Hipótesis 1: Si se atiende prioritariamente a las necesidades criminógenas, o factores de riesgo dinámicos, de los agresores sexuales (no solo o principalmente a sus factores de riesgo estáticos), podrán establecerse categorías de agresores que faciliten su tratamiento.
- Hipótesis 2: La motivación para el cambio terapéutico de los agresores sexuales se incrementará a lo largo del proceso de desarrollo del tratamiento, desde estadios de cambio menos avanzados a estadios más avanzados.
- Hipótesis 3: La participación de los agresores sexuales en un programa de tratamiento promoverá la disminución de sus necesidades criminógenas y su mejora terapéutica.

- Hipótesis 4: Las mejoras terapéuticas como resultado del tratamiento aplicado podrán constatarse tanto en agresores de mujeres como en abusadores de menores.

5. PUBLICACIONES

Debido a que esta Tesis Doctoral se presenta en formato de compendio de publicaciones, a continuación se incluyen 5 artículos científicos publicados que guardan relación directa con los objetivos específicos establecidos en el capítulo anterior:

- Objetivo A** Artículo 1: Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual.
- Objetivo B** Artículo 2: A Dynamic Risk Factors-Based Typology of Sexual Offenders.
- Objetivo C** Artículo 3: Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales.
Artículo 4: Psychological treatment and therapeutic change in incarcerated rapists.
Artículo 5: Eficacia terapéutica del Programa de control de la agresión sexual (PCAS) aplicado en los centros penitenciarios españoles.

Previamente, se aporta para cada estudio su referencia completa y una breve reseña sobre el impacto científico de la revista en la que han sido publicados. En cuanto a las referencias propias de cada artículo se han incluido en la lista final de esta Tesis Doctoral.

Artículo 1

Referencia: Martínez-Catena, A., & Redondo, S. (2016). Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 19-29.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2016.04.003>

Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual
[Etiology, prevention and treatment of sexual delinquency and crime]

ANUARIO DE PSICOLOGÍA JURÍDICA, 26, 19-29.

Ana Martínez-Catena & Santiago Redondo

Ana Martínez-Catena, Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamientos Psicológicos, Universidad de Barcelona

Santiago Redondo Illescas, Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamientos Psicológicos, Universidad de Barcelona

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

La correspondencia de este artículo debe dirigirse a Santiago Redondo Illescas, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Barcelona, Passeig Vall d'Hebrón, 171 (Edifici Ponent), 6ª planta, 08035- Barcelona (España).

Resumen

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

Palabras clave: delincuencia sexual; etiología; prevención; tratamiento; cambio terapéutico; reincidencia

Abstract

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

Keywords: sex offence; aetiology; prevention; treatment; therapeutic change; recidivism

Introducción: los delitos sexuales

La delincuencia sexual suscita una general aversión y rechazo social. Particularmente, cuando se trata del abuso sexual de niñas o niños, o bien de delitos violentos como las agresiones y violaciones de mujeres. De ahí la gran alarma pública que estos delitos provocan y la relevancia mediática y social que suelen tener.

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

Los datos internacionales sobre victimización sexual son muy heterogéneos, dependiendo de las regiones y países evaluados. Por ejemplo, el informe internacional de victimización correspondiente a la evaluación realizada en 1996 sobre 29 estados (incluyendo muchos países en vías de desarrollo, como India, Uganda, etc.) reflejaba tasas anuales de victimización sexual de entre el 1% y el 10%, con una prevalencia promedio de alrededor del 3% (Zvecic & Alvazzi del Frate, 1998); mientras que la valoración de 2003-2004 sobre 38 países (pero en este caso muchos de ellos desarrollados) mostraba ratios de victimización sustancialmente más bajas, de entre 0,1% y 1,4%, con una media de 0,6% (van Dijk et al., 2007). De forma análoga, en estudios de auto-informe retrospectivos, la prevalencia de mujeres que reconocen haber experimentado algún episodio de abuso o de agresión sexual durante su infancia oscila en el amplio rango del 8% al 71%, con un promedio del 28% (Brown, 2015). Esta heterogeneidad victimológica también guarda relación con el sexo de las víctimas. Según un análisis reciente sobre muestras de adolescentes hasta la edad de 17 años, la prevalencia de victimización sexual informada por las mujeres era del 26,6% y la reconocida por los hombres del 5,1% (David Finkelhor, Shattuck, Turner, & Hamby, 2014).

Si se comparan entre sí países y regiones del mundo, las cifras de victimización sexual suelen ser algo más elevadas en los países asiáticos, africanos y americanos, y más bajas en los europeos (Pérez-Ramírez, 2015; Redondo & Martínez-Catena, 2015). Por ejemplo, en Estados Unidos un 17,6%

de las mujeres manifestaban haber sufrido algún tipo de abuso o de agresión sexual en algún momento de su vida (Tjaden et al., 2000). Tasa que en los países europeos se situaría en torno al 11% de las mujeres (European Agency for Fundamental Rights, 2014). En el contexto europeo, España ocuparía una de las posiciones más bajas por lo que se refiere a delitos sexuales. En muestras evaluadas durante tres décadas, entre 1978 y 2008, se han obtenido tasas anuales de victimización sexual que oscilan en el rango 0-3,5% (García-España et al., 2010; Redondo & Garrido, 2013), sustancialmente más bajas que el promedio internacional y europeo.

Todo lo anterior hace referencia a los abusos o agresiones sexuales que las víctimas manifiestan haber sufrido. No obstante, haber experimentado un abuso o agresión sexual no necesariamente comporta que la víctima acabe formalizando una denuncia por el delito sufrido, sino que solo una parte de las agresiones llega a denunciarse. Algunos estudios norteamericanos han estimado que solo uno de cinco delitos sexuales cometidos llegaría a denunciarse (Mayhew et al., 1989) e incluso que tan solo se denunciaría uno de cada quince (Percy & Mayhew, 1997). En España, de acuerdo con datos recogidos por el Observatorio de la Delincuencia (ODA) de la Universidad de Málaga, la tasa promedio de denuncia de los delitos sexuales se situaría alrededor del 30% (Díez-Ripollés et al., 2009). En concreto, en 2013 se denunciaron globalmente 8.923 delitos contra la libertad sexual, lo que corresponde a menos del 1% del conjunto de las denuncias recibidas por la policía (Ministerio del Interior, 2016). Por categorías de delitos sexuales denunciados, casi la mitad corresponden a agresiones sexuales (incluidas las violaciones), una cuarta parte a abusos y la restante cuarta parte a exhibicionismo, acoso, provocación sexual, etc.

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

Etiología de la agresión sexual

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

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

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

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

Sin embargo, en el ámbito de la delincuencia sexual, el constructo “distorsión cognitiva” no suele emplearse de un modo muy preciso, sino que con él puede hacerse referencia a conceptos muy diversos como actitudes favorecedoras del delito, procesamiento cognitivo del sujeto durante su comisión, o justificaciones del delito *ex post facto* (Marshall, Marshall, & Kingston, 2011; Maruna & Mann, 2006; Ward, 2000). Para el caso de los abusadores de niños, una de las primeras definiciones de distorsiones cognitivas fue concebirlas como

un sistema de creencias favorecedor de la relación sexual con menores, con el consiguiente conflicto entre la preferencia sexual del individuo y las normas sociales (Abel et al., 1984). Posteriormente, se fueron incorporando también al concepto de distorsión cognitiva las asunciones aprendidas, actitudes y creencias mediante las que el individuo justifica, minimiza y racionaliza sus agresiones sexuales (Blumenthal, Gudjonsson, & Burns, 1999; Calder, 1999; Murphy, 1990).

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

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

reciente ha documentado una asociación significativa, de magnitud moderada, entre mejora de actitudes (uno de los posibles procesos inmersos en las distorsiones cognitivas) y reducción de la reincidencia sexual (Helmus et al., 2013).

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

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

Por último, en comparación con otros delincuentes violentos que suelen presentar más problemáticas *externalizantes* (es decir, conductas de violencia física o verbal, comportamientos desafiantes, hiperactividad, problemas

antisociales...), los agresores sexuales muestran en mayor grado problemas *internalizantes* (incluyendo ansiedad social, sentimientos de soledad, tristeza, fantasías sexuales desviadas...) (Becker & Hunter, 1997; Van Wijk et al., 2006). Por ello, muchos agresores sexuales, y sobre todo abusadores de menores, presentan una menor “tendencia antisocial” y menores problemas de conducta que los delincuentes violentos no sexuales (Driemeyer et al., 2013; Loeber & Farrington, 1998; McCuish et al., 2015).

Prevención de la agresión sexual

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

Como ya se ha comentado, durante la pubertad y la adolescencia los jóvenes se inician en la sexualidad, y deberían aprender con rapidez qué comportamientos sexuales resultan aceptables socialmente y cuáles son inaceptables e ilícitos. Para ello deben recibir, a partir de la educación familiar y escolar, información, pautas de conducta y valores apropiados para sus posibles interacciones sexuales con otras personas (Medjack, Cirlugea, & Bennett, 2014). Como resultado de esta información y educación generales, lo esperable es que la inmensa mayoría de los adolescentes adquieran con normalidad repertorios sexuales adecuados, lo que incluye la inhibición y evitación de todo contacto sexual con menores y de conductas sexuales de fuerza y violencia.

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

Cubellis & Ackerman, 2015; Fanniff, Becker, & Gambow, 2014; Knight & Sims-Knight, 2014).

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

También por encargo de la misma Comunidad de Madrid, Redondo et al. (2012) diseñaron un programa educativo y terapéutico más amplio para menores infractores sexuales, integrado por los siguientes siete módulos de intervención: 1) Afianzando tu autoestima puedes mejorarte a ti mismo; 2) Conocer mejor la sexualidad; 3) Aumenta tus habilidades para las relaciones afectivas y sexuales; 4) Aprende a no distorsionar y justificar el abuso; 5) Autocontrol emocional para evitar conflictos; 6) Sentir solidaridad y empatía con las víctimas; 7) Prepárate para prevenir que los abusos puedan repetirse. El programa se desarrolla a lo largo de 35 sesiones terapéuticas y su intensidad global es de unas 50 horas, a las que deben añadirse otras 15 horas necesarias para la evaluación. La intervención consta de un Manual del terapeuta (actividades, objetivos, materiales, estructura, dinámica y recomendaciones de aplicación), un Anexo de actividades (libro de ejercicios para los jóvenes participantes) y un Cuaderno personal de terapia (que incluye auto-registros de observación, hojas de respuesta, anotación de tareas,

resúmenes de las sesiones...). (Puede accederse libremente a este programa a partir del siguiente enlace de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142702319362&idConsejeria=1109266187224&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109167959659&idPagina=1343068184421&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid&sm=1343068184432).

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

Tratamiento especializado de agresores sexuales

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

En 2015 había en las prisiones españolas algo más de tres mil quinientos internos condenados por delitos sexuales, lo que equivale a un 5,7% de la población penitenciaria total (Ministerio del Interior, 2016). Los agresores sexuales, debido a la gravedad, rechazo social y riesgo que comportan sus delitos, constituyen un grupo delictivo de interés prioritario para la aplicación de

tratamientos en prisión (Day et al., 2010; Echeburúa & Redondo, 2010; Redondo, 2008).

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

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

Por ejemplo, en el Reino Unido los Servicios de Prisiones han generado diversos formatos de tratamiento como los siguientes (Brown, 2015; Hollin & Palmer, 2006): el Programa de tratamiento de delincuentes sexuales (*Sex Offender Treatment Programme, SOTP*), cuyo elemento terapéutico central es la confrontación de las justificaciones y excusas que son más frecuentes en los agresores sexuales; el *SOTP Adapted Programme*, que es una versión para sujetos con disminución intelectual; una modalidad para delincuentes de *bajo riesgo*; una versión de continuación del tratamiento (*Better lives Booster SOTP Programme*) para sujetos de *alto riesgo*; y diferentes formatos de tratamiento de delincuentes sexuales en la *comunidad*.

El programa de tratamiento actualmente aplicado con los delincuentes sexuales en las prisiones españolas se denomina *Programa de control de la agresión sexual* (Ministerio del Interior, 2006). Este programa fue diseñado en origen por Garrido y Beneyto (1996, 1997) tomando en consideración los

programas aplicados internacionalmente y las necesidades de intervención específicas que presentan los agresores sexuales encarcelados (Barbaree & Langton, 2006; Barbaree & Marshall, 2006; Brown, 2015; Garrido, Gil, et al., 1998; Garrido et al., 1995; W. L. Marshall, Marshall, Serran, et al., 2011). El tratamiento, que se dirige tanto a violadores como a abusadores de menores, tiene como objetivos generales los siguientes (Garrido & Beneyto, 1996): 1) mejorar sus posibilidades de reinserción y de no reincidencia; 2) favorecer un análisis más realista de sus actividades delictivas, que reduzca sus distorsiones y justificaciones delictivas; y 3) mejorar sus capacidades de comunicación y relación interpersonal.

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

En su aplicación completa el tratamiento suele comportar la realización de entre una y dos sesiones semanales, a lo largo de un periodo prolongado, de entre uno y dos años. La intervención se administra principalmente en formato grupal, aunando a agresores sexuales de mujeres adultas y a agresores de menores. El tratamiento completo se compone de los siguientes módulos o ingredientes terapéuticos (Ministerio del Interior, 2006): 1) entrenamiento en relajación, con el objetivo de ayudar a los participantes a controlar sus estados de tensión; 2) análisis de la historia personal, o revisión crítica de la propia vida; 3) distorsiones cognitivas, módulo que se orienta a confrontar al individuo con sus interpretaciones erróneas sobre otras personas y sobre su propio comportamiento; 4) conciencia emocional, en donde se intenta desarrollar la sensibilidad emocional de los sujetos; 5) comportamientos violentos, en que se repasan críticamente las previas conductas de agresión y el daño ocasionado a sus víctimas; 6) mecanismos de defensa, o análisis crítico de las propias excusas y

justificaciones del delito cometido; 7) empatía con la víctima, para favorecer las capacidades solidarias del individuo al respecto del sufrimiento de otras personas y específicamente de sus víctimas; 8) prevención de la recaída, que prepara al sujeto para anticiparse y precaverse, mediante las respuestas de afrontamiento apropiadas, frente a las situaciones y estímulos de riesgo; 9) estilo de vida positivo, o intento de enseñar a los participantes a mejorar sus hábitos diarios (horarios, autocuidado, salud...); 10) educación sexual; y 11) modificación del impulso sexual, técnica que en general se ha utilizado de manera más discrecional, dependiendo del propio criterio del terapeuta (Ministerio del Interior, 2006 p.377), en función del grado de desviación sexual mostrado por un sujeto.

La primera aplicación en España de este programa de tratamiento con agresores sexuales se realizó en 1996 en dos centros penitenciarios de Barcelona, en los que se trató sucesivamente a varias decenas de sujetos. Posteriormente, a partir del año 2000, este mismo tratamiento se transfirió y se aplicó en otros centros penitenciarios españoles. Actualmente el *Programa de control de la agresión sexual (PCAS)* se realiza en más de cuarenta centros penitenciarios de toda España.

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

A pesar de lo recomendable que resulta que los agresores sexuales participantes en un tratamiento muestren deseo auténtico de cambiar su conducta

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

Evaluación de la eficacia del tratamiento: reincidencia y cambio terapéutico

Medida de la reincidencia delictiva

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

Durante más de cuatro décadas se han efectuado múltiples estudios evaluativos de grupos de delincuentes sexuales tratados en distintos países y contextos. Y posteriormente los resultados de muchos de estos estudios se han integrado y sintetizado mediante la técnica del meta-análisis, que permite obtener una medida global de efectividad en los grupos de delincuentes que fueron tratados frente a los que no lo fueron. No existe plena unanimidad acerca de la

eficacia de los tratamientos de los agresores sexuales, y algunos meta-análisis recientes no han podido probar tal eficacia (Dennis et al., 2012; Gronnerod et al., 2015). No obstante, la mayoría de los meta-análisis que han integrado programas de tratamiento de agresores sexuales han mostrado reducciones significativas de la reincidencia como resultado de la aplicación de tratamientos (Beech et al., 2015).

Por ejemplo, Lösel y Schumcker (2005; Schumcker & Lösel, 2008) evaluaron hasta 80 programas de tratamiento con delincuentes sexuales adultos, hallando en los grupos tratados una tasa promedio de reincidencia de 11,1% frente a una de 17,5% observada en los grupos de control o no tratados (diferencia estadísticamente significativa). En un meta-análisis sobre tratamiento con agresores sexuales juveniles, Reitzel y Carbonell (2006) obtuvieron también una diferencia significativa entre la tasa promedio de reincidencia de los sujetos tratados, que fue del 7,37%, y la de los controles o no tratados, situada en 18,93%. Hanson et al. (2009) integraron 23 estudios sobre tratamiento de agresores sexuales, observando una tasa promedio de reincidencia de 10,9% en los grupos tratados frente a una reincidencia del 19,2% en los grupos de control.

Es decir, de acuerdo con resultados internacionales existentes, los grupos de agresores sexuales participantes en tratamientos muestran tasas más bajas de reincidencia, que oscilan en el rango 7,37-11,1%, frente a las tasas más elevadas obtenidas por los grupos de control, que fluctúan entre 17,5% y 19,2%. En síntesis, la aplicación de tratamiento con grupos de agresores sexuales logra reducir su reincidencia a la mitad (en promedio un 9,23%) de la que sería esperable en ausencia de tratamiento (en promedio un 18,35%).

Por lo que se refiere a España, tras varios años de aplicación del programa anteriormente descrito, se efectuó una primera evaluación de eficacia del tratamiento a partir de analizar la reincidencia delictiva de una muestra de 49 sujetos tratados en las prisiones de Quatre Camins y Brians entre 1996 y 2002, en comparación con la reincidencia de un grupo de control de 74 sujetos no tratados (Redondo, Navarro, et al., 2005). Tras un periodo de seguimiento próximo a cuatro años, tan solo un 4,1% de los agresores sexuales tratados había reincidido en delitos sexuales, mientras que la reincidencia del grupo de sujetos no tratados ascendió al 18,2%. Es decir, los resultados de esta primera evaluación de eficacia evidenciaron que el tratamiento aplicado logró disminuir en 14 puntos la tasa base de reincidencia de los agresores sexuales que podría esperarse sin tratamiento. Resultado de eficacia que supera un poco a la eficacia promedio de

los tratamientos de los agresores sexuales obtenida de acuerdo con los meta-análisis antes referidos (Gillis & Gass, 2010; Hanson & Morton-Bourgon, 2009; Lösel & Schmucker, 2005; Prentky & Schwartz, 2006; Reitzel & Carbonell, 2006; Schmucker & Lösel, 2008).

Una segunda evaluación de eficacia de este tratamiento a partir del análisis de la reincidencia se realizó en 2008 en Madrid, sobre una muestra de 22 agresores sexuales tratados en comparación con 21 delincuentes no tratados (Valencia et al., 2008). En este estudio, independiente del primero, se obtuvieron resultados muy semejantes. En concreto, del grupo de tratamiento solo reincidió un sujeto (correspondiente al 4,5% de la muestra) mientras que del grupo de control reincidieron sexualmente 3 sujetos (lo que corresponde al 13% de la muestra).

Por ello, a partir de los dos estudios complementarios a que se acaba de hacer referencia, puede considerarse que el tratamiento aplicado en las prisiones españolas con los agresores sexuales se asocia a una reducción significativa de su reincidencia delictiva, reincidencia que habría sido probablemente más elevada en ausencia de tratamiento. Y el mérito principal de estos dos estudios es precisamente haber evaluado, como medida de eficacia del tratamiento de los agresores sexuales, la variable reincidencia delictiva, que constituye seguramente la medida más directa posible de la eficacia de cualquier intervención rehabilitadora con delincuentes.

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

más concretos que pueden producirse en los individuos como resultado de su participación en un tratamiento, en todas aquellas variables psicológicas y factores de riesgo que el tratamiento pretende mejorar, tales como el desarrollo de su empatía, asertividad o autoestima, o en la reducción de sus distorsiones cognitivas y su agresividad.

Evaluación de la eficacia terapéutica

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

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

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

de ello, se tradujeron y adaptaron un total de 13 instrumentos de evaluación susceptibles de ser aplicados a agresores sexuales (véase una breve descripción en la Tabla 1).

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

Variable terapéutica	Instrumento original	Objetivo y descripción
Asertividad	Escala Simple de Asertividad de Rathus (Rathus, 1973)	Analiza las conductas del sujeto ante diversas situaciones sociales en las que está implicada la asertividad. 30 ítems, escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos: -3 (“muy poco característico en mí”); +3 (“muy característico en mí”). Escala Simplificada en la traducción española: de 1 a 6 puntos. Correlación test-retest $r = 0,78$.
Soledad/aislamiento	Escala UCLA de Soledad (Russek, Peplau, & Cutrona, 1980)	Evalúa el grado en que las personas se sienten solas en el contexto de diferentes experiencias. 20 ítems, escala de respuesta tipo Likert: 1 (“Nunca”); 4 (“Siempre”). Correlación test-retest $r = 0,73$; y consistencia interna $\alpha =$ entre 0,89 y 0,94.
Autoestima social	Inventario de Autoestima Social (Lawson et al., 1979)	Evalúa la autoestima del sujeto en diferentes situaciones sociales. 30 ítems, escala de respuesta Likert de 6 puntos: 1 (“completamente en desacuerdo”); 6 (“completamente de acuerdo con ella”). Correlación test-retest $r = 0,88$.
Ansiedad ante situaciones sexuales	Escala de Excitación Sexual (SAI-E) (Hoon & Chambles, 1986)	Analiza la ansiedad sexual percibida por el sujeto ante varias experiencias sexuales normalizadas. 28 ítems, con una escala de respuesta de 7 puntos: -1 (“Me siento relajado, a gusto”); 5 (“Siempre me causa ansiedad, ansiedad extrema”).
Distorsiones cognitivas	Escala de cogniciones (Abel et al. 1989)	Evalúa pensamientos distorsionados favorables al abuso de menores. 29 ítems, escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos: 1 (“Completamente de acuerdo”); 5 (“Completamente en desacuerdo”). A menor puntuación, mayor número de distorsiones cognitivas. Correlaciones test-retest $r > 0,70$.
	Escala de Aceptación de Creencias sobre la	Evalúa la aceptación de mitos relacionados con la violación, concretamente las creencias y

Variable terapéutica	Instrumento original	Objetivo y descripción
	violación(IRMA) (Payne, Lonsway, & Fitzgerald, 1999)	pensamientos culturales que apoyan y mantienen la violencia sexual contra las mujeres. 45 ítems en una escala de respuesta de 7 puntos: 1 (“Totalmente en desacuerdo”); 7 (“Totalmente de acuerdo”). A mayor puntuación mayor distorsión cognitiva. Consistencia interna: $\alpha= 0,93$.
Impulsividad	Cuestionario de Impulsividad de Barratt (BIS-11). (Patton, Stanford, & Barratt, 1995)	Valora distintas formas de impulsividad: motora, cognitiva e impulsividad por no-planificación. 30 ítems, con respuesta de tipo Likert: 1 (“Nunca”); 4 (“Siempre”). Consistencia interna: $\alpha= 0,80$.
Agresividad	Cuestionario de Agresión Refinado (AQ) (Gallardo, Kramp, Pérez-Ramírez, García-Forero, & Andrés-Pueyo, 2006)	Valora comportamiento y personalidad agresiva. Mide cuatro aspectos relacionados con ésta: agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad. Validación española disponible: 12 ítems, con respuesta de tipo Likert de 5 puntos: 1 (“Nunca”); 5 (“Siempre”). Fiabilidad test-retest $r= 0,71$ y consistencia interna $\alpha= 0,78$.
Cambio terapéutico	Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983)	Evalúa la motivación para el cambio terapéutico según el Modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. 32 ítems, en una escala de respuesta de tipo Likert: 1 (“Completamente en desacuerdo”); 5 (“Completamente de acuerdo”).
Alcoholismo/abuso de sustancias	Cuestionario de alcoholismo (CAGE) (Mayfield, McLeod y Hall, 1974)	Instrumento de cribado, pretende identificar o detectar de forma rápida problemas relacionados con el consumo abusivo de alcohol. 4 ítems, con dos opciones de respuesta: Sí/No.
Empatía	Escala de Empatía Abusadores (CMEM) (Fernández et al, 1999)	Evalúa la capacidad empática del sujeto en tres escenarios relacionados con menores, en los que se le pregunta a él acerca de cómo se debió sentir el niño ante lo que sucedió, y sobre cómo se siente él mismo ante la situación experimentada por el menor. Los escenarios son los

Variable terapéutica	Instrumento original	Objetivo y descripción
Escala de Empatía Violadores (REM) (Fernández y Marshall, 2003)	siguientes: 1) un niño ha tenido un accidente grave con consecuencias físicas serias para él; 2) un niño de quien un adulto (no él mismo) ha abusado sexualmente, aunque sin consecuencias físicas aparentes para el niño; y 3) un niño de quien él mismo ha abusado (es decir, se le confronta con su propia víctima). Este instrumento incluye un total de 150 ítems, en una escala de respuesta de 10 puntos. La escala permite obtener una puntuación global o por escenarios	Semejante a la escala anterior, analiza la capacidad empática del sujeto situándolo en tres escenarios, relacionados con mujeres, en los que se le pregunta por cómo debió sentirse la mujer ante lo que le sucedió, y por cómo se siente él ante la situación experimentada por la mujer. Los escenarios son los siguientes: 1) la mujer ha sido agredida sexualmente por un hombre, sin consecuencias físicas aparentes; 2) la mujer ha tenido un accidente grave con consecuencia físicas serias; y 3) la mujer en este caso es su propia víctima. Total de 150 ítems, en una escala de respuesta de 10 puntos. El instrumento permite obtener una puntuación tanto global como por escenarios.

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

La versión actual de la escala (EPAS-3, actualmente utilizada) tiene dos estructuras o partes diferenciadas. La primera parte agrupa múltiples ítems correspondientes a las diversas variables terapéuticas consideradas, con excepción de la empatía. En concreto, esta primera escala global permite la evaluación de las siguientes variables: asertividad, soledad/aislamiento, autoestima social, ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas, distorsiones cognitivas, impulsividad, agresividad, y disposición para el cambio terapéutico. Además, también se incluyen ítems de chequeo de consumo de alcohol u otras sustancias, y de control de sinceridad en las respuestas a la escala.

La segunda parte de este procedimiento de evaluación pondera separadamente la variable empatía o capacidad de un sujeto para sentirse emocionalmente preocupado por el sufrimiento de otras personas (especialmente, de sus propias víctimas). De modo que, tras aplicarse la escala EPAS global integrada por 117 ítems, también se administra una escala específica de evaluación de empatía: EPAS-A, compuesta por 112 ítems (versión propia en español de CMEN, de Fernández, Marshall, Lightbody y O'Sullivan, 1999), para el caso de los agresores sexuales de menores; y EPAS-V, con 118 ítems (versión propia en español de REM, de Fernandez y Marshall, 2003), para evaluar la empatía en agresores sexuales de mujeres.

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

interpretación, las puntuaciones obtenidas por los sujetos en cada subescala son ponderadas en el rango 0 a 10 puntos y la puntuación EPAS global en un rango de 0 a 100 puntos.

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

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

Los agresores sexuales de mujeres obtuvieron una puntuación EPAS global pre-tratamiento de 75,96 puntos y una puntuación post-tratamiento de 81,14 puntos (sobre un valor máximo de 100 puntos). La diferencia entre ambos valores, estadísticamente significativa, indica una mejora terapéutica relativa de los sujetos tras la aplicación del tratamiento. Además, las puntuaciones en todas las subescalas terapéuticas de EPAS mejoraron significativamente como resultado de la intervención. La variable específica que más mejoró fue la *disposición* del sujeto para el propio *cambio terapéutico* (con una puntuación pre-tratamiento de 8,45 puntos y una post-tratamiento de 9,89). Por el contrario, la variable que mostró una mejora más limitada fue la *autoestima social* (con 6,75 puntos pre-tratamiento y 7,08 post-tratamiento). En medio de estos dos extremos, también se produjeron mejoras significativas en las variables

asertividad, empatía, agresividad, ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas, y soledad y aislamiento social.

Por otro lado, los agresores sexuales de menores obtuvieron una puntuación EPAS global de 76,71 puntos antes de la aplicación del tratamiento y de 81, 26 puntos después. Y mejoraron significativamente en las subescalas terapéuticas de *soledad y aislamiento* (la variable que más mejoró, desde 6,73 puntos a 7,45 puntos), *asertividad, impulsividad, agresividad, y autoestima social* (la que menos mejoró, ascendiendo tan solo de 6,80 puntos a 7,16 puntos). Por el contrario, no mejoraron significativamente *disposición para el cambio terapéutico, distorsiones cognitivas, ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas y empatía.*

Los anteriores resultados se completarán próximamente mediante la comparación de los grupos de tratamiento con sendos grupos de control, lo que permitirá tener una mayor garantía sobre la eventual eficacia del tratamiento.

Conclusiones

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

Dada la diversidad de factores de riesgo que, en combinación, pueden alterar la socialización sexual de un menor y promover su conducta delictiva, se ha razonado la necesidad de diversificar también las intervenciones preventivas,

tanto en un plano educativo general (prevención primaria), como especializado para aquellos casos más persistentes y graves (prevención secundaria y terciaria). A este respecto se ha puesto el ejemplo de los programas aplicados en el sector de Justicia Juvenil de la Comunidad de Madrid con menores que cumplen medidas judiciales por delitos sexuales.

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

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

También, se ha razonado la necesidad de, además de ponderar la reincidencia delictiva, evaluar los procesos de cambio personal que el tratamiento intenta favorecer. Con esta finalidad se diseñó la Escala de Evaluación Psicológica de Agresores Sexuales (EPAS), que permite valorar la eficacia de dicho tratamiento a partir de diversas variables de mejora terapéutica.

Esta escala, aún en proceso de desarrollo, ha permitido contrastar la mejora post-tratamiento de variables como disposición del sujeto para cambiar, asertividad, empatía, agresividad, ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas, y soledad y aislamiento. Cambios personales que pueden resultar imprescindibles para que los individuos modifiquen su comportamiento hacia un estilo de vida más prosocial y alejado de la comisión de nuevos hechos delictivos.

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

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

Artículo 2

Referencia: Martínez-Catena, A., Redondo, S., Frerich, N., & Beech, A.R. (2016). A Dynamic Risk Factors-Based Typology of Sexual Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1-25.

A Dynamic Risk Factors-based Typology of Sexual Offenders

[Una tipología de agresores sexuales basada en factores de riesgo dinámicos]

**INTERNATIONAL JOURNAL OF OFFENDER THERAPY AND
COMPARATIVE CRIMINOLOGY, 1-25.**

Ana Martínez-Catena, Department of Personality, Assessment and
Psychological Treatment, University of Barcelona, Spain and the School of
Psychology, University of Birmingham, UK

Santiago Redondo Illescas, Department of Personality, Assessment and
Psychological Treatment, University of Barcelona, Spain

Nina Frerich, Department of Personality, Assessment and Psychological
Treatment, University of Barcelona, Spain

Anthony R. Beech, School of Psychology, University of Birmingham, UK

Correspondence concerning this article should be addressed to Ana
Martínez-Catena, Department of Personality, Assessment and Psychological
Treatment, University of Barcelona, Passeig Vall d'Hebrón, 171 (Edifici Ponent),
6^a planta, 08035- Barcelona (Spain). E-mail: a.martinez.catena@ub.edu

Abstract

The purpose of this paper was to develop a psychometric typology of Spanish sexual offenders taking into account dynamic risk factors. The sample comprised 94 sex offenders imprisoned in Spain (52 rapists and 42 child molesters). The analysis yielded two different offender categories based on the subjects' criminogenic needs level (high and low). The results also showed that social desirability has a strong influence on the developed typologies, whereas the offence type, sociodemographic characteristics and criminal history do not. A dynamic risk factors typology, such as the one proposed here, could help criminal and correctional facilities to fulfil their remit. It could also be useful for linking treatment intensity to offenders' criminogenic needs, as well as providing a platform for recidivism risk assessments.

Keywords: sex offenders, typology, cluster analysis, criminogenic needs, dynamic risk factors

Resumen

El objetivo de este artículo fue desarrollar una tipología psicométrica de agresores sexuales basada en factores de riesgo dinámicos. La muestra de este estudio se compone de 94 agresores sexuales encarcelados en España (52 agresores de mujeres adultas y 42 agresores de menores). Los análisis sugirieron dos tipos distintos de agresores basados en la intensidad de sus necesidades criminógenas (elevadas necesidades y bajas). Los resultados también indicaron que la deseabilidad social mostrada por los individuos tenía una gran influencia sobre las tipologías desarrolladas, mientras que el tipo de delito realizado, las características sociodemográficas de la muestra y su carrera criminal, no eran relevantes. Una tipología basada en factores de riesgo dinámicos, como la propuesta en este artículo, podría ser de utilidad en diferentes obligaciones del sistema penitenciario. Por ejemplo, podría facilitar una aplicación más adecuada del tratamiento ayudando a asociar su intensidad al nivel de necesidades criminógenas de los sujetos, así como, servir de nexo entre las diferentes evaluaciones del riesgo de reincidencia.

Palabras clave: agresores sexuales, tipología, análisis de cluster, necesidades criminógenas, factores de riesgo dinámicos

Introduction

The main characteristics of sex offenders, and the risk factors that influence their behaviour, have been described in detail by psychological and criminological research (Beech, Fisher, & Thornton, 2003; Craig et al., 2006; Whitaker et al., 2008). Risk factors are defined here as those personal and social variables that increase the probability of committing crimes. Two classes of risk factors can be considered: static factors are stable or difficult to change, while dynamic factors are modifiable through the appropriate intervention (Abbey et al., 2011; Harkins & Beech, 2007; Whitaker et al., 2008). Sex offenders are often aggressive and impulsive, and in addition to low self-esteem and low tolerance of frustration, they invariably find it difficult to deal with feelings, both their own and those of others (Craig, Browne, Beech, & Stringer, 2006; Redondo & Garrido, 2008; Redondo, 2008; Ward, Polaschek, & Beech, 2006). They also show strong signs of ‘cognitive distortions’ (illogical and erroneous thinking) and tend to see violence as a justifiable way of solving interpersonal problems (this is particularly the case of rapists) (Ó Ciardha, 2011; Redondo, 2002; Sigurdsson et al., 2010). Compared with the general population, sex offenders are also likely to have had earlier and broader sexual experiences, including being exposed to pornography at an early age (involving violent scenes or children) and having been victims of maltreatment or sexual abuse during childhood (Mancini et al., 2012).

However, the illegal behaviours of sex offenders are often not limited to sexual crimes, and may also include other antisocial and violent behaviours such as theft, burglary, robbery or injury.

Although they share some general characteristics, sex offenders are often a very heterogeneous group when it comes to individual traits, experiences and criminal history (Gannon et al., 2012; Vess & Skelton, 2010). This heterogeneity makes managing sex offenders difficult, especially as regards intervention and risk management. Bickley and Beech (2001) have suggested that a parsimonious categorization of these offenders should be a priority for future research in order to facilitate treatment and risk management (W. L. Marshall et al., 2006; Seto & Fernandez, 2011). Given these arguments, and others that will be discussed below, the main purpose of this study is to develop an integrated psychometric typology for two groups of sex offenders (rapists and child molesters) based on an evaluation of their dynamic risk factors.

Typologies of sexual offenders

Different typological models have been designed to classify sex offenders (as well as other offenders) on multidimensional axes (Robertiello & Terry, 2007). Classification models can vary widely depending on a number of different factors, including the subjects of interest, the criterion variables used, the methodology applied in designing the specific typology and the objectives sought by the model. The most basic and common typological models classify sex offenders into adult versus juvenile sex offenders, female versus male sex offenders, rapists versus child molesters, intra-familial versus extra-familial offenders, elderly vs. younger sex offenders and online versus offline offenders (Ashfield et al., 2013; Briggs et al., 2011; Burgess et al., 2007; Gunby & Woodhams, 2010; Sewall et al., 2013).

However, these models are of little utility if they only label the different manifestations or topographies of sex offence behaviours according to the relationships between the various sociodemographic and criminal characteristics of sex offenders. Indeed most of these typologies have not taken into account other factors such as recidivism risk (W. L. Marshall & Barbaree, 1988; Prentky et al., 1997) or therapeutic needs (Bickley & Beech, 2001). Consequently, some authors suggest that offender-based typologies are of limited use in the applied field of criminal justice (e.g. classification of subjects in prison, treatment application or risk management), it being argued that different purposes may require different typologies (Byrne & Roberts, 2007).

Blackburn (1993) highlighted four different methods for constructing classifications of both general and sex offenders, noting that these methods are sometimes used in combination. The first method relates to what are known as theory-led classification models, which try to identify different sex offender groups on the basis of the main tenets of the most relevant theories about sex crime and sex offenders [e.g. the Massachusetts Treatment Centre Child Molester Typology (Prentky & Knight, 1990), and the model for rapists developed by Langton & Marshall (2001)]. The second method is the clinical approach, which classifies sex offenders according to specific DSM-IV sexual disorders, such as paraphilia or other sexual disorders (Cohen, Seghorn, & Calmas, 1969). A third method for classifying sex offenders is the pragmatic or actuarial approach (Bickley & Beech, 2001; Blackburn, 1993), which assesses and predicts the offenders' risk by combining different static risk factors, such as previous

behaviour and offence history (Hanson & Bussière, 1998; Prentky et al., 1997). Finally, the most recent and applied method for categorizing sex offenders is the psychometric or statistical profiling approach. This method collects data on offenders by means of standardized instruments and applies statistical methods, such as cluster analysis, to explore and define different ways of categorizing sex offenders (Ward et al., 2006). Most of the data used tend to refer to psychological variables related to the main dynamic risk factors (correlates associated with an increased probability of committing a crime, which can be modified through an intervention) or criminogenic needs. Different authors have argued that this could be the best and most efficient approach to the design of typologies (Beech & Mann, 2002; Seto & Fernandez, 2011).

However, an important criticism levelled against this approach is that the data obtained through these assessment tools are often biased due to factors such as social desirability, lying, fear of negative consequences derived from the assessment or the desire to obtain imprisonment benefits. The phenomenon of social desirability bias has been widely studied (Chung & Monroe, 2003; Z. Lee & Sargeant, 2011; Myung-Soo, 2000; Pauls & Stemmler, 2003). Social desirability refers to people's tendency to present themselves in line with socially accepted standards and to deny those behaviours considered culturally undesirable, such as unpunctuality, alcohol abuse or drink driving, etc. (Chung & Monroe, 2003; Groves, 1989; Krumpal, 2013; Zerbe & Paulhus, 1987). It has been found that social desirability can distort the conclusions of research that is based exclusively on interviews, surveys or self-reports methods, where it may explain between 10% and 75% of the total variance in responses to self-descriptive items (Nederhof, 1984; Tan & Grace, 2008). Furthermore, it has been documented in a wide range of research fields, including business ethics, racism, homophobia, sexual behaviour, substance abuse, parental care, children's health status and hostile behaviour (Cohen, Pant, & Sharp, 1998, 2001; Fastame, Penna, & Hitchcott, 2015; Kelly, Soler-Hampejsek, Mensch, & Hewett, 2013; Pauls & Stemmler, 2003; Randall & Fernandes, 1992; Sanzone et al., 2013). The effect of social desirability on individual scores could lead to important distortions with regard to both the clinical assessment of the individual and the overall conclusions of a study. For instance, the seriousness of some clinical and behavioural problems (e.g. alcohol use, intrusive sexual fantasies, compulsions or other mental disorders) may be underestimated, or test results may even suggest a

complete lack of problem awareness (Gudjonsson, Petursson, Sigurdardottir, & Skulason, 1992; Gudjonsson, 1990).

In the field of sex offenders, the study of social desirability has highlighted differences between types of offenders, with child molesters being more inclined to engage in impression management (Tan & Grace, 2008). Social desirability has also been associated with a decreased risk of recidivism (Mills & Kroner, 2005; Peersen, Sigurdsson, Gudjonsson, & Gretarsson, 2010). However, studies on social desirability tend to be limited by small sample sizes and various contextual factors (e.g. being assessed under anonymous conditions or not, individually or in a group, etc.).

Although questions remain regarding social desirability (Tan & Grace, 2008) a number of methods have been proposed to control for this phenomenon: these include incorporating honesty scales into self-reports, and applying a specific style of survey or check questions, statistical methods, etc. (Gudjonsson, 1992; Kelly et al., 2013; Kroner & Weekes, 1996).

A psychometric typology of child molesters

One of the classifications developed within the framework of the psychometric profiling method is the child molester typology produced by Beech (1998) from a sample of 140 untreated child molesters. Data about the level of social adequacy, offence-related measures, denial/admittance measures, level of sexual problems, social desirability and accountability were collected via the application of different assessment tools. By means of different hierarchical cluster analysis, Beech identified three clusters or categories of child molesters: (i) high deviance, (ii) low deviance and (iii) high denial/low deviance. The high and low deviancy groups were labelled as such due to the differential amount of psychological difficulties presented by the individuals in the sample. Thus, the high deviance group had higher mean scores than the low deviancy group on most of the analysed variables. The third group, the so-called high denial group, comprised subjects whose main characteristic was a high level of social desirability. Beech sought to overcome the problem of social desirability bias by applying a statistical correction to all the variables used. From the adjusted data, he identified two main clusters of subjects, related to high and low deviancy. The Beech classification was one of the first typologies of child molesters to use the offenders' criminogenic needs as criteria for classifying subjects.

More recently, typologies of sex offenders have been expanded. For example, Seto and Fernandez (2011) identified four different clusters concerning different axes of antisocial and sexual deviancy: a) a low-needs group; b) a typical group (with intermediate scores); c) a sexually deviant group; and d) a pervasive high-needs group. Their study also showed that the deviance level of the groups was not related to other characteristics such as the previous relationship between victim and offender. The authors regarded these results as rather unexpected, since previous research had highlighted the fact that intra-familial sex offenders generally show lower criminogenic needs than do extra-familial sex aggressors (Seto, 2008). Similarly, no differences were found between the basic types of offenders (rapists versus child molesters) when attitudes towards victims were analysed. These results are consistent with previous research suggesting that adult sex offenders and child molesters show only a few differences in terms of dynamic risk factors, despite the fact that the aetiology of their offending might be quite different (Lalumière, Harris, Quinsey, & Rice, 2005; Whitaker et al., 2008). However, as most of the typologies have been developed considering rapists and child molesters separately, an integrated typology of both kinds of sex offenders, such as the one that will be presented here, might be helpful for treatment purposes, as well as for simplifying existing dual typologies.

Management and treatment implications

It is argued here that typologies can improve the classification, treatment and management of offenders in prison. To give an example, a sexual offenders' typology tied to the Andrews and Bonta rehabilitation model (RNR, Andrews, Bonta, & Wormith, 2011; Andrews & Bonta, 2010) has proven to be very useful for this purpose (Bickley & Beech, 2001). This rehabilitation model establishes that offender treatments have to be based on three related basics: (1) the *risk principle*, which examines the individual's risk level so as to link this to treatment intensity; (2) the *needs principle*, which prioritizes the assessment of those psychological factors connected to criminal behaviour, the so called 'criminogenic needs'; (3) and the *responsivity principle*, which examines individual characteristics that can enhance or (indeed) block treatment effectiveness. Considering all of the above, Beech's approach has led to more efficient treatment of sex offenders in the United Kingdom by establishing the

appropriate intensity and duration (shorter or longer) of interventions matched to level of need (Beech & Fisher, 2004). The relevance of dynamic risk factors or criminogenic needs, directly related to treatment objectives, is what links the present study to the suggestions of the RNR model. From this perspective, a typology based on criminogenic needs could have applied benefits for the justice and correctional systems, as well as for the implementation of treatment programmes.

In Spain the treatment of sex offenders is based on the RNR model and is similar to programmes applied in the correctional services of Canada, United States and the United Kingdom (e.g. Marshall, Marshall, Serran, & O'Brien, 2011; Olver & Wong, 2013). The programme, which was designed by Garrido and Beneyto (1996) and subsequently revised by the Spanish Correctional Service in 2006, is one to two years in length, group-based, and delivered twice weekly in sessions lasting two and a half hours. It focuses on: 1) *relaxation therapy*; 2) *the history and development of sexual behaviour*; 3) *cognitive distortions*; 4) *emotional regulation*; 5) *violent behaviour*; 6) *coping techniques*; 7) *victim empathy*; 8) *a positive way of life*; 9) *sexual learning* 10) *changing the sexual impulse*; and 11) *relapse prevention*.

Research aims

The aim of the current paper is to develop a Spanish integrated psychometric typology of sex offenders, based on an evaluation of dynamic risk factors identified in two groups of imprisoned untreated sex offenders (rapists and child molesters). Regarding treatment, this paper expects to show sex offenders could be treated as a single group, especially when the intervention is focused on their dynamic risk factors. It is hoped that this research will contribute to the knowledge-base on sex offenders across different cultures and countries.

Related to these objectives the following hypotheses were tested:

Hypothesis 1: Sexual offenders can be classified according to their level of criminogenic needs (i.e. the intensity and accumulation of dynamic risk factors).

Hypothesis 2: The social desirability of participants will influence and distort their answers on the scales used and, consequently, the developed typology.

Hypothesis 3: Sexual offenders can be classified into the distinct obtained groups irrespective of the type of offence they committed (rape or child abuse).

Method

Procedure

The data employed in the present paper form part of an ongoing national study about the efficacy of sex offender treatment in Spain. Three groups of offenders (rapists, child molesters and other violent offenders) were analysed across a total of 40 prisons offering sex offender treatment. In this national study different self-report instruments (described below) were applied, as a pilot study, to a smaller group of sex offenders who are the sample for the present study. Any cases with more than 10% of items with missing data were excluded from the analysis. For the remaining subjects the estimation means (expectation-maximization) method was used to replace any missing data. All the assessment tools were given to the participants prior to the initiation of treatment by specialized correctional staff, usually psychologists or social workers. Staff also completed a sheet compiling sociodemographic and criminal data for the subjects, with this information being gathered through personal interviews and consultation of case files.

Participants

The primary inclusion criterion for this study was that participants had completed all of the applied instruments described in the Measures section below. All those included were about to begin a treatment programme for their sexual offending behaviours. The final sample consisted of 94 male sexual offenders serving a sentence in a Spanish prison: 52 of them had been sentenced for rape (aggressors of adult women) and 42 for child molestation (sexual abusers of children below the age of 13). No subjects in this sample had been sentenced for both crimes.

Table 1 shows personal and criminal characteristics of the sample. The sample as a whole had been found guilty of 212 offences, with a mean of 2.26 crimes per subject.

Table 1. Means and proportions for the sample as a whole. Significant differences are indicated.

	Rapists	Child molesters	Total sample
Mean (SD) age at time of assessment (years)	37.31 (8.14)	46.77 (10.62)*	41.26 (10.32)
Characteristics of family of origin			
Structured family	77.8%	65.6%	72.7%
Dysfunctional family	22.2%	34.4%	27.3%
Socioeconomic status of family of origin			
Low	13.3%	32.4% ^a	21.5%
Medium	82.2%	64.7%	74.6%
High	4.4%	2.9%	3.8%
Educational level			
Elementary school	40.4%	32.4%	37.0%
Middle school	38.3%	32.4%	35.8%
High school	21.3%	29.4%	24.7%
Bachelor	0%	5.9%	2.5%
Partner relationship			
No relationship	31.8%	15.2%	24.7%
In a stable relationship	54.5%	57.6%	55.8%
In an unstable relationship	13.6%	27.3%	19.5%
Characteristics of acquired family			
Structured family	57.6%	53.8%	55.9%
Dysfunctional family	42.4%	46.2%	44.1%
Diseases (asthma, AIDS...)	6.5%	3.2%	9.7%
Diagnosis of mental disorders (anxiety, depression)	25.6%	12.1%	19.7%
History of alcohol/drug use	22.6%	15.1%	37.6%
Unemployed at time of offence	19.0%	17.6%	18.4%
Mean (SD) age at time of offence (years)	28.51 (8.57)	35.81 (10.11)*	31.57 (9.87)
Mean (SD) number of offences	2.02 (1.29)	2.59 (3.25)	2.26 (2.31)
Type of sexual acts			
Exhibitionism	0.0%	4.9%	2.2%
Sexual molestation	32.7%	61.0% ^a	45.6%
Masturbation	14.3%	29.3% ^a	21.1%
Vaginal penetration	63.3%	17.1% ^a	42.2%
Oral penetration	24.5%	31.7%	27.8%
Anal penetration	20.4%	14.6%	17.8%
N of other offences committed	7	0	7

	Rapists	Child molesters	Total sample
during the sex crime			
Property crime	4	-	4
Attempted homicide	2	-	2
Intimidation and injuries	1	-	1
Use of weapons	17.2%	0% ^a	17.2%
Alcohol/drug intoxication			
during the offence	24.5%	7.5% ^a	31.9%
Victim's mean age (years)	28.36 (10.26)	10.10 (2.55)*	18.76 (11.71)
Relationship to victim			
Unknown to the offender	33.3%	5.1% ^a	31.9%
Previously known	16.7%	19.2%	29.8%
Family member	7.7%	18.0% ^a	21.3%

*Significant at $p < 0.05$

^aZ test significant

It can be seen in Table 1 that there were significant differences in some personal characteristics (mean age at the time of assessment and at the time the crime was committed, family socioeconomic level) and certain criminal features (types of sexual act inflicted on the victim during the offence, victim's age and characteristics, and being under the effects of alcohol during the offence). No significant differences were found between rapists and child molesters in their level of offending.

Measures

The scales applied in this study, which assess dynamic risk factors relevant to this research and linked to the intervention targets of sexual offender treatment in Spain, were as follows:

Abel-Becker Cognitions Scale (ABCS) (Abel et al., 1989). The ABCS consists of 29 items that are scored on a 5-point Likert scale, with lower scores indicating greater cognitive distortions. The scale's authors report good test-retest reliability and alpha coefficients above .70 for all the subscales. In the current study the alpha for the overall scale was .93.

The **Illinois Rape Myth Acceptance Scale (IRMA)** (Payne et al., 1999). The IRMA is designed to evaluate male attitudes toward violence against women. It is a 45-item questionnaire scored on a 7-point Likert scale, with higher scores indicating more distorted perceptions. The scale's authors reported an alpha coefficient of .93, compared with $\alpha = .91$ in the current study.

Aggression Questionnaire (AQ) (Buss & Perry, 1992; Gallardo-Pujol et al., 2006). This instrument assesses aggressive behaviour and personality using 12 Likert-type items scored on a 5-point scale, with higher scores representing higher levels of aggressiveness. The Spanish adaptation (Gallardo-Pujol et al., 2006) yielded an $\alpha = .78$ and a temporal stability index of .71, compared with $\alpha = .80$ in the current study.

The **Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR-7)** (D. L. Paulhus, 1984, 1991). This self-report questionnaire consists of 40 items that are responded to on a 5-point Likert scale. There are two subscales: Impression Management (IM), with alpha coefficients ranging from .75 to .86, and Self-deception Enhancement (SDE), with alpha ranging from .68 to .80. Paulhus reported an alpha value of .83 for the overall scale, compared with .74 in the present study.

The **Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11)** (Patton et al., 1995). This measure was used to assess the personality/behavioural construct of impulsiveness. The BIS-11 is a self-report questionnaire comprising 30 items scored on a 4-point Likert scale, with higher scores indicating greater impulsivity. Patton et al. (1995) report high internal consistency for the scale with different samples (alpha values ranged between .79 and .83). An alpha coefficient of .83 was obtained in the present study, after eliminating items 3, 6, 21 and 29.

The **CAGE Alcohol Interview Schedule** (Mayfield et al., 1974). This screening instrument assesses possible alcohol problems by asking Yes/No questions about four areas referred to as Cut down, Annoyance, Guilty feelings and Eye-openers. A score of two or more positive answers generally indicates serious drinking problems or dependency. The analysis of internal reliability in the present study yielded $\alpha = .75$.

Rathus Assertiveness Schedule (RAS) (Rathus, 1973). This is a 30-item questionnaire that uses a 6-point Likert scale. In the present study the response scale was simplified as follows: 1 = 'very uncharacteristic of me' to 6 = 'very characteristic of me'. Higher scores on this scale indicate greater assertiveness difficulties. Rathus (1973) reported moderate to high test/retest reliability ($r = .78$) and split-half reliability ($r = .77$). In the present study the alpha coefficient was moderate ($\alpha = .70$).

The **Social Self-Esteem Inventory (SSEI)** (Lawson et al., 1979). This is a 30-item self-report questionnaire that aims to measure the level of people's self-

esteem while involved in different social situations. Lower scores indicate lower social self-esteem. The scale's authors reported high test/retest reliability ($r = .88$). An alpha coefficient of .92 was obtained in the present study.

UCLA Loneliness Scale (UCLA) (Russell, 1996). This is a 20-item self-report questionnaire that is scored on a 4-point Likert scale, with higher scores indicating higher levels of emotional loneliness. Russell (1996) reported alpha coefficients ranging from .89 to .94 and moderate test/retest reliability ($r = .73$). The present study obtained $\alpha = .83$ for the overall scale.

The **University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)** (McConaughy et al., 1983). Readiness to change was assessed using this 32-item self-report questionnaire. The scoring method applied here followed the algorithm suggested by DiClemente, Schlundt and Gemmell (2004). Alpha coefficients in the present study ranged from .65 to .85.

Data analysis

The original data were adjusted for social desirability levels, following the method reported by Saunders (1991). This method consists in extracting a correction factor from the original data, as follows: $Y^l = Y - (a)$ *Social Desirability*, where Y is the original score, (a) *Social Desirability* is the correction factor and Y^l is the final adjusted score. Statistically, the correction factor is the unstandardized regression coefficient of social desirability obtained from the prediction of the original scores of a particular scale. This means that it is necessary to apply the following regression formula for each scale of interest: $Y = (a)(X) + b$, in which (a) is the regression coefficient, (X) is the social desirability scale score, b the standard error and (Y) the scale score.

After obtaining the adjusted data for social desirability, different hierarchical cluster analyses were carried out using SPSS 20. Ward's (1963) clustering extraction method was applied, not only so as to remain consistent with the analyses performed by Beech (1998), but also because this is one of the most widely reported methods and it has been recognized as one of the most effective types of clustering methods (Loinaz, Echeburúa, & Torrubia, 2010). Using this method, three different cluster analyses were conducted with standardized data: 1) a three-cluster solution using the original data; 2) a two-cluster solution with the original data; and 3) a two-cluster solution using the adjusted data.

The z test for proportions was also applied to determine whether there were significant differences between the proportion of rapists and child molesters classified in the obtained groups. In addition, mean differences between groups were analysed by means of the Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests, followed by Bonferroni post-hoc correction.

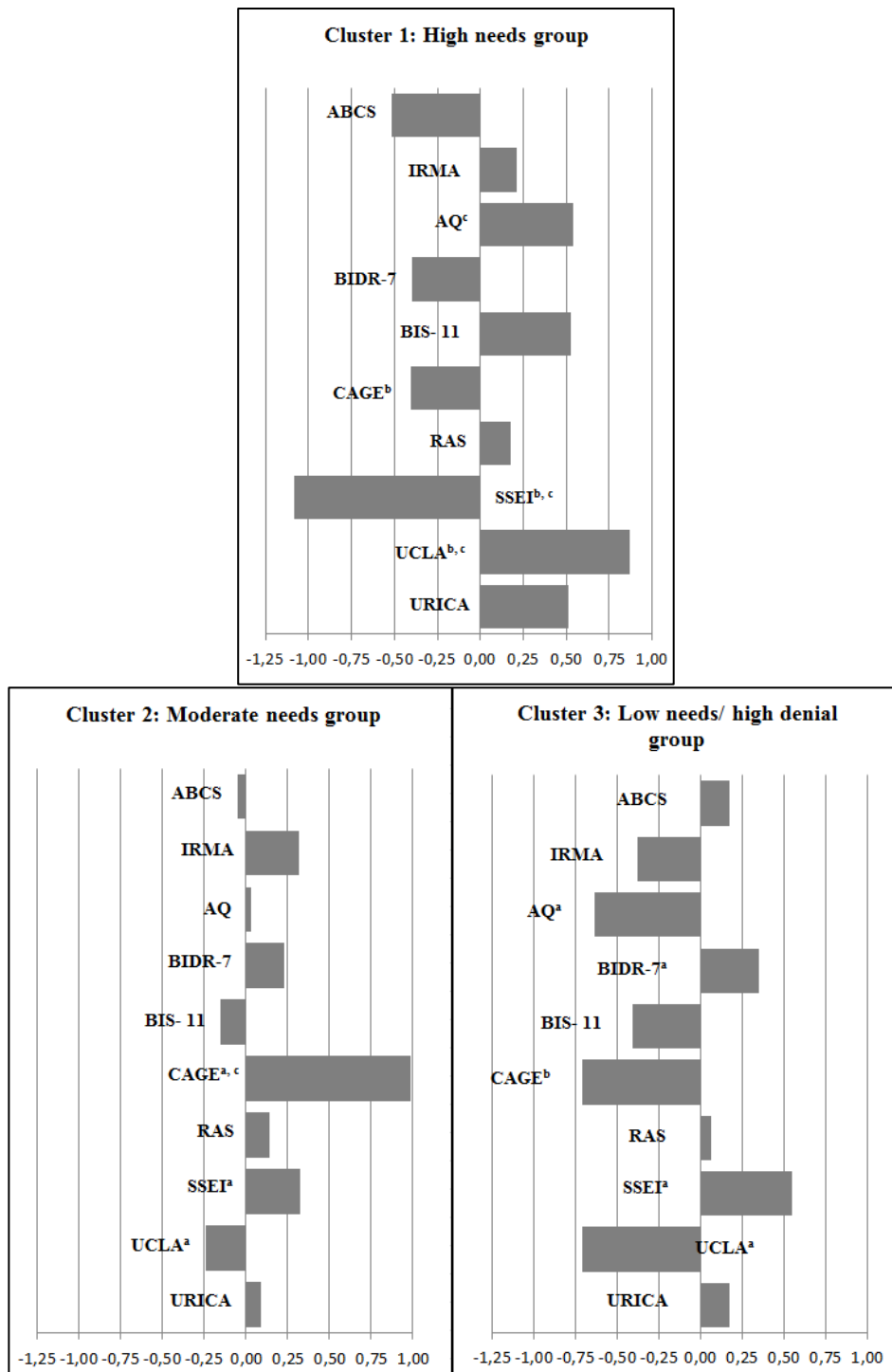
Results

Test of Hypothesis 1: Spanish sexual offenders can be classified into different clusters according to their level of criminogenic needs (intensity of their dynamic risk factors).

The results of the cluster analysis identified a parsimonious three-factor solution: *Cluster 1* was comprised of 29 sex offenders, *Cluster 2* of 35 and *Cluster 3* of 30 (see Table A1 in the Appendix A for the mean scores and standard deviations for all the variables for the three extracted clusters, as well as for the overall sample). Mann-Whitney tests with post-hoc Bonferroni corrections were used to examine differences between the identified clusters (see Table A2 in the Appendix A for data comparisons).

The results are shown in Figure 1 which displays the mean centred scores of each variable for the three obtained clusters (note that for the ABCS, SSEI and URICA scales lower scores indicate greater risk) and the significant differences between clusters are indicated.

Figure 1. Representation of the centered mean scores for the three groups extracted in the first cluster analysis



a Indicates significant differences between the particular cluster and Cluster 1
 b Indicates significant differences between the particular cluster and Cluster 2
 c Indicates significant differences between the particular cluster and Cluster 3
 Note: Abel-Becker Cognitions Scale (ABCS); Illinois Rape Myth Acceptance Scale (IRMA); Aggression Questionnaire (AQ); Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR-7); Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11); Alcohol Interview Schedule (CAGE); Rathus Assertiveness Schedule (RAS); Social Self-Esteem Inventory (SSEI); Loneliness Scale (UCLA); University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA).

As Figure 1 shows, most of the significant differences were found between Cluster 1 and Cluster 2, and between Cluster 1 and Cluster 3, with the scores of Cluster 1 indicating a greater amount of the measured construct on six of the ten variables. The Mann-Whitney test showed that Cluster 1 scored lower than Cluster 2 on the SEEI ($U = 123.00$, $r = -.65$) and CAGE ($U = 128.50$, $r = -.65$) and higher in UCLA ($U = 192.00$, $r = -.53$), and significantly higher than Cluster 3 on the AQ ($U = 130.00$, $r = -.60$), and the UCLA ($U = 58.00$, $r = -.74$) and lower on the SSEI ($U = 56.50$, $r = -.75$) (Table A2). This cluster was therefore termed the ‘high-needs group’, since their subjects’ mean scores indicated higher involvement on most of the assessed risk variables (which reflect personal difficulties and psychological or behavioural needs).

In Cluster 2 most of the scores for the different variables were situated between those obtained by Cluster 1 and Cluster 3 (Figure 1). However, Cluster 2 scored higher on the CAGE than did both Cluster 1 ($U = 128.50$, $r = -.65$) and Cluster 3 ($U = 55.50$, $r = -.79$). Scores on the IRMA were also higher in Cluster 2, but the Mann-Whitney test indicated that this difference between groups was not significant ($p > 0.05$) (Appendix A2). These results suggest that this group could tentatively be labelled as the ‘moderate-needs group’.

Cluster 3 scores indicated the lowest levels of involvement for all the analysed variables, with the exception of the BIDR-7, where this group obtained the highest score. Therefore, Cluster 3 can be tentatively described as the ‘low needs/high-denial group’.

In summary, the post-hoc results suggested that subjects could be grouped according to their level of needs on at least two levels (low and high), whereas the validity of the third group was unclear due to the influence of social desirability.

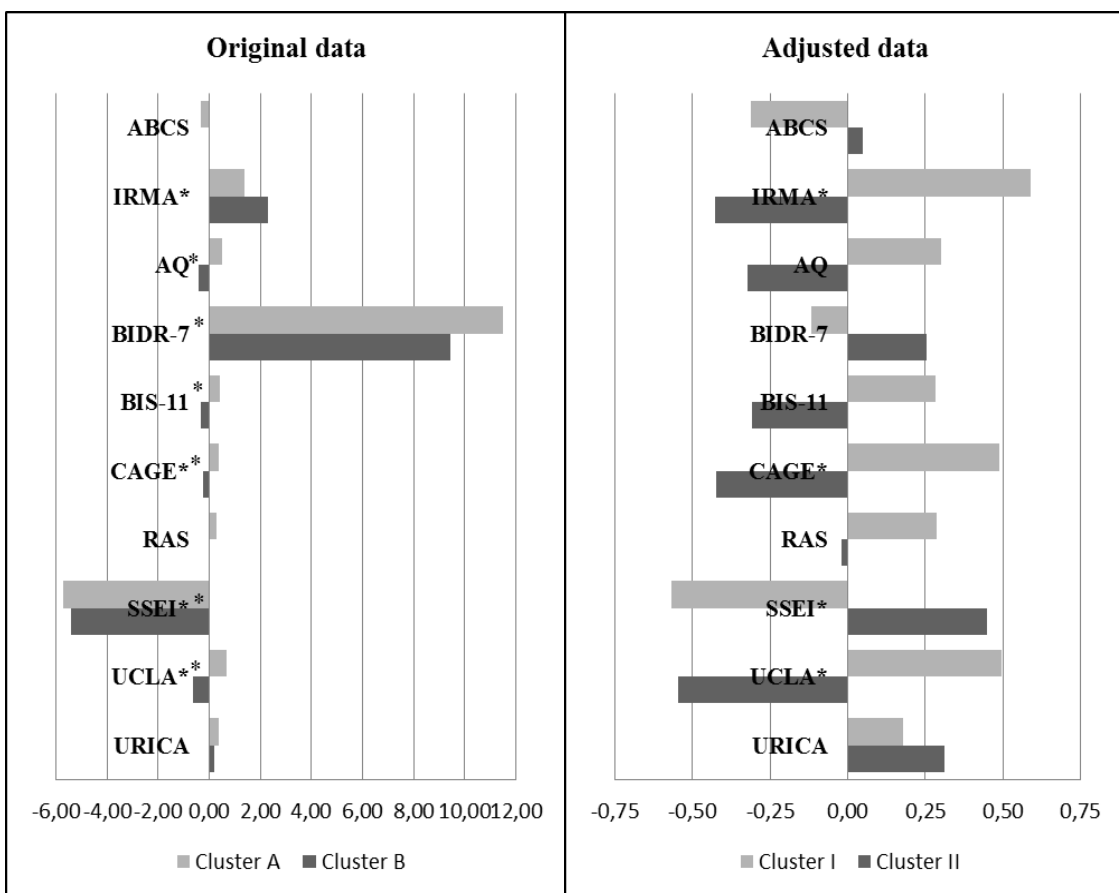
Test of Hypothesis 2: The social desirability of subjects will affect their answers on the scales and, consequently, the typology developed.

Given the results described above, this hypothesis was tested by examining scale scores in the simplest two-cluster solution (*Cluster A* and *Cluster B*) and comparing these original data with an adjusted data solution, which takes into account the level of social desirability (*Cluster I* and *Cluster II*). The original data cluster analysis identified two parsimonious clusters: Cluster A comprised of 39 participants and Cluster B of 54. While the adjusted data cluster obtained Cluster I constituted of 45 sex offenders and Cluster II of 49 (see Table A3 in the

Appendix A for the mean scores and standard deviations of both cluster analysis with the original and the adjusted data). Mann-Whitney tests with post-hoc Bonferroni corrections were also used to examine differences between clusters (see Table A4 in the Appendix A for data comparisons).

Figure 2 shows the mean centred scores of each variable for both cluster analysis. As for the original data clusters, Cluster A individuals indicated higher involvement than in their Cluster B counterparts on all the variables, with the exception of the IRMA and URICA.

Figure 2. Representation of the centred mean scores for the different groups extracted in the original and the adjusted data clusters analysis



* Significant differences between groups

Note: Abel-Becker Cognitions Scale (ABCS); Illinois Rape Myth Acceptance Scale (IRMA); Aggression Questionnaire (AQ); Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR-7); Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11); Alcohol Interview Schedule (CAGE); Rathus Assertiveness Schedule (RAS); Social Self-Esteem Inventory (SSEI); Loneliness Scale (UCLA); University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA).

As can be seen in Figure 2 the Mann-Whitney tests indicated significant differences between Cluster A and Cluster B on the following variables: AQ ($U = 460.00, r = -.48$); BIS-11 ($U = 577.00, r = -.38$); CAGE ($U = 725.00, r = -.28$);

SSEI ($U = 324.50$, $r = -.59$); UCLA ($U = 473.00$, $r = -.67$); and BIDR-7 ($U = 473.00$, $r = -.47$) (Table A4). The latter result suggests that social desirability (BIDR-7) may once again be having an effect upon scores, and therefore the adjusted data set was also analysed.

Regarding the analysis of adjusted data (controlling the effects of social desirability), Cluster I mean scores indicated the highest level of involvement on all the analysed variables, and Cluster II the lowest. Thus, Cluster I was labelled as the 'high-needs group' and Cluster II as the 'low-needs group'. However, few of the variables differed significantly between groups, in comparison with the previous analyses (Figure 2). The significant differences corresponded to the CAGE ($U = 573.50$, $r = -.43$), the SSEI ($U = 494.00$, $r = -.48$), the IRMA ($U = 451.50$, $r = -.51$) and the UCLA ($U = 465.50$, $r = -.50$).

Test of Hypothesis 3: Spanish sexual offenders can be classified into the distinct categories irrespective of the type of offence they committed (rapists or child molesters).

Hypothesis 3 was tested by analysing the distribution of the two groups of sex offenders in the three different cluster analyses. The distribution of subjects in the first cluster analysis was as follows: *Cluster 1* comprised 29 sex offenders, of whom 14 were rapists and 15 were child molesters; *Cluster 2* was composed of 35 subjects, with 21 rapists and 14 child molesters; and *Cluster 3* consisted of 30 males, of whom 17 were rapists and 13 were child molesters.

In the second cluster analysis, Cluster A was comprised of 39 participants (20 rapists and 19 child molesters) and Cluster B of 54 (31 rapists and 23 child abusers).

Finally, in the third cluster analysis, Cluster I was comprised of 45 sex offenders (26 rapists and 19 child molesters) and Cluster II of 49 (26 rapists and 23 child abusers).

The Z-test analysis for the indicated proportions showed no significant differences between the proportions of rapists and child offenders distributed across the two clusters. The analysis of sociodemographic, criminological and other offence-related variables likewise revealed no significant differences between groups.

Discussion

The purpose of this article was to develop a psychometric typology of sexual offenders based on dynamic risk factors. To this end, a sample of untreated Spanish sex offenders, comprising both rapists and child molesters, was analysed. Different psychometric tools were applied to assess the main therapeutic risk factors and criminogenic needs of these individuals. These criminogenic needs or dynamic risk factors were then used as criterion variables to identify different hierarchical clusters.

In the test of Hypothesis 1, which stated that sex offenders could be classified according to their level of criminogenic needs, the first cluster analysis classified subjects into three groups, and it thus bore some similarities to the model described by Beech (1998). More specifically, the mean scores on criminogenic needs obtained by the different groups enabled us to label them as a 'high-needs group', a 'moderate-needs group' and a 'low-needs/high-denial group'. This analysis therefore confirmed that these sex offenders could be classified according to their dynamic risk factors or criminogenic needs.

In order to test Hypothesis 2, which concerned the influence of social desirability (assessed by means of the BIDR-7) on the typology, the data were adjusted by means of the method reported in Beech's (1998) study. A comparison of a two-cluster analysis and the adjusted data analysis was thus carried out. The two-cluster analysis showed that the groups differed significantly in social desirability. However, the adjusted data analysis revealed that by controlling for the influence of social desirability, subjects could be clearly classified according to their level of criminogenic needs: Cluster I was labelled the 'high-needs group' and Cluster II the 'low-needs group'.

Finally, Hypothesis 3 stated that sexual offenders could be classified into the distinct obtained groups irrespective of whether they committed rape or child abuse. No significant differences in the proportions of rapists and child molesters were found in the obtained categories of 'high' and 'low' needs sex offenders. This typology therefore shows that in terms of criminological needs, the two groups present more similarities than differences, as previously reported (Seto & Fernandez, 2011; Whitaker et al., 2008; Woessner, 2010).

In this respect, a particular contribution of this paper is the development of a sex offender typology based on an integrated sample comprising both rapists and

child molesters. A combined sex offender typology of this kind has not previously been reported in Spain.

Another important contribution of this research is the description of a sex offender typology that takes into account their criminogenic needs. In this respect, the main difference between the present typology and others (i.e. Beech, 1998; Seto & Fernández, 2011) is that ours is specifically based on dynamic risk factors that constitute therapeutic aims of current sex offender treatment programmes (e.g. cognitive distortions, attitudes toward violence, aggressive behaviour, impulsivity, etc.). This link with treatment objectives suggests that the typology developed here may have more direct implications for intervention with sex offenders than do previously published typologies. Specifically, the typology could help therapists and educators to target their interventions according to the criminogenic needs of sex offenders (e.g. making interventions more flexible or more intensive), rather than the kind of treatment being defined solely on the basis of the type of victim involved.

This approach (high versus low criminogenic needs) seems to be consistent with the main arguments of the Risk-Needs-Responsivity model (Andrews & Bonta, 2016). Specifically, our typology allows sex offenders to be classified according to the intervention needs principle, since the classification is based on an assessment of an individual's dynamic risk factors and therapeutic variables: cognitive distortions, feelings of loneliness, assertiveness, empathy, etc. In this respect, the typology could help criminal and correctional facilities with prison classification, inmate diagnoses, permission reports, parole assignments, risk assessments and management, among other aspects.

It should also be noted that there is considerable scientific evidence to suggest that treatment is more effective when administered according to the risk and needs principles (Andrews & Bonta, 2016; Andrews & Dowden, 2007; Harkins & Beech, 2007). In this context, the results of the current study suggest that a dynamic risk factor typology is likely to be the most cost-effective way of adapting treatments to sex offenders' characteristics. For instance, such a typology may help professionals to make better-informed decisions regarding the intensity of the treatment they are applying. More specifically, individuals in the 'high-needs group' (Cluster I) would require more intensive treatment, whereas a shorter intervention would be appropriate for offenders in the 'low-needs group' (Cluster II).

In Spain, sentenced sex offenders are individually assessed by a trained psychologist for inclusion in a treatment programme. In principle, it would be technically possible to apply the programme with different intensity levels (similar to those used in the United Kingdom). However, because of considerable public alarm related to sex offenders' recidivism, Spanish prisons currently only offer intensive-level treatment (including all the previously described therapeutic ingredients) to the offenders who accept to enrol in the programme. It is important to note in this context that, in accordance with previous findings, our proposed typology of sex offenders suggests they do not all have the same degree of criminogenic needs or the same needs in terms of treatment intensity.

Similarly to other countries, the Spanish correctional system schedules risk assessments at different points in time, particularly for classifying inmates when they first enter prison, as well as before and after treatment. These risk assessments are generally carried out by means of recidivism risk instruments, in which static risk factors predominate. Unfortunately, in many cases these traditional risk assessments are of limited use when it comes to identifying criminogenic needs for treatment purposes. Consequently, the development and use of a sex offenders typology based on the assessment of their dynamic risk factors could clearly help prison staff to define and tailor more efficient treatment applications.

Some authors have extensively argued that the correctional system could be organized in line with the risk level of subjects so as to match it more closely to the RNR model (Pattavina & Taxman, 2013). In this respect, a needs-based typology of sex offenders could be useful for decision making regarding correctional interventions and tasks. For instance, it could help to bring sentence assignment (prison, probation, community) into line with an individual's risk level, above and beyond the seriousness of the offence or social or media alarm. From this perspective, offenders with low-risk needs could serve their sentence in more flexible contexts, such as probation, while those with high-risk needs would require more controlled correctional environments.

Although the effects of social desirability and other kinds of response manipulation are well documented in the psychometric literature, they are often ignored in sex offender research. In fact, this is one of the most important criticisms levelled against the psychometric typology approach which, as already noted, is based on data obtained by applying questionnaires and other psychological tests to offenders (Ward et al., 2006). The results obtained in this

paper suggest that both ‘faking good’ and ‘faking bad’ response styles should always — when the applied instruments do not have their own appropriate validity scales to control for them — be controlled through other available methods. One possibility in this respect would be to include other instruments such as the BIDR, the MMPI-2 or the Behavioural Rating Inventory of Executive Functioning (BRIEF) in the specific assessment of sex offenders, since all of these instruments use validity scales to determine whether the subject’s responses are acceptable or not.

The present analysis has shown that social desirability bias can critically distort results and conclusions when designing a typology of sex offenders, and it is also a problem in relation to risk assessments and other daily tasks of correctional services. Here, for example, we found that compared with the non-adjusted data analysis, controlling for the effect of social desirability on scale scores led to the classification of offenders being more sensitive to the actual severity of their dynamic risk factors, thus enabling better discrimination between those with high and low levels of risk. More specifically, once social desirability had been controlled for, most of the participants that were initially classified into the ‘moderate-needs group’ (Cluster 2) were re-classified into the ‘high-needs group’ (Cluster II).

If the effect of social desirability on sex offender typologies is not taken into account, the actual risk level of offenders could be over- or underestimated. This inaccuracy in sex offender risk assessment and classification may not only severely distort and hinder treatment applications, but could also have implications for both the individual and society at large if the purpose of the risk assessment is to decide whether or not the individual should be released from prison.

In summary, a classification based on criminogenic needs, as proposed here, is likely to be more accurate and efficient for the purposes of both risk assessment and the treatment of sex offenders.

Limitations of the research

The main limitation of the current study concerns the missing data in the applied assessment tools, as this obliged us to exclude a number of subjects from the final analysis, significantly reducing the sample size. This, along with other factors related to application of the assessment tools, could have reduced the

expected heterogeneity among subjects. Another limitation to take into account is that instead of using a statistical stopping method to extract the clusters used, we analysed the dendrogram and conducted a detailed analysis of the obtained clusters.

Suggestions for future research

In the field of forensic psychology and criminology, further research is needed on the effect of social desirability and other forms of response manipulation bias. We also acknowledge that several dynamic risk factors in addition to those assessed here have been identified in connection with sex offending. These include social skills, problem solving, social support, poor self-management, future planning skills, emotional reactions, masturbatory behaviour and hormonal abnormalities (Hanson & Harris, 2001). Consequently, it would be helpful, perhaps by means of a meta-analysis, to identify the psychological variables that are most relevant and useful when it comes to developing sex offender typologies, and, particularly, to determine the most efficient and valid way of assessing dynamic risk factors so as to avoid, as far as possible, the application of countless assessment tools. This could help to limit the amount of information and data that are lost. More importantly, the efficiency of psychological assessment in the criminal justice context could be improved by ensuring that the personal and material resources which are invested are actually useful and effective, and also that any decisions made are well founded. Finally, in terms of future research, it would also be interesting to re-assess the same participants after treatment implementation in order to examine whether the intervention has managed to reduce the level of their criminogenic needs.

Acknowledgments

This research was funded by grant PSI2009-13265, through Spain's Ministry of Science and Innovation, and by grant PSI2013-47043-C2-2-R, through Spain's Ministry of Economy and Competitiveness. Financial support was also provided by the Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio de Interior (Gobierno de España) [Prison Service, Home Office, Government of Spain] and by the grant Accions Especials from the University of Barcelona.

Appendix A

Table A1. Means and standard deviations for the three groups extracted in the first cluster analysis and for the overall simple

	Cluster 1 (N=29)	Cluster 2 (N=35)	Cluster 3 (N=30)	Total Sample (N=94)
<i>Measures</i>	<i>Mean (SD)</i>	<i>Mean (SD)</i>	<i>Mean (SD)</i>	<i>Mean (SD)</i>
ABCS	132.10 (8.04)	135.57 (7.85)	137.24 (4.43)	135.97 (7.49)
IRMA	84.54 (25.15)	87.78 (36.94)	66.28 (16.18)	78.08 (30.70)
AQ	29.17 (6.43)	25.83 (4.64)	21.53 (4.27)	25.65 (6.49)
BIDR-7	11.12 (5.36)	15.11 (6.21)	15.90 (6.15)	13.66 (6.43)
BIS-11	50.42 (9.44)	44.49 (6.74)	42.27 (7.51)	45.83 (8.71)
CAGE	.76 (1.12)	2.69 (1.13)	.33 (.66)	1.32 (1.39)
RAS	107.89 (20.93)	107.33 (15.79)	105.91 (16.30)	104.85 (17.21)
SSEI	113.40 (23.40)	144.68 (15.46)	149.72 (12.65)	137.53 (22.27)
UCLA	48.93 (8.59)	39.17 (7.07)	35.12 (5.14)	41.31 (8.74)
URICA	10.65 (1.55)	9.66 (1.80)	9.86 (2.30)	9.46 (2.31)

Note: Abel-Becker Cognitions Scale (ABCS); Illinois Rape Myth Acceptance Scale (IRMA); Aggression Questionnaire (AQ); Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR-7); Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11); Alcohol Interview Schedule (CAGE); Rathus Assertiveness Schedule (RAS); Social Self-Esteem Inventory (SSEI); Loneliness Scale (UCLA); University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA).

Table A2. Multiple comparisons between the three groups extracted in the first cluster analysis

<i>Measures</i>	<i>Chi square</i>	Cluster 1 vs. Cluster 2	Cluster 1 vs. Cluster 3	Cluster 2 vs. Cluster 3
		<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>
ABCS	6.35	367.50	273.50	497.50
IRMA	9.19	482.50	232.50	361.00
AQ	24.23*	361.00	130.00*	266.50
BIDR-7	9.27	321.50	231.00	491.00
BIS-11	10.68	332.00	232.00	440.50
CAGE	50.18*	128.50*	349.00	55.50*
RAS	0.29	491.00	424.50	479.00
SSEI	40.23*	123.00*	56.50*	431.00
UCLA	37.03*	192.00*	58.00*	431.50
URICA	4.51	347.50	362.50	457.00

* Bonferroni correction was established at $p < 0.0016$

Note: Abel-Becker Cognitions Scale (ABCS); Illinois Rape Myth Acceptance Scale (IRMA); Aggression Questionnaire (AQ); Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR-7); Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11); Alcohol Interview Schedule (CAGE); Rathus Assertiveness Schedule (RAS); Social Self-Esteem Inventory (SSEI); Loneliness Scale (UCLA); University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA).

Table A3. Means and standard deviations for the different groups extracted in the second cluster analysis with both the original and the adjusted data

	Original data		Adjusted data	
	Cluster A (N=39)	Cluster B (N=54)	Cluster I (N=45)	Cluster II (N=49)
<i>Measures</i>	<i>Mean (SD)</i>	<i>Mean (SD)</i>	<i>Mean (SD)</i>	<i>Mean (SD)</i>
ABCS	133.56 (8.11)	136.04 (6.50)	133.62 (8.33)	136.33 (5.88)
IRMA	120.52 (24.49)	148.35 (14.29)	96.14 (31.80)	65.00 (16.33)
AQ	28.91 (6.00)	23.03 (4.63)	27.60 (6.23)	23.55 (4.98)
BIDR-7	87.54 (29.70)	74.36 (28.35)	12.91 (6.03)	15.29 (6.24)
BIS-11	49.64 (8.38)	42.85 (7.47)	48.30 (8.10)	43.14 (8.18)
CAGE	1.85 (1.53)	1.00 (1.29)	2.00 (1.49)	0.73 (1.11)
RAS	109.53 (17.10)	105.40 (17.88)	109.80 (16.53)	104.52 (18.16)
SSEI	10.66 (4.60)	16.69 (6.05)	124.84 (24.52)	147.48 (16.26)
UCLA	47.32 (7.89)	35.89 (5.85)	45.63 (9.08)	36.54 (6.37)
URICA	10.31 (1.71)	9.88 (2.06)	9.87 (1.93)	10.18 (1.94)

Note: Abel-Becker Cognitions Scale (ABCS); Illinois Rape Myth Acceptance Scale (IRMA); Aggression Questionnaire (AQ); Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR-7); Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11); Alcohol Interview Schedule (CAGE); Rathus Assertiveness Schedule (RAS); Social Self-Esteem Inventory (SSEI); Loneliness Scale (UCLA); University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA).

Table A4. Analysis of group differences in the dynamic risk factors assessed for the clusters extracted by the cluster analyses based on original data and adjusted data

	Original data	Adjusted data
<i>Measures</i>	<i>U</i>	<i>U</i>
ABCS	853.00.	904.00
IRMA	753.00.	451.50*
AQ	460.00*	684.50
BIDR-7	473.00*	-
BIS-11	577.00*	742.50
CAGE	725.00*	573.50*
RAS	897.50.	904.50
SSEI	324.50*	494.00*
UCLA	221.00*	456.50*
URICA	956.50	950.50

** Bonferroni correction was established at $p < 0.0016$

Note: Abel-Becker Cognitions Scale (ABCS); Illinois Rape Myth Acceptance Scale (IRMA); Aggression Questionnaire (AQ); Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR-7); Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11); Alcohol Interview Schedule (CAGE); Rathus Assertiveness Schedule (RAS); Social Self-Esteem Inventory (SSEI); Loneliness Scale (UCLA); University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA).

Ana Martínez-Catena, PhD student, Department of Personality, Assessment and Psychological Treatment, University of Barcelona. Address: Passeig Vall d'Hebrón, 171 (Edifici Ponent), 6ª planta, 08035- Barcelona (Spain). E-mail: a.martinez.catena@ub.edu.

Santiago Redondo Illescas, Professor of Psychology and Criminology, Department of Personality, Assessment and Psychological Treatment, University of Barcelona. Address: Passeig Vall d'Hebrón, 171 (Edifici Ponent), 6ª planta, 08035- Barcelona (Spain). E-mail: sredondo@ub.edu.

Nina Frerich, PhD student, Department of Personality, Assessment and Psychological Treatment, University of Barcelona. Address: Passeig Vall d'Hebrón, 171 (Edifici Ponent), 6ª planta, 08035- Barcelona (Spain). E-mail: nfrerich21@gmail.com.

Anthony R. Beech, Professor in Criminological Psychology, School of Psychology, University of Birmingham. Address: Edgbaston, Birmingham, B15 2TT, United Kingdom. E-mail: a.r.beech@bham.ac.uk.

Artículo 3

Referencia: Redondo, S. y Martínez-Catena, A. (2011). Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 8 (9), 1-25.

Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales

[Treatment and therapeutic change in sex offenders]

REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIÓN CRIMINOLÓGICA, 8 (9), 1-25

Santiago Redondo Illescas

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona (España)

Passeig Vall d'Hebron, 171 (Edifici Ponent), 6ª planta

08035-Barcelona (España)

Sredondo@ub.edu

Sr570@cam.ac.uk

Tel: (+34) 93 3125858 (62)

Ana Martínez Catena

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona (España)

Passeig Vall d'Hebron, 171 (Edifici Ponent), 6ª planta

08035-Barcelona (España)

Tel: (+34) 93 3125858 (62)

Agradecimientos: Este trabajo se realizó en el marco del proyecto de investigación SEJ2005-09170-C04-01, financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia de España, y el proyecto PSI2009-13265, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España. Los autores quieren agradecer la cooperación del Departamento de Justicia de Cataluña para la realización de esta investigación, así como el apoyo y ayuda de Juan Carles Navarro, Meritxell Pérez y Meritxell Navarro.

Resumen

Este estudio analiza la relación entre participación de los agresores sexuales en un tratamiento y su disposición terapéutica. La perspectiva utilizada para ello es el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, que estructura la disposición al cambio de conducta en cuatro estadios: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. La muestra evaluada se dividió en tres grupos: grupo pre-tratamiento, integrado por 67 agresores no tratados; grupo tratamiento, formado por 33 delincuentes sexuales que recibían tratamiento; y grupo seguimiento, compuesto por 19 agresores sexuales que ya habían finalizado el tratamiento. La evaluación de la disposición para el cambio de conducta se realizó mediante la Escala de Estadios de Cambio (SOCS). En consonancia con el modelo transteórico, los resultados evidenciaron una relativa correspondencia entre los diferentes momentos del tratamiento y los sucesivos estadios de cambio terapéutico. Se comenta la complejidad de este campo de análisis y las dificultades existentes para obtener resultados nítidos en la asociación tratamiento-cambio terapéutico.

Palabras clave: agresores sexuales, motivación de cambio, desistencia delictiva, modelo transteórico

Abstract

This study examines the relationship between participation of sex offenders in a treatment program and their therapeutic readiness. The perspective used for this is the transtheoretical model of Prochaska and DiClemente, which structures the willingness to change behavior in four stages: precontemplation, contemplation, action and maintenance. The evaluated sample was divided into three groups: pre-treatment, consisting of 67 untreated offenders; treatment group, made up of 33 offenders who received treatment; and follow-up group, composed of 19 sex offenders who had completed treatment. The assessment of readiness for behavior change was performed by the Stages of Change Scale (SOCS). Consistent with the transtheoretical model, the results showed a relative correspondence between the different stages of treatment and the successive stages of therapeutic change. The complexity of this field of analysis and the difficulties of obtaining clear results in the association-treatment therapeutic change are commented.

Keywords: sex offenders, motivation to change, crime desistance, trans-theoretical model

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Desistencia delictiva: necesidad de cambios internos y externos

La desistencia del delito, o finalización por los delincuentes de su actividad criminal previa, constituye uno de los procesos más relevantes, y también más desconocidos, a que puede dirigirse el análisis criminológico. Se sabe poco acerca de si los delincuentes experimentan un insight repentino hacia el desistimiento o, más bien, se trata de un proceso gradual (Serin & Lloyd, 2009). Diversas investigaciones han analizado la influencia descriminalizadora que tendrían tanto las nuevas experiencias prosociales habidas por los sujetos (familiares, laborales, etc.) como los cambios operados en sus estados subjetivos (Aresti, Eatough, & Brooks-Gordon, 2010). En relación con eventuales vivencias prosociales, ha mostrado ser un firme factor protector del delito el adquirir nuevas relaciones interpersonales tales como vinculación de pareja u otras. Por ejemplo, McGloin, Sullivan, Piquero, Blokland, y Nieuwbeerta (2011) hallaron en una muestra de 4000 delincuentes evaluados en Holanda que contraer matrimonio se asociaba a la reducción de su versatilidad delictiva, probablemente debido al cambio de sus rutinas vitales y a una menor exposición a oportunidades delictivas. En lo tocante a los cambios internos, Aresti et al. (2010) concluyeron que el factor clave de la desistencia delictiva era la evolución de los sujetos hacia una nueva identidad prosocial. Siendo la mayor barrera para el abandono delictivo el choque entre esta identidad renovada y el encasillamiento social del sujeto como “exdelincuente”.

Con todo, lo más probable es que el proceso de desistencia delictiva requiera tanto cambios externos al sujeto como transformaciones internas, tales como la mejora de su autoconcepto y su percepción de autoeficacia (Laub, Nagin, & Sampson, 1998). Como ejemplo de la necesidad de ambos factores, LeBel, Burnett, Maruna, y Bushway (2008) hallaron, en un estudio de entrevista con 130 delincuentes, que el desistimiento del delito fue favorecido de forma combinada: mientras que los elementos subjetivos, como sentirse a disgusto con el propio pasado delictivo y creer en la capacidad personal para “salir adelante”, fueron una precondition para el abandono de la delincuencia, resultó a la vez necesario que el sujeto contara con oportunidades prácticas para desarrollar una vida prosocial.

Los cambios internos que son imprescindibles para la desistencia delictiva, que constituyen el objetivo científico de este trabajo, pueden producirse de modo natural, como resultado de la maduración del individuo, o ser impulsados mediante la aplicación de un tratamiento. El tratamiento de los delincuentes suele orientarse a favorecer el denominado cambio terapéutico, que incluye mejoras cognitivas, emocionales, actitudinales y de conducta que se asocian a la disminución del riesgo delictivo (Redondo, 2008). Para que el cambio terapéutico se produzca acostumbra a considerarse necesario que el participante en un tratamiento esté motivado para mejorar su conducta (Barbaree & Marshall, 2006; Harkins & Beech, 2007; Hollin & Palmer, 2006; Tierney & McCabe, 2002). Miller (1985) definió la motivación para el cambio del comportamiento como la probabilidad que tiene una persona de iniciar, continuar y mantener un proceso de modificación de su conducta.

Existen varias teorías acerca de la motivación y el cambio terapéuticos. Según el modelo de creencias sobre la salud (MCS), el cambio terapéutico se sustentaría en la creencia de un individuo de ser vulnerable, de tener un problema que resolver, y de que ello le reportará más beneficios personales que costes (Becker, 1974; Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008; Rosenstock, 1974). La teoría de la motivación hacia la protección, sugiere que el cambio es facilitado cuando el individuo percibe su problema como una amenaza y se considera capaz de afrontarlo (Orbell et al., 2009; Plotnikoff et al., 2010; Rogers, 1975). La teoría de la autoeficacia propone que aquellas personas que cuentan con mayor capacidad para explorarse a sí mismas (evaluando sus creencias, emociones, expectativas, etc.) pueden modificar más fácilmente sus formas de pensar y de actuar (Bandura, 1977; Schunk & Pajares, 2004). Por último, la teoría de la acción razonada (TRA) interpreta que el cambio de comportamiento es facilitado tanto por la valoración individual de la propia conducta como por las opiniones que de ella tienen las otras personas (Fishbein & Ajzen, 2010; Mullan & Westwood, 2010; Natan, Beyil, & Neta, 2009).

1.2 El modelo transteórico de cambio de la conducta

Por encima de las anteriores, la teoría más conocida sobre motivación y cambio terapéutico es el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, formulado a partir de 1982 (Casey, Day, & Howells, 2005). Integra tres dimensiones interrelacionadas (Labrador, Echeburúa, & Becona, 2000; Norcross,

Krebs, & Prochaska, 2011): estadios de cambio, procesos de cambio y niveles de cambio. Los estadios de cambio, identificados en origen mediante análisis empíricos (DiClemente & Prochaska, 1982; Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988), representan una dimensión temporal, concibiéndose como una progresión de la conducta individual a lo largo del tiempo (Prochaska & Norcross, 2001). Los procesos de cambio se refieren a los factores que producen las mejoras terapéuticas, tales como las variaciones en la concienciación del individuo, su capacidad de auto-reevaluación, de manejo de contingencias y de control de estímulos, o el mejoramiento de sus relaciones de ayuda (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). El modelo transteórico propone que distintos procesos de cambio (y en consecuencia, distintas técnicas psicológicas susceptibles de impulsarlos) pueden resultar más eficaces en ciertos estadios de cambio que en otros (Prochaska & Norcross, 2001; Rosen, 2000). Por último, los niveles de cambio harían referencia a aquellos aspectos conductuales, cognitivos y emocionales implicados en cualquier disfunción del comportamiento, considerando que existirían cinco niveles de cambio progresivos (Prochaska & DiClemente, 2005): cambio situacional, cognitivo, interpersonal, en el sistema familiar, y en los conflictos interpersonales.

La estructura más difundida y analizada del modelo transteórico es la correspondiente a los estadios, o momentos temporales, de cambio terapéutico. En la categorización más exhaustiva se han descrito seis estadios de cambio (Labrador et al., 2000; Prochaska & Norcross, 2001; Redondo, 2008): 1) precontemplación, en que el sujeto aún no se ha hecho consciente de tener un problema que deba resolver y por ello todavía no muestra ninguna intención de cambiar; 2) contemplación, cuando el individuo empieza a adquirir conciencia de las dificultades que tiene y comienza a pensar seriamente en hacer algo al respecto; 3) preparación para la acción, momento en el que el sujeto ha decidido emprender acciones para resolver su problema con cierta inmediatez (suele estimarse como tal el plazo de un mes); 4) acción, fase en la que está dando pasos claramente dirigidos a solucionar sus dificultades (variando para ello sus conductas, experiencias o ambientes) y ya ha realizado algunos progresos; 5) mantenimiento, cuando el individuo ya ha conseguido cambiar su conducta problemática (durante un periodo mínimo de seis meses) y está utilizando estrategias concretas para evitar una recaída; y 6) finalización, momento en el que el sujeto ha podido estabilizar sus logros y dar por resuelto su problema. En una versión simplificada del modelo transteórico los estadios de cambio se

redujeron de los seis precedentes a cuatro de ellos (Littell & Girvin, 2002): 1) precontemplación, 2) contemplación, 3) acción, y 4) mantenimiento.

Esta propuesta de cuatro estadios ha sido evaluada mediante la Escala de Estadios de Cambio (SOCS) (McConaughy et al., 1983). Hemphill y Howell (2000) hallaron alta validez convergente y discriminante de estos cuatro estadios, a partir de su comparación con las escalas Paulhus Deception Scales (PDS) (D. L. Paulhus, Trapnell, & Chen, 1999; Delroy L. Paulhus & Lim, 1994) y el Multidimensional Anger Inventory (MAI) (Siegel, 1986). El modelo transteórico se ha utilizado, empleando la escala SOCS y otras escalas análogas, para evaluar la disposición hacia el cambio terapéutico de pacientes con problemas de abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas, estrés post-traumático, trastornos alimentarios, ansiedad, depresión, y otros (Norcross et al., 2011).

En lo que aquí nos concierne, el modelo transteórico se ha utilizado también para la evaluación del tratamiento de distintas problemáticas y categorías de delincuentes: conductores infractores (Nochajski & Stasiewicz, 2005; Wells-Parker, Kenne, Spratke, & Williams, 2000), delincuentes encarcelados (Mcmurran, Theodosi, & Sellen, 2006), delincuentes juveniles (Hemphill & Howell, 2000), control de la ira (Williamson, Day, Howells, Bubner, & Jauncey, 2003), maltratadores de sus parejas (Alexander & Morris, 2008; Norcross et al., 2011; Scott & Wolfe, 2003), y agresores sexuales (Polaschek et al., 2010; Tierney & McCabe, 2002; Tierney & McCabe, 2004). La conclusión más general es que el modelo transteórico, y sus correspondientes escalas de evaluación, pueden ser útiles para valorar la disposición hacia el cambio de conducta en delincuentes participantes en un tratamiento (Tierney & McCabe, 2004). Contrariamente a ello, algunos trabajos más críticos consideran que el modelo transteórico es una estructura demasiado global para analizar los matices implicados en el proceso de cambio terapéutico y desistencia delictiva (Burrowes & Needs, 2009; Casey et al., 2005).

1.3 Tratamiento y motivación terapéutica

Se ha debatido si es imprescindible que los delincuentes, antes de participar en un tratamiento, cuenten con una motivación “genuina” y un deseo sincero de cambio, en torno a lo cual se han realizado algunas investigaciones, que han obtenido resultados dispares (Tierney y McCabe, 2002). Algunos estudios han concluido, en la dirección más exigente, que se debería aplicar una intervención

terapéutica exclusivamente a aquellos sujetos que están motivados para participar en ella. Sólo un deseo genuino del individuo de abandonar la delincuencia puede facilitar que se beneficie del tratamiento (Harkins & Beech, 2007). Como aval de esta postura, diversos estudios han hallado una correlación positiva entre niveles más elevados de motivación terapéutica y mayor eficacia de la intervención (August & Flynn, 2007; Bowen & Gilchrist, 2004; de Oliveira Júnior & Malbergier, 2003; Pelissier, 2007; Tierney & McCabe, 2002).

Sin embargo, es sumamente difícil que los delincuentes presenten una motivación de cambio plenamente sincera, ya que los tratamientos suelen desarrollarse en un contexto de privación de libertad. Los motivos que los delincuentes encarcelados pueden tener para participar en una intervención son variados, no exclusivamente terapéuticos. Por ello, desde una perspectiva más posibilista, se ha considerado que es el tratamiento el que debe promover o desarrollar progresivamente en los sujetos su motivación terapéutica, sin que ésta deba considerarse una precondition (Day, Gerace, Wilson, & Howells, 2008; Grubin & Thornton, 1994; Tierney & McCabe, 2002; Tierney & McCabe, 2004). En un programa dirigido a erradicar las distorsiones cognitivas de dos categorías de agresores sexuales, Terry y Mitchel (2001) obtuvieron resultados ambivalentes acerca del influjo de la motivación previa en el éxito del tratamiento. Para el caso de los agresores sexuales de mujeres adultas, el tratamiento produjo efectos positivos similares en los participantes que contaban con precedente motivación de cambio y en los que carecían de ella. Por el contrario, la motivación previa para cambiar potenció la eficacia del tratamiento en los abusadores de menores.

Un planteamiento de compromiso entre los dos anteriores (máxima exigencia motivacional para el tratamiento vs mínima) afirmaría la necesidad de aplicar tratamiento incluso a sujetos no altamente motivados para participar en el mismo, pero adaptando los objetivos de la intervención al nivel motivacional que presentan (Day, Bryan, Davey, & Casey, 2006; DiClemente, Garay, & Gemmell, 2008; Eckhardt, Babcock, & Homack, 2004; Harkins & Beech, 2007; Prochascka & Norcross, 2001; Tierney & McCabe, 2004).

Se ha considerado que los agresores sexuales muestran en general escasa motivación para cambiar debido a la frecuente negación, minimización y justificación que realizan de sus delitos (Garland & Dougher, 1991; Harkins & Beech, 2007; Kear-Colwell & Pollock, 1997; Tierney & McCabe, 2002). Por ello, para una mayor eficacia terapéutica, se estima muy conveniente que los

delincuentes sexuales reconozcan los delitos cometidos, abandonen sus habituales procesos de justificación, y se responsabilicen de los daños causados a otras personas (Barrett, Wilson, & Long, 2003; Harkins & Beech, 2007; Redondo, 2006). Para favorecer estas mejoras, Marshall y Moulden (2006) han propuesto aplicar pre-programas motivacionales que reduzcan la resistencia inicial de los agresores sexuales hacia el reconocimiento delictivo y el abandono del delito. Pese a todo, Marshall y Pithers (1994) interpretaron que muchos delincuentes sexuales, más que presentar una resistencia general a variar su conducta, lo que en realidad muestran es una dificultad para modificarla de forma rápida. Es decir, lo que sucede es que distintos agresores sexuales pueden cambiar a diferentes ritmos, dependiendo de aspectos como la gravedad de sus delitos, las habilidades y recursos personales con los que cuentan, y las diferencias en su motivación.

Como puede verse, por todo lo comentado hasta aquí, el análisis de las relaciones entre el tratamiento y la motivación y el cambio terapéutico de los agresores sexuales es un ámbito de investigación complejo y con resultados ambivalentes. Aun así, el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente constituye la conceptualización más sólida e internacionalmente utilizada para adaptar las intervenciones con los delincuentes al momento motivacional de cada participante (Prochaska y Norcross, 2001), algo sobre lo que no existen estudios en España. El modelo transteórico establece que, cuando las personas varían su conducta, transitan por diversos estadios de cambio (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento). Y un presupuesto importante, deducible de una parte de la investigación en este campo, es que la disposición a la modificación de la propia conducta, y en consecuencia el avance en estadio de cambio, pueden ser favorecidos mediante el tratamiento (Day, et al., 2008; Grubin y Thornton, 1994; Tierney y McCabe, 2002, 2004). Bajo estas premisas sería razonable esperar que los agresores sexuales que no han comenzado un programa, o se hallan en sus primeras fases, se situaran en estadios de cambio iniciales. Y que aquellos otros que llevan tiempo participando en un tratamiento, o ya lo han finalizado, se ubicaran en estadios más avanzados. La correspondencia ideal entre fases sucesivas del tratamiento y estadios de cambio en que se sitúan los participantes podría constituir un criterio teórico y empírico razonable del buen funcionamiento de un programa y de su eventual eficacia terapéutica.

En consonancia con lo anterior, el propósito de esta investigación es explorar la utilidad del modelo transteórico (DiClemente & Prochaska, 1982) en una muestra de agresores sexuales encarcelados. Su objetivo específico es evaluar la relación que pueda existir entre los sucesivos momentos del tratamiento en que se encuentran los sujetos (con antelación a haberlo iniciado, en proceso de tratamiento, o habiéndolo ya finalizado) y sus puntuaciones en los estadios de cambio del modelo transteórico. La hipótesis general es que debería existir reciprocidad entre la fase de tratamiento en que un grupo se halla y su nivel de cambio terapéutico: los sujetos en pre-tratamiento deberían situarse en estadios de cambio iniciales (*precontemplación*), los del grupo tratamiento en estadios intermedios (*contemplación* y *acción*), y los del grupo seguimiento en estadios finales (*mantenimiento*).

2. MÉTODO

2.1. Participantes

La muestra de esta investigación está integrada por 76 sujetos internos en el Centro Penitenciario Brians II (en la provincia de Barcelona), de edades comprendidas en el rango 21-68 años ($M = 39,77$; $DS = 10,63$). La muestra global se divide en tres grupos de estudio: a) grupo pre-tratamiento, compuesto por 24 delincuentes que no habían participado todavía en ninguna intervención; b) grupo tratamiento, integrado por 33 internos que cumplían condena por un delito sexual y se hallaban en proceso de tratamiento; y c) grupo seguimiento, formado por 19 agresores sexuales que ya habían finalizado el tratamiento.

Los tres grupos constituidos son homogéneos en sus características sociodemográficas y de carrera criminal, siendo las principales las siguientes: respecto de la nacionalidad, el 55% de la muestra era de origen español mientras que un 15,5% procedía de otros países europeos, un 20% de estados iberoamericanos, y un 9% de países africanos; la mayoría de los sujetos había cursado estudios básicos (90%); sólo el 20% de la muestra mantenía una relación de pareja; la edad promedio de los sujetos cuando cometieron el delito era de 34,02 años ($DS = 9,98$) y en el momento de la realización de este estudio de 39,77 años ($DS = 10,63$); por último, el 36,8% de los sujetos tenía antecedentes penales, en su mayoría por delitos violentos.

2.2 Instrumentos

En consonancia con los objetivos de esta investigación, para evaluar los estadios de cambio en los que se encontraban los sujetos se empleó la Escala de Estadios de Cambio (SOCS). Este instrumento, que está disponible en la página web del Cancer Prevention Research Centre (de la Universidad de Rhode Island, EEUU, cuyo director es uno de sus diseñadores, James Prochaska), fue traducido al castellano, con posterior retrotraducción, a los efectos de este estudio (se incluye la versión castellana, aquí utilizada, como Apéndice).

La escala SOCS es un cuestionario de autoinforme integrado por 32 ítems o afirmaciones sobre creencias y disposiciones que puede tener un individuo al respecto del problema de conducta que experimenta (en este caso acerca de sus delitos sexuales). Los participantes deben valorar, en una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos, su grado de desacuerdo/acuerdo con lo planteado en cada ítem. Una puntuación cercana a 1 significa que el sujeto se siente en desacuerdo con el enunciado del ítem, mientras que una próxima a 5 indica que está muy de acuerdo con dicho enunciado.

Cada ítem de la escala se asocia a alguno de los cuatro estadios de cambio del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, constituyéndose así cuatro subescalas (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento). El sistema de corrección original de la escala SOCS, aquí usado, es categórico: a partir del sumatorio de puntuaciones de los ítems que componen cada subescala se obtiene una puntuación en cada uno de los cuatro estadios de cambio, lo que permite saber en cuál de ellos sobresale el individuo (Callaghan y Taylor, 2006; DiClemente, Schlundt y Gemmell, 2004; Hemphill y Howell, 2000).

2.3 Procedimiento

Para la realización de este estudio se ha empleado un diseño de comparación de grupos. Como ya se ha señalado, la asignación de los sujetos a los grupos tomó como criterio el momento de tratamiento en el que éstos se encontraban (previo al tratamiento, durante el tratamiento, o tras haberlo finalizado).

El análisis de los datos se efectuó mediante el paquete estadístico SPSS 17. En primer lugar, se realizó un estudio de fiabilidad de la escala SOCS mediante el contraste de las correlaciones de Pearson y la obtención del estadístico alfa de Cronbach para las diferentes subescalas (correspondientes a los distintos estadios de cambio).

Para cada grupo se calcularon las puntuaciones medias y desviaciones típicas que presentaban sus correspondientes sujetos en cada uno de los estadios del modelo transteórico. Además, atendido el estadio de cambio en el que sobresalía cada sujeto, se obtuvieron, para cada grupo, los porcentajes de sujetos prevalentes en cada estadio. Las diferencias entre las puntuaciones medias de los grupos en los distintos estadios se exploraron mediante pruebas no-paramétricas. Se hizo así debido a que los datos no presentaban una distribución normal, requisito necesario para el uso de estadísticos paramétricos. Concretamente, se empleó la prueba Kruskal-Wallis para analizar las diferencias entre las medias de varios grupos independientes y, finalmente, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney de comparación de medias entre dos grupos.

3. RESULTADOS

3.1. Fiabilidad de la Escala de Estadios de Cambio (SOCS)

La Tabla 1 muestra las correlaciones de Pearson entre las cuatro subescalas SOCS de estadios de cambio. Como puede verse, la subescala precontemplación correlaciona negativamente con las subescalas contemplación y acción (en este último caso de forma no significativa), mientras que no muestra relación con la subescala mantenimiento. Paralelamente, las subescalas contemplación, acción y mantenimiento muestran entre sí correlaciones positivas elevadas.

La consistencia interna de la Escala de Estadios de Cambio, explorada mediante el estadístico alfa de Cronbach, presenta valores altos para todas las subescalas, que oscilan entre $\alpha = 0,72$ y $0,86$ (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis de fiabilidad de la Escala de Motivación al Cambio

	Correlación de Pearson				Alfa de Cronbach
	P	C	A	M	
Precontemplación (P)	-				0,72
Contemplación (C)	-0,192*	-			0,85
Acción (A)	-0,111	0,852**	-		0,86
Mantenimiento (M)	0,000	0,683**	0,641**	-	0,80

* Correlación significativa a $p < 0,05$

** Correlación significativa a $p < 0,01$

3.2 Comparación entre los grupos

En la Tabla 2 se presentan, para cada grupo, sus medias y desviaciones estándar en cada estadio de cambio, así como el porcentaje de sujetos que sobresale en él.

Los resultados del test Kruskal-Wallis indicaron diferencias de medias significativas entre los grupos en la subescala correspondiente al estadio precontemplación, $H(2) = 13.69$, $p < 0.01$, pero no en las restantes subescalas. La prueba U de Mann Whitney reveló que tales diferencias en precontemplación se produjeron entre el grupo pre-tratamiento y el grupo tratamiento ($U = 762.00$, $z = -2.52$, $p = 0.01$) y entre el grupo pre-tratamiento y el de seguimiento ($U = 316.00$, $z = -3.34$, $p < 0.00$).

En relación con el estadio de cambio en el que sobresale cada grupo, en precontemplación hay una mayor proporción de individuos del grupo pre-tratamiento (9%). En el estadio contemplación, prevalece el grupo tratamiento (con un 51,5% de sus sujetos). En acción sobresale también el grupo pre-tratamiento (con el 56,7%). Finalmente, en el estadio mantenimiento predomina el grupo seguimiento (con un 5,3% de sus integrantes).

Tabla 2. Descripción de los resultados de la Escala de Motivación de Cambio

	Grupo Pre-tratamiento (N = 67)		Grupo Tratamiento (N = 33)		Grupo Seguimiento (N = 19)	
	M (SD)	% sujetos	M (SD)	% sujetos	M (SD)	% sujetos
Precontemplación	22,01 (5,96)	9%	18,61 (6,07)	6,1%	19,94 (4,05)	0%
Contemplación	31,52 (6,54)	31,3%	33,42 (6,33)	51,5%	34,73 (3,93)	47,4%
Acción	32,11 (6,40)	56,7%	32,27 (6,93)	39,4%	34,37 (4,49)	47,4%
Mantenimiento	24,68 (7,51)	3%	23,09 (6,47)	3%	27,21 (4,61)	5,3%

En la Figura 1 se representan, para cada grupo, los porcentajes acumulados de sujetos que prevalecen en cada estadio de cambio sucesivo. Los tres grupos de este estudio (pre-tratamiento, tratamiento y seguimiento) muestran un patrón acumulativo parecido. Con todo, los grupos tratamiento y seguimiento presentan menores proporciones de sujetos en precontemplación y tienden ligeramente a

acumular mayor número de sujetos en estadios de cambio más avanzados, en contraste con el grupo pre-tratamiento.

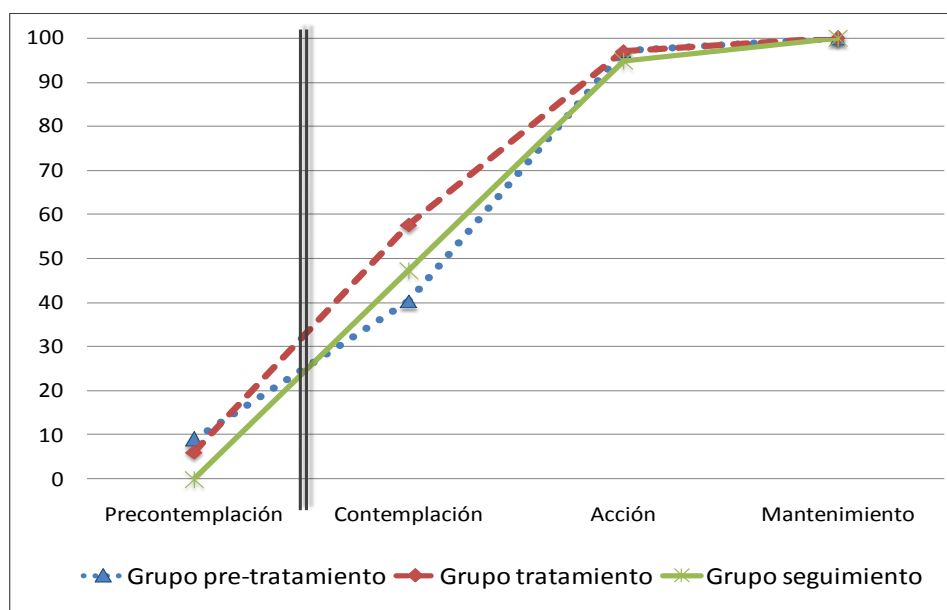


Figura 1. Porcentaje acumulado de sujetos prevalentes en cada estadio de cambio para cada grupo del estudio

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio era explorar la utilidad del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1982) en el marco del tratamiento y el cambio terapéutico de los delincuentes sexuales. Y en concreto conocer si existía relación entre tres momentos distintos del tratamiento (antes de recibirlo, en proceso, o habiéndolo finalizado) y el posicionamiento de los participantes en los estadios de cambio del modelo transteórico (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento).

Para evaluar a los sujetos y determinar en qué estadio de cambio se situaban fue utilizada la Escala de Estadios de Cambio (SOCS), traducida al castellano mediante retrotraducción. En ella los sujetos obtienen una puntuación para cada estadio de cambio del modelo. Las pruebas estadísticas realizadas avalan la fiabilidad de esta versión castellana de la escala. Las correlaciones entre sus diferentes subescalas, o estados de cambio, son consistentes con lo esperable. El estadio precontemplación (que indica falta de conciencia de problema) correlaciona inversamente con los estadios contemplación y acción, aunque no

con seguimiento (estadios todos que representan, frente a precontemplación, la percepción de los individuos de que tienen en su vida un problema al que deben enfrentarse). Por su parte, estos tres últimos estadios, contemplación, acción y seguimiento, correlacionan positivamente entre sí, tal y como era de prever. Además, el estadístico alfa de Cronbach mostró valores altos para las diferentes subescalas o estadios de cambio, lo que permite concluir que la traducción al castellano de la escala SOCS, aquí presentada, cuenta con una buena consistencia interna. Debido a ello se ofrece como Apéndice de este artículo para facilitar que pueda ser utilizada por otros investigadores o profesionales interesados en este campo.

Como se mencionó, algunos autores han considerado que el tratamiento puede contribuir a incrementar la motivación de los delincuentes para el cambio terapéutico (Day, et al., 2008; Grubin y Thorton, 1994; Tierney y McCabe, 2004). En coherencia con ello, en este estudio se esperaba encontrar correspondencia entre el momento de tratamiento en que se hallasen los agresores sexuales y el estadio de cambio en el que se situaran. En concreto, que los sujetos del grupo pre-tratamiento prevalecieran en estadios de cambio inferiores y los de los grupos tratamiento y seguimiento en estadios más avanzados. Los resultados obtenidos, mediante el test de Kruskal-Wallis y la prueba U de Mann Whitney, corroboran la existencia de diferencias significativas entre los grupos en el estadio precontemplación, en el que el grupo pre-tratamiento puntúa significativamente más alto (es decir, es más inconsciente de su problema) que los grupos tratamiento y seguimiento, que puntúan más bajo (o sea, muestran mayor conciencia de tener un problema que resolver). En el resto de los estadios de cambio, en general se observan diferencias entre los grupos en las direcciones esperadas, aunque éstas no son estadísticamente significativas. Una limitación metodológica de este estudio es que los grupos evaluados están integrados por un número reducido de sujetos. Ello probablemente dificulta la obtención de resultados estadísticamente significativos, especialmente cuando las diferencias entre las puntuaciones de los grupos no son muy amplias.

Por otro lado, los análisis acerca de en qué estadios de cambio prevalecen los diversos grupos de estudio, así como la representación gráfica de porcentajes acumulados a lo largo de los sucesivos estadios, permiten llegar a una conclusión similar: el hecho de participar en un programa de tratamiento parece mejorar la motivación terapéutica y la disposición al cambio de conducta. Pese a todo, las diferencias entre los grupos en los distintos estadios de cambio no son amplias ni

siempre se producen en el sentido esperado. Quizá el resultado más destacable sea la clara división que aparece entre el estadio precontemplación y los restantes estadios globalmente considerados. Mientras que en precontemplación destacan algo más los sujetos no tratados, los grupos tratamiento y seguimiento tienden a posicionarse en los tres estadios más altos, con la excepción de que también el grupo pre-tratamiento predomina en el estadio acción. Con la salvedad aludida, a medida que los sujetos avanzan en el tratamiento parece aumentar su disposición favorable a mejorar su conducta, mostrada en una tendencia a puntuar en estadios de cambio terapéutico superiores.

Según lo expuesto, la conclusión más positiva de esta investigación sería que la escala SOCS, que es sustentada por el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1982), constituye una herramienta parcialmente útil para evaluar la disposición al cambio terapéutico de los agresores sexuales, lo que es consistente con estudios previos (Tierney y McCabe, 2004). Y, además, que esta escala podría ser utilizada como medida indirecta de eficacia terapéutica. No obstante, aunque la escala SOCS se limita a analizar los estadios de cambio, el cambio terapéutico es, según el propio modelo transteórico, un mecanismo más complejo que incluye también los procesos generadores de las mejoras terapéuticas y los niveles personales en que tales mejoras se producen (Prochaska, et al., 1992). Por otro lado, aunque este estudio presta atención al proceso interno de disposición para cambiar, que se considera imprescindible para la desistencia delictiva, no debe olvidarse que para que ésta se produzca también requiere que los individuos cuenten con nuevas oportunidades prosociales (Aresti et al., 2010; Laub et al., 1998). Por ello, un análisis más completo de los procesos de desistimiento del delito debería atender a ambos tipos de factores, y no sólo a los cambios internos objeto de esta investigación.

El resultado más débil quizá sea que la escala SOCS no muestra ser un instrumento muy sensible y preciso para evaluar la disposición al cambio y la eficacia terapéutica como resultado del tratamiento. Burrowes y Needs (2009) han puesto de relieve la dificultad de adaptar la escala de cambio al caso de los agresores encarcelados. El modelo de estadios de cambio fue originariamente diseñado como un análisis de situaciones terapéuticas de participación voluntaria en un tratamiento, en marcos comunitarios libres, en los que los participantes tienen la posibilidad de experimentar el tránsito natural por los diferentes estadios, y también los riesgos que se asocian a ellos (Norcross, et al., 2011). Por ejemplo, una adecuada plasmación del estadio mantenimiento presupondría que

los sujetos en dicho estadio estuvieran expuestos a los riesgos naturales de su vida susceptibles de llevarles a una recaída, y que tal exposición, si es adecuadamente afrontada, acabara fortaleciendo su resistencia terapéutica. En cambio los agresores sexuales que aquí recibieron tratamiento se encuentran privados de libertad, lo que sin duda altera los procesos normales de motivación y cambio terapéuticos. Incluso durante el estadio mantenimiento, en el que teóricamente deberían estar ya expuestos a los estímulos de riesgo que son naturales en la vida social, la mayoría todavía continúan en prisión. Todo ello puede hacer más difícil la adaptación del modelo transteórico y la escala de estadios de cambio al marco de situaciones de encarcelamiento.

Por último, el cambio en dirección a la desistencia delictiva no es un suceso repentino e irreversible sino, con toda probabilidad, un proceso gradual y vacilante (Serin & Lloyd, 2009). Las personas cuando se plantean modificar ciertos comportamientos problemáticos e inician dicho cambio, no suelen hacerlo de un modo unidireccional, en el que no quepa ninguna vuelta atrás. Las recaídas parecen ser más la norma que la excepción. Además, según se vio, diferentes delincuentes sexuales podrían estar cambiando a distintos ritmos (Marshall y Pithers, 1994). Por ello, es razonable esperar que en la muestra de agresores sexuales aquí evaluados, individuos que todavía no participan en una intervención estén, pese a todo, considerando cambiar su conducta. Que sujetos que han iniciado tratamiento tengan todavía dudas sobre su deseo y disposición al cambio de comportamiento. Y que personas que ya han finalizado un programa terapéutico aún no se sientan completamente seguras, e incluso puedan volver atrás. Todos estos vaivenes y entrecruzamientos en dirección a la mejora de una conducta problemática y al retroceso en dicho logro, que probablemente constituyen la pauta general, podrían dificultar la obtención de resultados claros en una materia como el desistimiento de la delincuencia sexual.

APÉNDICE

Versión en castellano de la Escala de Estadios de Cambio-SOCS de Prochaska y DiClemente

PUNTUACIONES DEL SUJETO EN CADA ESTADIO DE CAMBIO

P	C	A	M

Lea atentamente las siguientes afirmaciones e indique su grado de acuerdo con cada una de ellas, en base a la escala de cinco puntos que se especifica a continuación. Bases sus respuestas en cómo se siente y se comporta usted en la actualidad.

1= Completamente en desacuerdo

2= En desacuerdo

3= No tengo opinión

4= De acuerdo

5= Completamente de acuerdo

1. Que yo sepa, no tengo ningún problema que necesite cambiar	1	2	3	4	5
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar algo de mí mismo	1	2	3	4	5
3. Estoy empezando a poner remedio a los problemas que me han estado preocupando	1	2	3	4	5
4. Puede valer la pena que me esfuerce para solucionar mi problema	1	2	3	4	5
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido el que yo esté aquí	1	2	3	4	5
6. Me preocupa recaer en un problema que ya he solucionado, por eso estoy aquí para pedir ayuda	1	2	3	4	5
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mis problemas.	1	2	3	4	5
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de Mí mismo	1	2	3	4	5
9. He conseguido solucionar mi problema, pero no estoy seguro de poder mantener el esfuerzo por mí mismo	1	2	3	4	5
10. A veces mi problema es difícil, pero continúo esforzándome para solucionarlo	1	2	3	4	5
11. Estar aquí es casi una pérdida de tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo	1	2	3	4	5
12. Espero que aquí me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo	1	2	3	4	5
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que realmente yo necesite cambiar	1	2	3	4	5
14. Estoy haciendo un gran esfuerzo para cambiar	1	2	3	4	5
15. Tengo un problema y creo que debería intentar solucionarlo	1	2	3	4	5
16. No me siento capaz de mantener los cambios que he logrado, y estoy aquí para prevenir una recaída en mi problema	1	2	3	4	5
17. Aunque no siempre consigo el mejor resultado, al menos lo estoy intentando	1	2	3	4	5
18. Pensaba que una vez que hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él	1	2	3	4	5

19. Desearía tener más ideas sobre cómo resolver mi problema	1	2	3	4	5
20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que me ayudaran	1	2	3	4	5
21. Quizás en este lugar me puedan ayudar	1	2	3	4	5
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que he conseguido	1	2	3	4	5
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no todo el problema	1	2	3	4	5
24. Espero que alguien de aquí me pueda dar un buen consejo	1	2	3	4	5
25. Cualquiera puede hablar sobre cambiar; pero yo estoy haciendo algo al respecto	1	2	3	4	5
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no puede la gente simplemente olvidar sus problemas?	1	2	3	4	5
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.	1	2	3	4	5
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer un problema que creía tener ya resuelto	1	2	3	4	5
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?	1	2	3	4	5
30. Estoy trabajando activamente para solucionar mi problema	1	2	3	4	5
31. Preferiría convivir con mis defectos antes que intentar cambiarlos	1	2	3	4	5
32. Después de todo lo que he hecho para intentar solucionar mi problema, reaparece una y otra vez	1	2	3	4	5

Valoraciones globales complementarias a la escala SOCS

Mirándome a mí mismo con absoluta sinceridad, considero que el riesgo existente de volver a caer en mi problema es, en una escala de 0 a 10 puntos, de PUNTOS , siendo 0 un riesgo nulo y 10 un riesgo máximo.

CONTESTE A LO SIGUIENTE, SÓLO SI HA PARTICIPADO EN UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Indique, de 1 a 7 puntos, en qué grado considera haber mejorado globalmente como resultado del tratamiento recibido:

Artículo 4

Referencia: Martínez-Catena, A. y Redondo, S. (2016). Psychological treatment and therapeutic change in incarcerated rapists. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, XX, XX.

Psychological treatment and therapeutic change in incarcerated rapists

[Treatment Efficacy]

[Tratamiento psicológico y cambio terapéutico en agresores sexuales
encarcelados]

**THE EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY APPLIED TO
LEGAL CONTEXT, 1-25**

Ana Martínez-Catena & Santiago Redondo

Ana Martínez-Catena, Department of Clinical Psychology and
Psychobiology. University of Barcelona

Santiago Redondo Illescas, Department of Clinical Psychology and
Psychobiology. University of Barcelona

Acknowledgements: This research was funded by grants SEJ2005-09170-C04-01 and PSI2009-13265 from Ministerio de Ciencia y Innovación [Spain's Ministry of Science and Innovation] and by grant PSI2013-47043-C2-2-R from Ministerio de Economía y Competitividad [Spain's Ministry of Economy and Competitiveness]. Financial support (FBG305486) was also provided by the Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio de Interior, Gobierno de España [Correctional Services, Home Office, Government of Spain].

Corresponding Author: Ana Martínez-Catena, Department of Clinical Psychology and Psychobiology, University of Barcelona, Passeig de la Vall d'Hebrón, 171 Edifici Ponent, 6a planta, 08035, Barcelona, Spain. Email: a.martinez.catena@ub.edu

Abstract

Most Spanish prisons provide specialized treatment for incarcerated sex offenders, both rapists and child molesters. This treatment is a cognitive-behavioural intervention that has shown relative effectiveness in previous research. With regard to offenders' rehabilitation, recidivism assessments are necessary as a final measure of treatment effectiveness. However, the evaluation of recidivism by itself does not provide sufficient information on the treatment process and the specific effects that treated subjects could undergo. This paper aims to analyse the therapeutic effectiveness of psychological treatment provided to rapists (in general, males sentenced for committing a sexual offence against women). To this aim, a group of treated rapists (N= 153) serving a sentence in prison was analysed. Using a specially designed scale (PASSO) global therapeutic change and ten specific variables (including assertiveness, readiness to change, cognitive distortions, impulsivity, etc.) were assessed. The within-subjects comparison showed that treated sex offenders improved, in therapeutic terms, globally as well as in most of the specific variables assessed (improvements not experimented for the control group). Also, different therapeutic subscales showed relevant associations between them. The findings regarding treatment effectiveness are discussed.

Keywords: sex offenders, psychological treatment, therapeutic change, treatment effectiveness

Resumen

La mayoría de los centros penitenciarios españoles ofrecen un programa de tratamiento psicológico especializado para agresores sexuales, tanto para violadores como para abusadores de menores. Se trata de un programa de orientación cognitivo-conductual, que en algunas evaluaciones ya realizadas ha evidenciado una eficacia terapéutica relativa en términos de reducción de las tasas de reincidencia. Aunque la evaluación de la reincidencia delictiva es una medida necesaria para ponderar la eficacia final del tratamiento de los agresores sexuales, dicha medida no permite conocer con precisión las mejoras específicas que los sujetos puedan experimentar. Este artículo dirige su atención precisamente a evaluar con detalle la eficacia terapéutica del tratamiento de los agresores sexuales de mujeres adultas. Con esta finalidad, se analiza una muestra de agresores sexuales tratados (N= 153) que cumplen condena en prisión por un

delito contra una mujer adulta. Para ello, se evalúa mediante una escala diseñada al efecto (EPAS) el cambio terapéutico global de los sujetos tras el tratamiento, y también su evolución en diez variables terapéuticas específicas (incluyendo asertividad, disposición al cambio personal, distorsiones cognitivas, etc.). La comparación intra-sujetos indicó que los agresores tratados mejoran, en términos terapéuticos, tanto globalmente como en la mayoría de las variables específicas evaluadas (mejoras que no se produjeron en el grupo control). Así mismo, se encontraron asociaciones significativas relevantes entre diversas variables terapéuticas. Finalmente, se comentan críticamente los resultados obtenidos y algunos de los retos existentes en el campo de la evaluación del tratamiento psicológico de los agresores sexuales.

Palabras clave: agresores sexuales, tratamiento psicológico, cambio terapéutico, eficacia del tratamiento

Introduction

1. The scale and severity of sexual offences

Official data about sexual offences show that the prevalence of sex crimes is relatively low among criminal behaviours. For example, reported sex crimes accounted for only 0.94% of all the serious crimes committed in Spain in 2014 (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2014). Nonetheless, the number of sex offences not officially reported by victims may be substantially higher (Abrahams et al., 2014).

However, sex offences are among the most serious crimes because of their severe damage to the victims, usually women and children (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011; European Agency for Fundamental Rights, 2014; Fergusson et al., 2013; Lopez-Castroman et al., 2013; Wößner, 2016). Also, sexual offences carry a huge social stigma and, justifiably, arouse intense feelings of personal insecurity. Particularly, the crimes committed by sex offenders released after serving their sentences generate public concern and alarm.

For all these reasons, it is important to analyse and enhance our scientific understanding of sexual offending behaviour in order to improve prevention and to apply more effective treatment with convicted offenders. This paper focuses

specifically on the effectiveness of the psychological treatment administered to rapists or sex offenders serving prison sentences in Spain for sexual assaults on adult women¹.

2. Causes and correlates of sex offences

The initiation and development of human sexuality from puberty generally involves a range of appropriate prosocial experiences which normally include sexual self-satisfaction and voluntary sexual interaction with peers. As a result of these sexual experiences, during adolescence individuals usually learn prosocial sexual repertoires and also acquire the necessary sexual controls, inhibitions and taboos, in particular with regard to avoiding forced sex. However, juveniles who have suffered serious traumatic experiences in childhood (psychological or sexual abuse, inconsistent rearing in the family, and so on) may have special difficulty in developing these indispensable sexual controls and inhibitions, and as a result show more risk of sexual offending (Becker & Johnson, 2001; Hamby et al., 2012; W. L. Marshall et al., 2013, 2006; Redondo & Martínez, 2012; Zurbriggen et al., 2010). In this respect, a significant proportion of sex offenders have more varied and atypical sexual experiences at an early age than is the norm, including the use of violent pornography (Barbaree & Langton, 2006; Becker & Hunter, 1997; Cale et al., 2015; Seto & Eke, 2015) or actual childhood experiences of physical or sexual abuse (Fergusson et al., 2013; Gunby & Woodhams, 2010; Mancini et al., 2012; Seto, 2008). These experiences of victimisation may stimulate a deviant sexual arousal and a preference for violent sex.

Rapists may also have suffered traumatic family abandonment, affective rejection, negligent parents, erratic styles of upbringing, and so on during childhood (Maniglio, 2012). These traumatic early experiences tend to be related to severe emotional and communicative deficits, relationship problems, and social isolation (Ford & Linney, 1995; Hendriks & Bijleveld, 2004; Hulme & Middleton, 2013; Katz, 1990; Porter et al., 2015; Van Wijk, 1999). To solve or compensate these problems, individuals may use inappropriate coping

¹ Generally, in strict legal terms, the word “rape” is used to refer to sexual crimes involving forced sexual penetration. However, in criminological analyses the term tends to include other forms of violent sexual abuse that do not necessarily involve penetration. This is the definition we apply here.

mechanisms such as a hyper-sexualisation of their emotionality and conduct, including deviant fantasies and masturbation (Mancini et al., 2012; W. L. Marshall & Marshall, 2014a).

On the other hand, rapists usually show numerous "cognitive distortions": that is, erroneous thoughts about women in general, their victims in particular, and the feasibility of the use of violence in social interactions. Such thoughts hamper their capacity to properly interpret and recognise the emotions, needs, desires and intentions of others and in particular of their victims (Abel et al., 1984; Craig et al., 2006; Hempel et al., 2015; W. L. Marshall, Marshall, & Kingston, 2011; Merdian et al., 2014; Whitaker et al., 2008). In some individuals, cognitive distortions about sexual interactions have a leading aetiological role in their sexual offending, while in other cases cognitive distortions operate mainly not as aetiological factors but as *post hoc* rationalisations for justifying their actions (Maruna & Mann, 2006; Ward et al., 1997).

Many rapists also show severe deficits in empathy and social skills. They tend to exhibit a marked egocentrism and severe difficulties in imagining and figuring out realistically what others, and particularly their victims, might think, want and feel (Cohen & Strayer, 1996; Fernandez & Marshall, 2003; Geng et al., 2012). Several studies have found a direct relationship between individuals' early sexual victimisation and exposure to pornography and the lack of empathy shown later by sex offenders (Becker & Johnson, 2001; Fergusson et al., 2013; Hempel et al., 2015; Mann & Barnett, 2013; W. L. Marshall et al., 2009). These empathic deficiencies may also undermine the rapists' ability to establish meaningful and appropriate interpersonal relationships, including interactions at school and at work, and the establishment of affective bonds (Agnew, 2014; Beavin, 2015).

Some rapists are versatile offenders, in the sense that their criminal behaviour is not restricted to sexual offences but may extend to theft, physical assault, and so on. This versatility may contribute to consolidating and stabilising the rapist's criminal career, since sexual and nonsexual crimes may interact reciprocally as a part of a more general, chronically deviant life style (Lussier, 2005; Piquero, Farrington, Jennings, Diamond, & Craig, 2012; Seto & Lalumière, 2010; Sewall et al., 2013; Sigre-leirós et al., 2016).

3. Criminogenic needs and treatment

As can be seen, many sex offenders display numerous personal and social deficits and risk factors (including feelings, attitudes, values, and behaviours) often associated with their criminal conduct (Beech & Mann, 2002; W. L. Marshall et al., 2013; W. L. Marshall & Marshall, 2014a). In order for sex offenders to desist from crime, favourable changes in all of these risk factors are required (Brown, 2015; Day et al., 2010). Thus, the main objective of the current psychological interventions with sex offenders (which are generally applied within the prison setting) is to promote individuals' internal changes. This includes a more realistic interpretation of their crimes and behavioural consequences, as well as the improvement of empathy, self-esteem, assertiveness, and so on.

Current theories surrounding sex offenders' rehabilitation propose to focus interventions on the abovementioned deficits and risk factors in order to reduce recidivism risk (Abbey et al., 2011; Andrews et al., 2011; Beech et al., 2012; Echeburúa & Amor, 2010; W. L. Marshall et al., 2013; Rich, 2009). Particularly, it needs to be focussed on the change of *dynamic risk factors* or *criminogenic needs*, which are those modifiable variables commonly associated with an increased offending risk (Andrews & Bonta, 2016; Andrews & Dowden, 2007). Different meta-analyses have concluded that therapeutic effectiveness with offenders increases as many *criminogenic needs* (and fewer *non-criminogenic needs*) are addressed (Hanson & Bourgon, 2009; Martínez-Catena et al., 2016; Mcgrath, Cumming, Burchard, Zeoli, & Ellerby, 2009).

The criminogenic needs most commonly associated with sexual recidivism and also addressed in sex offender treatments are: intimacy deficits, hostility towards women, emotion regulation problems, social isolation or rejection, impulsivity, poor cognitive problem-solving skills, and sexual deviation (Hanson & Bourgon, 2009; Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Lussier, 2005; Yates, 2009).

Other factors, despite their lower direct empirical relationship with sexual recidivism, are included in sex offenders' treatment as long as they could enhance treatment responsivity and participants self-efficacy (Mcgrath et al., 2009). They are factors like denial or minimization, low self-esteem, lack of empathy, general psychological problems, etc.

For instance, McGrath, Cumming, Burchard, Zeoli, & Ellerby (Mcgrath et al., 2009) highlighted that 90% of sex offender programs include a victim empathy component, despite research indicating that a lack of victim empathy is not firmly related to recidivism (Mann, Hanson, & Thornton, 2010). Nevertheless, empathy could be useful as a treatment objective, as it is strongly correlated with self-esteem, shame and cognitive distortions, possibly influencing each other in treatment improvement (W. L. Marshall et al., 2009). In this way, changes in self-esteem as a result of treatment are highly correlated with changes in empathy over the course of treatment (W. L. Marshall, Anderson, & Champagne, 1997). Also, Webster and Beech (Webster & Beech, 2000) found that offenders' empathy deficits in relation to their victims were strongly related to measures of cognitive distortions.

Similarly, cognitive distortions are strongly related to the aetiology of sexual offence behaviour, but their relationship with treatment efficacy is complex. In terms of treatment, cognitive distortions are assessed and treated both as crime precipitant and maintaining factor (Hudson et al., 2002). Nonetheless, a recent meta-analytic review showed a significant association between the improvement of attitudes (one of the possible processes involved in cognitive distortions) and the reduction of sexual recidivism (Helmus et al., 2013). Furthermore, it has been found that cognitive distortions can be tied back to emotions which are treated through the self-management component in sex offenders' rehabilitation processes (Abracen & Looman, 2016). So, teaching participants to recognize and differentiate emotions from each other (in particular sadness, anxiety, anger, hostility, loneliness and shame) could help to reduce cognitive distortions about violence.

Taking into account this close relationship between several criminogenic needs, it is expected that simultaneously addressing each variable in treatment would help improve participant's other personal and social difficulties that are not directly included in the intervention program.

4. The effectiveness of treatment in sex offenders

At present, the most frequently applied and most effective sex offenders' treatments are the cognitive-behavioural programmes based on the Risk-Needs-Responsivity (RNR) model (Andrews & Bonta, 2016; Prentky et al., 2016; Prentky & Schwartz, 2006). A pioneering treatment programme for sex offenders

was initially developed in Canada by Marshall and his team (Barbaree & Langton, 2006; Barbaree & Marshall, 2006; Brown, 2015; W. L. Marshall, Marshall, Serran, et al., 2011), which has become the foundation of most subsequent sex offender programmes in different countries. For instance, in the UK the *Home Office Prison Service* designed specific versions for sex offender treatment (Brown, 2015; Hollin & Palmer, 2006): the *Sex Offender Treatment Programme, SOTP core*, whose central therapeutic aim is the confrontation and restructuring of cognitive distortions and crime justifications; the *SOTP Adapted Programme* for sex offenders with intellectual disabilities; the *Better lives Booster SOTP Programme*, a follow-up treatment for higher risk individuals; a treatment format for lower risk offenders; a more modern intervention for internet sexual offenders; interventions for sex offenders in the community, and so on. Other European countries that also offer specialised programmes for sex offenders at prisons or the community are Sweden², Norway³, Denmark, Finland⁴, Holland, and Belgium.

As far as treatment effectiveness is concerned, the interventions applied with sex offenders in different countries in general show positive results. The recidivism rate of treated sex offenders ranged between 9% to 11%, compared with a rate of around 17% for untreated sex offenders (Hanson, Gordon, & Harris, 2002; Hanson & Morton-Bourgon, 2004, 2009; Lösel & Schmucker, 2005; W. L. Marshall & Marshall, 2014a).

In Spain, the first specific programme for sex offenders was created by Garrido and Beneyto (1996, 1997) based on the programmes applied in other countries and aiming to meet the specific therapeutic needs of imprisoned sex offenders. The Sexual Offending Control Programme (SOCP) is a cognitive-behavioural intervention based on the RNR model, similar to the programmes applied with sex offenders in Canada, the US and the UK (Marshall, Marshall, Serran, & O'Brien, 2011; Olver & Wong, 2013). The SOCP was applied for the first time in 1996 in two prisons in Barcelona and its use subsequently extended to other Spanish prisons. A revised version of the programme (Ministerio del Interior, 2006) is currently administered in more than 40 Spanish prisons. Some of the results of these trials are analysed in this paper.

² See < <http://www.government.se/>>.

³ Also see < <http://www.krus.no/>>.

⁴ See www.vankeinhoito.fi/14994.htm.

The SOCP lasts for one to two years. It is group-based, administered to both rapists and child molesters, and delivered twice weekly in sessions lasting about two and half hours. The treatment focuses on the following intervention elements: 1) *relaxation training*; 2) *analysis of history and personal development of each subject*; 3) *cognitive distortions*; 4) *emotional regulation*; 5) *violent behaviour*; 6) *coping techniques*; 7) *empathy with victims*; 8) *training for a positive way of life*; 9) *sex and health education*; 10) *change of sexual impulse*; and 11) *relapse prevention*.

The first effectiveness assessment of the SOCP was published in 2005 by Redondo and colleagues, who compared a group of 49 treated sex offenders with a similar group of 74 untreated peers. After a four-year follow-up, the official recidivism rate of treated sex offenders was 4.1% compared with 18.2% in the untreated group: a 14-point reduction (Redondo, Navarro, et al., 2005; Redondo, 2006).

A second evaluation of the SOCP, conducted independently in a prison in Madrid, obtained very similar results (Valencia et al., 2008). From a group of 22 treated sex offenders, 4.5% relapsed compared with a rate of 13% in the control group (n=21).

The evaluation of recidivism after treatment is an essential measure in a criminal matter as serious as sexual offending (W. L. Marshall & Marshall, 2014a). But, at the same time, measuring recidivism alone is clearly insufficient in order to understand how the treatment works and to identify the personal changes that treatment promotes in offenders. For this reason, the Spanish Prison Management Service recently decided to complement the assessment of recidivism with the analysis of the individuals' therapeutic change, or therapeutic efficacy. The Psychological Assessment Scale for Sex Offenders (PASSO) was designed for this evaluation (Redondo, Martínez, Ramírez-Pérez, & Martínez-Catena, 2016), whose main objective is to assess the specific therapeutic changes and improvements experienced by sex offenders as a result of their participation in the programme (Martínez-Catena et al., 2016; Redondo et al., 2014).

The present study describes this evaluation of the therapeutic efficacy of the SOCP, aiming above all to assess the possible therapeutic changes produced in rapists after participation.

As a general hypothesis, we expected participants in treatment to present overall improvements on the different psychological variables that are the therapeutic objectives of the programme. We also expected the various

therapeutic variables assessed to improve after treatment, though not at the same rate.

Method

Participants

The sample comprised 153 adult men, incarcerated for sexual offences against an adult woman (hereinafter, rapists). The primary inclusion criterion was that the participants had completed the assessment instrument (described below) both before and after the initiation of sex offender's treatment.

Measures

The Psychological Assessment Scale for Sex Offenders (PASSO) (Redondo et al., 2016) used here was designed to assess individual change in different sex offenders' therapeutic variables.

Several already published and validated scales were taken into account in the design of the PASSO. Items on these scales were translated and adapted, and new items were created to define a first broad version of the new scale. These items were assessed by means of a thorough methodological process, in order to prove their capacity and sensitivity (Martínez-Catena & Redondo, 2016). Following a process of progressive item elimination three successive scale versions were generated.

The current scale (PASSO-3) is divided into two parts. The first one assesses most of the therapeutic variables considered here (with the exception of empathy, which is specifically evaluated in the second part). This first part contains 103 items, which respondents rate on a Likert-type scale of 0-3 points. The ten following therapeutic variables are evaluated: *anxiety in normal/habitual sexual situations* (13 items, $\alpha = .94$), *assertiveness* (13 items, $\alpha = .54$), *readiness to change* (7 items, $\alpha = .76$), *cognitive distortions justifying child abuse* (10 items, $\alpha = .80$), *cognitive distortions about women and the use of violence in sexual interactions* (10 items, $\alpha = .74$), *impulsivity* (16 items, $\alpha = .84$), *aggressiveness* (11 items, $\alpha = .80$), *social self-esteem* (18 items, $\alpha = .84$), *feelings of loneliness and isolation* (5 items, $\alpha = .76$), and *empathy* (118 items, $\alpha = .81$).

The second part is weighted separately due to the relevance and complexity of empathy assessment. Empathy – or individuals' ability to feel emotionally

concerned by the suffering of others – is evaluated here by means of the Rapist Empathy Scale (Fernandez & Marshall, 2003) which includes 118 items answered on a 4-point Likert scale. For this evaluation, the scale was translated and adapted to Spanish. Subjects were asked about their feelings in three imaginary scenarios in which a woman has suffered serious injury due to (1) an accident, (2) sexual aggression by another offender (not the respondent), and (3) sexual aggression by the respondent. In general, scores for the three scenarios and an overall empathy score are produced, but in the present study only the third scenario (sexual aggression by the respondent) was analysed.

The overall PASSO score (which reflects each individual's overall position in the therapeutic variables assessed) ranges in absolute terms between 0 and 384 points, with higher scores indicating better performance or improvement on the therapeutic variables evaluated (i.e., a decrease in risk factors for sexual offending). However, apart from absolute scores, in order to facilitate the interpretation and comparison each specific PASSO subscale was assigned a score between 0 and 10 and the overall scale was assigned a score between 0 and 100.

In parallel to the use of PASSO, a sociodemographic and criminal record datasheet was also designed and applied in order to compile information on the subjects' characteristics, health, family, education, work, criminal history, details of the sex crimes committed, and so on.

Procedure

Here we present the preliminary results of an ongoing Spanish study on the efficacy of treatment applied to rapists. The global study, underway since 2005, has a mixed within-subject, and in the near future between-group design, in which treated and control subjects are assessed before and after treatment. Subjects are recruited from 40 Spanish prisons that are currently applying the Sexual Offending Control Programme (SOCP). The treatment group consists of all subjects who voluntarily participate in treatment in any prison and accept to fill out the questionnaires included in the global study. The control group will be made up of sex offenders who are on the treatment waiting list. These subjects are not included in the current study, due to the ongoing evaluation process. All the information requested in this global study is strictly supervised and controlled by the technical and ethical services of the Spanish Prison Department, Ministry

of Interior. Also according to the Spanish law, all the cases are anonymously coded in order to preserve the personal identity and rights of all the participants.

The assessment instruments (the PASSO and the sociodemographic and criminal datasheet) were applied pre- and post-treatment by members of the prison's therapeutic staff (usually psychologists, social workers and educators). These experts received a 5-hour training session in the application of the assessment tools, led by the instrument designers.

For methodological reasons, cases for which more than 10% of items presented missing data were removed from the analysis. For the remaining subjects, the estimation means (expectation-maximisation) method was used to replace any missing data.

Data analysis

In order to analyse the intra-subject differences between the two assessments, the T-test comparison of means for related groups was applied. The Bonferroni post-hoc correction test was applied to all the analyses performed (established at a bilateral p value < 0.004). Size effects were also computed for the intra-subject differences found using the free access GPower 3.1 software.

Results

Sample description and homogeneity of groups

Table 1 displays the personal and criminal characteristics of the sample. At the initial assessment period, the mean age of the participants was 38.26. Regarding personal characteristics, 23.6% of the participants come from an unstructured family with a low socioeconomic level (47.2%). Most of them had completed elementary (29.4%) or middle school (38.8%). A total of 61% of the sample was engaged in a partner relationship and had raised a structured family (67.3%). As for criminal features, the mean age at first imprisonment was 29.33, while the mean age at the sexual offence committed was 30.60. The mean number of offences committed was 2.50, with most of the prisoners being first-time offenders (mean of 1.34 prison entrances). The majority of the sexual crimes were directed towards an unknown victim (55%) and included serious acts, such as vaginal penetration (63.2% of the cases), as well as less serious acts,

such as exhibitionism (1.5%). Finally, the 76% of the participants accepted the responsibility for the crime.

Table 1. Means and proportions for the descriptive variables of the sample.

	M (SD) / %
Personal characteristics	
Age at assessment time	38.26 (8.69)
Characteristics of origin family	
Structured family	76.4%
Dysfunctional family	23.6%
Socio-economic level of the family of origin	
Low	47.2%
Medium	44%
High	8.8%
Educational level	
Illiteracy	0.8%
Elementary school	29.4%
Middle school	38.8%
High school	31%
Partner relationship	
No relation	19.5%
In a stable relation	61%
In an unstable relation	19.5%
Characteristics of acquired family	
Structured family	67.3%
Dysfunctional family	32.7%
Criminal features	
Age at first imprisonment	29.33 (9.81)
Age at time of offence	30.60 (9.77)
N offences	2.50 (3.05)
N prison entrances	1.34 (0.95)
Type of sex act	
Exhibitionism	1.5%
Sexual molestation	37.6%
Masturbation	9%
Vaginal penetration	63.2%
Oral penetration	27.8%

	M (SD) / %
Anal penetration	16.5%
Relationship with victim	
Unknown to the offender	55%
Previously known	35.1%
Family member	9.9%
Subjects who accept responsibility	76%

Overall analysis of therapeutic improvement and change in the specific therapeutic variables

In this section, the overall PASSO score obtained by the treated rapists before and after treatment is analysed and a detailed analysis of group performance on the different specific therapeutic variables is given. Table 2 shows the PASSO mean scores and standard deviations obtained by participants during the two assessment periods. Significant differences between the scores are indicated (the table also presents the Cohen's *d* effect size for each variable with a significant change).

Table 2. Within-subject T-test comparisons for all PASSO therapeutic variables.

	Pre-treatment	Post-treatment	Cohen's <i>d</i>
	Mean (SD)	Mean (SD)	
Overall therapeutic change			
PASSO overall score	79.05 (7.16)	82.90 (7.21)*	0.55
Different therapeutic variables			
Sexual anxiety (decrease)	6.84 (1.38)	7.27 (1.43)*	0.31
Assertiveness (improvement)	5.74 (1.25)	6.12 (1.21)*	0.29
Readiness to change (increase)	8.83 (1.49)	9.28 (1.12)*	0.28
Cognitive distortions regarding child abuse (reduction)	9.87 (0.35)	9.92 (0.41)	
Cognitive distortions against women (decrease)	9.06 (0.97)	9.61 (0.70)*	0.56
Impulsivity (decrease)	7.45 (1.39)	7.77(1.37)*	0.27
Aggressiveness (reduction)	7.26 (1.53)	7.77 (1.54)	0.40
Self-esteem (improvement)	8.89 (1.55)	9.15 (1.47)	

	Pre-treatment	Post-treatment	Cohen's <i>d</i>
	<i>Mean (SD)</i>	<i>Mean (SD)</i>	
Feelings of loneliness (reduction)	7.20 (2.09)	7.73 (1.77)*	0.25
Empathy (improvement)	7.90 (0.98)	8.28 (1.06)*	0.30

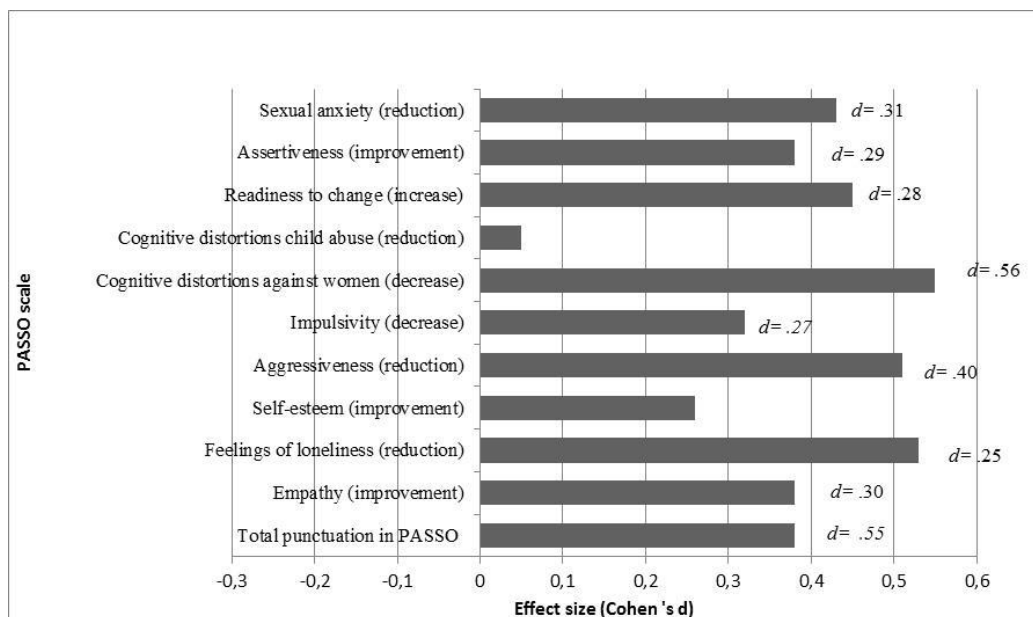
* p value (bilateral) < 0.004

Related sample T-test results comparing before and after treatment were carried out. Participants presented significant differences in the PASSO overall score after treatment, rising to 82.90 compared with a pre-treatment score of 79.05 (SD=7.16) (SD=7.21), which is a significant improvement of 3.85 points, $t(152) = -6.77$; $p < 0.001$.

In addition to the overall therapeutic score, results also indicate significant differences in the treated participants for eight of the ten therapeutic subscales (all but *reduction of cognitive distortions regarding child abuse* and *improvement of self-esteem*).

Figure 1 represents the differences between the pre and post scores obtained by participants on all the therapeutic variables mentioned. The post hoc size effects for the subscales that revealed significant differences are also indicated.

Figure 1. Differences between the two assessment periods in the PASSO therapeutic variables and effect sizes.



Note: The PASSO Overall score was adapted to the range 0-10 to improve visibility.

The significant differences shown in figure 1 indicate improvements in the treated participants, both in their overall performance on the PASSO and on the specific therapeutic variables mentioned above.

Post hoc effect sizes range from small to moderate ($d= 0.25$ to $d= 0.56$). Seemingly, the most modest increase in the scores was obtained on the *reduction of feelings of loneliness* subscale with a small effect size ($d= 0.25$). By contrast, the variable *decrease in cognitive distortions against women* showed the highest effect size ($d= 0.56$). The effect size of the PASSO overall score was also moderate ($d= 0.55$).

Association between criminogenic needs

Table 3 shows the Pearson's correlations between the PASSO subscales and the overall punctuation. As can be seen high and positive correlations are shown between the subscales *decrease of impulsivity* and *reduction of aggressiveness* ($r= .814$). Also, the subscale *reduction of feelings of loneliness* shows a high correlation with *decrease of impulsivity* ($r= .618$), *reduction of aggressiveness* ($r= .593$), and *improvement of self-esteem* ($r= .518$). Other positive moderate associations emerge between the subscale *decrease of impulsivity* and the subscales *decrease of sexual anxiety* and *decrease of cognitive distortions against women* ($r= .418$; $r=.430$, respectively); as well as between the subscale *improvement of self-esteem* with the subscales *decrease of impulsivity* and *reduction of aggressiveness* ($r= .462$; $r=.466$, respectively). Other relevant associations can be found in Table 3.

Table 3. Pearson's Correlations of PASSO.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Sexual anxiety (decrease)	-										
2. Assertiveness (improvement)	.303**	-									
3. Readiness to change (increase)	.013	-.139*	-								
4. Cognitive distortions child abuse (reduction)	.126*	.020	.306**	-							
5. Cognitive distortions against women (decrease)	.351**	.181**	.071	.318**	-						
6. Impulsivity (decrease)	.418**	.251**	.033	.147*	.430**	-					
7. Aggressiveness (reduction)	.311**	.095	-.009	.098	.363**	.814**	-				
8. Self-esteem (improvement)	.307**	.300**	.121	.119	.180**	.462**	.466**	-			
9. Feelings of loneliness (reduction)	.325**	.339**	-.039	.052	.369**	.618**	.593**	.518**	-		
10. Empathy (improvement)	.033	-.081	.132*	.077	.194**	-.039	-.090	.017	.206**	-	
11. Total PASSO score	.625**	.408**	.260**	.316**	.572**	.690**	.584**	-.064	-.197**	.408**	-

** p value (bilateral) < 0.01

* p value (bilateral) < 0.05

Discussion

In recent years, considerable support has been given for the development of treatment programmes for prison inmates and for the evaluation of their effectiveness. Given the gravity of their offences, rapists represent a particularly important subsample of the prison population. They are the focus of the therapeutic efficacy analysis presented here.

The current paper is an evaluation of the sex offenders' treatment program applied in Spain since 2005, the Sexual Offending Control Programme (SOCP). Here, individual therapeutic changes are assessed through the specific scale called the Psychological Assessment Scale for Sex Offenders (PASSO) (Redondo et al., 2016). The PASSO scale evaluates ten therapeutic variables (including *assertiveness, cognitive distortions about women and the use of violence, impulsivity, etc.*). According to the literature, improvements in these variables as a result of treatment are positively associated with rehabilitation and desistance from crime. For each respondent, the PASSO provides a global therapeutic improvement score and ten specific scores corresponding to the different therapeutic subscales assessed.

The analysis of therapeutic improvement of this paper was carried out in a sample of 153 treated rapists. The analysis of overall therapeutic change in subjects revealed a significant improvement in the participants between pre and post-treatment assessments.

In parallel, regarding subjects' changes on the different specific therapeutic variables, the intra-subject comparison also showed participant improvements on most of the assessed subscales (eight of ten variables).

The post hoc effect sizes of these therapeutic subscales also put forward that the changes between the pre- and post-periods were distributed unevenly between the different variables. The therapeutic change scores in the pre- and post-treatment assessments in the participants ranged from small to moderate. Besides, the difference found in the PASSO overall score between the periods was moderate and statistically significant.

The results of the administered analyses suggest a general therapeutic improvement in this population of rapists in Spanish prisons.

Pearson's correlations revealed numerous associations between the different therapeutic variables assessed with PASSO. Those results are congruent with

other studies that highlight the fact that different criminogenic needs may be highly correlated and possibly influence each other in treatment. In the analyses presented here it can be seen that the subscale *decrease of impulsivity* was associated with *reduction of aggressiveness* which could be an expected result. But also, similarly to the results previously presented by Marshal et al. (1997, 2009) and Webster and Beech (Webster & Beech, 2000), interesting associations have been found between different subscales. For instance, the *reduction of feelings of loneliness* and *improvement of self-esteem* (which in the literature are not considered strong criminogenic need) are highly connected to relevant criminogenic needs such as *decrease of impulsivity* and *reduction of aggressiveness*. This suggests that the improvement of one of these factors could enhance the improvement of the others.

Furthermore, the association found between the *decrease of impulsivity* and the subscales *decrease of sexual anxiety* and *decrease of cognitive distortions against women* is important to note. In practice this association could be rather helpful as these specific criminogenic needs are the most difficult to work with. That is, the application of one specific therapeutic technique could also benefit the later application of other techniques. An example is to practice “relaxation” (used commonly for impulsivity control) prior to the initiation of “cognitive distortions’ detection” (in the context of cognitive restructuring).

The analysis of specific therapeutic variables, as proposed here, could help to identify the elements that are likely to be most useful and effective, and also the ones that may require more intensity and commitment. It may help to guide decisions regarding the inclusion, modification or elimination of some of the current components of interventions in sex offenders.

In general, in studies of therapeutic effectiveness it is difficult to determine whether the changes observed are mainly due to the treatment administered. The present study is no exception. Theoretically, other reasons could also explain the rapists’ individual changes observed here. For instance, imprisoned offenders may improve over time without receiving specific treatment for a variety of reasons, such as the natural development of subjects with age, a decrease in impulsivity and aggressiveness, or the positive effects of general educational activities inside prisons such as formal education, workshops, work, and so on.

Nevertheless, some of the empirical results obtained seem to suggest that participants show an overall therapeutic improvement and for a variety of

specific therapeutic changes. At the same time, these positive changes would increase the probability of rehabilitation and desistence from crime.

A relevant methodological shortcoming, which precludes any conclusive claim that the positive changes were directly produced by treatment, is the absence of a control group. Another methodological limitation of this study is that some PASSO items may be too transparent and the subjects learn to give “better” responses in the post-treatment assessment.

In spite of these methodological limitations, the results presented here suggest that interventions with rapists in Spanish prisons have a moderate therapeutic efficacy. To our knowledge, this is the first comprehensive assessment of this issue conducted in Spain that goes beyond the standard, non-specific studies of recidivism rates.

Over the past decades important advances have been made in the understanding and the prevention and treatment of rape, but major challenges still remain. For instance, as far as the aetiology of sexual aggression is concerned, we are familiar with many of the associated correlates and factors, such as affective deficits and traumatic sexual experiences, family neglect, low self-esteem and so on. But we still know little of the dynamic processes that mediate between these experiential factors and the specific onset of sexually deviant and criminal behaviour.

Huge scientific challenges remain regarding the prevention of this criminal activity and the treatment of rapists and other sex offenders. Most of the current preventive efforts in this area have concentrated in the application of specialised treatments, which essentially reach the individual level of this problem. Nevertheless, in the future, other kinds of preventive actions at the educational and community level will probably be necessary to prevent and or at least control sexual aggression more effectively.

Artículo 5

Referencia: Redondo, S., Martínez-Catena, A., & Luque, E. (2014). Eficacia terapéutica del Programa de control de la agresión sexual (PCAS) aplicado en los centros penitenciarios españoles. *VIII Jornadas ATIP Almagro. Asociación de Técnicos de Instituciones Penitenciarias*, 61-78.

**Eficacia terapéutica del Programa de control de la agresión sexual
(PCAS) aplicado en los centros penitenciarios españoles**

[The effectiveness of the sex offenders' treatment applied in the Spanish
prisons]

**LIBRO DE LAS VIII JORNADAS ATIP ALMAGRO. ASOCIACIÓN
DE TÉCNICOS DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, 61-78.**

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

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

Resumen

Más allá de los anteriores resultados sobre reincidencia delictiva, en 2005 la Dirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria promovió la creación de la Escala de Evaluación Psicológica de Agresores Sexuales (EPAS), un procedimiento específico de valoración del cambio terapéutico en los agresores sexuales que reciben tratamiento.

Este trabajo constituye una primera aproximación resumida a dicha evaluación. La muestra seleccionada para este estudio está integrada exclusivamente por 117 agresores sexuales de mujeres adultas y por 71 agresores de menores. Respecto a los agresores sexuales de mujeres adultas, las pruebas de comparación de medias mostraron que la puntuación EPAS global después del tratamiento fue significativamente más positiva, en términos de mejoría terapéutica, que la obtenida por estos sujetos antes de la intervención. Por lo que se refiere al grupo de tratamiento de agresores de menores, también se obtuvieron resultados significativos que indicaban una mejora terapéutica. Así mismo, se encontraron diferencias en varias de las variables terapéuticas evaluadas en EPAS (autoestima, asertividad, agresividad, etc.) para los dos grupos analizados.

En síntesis, los resultados de esta evaluación inicial sugieren que el tratamiento de los agresores sexuales que actualmente se aplica en las prisiones españolas es susceptible de producir en ellos beneficios terapéuticos de magnitud moderada, pero estadísticamente significativa.

Palabras clave: agresores sexuales, abusadores, eficacia del tratamiento, cambio terapéutico

Abstract

Beyond the previous results on criminal recidivism, in 2005 the Spanish Prison promoted the creation of the Psychological Assessment Scale for Sex Offenders (PASSO), a specific tool for assessing therapeutic change in sex offenders under treatment.

This work constitutes a first approximation to this evaluation. The sample of this study consists exclusively of 117 adult female sex offenders (or rapists) and 71 child molesters. With respect to rapists, mean comparison tests showed that the overall PASSO score after treatment was significantly positive, in terms of therapeutic improvement, than that obtained by the subjects before the intervention. As regards the child molesters group, significant results were also

obtained indicating a therapeutic improvement. Likewise, differences were also found in several of the therapeutic variables evaluated in PASSO (self-esteem, assertiveness, aggressiveness, etc.) for the two groups analysed.

In summary, the results of this initial evaluation suggest that the treatment of sex offenders currently applied in Spanish prisons is likely to produce therapeutic benefits of moderate but statistically significant magnitude.

Keywords: sex offenders, rapists, child molesters, treatment effectiveness, therapeutic change

Introducción

1. Magnitud y gravedad de los delitos sexuales

La delincuencia sexual es un fenómeno criminal muy grave, y que por ello suscita una gran alarma pública y un firme rechazo social. Aun así, sobre la delincuencia sexual existen también diversas creencias erróneas y exageradas acerca de su magnitud, sus causas, las características de los agresores, las víctimas más frecuentes de estos delitos, etc. Una interpretación errónea bastante común es que los delitos sexuales constituyen una de las modalidades delictivas más frecuentes; y que es más fácil y probable ser víctima de estos delitos que de cualesquiera otros delitos violentos. Contrariamente a ello, la prevalencia de las agresiones sexuales graves es reducida en comparación con otras tipologías delictivas, particularmente por lo que se refiere a los delitos oficialmente denunciados (aunque es verdad que la cifra negra de delitos sexuales es elevada, y muchos de ellos pueden permanecer ocultos). Por ejemplo, mientras que en 2013 se registraron en España 1.807 denuncias por agresión sexual, fue muy superior el número de denuncias interpuestas por otros delitos violentos como robo con fuerza (con 381.777 denuncias) o lesiones (con 16.385) (Ministerio del Interior, 2016). En paralelo a lo anterior, tampoco es muy elevada, en términos relativos, la población de delincuentes sexuales encarcelados, que asciende a unos tres mil sujetos, lo que equivale a un 5,4% de la población penitenciaria total.

Con todo, aunque la delincuencia sexual no sea el fenómeno delictivo más frecuente sí que es uno de los más graves, debido a que puede comportar serios daños físicos y psicológicos para las víctimas, generalmente mujeres, niñas y

niños (Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, 2011; Echeburúa y Redondo, 2010; Fergusson, McLeod, y Horwood, 2013; Lopez-Castroman et al., 2013). A la vez que cada nuevo delito o reincidencia de un agresor sexual excarcelado –tras haber cumplido su pena– suele generar una gran preocupación y alarma públicas.

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

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

También puede contribuir a consolidar y estabilizar la carrera criminal de algunos delincuentes sexuales su versatilidad o diversidad delictiva: es decir, el hecho de que en ellos la conducta infractora y antisocial no se circunscriba solo al ámbito sexual, sino que a menudo también participen en otras conductas delictivas y violentas (robos, agresiones...) que en muchos casos se iniciaron en

su adolescencia o juventud (Kemper & Kistner, 2010; Pritchard & Bagley, 2000; Robertiello & Terry, 2007; Seto & Fernandez, 2011; Sewall, Krupp, & Lalumière, 2013). Es decir, los delitos sexuales (abuso de menores, agresión sexual a una mujer...) y no sexuales (robos en casas, en la calle, etc.) pueden retroalimentarse entre ellos en múltiples ocasiones.

En tercer lugar, y en conexión más o menos directa con sus experiencias delictivas tempranas, el pensamiento de los agresores sexuales suele estar plagado de numerosas “distorsiones cognitivas”, o consideraciones y creencias erróneas acerca de sus víctimas (mujeres, niños...) y sobre la factibilidad del uso de la violencia en las interacciones sociales. Tales distorsiones valorativas dificultan el que estos individuos interpreten y reconozcan adecuadamente las emociones, deseos, necesidades e intenciones de otras personas, y particularmente de sus propias víctimas (Abel et al., 1989; Craig, Browne, Beech, & Stringer, 2006; Day, Casey, Ward, Howells, & Vess, 2010; Semiatin, Murphy, & Elliott, 2013; Whitaker et al., 2008).

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

2. El tratamiento de los delincuentes sexuales y su eficacia

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

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

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

En España, tras una revisión de los programas aplicados internacionalmente y de las necesidades de intervención específicas que presentaban los agresores sexuales encarcelados, Vicente Garrido y María José Beneyto estructuraron el primer programa específico para agresores sexuales (Garrido & Beneyto, 1996, 1997; Garrido, Gil, Forcadell, Martinez, & Vinuesa, 1998; Garrido et al., 1995; Garrido, Beneyto, et al., 1998). La primera aplicación de esta intervención, denominada Programa de control de la agresión sexual, se realizó a partir de 1996 en las prisiones barcelonesas de Quatre Camins y Brians. Posteriormente, este programa originario fue revisado y adaptado por un equipo de técnicos de instituciones penitenciarias y publicado oficialmente por el Ministerio del Interior (Ministerio del Interior, 2006). En la actualidad, dicho tratamiento, que constituye el objetivo específico de esta evaluación, se aplica en múltiples prisiones españolas.

El Programa de control de la agresión sexual se administra, en formato grupal, tanto a agresores sexuales de mujeres adultas como a agresores de menores, con una intensidad de una a dos sesiones semanales y una duración aproximada de dos años. El tratamiento completo incluye los siguientes módulos o ingredientes terapéuticos: 1) Entrenamiento en relajación; 2) Análisis de la historia personal; 3) Distorsiones cognitivas; 4) Conciencia emocional; 5) Comportamientos violentos; 6) Mecanismos de defensa; 7) Empatía con la

víctima; 8) Prevención de la recaída I; 9) Estilo de vida positivo; 10) Educación sexual; 11) Modificación del impulso sexual; y, finalmente, 12) Prevención de la recaída II.

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

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

3. Objetivos

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

Este trabajo constituye una primera aproximación resumida a dicha evaluación. Para la realización de este análisis empírico, que se inició en 2005 y continua en la actualidad, se ha contado con el excelente trabajo de múltiples

técnicos y directivos de instituciones penitenciarias, sin los cuales este estudio no podría haberse desarrollado. Han sido estos profesionales penitenciarios quienes han aplicado directamente el programa de tratamiento y los instrumentos de evaluación, que se describirán a continuación, a cientos de agresores sexuales encarcelados. Nuestro más entusiasta y sincero reconocimiento a la profesionalidad y buen hacer de todos ellos.

4. Material y método

4.1 Diseño de la evaluación

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

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

- Un grupo de tratamiento de agresores sexuales de mujeres adultas (GT-agresores de mujeres adultas)¹.
- Un grupo de tratamiento de agresores sexuales de menores (GT-agresores de menores).

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

¹ Se ha denominado a este grupo como *agresores sexuales de mujeres adultas* debido a que con carácter general sus víctimas son mujeres, aunque existen también en él casos esporádicos de agresores cuyas víctimas sexuales fueron varones.

4.2 Participantes

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

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

4.3 Instrumentos de evaluación

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

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

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

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

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

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

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

5. Resultados

5.1 Características sociodemográficas y delictivas

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

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

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

Variable	N	%
Situación socioeconómica de la familia de origen		
Baja	115	21,0
Media-Baja	152	27,7
Media	217	39,6
Media-alta	61	11,1
Alta	3	0,5
Familiares con antecedentes delictivos	102	18,0
Familia de origen desestructurada	157	28,8
Alcoholismo/Drogadicción en la familia	172	30,2
El sujeto fue víctima de malos tratos	95	18,7
El sujeto fue víctima de abusos sexuales	44	8,8
El sujeto ha sido consumidor de drogas	295	51,48
Relación de pareja		
Sin pareja	163	29,8
Estable	303	55,4
Inestable	81	14,8
Familia adquirida desestructurada	163	37,2
Nivel de estudios alcanzado		
Analfabeto	14	2,4
Alfabetizado	196	34,1
Graduado	210	36,6
BUP/FP	119	20,7
Estudios superiores	35	6,1
El sujeto estaba desempleado cuando cometió el delito	131	23,9
Trayectoria laboral		
Carece de empleo	10	3,0
Trayectoria laboral inestable	122	37,1
Trayectoria laboral estable	197	59,9

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

(por encima del 73%) había alcanzado como máximo el graduado escolar, y una proporción considerable de ellos habían tenido trayectorias laborales inestables (37,1%), estando muchos desempleados (23,9%) cuando cometieron su último delito.

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

En cuanto al hecho delictivo principal por el que habían sido condenados los delincuentes sexuales, en el 36,8% de los casos habían agredido sexualmente a una víctima desconocida para ellos, en el 35,1% a una víctima conocida, y en el 28,1% de los delitos la víctima había sido un miembro familiar. Por lo que concierne a la topografía de la agresión sexual, en el caso de los violadores de mujeres adultas, el acto sexual más frecuente era mixto, es decir, había incluido la realización de diversas conductas de agresión sexual con una misma víctima (53,5%), seguido de las agresiones consistentes en penetración vaginal (27,9%), y de aquellas que exclusivamente habían implicado tocamientos (13,8%). En el caso de los agresores de menores, el 61,7% de los sujetos habían llevado a cabo varios actos de agresión sexual con la misma víctima, el 19,1% exclusivamente tocamientos, y el 8,5% penetración vaginal. Finalmente, en torno a un tercio de los agresores sexuales (el 34% de la muestra) negaban su implicación y responsabilidad en el delito.

5.2 Eficacia terapéutica en agresores sexuales de mujeres adultas

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3 Eficacia terapéutica en agresores sexuales de menores

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

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

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

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

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

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

6. Conclusión

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

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

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

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

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

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

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

vínculos afectivos, y apoyos y controles sociales que faciliten y consoliden su integración comunitaria y el abandono definitivo de su actividad delictiva pasada.

6. PRINCIPALES RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS COMPENDIADOS

A continuación se presenta un resumen de los principales resultados de los artículos incluidos en esta Tesis Doctoral.

6.1. Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual

El propósito de este trabajo (vinculado al objetivo A de esta Tesis Doctoral) fue esencialmente revisar la investigación científica sobre las principales necesidades criminógenas de los agresores sexuales, con la finalidad de evaluar en qué medida los programas de tratamiento pueden contribuir a la solución de dichas necesidades y a la mejora terapéutica de los agresores.

En primer lugar, a través de esta revisión se pudo constatar que existe una amplia variedad de experiencias que pueden influir negativamente en el desarrollo personal y sexual de un menor, y potenciar su conducta sexual delictiva. Fruto de estas experiencias los individuos desarrollarían una serie de dificultades personales y carencias sociales que les harían más vulnerables para la agresión sexual. A su vez, estas dificultades y carencias directamente vinculadas a un mayor riesgo delictivo constituyen justamente las necesidades criminógenas específicas de los agresores sexuales, o factores que deben ser objetivos prioritarios del tratamiento.

Las principales necesidades terapéuticas identificadas en este análisis fueron las siguientes: 1) baja autoestima de los sujetos, o poca confianza en sí mismos; 2) amplias dificultades de comunicación y de relación interpersonal que promoverían el aislamiento social; 3) presencia de numerosas distorsiones cognitivas, o pensamientos distorsionados sobre el empleo de la violencia y sobre las mujeres; 4) baja capacidad de empatía, o dificultad para ponerse en el lugar de sus víctimas; 5) presencia de mecanismos de defensa inapropiados para afrontar sus sentimientos de soledad, tales como la hiper-sexualización; 6) existencia de patrones de conducta sexual inapropiados (empleo de pornografía violenta o con imágenes de menores); y, finalmente, 7) otras dificultades

psicológicas internalizantes como serían ansiedad social, depresión, fantasías sexuales recurrentes, etc.

Tras la identificación de estas necesidades de los sujetos, se debatió con detalle la relevancia de dichos factores de riesgo dinámicos y su vinculación con el éxito terapéutico. Se concluyó que, en consonancia con la evidencia científica disponible, los programas de tratamiento con agresores sexuales deberían intentar mejorar todas las necesidades criminógenas anteriormente referidas. En esta dirección, el artículo describe el Programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS) que se aplica en España, constatando cómo este tratamiento se dirige en efecto a promover y mejorar en los individuos tratados todas las necesidades criminógenas identificadas en esta revisión.

En segundo lugar, en este trabajo se efectuó una revisión de la eficacia terapéutica de los programas de tratamiento con agresores sexuales. Tras el análisis de diversos estudios nacionales e internacionales, sobre la medida de la reincidencia, se evidenció que la participación de los sujetos en los programas de tratamiento se asocia a una reducción de magnitud moderada pero significativa de las tasas de reincidencia.

En relación a la eficacia terapéutica de los tratamientos se destacó que, además de las mediciones de la reincidencia delictiva, deberían realizarse también evaluaciones más sensibles del cambio personal que pueda producirse en los agresores sexuales como resultado del tratamiento. En este marco se describió la escala de *Evaluación Psicológicas de Agresores Sexuales* (EPAS) diseñada con el fin de evaluar específicamente las necesidades criminógenas a las que se dirige el programa PCAS.

Finalmente, como conclusión se puso de relieve que, dada la multitud de elementos vinculados al desarrollo de la agresión sexual, se deberían ampliar los mecanismos preventivos y rehabilitadores disponibles. Es decir, que para combatir y disminuir el número de agresiones sexuales que se cometen en una sociedad se requerirían nuevos programas preventivos destinados a evitar que muchos adolescentes (hayan o no iniciado una conducta sexual inapropiada) lleguen a cometer delitos sexuales graves y acaben cumpliendo condenas en prisión.

6.2. A Dynamic Risk Factors-Based Typology of Sexual Offenders

En este estudio (relacionado con el objetivo B de esta Tesis Doctoral) se comienza por explorar diversas tipologías de agresores sexuales construidas a partir de sus necesidades criminógenas o de tratamiento, para posteriormente proponer una tipología propia de agresores sexuales.

La muestra de este estudio incluyó 94 agresores sexuales encarcelados (52 agresores de mujeres y 42 abusadores de menores). Se analizaron, a través de diversas escalas y cuestionarios de evaluación que fueron completados por los participantes, las siguientes diez necesidades criminógenas: distorsiones cognitivas, actitudes favorables al empleo de la violencia contra la mujer, deseabilidad social, agresividad, impulsividad, consumo de alcohol, asertividad, autoestima social, sentimientos de soledad, y motivación para el cambio.

Se establecieron tres hipótesis de trabajo, al respecto de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

- **Hipótesis 1:** Los agresores sexuales podrán clasificarse en diferentes grupos o categorías en función de los factores de riesgo dinámicos o necesidades criminógenas que presenten (y de la intensidad con la que se manifiesten dichas necesidades).

Los resultados derivados del análisis de clusters jerárquico revelaron la existencia en la muestra de tres grupos de agresores sexuales, en función de la puntuación media obtenida en las diferentes necesidades evaluadas: 1) *grupo con elevadas necesidades criminógenas*: en comparación con el resto de grupos, estos sujetos obtuvieron la mayor puntuación media en la mayoría de las variables de necesidad terapéutica; 2) *grupo con necesidades moderadas*, cuyas puntuaciones medias se situaban entre las de los otros dos grupos; y 3) *grupo con bajas necesidades o alta negación*, el cual obtuvo las puntuaciones medias más bajas en todas las necesidades criminógenas evaluadas, a excepción de la deseabilidad social.

Tras este análisis pudo comprobarse cómo los sujetos en efecto podían ser clasificados en función de su nivel de riesgo. Sin embargo, el tercer grupo sugirió que posiblemente la deseabilidad social podía estar interfiriendo en las tipologías encontradas.

- **Hipótesis 2:** La deseabilidad social de los sujetos afectará en sus respuestas en el resto de escalas evaluadas, y en consecuencia, a la tipología de agresores sexuales que pueda desarrollarse.

En este análisis las puntuaciones de los sujetos en las diferentes variables analizadas fueron corregidas para eliminar el posible influjo de la deseabilidad social (pueden verse los detalles sobre el método utilizado para realizar esta corrección en la sección de análisis de datos del artículo). Con el fin de comparar los resultados se efectuaron dos cluster análisis: en uno se emplearon las puntuaciones de las escalas originales, y en el otro las puntuaciones ajustadas.

En ambos análisis se extrajeron dos grupos de agresores sexuales diferenciados. Los resultados obtenidos del análisis realizado con las puntuaciones originales revelaron cómo los grupos obtenidos se seguían viendo afectados por la deseabilidad social.

En cambio, los resultados obtenidos mediante las puntuaciones ajustadas sugirieron de manera más clara la existencia de dos tipologías de agresores sexuales en función de la intensidad de sus necesidades criminógenas: sujetos con necesidades criminógenas de alta y de baja intensidad.

- **Hipótesis 3:** Los agresores sexuales podrán clasificarse en distintas categorías de necesidad criminógena independientemente del tipo de delito cometido (agresión a una mujer o agresión a un menor).

En este caso se analizó la proporción de agresores sexuales de mujeres y de agresores de menores que había en cada uno de los grupos obtenidos en los análisis de clusters.

Los resultados indicaron que no existían diferencias significativas entre las respectivas proporciones, de manera que ambos tipos de agresores podían clasificarse en función de su nivel de necesidades criminógenas.

En definitiva, los principales resultados de este estudio fueron los tres siguientes:

1. Es posible establecer una tipología de agresores sexuales vinculada al nivel de necesidades criminógenas que presentan los sujetos (alto o bajo).

2. La deseabilidad social constituye un elemento que debe tenerse en cuenta debido a su potencial capacidad de influencia sobre los sujetos y, en consecuencia, sobre cualquier análisis realizado.
3. Tanto los agresores sexuales de mujeres como los de menores pueden clasificarse atendiendo a su mayor o menor nivel de necesidades criminógenas.

6.3. Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales

En este estudio (vinculado al objetivo C de esta Tesis Doctoral) se plantearon dos objetivos principales. En primer lugar, examinar si el modelo transteórico de motivación para el cambio, de Prochaska y DiClemente (McConaughy, DiClemente, Prochaska, & Velicer, 1989; Prochaska et al., 1992), resultaba de utilidad en el contexto del tratamiento con agresores sexuales.

En segundo lugar se pretendía evaluar la motivación al cambio en una muestra de agresores sexuales encarcelados que se encontraban en diferentes momentos del proceso de desarrollo del tratamiento. Respecto a este objetivo se planteó la siguiente hipótesis de trabajo: la motivación al cambio de los agresores sexuales se incrementará a lo largo del tratamiento, desde estadios de cambio menos avanzados (*pre-contemplación*) a estadios más avanzados (*contemplación, acción o mantenimiento*).

Para ello se evaluó una muestra de 76 agresores sexuales encarcelados que se hallaban en distintos momentos del proceso de tratamiento. Se distribuyeron en tres grupos de estudio: a) grupo pre-tratamiento (N= 24 internos que no habían iniciado ninguna intervención); b) grupo tratamiento (N= 33 agresores en pleno desarrollo del programa); y c) grupo seguimiento (N= 19 sujetos que ya habían finalizado el tratamiento y se encontraban en la fase de seguimiento cercana a su puesta en libertad). Para ello se empleó la Escala de Estadios de Cambio (SOCS), que se tradujo al castellano a los efectos de este estudio a partir de la escala original de evaluación del cambio propuesta por James Prochaska (Prochaska et al., 1988).

En este estudio los grupos solo mostraron diferencias significativas entre ellos en el estadio de cambio *pre-contemplación*, el cual prevalecía en el grupo de sujetos pre-tratamiento. Sin embargo, aunque los resultados no resultaron significativos, las puntuaciones obtenidas por los grupos en el resto de estadios

fueron en la dirección esperada: es decir, los grupos de tratamiento y seguimiento, en etapas más avanzadas de intervención, puntuaban más alto en estadios de cambio también más avanzados, de *contemplación* y de *acción*.

Por otro lado, el análisis acerca de qué estadio de cambio prevalecía en los diversos grupos (mediante la extracción del porcentaje de sujetos que sobresalían en ellos) sugirió que la participación en el programa parecía mejorar la motivación al cambio de los agresores sexuales. Pese a que las diferencias entre los grupos fueron muy limitadas.

Por último, se destacó como resultado más apreciable la clara división establecida entre el estadio de *pre-contemplación* y el resto de estadios, en los cuales se supone que empieza a haber una movilización hacia cambio.

Como conclusiones globales, en este estudio se puso de relieve la dificultad de adaptación del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente al campo del tratamiento con delincuentes. Especialmente no sería aplicable a este ámbito la etapa de seguimiento, ya que presupone que los individuos se enfrentan a situaciones de riesgo de recaída en su conducta problemática y aun así logran mantener los cambios alcanzados. Como es evidente, en el caso de los agresores sexuales el estadio de mantenimiento no se plasmaría adecuadamente ya que los sujetos permanecen encarcelados y, por lo tanto, sin riesgos de recaída que afrontar ni ocasión de recaer en el delito.

Asimismo otra conclusión relevante de este estudio fue que la escala SOCS (diseñada para evaluar los estadios de cambios en que se encuentran los participantes en un tratamiento) no parece ser un instrumento suficientemente sensible y preciso para la evaluación de la motivación al cambio en los agresores sexuales.

6.4. Psychological treatment and therapeutic change in incarcerated rapists

La finalidad de este estudio (en vinculación con el objetivo C de esta Tesis Doctoral) fue evaluar el posible cambio terapéutico producido exclusivamente en agresores sexuales de mujeres adultas (violadores) como resultado de su participación en el Programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS). En esta ocasión, se planteó como hipótesis de trabajo que los agresores sexuales presentarían una mejora global tras su participación en el tratamiento. Así mismo

se esperaba hallar que los cambios producidos tras el tratamiento serían heterogéneos en las diversas variables terapéuticas.

Para ello se analizó una muestra de 153 agresores sexuales de mujeres adultas, antes y después del tratamiento. A este fin se empleó la escala de Evaluación Psicológica de Agresores Sexuales (EPAS), aludida con anterioridad, que permitía evaluar diez variables terapéuticas tratadas en el PCAS. Dicha escala ofrece tanto una valoración global de la mejora terapéutica (EPAS global, con un rango de puntuaciones entre de 0 y 100 puntos) como puntuación específica de cada variable terapéutica analizada (cuyo rango es de 0 a 10 puntos). En todos los casos una puntuación más elevada significa una mejoría terapéutica.

Los resultados derivados de las pruebas de comparación t de Student para muestras relacionadas indicaron diferencias significativas entre el período de evaluación pre-tratamiento y el de post-tratamiento, tanto en la medida global EPAS como en sus diferentes variables terapéuticas. En referencia a la medida global de EPAS, la puntuación promedio obtenida por los agresores sexuales antes del tratamiento fue de 79,05 puntos, mientras que tras la participación en el tratamiento obtuvieron 82,90 puntos, siendo la diferencia entre estas puntuaciones estadísticamente significativa. Por lo que se refiere a las diez variables terapéuticas específicas evaluadas mediante EPAS, ocho mostraron una mejora significativa tras la participación de los sujetos en el tratamiento: *disminución de la ansiedad sexual, incremento de la asertividad, mayor motivación al cambio, disminución de las distorsiones cognitivas en contra de la mujer, reducción de la impulsividad, disminución de los sentimientos de soledad, y mejora de la empatía.*

Un análisis posterior sobre la potencia estimada del cambio que se había producido en cada variable terapéutica arrojó tamaños del efecto entre pequeños (como el obtenido en la variable *reducción de los sentimientos de soledad*, $d=0,25$) y moderados (como en el caso de *disminución de las distorsiones cognitivas*, $d=0,56$). Por lo que respecta a la potencia observada en la puntuación global de cambio terapéutico se obtuvo un tamaño del efecto moderado ($d=0,55$).

Así mismo, mediante correlación de Pearson se constataron diversas relaciones significativas entre las variables terapéuticas. Por ejemplo, se encontraron asociaciones significativas entre las variables *reducción de la impulsividad* y *disminución de la agresividad*; entre *reducción de los*

sentimientos de soledad y las variables *reducción de la impulsividad*, *reducción de agresividad* y *mejora de la autoestima*; etc.

En definitiva, los resultados de este estudio permitieron concluir que se había producido una mejora terapéutica global en los agresores tras su participación en el tratamiento. Así mismo, las relaciones encontradas entre diferentes variables terapéuticas fueron coherentes con los hallazgos de otros estudios que ponen de relieve que las diferentes necesidades criminógenas pueden influirse mutuamente durante el proceso de tratamiento.

6.5. Eficacia terapéutica del Programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS) aplicado en los centros penitenciarios españoles

En este último estudio (relativo al objetivo C de esta Tesis Doctoral) se evaluó la mejora terapéutica en una muestra integrada por agresores sexuales tanto de mujeres adultas como por abusadores de menores, tras su participación en el programa de tratamiento. Mediante este análisis se pretendía comprobar si el programa de tratamiento conseguía producir cambios en ambas categorías de agresores sexuales.

Para ello se analizó un grupo de 117 agresores de mujeres y otro de 71 agresores de menores. Para explorar el cambio en las distintas variables terapéuticas se aplicó la escala EPAS a ambos grupos, antes y después de realizar el programa de tratamiento PCAS.

Los resultados derivados de las comparaciones t de Student para muestras relacionadas indicaron una mejora terapéutica en ambos grupos de análisis, tanto para la puntuación global de EPAS como para las diferentes variables terapéuticas específicas. Aunque las diferencias obtenidas entre las puntuaciones de los sujetos antes y después del tratamiento fueron de magnitud modesta.

En cuanto al grupo de agresores de mujeres se encontró una mejora significativa de los sujetos en su puntuación global promedio de EPAS y en todas las variables terapéuticas analizadas. De forma similar, el grupo de agresores de menores mostró una mejora significativa en la puntuación global de la escala EPAS y en cinco de las nueve variables analizadas: mejora de la *autoestima social* y *asertividad*, y disminución de la *impulsividad*, *agresividad* y *sentimientos de soledad*.

A través de estos resultados se concluyó que ambos tipos de agresores mostraban un cambio terapéutico significativo, en un sentido de mejora, tras su participación en el programa de tratamiento.

En síntesis, los resultados de esta evaluación sugirieron que el programa PCAS es susceptible de producir beneficios en sus participantes. Así mismo, se concluyó que la escala EPAS fue un instrumento sensible al cambio mostrado por los sujetos.

No obstante, aun teniendo en cuenta que los resultados de mejora terapéutica aquí presentados fueron positivos, se concluyó que la reintegración social de los agresores sexuales requeriría otras transformaciones sociales relevantes que permitiesen a estos individuos acceder a un puesto laboral, establecer vínculos afectivos sólidos y de confianza, disponer de mecanismos de apoyo, etc.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES

7.1. Discusión

Esta Tesis Doctoral, integrada por diferentes trabajos publicados, concierne en realidad a una temática de fondo común: la mejor comprensión científica de la conducta criminal de agresión sexual con la finalidad de su tratamiento y prevención más eficaz. Así, todas las publicaciones aquí compendiadas constituyen aproximaciones específicas y complementarias a esta temática global. En cierta forma, como es al uso en el funcionamiento científico habitual, cada una de ellas parte de un problema específico de investigación al que aporta algunas respuestas.

El primero de los trabajos presentados tiene un cariz mucho más amplio. Su objetivo es la revisión del estado del conocimiento vigente por lo que se refiere a la génesis, la prevención y el tratamiento de la conducta de agresión sexual y, más específicamente, de los agresores sexuales. Como ha podido verse, en la actualidad existe un conocimiento sólido, aunque ciertamente todavía provisional e incompleto, sobre los principales elementos de riesgo que pueden hacer a algunos varones más vulnerables para la adquisición de repertorios de conducta sexual abusiva. A dicho conocimiento ha contribuido de una forma muy especial la Psicología, tanto la psicología del desarrollo (especialmente en lo concerniente a las etapas de la pre-adolescencia y la adolescencia) como la psicología del aprendizaje. Desde este conocimiento psicológico se ha propuesto que en la etiología de la agresión sexual serían particularmente relevantes las experiencias infantiles y adolescentes de privación emocional, hiper-sexualización de las interacciones juveniles, y también los posibles episodios traumáticos de victimización sexual por parte de personas adultas. Como resultado de ello, los individuos serían más vulnerables a la posible adquisición y consolidación de preferencias sexuales desviadas (que puedan implicar violencia o abuso de niños), a partir de mecanismos psicológicos como el condicionamiento clásico o el modelado de conducta. Lo anterior tiene implicaciones muy relevantes para el diseño de políticas y programas preventivos con jóvenes y sus familias, y así

mismo, en los casos más graves, para el tratamiento de los agresores ya consolidados.

El segundo trabajo incluido aquí tiene un cariz empírico mucho más específico: comprobar si es posible la construcción de una tipología de agresores sexuales que tenga en cuenta, por encima de cualesquiera otros factores, aquellos elementos dinámicos de riesgo (como hábitos antisociales, cogniciones distorsionadas, o descontrol emocional) que van a ser los objetivos preferentes del tratamiento psicológico. Y, en efecto, en este estudio se pudo corroborar la viabilidad de una tipología de agresores sexuales de estas características dinámicas. Su implicación fundamental es servir de ayuda a la aplicación de tratamientos.

Los tres trabajos siguientes dirigen su atención al tema empírico central de esta Tesis Doctoral, que es el análisis del cambio terapéutico y de la eficacia de los tratamientos psicológicos con agresores sexuales. En este marco común, cada uno de estos tres trabajos efectúa un acercamiento matizado al objetivo general: o bien se analiza la efectividad del tratamiento globalmente con agresores sexuales de mujeres y abusadores de menores (lo que se hace en dos de estos estudios), o bien se profundiza en el análisis particular de la eficacia tratamental con los agresores de mujeres adultas o violadores.

En conjunto, la novedad principal de los anteriores análisis de eficacia consiste en intentar conocer no solo los resultados globales del tratamiento en términos de si los individuos tratados vuelven o no a cometer un delito (en lo que en buena medida se ha centrado la investigación hasta ahora existente), sino en indagar y precisar los procesos psicológicos de cambio terapéutico de los participantes en el tratamiento. Es decir, la expectativa de un tratamiento psicológico incluye también el que los individuos experimenten, como resultado del tratamiento, transformaciones personales parciales y específicas en variables tales como sus habilidades interpersonales, su capacidad de analizar consecuencias de la conducta, su competencia emocional, la reestructuración y la erradicación de sus previas distorsiones y justificaciones cognitivas, etc. Y estos son los propósitos principales de estos tres últimos trabajos incorporados en la tesis, en los que se ha podido comprobar que efectivamente, a partir del tratamiento, se producen algunos cambios en estas diversas variables personales intermedias.

Es verdad que tales cambios y mejoras, aunque estadísticamente significativos, tienen en conjunto una magnitud modesta. O sea, los grupos

tratados aventajan a los controles en apenas unos puntos promedio de mejora en las variables mencionadas. A pesar de ello, existen indicios razonables sobre una amplia diversidad de casuísticas de los efectos del tratamiento, en función de variables distintas tales como los propios individuos tratados, los contextos de aplicación de los programas (aquí, distintas prisiones españolas), y las características y competencias de los terapeutas que han aplicado en cada caso el tratamiento. Todos estos aspectos no han podido ser analizados hasta ahora, sino que constituyen retos importantes para la investigación futura en el ámbito que aquí se trata.

7.2. Conclusiones generales

Según todo lo razonado en la previa discusión, la conclusión general que puede derivarse de los diferentes estudios realizados es la siguiente:

1. El programa de tratamiento de agresores sexuales aplicado en los centros penitenciarios españoles promueve en los individuos participantes en él una serie de cambios terapéuticos favorables en dirección a la reducción de su futura conducta delictiva.

Así mismo, las conclusiones sobre las hipótesis planteadas en esta Tesis Doctoral son:

2. La hipótesis 1, en la cual se establecía que *si se atiende prioritariamente a las necesidades criminógenas, o factores de riesgo dinámicos, de los agresores sexuales (no solo o principalmente a sus factores de riesgo estáticos), podrán establecerse categorías de agresores que faciliten su tratamiento*, ha sido confirmada en el artículo 2 mediante la creación de una tipología basada en factores dinámicos de riesgo de los individuos.
3. La segunda hipótesis de investigación especificaba que *la motivación para el cambio de los agresores sexuales se incrementará a lo largo del proceso de desarrollo del tratamiento, desde estadios de cambio menos avanzados a estadios más avanzados*. Los resultados del estudio descrito en el artículo 3 confirman parcialmente esta hipótesis ya que, tal y como pudo verse, el avance motivacional de los agresores se orientaba en la dirección esperada, aunque no se observaron diferencias significativas entre los grupos analizados.

4. La tercera hipótesis de esta Tesis Doctoral estipulaba que *la participación de los agresores sexuales en un programa de tratamiento promoverá la disminución de sus necesidades criminógenas y su mejora terapéutica*. Los resultados vinculados a los estudios 4 y 5 permiten confirmar de forma sólida esta hipótesis, observándose una mejora terapéutica en los grupos de agresores sexuales tratados.
5. Por último, la hipótesis 4 de esta investigación, en la cual se establecía que *las mejoras terapéuticas como resultado del tratamiento aplicado podrán constatarse tanto en agresores de mujeres como en abusadores de menores*, se confirma a través de los resultados del estudio 5, en el que se encontró una mejora terapéutica en ambos tipos de agresores tras su participación en el tratamiento.

Finalmente, también pueden destacarse otras conclusiones secundarias extraídas de los estudios realizados:

6. Los programas de tratamiento deben dirigirse específicamente a las numerosas necesidades criminógenas presentes en los agresores sexuales.
7. Las diferentes necesidades criminógenas muestran una alta asociación entre ellas, lo que puede favorecer el desarrollo del tratamiento y el cambio terapéutico de los sujetos.
8. Los agresores sexuales suelen mostrar una elevada deseabilidad social que podría interferir en el trabajo terapéutico con ellos.
9. Hasta donde los resultados aquí obtenidos nos permiten obtener una conclusión tentativa y provisional, el modelo transteórico de motivación al cambio de Prochaska y DiClemente muestra dificultades de adaptación al ámbito de los agresores sexuales encarcelados.
10. En esta misma dirección, la escala de motivación al cambio (SOCS) que se deriva del modelo transteórico muestra dificultades de adaptación a la muestra aquí evaluada, no resultando suficientemente sensible para detectar los cambios producidos en la motivación de cambio de los agresores sexuales.
11. La escala de Evaluación Psicológica de Agresores Sexuales (EPAS) aplicada en los centros penitenciarios españoles parece ser sensible (al

menos parcialmente) para identificar ciertos cambios personales producidos en los sujetos tras su participación en el tratamiento.

7.3. Implicaciones prácticas

Probablemente la contribución más relevante derivada de esta Tesis Doctoral sea que, a partir del empleo de una metodología científica, se han podido observar mejoras terapéuticas en los agresores sexuales tras su participación en el tratamiento. Pese a que los cambios observados no sean de una magnitud elevada, desde un punto de vista social, la mejora terapéutica de estos agresores puede suponer una mayor probabilidad de que se reinseren con éxito en la sociedad.

En segundo término, otra de las implicaciones más relevantes de esta investigación es que permite ofrecer a los técnicos y gestores penitenciarios un resultado válido sobre la eficacia del Programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS) aplicado en los centros penitenciarios españoles. Para estos técnicos y operadores conocer la eficacia terapéutica del programa PCAS no solo es importante a efectos científicos y rehabilitadores, sino que también guarda una estrecha relación con la estimulación y el reconocimiento a los esfuerzos dedicados por los profesionales penitenciarios a la rehabilitación de los encarcelados.

Además, tal y como ha podido verse a lo largo de los artículos presentados en esta Tesis Doctoral, de la investigación en torno a los agresores sexuales y a la eficacia de sus tratamientos pueden derivarse aportaciones prácticas muy concretas:

- La consideración de la intensidad de las necesidades criminógenas de los candidatos a participar en un tratamiento permitiría que los profesionales decidiesen fácilmente respecto de qué programa es más idóneo para cada agresor (siguiendo el principio de necesidad del modelo RNR).
- Una tipología que atiende a las necesidades criminógenas de los individuos podría servir a los técnicos como herramienta justificadora de las decisiones tomadas respecto a la intensidad del programa de tratamiento aplicado (intensivo o reducido).

- Además, la consideración de la intensidad de las necesidades criminógenas y de sus posibles variaciones, no solo sería de ayuda en aspectos tratamentales, sino que también podría ser de utilidad para:
 - La determinación de la pena más apropiada para un agresor (por ejemplo, imponiendo medidas comunitarias para los sujetos de baja necesidad, y medidas más controladoras para los de alta necesidad).
 - Tareas de clasificación penitenciaria (organizando los diferentes módulos del centro en razón del nivel de necesidades terapéuticas de los sujetos).
 - Gestión del riesgo (empleándose como complemento de otras herramientas de riesgo).
 - En la justificación del otorgamiento o rechazo de un permiso penitenciario.
- El análisis detallado del cambio en los sujetos tratados también ofrece la posibilidad de observar qué técnicas y módulos del programa PCAS están siendo más efectivos. Así como discriminar qué aspectos no estarían obteniendo los resultados esperados, y por lo tanto, necesitarían ser trabajados con mayor intensidad. De este modo, el análisis específico de las distintas variables terapéuticas podría ser una guía para mejorar el programa PCAS.
- La asociación entre variables terapéuticas pone de relieve que a través de la mejora de una necesidad también se podría potenciar el cambio de otra carencia distinta. Además, distintos objetivos terapéuticos podrían a su vez beneficiarse de las mismas técnicas psicológicas; o incluso una variable concreta (por ejemplo, distorsiones cognitivas) podría beneficiarse de otras técnicas que no se dirigen específicamente a ella (por ejemplo, relajación destinada a la mejora del control de la impulsividad).

7.4. Limitaciones

La principal limitación de esta investigación, como en la mayoría de los estudios sobre eficacia terapéutica, se encuentra en la imposibilidad de establecer conclusiones inequívocas sobre la capacidad del tratamiento para producir los cambios o mejoras observados en los sujetos.

Dicha limitación se ve agravada en los estudios aquí desarrollados por la ausencia de un grupo control homogéneo con el que comparar los resultados de los sujetos tratados.

Además de estas dos grandes dificultades científicas, a continuación se describen otras limitaciones de esta investigación:

- La pérdida de numerosa información y datos por diversas causas: errores en la aplicación de las pruebas, cansancio de los sujetos o errores de los mismos en sus respuestas, traslados de los internos de un centro penitenciario a otro, etc.
- Las muestras de los diversos estudios incorporados en esta Tesis Doctoral proceden de distintos centros penitenciarios de España, lo que multiplica las posibles fuentes de sesgos: diferencias en la recogida de datos por parte de los numerosos profesionales participantes, posibles desigualdades en el programa de tratamiento aplicado (terapeutas, módulos y actividades empleadas, filosofía respecto al tratamiento por parte de la institución...), interés mostrado por el desarrollo de la propia investigación, etc.
- La Escala de Evaluación Psicológica de Agresores Sexuales (EPAS) todavía se encuentra en desarrollo y no ha sido suficientemente validada. Así, en su versión actual, la escala podría resultar demasiado larga y algunos de sus ítems podrían ser todavía demasiado complejos, transparentes, o de difícil comprensión para la población diana.
- Ausencia de otros instrumentos evaluativos sobre el rendimiento de los sujetos a lo largo del tratamiento o sobre su aprovechamiento final que permitiesen una comparación con los resultados obtenidos.
- La Escala de motivación al cambio (SOCS) tampoco es una escala validada para muestras de delincuentes en España, además de que diversas publicaciones internacionales ponen de relieve sus limitaciones globales.
- Ausencia de la medida de reincidencia delictiva, ya que la mayoría de los agresores sexuales integrantes de las muestras de estos estudios siguen en prisión.

7.5. Futuras líneas de investigación

En un futuro próximo se pretende profundizar en la evaluación de la eficacia terapéutica del tratamiento con agresores sexuales aquí efectuada.

Para ello, en primer lugar se realizarán sendos análisis, análogos a los aquí presentados, uno sobre el cambio terapéutico de una muestra específica de agresores de menores y otro teniendo en cuenta la intensidad de las necesidades criminógenas de los delincuentes sexuales (incluyendo tanto a agresores de mujeres como de menores). Con este último análisis se pretende explorar, si tal y como sugiere el principio de riesgo del modelo de rehabilitación RNR (de Andrews y Bonta), el tratamiento produce mayor efectividad en los sujetos de más alto riesgo. Así mismo, estos análisis esperan dar respuesta a una de las inquietudes manifestadas por diversos técnicos de instituciones penitenciarias, acerca de si sería apropiado o necesario separar en diferentes grupos de tratamiento a los agresores de mujeres adultas y agresores de menores.

En segundo término, se espera completar la recogida de datos sobre un grupo de control equivalente que permita comparar a los agresores sexuales tratados con los no tratados. De este modo, se podrá analizar de forma más certera en qué grado los cambios observados en los sujetos tratados se deben prioritariamente a su participación en el tratamiento (y no a otros factores como el mero paso del tiempo, la mayor edad, etc.).

Así mismo, tras completar la recogida de datos de la muestra se podrán explorar con detalle todas aquellas variables (sociodemográficas, de carrera criminal, características de los centros penitenciarios en los que se aplica el tratamiento, etc.) que pudiesen estar modulando o mediando en los resultados obtenidos por los sujetos.

Por otro lado, también es necesario evaluar con mayor precisión la relación e influencia recíproca que pueda existir entre las diversas necesidades criminógenas de los agresores, ya que tal vinculación entre necesidades terapéuticas podría aconsejar determinadas mejoras en el diseño del propio programa de tratamiento.

En paralelo a los análisis de la eficacia terapéutica del programa PCAS, se espera así mismo profundizar en el conocimiento de los propios instrumentos y métodos de evaluación de los agresores sexuales. Para ello, se pretende mejorar y validar la escala EPAS, lo que incluiría necesariamente reelaborar, incluir o excluir algunos de sus ítems, explorar su validez de constructo mediante la

aplicación de otros instrumentos parejos, describir su estructura factorial, etc. Además, se explorará la posible creación de baremos y puntos de corte que puedan ser de utilidad a los profesionales para determinar la mayor o menor mejoría de los sujetos en el tratamiento.

Por otro lado, tal y como se puso de relieve a lo largo de esta investigación, las variables terapéuticas “distorsiones cognitivas” y “empatía” son factores de riesgo dinámicos especialmente relevantes en el desarrollo de la agresión sexual. Sin embargo, por el momento siguen existiendo muchas lagunas acerca de su evaluación y tratamiento. Por ello, el funcionamiento de ambas subescalas de EPAS se deberá analizar específicamente en el futuro con la finalidad de mejorar su capacidad evaluativa de las distorsiones cognitivas y de la empatía. En concreto, respecto de la subescala de empatía, que en estos momentos es larga y compleja, se realizará un estudio detallado a fin de reducirla e integrarla en el conjunto de la evaluación.

De forma similar, se pretende estudiar con mayor detenimiento el mejor modo de evaluar la influencia de la deseabilidad social en los agresores sexuales. Particularmente, se estudiará la mejor forma de tener en cuenta la influencia de la deseabilidad en el cálculo final de la puntuación global de EPAS.

Además, tal y como pudo verse en esta Tesis Doctoral, es necesario mejorar también la evaluación de la motivación para el cambio de conducta en agresores sexuales. La literatura especializada ha señalado que la motivación para el tratamiento es una variable relevante en la mejora terapéutica. Por ello, se espera poder efectuar un seguimiento de grupos de sujetos en proceso de tratamiento que evalúe de forma longitudinal sus avances o retrocesos motivacionales a medida que el tratamiento progresa. Este estudio implicará necesariamente explorar la existencia de nuevos instrumentos de medida de la motivación para el cambio, o bien la creación de nuevos instrumentos que se adapten mejor a esta población diana.

Por último, también se prevé complementar estos análisis de eficacia terapéutica mediante la evaluación de la posible reincidencia de aquellos sujetos de la muestra que ya hayan sido excarcelados. Esta nueva medición permitiría contrastar los resultados de eficacia del tratamiento a corto plazo con la efectividad a largo plazo en términos de la posible disminución de la reincidencia delictiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbey, A., Jacques-Tiura, A. J., & LeBreton, J. M. (2011). Risk factors for sexual aggression in young men: an expansion of the confluence model. *Aggressive Behavior, 37*(5), 450–64. doi:10.1002/ab.20399
- Abbey, A., Wegner, R., Pierce, J., & Jacques-Tiura, A. J. (2012). Patterns of Sexual Aggression in a Community Sample of Young Men: Risk Factors Associated with Persistence, Desistance, and Initiation Over a One Year Interval. *Psychology of Violence, 2*(1), 1–15. doi:10.1037/a0026346
- Abel, G. G., Becker, J. V., & Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry, 7*(1), 89–103. doi:10.1016/0160-2527(84)90008-6
- Abel, G. G., Becker, J. V., Murphy, W. D., & Flanagan, B. (1981). Identifying dangerousness in child molesters. In R. B. Stuart (Ed.), *Violent Behaviour*. New York: Brunner/Mazel.
- Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camps, N., Becker, J. V., & Rathner, J. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters. *Annals of Sex Research, 2*(2), 135–152. doi:10.1007/BF00851319
- Abracen, J., & Looman, J. (2016). *Treatment of high-Risk Sexual Offenders. An Integrated Approach*. Chichester, UK, UK: Wiley-Blackwell.
- Abrahams, N., Devries, K., Watts, C., Pallitto, C., Petzold, M., Shamu, S., & García-Moreno, C. (2014). Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet (London, England), 383*(9929), 1648–54. doi:10.1016/S0140-6736(13)62243-6
- Agnew, R. (2014). Social concern and crime: moving beyond the assumption of simple self-interest. *Criminology, 52*(1), 1–32.
- Alexander, P. C., & Morris, E. (2008). Stages of Change in Batterers and Their Response to Treatment. *Violence and Victims, 23*(4), 476–492. doi:10.1891/0886-6708.23.4.476
- Andrés-Pueyo, A. (2016). *Comunicación personal*. Barcelona: Spain.
- Andrés-Pueyo, A., & Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: Entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles Del Psicólogo, 28*(3), 157–173.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2016). *The Psychology of Criminal Conduct* (6th ed.). New Providence: Anderson Publishing.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior, 38*(7), 735–755. doi:10.1177/0093854811406356
- Andrews, D. A., & Dowden, C. (2006). Risk principle of case classification in correctional treatment: a meta-analytic investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 50*(1), 88–100. doi:10.1177/0306624X05282556
- Andrews, D. A., & Dowden, C. (2007). The Risk–Need–Responsivity Model of Assessment and Human Service in Prevention and Corrections: Crime-Prevention Jurisprudence. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice, 49*(4), 439–464. Retrieved from <http://utpjournals.metapress.com/content/u7r05rw24683214q/>
- Andrews, D. A., Guzzo, L., Raynor, P., Rowe, R. C., Rettinger, L. J., Brews, A., & Wormith, J. S. (2012). Are the major risk/need factors predictive of both female and male reoffending?: a test with the eight domains of the level of service/case management inventory. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 56*(1), 113–33. doi:10.1177/0306624X10395716
- Aresti, A., Eatough, V., & Brooks-Gordon, B. (2010). Doing time after time: an Interpretative Phenomenological Analysis of reformed ex-prisoners' experiences of self-change, identity and career opportunities. *Psychology, Crime & Law, 16*(3), 169–190. doi:10.1080/10683160802516273

- Ashfield, S., Brotherston, S., Eldridge, H., & Elliott, I. (2013). Female sexual offenders. In K. Harrison & B. Rainey (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Legal and Ethical Aspects of Sex Offender Treatment and Management*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. doi:10.1002/9781118314876
- August, J. L., & Flynn, A. (2007). Applying Stage-Wise Treatment to a Mixed-Stage Co-occurring Disorders Group. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10(1), 53–63. doi:10.1080/15487760601166357
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847061>
- Barbaree, H. E., & Langton, C. M. (2006). The Effects of Child Sexual Abuse and Family Environment. In W. L. Marshall & H. E. Barbaree (Eds.), *The Juvenile Sex Offender* (pp. 58–76). New York: Guilford Press.
- Barbaree, H. E., & Marshall, W. L. (2006). *The Juvenile Sex Offenders*. (H. E. Barbaree & W. L. Marshall, Eds.) (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barnett, G. D., & Mann, R. E. (2013). Cognition, Empathy, and Sexual Offending. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(1), 22–33. doi:10.1177/1524838012467857
- Barrett, M., Wilson, R. J., & Long, C. (2003). Measuring motivation to change in sexual offenders from institutional intake to community treatment. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 15(4), 269–83. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14571533>
- Bartels, R. M., & Gannon, T. A. (2011). Understanding the sexual fantasies of sex offenders and their correlates. *Aggression and Violent Behavior*, 16(6), 551–561. doi:10.1016/j.avb.2011.08.002
- Beavin, L. E. (2015). Oxytocin and empathy in sex offenders: A biological basis for deficiencies in empathic responding. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 75(11-B(E)).
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy: Nature and relation to behaviour therapy*. New York, N.Y.: International University Press.
- Beck, J. S. (2000). *Terapie cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Spain: Gedisa.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behaviour*. Journal of Political Economy. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Becker, J. V., & Hunter, J. A. (1997). Understanding and treating child and adolescent sexual offenders. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 177–197.
- Becker, J. V., & Johnson, B. R. (2001). Treating Juvenile Sex Offenders. In J. B. Ashford, B. D. Sales, & W. H. Reid (Eds.), *Treatment of Adult and Juvenile Offenders with Special Needs*. Washington DC: American Psychological Association Press.
- Beech, A. R. (1998). A Psychometric Typology of Child Abusers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 42(4), 319–339. doi:10.1177/0306624X9804200405
- Beech, A. R., & Fisher, D. D. (2004). Treatment of sex offenders in the UK prison and probation settings. In H. Kemshall & G. McIvor (Eds.), *Managing Sex Offender Risk* (pp. 137–164). London: Home Office.
- Beech, A. R., Fisher, D. D., & Thornton, D. (2003). Risk assessment of sex offenders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 339–352. doi:10.1037/0735-7028.34.4.339
- Beech, A. R., Freemantle, N., Power, C., & Fisher, D. (2015). An examination of potential biases in research designs used to assess the efficacy of sex offender treatment. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 7(4), 204–222.
- Beech, A. R., Mandeville-Norden, R., & Goodwill, A. (2012). Comparing recidivism rates of treatment responders/nonresponders in a sample of 413 child molesters who had completed community-based sex offender treatment in the United Kingdom.

- International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(1), 29–49. doi:10.1177/0306624X10387811
- Beech, A. R., & Mann, R. (2002). Recent developments in the assessment and treatment of sexual offenders. In J. McGuire (Ed.), *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending* (pp. 259–288). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Beech, A. R., & Mitchell, I. J. (2005). A neurobiological perspective on attachment problems in sexual offenders and the role of selective serotonin re-uptake inhibitors in the treatment of such problems. *Clinical Psychology Review*, 25(2), 153–182. doi:10.1016/j.cpr.2004.10.002
- Bickley, J., & Beech, A. R. (2001). Classifying child abusers: Its relevance to theory and clinical practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(1), 51–69. doi:10.1177/0306624X01451004
- Bilby, C., Brooks-Gordon, B., & Wells, H. (2006). A systematic review of psychological interventions for sexual offenders II: Quasi-experimental and qualitative data. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17(3), 467–484. doi:10.1080/14789940600819366
- Blackburn, R. (1993). *The psychology of criminal conduct: Theory, research and practice*. Wiley series in clinical psychology. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Blais, J., & Bonta, J. (2015). Tracking and managing high risk offenders: A Canadian initiative. *Law and Human Behavior*, 39(3), 253–265. doi:http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1037/lhb0000109
- Blaske, D. M., Borduin, C. M., Henggeler, S. W., & Mann, B. J. (1989). Individual, family, and peer characteristics of adolescent sex offenders and assaultive offenders. *Developmental Psychology*, 25(5), 846–855. doi:10.1037/0012-1649.25.5.846
- Blumenthal, S., Gudjonsson, G., & Burns, J. (1999). Cognitive distortions and blame attribution in sex offenders against adults and children. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 129–43. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10075183>
- Bowen, E., & Gilchrist, E. (2004). Do court- and self-referred domestic violence offenders share the same characteristics? A preliminary comparison of motivation to change, locus of control and anger. *Legal and Criminological Psychology*, 9(2), 279–294. doi:10.1348/1355325041719383
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol I*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol II: Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol III: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Brandes, B. J., & Cheung, M. (2009). Supervision and treatment of juveniles with sexual behavior problems. *Child Adolescence Social Work Journal*, 26, 179–196.
- Bretherton, I. (1992). THE ORIGINS OF ATTACHMENT THEORY. *Developmental Psychology*, 28(28), 759–775.
- Briggs, P., Simon, W. T., & Simonsen, S. (2011). An exploratory study of Internet-initiated sexual offenses and the chat room sex offender: has the Internet enabled a new typology of sex offender? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23(1), 72–91. doi:10.1177/1079063210384275
- Brooks-Gordon, B., Bilby, C., & Wells, H. (2006). A systematic review of psychological interventions for sexual offenders I: Randomised control trials. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17(3), 442–466. doi:10.1080/14789940600819341
- Brown, S. J. (2015). *Treating Sex Offenders*. Cullompton, Devon: Willan Publishing.
- Brown, S. J., Walker, K., Gannon, T. A., & Keown, K. (2013). Creating a psychologically comfortable position: The link between empathy and cognitions in sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 19(3), 275–294. doi:http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1080/13552600.2012.747223
- Budrionis, R., & Jongsma, E. (2003). *The sexual abuse victim and sexual offender*. New Jersey,

NY: Wiley & Sons.

- Burgess, A. W., Commons, M. L., Safarik, M. E., Loooper, R. R., & Ross, S. N. (2007). Sex offenders of the elderly: Classification by motive, typology, and predictors of severity of crime. *Aggression and Violent Behavior, 12*(5), 582–597. doi:10.1016/j.avb.2007.02.006
- Burke, D. M. (2001). Empathy in Sexually Offending and Nonoffending Adolescent Males. *Journal of Interpersonal Violence, 16*(3), 222–233. doi:10.1177/088626001016003003
- Burrowes, N., & Needs, A. (2009). Time to contemplate change? A framework for assessing readiness to change with offenders. *Aggression and Violent Behavior, 14*(1), 39–49. doi:10.1016/j.avb.2008.08.003
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(3), 452–459. doi:10.1037/0022-3514.63.3.452
- Byrne, J. M., & Roberts, A. R. (2007). New directions in offender typology design, development, and implementation: Can we balance risk, treatment and control? *Aggression and Violent Behavior, 12*(5), 483–492. doi:10.1016/j.avb.2007.02.009
- Calder, M. C. (1999). *Assessing risk in adult males who sexually abuse children: A practitioner's guide*. Lyme Regis: UK: Rusell House Publishing.
- Cale, J., Smallbone, S., Rayment-McHugh, S., & Dowling, C. (2015). Offense Trajectories, the Unfolding of Sexual and Non-Sexual Criminal Activity, and Sex Offense Characteristics of Adolescent Sex Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 1079063215580968*–. doi:10.1177/1079063215580968
- Carpentier, J., Leclerc, B., & Proulx, J. (2011). Juvenile Sexual Offenders: Correlates of Onset, Variety, and Desistance of Criminal Behavior. *Criminal Justice and Behavior, 38*(8), 854–873. doi:10.1177/0093854811407730
- Casey, S., Day, A., & Howells, K. (2005). The application of the transtheoretical model to offender populations: Some critical issues. *Legal and Criminological Psychology, 10*(2), 157–171. doi:10.1348/135532505X36714
- Chung, J., & Monroe, G. S. (2003). Exploring Social Desirability Bias. *Journal of Business Ethics, 44*(4), 291–302.
- Civit, N., Iturbe, N., Martínez-Catena, A., Muro, A., & Nguyen Vo, T. (2013). Anàlisi de la motivació al canvi en subjectes que han realitzat un programa formatiu en violència domèstica. *Invesbriu, 60*, 1–4.
- Cohen, D., & Strayer, J. (1996). Empathy in conduct-disordered and comparison youth. *Developmental Psychology, 32*(6), 988–998.
- Cohen, J. R., Pant, L. W., & Sharp, D. J. (1998). The effect of Gender and Academic Discipline Diversity on the Ethical Evaluations, Ethical Intentions and Ethical Orientations of Potential Public Accounting Recruits. *Accounting Horizons, 13*, 250–270.
- Cohen, J. R., Pant, L. W., & Sharp, D. J. (2001). An Examination of Differences in Ethical Decision-Making Between Canadian Business Students and Accounting Professionals. *Journal of Business Ethics, 30*(4), 319–336. doi:10.1023/A:1010745425675
- Cohen, M., Seghorn, T., & Calmas, W. (1969). Sociometric study of the sex offender. *Journal of Abnormal Psychology, 74*(2), 249–55. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4890995>
- Cooke, D. J., & Philip, L. (2001). To treat or not to treat? An empirical perspective. *2Handbook of Offender Assessment and Treatment, 17–34*.
- Costa, N. A., & Gonçalves, R. A. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica, 28*(1), 133–148.
- Covell, C. N., & Scalora, M. J. (2002). Empathic deficits in sexual offenders: An integration of affective, social, and cognitive constructs. *Aggression and Violent Behavior, 7*(3), 251–270. doi:10.1016/S1359-1789(01)00046-5
- Craig, L. A., Browne, K. D., Beech, A. R., & Stringer, I. (2006). Psychosexual characteristics of sexual offenders and the relationship to sexual reconviction. *Psychology, Crime and Law, 12*(3), 231–243. doi:10.1080/10683160500151084

- Cubellis, M. A., & Ackerman, A. R. (2015). Innovative efforts in prevention, research, and policy. In R. G. Wright (Ed.), *Sex offender laws: Failed policies, new directions* (2nd ed., pp. 277–294). New York, N.Y.: Springer Publishing Company.
- Cunha, L., & Gonçalves, R. A. (2012). Agressividade, estilo de vida criminal e adaptação à prisão. *Psicologia USP*, *23*(ahead), 0–0. doi:10.1590/S0103-65642012005000013
- Day, A., Bryan, J., Davey, L., & Casey, S. (2006). The process of change in offender rehabilitation programmes. *Psychology, Crime & Law*, *12*(5), 473–487. doi:10.1080/10683160500151209
- Day, A., Casey, S., Ward, T., Howells, K., & Vess, J. (2010). *Transitions to Better Lives: Offender Readiness and Rehabilitation*. Cullompton, Devon: Willan Publishing.
- Day, A., Gerace, A., Wilson, C., & Howells, K. (2008). Promoting forgiveness in violent offenders: A more positive approach to offender rehabilitation? *Aggression and Violent Behavior*, *13*(3), 195–200. doi:10.1016/j.avb.2008.03.004
- de Oliveira Júnior, H. P., & Malbergier, A. (2003). Assessment of motivation for treatment in alcohol dependent patients who sought treatment at a specialized medical service. Avaliação da motivação para tratamento em pacientes dependentes de. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo, Brazil: 1999)*, *25*(1), 5–10. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12975673>
- Dennis, J. A., Khan, O., Ferriter, M., Huband, N., Powney, M. J., & Duggan, C. (2012). Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *12*, CD0075007. doi:10.1002/14651858.CD007507.pub2
- DiClemente, C. C., Garay, M., & Gemmell, L. (2008). Motivational enhancement. In M. Galanter & H. D. Kleber (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed., pp. 361–371). Arlington, US.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, *7*(2), 133–142. doi:10.1016/0306-4603(82)90038-7
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, *13*(2), 103–19. doi:10.1080/10550490490435777
- Díez-Ripollés, J. L., García- España, E., Pérez, F., Benítez, M. J., & Cerezo, A. I. (2009). *Encuesta a víctimas en España ODA2009*. Málaga: Instituto Andaluz Interuniversitario de - Editorial Tirant Lo Blanch. Retrieved from <http://www.tirant.com/editorial/libro/encuesta-a-victimas-en-espana-oda2009-jose-luis-diez-ripolles-9788484553052>
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias. (2014). Estadística Penitenciaria.
- Dopp, A. R., Borduin, C. M., & Brown, C. E. (2015). Evidence-based treatments for juvenile sexual offenders: Review and recommendations. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, *7*(4), 223–236. doi:http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1108/JACPR-01-2015-0155
- Drapalski, A. L., Youman, K., Stuewig, J., & Tangney, J. (2009). Gender differences in jail inmates' symptoms of mental illness, treatment history and treatment seeking. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *19*(3), 193–206. doi:10.1002/cbm.733
- Driemeyer, W., Spehr, A., Yoon, D., Richter-Appelt, H., & Briken, P. (2013). Comparing sexuality, aggressiveness, and antisocial behavior of alleged juvenile sexual and violent offenders. *Journal of Forensic Sciences*, *58*(3), 711–718. doi:http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1111/1556-4029.12086
- Echeburúa, E., & Amor, P. J. (2010). Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Revista Española de Medicina Legal*, *36*(3), 117–121. doi:10.1016/S0377-4732(10)70040-7
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la

- infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 75–82. Retrieved from http://www.psicoalicante.com/resources/image/secuelas_psiquicas_abuso_sexual_infantil.pdf
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioural Psychology*, 19(2), 469–486.
- Echeburúa, E., & Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?: La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Eckhardt, C. I., Babcock, J., & Homack, S. (2004). Partner Assaultive Men and the Stages and Processes of Change 1, 19(2).
- Ellis, L., Beaver, K., & Wright, J. (2009). *Handbook of crime correlates* (1st ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- Erickson, C. (2009). The effectiveness of functional family therapy in the treatment of juvenile sexual offenders. (p. 6409). Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering, Vol 69(10B).
- European Agency for Fundamental Rights. (2014). Violence against women.
- Fanniff, A. M., & Becker, J. V. (2006). Specialized assessment and treatment of adolescent sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11(3), 265–282. doi:10.1016/j.avb.2005.08.003
- Fanniff, A. M., Becker, J. V., & Gambow, A. L. (2014). Children and adolescents with sexual behavior problems. In R. M. Reece, R. F. Hanson, & J. Sargent (Eds.), *Treatment of child abuse: Common ground for mental health, medical, and legal practitioners* (2nd ed., pp. 168–178). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Farrington, D. P. (1992). Criminal career research in the United Kingdom. *British Journal of Criminology*, 32, 521–536.
- Fastame, M. C., Penna, M. P., & Hitchcott, P. K. (2015). Life satisfaction and social desirability across the late life span: What relationship? *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 24, 241–244. doi:10.1007/s11136-014-0750-4
- Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181–191. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x
- Fazel, S., Danesh, J., Walmsley, R., Arboleda-Florez, J., Lamb, H., Weinberger, L., ... Harding, T. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet (London, England)*, 359(9306), 545–50. doi:10.1016/S0140-6736(02)07740-1
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664–74. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.013
- Fernandez, Y. M., & Marshall, W. L. (2003). Victim Empathy, Social Self-Esteem, and Psychopathy in Rapists. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(1), 11–26.
- Fernandez, Y. M., Marshall, W. L., Lightbody, S., & O'Sullivan, C. (1999). The Child Molester Empathy Measure. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 17–31.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Chaffin, M. (2009). Juveniles Who Commit Sex Offenses Against Minors. *Juvenile Justice Bulletin*, 1–12.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 55(3), 329–333. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.12.026
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behaviour. The reasoned action approach*. New York: Taylor & Francis.
- Fitzpatrick, M. E., & Weltzin, T. (2014). Motivation for change as a predictor of eating disorder treatment outcomes using a brief self-report YBC-EDS in a residential eating disorder

- population. *Eating Behaviors*, 15(3), 375–8. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.04.007
- Ford, M., & Linney, J. (1995). Comparative analysis of juvenile sexual offenders, violent nonsexual offenders, and status offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 56–70.
- Fornells, A. R., Capdevila, J. M. L., & Andrés-Pueyo, A. (2002). Personalidad y comportamiento penitenciario. *Psicothema*, 14(Suplemento), 90–100.
- Gallagher, C. A., Wilsn, D. B., Hirschfield, P., Coggeshall, M. B., & MacKenzie, D. L. (1999). Quantitative review of the effects of sexual offenders treatment on sexual reoffending. *Correctios Management Quartely*, 3, 19–29.
- Gallardo-Pujol, D., Andrés-Pueyo, A., & Maydeu-Olivares, A. (2013). MAOA genotype, social exclusion and aggression: an experimental test of a gene-environment interaction. *Genes, Brain and Behavior*, 12(1), 140–145. doi:10.1111/j.1601-183X.2012.00868.x
- Gallardo-Pujol, D., Kramp, U., García-Forero, C., Pérez-Ramírez, M., & Andrés-Pueyo, A. (2006). Assessing aggressiveness quickly and efficiently: The Spanish adaptation of Aggression Questionnaire-refined version. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 21(7), 487–94. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.02.002
- Gannon, T. A., Terriere, R., & Leader, T. (2012). Ward and Siegert 's Pathways Model of child sexual offending : a cluster analysis evaluation. *Psychology, Crime & Law*, 18(2), 129–153. doi:10.1080/10683160903535917
- García-España, E., Diéz-Ripollés, J. L., Pérez, F., Benítez, J. M., & Cerezo, A. I. (2010). Evolución de la delincuencia en España: análisis longitudinal con encuestas de victimización. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 8(2), 1–27.
- Garland, R. J., & Dougher, M. J. (1991). Motivational interventions in the treatment of sex offenders. In W. R. Miller & M. S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour* (pp. 303–313). New York: Guilford Press.
- Garrido, V., & Beneyto, M. J. (1996). *El control de la agresión sexual. Un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión y en la comunidad*. Valencia, Spain: Ed. Cristobal Serrano Villalba.
- Garrido, V., & Beneyto, M. J. (1997). La valoración psicológica de los agresores sexuales: los delitos, la reincidencia y el tratamiento. *Cuadernos de Derecho Judicial: Delitos Contra La Libertad Sexual*.
- Garrido, V., Beneyto, M. J., Català, R., Aguilar, E., Bafagón, I., Sauri, L., & Navarro, J. C. (1998). *El tractament dels delinqüents sexuals: dues investigacions aplicades*. Barcelona.
- Garrido, V., Gil, A., Forcadell, A., Martinez, R. M., & Vinuesa, R. M. (1998). *Joves agressors sexuals: avaluació, diagòstic i tractament*. Barcelona.
- Garrido, V., Morales, L. A., & Sanchez-Meca, J. (2006). What works for serious juvenile offenders? A systematic review. *Psicothema*, 18(3), 611–619.
- Garrido, V., Redondo, S., Gil, A., Torres, G., Soler, C., & Beneyto, M. J. (1995). *Delinqüents sexuals en les presons*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Geng, Y., Xia, D., & Qin, B. (2012). The Basic Empathy Scale: a Chinese validation of a measure of empathy in adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(4), 499–510. doi:10.1007/s10578-011-0278-6
- Gillis, H. L., & Gass, M. A. (2010). Treating juveniles in a sex offenders program using adventure-based programming: A matched group design. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 19(1), 20–34.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., ... Thompson, P. M. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(21), 8174–9. doi:10.1073/pnas.0402680101
- Gonçalves, R. A., & Vieira, S. (2005). A avaliação do estilo de vida criminal em ofensores

sexuais.

- Gronnerod, C., Gronnerod, J. S., & Grondahl, P. (2015). Psychological treatment of sexual offenders against children: a meta-analytic review of treatment outcome studies. *Trauma, Violence & Abuse, 16*(3), 280–290. doi:10.1177/1524838014526043
- Grønnerød, C., Grønnerød, J. S., Grøndahl, P., Gronnerod, C., Gronnerod, J. S., & Grondahl, P. (2015). Psychological treatment of sexual offenders against children: a meta-analytic review of treatment outcome studies. *Trauma, Violence & Abuse, 16*(3), 280–290. doi:10.1177/1524838014526043
- Groves, R. M. (1989). *Survey errors and survey costs*. New York: Wiley.
- Grubin, D., & Thornton, D. (1994). A national program for the assessment and treatment of sex offenders in the English prison system. *Criminal Justice and Behavior, 21*(1), 55–71.
- Gudjonsson, G. H. (1990). Self-deception and other deception in forensic assessment. *Personality and Individual Differences, 11*, 219–225.
- Gudjonsson, G. H. (1992). *The psychology of interrogation, confessions and testimony*. New York: Wiley & Sons.
- Gudjonsson, G. H., Petursson, H., Sigurdardottir, H., & Skulason, S. (1992). Overcontrolled hostility among prisoners and its relationship with denial and personality scores. *Personality and Individual Differences, 12*, 17–20.
- Gunby, C., & Woodhams, J. (2010). Sexually deviant juveniles: comparisons between the offender and offence characteristics of “child abusers” and “peer abusers.” *Psychology, Crime and Law, 16*(1-2), 47–64. doi:10.1080/10683160802621966
- Guy, L. S., Douglas, K. S., & Hart, S. D. (2015). Risk assessment and communication. In B. L. Cutler & P. A. Zapf (Eds.), *APA handbook of forensic psychology, Vol. 1: Individual and situational influences in criminal and civil contexts*. (pp. 35–86). Washington: American Psychological Association. doi:10.1037/14461-003
- Hall, G. C. (1995). Sexual offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(5), 802–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7593874>
- Hamby, S., Finkelhor, D., & Turner, H. (2012). Teen dating violence: co-occurrence with other victimizations in the National Survey of Children’s Exposure to Violence. *Psychology of Violence, 2*(2), 111–124.
- Hanson, R. K., & Bourgon, G. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders a meta-analysis. *Criminal Justice and ...*
- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 348–362. doi:10.1037/0022-006X.66.2.348
- Hanson, R. K., Gordon, A., & Harris, A. J. R. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal ...* Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1014624315814>
- Hanson, R. K., & Harris, A. (2001). *Dynamic Predictors of Sexual Recidivism (1998-2001)*. Canada: Corrections Research Department of the Solicitor General Canada.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of Sexual Recidivism: An Updated Meta-Analysis 2004-02*. Canada: Public Safety and Emergency Preparedness Canada. Retrieved from <http://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2004-02-prdctrs-sxl-rcdvsm-pdtd/index-en.aspx>
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological Assessment, 21*(1), 1–21. doi:10.1037/a0014421
- Harkins, L., & Beech, A. R. (2007). A review of the factors that can influence the effectiveness of sexual offender treatment: Risk, Need, Responsivity, and process issues. *Aggression and Violent Behavior, 12*(6), 615–627. doi:10.1016/j.avb.2006.10.006

- Helmus, L., Hanson, R. K., Babchishin, K. M., & Mann, R. E. (2013). Attitudes supportive of sexual offending predict recidivism: a meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse, 14*(1), 34–53. doi:10.1177/1524838012462244
- Hempel, I. S., Buck, N. M. L., van Vugt, E. S., & van Marle, H. J. C. (2015). Interpreting child sexual abuse: Empathy and offense-supportive cognitions among child sex offenders. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders, 24*(4), 354–368. doi:http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1080/10538712.2015.1014614
- Hemphill, J. F., & Howell, a J. (2000). Adolescent offenders and stages of change. *Psychological Assessment, 12*(4), 371–81. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11147104
- Hendriks, J., & Bijleveld, C. C. J. H. (2004). Juvenile sexual delinquents: contrasting child abusers with peer abusers. *Criminal Behaviour and Mental Health : CBMH, 14*(4), 238–50. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15614327
- Hollin, C. R., & Palmer, E. J. (2006). *Offending behaviour programmes: Development, application, and controversies*. New York, N.Y.: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hollin, C. R., & Palmer, E. J. (2009). Cognitive skills programmes for offenders. *Psychology, Crime & Law, 15*(2-3), 147–164. doi:10.1080/10683160802190871
- Holtfreter, K., Reising, M. D., & Morash, M. (2004). POVERTY, STATE CAPITAL, AND RECIDIVISM AMONG WOMEN OFFENDERS*. *Criminology and Public Policy, 3*(2), 185–208. doi:10.1111/j.1745-9133.2004.tb00035.x
- Hoon, E. F., & Chambles, D. L. (1986). Sexual Arousability Inventory (SAI) and Sexual Aropusability Inventory-Expanded (SAI-E). In C. M. David & W. L. Yarber (Eds.), *Sexuality-related measures: A compendium*. Syracuse: Graphic Publishing Co.
- Howell, J. C. (2009). *Preventing and reducing juvenile delinquency*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hudson, S. M., Wales, D. S., Bakker, L., & Ward, T. (2002). Dynamic risk factors: the Kia Marama evaluation. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, 14*(2), 103–19; discussion 195–7. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11961886
- Hulme, P. A., & Middleton, M. R. (2013). Psychosocial and developmental characteristics of civilly committed sex offenders. *Issues in Mental Health Nursing, 34*(3), 141–149. doi:http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.3109/01612840.2012.732193
- Iturbe, N., Martínez-Catena, A., Nguyen Vo, T., Muro, A., & Civit, N. (2016). El Programa de Intervenció Motivacional (PIM). *Memoria d'Investigació. Centre d'Estudis Jurídics I Formació Especialitzada*.
- James, D. J., Glaze, L. E., & Statisticians, B. (2006). Bureau of Justice Statistics Special Report Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates.
- Johnson, G. M., & Knight, R. A. (2000). Developmental antecedents of sexual coercion in juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, 12*(3), 165–78. doi:10.1177/107906320001200301
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 9*(5), 441–476. doi:10.1016/j.avb.2003.03.001
- Katz, R. (1990). Psychosocial adjustment in adolescent child molesters. *Child Abuse & Neglect, 14*, 567–575.
- Kear-Colwell, J., & Pollock, P. (1997). Motivation or Confrontation: Which Approach to the Child Sex Offender? *Criminal Justice and Behavior, 24*(1), 20–33. doi:10.1177/0093854897024001002
- Keelan, C. M., & Fremouw, W. J. (2013). Child versus peer/adult offenders: A critical review of the juvenile sex offender literature. *Aggression and Violent Behavior, 18*(6), 732–744. doi:10.1016/j.avb.2013.07.026
- Kelly, C. a., Soler-Hampejsek, E., Mensch, B. S., & Hewett, P. C. (2013). Social desirability bias in sexual behavior reporting: Evidence from an interview mode experiment in rural Malawi. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 39*, 14–21.

doi:10.1363/3901413

- Kemper, T. S., & Kistner, J. A. (2010). An evaluation of classification criteria for juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22(2), 172–90. doi:10.1177/1079063210366270
- Knight, R. A., & Prentky, R. A. (1990). Classifying Sexual Offenders: The Development and Corroboration of Taxonomic Models. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender* (pp. 23–52). New York: Plenum Press.
- Knight, R. A., & Sims-Knight, J. E. (2014). Assessment of dynamic treatment targets for juveniles who sexually offend. In D. S. Bromberg & W. T. O'Donohue (Eds.), *Toolkit for working with juvenile sex offenders. Practical resources for the mental health professional* (pp. 29–68). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Koehler, J. A., Humphreys, D. K., Akoensi, T. D., Sánchez de Ribera, O., & Lösel, F. (2014). A systematic review and meta-analysis on the effects of European drug treatment programmes on reoffending. *Psychology, Crime & Law*, 20(6), 584–602. doi:10.1080/1068316X.2013.804921
- Kroner, D. G., & Weekes, J. R. (1996). Balanced inventory of desirable responding: Factor structure, reliability, and validity with an offender sample. *Personality and Individual Differences*, 21(3), 323–333. doi:10.1016/0191-8869(96)00079-7
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality and Quantity*, 47, 2025–2047. doi:10.1007/s11135-011-9640-9
- Labrador, F. J., Echeburúa, E., & Becona, E. (2000). *Guía para la elección de tratamiento psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Lalumière, M. L., Harris, G. T., Quinsey, V. L., & Rice, M. E. (2005). *The Causes of Rape: Understanding Individual Differences in Male Propensity for Sexual Aggression*. Washington DC: American Psychological Association Press.
- Langton, C. M., & Marshall, W. L. (2001). Cognition in rapists Theoretical patterns by typological breakdown. *Aggression and Violent Behavior*, 6(5), 499–518. doi:10.1016/S1359-1789(00)00029-X
- Latzman, N. E., Viljoen, J. L., Scalora, M. J., & Ullman, D. (2011). Sexual Offending in Adolescence: A Comparison of Sibling Offenders and Nonsibling Offenders across Domains of Risk and Treatment Need. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(3), 245–263. doi:10.1080/10538712.2011.571233
- Laub, J. H., Nagin, D. S., & Sampson, R. J. (1998). Trajectories of Change in Criminal Offending: Good Marriages and the Desistance Process. *American Sociological Review*, 63(2), 225. doi:10.2307/2657324
- Lawson, J. S., Marshall, W. L., & McGrath, P. (1979). The Social Self-Esteem Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 39(4), 803–811. doi:10.1177/001316447903900413
- LeBel, T. P., Burnett, R., Maruna, S., & Bushway, S. (2008). The 'Chicken and Egg' of Subjective and Social Factors in Desistance from Crime. *European Journal of Criminology*, 5(2), 131–159. doi:10.1177/1477370807087640
- Lee, J. K., Jackson, H. J., Pattison, P., & Ward, T. (2002). Developmental risk factors for sexual offending. *Child Abuse & Neglect*, 26(1), 73–92. doi:10.1016/S0145-2134(01)00304-0
- Lee, Z., & Sargeant, A. (2011). Dealing with social desirability bias: An application to charitable giving. *European Journal of Marketing*, 45(5), 703–719. doi:10.1108/03090561111119994
- Levenson, J. S., Willis, G. M., & Prescott, D. S. (2016). Adverse Childhood Experiences in the Lives of Male Sex Offenders: Implications for Trauma-Informed Care. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 28(4), 340–59. doi:10.1177/1079063214535819
- Lipsey, M. W., & Landerberger, N. A. (2006). Cognitive-behavioral interventions. In B. C. Welsh & D. P. Farrington (Eds.), *Preventing crime: What works for children, offenders, victims and places* (pp. 57–71). Dordrecht (Holanda): Springer.

- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: a synthesis of research. In *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and successful Interventions* (pp. 313–345). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Littell, J. H., & Girvin, H. (2002). Stages of Change: A Critique. *Behavior Modification*, 26(2), 223–273. doi:10.1177/0145445502026002006
- Loeber, R., & Farrington, D. P. (1998). *Serious and violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, CA: Sage.
- Loeber, R., Farrington, D. P., & Waschbusch, D. A. (1998). Serious and violent juvenile offenders. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders* (pp. 313–345). Thousand Oaks, CA, CA: Sage.
- Loinaz, I., Echeburúa, E., & Torrubia, R. (2010). Tipología de agresores contra la pareja en prisión [Typology of imprisoned offenders against women]. *Psicothema*, 22(1), 106–111.
- Lopez-Castroman, J., Melhem, N., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... Oquendo, M. A. (2013). Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(2), 149–54. doi:10.1002/wps.20039
- Lösel, F. (2001). Evaluating the effectiveness of correctional programs: bridging the gap between research and practice. In G. A. Bernfeld, D. P. Farrington, & A. W. Leschied (Eds.), *Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs* (pp. 67–96). Chichester, UK: Wiley.
- Lösel, F. (2002). ¿Sirve el tratamiento para reducir la reincidencia de los delincuentes sexuales? In *Delincuencia sexual y sociedad*. Barcelona: Spain: Ariel.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117–146.
- Ludvigsson, J. F., Andersson, E., Ekblom, A., Feychting, M., Kim, J.-L., Reuterwall, C., ... Winblad, B. (2011). External review and validation of the Swedish national inpatient register. *BMC Public Health*, 11(1), 450. doi:10.1186/1471-2458-11-450
- Lussier, P. (2005). The Criminal Activity of Sexual Offenders in Adulthood : Revisiting the Specialization Debate. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(3), 269–292. doi:10.1007/s11194-005-5057-0
- Mancini, C., Reckdenwald, A., & Beauregard, E. (2012). Pornographic Exposure Over The Life Course and the Severity of Sexual Offenses: Imitation and Cathartic Effects. *Journal of Criminal Justice*, 40(1), 21–30.
- Maniglio, R. (2010). The role of deviant sexual fantasy in the etiopathogenesis of sexual homicide: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(4), 294–302. doi:10.1016/j.avb.2010.02.001
- Maniglio, R. (2012). The Role of Parent-Child Bonding, Attachment, and Interpersonal Problems in the Development of Deviant Sexual Fantasies in Sexual Offenders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 13(2), 83–96. doi:10.1177/1524838012440337
- Mann, R. E., & Barnett, G. D. (2013). Victim Empathy Intervention With Sexual Offenders: Rehabilitation, Punishment, or Correctional Quackery? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25(3), 282–301. doi:10.1177/1079063212455669
- Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing Risk for Sexual Recidivism: Some Proposals on the Nature of Psychologically Meaningful Risk Factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22(2), 191–217. doi:10.1177/1079063210366039
- Marshall, L. E., & Moulden, H. M. (2006). Preparatory programs for sexual offenders. In W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, L. E. Marshall, & G. A. Serran (Eds.), *Sexual offender treatment: Controversial issues* (pp. 199–210). New York, N.Y.: John Wiley & Sons.
- Marshall, W. L. (2007). Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 16–35. doi:10.1016/j.avb.2006.03.001
- Marshall, W. L., Anderson, D., & Champagne, F. (1997). Self-esteem and its relationship to

- sexual offending. *Psychology, Crime & Law*, 3(3), 161–186.
- Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1988). The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 26(6), 499–511. doi:10.1016/0005-7967(88)90146-5
- Marshall, W. L., & Fernandez, Y. M. (1997). Enfoques cognitivo-conductuales para las parafilias: el tratamiento de la delincuencia sexual. In V. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. I)* (pp. 299–331). Madrid, Spain: Siglo XXI.
- Marshall, W. L., Hamilton, K., & Fernandez, Y. (2001). Empathy deficits and cognitive distortions in child molesters. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 13(2), 123–30. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11294123>
- Marshall, W. L., Laws, D. R., & Barbaree, H. E. (2013). *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender* (Vol. 2013). New York: Springer Science. Retrieved from <https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=lkf2BwAAQBAJ&pgis=1>
- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2014a). Psychological treatment of sex offenders: recent innovations. *Sexual Deviation: Assessment and Treatment*, 37(2), 163–171. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193953X14000215>
- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2014b). Psychological Treatment of Sex Offenders: Recent Innovations. *The Psychiatric Clinics of North America*, 37(2), 163–171. doi:10.1016/j.psc.2014.03.006
- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2014c). The paraphilias. In S. G. Hofmann, D. J. A. Dozois, W. Rief, & J. A. J. Smits (Eds.), *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy (Vols. 1-3)*. (pp. 673–701). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., & Kingston, D. A. (2011). Are the cognitive distortions of child molesters in need of treatment? *Journal of Sexual Aggression*, 17(2), 118–129. doi:10.1080/13552600.2011.580572
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., & Fernandez, Y. M. (2006). *Treating Sexual Offenders. An Integrated Approach*. New York: Routledge.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., & O'Brien, M. D. (2009). Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: their integration and treatment implications. *Psychology, Crime & Law*, 15(2-3), 217–234. doi:10.1080/10683160802190947
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., & O'Brien, M. D. (2011). *Rehabilitating sexual offenders: A strength-based approach. Psychology, crime, and justice*. Washington DC: American Psychological Association Press.
- Marshall, W. L., & Pithers, W. D. (1994). A Reconsideration of Treatment Outcome with Sex Offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 21(1), 10–27. doi:10.1177/0093854894021001003
- Martínez-Catena, A., Civit, N., Iturbe, N., Muro, A., & Nguyen, T. (2015). *La motivació al canvi dels agressors de parella que realitzen un programa formatiu: Disseny d'un Pla d'Intervenció Motivacional*. Barcelona.
- Martínez-Catena, A., & Redondo, S. (2016). Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 19–29.
- Martínez-Catena, A., Redondo, S., Frerich, N., & Beech, A. R. (2016). A Dynamic Risk Factors-based Typology of Sex Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1–25.
- Maruna, S., & Mann, R. E. (2006). A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions. *Legal and Criminological Psychology*, 11, 155–177. doi:10.1348/135532506X114608
- Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 131(10), 1121–1123. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4416585>

- Mayhew, P., Elliot, D., & Dowds, L. (1989). The British Crime Survey. In *Home Office, No 11*. London: HMSO.
- McCabe, K. M., Lansing, A. E., Garland, A., & Hough, R. (2002). Gender Differences in Psychopathology, Functional Impairment, and Familial Risk Factors Among Adjudicated Delinquents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(7), 860–867. doi:10.1097/00004583-200207000-00020
- McConaughy, E. A., Diclemente, C. C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A Follow-up report. *Psychotherapy Theory Research & Practice, 26*(4), 494–503.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20*(3), 368–375. doi:10.1037/h0090198
- McCuish, E. C., Lussier, P., & Corrado, R. R. (2015). Examining antisocial behavioral antecedents of juvenile sexual offenders and juvenile non-sexual offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment, 27*(4), 414–438. doi:http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1177/1079063213517268
- McGloin, J. M., Sullivan, C. J., Piquero, A. R., Blokland, A., & Nieuwebeerta, P. (2011). Marriage and offending specialization: Expanding the impact of turning points and the process of desistance. *European Journal of Criminology, 8*(5), 361–376. doi:10.1177/1477370811414103
- Mcgrath, R. J., Cumming, G. F., Burchard, B. L., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2009). *Current Practices and Emerging Trends in Sexual Abuser Management. The Safer Society 2009 North American Survey*. Brandon, VT, VT: Safer Society Press.
- Mcmurran, M., Theodosi, E., & Sellen, J. (2006). Measuring engagement in therapy and motivation to change in adult prisoners : a brief report. *Criminal Behaviour and Mental Health : CBMH, 129*(16), 124–129. doi:10.1002/cbm
- Medjuck, J., Cirlugea, O., & Bennett, N. (2014). Developing healthy sexuality. In D. S. Bromberg & W. T. O'Donohue (Eds.), *Toolkit for working with juvenile sex offenders. Practical resources for the mental health professional*. (pp. 271–290). San Diego, CA: Elsevier Academic Press. doi:http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1016/B978-0-12-405948-1.00011-6
- Merdian, H. L., Curtis, C., Thakker, J., Wilson, N., & Boer, D. P. (2014). The endorsement of cognitive distortions: Comparing child pornography offenders and contact sex offenders. *Psychology, Crime & Law, 20*(10), 971–993. doi:http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1080/1068316X.2014.902454
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin, 98*(1), 84–107.
- Mills, J. F., & Kroner, D. G. (2005). An Investigation Into the Relationship Between Socially Desirable Responding and Offender Self-Report. *Psychological Services, 2*(1), 70–80.
- Miner, M. H. (2002). Factors Associated with Recidivism in Juveniles: An Analysis of Serious Juvenile Sex Offenders. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 39*(4), 421–436. doi:10.1177/002242702237287
- Ministerio del Interior. (2006). *El control de la agresión sexual: Programa de Intervención en el medio penitenciario. Un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión (Manual del terapeuta) [Control of sexual offence: A treatment program for sex offenders in prison (Ther. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.*
- Ministerio del Interior. (2016). *Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2015*. Madrid. Retrieved from <http://www.interior.gob.es/file/63/63661/63661.pdf>
- Moore, E., Gaskin, C., & Indig, D. (2013). Childhood maltreatment and post-traumatic stress disorder among incarcerated young offenders. *Child Abuse & Neglect, 37*(10), 861–870. doi:10.1016/j.chiabu.2013.07.012
- Moriarty, N., Stough, C., Tidmarsh, P., Eger, D., & Deniison, S. (2001). Deficits in emotional intelligence underlying adolescent sex offending. *Journal of Adolescence, 24*(6), 743–751.

- doi:10.1006/jado.2001.0441
- Mullan, B., & Westwood, J. (2010). The application of the theory of reasoned action to school nurses' behaviour. *Journal of Research in Nursing, 15*(3), 261–271. Retrieved from [More Information]
- Murphy, W. D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault* (pp. 331–342). New York, N.Y.: Plenum Press.
- Murray, J. B. (2000). Psychological Profile of Pedophiles and Child Molesters. *The Journal of Psychology, 134*(2), 211–224. doi:10.1080/00223980009600863
- Myung-Soo, J. (2000). Controlling social-desirability bias via method factors of direct and ... *Psychology and Marketing, 17*(2), 137–148.
- Natan, M. Ben, Beyil, V., & Neta, O. (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action. *International Journal of Nursing Practice, 15*(6), 566–573. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01799.x
- Nederhof, A. J. (1984). Visibility of response as mediating factor in equity research. *Journal of Social Psychology, 122*(211-215).
- Nichols, K. (2009). The criminalization of adolescent sexual behaviour. *PsycCRITIQUES, 54*(44).
- Niveau, G. (2010). Cyber-pedocriminality: characteristics of a sample of internet child pornography offenders. *Child Abuse & Neglect, 34*(8), 570–5. doi:10.1016/j.chiabu.2010.01.011
- Nochajski, T. H., & Stasiewicz, P. R. (2005). Assessing Stages of Change in DUI Offenders. *Journal of Addictions Nursing, 16*(1), 57–67. doi:10.1080/10884600590919127
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 143–54. doi:10.1002/jclp.20758
- Ó Ciardha, C. (2011). A theoretical framework for understanding deviant sexual interest and cognitive distortions as overlapping constructs contributing to sexual offending against children. *Aggression and Violent Behavior, 16*(6), 493–502. doi:10.1016/j.avb.2011.05.001
- Olver, M. E., & Wong, S. C. P. (2013). Treatment programs for high risk sexual offenders: Program and offender characteristics, attrition, treatment change and recidivism. *Aggression and Violent Behavior, 18*(5), 579–591. doi:10.1016/j.avb.2013.06.002
- Orbell, S., Lidiert, P., Henderson, C. J., Geeraert, N., Uller, C., Uskul, A. K., & Kyriakaki, M. (2009). Social – Cognitive Beliefs , Alcohol , and Tobacco Use : A Prospective Community Study of Change Following a Ban on Smoking in Public Places, *28*(6), 753–761. doi:10.1037/a0016943
- Parks, G. A., & Bard, D. E. (2006). Risk factors for adolescent sex offender recidivism: evaluation of predictive factors and comparison of three groups based upon victim type. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, 18*(4), 319–42. doi:10.1007/s11194-006-9028-x
- Pattavina, A., & Taxman, F. S. (2013). Planning for the Future of the US Correctional System. In A. Pattavina & F. S. Taxman (Eds.), *Simulation strategies to reduce recidivism. Risk Need Responsivity (RNR) modeling for the criminal justice system* (pp. 3–20). New York: Springer.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*(6), 768–74. doi:10.1002/1097-4679(199511)51:6<768
- Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*(3), 598–609. doi:10.1037//0022-3514.46.3.598
- Paulhus, D. L. (1991). Measurement and Control of Response Bias. In J. P. Robinson, J. P. Shaver, & J. P. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes: Volume 1* (pp. 17–59). San Diego: Academic Press.

- Paulhus, D. L., & Lim, D. T. K. (1994). Arousal and evaluative extremity in social judgments: A dynamic complexity model. *European Journal of Social Psychology, 24*(1), 89–99. doi:10.1002/ejsp.2420240107
- Paulhus, D. L., Trapnell, P. D., & Chen, D. (1999). Birth Order Effects on Personality and Achievement Within Families. *Psychological Science, 10*(6), 482–488. doi:10.1111/1467-9280.00193
- Pauls, C. A., & Stemmler, G. (2003). Substance and Bias in Socially Desirable Responding. *Personality and Individual Differences, 35*, 263–275. doi:10.1016/S0191-8869(02)00187-3
- Payne, D. L., Lonsway, K. A., & Fitzgerald, L. F. (1999). Measurement Using the Illinois Rape Myth Acceptance Scale. *Journal of Research in Personality, 33*, 27–68. doi:10.1006/jrpe.1998.2238
- Peersen, M., Sigurdsson, J. F., Gudjonsson, G. H., & Gretarsson, S. J. (2010). PREDICTING RE-OFFENDING: A 5-YEAR PROSPECTIVE STUDY OF ICELANDIC PRISON INMATES. *Psychology, Crime and Law*. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10683160310001614789?journalCode=gpcl20>
- Pelissier, B. (2007). Treatment Retention in a Prison-based Residential Sex Offender Treatment Program. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 19*(4), 333–346. doi:10.1177/107906320701900401
- Percy, A., & Mayhew, P. (1997). Estimating sexual victimization in a national crime survey: a new approach. *Studies on Crime and Crime Prevention, 6*(2), 125–150.
- Pereda, N., & Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect, 31*(4), 417–426. doi:10.1016/j.chiabu.2006.08.010
- Pereda, N., & Gallardo-Pujol, D. (2014). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria, 25*(3), 233–239. doi:10.1016/j.gaceta.2010.12.004
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., & Guilera, G. (2016). Good Practices in the Assessment of Victimization: The Spanish Adaptation of the Juvenile Victimization Questionnaire. *Psychology of Violence*. doi:10.1037/vio0000075
- Pérez-Ramírez, M. (2015). Delincuencia sexual y violencia contra la pareja. In A. Giménez-Salinas & J. González (Eds.), *Investigación criminal. Principios, técnicas y aplicaciones* (pp. 55–70). Madrid, Spain: LID editorial.
- Piquero, A. R. (2000). Frequency, Specialization, and Violence in Offending Careers. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 37*(4), 392–418. doi:10.1177/0022427800037004003
- Piquero, A. R., Farrington, D. P., Jennings, W. G., Diamond, B., & Craig, J. (2012). Sex offenders and sex offending in the Cambridge study in delinquent development: prevalence, frequency, specialization, recidivism, and (dis)continuity over the life-course. *Journal of Crime and Justice, 1*–15.
- Plotnikoff, R. C., Lippke, S., Trinh, L., Courneya, K. S., Birkett, N., & Sigal, R. J. (2010). Protection motivation theory and the prediction of physical activity among adults with type 1 or type 2 diabetes in a large population sample. *British Journal of Health Psychology, 15*(Pt 3), 643–61. doi:10.1348/135910709X478826
- Polaschek, D. L. L., Anstiss, B., & Wilson, M. (2010). The assessment of offending-related stage of change in offenders: psychometric validation of the URICA with male prisoners. *Psychology, Crime & Law, 16*(4), 305–325. doi:10.1080/10683160802698766
- Polizzi, D. M., MacKenzie, D. L., & Hickman, L. J. (1999). What Works in Adult Sex Offender Treatment? A Review of Prison-and Non-Prison-Based Treatment Programs. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 43*(3), 357–374. doi:10.1177/0306624X99433008
- Porter, S., Newman, E., Tansey, L., & Quayle, E. (2015). Sex offending and social anxiety: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, Sept-Oct*, 42–60.

- doi:<http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1016/j.avb.2015.04.005>
- Prentky, R. A., Knight, R. A., & Lee, A. F. (1997). Risk factors associated with recidivism among extrafamilial child molesters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(1), 141–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9103743>
- Prentky, R. A., Righthand, S., & Lamade, R. (2016). Sexual offending: Assessment and Intervention. In K. Heilbrun (Ed.), *APA Handbook of Psychology and Juvenile Justice* (pp. 641–674). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Prentky, R. A., & Schwartz, B. (2006). *Treatment of adult sex offenders*. Harrisburg, PA. Retrieved from <http://www.vawnet.org>
- Pritchard, C., & Bagley, C. (2000). Multi-criminal and violent groups among child sex offenders: a heuristic typology in a 2-year cohort of 374 men in two English counties. *Child Abuse & Neglect, 24*(4), 579–86. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10798846>
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 38*(4), 443–448.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. In *Handbook of Psychotherapy integration* (pp. 147–171). New York, N.Y.: University Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist, 47*(9), 1102–14. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1329589>
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., & Fava, J. (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(4), 520–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3198809>
- Pullman, L. E., Leroux, E. J., Motayne, G., & Seto, M. C. (2014). Examining the developmental trajectories of adolescent sexual offenders. *Child Abuse & Neglect, 38*(7), 1249–1258. doi:10.1016/j.chiabu.2014.03.003
- Pullman, L. E., & Seto, M. C. (2012). Assessment and treatment of adolescent sexual offenders: Implications of recent research on generalist versus specialist explanations. *Child Abuse & Neglect, 36*(3), 203–209. doi:10.1016/j.chiabu.2011.11.003
- Randall, D. M., & Fernandes, M. . F. (1992). Social Desirability Bias in Business Ethics Research. *Business Ethics Quarterly, 2*(2), 183–205.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-Item Schedule for Assessing Assertive Behavior 1. *Behaviour Therapy, 4*, 398–406.
- Redondo, S. (2002). *Delincuencia sexual y Sociedad*. Madrid: Ariel.
- Redondo, S. (2006). ¿Sirve el tratamiento para rehabilitar a los delincuentes? *Revista Española de Investigación Criminológica, 4*, 1–22.
- Redondo, S. (2008). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Pirámide.
- Redondo, S. (2015). *El origen de los delitos*. Barcelona: Pirámide.
- Redondo, S., & Garrido, V. (2008). Efficacy of a psychological treatment for sex offenders. *Psicothema, 20*(1), 4–9.
- Redondo, S., & Garrido, V. (2013). *Principios de criminología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Redondo, S., & Martínez, M. (2012). *Delincuencia sexual y violenta*. Barcelona: UOC, Universitat Oberta de Catalunya.
- Redondo, S., Martínez, M., & Pérez-Ramírez, M. (2005). *Escala de Evaluación Psicológica de Agresores Sexuales*. Barcelona: Spain.
- Redondo, S., Martínez, M., Ramírez-Pérez, M., & Martínez-Catena, A. (2016). Escala de Evaluación Psicológica para Agresores Sexuales. *Working Paper*.
- Redondo, S., & Martínez-Catena, A. (2011). Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales. *Revista Española de Investigación Criminológica, 8*(9), 1–25.
- Redondo, S., & Martínez-Catena, A. (2015). Delincuencia más frecuente en España. In A. Giménez-Salinas & J. L. González (Eds.), *Investigación criminal. Principios, técnicas y*

- aplicaciones principios, técnicas y aplicaciones* (pp. 33–52). Madrid, Spain: LID editorial.
- Redondo, S., Martínez-Catena, A., & Andrés-Pueyo, A. (2011). *Factores de éxito asociados a los programas de intervención con menores infractores*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Retrieved from www.mspsi.gob.es
- Redondo, S., Martínez-Catena, A., Gil, M., Mangot, A., & González, S. (n.d.). Reincidencia sexual tras 17 años de seguimiento.
- Redondo, S., Martínez-Catena, A., & Luque, E. (2014). Eficacia terapéutica del programa de control de la agresión sexual (PCAS) aplicado en los centros penitenciarios españoles. *VIII Jornadas de ATIP Almagro*, 63–80.
- Redondo, S., Navarro, J. C., Martínez, M., Luque, E., & Andrés-Pueyo, A. (2005). Evaluación del tratamiento psicológico de los agresores sexuales en la prisión de Brians. *Boletín Criminológico*, 79.
- Redondo, S., Pérez-Ramírez, M., Martínez, M., Benedicto, C., Roncero, D., & León, M. (2012). *Programa de tratamiento educativo y terapéutico para agresores sexuales juveniles. Agencia de la Comunidad de Madrid para la reeducación y reinserción del menor infractor*. Madrid, Spain. Retrieved from http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142702319362&idConsejeria=1109266187224&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109167959659&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266101003
- Reitzel, L. R., & Carbonell, J. L. (2006). The effectiveness of sexual offender treatment for juveniles as measured by recidivism: a meta-analysis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(4), 401–421. doi:10.1177/107906320601800407
- Rich, P. (2009). *Juveniles Who Commit Sexual Offenses: A Comprehensive Guide to Risk Evaluation*. Hoboken (N.J.): John Wiley & Sons.
- Robertello, G., & Terry, K. J. (2007). Can we profile sex offenders? A review of sex offender typologies. *Aggression and Violent Behavior*, 12(5), 508–518. doi:10.1016/j.avb.2007.02.010
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91:1, 91(1), 93.
- Rosen, C. S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 19(6), 593–604. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11129363>
- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4).
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. doi:10.1207/s15327752jpa6601
- Russell, D. W., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480.
- Ryan, E. P. (2016). Juvenile Sex Offenders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(1), 81–97. doi:10.1016/j.chc.2015.08.010
- Sánchez, N., Siria, S., Sandra, H., & Mendaza, S. (2011). Agresores sexuales juveniles: ¿existe un tratamiento eficaz? Una revisión. *Boletín Criminológico*, 126, 1–4.
- Sanzone, L. a, Lee, J. Y., Divaris, K., DeWalt, D. a, Baker, a D., & Vann, W. F. (2013). A cross sectional study examining social desirability bias in caregiver reporting of children's oral health behaviors. *BMC Oral Health*, 13(1), 24. doi:10.1186/1472-6831-13-24
- Saunders, D. G. (1991). Procedures for Adjusting Self-Reports of Violence for Social Desirability Bias. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(3), 336–344. doi:10.1177/088626091006003006
- Schmucker, M., & Lösel, F. (2008). Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema*, 20(1), 10–9. Retrieved from

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18206060>
- Schmucker, M., & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11(4), 597–630. doi:10.1007/s11292-015-9241-z
- Schunk, D. H., & Pajares, F. (2004). Self-efficacy in education revisited: Empirical and applied evidence. In M. McInerney & S. Etten Van (Eds.), *Big theories revisited* (pp. 115–138). Greenwich, CT: Information Age.
- Scott, K. L., & Wolfe, D. a. (2003). Readiness to change as a predictor of outcome in batterer treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 879–89. doi:10.1037/0022-006X.71.5.879
- Semiatin, J. N., Murphy, C. M., & Elliott, J. D. (2013). Observed behavior during group treatment for partner-violent men: Acceptance of responsibility and promotion of change. *Psychology of Violence*, 3(2), 126–139. doi:10.1037/a0029846
- Serin, R. C., & Lloyd, C. D. (2009). Examining the process of offender change : the transition to crime desistance, (December 2011), 37–41. doi:10.1080/10683160802261078
- Seto, M. C. (2008). *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention*. Washington DC: American Psychological Association Press.
- Seto, M. C., & Eke, A. W. (2015). Predicting recidivism among adult male child pornography offenders: Development of the Child Pornography Offender Risk Tool (CPORT). *Law and Human Behaviour*, 39(4), 416–429. doi:10.1037/lhb0000128.
- Seto, M. C., & Fernandez, Y. M. (2011). Dynamic risk groups among adult male sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23(4), 494–507. doi:10.1177/1079063211403162
- Seto, M. C., & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526–75. doi:10.1037/a0019700
- Sewall, L. A., Krupp, D. B., & Lalumière, M. L. (2013). A test of two typologies of sexual homicide. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25(1), 82–100. doi:10.1177/1079063212452617
- Siegel, J. M. (1986). The Multidimensional Anger Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(1), 191–200. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3735067>
- Sigre-leirós, V., Carvalho, J., Nobre, P., Carvalho, J., Nobre, P., & Sigre-leiro, V. (2016). Preliminary Findings on Men ' s Sexual Self-Schema and Sexual Offending : Differences Between Subtypes of Offenders Preliminary Findings on Men ' s Sexual Self-Schema and Sexual Offending : Differences Between Subtypes of Offenders, 4499(January). doi:10.1080/00224499.2015.1012289
- Sigre-Leirós, V., Carvalho, J., & Nobre, P. J. (2016). Early parenting styles and sexual offending behavior: A comparative study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 46, 103–109. doi:10.1016/j.ijlp.2016.02.042
- Sigurdsson, J. F., Gudjonsson, G. H., Asgeirsdottir, B. B., & Sigfusdottir, I. D. (2010). Sexually abusive youth: what are the background factors that distinguish them from other youth? *Psychology, Crime & Law*, 16(4), 289–303. doi:10.1080/10683160802665757
- Soler, C. (2016). *Comunicación personal*. Barcelona: Spain.
- Steadman, H. J., Osher, F. C., Robbins, P. C., Case, B., & Samuels, S. (2009). Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates. *Psychiatric Services*, 60(6), 761–765. doi:10.1176/ps.2009.60.6.761
- Subirana-Malaret, M., & Andrés-Pueyo, A. (2013). Retención proactiva y adherencia terapéutica en programas formativos para hombres maltratadores de la pareja. *Psychosocial Intervention*, 22(2), 95–104.
- Tan, L., & Grace, R. C. (2008). Social desirability and sexual offenders: a review. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 20(1), 61–87. doi:10.1177/1079063208314820

- Terry, K., & Mitchell, E. (2001). Motivation and Sex Offender Treatment Efficacy: Leading a Horse to Water and Making it Drink? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(6), 663–672. doi:10.1177/0306624X01456005
- Tierney, D. W., & McCabe, M. P. (2002). Motivation for behavior change among sex offenders. A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 113–29. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11793576>
- Tierney, D. W., & McCabe, M. P. (2004). The assessment of motivation for behaviour change among sex offenders against children: An investigation of the utility of the Stages of Change Questionnaire. *Journal of Sexual Aggression*, 10(2), 237–249. doi:10.1080/13552600412331289041
- Tjaden, P., Thoennes, N., Rhodes, K. V., Houry, D., Cerulli, C., Straus, H., ... Welchans, S. (2000). Full Report of the Prevalence , Incidence. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(NCJ 183781), 260–268. doi:10.1177/0886260512436391
- Tong, L. S., & Farrington, D. P. (2006). How effective is the “Reasoning and Rehabilitation” programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries. *Psychology, Crime & Law*, 12(1), 3–24.
- Valencia, O., Andreu, J., Minguez, P., & Labrador, M. A. (2008). Nivel de reincidencia en agresores sexuales bajo tratamiento en programas de control de la agresión sexual. *Psicopatología Clínica Legal Y Forense*, 8, 7–18. Retrieved from <http://masterforense.com/pdf/2008/2008art1.pdf>
- van den Berg, C., Bijleveld, C., Hendriks, J., & Mooi-Reci, I. (2014). The juvenile sex offender: The effect of employment on offending. *Journal of Criminal Justice*, 42(2), 145–152. doi:10.1016/j.jcrimjus.2013.09.001
- van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M., & van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 468–481. doi:10.1016/j.cpr.2014.06.006
- van Dijk, J. J., van Kesteren, J., & Smit, P. (2007). Criminal victimisation in international perspective: Key findings from the 2004-2005 ICVS and EU ICS. *The Hague: United Nations Office on*, 293. doi:10.15496/publikation-6621
- Van Wijk, A. (1999). *An exploratory study into juveniles sex offender*. Amsterdam.
- van Wijk, A., Horn, J., Bullens, R., Bijleveld, C., & Doreleijers, T. (2005). Juvenile sex offenders: a group on its own? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(1), 25–36. doi:10.1177/0306624X04270788
- Van Wijk, A., Loeber, R., Vermeiren, R., Pardini, D., Bullens, R., & Doreleijers, T. (2005). Violent Juvenile Sex Offenders Compared with Violent Juvenile Nonsex Offenders: Explorative Findings From the Pittsburgh Youth Study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(3), 333–352. doi:10.1177/107906320501700306
- Van Wijk, A., Vermeiren, R., Loeber, R., Hart-Kerkhoffs, L., Doreleijers, T., & Bullens, R. (2006). Juveniles sex offenders compared to non-sex offenders: A review of the literature 1995-2005. *Trauma, Violence and Abuse*, 7(4), 227–243.
- Varker, T., Devilly, G. J., Ward, T., & Beech, A. R. (2008). Empathy and adolescent sexual offenders: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13(4), 251–260. doi:10.1016/j.avb.2008.03.006
- Vázquez, C. (2003). Predicción y prevención de la delincuencia juvenil según las teorías del desarrollo social. *Revista de Derecho (Valdivia)*, 14, 135–158. Retrieved from <https://es.scribd.com/doc/85443486/PREDICCION-Y-PREVENCION-DE-LA-DELINCUENCIA-JUVENIL-SEGUN-LAS-TEORIAS-DEL-DESARROLLO-SOCIAL-SOCIAL-DEVELOPMENT-THEORIES>
- Veneziano, C., & Veneziano, L. (2002). Adolescent Sex Offenders: A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3(4), 247–260. doi:10.1177/1524838002237329
- Vess, J., & Skelton, A. (2010). Sexual and violent recidivism by offender type and actuarial risk: reoffending rates for rapists, child molesters and mixed-victim offenders. *Psychology*,

- Crime & Law*, 16(7), 541–554. doi:10.1080/10683160802612908
- Vizard, E. (2007). Adolescent sexual offenders. *Psychiatry*, 6(10), 433–437. doi:10.1016/j.mppsy.2007.08.001
- Vozmediano, L., & San Juan, C. (2011). *Criminología Ambiental: Ecología del delito y de la seguridad*. Retrieved from https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=II_EuBKhFLkC&pgis=1
- Walker, D. F., McGovern, S. K., Poey, E. L., & Otis, K. E. (2004). Treatment Effectiveness for Male Adolescent Sexual Offenders: A Meta-Analysis and Review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3-4), 281–293. doi:10.1300/J070v13n03_14
- Ward, J. K. J. (1963). Hierarchical Grouping to Optimize an Objective Function. *Journal of the American Statistical Association*, 58(301), 236–244. doi:10.1080/01621459.1963.10500845
- Ward, T. (2000). Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and Violent Behavior*, 5(5), 491–507. doi:10.1016/S1359-1789(98)00036-6
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 7(5), 513–528. doi:10.1016/S1359-1789(01)00076-3
- Ward, T. (2010). The good lives model of offender rehabilitation: Basic assumptions, etiological commitments, and practice implications. In F. McNeil, P. Raynor, & C. Trotter (Eds.), *Offender supervision: New directions in theory, research and practice* (pp. 41–64). New York, N.Y.: Willan Publishing.
- Ward, T., Hudson, S. M., Johnston, L., & Marshall, W. L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders: an integrative review. *Clinical Psychology Review*, 17(5), 479–507. doi:10.1016/S0272-7358(97)81034-3
- Ward, T., Hudson, S. M., & Keeman, T. R. (2001). The assessment and treatment of sexual offenders against children. In C. R. Hollin (Ed.), *Offender assessment and treatment* (pp. 349–361). Chichester, UK: Wiley & Sons.
- Ward, T., Keenan, T., & Hudson, S. M. (2000). Understanding cognitive, affective, and intimacy deficits in sexual offenders: A developmental perspective. *Aggression and Violent Behavior*, 5(1), 41–62. doi:10.1016/S1359-1789(98)00025-1
- Ward, T., Polaschek, D. L., & Beech, A. R. (2006). *Theories of Sexual Offending*. England: John Wiley & Sons.
- Ward, T., Vess, J., Collie, R. M., & Gannon, T. A. (2006). Risk management or goods promotion: The relationship between approach and avoidance goals in treatment for sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11(4), 378–393. doi:10.1016/j.avb.2006.01.001
- Webster, S. D., & Beech, A. R. (2000). The Nature of Sexual Offenders' Affective Empathy: A Grounded Theory Analysis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12(4), 249–261. doi:10.1023/A:1009586410007
- Wells-Parker, E., Kenne, D. R., Spratke, K. L., & Williams, M. T. (2000). Self-efficacy and motivation for controlling drinking and drinking/driving: an investigation of changes across a driving under the influence (DUI) intervention program and of recidivism prediction. *Addictive Behaviors*, 25(2), 229–38. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10795947>
- Whitaker, D. J., Le, B., Hanson, R. K., Baker, C. K., McMahon, P. M., Ryan, G., ... Rice, D. D. (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: a review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, 32(5), 529–48. doi:10.1016/j.chiabu.2007.08.005
- Whittaker, K., Brown, J., Beckett, R., & Gerhold, C. (2006). Sexual knowledge and empathy: A comparison of adolescent child molesters and non-offending adolescents. *Journal of Sexual Aggression*, 12(2), 143–154. doi:10.1080/13552600600823621
- Widom, C. S. (2001). Child Abuse and Neglect. In S. O. White (Ed.), *Handbook of Youth and Justice* (pp. 31–47). Boston, MA: Springer US. doi:10.1007/978-1-4615-1289-9_3
- Williamson, P., Day, A., Howells, K., Bubner, S., & Jauncey, S. (2003). Assessing Offender Readiness To Change Problems With Anger. *Psychology, Crime & Law*, 9(4), 295–307.

- doi:10.1080/1068316031000073371
- Woessner, G. (2010). Classifying sexual offenders: an empirical model for generating type-specific approaches to intervention. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(3), 327–45. doi:10.1177/0306624X08331213
- Wong, J. S., & Gravel, J. (2016). Do Sex Offenders Have Higher Levels of Testosterone? Results From a Meta-Analysis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. doi:10.1177/1079063216637857
- Wood, R. M., Grossman, L. S., & Fichtner, C. G. (2000). Psychological assessment, treatment, and outcome with sex offenders. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(1), 23–41. doi:10.1002/(SICI)1099-0798(200001/02)18:1<23::AID-BSL375>3.0.CO;2-D
- Woodworth, M., Freimuth, T., Hutton, E. L., Carpenter, T., Agar, A. D., & Logan, M. (2013). High-risk sexual offenders: an examination of sexual fantasy, sexual paraphilia, psychopathy, and offence characteristics. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(2), 144–56. doi:10.1016/j.ijlp.2013.01.007
- Worling, J. R., & Curwen, T. (2000). ADOLESCENT SEXUAL OFFENDER RECIDIVISM: SUCCESS OF SPECIALIZED TREATMENT AND IMPLICATIONS FOR RISK PREDICTION. *Child Abuse and Neglect*, 24(7), 965–982.
- Worling, J. R., & Langström, N. (2006). Risk of sexual recidivism in adolescent who offend sexually: Correlates and Assessment. In H. E. Barbaree & W. L. Marshall (Eds.), *The Juvenile Sex Offender* (pp. 219–247). New York, N.Y.: Guilford Press.
- Wößner, G. (2016). Women and Children as Victims of Sex Offenses: Crime Prevention by Treating the Offenders? In *Women and Children as Victims and Offenders: Background, Prevention, Reintegration* (pp. 525–556). Cham: Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-28424-8_20
- Yates, P. M. (2009). Is sexual offender denial related to sex offence risk and recidivism? A review and treatment implications. *Psychology, Crime & Law*, 15(2-3), 183–199. doi:10.1080/10683160802190905
- Zerbe, W., & Paulhus, D. L. (1987). Socially Desirable Responding in Organizational Behaviour: A Reconception. *Academy of Management Journal*, 12(2), 250–264.
- Zurbriggen, E., Gobin, R., & Freyd, J. (2010). Childhood emotional abuse predicts late adolescent sexual aggression perpetration and victimization. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 19, 204–223.
- Zvecic, U., & Alvazzi del Frate, A. (1998). Experiences of victimisation. *Victims of Crime in the Developing World*, No. 57, 29–59.