



FIADYS

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN APLICADA
EN DELINCUENCIA Y SEGURIDAD

TIPOLOGÍAS DE MAYOR RIESGO DE AGRESORES SEXUALES:

Protección de las mujeres contra las formas más graves de violencia sexual

Carla Martínez Ventura, Meritxell Pérez Ramírez y Andrea Giménez-Salinas Framis

Financiado por:



En colaboración con



2024

Editado por Fiadys en Madrid.

Serie: Informes Fiadys.

#12

ISSN: 3020-2639.

ISBN: 978-84-09-63935-9

FIADYS

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

EQUIPO FIADYS

Carla Martínez Ventura
Meritxell Pérez Ramírez
Andrea Giménez-Salinas Framis
Gadea Velasco Fernández

EQUIPO DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Sandra Chiclana de la Fuente
Florencia Pozuelo Rubio

EQUIPO DE SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD

Juan José López Ossorio

EQUIPO DE TRABAJO

- Equipo técnico del Centro Penitenciario de Madrid IV.
- Equipo técnico del Centro Penitenciario de Ocaña I.
- Equipo técnico del Centro Penitenciario de Ocaña II.
- Equipo técnico del Centro Penitenciario de Albolote.
- Equipo técnico del Centro Penitenciario de Logroño.
- Equipo técnico del Centro Penitenciario de Picassent.
- Equipo técnico del Centro Penitenciario de Teixeiro.

FINANCIACIÓN

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, con una subvención pública, en régimen de concurrencia competitiva en el año 2023, destinada a programas y proyectos de concienciación prevención e investigación de las distintas formas de violencia contra las mujeres.

AGRADECIMIENTOS

Las responsables de este estudio quieren agradecer a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, del Ministerio del Interior, y a sus profesionales, por su imprescindible ayuda a la hora de poder plantear este estudio, diseñar la investigación y acceder a los centros penitenciarios para recoger los datos de las muestras. Sin su colaboración, este estudio no se hubiese podido realizar.

RESUMEN EJECUTIVO	5
1.INTRODUCCIÓN	7
2.OBJETIVOS	10
3. PRIMERA PARTE	11
CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES EN EL PERFIL DE LOS AGRESORES SEXUALES DE ALTO RIESGO	
3.1. MÉTODO	11
3.1.1. Muestra	11
3.1.2. Fuentes de información	12
3.1.3. Procedimiento	18
3.1.4. Análisis estadístico	19
3.2. RESULTADOS CUANTITATIVOS	20
3.2.1. Perfil diferencial de los agresores según el riesgo de reincidencia	20
3.2.2. Diferencias en las características de la agresión según el riesgo de reincidencia	28
4. SEGUNDA PARTE	30
EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES EN LA INTERVENCIÓN DE AGRESORES DE ALTO RIESGO	
4.1. METODOLOGÍA	30
4.1.1. Muestra	30
4.1.2. Procedimiento	30
4.1.3. Análisis cualitativo	31
4.2. RESULTADOS CUALITATIVOS	31
4.2.1. Perfil de los agresores sexuales dentro de prisión	31
4.2.2. Perfil de los agresores de alto riesgo según los profesionales	33
4.2.3. Limitaciones y recomendaciones en relación con el programa PCAS	39
4.2.4. La vuelta a la comunidad	43
5. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES	45
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo principal de esta investigación es explorar las diferencias existentes en los agresores sexuales de mayor riesgo de reincidencia de cara a proponer recomendaciones de mejora para la intervención que se lleva a cabo en prisión con estos delincuentes.

Los resultados de esta investigación muestran que los agresores clasificados como de alto riesgo de reincidencia son:

- A nivel sociodemográfico:
 - Mayormente de nacionalidad española.
 - Tienen menor número de hijos/as.
 - Tienen menos años cotizados a la Seguridad Social
- En relación con el perfil psicológico:
 - Tienen más problemas de salud mental y diagnósticos más graves.
 - Presentan mayores niveles de psicopatía.
 - Presentan más parafilias.
 - Obtienen puntuaciones más bajas en deseabilidad social
- Con respecto a las características de la agresión:
 - Han cometido más agresiones en serie.
 - Agreden a víctimas mayores de edad desconocidas.
 - Agreden a un mayor número de víctimas.
 - Las agresiones a víctimas masculinas son más prevalentes.
 - Tienen más condenas previas.
 - Emplean internet o redes sociales para contactar con sus víctimas.
- En relación con las variables penitenciarias:
 - Ingresan en prisión a edades más tempranas y un mayor número de veces.
 - Cumplen condenas más largas.
 - Tienen mayor número de sanciones en prisión.
 - Temen tener problemas al encontrar vivienda cuando salgan de prisión.
 - Participan recurrentemente en el programa para enfermos mentales.

Los resultados obtenidos a partir del grupo focal con profesionales que trabajan en prisión con este tipo de delincuentes son los siguientes:

- Conclusiones sobre los agresores sexuales:
 - La mayoría comete una única agresión a una persona conocida, siendo el grupo de menor riesgo de reincidencia.
 - Aumento de casos de delincuentes jóvenes que cometen agresiones en grupo.
 - Dificultad para mezclar en un mismo grupo en el programa a agresores de mujeres adultas y abusadores de menores.
- Identificación de agresores sexuales de alto riesgo:
 - Análisis de fantasías sexuales desviadas y desviación sexual cronificada.
 - Uso frecuente de pornografía que refuerza fantasías desviadas.
 - Mayor presencia de psicopatía, dificultando el éxito de la intervención.
 - Parafilias y psicopatía identificadas como características distintivas.
- Desafíos en la intervención:
 - Dificultad de integración y aprovechamiento de la intervención en prisión.
 - Alta tasa de participación y pocos abandonos, pero es crucial la aceptación en la dinámica del grupo.
 - Limitaciones en la capacidad de atender todas las solicitudes de tratamiento.
 - Intervención muy exigente que requiere buen conocimiento del idioma y altas capacidades cognitivas.
 - Uso del recurso para internos con discapacidad intelectual o cognitiva (PASDI).
- Buenas prácticas sugeridas:
 - Diferenciar la intervención según el perfil del agresor sexual, con tratamientos más largos e intensos para los de mayor riesgo.
 - Complementar el programa con talleres de motivación al cambio y reconocimiento del delito para condenas largas.
 - Actualizar módulos del programa, incluyendo sexualidad, empatía, adicción al sexo/pornografía y el impacto de nuevas tecnologías.
 - Mejora de la gestión de la reintegración comunitaria, proporcionando más servicios y recursos para reducir el riesgo de reincidencia.

1. INTRODUCCIÓN

La violencia sexual produce graves consecuencias físicas y psicológicas para las víctimas, que son en un más del 85% mujeres, y causa una gran alarma e impacto en toda la sociedad. Los casos aparecidos en los últimos años en los medios de comunicación sobre agresiones sexuales en grupo son la punta del iceberg de este fenómeno que, según estadísticas oficiales, no deja de crecer (Ministerio del Interior, 2021). Entre 2016 y 2021, se ha producido en España un incremento del 57% en las denuncias por delitos sexuales registradas ante la policía, de 10.844 denuncias en 2016 se ha pasado a 17.016 en 2021 (Portal Estadístico de Criminalidad, Ministerio del Interior). Este aumento se ha producido a pesar de que, según datos internacionales, sólo se denuncian, en el mejor de los casos, entre un 20-25% de los delitos sexuales, siendo en algunos países la tasa de denuncia inferior al 10% de las agresiones sexuales que se cometen (Baert et al, 2023). Esta elevada cifra negra se debe a que las víctimas de delitos sexuales, mayoritariamente mujeres y también menores de edad, son colectivos especialmente vulnerables que encuentran muchas dificultades a la hora de poner en conocimiento de la policía este tipo de hechos (Mulder et al., 2021). Una de estas muchas dificultades es el rechazo social con el que a veces se encuentran estas víctimas, llegando a cuestionar y dudar de la veracidad de su denuncia. Además, el hecho de denunciar una agresión sexual no siempre implica la detención del autor. La tasa de esclarecimiento policial es especialmente baja en los delitos en que la víctima no conoce a su agresor o lo acaba de conocer hace pocas horas. Este tipo de agresiones sexuales representan en torno al 70% de la delincuencia sexual (Ministerio del Interior, 2019), y son las más difíciles de investigar a nivel policial. Además, según un estudio realizado en nuestro país (Giménez-Salinas et al., 2018), cuando el agresor sexual es un desconocido para la víctima, es probable que este sea un violador en serie (hasta en un 20% de los casos) y esto puede incrementar el riesgo de comisión de nuevos delitos. Otro porcentaje nada desdeñable de casos, en los que la víctima no conoce a su agresor o agresores, son las agresiones sexuales en grupo, llegando a casi el 20% de estos delitos sexuales y habiéndose producido un aumento de las denuncias en los últimos años (Ministerio del Interior, 2019). Estos dos subtipos de agresiones sexuales representan las formas más graves de delincuencia sexual.

Por todo ello, el avance en la mejora de los procedimientos policiales para la investigación de los delitos sexuales que atañen principalmente a las mujeres, muchas de ellas menores de edad, es crucial para proteger a las víctimas, detener a los responsables de estos delitos y reducir la incidencia de la violencia sexual en el futuro. Para ello, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en nuestro país deben contar con la información más actualizada y detallada de los casos más graves de delitos sexuales.

Pero con la detención y condena del autor no finaliza el proceso para proteger a las víctimas de delitos sexuales. Aunque la Institución Penitenciaria cuenta con programas de intervención para condenados por delitos sexuales, más del 30% de los delincuentes sexuales condenados niegan el delito (Ware et al., 2015) y los agresores sexuales de mayor riesgo (muchos de ellos violadores en serie o agresores sexuales reincidentes) suelen ser reacios a participar en dichas intervenciones. Según estudios internacionales se estima que entre el 7 y 80% de los agresores sexuales, según el país, rechazan realizar algún programa de tratamiento (Marshall y Marshall, 2014). Por tanto, es imprescindible analizar también, en el ámbito penitenciario, a los casos más graves de delincuentes sexuales para comprender qué factores de riesgo los pueden llevar a volver a cometer un delito cuando estos sean puestos en libertad al final de su condena.

Agresores sexuales de alto riesgo

El estudio de los agresores sexuales y los factores asociados a su reincidencia ha tenido siempre especial importancia tanto a nivel internacional como en el contexto español. Conocer el perfil sociodemográfico y psicológico y los factores de riesgo de los agresores sexuales es clave para anticipar aquellos que pueden presentar mayor riesgo de volver a reincidir. Sin embargo, no es fácil encontrar en los estudios internacionales una definición de consenso que clasifique o distinga los delincuentes sexuales de alto riesgo. Olver y Wong (2013) definen operacionalmente a un "delincuente sexual de alto riesgo" como una persona que ha sido "evaluada como de alto riesgo general para cometer violencia sexual en el futuro (por ejemplo, esto puede incluir riesgo moderado alto o muy alto) a través de una herramienta actuarial u otro enfoque estructurado de evaluación de riesgo". Para poder llevar a cabo esta clasificación, el STATIC-99 (en sus diferentes versiones) es una de las herramientas más utilizadas a nivel internacional para evaluar el riesgo de reincidencia en agresores sexuales y muchos estudios lo utilizan para clasificar a los delincuentes sexuales en función de dicho riesgo (Helmus et al., 2022). La mayoría de los delincuentes sexuales tienen una tasa de reincidencia sexual a 5 años del 7% o menos, y una tasa a 10 años entre el 6% y el 22%, sin

embargo, los agresores clasificados como de alto riesgo presentan una tasa de reincidencia sexual claramente superior, a 5 años del 41% y una tasa a 10 años del 70% (Helmus et al., 2012; Olver et al., 2007). Por este motivo, es fundamental identificar precozmente a los delincuentes sexuales que estando en prisión o medidas penales alternativas tienen más riesgo de volver a agredir a una nueva víctima.

En relación con esta distinción en función del riesgo, la investigación a nivel internacional encuentra diferencias entre el perfil de los agresores sexuales con un nivel de riesgo de reincidencia bajo y aquellos agresores de riesgo alto. Diversos estudios internacionales apuntan a que los agresores con mayor riesgo de reincidencia son más jóvenes, presentan mayores problemas de salud mental como actitudes antisociales, mayor impulsividad y agresividad, así como una menor capacidad de empatizar con las emociones de otras personas (Bersch et al., 2023; Gualco et al., 2021; Molina-Coloma et al., 2022). Factores como la edad, la presencia de parafilias o la psicopatía ayudan a comprender las dinámicas que favorecen la comisión de este tipo de delitos (Tyler y Olver, 2021). A nivel nacional, los resultados muestran además que los agresores de alto riesgo son condenados por más delitos, no solo de tipo sexual, ingresan en prisión a edades más tempranas, no suelen establecer relaciones de pareja estables y presentan mayores desviaciones sexuales (Redondo, Pérez y Martínez, 2007).

Como el caso del agresor sexual reincidente de Lardero ha puesto de manifiesto, la intervención con delincuentes sexuales en prisión debe revisarse de forma continua para adaptarla a los perfiles de mayor riesgo. Sin embargo, para poder llevar a cabo una propuesta de mejorar el tratamiento para agresores sexuales es imprescindible conocer en profundidad los perfiles de mayor riesgo de reincidencia, a los que debería especialmente ir dirigida la intervención. El objetivo último es proteger a posibles víctimas futuras que, sin una revisión y mejora con perspectiva de género de la intervención y la gestión de los delincuentes sexuales de mayor riesgo, pueden quedar desprotegidas.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal de esta investigación es explorar las diferencias existentes en las tipologías de agresor sexual de mayor riesgo de reincidencia de cara a generar propuestas de mejora para la intervención que se lleva a cabo con estos delincuentes y la gestión de su riesgo. Para poder alcanzar el objetivo de la investigación, se han establecido tres objetivos específicos:

1. Explorar las diferencias en el perfil sociodemográfico y psicológico de los agresores sexuales de alto riesgo de reincidencia y los agresores de bajo riesgo.
2. Conocer las características diferenciales de la agresión sexual entre ambos grupos.
3. Identificar las mejores prácticas de la mano de profesionales que trabajan con agresores sexuales para mejorar la intervención con este tipo de delincuentes.

3. PRIMERA PARTE

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES EN EL PERFIL DE LOS AGRESORES SEXUALES DE ALTO RIESGO

3.1. MÉTODO

Con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos en esta investigación, se ha llevado a cabo una metodología mixta (cuantitativa y cualitativa) utilizando datos de diferentes fuentes. Esta primera parte, expone los resultados de la información cuantitativa, extraída de la participación de una muestra de 237 agresores sexuales que se encuentran cumpliendo condena en prisión por cometer un delito contra la libertad o indemnidad sexual.

3.1.1. Muestra

Con la finalidad de conocer el perfil diferencial entre los agresores sexuales de alto y bajo riesgo, y con la ayuda del personal técnico de los centros penitenciarios, se contactó con un total de 586 agresores sexuales entre todos los centros penitenciarios, de los cuales 349 rechazaron participar en el estudio (59,6%). Los motivos principales por los que rechazaron la participación fueron: la incompatibilidad con el horario de trabajo, taller o curso que está realizando en prisión (34,4%), la ausencia de reconocimiento del delito cometido (23,2%) o las dificultades con el idioma o comprensión lectora (11,2%). La Tabla 1 muestra un resumen más detallado de los motivos de rechazo de la participación.

Tabla 1. Participación y motivos de rechazo en el estudio

	Frecuencia (n)	Porcentaje válido (%)
Participación en el estudio	586	100
Acepta participar	237	40,4
Rechaza participar	349	59,6
Motivos de rechazo	349	100
Trabajo/Taller/Curso/Destino	120	34,4
No reconoce el delito	81	23,2
Dificultad con el idioma/lectura	39	11,2
No quiere participar	23	6,6
Traslado	16	4,6
Está de permiso	8	2,3
No obtiene beneficio penitenciario	7	2,0
Deterioro cognitivo/Discapacidad	8	2,3
Extensión de los cuestionarios	5	1,4
Sale en libertad en breve	5	1,4
Miedo a represalias	5	1,4
Otros motivos	32	9,2

Finalmente, se ha recabado una muestra de 237 agresores que han sido condenados por un delito contra la libertad o indemnidad sexual (40,4% de los delincuentes sexuales a los que se les ofreció participar en el estudio). Siguiendo los objetivos de este estudio, se han analizado los perfiles en función del nivel de riesgo de reincidencia, obtenido a partir del instrumento Static-99 (descrito en el siguiente apartado). La muestra se divide en tres grupos en función de dicho nivel de riesgo: bajo (puntuaciones entre 0 y 1), moderado (puntuaciones entre 2 y 3) y alto (puntuaciones de 4 o más). En la muestra recogida, se ha obtenido un valor medio de riesgo de reincidencia de 2,2 [DT= 1,7; mín. 0; máx. 8].

Según se observa en la Tabla 2, la mayoría de los agresores sexuales evaluados tienen un riesgo de reincidencia moderado, representando un 39,8% del total de la muestra seguido muy de cerca de los internos con riesgo bajo (38,9%). El 21,3% restante lo representan los agresores con un riesgo de reincidencia alto.

Tabla 2. Valoración del riesgo de reincidencia obtenido en el Static-99

Riesgo de reincidencia	Frecuencia (n)	Porcentaje válido (%)
Bajo	86	38,9
Moderado	88	39,8
Alto	47	21,3
TOTAL	221*	100

*Nota: Se desconoce la valoración del riesgo en 16 agresores sexuales debido a que no se tuvo acceso a parte del expediente del interno.

3.1.2. Fuentes de información

A continuación, se resumen las fuentes a partir de las cuales se ha recogido la información para cumplir con los objetivos del estudio. En primer lugar, se presenta el método para obtener la información autoinformada, recogida a partir de una batería de cuestionarios e instrumentos psicológicos. En segundo lugar, se presenta la información penitenciaria recogida a partir del vaciado de los expedientes penitenciarios, referente a las características del delito.

Información autoinformada

La información autoinformada se divide en dos bloques: cuestionario sociodemográfico e instrumentos.

Por un lado, el cuestionario sociodemográfico recoge información sobre:

- Variables sociodemográficas: edad, nacionalidad (española/extranjera), estado civil (soltero, casado/pareja de hecho, separado/divorciado, viudo), relación con los progenitores y hermanos (sí/no), número de hijos, nivel de estudios (estudios básicos sin finalizar, estudios básicos, bachillerato/formación profesional, universidad/estudios superiores),

discapacidad (sí/no), trabajo realizado antes de entrar en prisión (no trabajaba/trabajaba), el tipo de trabajo (trabajo estable/trabajo esporádico) y los años cotizados en la Seguridad Social.

- Factores de riesgo: antecedentes familiares (consumo de sustancias, ingreso en prisión, problemas de salud mental), victimización durante la infancia (no ha sido víctima, violencia física, violencia psicológica y violencia sexual), diagnóstico de salud mental (sí/no) y medicación psiquiátrica (sí/no).
- Variables penitenciarias: número de ingresos, tiempo continuado en prisión (en días), número de sanciones y permisos permitidos. También se describen las actividades en las que los internos han participado en prisión. Se analizan los tratamientos realizados en prisión enfocados al abuso de sustancias, Programa de Prevención de suicidios (PPS) y Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM) y la participación en el programa de tratamiento dedicado a agresores sexuales (PCAS). Por último, se pregunta por las dificultades percibidas al salir de prisión en el ámbito profesional y para encontrar vivienda.

Por otro lado, se les ha administrado la batería de instrumentos psicológicos que se presentan a continuación:

- Escala de actitudes hacia las prostitutas y la prostitución [Attitudes Toward Prostitutes and Prostitution Scale, APPS] (Levin y Peled, 2011). Se trata de un cuestionario autoadministrado cuyo objetivo es conocer las creencias del sujeto referente a la prostitución. Esta escala se compone de 29 ítems clasificados en dos subescalas: la primera evalúa las creencias sobre las prostitutas; la segunda, sobre la prostitución. En este estudio solo se han empleado los ítems referentes a la subescala de creencias sobre la prostitución, con un total de 15 ítems. Esta subescala, a su vez, se divide en dos grupos de actitudes: "La prostitución como elección o como forma de victimizar a las mujeres" y "La prostitución es normal o una conducta desviada". Cada ítem se evalúa mediante escala Likert que puntúa del 1 (Totalmente en desacuerdo) al 7 (Totalmente de acuerdo). Las propiedades psicométricas para la escala de creencias sobre la prostitución son satisfactorias, con un coeficiente de consistencia interna de 0,73.
- Test screening sobre el abuso de Drogas [Drug Abuse Screening Test, DAST-10] (Bohn et al., 1991; Adaptación Española de Pérez Gálvez et al., 2010). Se trata de un cuestionario formado por 10 ítems donde, a través de sus respuestas sí/no, se procura establecer la gravedad de la adicción del sujeto. Cada "No" se puntúa con 0 puntos y cada "Sí" con 1 punto

(con excepción del tercer ítem, donde un "no" será puntuado con 1 punto). Teniendo en cuenta esto, será interpretado como nivel moderado de adicción a partir de la suma de 3 puntos. La consistencia interna de la versión española ha registrado valores Alpha de Cronbach de 0,89.

- Inventario sobre Sexismo Ambivalente [Ambivalent Sexism Inventory, ASI] (Glick y Fiske, 1996; Versión española de Expósito, Moya y Glick, 1998). Evalúa el sexismo hacia las mujeres a través de dos componentes bien diferenciados: el sexismo hostil y el sexismo benevolente. Ambos tipos de sexismo son creencias sobre la inferioridad de la mujer en relación con el hombre. El sexismo hostil se manifiesta como una actitud ofensiva que degrada o infravalora el papel de la mujer. En cambio, el sexismo benevolente se revela mediante actitudes paternalistas o de protección. El inventario consta de 22 ítems que puntúan de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo), en una escala tipo Likert. Las propiedades psicométricas del instrumento son satisfactorias, con un coeficiente alfa de consistencia interna de 0,89 para sexismo hostil y 0,86 para sexismo benevolente (Expósito et al., 1998).
- Inventario Breve de 18 Síntomas [Brief Symptom Inventory, BSI-18] (Degoratis, 2001). Es un instrumento autoadministrado que tiene como objetivo la detección de la sintomatología psicopatológica más común en la clínica. Está compuesto por 18 ítems divididos en cuatro dimensiones: Somatización, Depresión, Ansiedad y Pánico. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert del 1 al 5, donde el 1 es (Casi nunca); el 5, (Casi siempre). Las propiedades psicométricas del instrumento son satisfactorias, con un coeficiente de consistencia interna de 0,71 para la dimensión de ansiedad, 0,78 para la dimensión de somatización, 0,88 para la depresión y 0,78 para la dimensión de pánico (Andreu et al., 2008).
- Cuestionario sobre Roles Sociales [The social role questionnaire, SRQ] (Baber y Jenkins-Tucker, 2006). Esta herramienta tiene como objetivo evaluar las creencias sobre el género y actitudes que trascienden los roles de género tradicionales. En su versión reducida, el cuestionario se compone de 13 ítems divididos en dos subescalas: Creencias que trascienden los roles de género y creencias ligadas a los roles de género. Cada ítem se puntúa mediante una escala Likert del 1 al 4, siendo el 1 (Totalmente en desacuerdo) y, el 4, (Totalmente de acuerdo). La subescala "Trascendencia de los roles" incluye 4 ítems inversos. A mayores puntuaciones, mayores creencias tradicionales tiene el sujeto. Las propiedades psicométricas para ambas escalas son satisfactorias, mostrando valores Alpha de 0,65 para la subescala "Trascendencia de roles" y de 0,77 para la subescala "Actitudes ligadas a los roles de género".

- Cuestionario de parafilias e intereses desviados [The Paraphilic interests and Disorders Questionnaire, PIDS] (Winters, Jeglic y Kaylor, 2023). Este cuestionario emplea los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-V para detectar posibles intereses parafílicos. Este cuestionario consta de 8 ítems, uno para cada parafilia, y proporciona información sobre la presencia de esta parafilia en base a la respuesta "Sí", "No" o "No sabe/no contesta". A continuación, se expone una breve descripción de las parafilias:
 - Voyeurismo. Sentirse sexualmente excitado por la idea o acto de observar a alguien desnudo o que está realizando una actividad sexual sin su consentimiento.
 - Exhibicionismo. Sentirse sexualmente excitado por la idea o acto de enseñar sus genitales a una persona que no le ha dado consentimiento.
 - Froteurismo. Sentirse sexualmente excitado por la idea o acto de frotarse contra alguien que no le ha dado su consentimiento.
 - Masoquismo. Sentirse sexualmente excitado por la idea o acto de ser humillado, golpeado, atado u otra forma de sufrimiento.
 - Sadismo. Sentirse sexualmente excitado por la idea o acto por causar daño físico, psicológico o emocional a otra persona.
 - Pedofilia. Sentirse sexualmente excitado por la idea o acto de participar en una actividad sexual con un menor de edad.
 - Fetichismo. Sentirse sexualmente excitado por la idea o acto de utilizar objetos no vivos o una parte del cuerpo que no sea genital.
 - Travestismo. Sentirse sexualmente excitado por la idea o acto de usar ropa del sexo opuesto.
- Escala de mitos sobre el amor (Bosch et al., 2007). Esta escala se basa en el estudio de Barrón y colaboradores (1999), que establece mitos del amor romántico: media naranja, emparejamiento, omnipotencia, matrimonio, celos, pasión eterna y emparejamiento. El resultado es una escala de 10 ítems puntuados mediante una escala Likert que va del 1 al 5, siendo 1 (Totalmente en desacuerdo) y el 5 (Totalmente de acuerdo). A mayores puntuaciones, mayores son las creencias sobre ese mito.
- Escala de psicopatía autoinformada [Self-Report Psychopathy Scale, SRP-III] (Mahmut et al., 2011; Versión española adaptada Gómez-Leal et al., 2021). Esta herramienta es usada para la evaluación de rasgos psicopáticos, tanto en población clínica como en población general. Se compone de 34 ítems que se puntúan mediante escala Likert con puntuaciones del 1 (Totalmente en desacuerdo) al 5 (Totalmente de acuerdo). Ocho de esos ítems son inversos, por lo que las puntuaciones son interpretadas inversamente. A mayores puntuaciones, más nivel de

psicopatía. Los valores de consistencia interna de la versión española son adecuados, obteniendo valores Alpha de 0,84.

- Escala de aceptación de responsabilidad de los agresores sexuales [Sex Offender Acceptance of Responsibility Scales, R-SOARS] (Peacock, 2000). Evalúa el grado en el que los agresores sexuales asumen la responsabilidad del delito. En la versión corta, la escala se compone de 10 ítems valorados mediante escala Likert con valores que van del 0 (Totalmente en desacuerdo) al 4 (Totalmente de acuerdo). Las puntuaciones totales oscilan entre el 0 y el 40. A mayores puntuaciones, mayor asunción de responsabilidad.
- Escala de Marlowe de deseabilidad social [Social Desirability Scale, SDS] (Crowne y Marlowe, 1960; Versión española adaptada Ferrando y Chicho, 2000). Esta escala fue diseñada para medir la tendencia de los sujetos a responder al cuestionario de la forma en que la sociedad espera que lo hagan, es decir, dando una visión más prosocial. Esta escala consta de 33 ítems, divididos en aquellos que reflejan situaciones socialmente deseables (ítems directos) e ítems que describen comportamientos reprochables (ítems inversos). Esta escala se mide mediante "Verdadero" y "Falso", puntuando 1 punto aquellos ítems que se marquen como verdaderos. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 33, en la que una mayor puntuación indica mayor deseabilidad social. Los índices de consistencia interna en la versión española son adecuados, obteniendo valores Alpha de 0,80.
- Escala Illinois de aceptación de los mitos sobre la violación [Illinois Rape Myth Acceptance Scale -Short Form, IRMA-SF] (Payne, Lonsway y Fitzgerald, 1999). Esta escala ha sido diseñada para entender las actitudes y creencias hacia las agresiones sexuales. Puede ser aplicada tanto en población clínica como en población general. La versión abreviada usada en este estudio se compone de 20 ítems que se responden mediante escala Likert puntuada del 1 (Totalmente en desacuerdo) al 7 (Totalmente de acuerdo). A mayores puntuaciones, más altas son las creencias desviadas hacia la agresión.
- Escala MOLEST (Bumby, 1996). Evalúa las distorsiones cognitivas de aquellas personas que han abusado sexualmente de menores. Esta escala se compone de 37 ítems puntuados mediante una escala Likert con valores que oscilan entre el 1 (Totalmente en desacuerdo) al 4 (Totalmente de acuerdo). Las puntuaciones oscilan entre el 0 y el 148. Mayores puntuaciones en esta escala indican mayores justificaciones, minimizaciones del acto cometido y excusas sobre el delito. Los valores de consistencia interna de la escala son muy buenos, con valores Alpha de 0,97.

- Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer, 1996; Adaptación española de Sanjuán Suárez, Pérez García y Bermúdez Moreno, 2000). La autoeficacia se define como la capacidad de control frente a la acción personal. La escala de autoeficacia está diseñada para evaluar la percepción de dicha capacidad. Se compone de 9 ítems puntuados mediante escala Likert del 0 (Totalmente en desacuerdo) al 6 (Totalmente de acuerdo). A mayores puntuaciones, mayor nivel de autoeficacia percibida. La adaptación española obtuvo puntuaciones de consistencia interna buenas, con valores Alpha entre 0,75 y 0,90.
- Subescala Matrices de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-IV [Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition] (Adaptación española por De La Guía et al., 2012). La escala de inteligencia Weschler evalúa la inteligencia de adultos mediante diferentes subescalas. En este estudio, se ha empleada la subescala de matrices. Esta subescala es un instrumento de evaluación de razonamiento perceptivo. Se compone de 26 matrices incompletas que siguen una serie lógica. El sujeto evaluado debe indicar cuales de las opciones que se les ofrece es la que sigue con el patrón. Cada acierto puntúa 1 punto; cada fallo, 0 puntos. La evaluación termina cuando el sujeto llega al final, o bien, falla tres ítems seguidos. Se finaliza sumando los aciertos y las puntuaciones oscilan entre 0 y 26. A mayores puntuaciones, mayor muestra de inteligencia.
- Escala de evaluación del riesgo Static-99. (Harris et al., 2003; Adaptación española por Nguyen y Andrés-Pueyo, 2016). Esta escala ha sido diseñada para evaluar la presencia de distintos factores de riesgo relacionados con la delincuencia sexual en hombres adultos. Está compuesto de 10 ítems, cada uno específico con un factor de riesgo. Cada factor se puntúa con un 0 (ausencia) o 1 (presencia), a excepción del ítem 3 que se puntúa con un 0, 1, 2 o 3, atendiendo al historial de número de imputaciones y/o condenas sexuales previas del individuo. Las puntuaciones obtenidas en cada factor de riesgo se suman para obtener una puntuación total que va de 0 a 12 y que además proporciona cuatro niveles de riesgo relativo: bajo (0-1 puntos), bajo-moderado (2-3 puntos), moderado-alto (4-5 puntos) y alto (6 puntos o más). Dado el tamaño de la muestra y con tal de facilitar los análisis estadísticos, esta investigación agrupa la valoración del riesgo de reincidencia en tres grupos: Riesgo bajo (0-1 puntos), riesgo moderado (2-3 puntos) y riesgo alto (4 puntos o más).

Información penitenciaria

La información penitenciaria recoge las características de la agresión que se llevó a cabo. Dicha información recoge:

- El tipo de agresión cometida. Se han clasificado seis tipos de agresión que se describen a continuación:
 - Agresión única. Conducta sexual violenta que se ha cometido una única vez contra una sola víctima.
 - Agresión grupal. Conducta sexual violenta que se ha llevado a cabo con la participación de varios agresores contra una única víctima.
 - Agresión en serie. Conducta sexual violenta que se ha cometido varias veces con diferentes víctimas
 - Agresión reincidente. Conducta sexual violenta que se ha cometido después de haber cumplido condena por una agresión sexual previa.
 - Agresión online. Conducta sexual que se ha llevado a cabo a través de aplicaciones web o redes sociales. Dichos delitos han sido descritos como grooming o distribución y/o producción de material de explotación sexual infantil. Grooming es un término anglosajón que describe la conducta de un adulto que se hace pasar por un menor para establecer contacto con niños/as y/o adolescentes con fines sexuales.
 - Agresión continuada. Conducta sexual violenta que se ha cometido hacia la misma víctima durante un tiempo prolongado en el tiempo.
- Hecho cometido (tocamientos/agresión con penetración/agresión sin penetración).
- Lugar dónde ocurrió la agresión (lugar abierto/lugar cerrado).
- Consumo de sustancias (ninguno/víctima/agresor/ambos).
- Relación entre el agresor y la víctima (desconocidos/conocidos/familiar).
- Número de víctimas agredidas.
- Edad de la víctima (menor de edad/mayor de edad/ambos).
- Sexo de las víctimas (femenina/masculina/ambos).

3.1.3. Procedimiento

La búsqueda de las personas que conforman la muestra del presente estudio ha sido facilitada por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, a través de los miembros de sus Equipos técnicos. Se han recogido casos en los siguientes centros penitenciarios: Centro Penitenciario de Madrid IV, Centro Penitenciario de Ocaña I y Ocaña II, Centro Penitenciario de Albolote en Granada, Centro Penitenciario de Logroño, Centro Penitenciario de Picassent en Valencia y Centro Penitenciario de Teixeiro en Galicia.

En cada uno de los centros algún miembro del equipo de trabajo contactó, con la ayuda del personal técnico del propio centro penitenciario, con todos los internos condenados por un delito contra la libertad sexual que se encontraban en los diferentes módulos para plantearles la posibilidad de participar en el estudio. La participación en el estudio ha sido voluntaria, sin contraprestación de ningún tipo y totalmente anónima, aplicando los derechos de protección de datos y confidencialidad de la información obtenida, según lo establecido en la legislación vigente. Antes de cumplimentar los instrumentos de evaluación, los internos debían firmar un consentimiento informado, dando acceso al uso de la información que dieran en los diferentes cuestionarios.

Una vez recogido el consentimiento informado se les administró el protocolo de evaluación ad-hoc y los instrumentos psicológicos presentados anteriormente. El equipo de trabajo de FIADYS ofreció apoyo a aquellos agresores que no tenían buenas habilidades lectoras, leyendo las preguntas y ayudándoles en sus respuestas. Finalmente, gracias a la colaboración del Equipo Técnico de los centros y a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, el equipo de trabajo recababa la información penitenciaria a partir de la lectura de los hechos probados de la sentencia.

3.1.4. Análisis estadístico

El plan de análisis estadístico llevado a cabo se basa, en primer lugar, en un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de carrera criminal consideradas en el estudio y la comparación de los tres grupos de interés (bajo riesgo, riesgo moderado y alto riesgo). En el caso de variables cuantitativas, se han utilizado pruebas ANOVA para comparar los tres grupos, y la prueba K de Kruskal-Wallis para hacer la comparación por parejas de grupos. Para las variables categóricas se ha usado Chi-cuadrado. Los análisis estadísticos realizados fueron llevados a cabo con el paquete estadístico SPSS (versión 29.0.1.0).

3.2. RESULTADOS CUANTITATIVOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos con la información recogida mediante el protocolo de evaluación. Los resultados se han organizado en dos grandes bloques: perfil diferencial de los agresores sexuales según el riesgo y las características de la agresión.

3.2.1. Perfil diferencial de los agresores según el riesgo de reincidencia

Para alcanzar el primer objetivo de esta investigación, seguidamente se describen las diferencias en el perfil de los agresores en función del nivel de riesgo. Por un lado, se describen las diferencias relativas a las variables sociodemográficas; en segundo lugar, las diferencias encontradas en los factores de riesgo y, en tercer lugar, en las variables penitenciarias. Por otro lado, se detallan los resultados para los distintos instrumentos psicológicos.

Variables sociodemográficas

A nivel sociodemográfico, tal y como muestra la Tabla 3, se han encontrado algunas diferencias significativas entre los tres grupos. En primer lugar, se establecen diferencias estadísticamente significativas en relación con la nacionalidad. El porcentaje de agresores españoles es mayoritario en los tres grupos, especialmente en el grupo de agresores de alto riesgo cuya representación de agresores españoles es del 89,1%, mucho más alta en comparación al grupo de bajo riesgo (60,5%) o riesgo moderado (64%). También se han encontrado diferencias significativas en el número de hijos/as, siendo los agresores de alto riesgo los que menos hijo/as tienen ($M=0,78$; $DT=1,2$) en comparación con los agresores de bajo riesgo ($M=1,6$; $DT=1,4$) o riesgo moderado ($M=1,4$; $DT=2,2$). De la misma forma ocurre con el número de hermanos, donde los agresores de alto riesgo son los que menor número de hermano/as tienen ($M=2,8$; $DT=2,1$). Por último, se encuentran diferencias significativas en el número de años cotizados en la Seguridad Social. El grupo de agresores de alto riesgo es el que menos años cotizados presenta ($M=9,5$; $DT=9,8$) en comparación a los agresores de bajo riesgo ($M=15,3$; $DT=10,9$) y riesgo moderado ($M=11,7$; $SD=9,6$).

En el resto de las variables sociodemográficas no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. Aun así, es de interés mencionar algunas tendencias detectadas.

En relación con la edad de los agresores se observa que los agresores de alto riesgo son más jóvenes (M=41,8; DT=11,2) en comparación con los agresores de bajo riesgo, que son más mayores (M=45,5; DT=12,1). Con respecto al estado civil, los agresores de alto riesgo están solteros en mayor proporción (68,1%) en comparación con los agresores de bajo riesgo (46,5%) o moderado (56,5%). También es de interés mencionar que los agresores de alto riesgo son los que más relación mantienen con sus progenitores (87,2%) en comparación a los agresores de bajo riesgo (77,4%). De la misma forma ocurre con la relación con sus hermanos, la cual es más prevalente entre el grupo de agresores de alto riesgo. En cuanto al nivel de estudios, los agresores de alto riesgo cursan estudios universitarios en menor proporción (8,5%) en comparación a los agresores de riesgo bajo o moderado (11,6% y 16,3%, respectivamente). Por último, en el ámbito laboral, se observa que los agresores de los tres grupos trabajaban mayormente en trabajos estables, aunque se observa que los agresores de alto riesgo tienden a tener más trabajos esporádicos (36,2%) en comparación con los otros dos grupos (25,9% vs 28,7%).

Tabla 3. Variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas	N	Bajo M (DT) %	Moderado M (DT) %	Alto M (DT) %	X ²	F	p
Edad	219	45,5 (12,1)	42,5 (11,7)	41,8 (11,2)		2,048	0,131
Nacionalidad	219				12,306		0,005**
Española		60,5	64,0	89,1			
Extranjera		39,4	36,0	10,9			
Estado civil	219				6,568		0,363
Soltero		46,5	56,5	68,1			
Casado		19,8	17,6	12,8			
Separado		31,4	24,7	19,1			
Viudo		2,3	1,2	0,0			
Número de hijos	217	1,6 (1,4)	1,4 (2,2)	0,8 (1,2)		3,153	0,045*
Tiene relación con sus padres (Sí)	219	77,4	75,6	87,2	2,636		0,268
Número de hermanos	217	3,4 (2,1)	4,2 (3,9)	2,8 (2,1)		3,836	0,023*
Tiene relación con sus hermanos (Sí)	215	83,3	82,4	84,4	0,094		0,954
Nivel de estudios	220				6,438		0,376
Sin estudios		18,6	24,4	27,7			
Estudios básicos		44,2	44,2	36,2			
Bachillerato/FP		25,6	15,1	27,7			
Universitarios		11,6	16,3	8,5			
Trabajaba antes de entrar en prisión (Sí)	220	78,8	78,4	73,9	0,446		0,792
Años cotizados	187	15,3 (10,9)	11,7 (9,6)	9,5 (9,8)		4,917	0,008**
Tipo de trabajo	220				7,742		0,102
Trabajo estable		74,1	69,0	57,4			
Trabajo esporádico		25,9	28,7	36,2			

Nota: FP= Formación profesional. *p < 0,05; **p < 0,01

Factores de riesgo

Se han explorado los factores de riesgo acontecidos tanto en la infancia y adolescencia de los agresores como en la edad adulta. La Tabla 4 recoge esas variables de riesgo y muestra las diferencias encontradas entre los grupos. Únicamente se han identificado diferencias estadísticamente significativas en el diagnóstico de salud mental siendo los agresores de alto riesgo los que presentan mayor prevalencia de problemas de salud mental (25,5%) en comparación con el grupo de bajo riesgo (8,1%) y riesgo moderado (11,4%).

No se encuentran diferencias significativas en el resto de los factores de riesgo explorados, aunque se muestran algunas tendencias entre los grupos. En relación con los antecedentes familiares, los agresores de mayor riesgo presentan más antecedentes que los agresores de menor riesgo, entre los que destacan antecedentes familiares con problemas con el consumo de tóxicos y tener algún miembro de la familia en prisión. Seguidamente, en cuanto a la victimización sufrida durante la infancia, se observa que los agresores de alto riesgo han sido víctimas de violencia sexual en la infancia en mayor medida (21,9%) en comparación con los agresores de bajo riesgo (12,5%) o riesgo moderado (11,3%). De la misma forma, los agresores de alto riesgo también han sufrido más violencia física (25%) que el resto de los grupos (20% vs 22,6%). Por otro lado, los agresores de alto riesgo han sido expulsados de casa en algún momento de su infancia en mayor medida (23,4%). Por último, en relación con la discapacidad, el grupo de agresores de alto riesgo muestra mayores porcentajes en la presencia de discapacidad (8,5%) en comparación con los agresores de bajo riesgo (2,3%) o riesgo moderado (6,9%). En la misma línea, es el grupo de alto riesgo el que toma más medicación psiquiátrica.

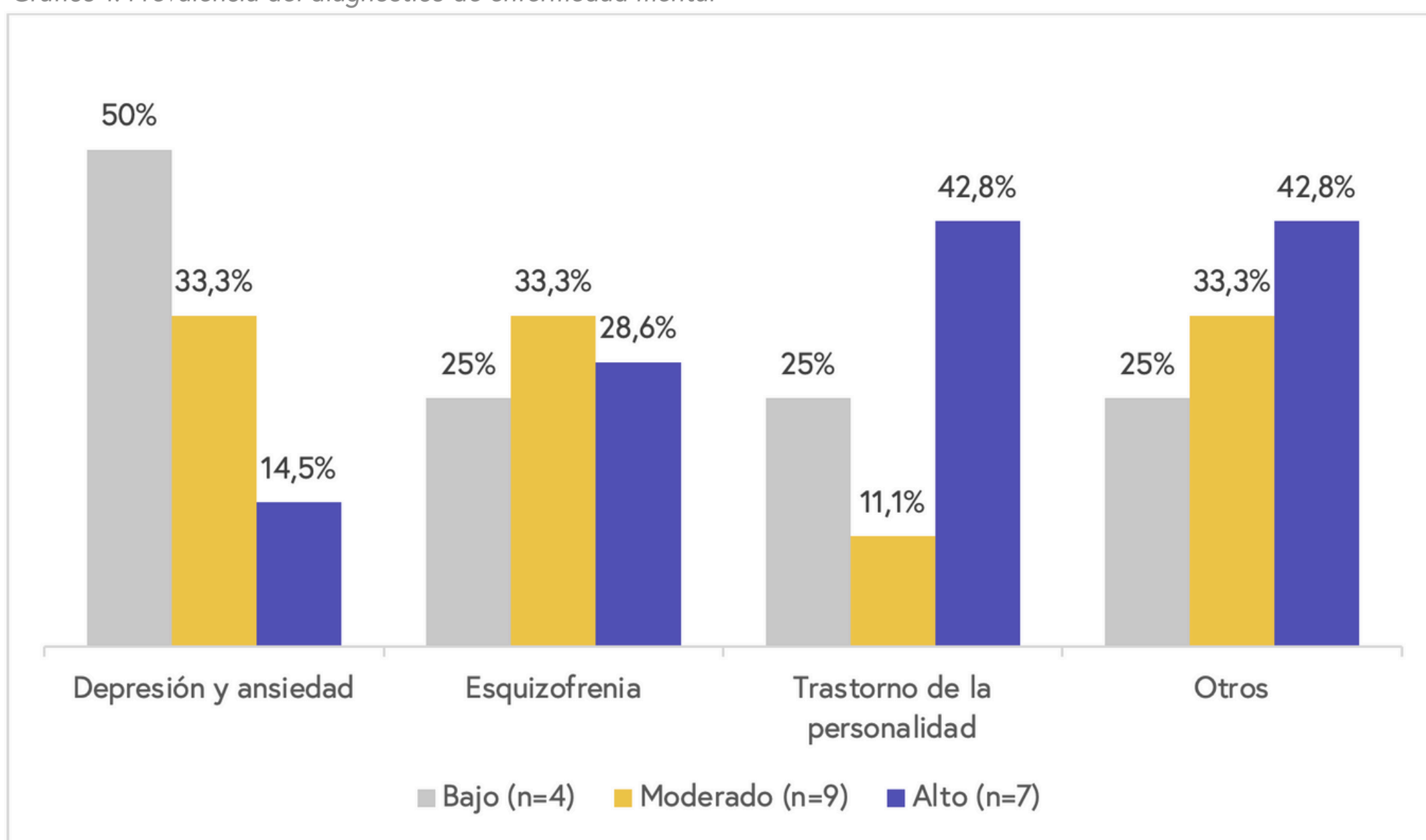
Tabla 4. Factores de riesgo

Factores de riesgo	N	Bajo %	Moderado %	Alto %	X2	p
Antecedentes familiares	221					
Ninguno		75,6	62,5	67,4	3,499	0,174
Consumo		12,8	21,6	21,7	2,759	0,252
Ingreso en prisión		14,0	13,6	15,2	0,065	0,968
Problemas psicológicos		5,8	9,1	4,3	1,294	0,524
Víctima en la infancia	134					
No		70,0	62,9	56,3	1,463	0,481
Violencia física		20,	22,6	25,0	0,258	0,879
Violencia psicológica		17,5	21,0	15,6	0,447	0,800
Violencia sexual		12,5	11,3	21,9	2,075	0,354
Le han expulsado de casa (S)	220	10,6	19,5	23,4	4,260	0,119
Discapacidad (Sí)	221	2,3	6,9	8,5	2,835	0,242
Problemas de salud mental (Sí)	222	8,1	11,4	25,5	8,461	0,015*
Toma medicación psiquiátrica (Sí)	222	11,6	14,8	23,4	3,280	0,194

Nota: *p<0,05

En el Gráfico 1 se muestran los problemas de salud mental en función del riesgo de los agresores. Aunque son pocos los agresores que han especificado su diagnóstico destacan, entre los agresores de alto riesgo de reincidencia, diagnósticos de salud mental más graves. Casi la mitad de estos agresores (42,8%) presentan trastornos de la personalidad como el trastorno antisocial de la personalidad y trastorno límite de la personalidad (TLP) y un 28,6% presentan diagnóstico de esquizofrenia. Los diagnósticos de depresión y ansiedad se encuentran en menor proporción, estando presentes en el 14,8% de los agresores de alto riesgo con problemas de salud mental. El 42,8% restante lo representan otros diagnósticos como el trastorno de estrés post-traumático (TEPT), fobia social y psicopatología incapacitante. Por otro lado, entre los agresores de bajo riesgo hay más prevalencia de diagnóstico de depresión y ansiedad, donde el 50% de los agresores con problemas de salud mental padecen esta condición. El 25% lo representa el diagnóstico de esquizofrenia y otro 25% trastornos de personalidad. El 25% restante lo representan otro tipo de diagnósticos. En grupo de agresores de riesgo moderado, el 33,3% de los agresores padece depresión y ansiedad y, otro 33,3%, esquizofrenia. El 11,1% restante lo representan trastornos de la personalidad, como el trastorno disociativo. Por último, el 33,3% es diagnosticado con otros problemas conductas autolíticas o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Gráfico 1. Prevalencia del diagnóstico de enfermedad mental



Nota: Se puede dar más de un diagnóstico en un mismo sujeto

Variables penitenciarias

En este apartado se exponen en la Tabla 5 las diferencias establecidas en las variables penitenciarias exploradas. En relación con la edad del primer ingreso, los agresores sexuales de alto riesgo entran en prisión a edades más tempranas ($M=29$; $SD=10,6$) en comparación al resto de agresores de bajo riesgo ($M=40,2$; $SD=12,4$) y riesgo moderado ($M=35,6$; $SD=13$). Los agresores de alto riesgo presentan, también, una media de ingresos en prisión mayor que el resto de los agresores, condenas más largas y han estado durante más tiempo continuado en prisión antes de salir de permiso. De la misma forma, también tienen mayor número de sanciones. Con respecto a las actividades realizadas en prisión, se muestra mayor porcentaje de participación en el grupo de alto riesgo en actividades como el deporte o trabajar en un destino, es decir, ser responsable de una realizar una tarea fuera del módulo en el que se reside. Seguidamente, en relación con las dificultades percibidas antes de salir de prisión, se han descrito diferencias significativas en la percepción de encontrar trabajo. En este sentido, son los agresores de alto riesgo los que perciben mayores dificultades para reincorporarse al mundo laboral una vez salgan del centro.

Otro de los aspectos explorados ha sido el tratamiento recibido, tanto fuera como dentro de prisión. Anteriormente, se ha descrito que los agresores sexuales de alto riesgo presentan una prevalencia de problemas de salud mental mayor. Esto se traduce, tal como puede verse en la Tabla 5, en una mayor participación de este grupo en programas de prevención de suicidios (PPS) y/o en programas destinados a enfermos mentales (PAIEM). En este sentido, el 12,8% de los agresores de alto riesgo han participado en el programa PAIEM mientras que ningún agresor de bajo riesgo ha participado en dicho programa, siendo estas diferencias significativas. En relación con la participación en el programa PPS, no se detectan diferencias significativas cuando se comparan los grupos de bajo, moderado y alto riesgo de reincidencia. Sin embargo, al comparar las diferencias entre la participación del grupo de alto riesgo (29,8%) y la participación del grupo de bajo riesgo (15,1%) si se muestran diferencias estadísticamente significativas ($K=17,908$; $p=0,026$).

No se han identificado diferencias significativas en el resto de las variables penitenciarias exploradas. Aun así, es de interés mencionar que los agresores sexuales de alto riesgo han participado en mayor proporción en el programa de tratamiento específico para el control de la agresión sexual (PCAS) (34,8%) en comparación al grupo de bajo riesgo (25,9%). De la misma forma, el grupo de alto riesgo recibe mayor tratamiento de drogas dentro de prisión (17,4%) que los agresores de bajo riesgo (11,8%).

Tabla 5. Datos penales y estancia en prisión

	N	Bajo M (DT) %	Moderado M (DT) %	Alto M (DT) %	X ²	F	p
Edad del primer ingreso	214	40,2 (12,4)	35,6 (13,0)	29,0 (10,6)		12,453	0,000***
Número de ingresos	208	1,1 (0,5)	1,4 (1,2)	2,1 (1,9)		8,453	0,000***
Condenas previas (Sí)	204	9,1	31,9	73,3	53,144		0,000***
Tiempo continuado en prisión (días)	203	1391,1 (1062,9)	1594,8 (1301,8)	3281,4 (5096,0)		8,3777	0,000***
Tiempo de condena (días)	205	3509,4 (2165,2)	3462,1 (2253,2)	4948,2 (2510,4)		7,027	0,001**
Número de sanciones	215	0,0 (0,1)	0,1 (0,5)	1,3 (6,1)		3,685	0,027*
Número de permisos	218	7,1 (6,5)	4,6 (2,9)	7,9 (9,1)		0,690	0,512
Actividades realizadas	222						
Escuela		63,5	62,5	56,3	0,744		0,689
Destino		80,2	73,9	58,3	7,550		0,023*
Curso formativo		48,8	44,3	56,3	1,772		0,412
Trabajo remunerado		60,5	69,3	54,2	3,322		0,190
Taller ocupacional		41,9	37,5	35,4	0,633		0,729
Gimnasio/Deporte		61,6	63,6	39,6	8,267		0,016*
Lectura		40,0	43,2	35,4	0,783		0,676
La estancia en prisión es útil (Sí)	216	75,9	74,4	76,6	0,092		0,955
Se ha sentido respetado por:	219						
El personal (Sí)		86,9	88,4	80,4	1,651		0,438
Los internos (Sí)		79,1	79,3	82,6	0,266		0,875
Implicado en conflictos (Sí)	220	15,3	20,5	31,9	5,074		0,079
Dificultades al salir de prisión:	220						
Encontrar vivienda (Sí)		13,1	6,8	18,8	4,456		0,108
Encontrar trabajo (Sí)		18,8	19,8	37,5	6,972		0,031*
Ha estado en PPS (Sí)	231	15,1	19,3	29,8	4,134		0,127
Ha estado en PAIEM (Sí)	231	0,0	5,7	12,8	10,625		0,005**
Tratamiento de drogas							
Fuera de prisión	227	11,9	12,6	10,9	0,091		0,956
Dentro de prisión	228	11,8	17,2	17,4	1,234		0,539
Ha realizado el PCAS (Sí)	226	25,9	32,6	34,8	1,426		0,490
Como ha finalizado el PCAS	65				12,040		0,282
Alta terapéutica		36,4	53,6	50,0			
En curso		36,4	28,6	21,4			
Baja voluntaria		9,1	3,6	0,0			
Expulsión		13,6	3,6	0,0			
Derivación		0,0	0,0	7,1			
Otros		4,5	10,7	21,4			

Nota: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p<0,000

Características individuales y perfil psicológico

En este apartado se exponen los resultados obtenidos de los instrumentos psicológicos. La Tabla 6 resume las puntuaciones y muestra las diferencias significativas en las variables de psicopatía, deseabilidad social y presencia de parafilias. En relación con las puntuaciones en la escala de psicopatía, los agresores del grupo de alto riesgo obtienen puntuaciones medias más elevadas ($M=77,1$; $SD=20,4$) en comparación al grupo de bajo riesgo ($M=60,8$; $SD=10,1$) y el grupo de riesgo moderado ($M=67,6$; $SD=15,5$). Es decir, los agresores de alto riesgo presentan mayor ausencia de empatía y remordimientos, además que tienden a manipular más a los demás. Con respecto a la deseabilidad social, los agresores de alto riesgo obtienen puntuaciones más bajas ($M=16,9$; $SD=5,3$) que los agresores con un riesgo de reincidencia bajo ($M=20,4$; $SD=5,9$). En otras palabras, los agresores de alto riesgo no les importa quedar bien delante de los demás y responden a los cuestionarios sin tener en cuenta la opinión del resto. Por último, con respecto a la presencia de parafilias, estas están más presentes en el grupo de agresores sexuales de alto riesgo. Las únicas parafilias que no muestran diferencias significativas son el sadismo y el fetichismo, aunque en ambos casos hay mayor presencia de estas parafilias en el grupo de agresores sexuales de alto riesgo que en el resto de los grupos.

No se han encontrado diferencias significativas en el resto de las variables exploradas, aunque sí muestran ciertas tendencias entre los grupos. En relación con creencias y actitudes hacia la prostitución, es de interés señalar que los agresores de alto riesgo obtienen puntuaciones más elevadas en creencias desviadas ($M=33,9$; $SD=10,2$) en comparación al grupo de bajo riesgo ($M=31,2$; $SD=9,6$). En el ámbito de roles de género tradicionalmente impuestos, son los agresores de bajo riesgo los que presentan mayores puntuaciones ($M=36,7$; $SD=7,2$) en comparación al grupo de alto riesgo ($M=34,9$; $SD=8,5$). Por último, en relación con creencias de mitos del amor romántico, se observa que el grupo de alto riesgo presenta puntuaciones más elevadas ($M=29,3$; $SD=6,2$) en comparación al grupo de bajo riesgo ($M=28,3$; $SD=6$). También destaca que el grupo de alto riesgo es el que ha obtenido mayores puntuaciones en el reconocimiento del delito y el daño causado ($M=15,2$; $SD=11$) en comparación con los agresores de bajo riesgo ($M=14,6$; $SD=6,9$). Con respecto a las características de salud mental los agresores sexuales de alto riesgo obtienen puntuaciones medias más elevadas en la escala de somatización ($M=9,7$; $SD=4,2$) en comparación al grupo de bajo riesgo ($M=9,0$; $SD=4,3$), es decir, presentan síntomas físicos como mareos, náuseas o falta de aire debido a su estado emocional. Igual ocurre en la escala de depresión, ansiedad y pánico, en las que los agresores de alto riesgo obtienen puntuaciones más altas.

En relación con la autoeficacia, el grupo de alto riesgo obtiene puntuaciones más altas (M=38,5; SD=12,1) que el resto de los grupos, donde el grupo de bajo riesgo obtiene puntuaciones más bajas (M=35,8; SD=14). Finalmente, atendiendo a las distorsiones cognitivas hacia la agresión, si puede observarse que el grupo de alto riesgo es el que mayor puntuación obtiene, tanto en agresión hacia menores (M=53,3; SD=16,1) como en mayores de edad (M=32,9; SD=17,8). Eso quiere decir que pueden ser más propensos a tener una idea equivocada de lo que una relación sexual se refiere o pueden justificar el acto cometido.

Tabla 5. Datos penales y estancia en prisión

	N	Bajo M (DT) %	Moderado M (DT) %	Alto M (DT) %	X ²	F	p
Abuso de sustancias	140	3,1 (3,1)	4,5 (3,2)	4,4 (3,2)		2,915	0,058
Sexismo Hostil Benevolente	216	19,7 (13,6) 27,0 (14,1)	19,2 (15,4) 27,2 (13,4)	18,8 (12,3) 27,1 (14,3)		0,063 0,003	0,939 0,997
Creencias hacia la prostitución Desviadas Victimización	220	31,2 (9,6) 22,0 (6,8)	31,5 (10,0) 22,1 (8,1)	33,9 (10,2) 23,5 (7,7)		1,198 0,651	0,304 0,523
Roles de género	211	36,7 (7,2)	35,6 (7,8)	34,9 (8,5)		0,853	0,428
Amor romántico	217	28,3 (6,0)	29,1 (6,7)	29,3 (6,2)		0,504	0,605
Reconocimiento del delito	195	14,6 (6,9)	14,6 (7,9)	15,2 (11,0)		0,077	0,926
Características psicológicas Somatización Depresión Ansiedad Pánico	213	9,0 (4,3) 11,6 (4,9) 5,0 (2,3) 4,4 (2,3)	9,1 (4,1) 11,0 (4,8) 5,2 (2,7) 4,6 (2,5)	9,7 (4,2) 12,3 (4,3) 5,7 (2,5) 4,7 (2,3)		0,371 0,996 1,107 0,216	0,691 0,371 0,333 0,806
Psicopatía	211	60,8 (10,1)	67,6 (15,5)	77,1 (20,4)		17,656	0,000***
Autoeficacia	129	35,8 (14,0)	37,0 (14,5)	38,5 (12,1)		0,323	0,725
Deseabilidad social	197	20,4 (5,9)	19,7 (5,0)	16,9 (5,3)		5,885	0,003**
Inteligencia	211	12,5 (5,8)	11,5 (6,0)	12,1 (6,4)		0,636	0,531
Distorsiones cognitivas Hacia menores Hacia la violación	103 94	49,2 (13,6) 30,9 (13,3)	48,2 (14,9) 32,0 (16,2)	53,3 (16,1) 32,9 (17,8)		0,797 0,120	0,453 0,887
Parafilias Voyerismo Exhibicionismo Froteurismo Masoquismo Sadismo Pedofilia Fetichismo Travestismo	204 206 205 204 205 202 203 205	13,6 0,0 4,9 2,5 3,7 3,8 8,8 1,2	36,3 6,2 8,8 1,3 2,5 6,3 5,1 2,5	50,0 12,2 24,4 17,1 4,9 22,0 22,0 12,2	18,562 11,877 14,522 19,038 1,656 16,415 9,238 12,248	0,001** 0,018* 0,006** 0,001** 0,799 0,003** 0,055 0,016*	

Nota: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p<0,000

3.2.2. Diferencias en las características de la agresión según el riesgo de reincidencia

Con el fin de cumplir el segundo objetivo de esta investigación, en este apartado se describen las diferencias encontradas de la información penitenciaria referentes a las características de la agresión. La Tabla 7 describe las variables exploradas e identifica diferencias en el tipo de agresión cometida, la relación entre el agresor y la víctima, el número de víctimas agredidas y en el sexo y la edad de las víctimas. En relación con el tipo de agresión cometida, los agresores de alto riesgo cometen, en mayor medida, agresiones en serie (21,3%), son reincidentes (25,5%) o han empleado plataformas web para contactar con sus víctimas (agresión online) (22,5%). En cambio, los agresores sexuales con un bajo riesgo de reincidencia cometen más frecuentemente una única agresión (83,5%) o agreden de forma continuada a una víctima (64,1%). Con respecto a la relación entre el agresor y la víctima, destaca que la mayoría de las víctimas eran desconocidas en el grupo de agresores sexuales de alto riesgo (87,5%), mientras que en el grupo de agresores de bajo riesgo de reincidencia la mayoría de las víctimas eran familiares (65,9%) o conocidas (34,1%). También se identifican diferencias estadísticamente significativas en el número de víctimas agredidas, siendo mayor el número entre los agresores de alto riesgo ($M=2,6$; $DT=3,8$) en comparación a los agresores sexuales de bajo riesgo, que agreden de media a menos víctimas ($M=1,1$; $SD=0,4$). En relación con la edad de la víctima, se muestra en la tabla que los agresores sexuales de alto riesgo agreden, en mayor proporción, a víctimas mayores de edad (52,1%), mientras que la mayoría de los agresores sexuales de bajo riesgo agreden a víctimas menores (68,6%). Por último, también se identifican diferencias en el sexo de la/s víctima/s agredidas. Aunque la mayoría de las víctimas son femeninas en los tres grupos, en el grupo de alto riesgo se advierte que han agredido a ambos sexos en mayor proporción (16,7%) que el grupo de bajo riesgo (0,0%) y el grupo de riesgo moderado (2,3%).

No se han identificado diferencias significativas en el resto de las características exploradas. Aun así, es de interés mencionar que el hecho cometido más recurrente entre los tres grupos es la agresión sexual con penetración, siendo el grupo de alto riesgo el que menos ha cometido este hecho (55,0%) en comparación al grupo de bajo riesgo, que es el grupo que más ha realizado dicha conducta (70,6%). También hay que añadir que los agresores de alto riesgo son los que han agredido a sus víctimas en mayor proporción en un espacio público (34,1%) en comparación al grupo de bajo riesgo (14,1%).

Tabla 5. Datos penales y estancia en prisión

	N	Bajo M (DT) %	Moderado M (DT) %	Alto M (DT) %	X2	F	p
Tipo de agresión cometida							
Única	231	83,5	73,6	46,8	29,859		0,000***
Grupal	220	7,1	8,0	6,4	0,263		0,877
Serie	221	5,9	12,6	21,3	12,556		0,002**
Reincidente	213	3,5	5,7	25,5	48,769		0,000***
Online	192	1,3	6,8	22,5	18,562		0,000***
Continuada	194	64,1	33,8	36,6	16,138		0,000***
Hecho cometido							
Tocamientos	214	44,7	49,4	54,8	7,054		0,316
Agresión con penetración	210	70,6	69,4	55,0	3,329		0,189
Agresión sin penetración	210	4,7	7,1	12,5	2,493		0,288
Lugar de la agresión	214				7,262		0,106
Espacio público		14,1	25,3	34,1			
Espacio cerrado		84,7	73,5	63,6			
Consumo	217				7,395		0,286
Agresor/es		4,7	5,9	4,3			
Víctima/s		2,4	8,2	2,1			
Ambos		11,8	5,9	4,3			
Ninguno		81,2	80,0	89,4			
Relación entre el agresor y la víctima	220				124,039		0,000***
Desconocidos		0,0	42,5	87,5			
Conocidos		34,1	40,2	8,3			
Familiar		65,9	17,2	4,2			
				2,6			
Número de víctimas agredidas	214	1,1 (0,4)	1,7 (1,7)	2,6 (3,8)		7,545	0,000***
Edad de la víctima	220				14,403		0,006**
Mayor de edad		31,4	43,0	52,1			
Menor de edad		68,6	55,8	41,7			
Ambos		0,0	1,2	6,3			
Sexo de la víctima	221				27,468		0,000***
Femenina		97,7	86,2	70,0			
Masculina		2,3	11,5	8,3			
Ambos		0,0	2,3	16,7			

Nota: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p<0,000

4. SEGUNDA PARTE

EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES EN LA INTERVENCIÓN DE AGRESORES DE ALTO RIESGO

4.1. METODOLOGÍA

Con la finalidad de alcanzar el tercer objetivo de esa investigación, se ha organizado una sesión de grupo focal en el que han participado 7 profesionales de distintos centros penitenciarios de España con experiencia en la intervención con agresores sexuales.

4.1.1. Muestra

El grupo focal realizado el día 19 de octubre del 2023, ha contado con la participación de 7 profesionales de distintos centros penitenciarios de España encargados de aplicar el Programa para el Control de la Agresión Sexual (PCAS) en medio cerrado. Se les ha ofrecido la participación en el grupo focal, prestando su consentimiento y han accedido a grabar la sesión. La sesión ha sido moderada por el equipo de investigación de FIADYS. A continuación, se identifica a cada profesional:

- Profesional 1. Psicóloga en el Centro Penitenciario de Teixeiro.
- Profesional 2. Psicóloga en el Centro Penitenciario de Teixeiro.
- Profesional 3. Psicóloga en el Centro Penitenciario de Albolote.
- Profesional 4. Psicóloga en el Centro Penitenciario de Navalcarnero.
- Profesional 5. Psicólogo en el Centro Penitenciario de Zaragoza.
- Profesional 6. Psicóloga en el Centro Penitenciario de Picassent.
- Profesional 7. Psicóloga en el Centro Penitenciario de Ocaña I.

4.1.2. Procedimiento

Para la organización del grupo focal, se ha contactado con diferentes profesionales a través de correo electrónico gracias a la ayuda de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Se les exponía el objetivo de la investigación y la oportunidad de participar en ella. El grupo focal se ha realizado mediante una reunión telemática utilizando la plataforma Lifesize, que además permite la grabación de la reunión. Al finalizar la reunión, se compartió la grabación y se procedió a la transcripción de la misma.

La reunión se ha llevado a cabo facilitada por un moderador encargado de favorecer las intervenciones de cada participante. Las opiniones de cada profesional han seguido un guion compuesto por cuatro preguntas abiertas para permitir el discurso libre de los o las profesionales. Las cuestiones exploradas han sido:

- Conocer el perfil de los agresores sexuales dentro de prisión.
- Identificar las diferencias entre los agresores con una valoración del riesgo de reincidencia alta y los agresores con una valoración del riesgo baja.
- Saber la experiencia de los profesionales con el programa PCAS y la adecuación de este para el perfil de alto riesgo.
- Compartir la gestión de vuelta a la comunidad de los agresores sexuales.

4.1.3. Análisis cualitativo

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

4.2. RESULTADOS CUALITATIVOS

A continuación, se presenta el análisis de la sesión de grupo focal mediante las cuatro grandes preguntas planteadas en el guion.

4.2.1. Perfil de los agresores sexuales dentro de prisión

Aunque en la intervención con agresores se identifica una "heterogeneidad enorme entre perfiles", los profesionales que han participado en el grupo focal han identificado una serie de características en las que agrupar a los agresores sexuales en prisión. Apuntan que el perfil de los agresores ha ido cambiando a lo largo de los años. Como cuenta el Profesional 5, anteriormente se concebía un estereotipo de agresor muy impulsivo y agresivo. Hoy por hoy, según describe este profesional, uno de los perfiles más prevalentes es un agresor que comete una agresión puntual y, mayormente, a alguien conocido.

"Antes se enfocaba mucho al estereotipo de violador de callejón que asalta a mujeres desconocidas. Ahora encontramos a mucha gente normalizada, socializada y con un nivel educativo bueno. La mayor parte de los perfiles son de hombres que agreden a su expareja en una discusión de forma puntual".

Aun así, los profesionales han agrupado el perfil de los agresores en tres grupos: según la edad del agresor, según la edad de la víctima y la valoración del riesgo de reincidencia.

Agresores jóvenes vs Agresores mayores

Según los profesionales, los agresores mayores, tienen como característica diferencial la concepción estereotipada de la imagen de un agresor sexual. Debido a ello, no se sienten representados con ese estereotipo y niegan el delito cometido. Con respecto a los agresores jóvenes, los profesionales alertan del crecimiento de las agresiones cometidas por este grupo. Describen estas agresiones como más violentas y agresivas y que cada vez hay más agresiones cometidas en grupo. Los agresores más jóvenes se caracterizan por una mayor presencia de conductas sexuales desviadas, adicción al sexo y la despersonalización de las víctimas. Así lo cuentan diferentes profesionales.

"Sí, vemos diferentes perfiles entre la gente mayor, que es un perfil que no ven lo que han hecho como una agresión, con muchas creencias tradicionales, y los jóvenes. Este es otro perfil, que probablemente es el que más vayamos a recibir a partir de ahora y es una realidad totalmente distinta. Estos agresores usan el sexo como un producto de consumo, que tienen una adicción al sexo y desviaciones sexuales tremendas". (P1)

"He encontrado que la población joven está creciendo mucho respecto a las agresiones sexuales, donde impera una mayor agresividad, hay una despersonalización de la víctima, es utilizar el sexo como una herramienta de desahogo en la relación. Y no podemos olvidar aquellas agresiones que están ocurriendo en grupo". (P6)

Agresores jóvenes vs Agresores mayores

Otra diferenciación en el perfil es en función de la edad de la víctima. No se entra en detalles de las características de estos grupos, pero los profesionales mencionan la dificultad a la hora de intervenir en grupo cuando se juntan estos dos perfiles. La Profesional 6 cuenta que, cuando se juntan agresores de víctima adulta y agresores de menores, el grupo se estanca e incluso resulta incómodo para la intervención. Así lo relata:

"Es la primera vez que me planteo realizar una diferenciación entre agresores abusadores de menores y de adultos porque he visto un estancamiento del grupo cuando lo he mezclado. Me planteo esa posibilidad de hacer dos grupos en paralelo porque mezclarlos no me resulta cómodo a la hora de trabajar y así puedo comparar dónde encuentro la dificultad al actuar con un perfil y con otro" (...).

Agresores de bajo riesgo vs Agresores de alto riesgo

Por último, se plantea una tercera clasificación agrupando a los agresores con bajo o alto riesgo de reincidencia. La Profesional 4 lo define como "un problema muy grande a la hora de trabajar en grupo para encajar a estos dos perfiles y eso ha supuesto tener que hacer muchos reajustes".

Las características del perfil de los agresores de alto riesgo se describen en el siguiente apartado.

4.2.2. Perfil de los agresores de alto riesgo según los profesionales

Las características que definen a los perfiles de alto riesgo han sido divididas en tres grandes bloques: fantasías y desviaciones sexuales, adicción al sexo y dificultades en la intervención

Fantasías y desviaciones sexuales

La característica más mencionada entre los profesionales es la existencia de fantasías y desviaciones sexuales. Estas están presentes en todo tipo de agresores (de agresión única, agresión grupal, agresor de víctima a menores de edad y adulta...) de mayor riesgo de reincidencia. La Profesional 6 lo describe así:

"En mi opinión, lo que caracteriza a los agresores de alto riesgo son las fantasías. Aunque sea una persona que ha realizado un único delito, sea la primera vez que pasa por un proceso, si indagas en qué le excita sexualmente hay unas fantasías que determinarán mucho si puede volver a reincidir" (P6).

Los profesionales alertan que la excitación sexual no solo es desviada, sino que está cronificada. Según cuentan, la fantasía ha sido reforzada a través de masturbación en un período largo de tiempo. Así lo cuenta la Profesional 1:

"Puede que el agresor haya abusado de menores, que haya usado la violencia para cometer el delito, pero estas fantasías han estado fantaseando durante muchos años y han consumado esa fantasía a través de la masturbación. Las tienen muy reforzadas" (P1).

El mayor problema, según apuntan, es que la desviación sexual ha invadido todas las áreas de la vida del agresor. En este sentido, el agresor ya es incapaz de sentir excitación a través de un objeto sexual adaptado, como puede ser un vídeo, y solo es capaz de excitarse a través de un objeto sexual desviado, como por ejemplo un acto o una situación que implique violencia. Así lo cuentan los profesionales:

"La desviación sexual en este perfil está muy cronificada y me refiero a que ha invadido todas las esferas de su vida. En algunos casos la excitación sexual solo viene a través de un objeto sexual desviado. Se han desvinculado del objeto sexual adaptado y todas sus fantasías giran en torno al objeto desviado". (P4)

"Durante muchos años los agresores han tenido fantasías dónde se ejercía violencia y, al final, no son capaces de llegar al orgasmo si no se emplea esa violencia." (P1)

Adicción al sexo y a la pornografía

Los profesionales advierten que una de las características del refuerzo de la fantasía no se limita a la masturbación, sino que detrás hay un pensamiento, una idea obsesiva que se manifiesta a través de la masturbación compulsiva. Tal como lo resume la Profesional 1 "recurren a la pornografía para que fomente y les estimule esa fantasía". Con el paso del tiempo, la masturbación no cubre toda la excitación y para que el agresor pueda llegar al orgasmo recurre al sexo con otras personas, con poca vinculación cuyo objetivo es satisfacer su fantasía. De esta forma, se convierte en una adicción al sexo pues, para los agresores, el sexo es algo que consumen. La Profesional 4 lo define como: "...es como una persona adicta a las drogas o al alcohol".

Un aspecto relacionado con el consumo adictivo de sexo o recursos es la baja capacidad de control y conciencia emocional. En esta línea, los profesionales apuntan que hay muchos agresores que cubren una explosión de emociones que no saben identificar con un consumo de pornografía. La Profesional 3 apunta

"Hay un perfil de internos que no saben ponerle nombre a lo que sienten, entonces en un ataque de ira, tristeza o enfado recurren a la pornografía, a la prostitución y llegan a construir esa fantasía. La emoción es un hilo conductor que deriva a crear la fantasía".

Psicopatía

La característica psicológica que más destaca en los agresores de alto riesgo es la psicopatía. En estos casos, los profesionales ponen de manifiesto la dificultad de intervención con esta población y la capacidad de adaptar el programa a este perfil. El Profesional 5 así lo narra:

"He detectado que este grupo es más psicópata. Por lo general, el éxito terapéutico es muy complicado con este grupo. Yo cuando intervengo con ellos hago una intervención centrada egoístamente en ellos para que, al menos, no desistan".

Dificultades en la intervención

A continuación, se presenta algunas dificultades que se han citado como barreras para una buena intervención con los agresores con alto riesgo de reincidencia.

- Impermeabilidad a la intervención

Por un lado, en el grupo focal se ha comentado la poca permeabilidad que tienen a la intervención. En este sentido, los profesionales definen a los agresores de alto riesgo como personas con dificultades de aprendizaje o de abstracción de conceptos, lo que dificulta una intervención eficaz. Así lo cuentan los profesionales

"El perfil de más alto riesgo que he percibido yo les llamo "no procesadores". Son internos que no procesan nada de lo que hablamos y suelo tener uno por año. No hay forma de movilizar su mente." (P7)

"Yo detecto que este perfil es poco permeable a la intervención. Son personas con dificultad de abstracción, para almacenar conceptos, entonces para entender las explicaciones que damos en el programa es difícil. Un día les explicas una cosa, dicen que lo entienden y al día siguiente todo lo que has machacado el día anterior no ha servido de nada. Es difícil establecer unas pautas con ellos." (P5)

- Dificultades para integrarse en el grupo

Estos agresores de alto riesgo, al tener más desviaciones sexuales y menor conciencia emocional, presentan más sentimientos de angustia al no comprender lo que les sucede. Esto les lleva a un mayor aislamiento, una dificultad mayor en la integración en el grupo de intervención, lo que dificulta considerablemente el éxito terapéutico. Así lo cuenta la Profesional 1:

"Al tener una desviación sexual evidente tienen muchas dificultades para integrarse en el grupo porque se ven diferentes. Lo que les está pasando es algo que ni ellos mismos entienden. Están muy contenidos durante las sesiones, no cuentan y no terminan abriéndose y entonces es cuando la intervención no funciona".

Los profesionales diferencian entre dos tipos de perfiles de alto riesgo, aquellos que demandan ayuda y por ende son fáciles de integrar en el grupo y los que no requieren ayuda y, por lo tanto, no se integran bien en el grupo. Con estos últimos, el trabajo de motivación previa para su integración es fundamental. La Profesional 3 lo explica así:

"Yo diferencio al que demanda atención, ayuda durante las sesiones frente aquellos que yo detecto una necesidad de intervenir con ellos porque son una bomba de relojería. Con el primero, es más fácil integrarlo en el grupo puesto que tiene una alta motivación a participar. Con el segundo hay que hacer una labor previa de preparación para poder integrarlo en el grupo".

Los profesionales también otorgan una importancia fundamental al grupo a la hora de integrar al agresor con perfil de alto riesgo. Tal como lo describe la Profesional 4, "el grupo es un movilizador muy importante" que permite que se avance en los contenidos del programa o lo impide, produciéndose un estancamiento. La Profesional 6 así lo cuenta:

"Será el grupo el que va a decidir si esa persona se abre o por lo contrario pone su barrera y no avanza. Es necesario que el grupo tenga conciencia de que es un problema muy partido y que pueden ser útiles para ayudar a superar sus problemas".

- Participación, abandonos y eficacia de la intervención

Durante la sesión, se ha debatido la eficacia del programa de tratamiento en los agresores sexuales de alto riesgo. A este respecto los y las profesionales distinguen diferentes criterios para medir la eficacia, ya sea la participación en el programa o la reducción de la reincidencia.

En relación con la participación en el programa de tratamiento, los y las profesionales apuntan que los perfiles de alto riesgo son participativos y, sobre todo, muy demandantes de ayuda. La Profesional 1 apunta que es "...una demanda de ayuda casi desesperada". Prácticamente la totalidad de los agresores participan o quieren participar en el programa de tratamiento pues, desde que empieza el proceso judicial, todo el entorno considera que el agresor que tiene que participar en el programa. Así lo cuenta la Profesional 4:

"Son un buen perfil y en general suele participar porque están muy presionados por el sistema. El sistema nos ha educado durante los últimos 20 años a entender que todo el mundo que comete determinado tipo de delitos tiene que estar en programa. Se lo transmite el educador, el trabajador social, los funcionarios... todo el mundo lo ha interiorizado".

La mayoría de los profesionales están de acuerdo con esta afirmación. Añaden que no solo la participación es buena, sino que la tasa de abandono voluntario del programa es muy baja, alrededor del 1% o 2%. La Profesional 3 así lo explica:

"Desde mi experiencia, abandonos voluntarios del programa podemos hablar de un 1%, 2% como mucho, aunque hayan mostrado resistencias iniciales. La tasa de expulsión del programa porque como terapeuta ves que no avanza o está cerrado en banda también es un porcentaje bajo".

Desgraciadamente, esta realidad no es igual para todos los profesionales. Según cuenta la psicóloga del centro penitenciario de Picassent, en Valencia, hay una participación muy baja debido a la falta de recursos, son muchos perfiles de alto riesgo que se quedan sin poder acceder al programa pues hay una alta demanda y pocos profesionales para abarcarla. Así lo cuenta:

"Siento que tenemos un verdadero problema porque hay muchísimos internos que se quedan sin programa. De hecho, nuestro tanto por ciento de personas de alto riesgo que están recibiendo el programa es entorno al 2%, y estoy siendo generosa. Al fin y al cabo, somos cuatro personas que estamos en Valencia y en la última edición teníamos 400 candidatos de los cuales solo 15 recibieron tratamiento" (P6).

Cuando se analiza la eficacia del programa en agresores de alto riesgo en función de la reducción de la reincidencia, los profesionales apuntan limitaciones como la profundización en el delito cometido. Desde la experiencia de los profesionales a estos perfiles de alto riesgo les cuesta más asumir el delito y muestran muchos más argumentos que lo justifican, limitándose muchas veces a verbalizar los que en la sentencia condenatoria. La Profesional 3 explica su experiencia:

"... ¿Podemos decir que asumen el delito? En mitad. Tienen muchas resistencias, distorsiones cognitivas y muchas justificaciones. Se limitan a decir lo que está en sentencia reflejado y no profundizan más" (P6).

También consideran que debe existir un trabajo importante por parte del terapeuta para cambiar la motivación de estas personas y conseguir mantenerlas en el grupo. Así, consideran que el éxito terapéutico se consigue con el cambio de una motivación extrínseca a una motivación intrínseca.

La mayoría de los agresores inician el programa para conseguir permisos y recompensas en el centro y el éxito consiste en que los profesionales consigan cambiar dicha motivación externa a una motivación que implique la voluntad de mejorar y cambiar su situación personal. La Profesional 4 así lo cuenta:

"El interno empieza por una motivación extrínseca, por presión, porque sabe que, si no hace el programa, no conseguirá nada. Luego ya está la habilidad del terapeuta, y la suerte que tengamos con los internos del grupo, en conseguir engancharles al programa. Al final, desde mi experiencia esto ocurre a mitad del programa, rompen esas barreras y se dan cuenta de que la intervención es necesaria".

4.2.3. Limitaciones y recomendaciones en relación con el programa PCAS

Limitaciones de la intervención

Uno de los aspectos más repetidos durante la sesión de grupo focal ha sido la limitación que presente el programa PCAS a la hora de trabajar con distintos perfiles. Para exponerlo con mayor detalle, se han dividido las limitaciones en tres bloques. El primero, explora las limitaciones de la población objetivo a la que está dedicada el programa. El segundo bloque describe las exigencias de la intervención que limitan la finalización del programa. Por último, el tercer bloque plantea los momentos idóneos en la intervención.

- Población objetivo del programa

Los y las profesionales están todos de acuerdo que el programa PCAS no da cobertura a la heterogeneidad de perfiles que suelen existir cuando se forma un grupo de intervención. Según los profesionales, la intervención prioritaria del programa está enfocada principalmente a un tipo de agresión que ha quedado desfasada. El Profesional 5 así lo detalla:

"El programa tiene ese enfoque antiguo de violador de callejón. Ese hombre que asalta con una navaja a múltiples mujeres desconocidas que van solas" (P5).

En cambio, no se cubren las necesidades de aquellos agresores que han abusado de menores, con lo que impide trabajar profundamente en esta población. La Profesional 1 lo cuenta así:

"...Está más enfocado a agresores y, desde nuestra experiencia, queda corto en abusadores de menores. Cuando hablas con los internos que están ahí por abuso infantil, no conectas con ellos. No tenemos tantos contenidos, y los que hay no están tan desarrollados ni hay tantas explicaciones para los profesionales" (P1).

- Exigencias para la inclusión en el programa PCAS

Los criterios de inclusión de participantes en el programa constituyen otra preocupación para los profesionales. El programa PCAS tiene criterios muy exigentes, además de requerir buenas habilidades de aprendizaje y buen dominio del idioma castellano. La Profesional 1 así lo explica:

"El PCAS tiene tantas exigencias que muchos internos no entran en los criterios del programa. Rechazamos muchos porque sabemos que no alcanzarán los objetivos" (P1).

Además de las exigencias de ingreso, los profesionales también resaltan las dificultades de los contenidos, que consideran muy densos y teóricos, lo que dificulta considerablemente que los internos conecten con los conceptos principales. Así lo explica la Profesional 3:

"Para mí el PCAS es un programa muy denso, muy teórico donde no encuentro esa parte más vivencial, más experiencial, más emocional. El objetivo del programa no es soltarle un tema y luego examinarle de esa lección. Es hacer que conecten y que lo relacionen con vivencias suyas".

Debido a esta situación, en algunos centros han empezado a implementar una iniciativa dedicada a agresores sexuales con discapacidad intelectual (PASDI). Este programa, tal como lo describen los profesionales, "el enfoque es más sencillo, más fácil y asumible para ellos". De esta forma, han incluido a internos que no presentan ninguna discapacidad intelectual, pero si presentan alguna dificultad cognitiva en este programa. La Profesional 2 lo resume:

"Hemos visto que cuando les incluimos en el PASDI entienden los conceptos super rápido. El tema del consentimiento está muy bien explicado, es muy concreto y específico en el tema de la simetría con los menores".

- Momento idóneo para iniciar la intervención

Por último, otro de los temas debatidos ha sido la idoneidad en relación al momento del inicio la intervención. Tal como apuntan los profesionales, el manual está pensado para aplicarse alrededor de las tres cuartas partes de la condena. Como dice el Profesional 5: "el interno tiene una retribución mínima que tiene que pagar". A partir de esta situación, aparecen un problema: agresores de alto riesgo que tienen un perfil excelente dentro de prisión con condena muy larga en el que el/la terapeuta está presionado/a a intervenir con ellos lo antes posible. Comentan que es cada vez más frecuente encontrarse con presiones por parte de jueces o por parte de la junta de tratamiento para que este perfil de interno reciba el programa lo antes posible. Según comenta la Profesional 3 "parece que los factores de riesgo solo los vea yo". De la misma forma ocurre cuando la intervención se plantea al final de la condena, donde los profesionales se encuentran con situaciones en las que, debido a que se aplica una progresión del grado penitenciario, no terminan la intervención. Tal como explica la Profesional 1:

"El PCAS está planteado de tal forma que una vez el interno haya retribuido, yo le trato para cuando esté en disponibilidad de permiso o libertad. Pero ahora nos estamos encontrando con autos de jueces de vigilancia que no es que nos recomienden, es que nos imponen que iniciemos tratamiento y aún le quedan 20 años de condena. Y al final se genera esta polémica y parece que la pelota siempre está en el tejado del psicólogo. Ocurre lo mismo cuando están a finales de condena. Les dan el tercer grado e interrumpen el programa. Se van, aun faltando módulos".

Ante esta situación, la Profesional 4 es contundente: "la intervención hay que darla cuando los técnicos, que somos especialistas en esto, decidimos que hay que dar la intervención".

Recomendaciones

Las diferentes recomendaciones expuestas por los profesionales se pueden dividir en dos bloques. Por un lado, la propuesta de intervenir de forma distinta en función de la valoración del riesgo de reincidencia y, por otro lado, las actualizaciones en el contenido de los módulos y temáticas a trabajar.

- Intervención distinta en función de la valoración del riesgo de reincidencia

Dada la heterogeneidad del grupo planteada con anterioridad, los profesionales se preguntan si los distintos perfiles existentes necesitan una intervención distinta, ya que se aplica el mismo programa para todos los tipos de agresor. Si que existe unanimidad en que el PCAS implica una intervención muy larga y profunda y que, como cuenta la Profesional 5 "no todo el mundo necesita pasar por el PCAS". En este sentido, los profesionales están de acuerdo en que el programa debería reservarse para los perfiles de mayor riesgo. Por tanto, se plantea una intervención más corta para aquellos agresores que presenten bajo riesgo de reincidencia. Es por esto que los profesionales proponen añadir talleres independientes al programa de tratamiento donde se trabajen aspectos iniciales del programa, tales como la motivación al cambio o el reconocimiento del delito. Explican que esta sería una forma de asistir a todos los internos y no dejarlos desamparados.

- Actualización y adición de contenido en el programa de tratamiento

Los profesionales han debatido sobre el contenido del programa. Se han expuesto qué contenidos ya existentes necesitan ser actualizados y, a su vez, se ha comentado qué necesidades no están siendo cubiertas y, por tanto, qué temáticas deberían de añadirse con tal de ofrecer una intervención más eficaz.

Por lo que se refiere a la actualización de los módulos ya existentes, estas se focalizan en el módulo de sexualidad y empatía. Por un lado, el módulo de educación sexual es el más criticado. Según los profesionales, la forma de tratar la sexualidad es infantil. Tal como lo describe la Profesional 1 "les estamos hablando a adultos sobre educación sexual como si fueran adolescentes" y, además, la sexualidad que se explica está muy centrada en la sexualidad juvenil. Por otro lado, respecto al módulo de empatía, se propone actualizar los materiales ofrecidos ya que los recursos audiovisuales que ofrece están desfasados, y el terapeuta ha tenido que invertir más tiempo en encontrar material acorde al grupo y a los tiempos que corren.

Añaden que, en este módulo en concreto, no solo es necesario actualizar los contenidos, sino que convendría añadir testimonios de víctimas ya que, tal como mencionan los profesionales, "es muy difícil que empaticen si no escuchan una víctima".

Otro aspecto que requiere de actualización según los profesionales es la estructura del programa. En este sentido, la mayoría de los profesionales deben empezar el programa de tratamiento con dinámicas de cohesión grupal para fomentar confianza entre los componentes y con el psicólogo/a y, mismamente, romper barreras para empezar a trabajar con ellos. Otros profesionales proponen intercambiar el orden y reducir el contenido de los módulos para no sobrecargar al grupo.

En relación con la adición de nuevos contenidos, se ha propuesto añadir nuevas temáticas como nuevas adicciones enfocadas al sexo y a la pornografía y el impacto de las nuevas tecnologías en la comisión del delito. También, como se ha comentado con anterioridad, muchas temáticas comentadas están relacionadas con cubrir las necesidades de los agresores que han abusado de un menor de edad. Temas como la asimetría en la relación, el desarrollo madurativo y sexual de una persona han sido reclamados por los profesionales

4.2.4. La vuelta a la comunidad

Este último punto explora la gestión de la vuelta a la comunidad de los internos cuando ya han cumplido su condena en prisión. Existe un consenso entre los profesionales alrededor de que los internos salen a la comunidad con un alto grado de estigmatización y rechazo y con escaso apoyo social. Tal como lo resume la Profesional 4 "ni tienen recursos previamente ni tienen recursos cuando salen de prisión". La experiencia de la Profesional 6 es similar:

"La vuelta a la comunidad yo la vivo como un fracaso. Muchos de los internos están solos en el mundo y esta persona va a salir a una sociedad que no le quiere. Siento que hemos hecho un trabajo de dos años que se queda en vacío porque sale, está solo, un riesgo de reincidencia elevadísimo y son una bomba de relojería".

El estigma y el rechazo no solo se produce en el entorno más cercano al agresor, el problema es que existe un alto grado de rechazo por parte de los recursos a los que podría acceder en la comunidad. Algunos recursos rechazan el trabajo con este colectivo. La experiencia de la Profesional 3 es similar:

"Hay un estigma social que hay que romper. Salen de estar super protegidos, de estar super bien asesorados, de tener apoyo y les soltamos y se echa en falta la ayuda en la comunidad para este tipo de personas y recibes respuestas como: "no, nosotros con agresores no trabajamos porque tenemos que mantener nuestro estatus".

De hecho, son muchos los profesionales se hacen cargo ellos mismos de contactar a profesionales de confianza o dejan su contacto personal para estar al corriente de su seguimiento o ser un referente en caso de necesitar contención.

Actualmente, en España existe un programa en la comunidad para agresores sexuales llamado Círculos. Desde la experiencia de los profesionales, los internos que pueden acceder a este recurso si agradecen el apoyo recibido, aunque rechazan tener que volver a explicar el delito y reexperimentar emociones ligadas a este. Así lo cuenta la Profesional 7:

"El programa Círculos creo que está genial y ojalá todos los internos tuvieran acceso. Los internos que he llevado yo si se han quejado de tener que seguir contando lo que sucedió porque realmente lo sufren mucho. Sí que les gusta la idea de sentirse apoyados fuera, pero se sienten presionados a hacer grupo de nuevo, volver a contar y reexperimentar el delito".

Igual que ocurre con el programa PCAS, los profesionales también observan que los criterios de inclusión en el programa Círculos son muy exigentes e impiden la inclusión de todos los internos que necesitan este recurso. Así lo cuenta la Profesional 4:

"Círculos es una primera iniciativa que ha nacido para cubrir un vacío. Pero es muy exhaustivo y esa exhaustividad impide que llegue a un gran número de internos. Es una intervención muy profunda, muy amplia, muy compleja, pero con muy pocos casos"

5. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

La investigación que aquí se presenta tiene como objetivo principal el análisis en profundidad de los agresores sexuales de mayor riesgo de reincidencia que se encuentran cumpliendo una pena de prisión. Para ello se ha comparado un grupo de delincuentes sexuales de alto riesgo, clasificados en base al instrumento de valoración de riesgo STATIC-99, con un grupo de medio y bajo riesgo de reincidencia. Los resultados de esta investigación apuntan a que hay un perfil diferencial que distingue a los agresores sexuales de mayor riesgo de reiteración delictiva. En cuanto al perfil sociodemográfico del grupo de alto riesgo, destaca que la mayoría son españoles, sin apenas hijos y hermanos o hermanas. Además, han cotizado menos años a la Seguridad Social, lo que podría explicar el hecho que tienden a ser más jóvenes y con trabajos más esporádicos, aunque las diferencias en estas dos últimas variables no han mostrado ser significativas.

En relación con los factores de riesgo, se detecta una mayor presencia de problemas de salud mental en los agresores sexuales de alto riesgo. Además, en cuanto a las variables penitenciarias analizadas, los delincuentes de alto riesgo han ingresado en prisión a edades más tempranas, presentan un mayor número de ingresos y también más número sanciones durante su estancia en prisión. Por otro lado, este tipo de agresores tienen condenas más largas y pasan más tiempo en prisión antes de salir de permisos. Esto impacta en su percepción al salir de prisión anticipando mayores dificultades para reincorporarse al mundo laboral.

En cuanto a las actividades realizadas en prisión, el grupo de alto riesgo participa en mayor medida en el programa para personas con enfermedad mental (PAIEM) y, aunque no de forma significativa, en el programa de prevención de suicidios (PPS). Sin embargo, aunque el porcentaje de agresores sexuales de alto riesgo que participa en el programa de tratamiento específico para el control de la agresión sexual (PCAS) es mayor, no se encuentran diferencias significativas respecto al grupo de medio y bajo riesgo. Sí se encuentra de forma significativa que los agresores de alto riesgo tienen menos destinos y realizan menos actividades deportivas.

Por último, al analizar el perfil psicológico de los delincuentes sexuales de alto riesgo, los resultados muestran que obtienen puntuaciones más elevadas en psicopatía y mayor presencia de parafilias, en comparación al grupo de medio y bajo riesgo, presentando, además, menor deseabilidad social.

Además de las diferencias en el perfil de los agresores sexuales de mayor riesgo, también se han analizado las características y naturaleza de los delitos cometidos. Lo primero que destaca, como era esperable por los resultados de estudios previos, es que los agresores sexuales de alto riesgo son, en mayor medida, agresores en serie o reincidentes, con mayor número de condenas previas, que agreden a múltiples víctimas, normalmente mujeres adultas, con las que no existe una relación previa. En contraposición, los agresores de menor riesgo de reincidencia agreden a una única víctima, habitualmente menores de edad y de forma continuada en el tiempo, siendo las víctimas conocidas o del entorno familiar. Por otro lado, en el grupo de delincuentes sexuales de alto riesgo hay mayor proporción de delitos cometidos de forma online.

Los resultados cuantitativos de este estudio han sido complementados con la experiencia de profesionales que realizan intervención en prisión con delincuentes sexuales. Los y las profesionales concluyen que la mayoría de los agresores sexuales cometen una única agresión a una persona conocida, lo que correspondería al grupo más numeroso de bajo riesgo de reincidencia. Sin embargo, destacan el aumento de los casos de delincuentes más jóvenes que cometen la agresión en grupo. En cuanto a la gestión del tratamiento con los agresores sexuales, mencionan que resulta difícil para la intervención mezclar en un mismo grupo a agresores de mujeres adultas y abusadores de menores, es decir, lo que se ha identificado en este estudio con los agresores de mayor riesgo y menor de reincidencia.

Para distinguir a los agresores sexuales de alto riesgo, los y las profesionales analizan las fantasías sexuales desviadas del sujeto y su desviación sexual, que suele estar muy cronificada y ha invadido diferentes ámbitos de la vida de la persona. También consideran que el perfil de mayor riesgo recurre frecuentemente a la pornografía que refuerza las fantasías sexuales desviadas. Además, en el grupo de mayor riesgo detectan mayor presencia de psicopatía, lo que dificulta el éxito de la intervención. . Estas observaciones por parte de los y las profesionales concuerdan con los resultados cuantitativos de este estudio que identifican las parafilias y la psicopatía como dos características que distinguen a los agresores sexuales de alto riesgo. Por otro lado, estas características dificultan que este perfil

de agresores se integre y pueda aprovechar la intervención específica en prisión, a pesar de que la tasa de participación es muy elevada y hay muy pocos abandonos. Sin embargo, para poder realmente conseguir un cambio a raíz de la intervención, es fundamental que se incorporen a la dinámica del grupo y que éste les acepte.

Todo ello, con la puntualización de algunas profesionales, que remarcan que hay más solicitudes de participar en el tratamiento de las que los y las profesionales pueden atender. Esta limitación se une a que el programa sólo se dirige, según su opinión, a un tipo de agresión y que no cubre la heterogeneidad de perfiles de delincuentes sexuales que reciben en prisión. Además, según comentan los y las profesionales, la intervención es muy exigente y requiere un buen conocimiento del idioma y elevadas capacidades cognitivas para comprender los conceptos que se tratan. Esto puede dificultar el aprovechamiento del tratamiento de algunos internos, lo que ha llevado a aplicar contenidos de la iniciativa PASDI, para agresores sexuales con alguna discapacidad intelectual o cognitiva.

Por otro lado, desde la experiencia de estos y estas profesionales, también se identifican una serie de buenas prácticas para mejorar la intervención con delincuentes sexuales de alto riesgo. Lo primero sería plantear una intervención distinta en función del perfil de agresor sexual. En este sentido, el riesgo podría ser una buena herramienta para discriminar el tipo de tratamiento que se ofrece, más largo e intenso en los de mayor riesgo, y más breve en los de bajo riesgo de reincidencia. Además, para aquellos que tienen condenas largas o con más resistencias, el programa podría ser complementado con talleres previos de motivación al cambio y que faciliten el reconocimiento del delito, para que no hubiera que esperar tanto para atender la demanda de programa de delincuentes sexuales que tienen largas condenas de prisión. También, según la opinión de los y las profesionales, habría que actualizar algunos módulos y contenidos del programa (como el de sexualidad y empatía) y quizás añadir otras cuestiones como la adicción al sexo y/o la pornografía y el impacto de las nuevas tecnologías en la comisión del delito. Finalmente, destacan como última dificultad la gestión de la vuelta de los agresores sexuales a la comunidad por el estigma y las necesidades de apoyo social que presentan este perfil de delincuentes. Los y las profesionales reclaman más servicios y recursos para derivar a estos internos y facilitar la vuelta a la comunidad, lo que disminuiría el riesgo de reincidencia.

Limitaciones

Esta investigación cuenta con una serie de limitaciones que imponen cautela a la hora de generalizar sus resultados. En primer lugar, como la participación en el estudio es voluntaria, es posible que precisamente los perfiles de mayor riesgo y, por tanto, con menor reconocimiento del delito, sean lo que no hayan querido participar en esta investigación. En segundo lugar, la larga extensión de los cuestionarios e instrumentos psicológicos ha dificultado tanto el correcto cumplimiento de estos como la participación en la investigación. Los internos debían atender a otras obligaciones en el centro como ir a la escuela o cumplir con su horario de trabajo, dejando los cuestionarios a medias porque no habían tenido tiempo de terminar. En ocasiones, directamente rechazaban participar en la investigación prediciendo que no iban a poder cumplimentarlo por falta de tiempo.

En tercer lugar, otra limitación percibida hace referencia a la representación de internos de habla no hispana en la muestra. Dado que los cuestionarios están redactados en castellano, los internos debían tener un buen dominio del idioma, ya sea escrito o hablado. En los casos que no tenían dichas habilidades, el equipo de trabajo ofrecía apoyo explicando o traduciendo las preguntas. Pese a ello, muchos internos extranjeros rechazaron participar al no comprender qué debían hacer. En cuarto y último lugar, la complejidad de las preguntas ha dificultado la comprensión de los cuestionarios, haciendo que internos con discapacidad intelectual, dificultades lectoras o analfabetos no pudieran cumplimentar los cuestionarios correctamente, aun con la ayuda prestada.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andreu, Y., Galdón, M. J., Dura, E., Ferrando, M., Murgui, S., García, A., y Ibáñez, E. (2008). Psychometric properties of the Brief Symptoms Inventory-18 (Bsi-18) in a Spanish sample of outpatients with psychiatric disorders. *Psicothema*, 20(4), 844–850.
- Baessler, J. y Schwarzer, Ralf. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Baber, K. M., y Jenkins-Tucker, C. (2006). The Social Roles Questionnaire: A new approach to measuring attitudes toward gender. *Sex Roles*, 54(7-8), 459–467. <https://doi.org/10.1007/s11199-006-9018-y>
- Baert, S., De Buyser, S., Van Belle, S., Gemmel, P., Rousseau, C., Roelens, K., & Keygnaert, I. (2023). Factors related to police reporting in sexual assault care centers: are we underestimating the role of support persons?. *Violence Against Women*. <https://doi.org/10.1177/10778012231183659>
- Baert, S., De Buyser, S., Van Belle, S., Gemmel, P., Rousseau, C., Roelens, K., & Keygnaert, I. (2023). Factors related to police reporting in sexual assault care centers: are we underestimating the role of support persons?. *Violence Against Women*. <https://doi.org/10.1177/10778012231183659>
- Bertsch, I., Potard, C., Réveillère, C., Hoang Pham, T., y Courtois, R. (2023). Contribution of a Cluster Approach to Identify the Profiles of Men Sentenced for Sexual Violence According to Their Risk of Reoffending. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(3-4), 2910-2933. <https://doi.org/10.1177/08862605221104529>
- Bohn, M. J., Babor, T., y Kranzler, H. R. (1991) Validity of the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in inpatient substance abuser. *Problems of drug dependence*, 119, 233-235
- Bosch, E., Ferrer, M., García, E., Ramis, M. C., Mas, M. C., Navarro, C., y Torrens, G. (2007). *Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja*. Instituto de la Mujer, Ministerio de Igualdad.

- Bumby, K. (1996). Assessing the Cognitive Distortions of Child Molesters and Rapists: Development and Validation of the MOLEST and RAPE Scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8(1), 37-54. <https://doi.org/10.1177/107906329600800105>
- Crowne, D.P. y Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354
- Derogatis, L.R. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI-18): Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, NCS Pearson.
- Expósito, F., Moya, M. C., y Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos [Ambivalent sexism: Measurement and correlates]. *Revista de Psicología Social*, 13(2), 159–169. <https://doi.org/10.1174/021347498760350641>
- Ferrando, P. J., y Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la escala de deseabilidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*, 12(3), 383-389.
- Glick, P. y Fiske, S. T. (1996). The ambivalent sexism inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491 – 512.
- Giménez-Salinas, A., Pérez, M., Vozmediano, L., San Juan, C., Ramos, D., González, J. L., Soto, J. E., Pozuelo, L., y De Juan-Espinosa, M. (2018). *Agresores sexuales con víctimas desconocidas. Implicaciones para la investigación criminal*. Ministerio del Interior
- Gómez-Leal, R., Megías-Robles, A., Gutiérrez-Cobo, M. J., Cabello, R., Fernández-Abascal, E. G., y Fernández-Berrocal, P. (2021). Spanish Adaptation and Validation of the 34-Item Self-Report Psychopathy Scale (SRP). *Journal of personality disorders*, 35(2), 217–235. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_434
- Gualco, B., Scarpa, F., & Rensi, R. (2021). Assessment of Recidivism Risk in Sex Offenders: A Pilot Study in Central Italy. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(11), 1590. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111590>
- Hanson R. K. (2006). Does Static-99 predict recidivism among older sexual offenders?. *Sexual abuse: a journal of research and treatment*, 18(4), 343–355. <https://doi.org/10.1177/107906320601800403>
- Harris, A., Phenix, A., Hanson, R. K., Thornton, D., & Harris, A. J. (2003). *STATIC-99 coding rules revised*. Ottawa, Ontario: Solicitor General Canada.

- Helmus, L. M., Kelley, S. M., Frazier, A., Fernandez, Y. M., Lee, S. C., Rettenberger, M., & Boccaccini, M. T. (2022). Static-99R: Strengths, limitations, predictive accuracy meta-analysis, and legal admissibility review. *Psychology, Public Policy, and Law*, 28(3), 307-331. <https://doi.org/10.1037/law0000351>
- Helmus, L., Hanson, R. K., Thornton, D., Babchishin, K. M., y Harris, A. J. (2012). Absolute recidivism rates predicted by Static-99R and Static-2002R sex offender risk assessment tools vary across samples a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 39(9), 1148–1171. <http://dx.doi.org/10.1177/0093854812443648>
- Levin, L., & Peled, E. (2011). The Attitudes Toward Prostitutes and Prostitution Scale: A New Tool for Measuring Public Attitudes Toward Prostitutes and Prostitution. *Research on Social Work Practice*, 21(5), 582-593. <https://doi.org/10.1177/1049731511406451>
- López-Gutiérrez, J., Sánchez-Jiménez, F., Herrera Sánchez, D., Martínez-Moreno, F., Rubio-García, M., Gil-Pérez, M. V., Santiago-Orozco, A. M., y Gómez-Martín, M. A. (2019). *Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España*. Ministerio del Interior.
- Mahmut, M. K., Menictas, C., Stevenson, R. J., y Homewood, J. (2011). Validating the factor structure of the Self-Report Psychopathy Scale in a community sample. *Psychological Assessment*, 23(3), 670–678. <https://doi.org/10.1037/a0023090>
- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2014). Psychological treatment of sex offenders: Recent innovations. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(2), 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.01.002>
- Molina-Coloma, V., Salaberría, K., & Pérez, J. I. (2022). A comparative study between recidivism offenders and non-recidivism offenders in a prison sample. *Anuario de Psicología Jurídica*, 32(1), 33–39. <https://doi.org/10.5093/apj2021a19>
- Mulder, J., Teunissen, T. A. M., Pranger, E. S., Hiddink-Til, A., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2021). Reporting after sexual violence: The influence of victim, assault and perpetrator characteristics. *Journal of forensic and legal medicine*, 79, 102076. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.102076>
- Nguyen, T., y Andrés-Pueyo, A. (2016). *Validez predictiva del SVR-20 y la Static-99 en una muestra de agresores sexuales en Cataluña*. Universitat de Barcelona.

- Olver, M. E., Wong, S. C., Nicholaichuk, T., y Gordon, A. (2007). The validity and reliability of the violence risk scale-sexual offender version: Assessing sex offender risk and evaluating therapeutic change. *Psychological Assessment*, 19(3), 318. <http://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.318>.
- Payne, D. L., Lonsway, K. A., y Fitzgerald, L. F. (1999). Rape Myth Acceptance: Exploration of Its Structure and Its Measurement Using the Illinois Rape Myth Acceptance Scale. *Journal of Research in Personality*, 33(1), 27-68. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1998.2238>
- Peacock, E. J. (2000). *Sex offender acceptance of responsibility scales*. Correctional Service of Canada: Warkworth Institution.
- Pérez-Gálvez, B., García-Fernández, L., Valenzuela, M., Lafuente, M., y Manzanero, M. (2010). Validación española del Drug Abuse Screening Test (DAST-20 y DAST-10). *Health and addictions: Salud y Drogas*, 10 (1) 35-50. <https://doi.org/10.21134/haaj.v10i1.35>
- Redondo, S., Pérez, M., y Martínez, A. (2007). El riesgo de reincidencia en agresores sexuales: investigación básica y valoración mediante el SVR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28 (3).
- Sanjuán Suárez, P., Pérez García, A. M., y Bermúdez Moreno, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Suppl.), 509–513
- Tyler, N., Gannon, T. A., & Olver, M. E. (2021). Does treatment for sexual offending work? *Current Psychiatry Reports*, 23(8), 51. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01259-3>
- Ware, J., Marshall, W. L., y Marshall, L. E. (2015). Categorical denial in convicted sex offenders: The concept, its meaning, and its implication for risk and treatment. *Aggression and violent behavior*, 25, 215-226. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.08.003>
- Wechsler, D. (2008). Wechsler Adult Intelligence Scale--Fourth Edition (WAIS-IV) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t15169-000>
- Winters, G. M., Jeglic, E. L., y Kaylor, L. E. (2023). The Development, Content Validation, and Pilot Testing of the Paraphilic Interests and Disorders Scale. *Sexual abuse: a journal of research and treatment*, 35(2), 131–163. <https://doi.org/10.1177/10790632221078297>



FIADYS

secretaria@fiadys.org
fiadys.org