



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES

**ESTUDIO DE LAS INTERVENCIONES EN MUJERES  
VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES Y REVISIÓN  
DE LOS FACTORES PREDICTORES DE AGRESIÓN EN  
LOS AGRESORES.**

Autor/a: Sherezade González Pérez

Director/a: Luis de Sebastián Quetglas

Madrid

2021/2022

## **RESUMEN**

Este trabajo describe y analiza la sintomatología presente en las mujeres víctimas de una agresión sexual, haciendo hincapié en la posible relación de las circunstancias de la agresión con los síntomas presentados en la víctima. A su vez, se profundiza en la intervención en crisis con este tipo de víctimas. Se indica los pasos que ha de seguir el psicólogo para que se realice una intervención efectiva, y se pueda paliar la gravedad de los síntomas. Para comprender las agresiones sexuales al completo, se analiza los factores predisponentes que impulsan al sujeto a realizar esta conducta delictiva. Estos son una clave fundamental para los tratamientos con agresores sexuales. Por último, se describe el tratamiento cognitivo-conductual. Siendo este el que muestra unos mayores niveles de eficacia con este tipo de agresores, reduciendo así el riesgo de reincidencia de los mismos.

*Palabras claves:* agresión sexual, impacto emocional, intervención en crisis, programa de tratamiento.

## **ABSTRACT**

This paper describes and analyzes the symptomatology present in female victims of sexual aggression, emphasizing the possible relationship between the circumstances of the assault and the symptoms presented by the victim. At the same time, crisis intervention with this type of victim is discussed in depth. This type of intervention indicates the steps to be followed by the psychologist to carry out an effective intervention and alleviate the severity of the symptoms. To understand sexual aggressions in their entirety, the predisposing factors that drive the subject to engage in this criminal behavior are analyzed. These are fundamental keys to the treatment of sexual offenders. Finally, cognitive-behavioral treatment is described. This is the one that shows higher levels of efficacy with this type of offender, thus reducing the risk of recidivism.

*Keywords:* sexual assault, emotional impact, crisis intervention, treatment program.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. OBJETIVOS.....	6
3. IMPACTO EMOCIONAL EN VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL.....	9
3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA AGRESIÓN SEXUAL Y SINTOMATOLOGÍA..	9
4. INTERVENCIÓN CON MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL .....	12
5. TRATAMIENTO Y REINCIDENCIA EN AGRESORES SEXUALES.....	15
5.1 FACTORES DE RIESGO EN LA VIOLENCIA SEXUAL .....	15
5.2 LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO .....	17
5.2.1 <i>EL CONTROL DE LA AGRESIÓN SEXUAL: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL MEDIO PENITENCIARIO</i> .....	19
5.3 LA REINCIDENCIA EN AGRESORES SEXUALES .....	21
6. DISCUSIÓN.....	24
7. BIBLIOGRAFÍA.....	27

## 1. INTRODUCCIÓN

Una agresión sexual es una desviación social, una transgresión a las normas establecidas de forma implícita o explícita dentro de una sociedad. La sociedad es la que decide cuando una conducta es una amenaza para ella y también cuando no lo es. En este sentido, Becker (1966) argumenta que para saber cuando una sociedad acepta o no acepta una determinada conducta es preciso atender a las reacciones de la sociedad. Las reacciones de una sociedad a una determinada conducta pueden ir desde el castigo hasta su ensalzamiento como ejemplo para la convivencia y para la existencia de la propia sociedad (Henslin et al., 2015).

Según la teoría de la tensión de Merton se explica como la agresión sexual a las mujeres es el resultado de una operación en la que la sociedad establece para el hombre que tener muchas parejas sexuales es señal de éxito social (objetivo cultura de la sociedad) y la garantía de aceptación por el grupo. El individuo no es capaz de conseguirlo por medios aceptados socialmente, por lo que, emplea el abuso sexual para conseguir su objetivo como señal de éxito (Henslin et al., 2015).

Se describen cuatro causas fundamentales por la que ocurre esta violencia sexual. La desigualdad de género que sufren las mujeres en la sociedad (económica, política y legal) siendo vistas como inferiores frente a los hombres. El uso de pornografía, mostrando a las mujeres como un objeto sin valor y fomentando la dominación del hombre sobre ellas. La legitimación de la violencia que, aporta la cultura en los medios de comunicación. La desorganización social, fomentando la libertad individual de comportamiento (James y Glilliland, 2017).

La violencia sexual contra la mujer es un abuso contra los derechos humanos que atenta contra el derecho de libertad sexual, y que afecta tanto a la salud pública como a la salud mental. Según la Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre, del Código Penal 4, Título VIII: Los delitos contra la Libertad e Indemnidad Sexuales, Capítulos I y II, se distingue entre las agresiones sexuales y los abusos sexuales basándose en la presencia o ausencia de intimidación en el acto sexual. La existencia de intimidación es una cuestión fundamental en la tipificación legal de estos comportamientos (Castel, 2016).

Basándome en la definición de agresión sexual que se establece en el código penal, podemos clasificar como agresor al que atente contra la libertad sexual de otro sujeto, empleando violencia o intimidación, siendo sancionado como responsable de dicha conducta. Por otro lado, se determina como abuso sexual la acción de aquel que sin el uso de violencia o intimidación y sin ser consentido, ejecute actos que agredan a la libertad o indemnidad sexual de otra persona, siendo castigado por la responsabilidad de dicha conducta (Castel, 2016).

Ambos delitos se diferencian en el uso de violencia, pero los dos atentan contra la libertad sexual. Las repercusiones que genera la violencia sexual en la víctima de ambos delitos, además de ser una cuestión en el ámbito judicial son el origen de un problema de salud pública. Por ello, es necesaria la implantación de un plan de acción adecuado para atender a las víctimas desde los servicios de urgencias y atención primaria a los que acuden en primer lugar en una situación de crisis. (Castel, 2016).

Uno de los propósitos de este estudio es hacer una revisión de los factores de riesgo de las mujeres víctimas de agresiones sexuales. Ver la relación de estos factores con el aumento del impacto emocional en estas mujeres. Los factores que se observan son el malestar emocional, el déficit de autoestima, sentimientos de culpa y conductas de evitación sexual (Sarasua et al., 2012).

El apoyo social en un sentido amplio constituye un elemento de protección y previene hasta cierto punto la aparición de una sintomatología psicopatológica en las víctimas de delitos de agresión sexual. Otro de los datos relevantes que nos encontramos, es que las víctimas que mayor sintomatología presentan son las que más tardan en buscar ayuda terapéutica, por lo que, se nos plantea la necesidad de buscar estrategias motivacionales para atraer a dichas víctimas al tratamiento (Sarasua et al., 2012).

Por otro lado, los resultados obtenidos en una investigación con 77 mujeres víctimas de agresiones sexuales de edad adulta, supondrán una ayuda para clarificar las numerosas variables que pueden relacionarse con una mayor sintomatología en una agresión sexual. De cara a un proceso terapéutico, es importante conocer dichos factores para actuar preventivamente con víctimas de alto riesgo (de la Cruz, 2014).

Por último, la sensación de control en las mujeres durante el tratamiento es una de las variables de mayor validez predictiva en el éxito del mismo. Además, es uno de los elementos en los que apoyarse para el empoderamiento de la mujer (de la Cruz, 2014).

No obstante, en la tipología de agresiones sexuales es importante centrarnos en el agresor sexual, observando los factores de riesgo que pueden incentivar conductas delictivas de tipo sexual y analizando el Tratamiento de Control de la Agresión Sexual para realizar una buena reinserción y reeducación de los criminales sexuales (Valencia, 2016). A su vez, un buen desarrollo del tratamiento disminuirá el nivel de reincidencia de estos delincuentes en un delito de la misma tipología (Redondo et al., 2007).

## **2. OBJETIVOS**

Uno de los objetivos de este estudio, es conocer la sintomatología presentada en las mujeres víctimas de agresiones sexuales y las variables contextuales de la agresión que aumentan el impacto emocional en ellas. Dentro de los síntomas con mayor frecuencia que experimentan las víctimas de una agresión sexual, encontramos el Trastorno de Estrés Postraumático que ha sido definido por El Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales según los siguientes criterios: Se requiere la presencia de uno o más síntomas intrusivos que estén relacionados con sucesos traumáticos, una vez que haya sucedido el hecho. La posible sintomatología presentada, sería recuerdos recurrentes angustiosos e involuntarios, sueños aflictivos con recurrencia con contenido o afecto del hecho, reacciones en las que revive el suceso y actúa como si estuviera en él, un potente malestar psicológico cuando se manifiestan factores externos o internos que representan el suceso traumático y reacciones fisiológicas fuertes a dichos factores (APA, 2013).

Se realizó un estudio con una muestra de 317 personas que han sido agredidas sexualmente, donde se concluyó que aproximadamente el 39% de estas mujeres han padecido TEPT en los 6 meses de duración del estudio (Martín y Quirós, 2018).

Diversos estudios han demostrado que existe mayor riesgo de desarrollar un TEPT si la agresión ha sido realizada por más de una persona. Estos trabajos también señalan que existe una alta probabilidad de TEPT si han sido agredidas sexualmente ocasionándoles heridas físicas. Otra relación que se ha decidido estudiar en este trabajo es la existencia

entre el uso de sustancias en la agresión sexual y el posterior diagnóstico de TEPT (Martín y Quirós, 2018).

También, el nivel de depresión disminuye en el caso de que la agresión se haya realizado por un desconocido para la víctima y, por el contrario, que sea conocido o familiar de ella, hace que la sintomatología incremente (Abrahams et al., 2013).

Las mujeres que sufren este tipo de violaciones son más propensas a culpabilizarse a sí mismas y, por tanto, suele ser difícil proporcionarles el apoyo que necesitan. Estos datos indican, la importancia de entender los aspectos socio-culturales de la agresión en las secuelas de salud mental (Martín y Quirós, 2018).

Otro de los objetivos de este estudio es, analizar la intervención en crisis que realiza el profesional en los casos en los que una mujer ha sido víctima de una agresión sexual. La intervención temprana con las víctimas es fundamental para una buena evolución de la posible sintomatología a largo plazo y, ha de realizarse de la manera más cautelosa posible. A su vez, los organismos competentes en materia de agresiones sexuales deben coordinarse entre sí. Deben realizar un proceso efectivo cubriendo las necesidades de la agredida y, exponiéndola a la menor victimización secundaria posible, acompañándola afectivamente durante todo el proceso (Martín y Quirós, 2018).

Por otro lado, analizamos que tratamiento posee mayor eficacia para trabajar con víctimas de una agresión sexual. Observamos que en un estudio en el que participaron 138 víctimas, se llevaron a cabo evaluaciones empleando el tratamiento cognitivo-conductual. Teniendo en cuenta que fue en un periodo de 10 sesiones y, con víctimas con cuadros clínicos graves, se obtuvo resultados muy positivos. Además, el éxito terapéutico se mantuvo en el seguimiento de un año (Echeburúa et al., 2013).

El último objetivo de este estudio consistiría describir la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual agresores sexuales dentro de los centros penitenciarios, valorando el nivel de reincidencia de estos en un delito de la misma tipología (Valencia, 2016).

Un estudio realizado en una prisión de Barcelona analiza la eficacia del tratamiento con agresores sexuales centrándose en la reincidencia de estos, nos describe como el grupo que ha sido sometido al tratamiento disminuye su índice de reincidencia en comparación con el grupo de control que se ha elegido. Según los resultados obtenidos nos muestra que dicho tratamiento puede reducir en un 5% -10% la tasa esperable de reincidencia

(Valencia et al., 2008). No obstante, estos resultados también nos enseñan que, aunque se muestre que la mayor parte no volverán a delinquir, un pequeño porcentaje puede hacerlo. Estos casos, suelen corresponder a los sujetos que presentan un peor pronóstico en factores estáticos de riesgo, como por ejemplo la minoría de edad o el inicio temprano en la delincuencia (Valencia et al., 2008).

Existen descritas en la literatura psicológica variables predictoras individuales y variables predictoras contextuales que, aumentan la posibilidad de reincidencia y deberán ser tenidas en cuenta a la hora de planear la intervención (Valencia, 2016).

Entre las variables predictores individuales están: la observación de conductas delictivas en el seno familiar de origen (historia de condicionamiento), haber sido víctima de maltrato físico familiar (exposición temprana a una ausencia de habilidades para la resolución de problemas en el ámbito familiar), el número de víctimas (historia conductual), poseer antecedentes de conducta antisocial tanto en la infancia y/o adolescencia (alteración a nivel funcional) y el número total de delitos (tasa de reforzamiento de la conducta). Entre las variables contextuales encontramos, el nivel socio económico bajo en un contexto amplio, los valores familiares predominantes basados en la fuerza física o verbal y el contexto familiar deteriorado (Valencia, 2016).

Se ha observado que los agresores que han acudido a tratamiento cognitivo conductual, asistiendo a módulos similares con temáticas semejantes a los sujetos que no han sido sometidos a ningún tratamiento, presentan una menor reincidencia siendo esta de un 20% que disminuye a un 10% de probabilidad. Estos resultados, han de ser corroborados con un seguimiento prolongado de los sujetos que nos permita evaluar la reincidencia en un largo plazo (Valencia, 2016).

Basándome en la información expuesta anteriormente, a lo largo de este estudio comprobaremos las siguientes hipótesis: El riesgo de que la víctima de una agresión sexual desarrolle mayor sintomatología aumenta si la agresión sexual es por parte de un conocido (Martín y Quirós, 2018). La segunda hipótesis sería que la intervención temprana con mujeres víctimas de una agresión sexual disminuye el impacto de la sintomatología posterior (Martín y Quirós, 2018). Por último, el tratamiento cognitivo-conductual aplicado con agresores sexuales disminuye el grado de reincidencia de estos delincuentes (Valencia, 2016).

### **3. IMPACTO EMOCIONAL EN VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL**

Para intentar comprender esta tipología de delito, hay que situarnos desde la piel de la víctima y, de los sucesos traumáticos a los que ha sido expuesta llegando a comprender la sintomatología que experimentan después de sufrir tal suceso. Dentro de estos sucesos traumáticos encontramos la agresión sexual, la cual ocasiona frecuentemente secuelas crónicas en las víctimas. Las convierte en personas con mayor predisposición a desarrollar un trastorno mental o una enfermedad psicosomática (Echeburúa y de Corral, 2007).

Según estudios realizados sobre agresiones sexuales se ha determinado que aproximadamente el 15% de las mujeres, a lo largo de su vida, es víctima de dicha conducta violenta. Este delito, provoca en la víctima una sensación de humillación y de temor a que le causen tanto daños físicos como la muerte. Esto desencadena en la víctima una respuesta de indefensión y una ausencia de control de las emociones, dificultando el funcionamiento cotidiano de su vida (Sarasua et al., 2012). Además, las víctimas de una agresión sexual pueden negarse a denunciar debido a que se avergüenzan del hecho que les ha sucedido. Se sienten culpables por ello y tienen miedo a ser marginadas socialmente (James y Gillilan, 2017).

Las víctimas en una situación en crisis suelen mostrar manifestaciones tanto cognitivas, emocionales y conductuales. En cuanto al funcionamiento afectivo, la víctima no suele comprender las emociones que está viviendo en ese determinado momento, por lo que, se encuentra en desequilibrio emocional. Las manifestaciones cognitivas que suelen presentar con mayor frecuencia son los pensamientos irracionales, mostrando dificultad para pensar de manera lineal y lógica. Por último, la víctima no tiene control sobre su conducta, por lo que, supone un peligro tanto para ella como para su entorno (James y Gillilan, 2017). A continuación, analizaremos en profundidad la sintomatología que puede presentar una mujer que ha sido víctima de una agresión sexual.

#### **3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA AGRESIÓN SEXUAL Y SINTOMATOLOGÍA**

Se ha realizado un estudio con 269 mujeres víctimas de violencia sexual, entre los 25-30 años, para concretar los factores de riesgo que incrementan la repercusión emocional negativa después de haber sufrido una agresión sexual. Se selecciono como posible

sintomatología el trastorno de estrés postraumático, el malestar emocional -incluida la ansiedad-, la depresión, la falta de adaptación, la sensación de culpabilidad, una concepción de si misma negativa y finalmente la huida frente a las conductas sexuales (Sarasua et al., 2012).

El 45% de las mujeres que han sufrido una agresión sexual, padecen un Trastorno de estrés postraumático. A su vez, se analizó la gravedad de dicho trastorno donde las mujeres obtuvieron puntuaciones por encima del punto de corte, mostrando una alta gravedad (Sarasua et al., 2012).

La sintomatología más frecuente en este tipo de víctimas era el malestar emocional, que fue encontrado en el 63% de las mujeres evaluadas. A su vez, también se mostro la baja autoestima y el sentirse culpable como sintomatología frecuente en las víctimas agredidas sexualmente, con un 60% y un 48% respectivamente. Por último, se obtuvo un 39% en los casos en los que las mujeres, que en el periodo de la evaluación tenían pareja, evitaban tener encuentros sexuales (Sarasua et al., 2012).

En este estudio, se concluyó que las mujeres que habían padecido TEPT mostraban un malestar emocional mayor en comparación con las que no lo padecían, debido a que experimentaban sentimientos de culpa, baja autoestima y dificultades en las relaciones sexuales (Sarasua et al., 2012).

A su vez, se realizó un análisis de las características de la agresión sexual junto con las variables relevantes de las víctimas, comparándolas con la sintomatología presentada en donde se obtuvo los siguientes resultados (Sarasua et al., 2012):

- En las agresiones sexuales, las mujeres que presentaban Trastorno de Estrés Postraumático, en la mayoría de los casos, habían sufrido tanto penetración vaginal como anal, provocándole lesiones físicas. Además, habían sido la mayoría amenazadas por el agresor con un arma blanca. También, se observó la ausencia de apoyo social y familiar, y la presencia de una problemática con el consumo de sustancias tóxicas (el alcohol y las drogas) posterior a la agresión (Sarasua et al., 2012).
- Las mujeres que han sido agredidas sexualmente varias veces o por un conocido, y en las que se observó victimización secundaria, manifestaron mayor malestar

emocional. Además, se observó que estas mujeres eran las que más tiempo habían demorado el inicio del tratamiento (Sarasua et al., 2012).

- Por otro lado, observamos mayor sentimiento de culpa en mujeres que han sido agredidas en su infancia y por un conocido. En estos casos, se observó también que las mujeres aplazaron el inicio del programa (Sarasua et al., 2012).
- En cuanto a la conducta de evitación sexual, se mostró que este comportamiento no depende de las características de la agresión. Ninguna de las variables mostró estadísticamente datos de relevancia significativa (Sarasua et al., 2012).
- Por último, se observó una baja autoestima en las mujeres que habían sufrido una penetración tanto anal como vaginal y en las que habían sido agredidas reiteradas veces. También, que la agresión haya tenido lugar en la infancia y por un conocido empeora la autoestima de la víctima (Sarasua et al., 2012). A su vez, se mostró peor autoestima en las mujeres que habían sufrido una agresión sexual en comparación con las que no habían sido agredidas sexualmente (Martín y Quirós, 2018).

La agresión sexual para la mujer puede acarrear otras consecuencias aparte de las descritas anteriormente como el desarrollo de otras enfermedades crónicas y cardiovasculares. Además, se ha analizado una posible adicción al consumo de sustancias, como el tabaco o el alcohol, en numerosos casos de mujeres agredidas sexualmente (Martín y Quirós, 2018).

Se considera el apoyo social del círculo de amigos, familiares o pareja, un factor de protección esencial para prevenir, aunque sea mínimamente, la sintomatología en la víctima. A su vez, la reacción que tenga el orden judicial una vez que la víctima denuncie es fundamental, ya que una victimización secundaria podría incrementar dicha sintomatología (Sarasua et al., 2012).

En algunos de los casos, las mujeres víctimas de una agresión sexual reaccionan ante este hecho traumático con la inexpressión de las emociones mostrando no estar afectadas. Pueden tener problemas a la hora de relacionarse con los demás, mostrando desconfianza sobretodo en los hombres. Toda la sintomatología mencionada anteriormente puede ir

acumulándose y generando tal malestar en la víctima, hasta el punto de inducirla al suicidio. Las víctimas de una agresión sexual nunca volverán a ser las mismas que antes de dicho suceso, pero con ayuda psicológica refuerzan sus mecanismos de afrontamiento y continúan con sus vidas (James y Glilliland, 2017).

Por otro lado, gracias a un estudio de análisis descriptivo de las características sociodemográficas con mujeres víctimas de una agresión sexual se obtuvo los siguientes resultados: la mayoría de las víctimas tenían entre 18 y 30 años cuando ocurrió la agresión y un gran porcentaje de ellas estaban solteras cuando tuvo lugar el suceso. En cuanto al nivel de estudios, se observó unos resultados heterogéneos en el que el 30% de la muestra habían obtenido estudios de secundaria, un 18% solo formación profesional y un 9% estudios básicos. Poco a poco habría que seguir investigando las características que presentan las víctimas de una agresión sexual para prevenir futuros casos de agresiones sexuales (de la Cruz, 2014).

#### **4. INTERVENCIÓN CON MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL**

Observando el Protocolo de actuación coordinada de los organismos competentes en materia de agresiones sexuales, establecemos las pautas a seguir en la actuación de los diferentes organismos competentes. Este protocolo se compone de una serie de cláusulas y normas de actuación que deben tener en cuenta los organismos involucrados en una agresión sexual. Su objetivo principal es coordinar todas las funciones necesarias tanto para el tratamiento como para investigar los casos de agresiones sexuales en la comunidad de Madrid (Martín y Quirós, 2018).

La agresión sexual presenta una gravedad alta, por lo que, es fundamental que los organismos trabajen de manera coordinada, ya que un caso de éxito puede ser generalizable a muchos casos más. En las situaciones en las que la víctima quiere realizar una denuncia, se presenta en el Servicio superior de Policía de Madrid (SAF) de la Jefatura Superior de Policía de Madrid. Una vez interpuesta la denuncia, se realizan una serie de pruebas médicas para encontrar pruebas de la agresión y se valora el estado emocional de la víctima. Es necesario informar al Juzgado de Guardia de Diligencias en Madrid antes de que comience el procedimiento (Martín y Quirós, 2018).

Durante todo el procedimiento la víctima es acompañada emocionalmente por un psicólogo y un trabajador social, además de los sanitarios correspondientes, debido a que una intervención psicológica temprana puede reducir la aparición de una sintomatología grave. Es fundamental que se genere un ambiente adecuado y tranquilo para la víctima, que sienta confianza y seguridad por parte de los profesionales (Martín y Quirós, 2018).

La agresión sexual es un suceso traumático que ocasiona una crisis en la vida de la persona que lo sufre, por ello es esencial que el psicólogo en crisis que le atienda muestre empatía y seguridad. El profesional debe crear una alianza de trabajo con ella operando de manera conjunta y confiando mutuamente uno en el otro. Entablar una buena alianza terapéutica o de colaboración con la víctima, un buen vínculo terapeuta-paciente, ofrece por lo general buenos resultados. El resultado de la intervención consiste en devolver a la víctima las condiciones lo más parecidas a los inicios de los abusos, porque si la devolvemos a esas condiciones podemos empezar a retomar las tareas evolutivas que abandonó al comienzo de estos, como por ejemplo la independencia, la definición de su propia identidad, o la productividad laboral. Si conseguimos que retome este tipo de tareas habremos conseguido que la mujer identifique de forma más realista los recursos psicológicos, sociales, informacionales y logísticos de los que dispone y en los que basar su posterior desarrollo (James y Gilliland, 2017).

El psicólogo debe ir reuniendo información sobre lo que ha sucedido de manera muy cautelosa, mostrando mucha sensibilidad por la víctima, dando respuestas empáticas hacia ella. A su vez, es muy importante mantener a la víctima informada sobre los procesos internos que va a ir viviendo en las siguientes horas después de la agresión, para que se sienta segura y pueda ir desarrollando estrategias de afrontamiento adecuadas. La intervención que se realice con la víctima los primeros días marcará el desarrollo de la sintomatología que va a presentar en los siguientes meses. No se debe someter a la agredida a ningún tipo de evaluación psicológica los primeros días, sino aportarle seguridad, apoyo y mantener estabilizadas sus emociones (James y Gilliland, 2017).

Un factor delicado en estos casos es dirigir a la víctima en base a los procesos sanitarios y policiales necesarios para encontrar al culpable, ya que podría sufrir una alta victimización secundaria. Por otro lado, se podría intervenir y educar a las víctimas secundarias del entorno de la agredida, como por ejemplo su pareja, para evitar que la culpabilicen de lo ocurrido y que le proporcionen un apoyo adecuado (James y Gilliland, 2017).

La intervención en crisis es característica por proporcionarle a la víctima del suceso, en este caso una agresión sexual, varios tipos de ayuda. En primer lugar, la víctima tiene una necesidad de apoyo psicológica en la que necesita ser escuchada y que le ayuden a tomar decisiones como por ejemplo presentar la denuncia. Por otro lado, ayuda social para comunicarse y contarle a sus familiares lo que ha sucedido. A su vez requieren ayuda informativa, sobretodo de lo que está pasando y de lo que pasará en los próximos días. Por último, apoyo logístico donde se encuentre segura y protegida de cualquier peligro externo (James y Glilliland, 2017).

Una vez conocidas las necesidades que presenta una víctima en una situación de crisis, el profesional tiene que actuar en base a esas necesidades. Para devolverle a la víctima unas condiciones lo más parecidas a las que tenía antes del suceso, es fundamental garantizar su seguridad tanto física como psicológica, reducir el nivel de amenaza que pueda ser perjudicial para la víctima y acompañarla emocionalmente durante todo el procedimiento (James y Glilliland, 2017).

En los casos de una agresión sexual hay que valorar la credibilidad del testimonio, analizando las revelaciones que nos hace la víctima. Para los profesionales es complicado establecer si un discurso es veraz o no, ya que no existe un patrón exacto de una víctima para poder compararlo; hay que observar las posibles contradicciones que puede tener la víctima o analizar si su relato está guionizado. Es muy importante tener en cuenta que el propio suceso puede producir amnesia disociativa en la víctima interfiriendo en la declaración. Además, en los casos en los que la víctima ha sido sometida a alguna sustancia tóxica hay que evaluarla en base a su contexto, ya que el testimonio puede tener menor consistencia (González, 2017).

A largo plazo, la víctima debe acudir a tratamiento psicológico para paliar la posible sintomatología que le haya provocado el hecho traumático. En un estudio con 138 víctimas que fueron sometidas a un tratamiento cognitivo conductual, se observó un porcentaje alto de mujeres que terminaron el tratamiento (84 mujeres) y otro grupo que abandonó. A su vez, se observó diferencias entre las mujeres que habían sido agredidas recientemente y las que hacía tiempo que habían sufrido la agresión, siendo las no recientes las que habían sufrido mayor victimización secundaria, habían tenido mayor exposición a hechos estresantes recientemente y carecían de apoyo por parte de su círculo social. Las víctimas que han acabado el tratamiento han obtenido resultados muy buenos, consiguiendo que desaparezca el Trastorno de Estrés Postraumático y reduciendo en

menor medida el malestar emocional y la huida a comportamientos sexuales (Echeburúa et al., 2013).

## **5. TRATAMIENTO Y REINCIDENCIA EN AGRESORES SEXUALES**

Para la psicología y la criminología sigue siendo un reto la evaluación del riesgo de reincidencia en agresores sexuales, por ello es fundamental proponer protocolos de intervención y prevención con esta población (Valencia et al., 2008).

En un estudio realizado sobre la reincidencia sexual con una muestra de 43 agresores en un Centro penitenciario en Madrid, se analizaron dos grupos: el grupo control que no estaba bajo tratamiento y el grupo experimental que, si lo estaba, con 21 y 22 internos respectivamente. Se concluyó como diferencia entre ambos grupos que los internos que habían sido sometidos a tratamiento obtuvieron niveles de reincidencia menores que los que no habían asistido a tratamiento (Valencia et al., 2008).

Actualmente, la psicología dispone de buenas técnicas de tratamiento para los agresores sexuales pero la práctica de estas estrategias se encuentra limitada, ya que el porcentaje de agresores que si reciben tratamiento es menor a los que no lo reciben. Cada vez somos más conscientes de que realmente es necesario estos tratamientos en los centros penitenciarios y, por ello, se ha ido introduciendo poco a poco nuevos programas en los centros (Redondo, 2006). Para desarrollar unos buenos programas de tratamiento es necesario atender a los factores de riesgo que influyen en la conducta de los agresores sexuales que explicaremos a continuación.

### **5.1 FACTORES DE RIESGO EN LA VIOLENCIA SEXUAL**

En este estudio, cuando hacemos referencia a los factores de riesgo aludimos al aumento de probabilidad que puede tener un sujeto en realizar una determinada conducta, en este caso comportamientos de violencia sexual. Estos determinados factores son predictores de una posible conducta, pero no se puede garantizar que el sujeto que los posea vaya a manifestar estos comportamientos (Martín y Vozmediano, 2014).

Según los autores Marshall y Fernández en 2001, los factores de riesgo generales en las agresiones sexuales son los siguientes:

1. **Biológicos:** Los comportamientos sexuales y agresivos tienen bases biológicas semejantes entre ellos y se encuentran ubicados en las mismas áreas del cerebro. Para ambas conductas se encarga el mismo neurotransmisor y las mismas hormonas, siendo de gran importancia la testosterona (hormona sexual). A su vez, indican que se ha observado poca relación significativa entre dicha hormona y los comportamientos de violencia sexual (Martín y Vozmediano, 2014).
2. **Factores sexuales:** en esta clasificación hacen referencia a la tendencia de determinadas conductas sexuales desviadas, a emplear el sexo como un mecanismo de afrontamiento de conflictos y a la probabilidad de haber sufrido en la infancia un abuso sexual (Martín y Vozmediano, 2014).
3. **Factores sociales:** encontramos como factores la soledad, la relación padres-hijos, la ausencia de destrezas sociales que poseen, los conflictos interpersonales con sus parejas relacionándolo con una autoestima baja y la ausencia de empatía de estos (Martín y Vozmediano, 2014).
4. **Distorsiones cognitivas:** es un factor importante, ya que va a ser un punto esencial en el tratamiento de los agresores sexuales. Debido a estas distorsiones, los sujetos interpretan erróneamente tanto las conductas de los demás como las suyas dando lugar a concepciones equivocadas de la realidad (Martín y Vozmediano, 2014).
5. **Personalidad:** La mayor parte de los agresores suelen tener personalidades parecidas a la de los demás, solo unos pocos reúnen los criterios de parafilias (Martín y Vozmediano, 2014).

En un estudio analizando las características demográficas y psicosociales de los agresores sexuales en un centro penitenciario, se observó que las más significativas eran el estado civil soltero, separado o divorciado, siendo estas dos última las de mayor gravedad. Realizando una comparación entre el estado civil y el número de delitos que se ha cometido, se reitera la categoría de separados o divorciados como la de mayor gravedad. A su vez, encontramos gran relevancia en el inicio de la actividad delictiva, ya que cuanto antes se produzca habrá mayor probabilidad de llegar a cometer una agresión sexual (Valencia et al., 2010).

Por otro lado, haber sufrido un maltrato previo por la familia, los antecedentes de conductas sexuales, el abandono de la escuela y las posibles adicciones en la familia de origen constituyen factores sociofamiliares que incrementan el riesgo para las conductas sexuales agresivas (Valencia et al., 2010).

## **5.2 LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO**

En la sociedad siempre ha habido una gran discusión sobre si es bueno o no meter en prisión a los agresores sexuales para su rehabilitación, ya que en la mayoría de los casos son privados de libertad, pero no reeducados (Valencia, 2016). Los programas de tratamiento para agresores sexuales tienen como objetivo principal establecer un pacto terapéutico entre el psicólogo y el interno, para que progresivamente vayan trabajando en la empatía del agresor con la víctima, en responsabilizarse del hecho cometido, gestionar los impulsos y fomentar el autocontrol (Valencia, 2016).

En un tratamiento con agresores sexuales el elemento principal para el éxito terapéutico es la motivación al cambio del interno y, una teoría que recoge muy bien las etapas a seguir en este proceso es el Modelo Trans-teórico de cambio de comportamiento de Prochaska y Diclemente (Valencia, 2016). Este modelo fue desarrollado para abordar la adicción al tabaco, aunque con los años se ha ido generalizando hasta el punto de ser la forma de contemplar la realidad de un paciente o grupo y establecer en qué momento evolutivo del proceso de cambio se encuentra. Por ello, este modelo es extrapolable a la evolución de los agresores sexuales (Valencia, 2016).

En primer lugar, se establece la etapa de pre-contemplación donde no existe un planteamiento de cambio, ya que el agresor no es consciente de que la conducta genera un problema. En segundo lugar, la etapa de contemplación donde si que es consciente de que hay un problema. Seguido de esta etapa nos encontramos con la preparación, en donde se encuentra la toma de decisiones y donde se realiza un intento serio por cambiar. La cuarta etapa es la puesta en acción, donde la persona cambia. Y la última etapa sería la de mantenimiento, donde el interno intenta conservar los logros manifiestos y significativos alcanzados en las etapas anteriores. A lo largo del desarrollo de las etapas, puede ocurrir recaídas en conductas problemas, pero forma parte del desarrollo del proceso en el que cada etapa ocurre un incremento de la motivación del interno frente a la etapa anterior (Valencia, 2016).

Acerca del tratamiento en prisiones, encontramos que los programas se encuentran bajo las leyes genéricas como la Constitución española, la ley penitenciaria, el reglamento penitenciario y el código penal, donde el objetivo fundamental de dichos programas es la reinserción social y la reeducación de los internos (Valencia, 2016). En el reglamento penitenciario, podemos observar el artículo 116.4 del Real decreto 190/1996 del 9 de febrero, donde nos indica como los centros penitenciarios pueden realizar programas específicos para internos del centro condenados por delitos contra la libertad sexual, siempre y cuando sea de manera voluntaria y sin que le cause consecuencias negativas al interno.

Principalmente en la elaboración de un programa de tratamiento con agresores sexuales hay que tener en cuenta tres elementos fundamentales de los internos: desviación en su comportamiento y deseos sexuales, el mal funcionamiento en el área social del individuo y sus distorsiones cognitivas (Redondo, 2006). Una vez considerado estos tres elementos se elaboran los programas con las siguientes características generales:

- Los programas son impartidos de manera intensa en periodos largos de tiempo, que suelen ser desde 6 meses hasta 2 años (Redondo, 2006).
- Se focalizan en técnicas que son específicas para las tres áreas del interno que han sido nombradas anteriormente, donde éste posee carencias (Redondo, 2006).
- En la impartición del programa, el terapeuta, suele enseñar a los agresores sexuales determinadas habilidades sociales para conseguir que adquieran buenas herramientas de comunicación (para poder entablar relaciones sexuales adultas y sanas) y que logren un autocontrol de sus impulsos (Redondo, 2006).
- Resaltamos la voluntariedad del sujeto en acudir a dichos programas, acto que podrá ser recompensado con ventajas de tipo penal como podría ser permisos para salir, ventajas en la vida dentro del centro penitenciario e incluso pudiendo llegar a conseguir la libertad condicional (Redondo, 2006). Esto último puede influir en la motivación del interno, ya que utilizan los programas como medio instrumental para conseguir las ventajas nombradas anteriormente, por lo que, se debe aclarar en un principio esta cuestión de que la participación no significa que vayan a adquirir estas ventajas obligatoriamente (García, 2019).

- Dicho tratamiento tiene que ser específico para el individuo al que se le va a aplicar, seguir una continuidad determinada para obtener los objetivos planteados y estar diseñado para una determinada personalidad (García, 2019)

En los centros penitenciarios, la mayor parte de los programas se realizan en grupo, lo que se debe al gran número de internos al que hay que abarcar siendo esta la única forma de poder generar un amplio alcance y, por otro lado, se genera una mayor participación entre los diferentes miembros del grupo (García, 2019).

Por otro lado, la mayoría de los tratamientos en prisión tienen una perspectiva cognitivo-conductual, ya que se ha observado que se obtiene una mayor eficacia haciendo uso de estos (García, 2019). Esto se debe a que los objetivos principales son obtener una reducción de exaltación frente a las conductas sexuales y realizar una modificación de los esquemas cognitivos que se activan interpretando inadecuadamente los estímulos de carácter sexual (Ruiz y Rodríguez, 2008). Por ello, si transformamos los pensamientos, la conducta, el juicio y las capacidades cognitivas en solucionar conflictos interpersonales, implicando también una buena gestión del control emocional y adquiriendo buenas estrategias y comportamientos, conseguiríamos adoptar una conducta social favorable (García, 2019).

#### 5.2.1 EL CONTROL DE LA AGRESIÓN SEXUAL: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL MEDIO PENITENCIARIO

En el año 1998 fue cuando comenzaron a implantarse los primeros programas de intervención con agresores sexuales en nuestro país. El programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS), se lleva a cabo en los centros penitenciarios de España desarrollado para internos condenados por delitos sexuales sobre mujeres tanto adultas como niñas (García, 2019). Este programa viene explicado en el Manual del Terapeuta publicado por el ministerio del interior en la sección de documentos de índole penitenciaria (Rivera et al., 2006).

El Programa de control de la Agresión Sexual esta dividido principalmente en dos partes, donde la primera consiste en la evaluación de cada sujeto al que se le va a aplicar el tratamiento, y la segunda donde se interviene de manera psicosocial con los participantes (Rivera et al., 2006). Se realiza en grupos pequeños de 10-15 personas aproximadamente,

y el requisito indispensable para poder participar en el programa es que el agresor reconozca el delito que ha cometido (García, 2019). El programa está estructurado en dos grandes módulos en el que uno se encarga de la toma de conciencia y en el segundo la toma de control (Rivera et al., 2006).

En el bloque de la toma de conciencia, el terapeuta intenta enseñar al interno la información necesaria sobre los actos sexuales y los comportamientos violentos, como consecuencia provocando una reducción de la resistencia que puede poseer el interno hacia los comportamientos criminógenos que ha cometido (Rivera et al., 2006). En cambio, en el segundo bloque donde se realiza la toma de control, nos encontramos con un análisis del propio comportamiento delictivo del interno a su vez que se entrena estrategias y habilidades de autocontrol para prevenir posibles comportamientos de tipo sexual o violentos no adecuados. En este último bloque, destacamos la importancia del módulo de prevención de recaídas donde encontramos las herramientas necesarias para inspeccionar la propia conducta criminal (Rivera et al., 2006). Hay que destacar que dejando a un lado el revuelo que causa esta tipología de delito en la sociedad, los índices de reincidencia en delitos de la misma naturaleza son muy bajos y disminuye aun más en los internos que han acudido al tratamiento (García, 2019).

En este programa es muy importante que los internos adquieran unas técnicas de relajación, ya que en las sesiones se alcanzan niveles altos de ansiedad debido a la dificultad de cada sesión. Es importante que los internos vuelvan a sus respectivos módulos con unos niveles de ansiedad adecuados tras el tratamiento (García, 2019). Durante el programa, se realiza un recorrido por la historia evolutiva de cada uno de los internos que asisten para poder ir viendo los errores en la enseñanza o los patrones inadecuados que han imitado a lo largo de sus vidas. Los más comunes son la falta de empatía por los demás y la ausencia de conciencia en las emociones. Es importante eliminar los mecanismos de defensa que estos internos utilizan a la hora de afrontar situaciones en su vida del día a día, sustituyéndolo por estrategias buenas de afrontamiento (García, 2019). Algunas de las frases que suelen utilizar los internos para defenderse son “no fui yo, ella se metió en mi cama” o “ella decía que no, pero yo sabía que sí quería”.

Como hemos mencionado con anterioridad, uno de los objetivos de los tratamientos es la modificación de los esquemas cognitivos disfuncionales que tienen los agresores sexuales interpretando inadecuadamente la realidad y el mundo que les rodea. En el tratamiento lo

esencial va a ser localizar estos pensamientos y conseguir reemplazarlos por otros más adaptativos (García, 2019).

Al concluir el programa de Control de la Agresión sexual se debería realizar una valoración del riesgo de reincidencia en violencia sexual haciendo uso de escalas que han sido elaboradas para ellos, como por ejemplo el Sexual Violence Risk Scale (SVR-20) que ha sido creado por Hart, Kropp y Webster. Esta escala consta de 20 ítems de factores de riesgo tanto dinámicos como estáticos siendo estructurados en tres bloques: manejo psicosocial, delitos con tipología sexual y visión del futuro. Tener en cuenta los índices de reincidencia criminal es fundamental para la Junta de Tratamiento del Centro penitenciario a la hora de concederle al interno determinados permisos para salir del centro o cambios de módulos o grados (García, 2019).

### **5.3 LA REINCIDENCIA EN AGRESORES SEXUALES**

En primer lugar, entendemos la reincidencia como la repetición o recaída en una conducta delictual, y al reincidente como la persona que se implica de manera reiterada en dicha acción delictiva. Según nuestra regulación en el código penal, definida en el artículo 22. 8ª, la reincidencia en el derecho penal lleva consigo la necesidad de que la persona, que reitere la conducta, haya sido condenada por otro delito igual o de la misma naturaleza antes de cometer el segundo delito por el que se le está juzgando (Morales et al., 2012).

Para poder trabajar con sujetos que han cometido un delito, es necesario conocer el riesgo de reincidencia de este. El riesgo de reincidencia va a depender del tipo de agresor que estemos analizando y de los factores de riesgo que manifieste el sujeto. En la violencia sexual, clasificamos los factores de riesgo del agresor en dos grupos:

- Factores dinámicos: en esta categoría encontramos factores que podemos modificar tanto del propio sujeto como de su entorno, como las rutinas, esquemas cognitivos, aptitudes, ausencia de control y variables diarias modificables del entorno del sujeto (Valencia, 2016). Los elementos dinámicos del sujeto constituyen un pilar fundamental para la reincidencia, ya que nos indican los objetivos a alcanzar en los determinados programas de tratamiento con los agresores (Redondo et al., 2007).

- Factores estáticos: en este grupo clasificamos a los factores que son inherentes a la persona o al pasado de su vida, siendo estos de difícil modificación (Martín y Vozmediano, 2014). En este grupo clasificamos a los factores significativos de la evolución de la vida de la persona y los rasgos característicos de su personalidad (Valencia, 2016).

A continuación, se clasifican los factores predictores de la reincidencia sexual según su tipología, en estáticos y dinámicos (Valencia, 2016).

**Tabla 1**

*Predictores de riesgo de reincidencia sexual*

Predictores estáticos	Predictores dinámicos
1. Factor Genérico: Menoría de Edad.	1. Negación o racionalización persistente del delito.
2. Mayor número de delitos sexuales previos.	2. Baja o nula motivación para seguir el tratamiento.
3. Mayor número de delitos previos.	3. Baja competencia interpersonal y factores de necesidad criminógena (cogniciones, valores y hábitos delictivos, amigos delincuentes, dependencia a drogas).
4. Versatilidad delictiva.	4. Alta excitación ante EE desviados y baja excitación ante EE adecuados.
5. Violencia en la realización de los delitos.	5. Bajo control de la conducta desviada.
6. Aumento de la gravedad de los delitos.	6. Perfil psicopático (Factor II: Conducta antisocial, salvo la que corresponde al pasado).
7. Víctimas desconocidas.	
8. Tipo de víctimas:	
- Femeninas (.17)	
- Masculinas (.20)	
- Infantiles (.22)	
- Adultas (.13)	
9. El delito no ha sido resultado de un estresor específico circunstancial.	
10. Evidencia de psicopatología grave (psicosis) o ingreso previo en psiquiátricos.	
11. Acciones excéntricas, rituales, fantasías desviadas recurrentes, uso de pornografía.	
12. Presentar varias parafilias como abusos o violaciones.	
13. Perfil psicopatológico (PCL) (Factor I: Rasgos psicopatológicos) (.18)	

Fuente. Valencia, O. L. (2016). Reincidencia y caracterización de los agresores sexuales en tratamiento penitenciario. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid].

Como podemos observar en la tabla 1, el conjunto de factores estáticos de riesgo influye significativamente en la predicción de la reincidencia de los agresores sexuales. A su vez, los factores dinámicos son fundamentales ya que, al ser modificables, sirven para marcar los objetivos a alcanzar en los programas de tratamiento (Valencia, 2016).

Por otro lado, en esta tipología de delito nos podría surgir la siguiente cuestión ¿Son los agresores sexuales individuos con alto riesgo de reincidencia? Según los estudios realizados siguiendo la evolución de los agresores sexuales, podríamos negar esta cuestión ya que, en una investigación realizada con internos en España, observamos que tienden a reincidir menos que otras categorías delictivas y, en la mayoría de los casos si lo hacen, es en delitos no sexuales. Sólo un 8,5% de agresores sexuales, reinciden cometiendo otro delito de la misma naturaleza. Con esto, podemos concluir que hay mayor probabilidad de que un agresor sexual reincida en cualquier otra tipología delictiva que en un delito de índole sexual (Herrero, 2013).

A su vez, dentro de la reincidencia encontramos situaciones muy heterogéneas, ya que podemos observar casos en los que una persona solo ha cometido un delito y reincide por primera vez, hasta casos de agresores sexuales con delitos en serie. Por ello, el riesgo de reincidencia va a depender de la interacción de todos los factores que reúna el criminal (Redondo et al., 2007).

Como hemos mencionado en el apartado anterior, Sexual Violence Risk Scale (SVR-20) que ha sido creado por Hart, Kropp y Webster, es un instrumento que se utiliza para valorar el nivel de riesgo de reincidencia de un individuo. El psicólogo recurre a este instrumento con la finalidad de analizar la probabilidad de reincidencia en un determinado caso, para trabajar y tomar decisiones partiendo de la base de un nivel de riesgo determinado. Esta escala consta con 20 ítems agrupados en 3 grupos (manejo psicosocial, delitos con tipología sexual y visión del futuro), donde si los analizamos hallamos elementos relativos al funcionamiento sexual desviado del sujeto y aspectos de su conducta antisocial general. Con ello sabemos que no solo observa la conducta sexual de la persona, sino también su conducta antisocial (Herrero, 2013). Aplicar dicha escala es fundamental para un buen funcionamiento de la Junta de Tratamiento, ya que aporta mayor seguridad a la hora de concederle determinadas ventajas al interno, reduciendo así la posibilidad de que el sujeto cause daño a los demás (García, 2019).

## 6. DISCUSIÓN

El presente trabajo ha comenzado investigando la sintomatología y los trastornos mentales más frecuentemente asociados en mujeres que han sido víctimas de una agresión sexual. El principal trastorno diagnosticado en estas mujeres es el trastorno por estrés postraumático. La sintomatología más habitual asociada a este y a otros trastornos es la de naturaleza depresiva. Este trastorno del humor suele venir asociado a una baja autoestima y a una alta sensación de culpabilidad. La culpabilidad las hace sentirse habitualmente como únicas responsables por la agresión recibida.

Sarasua et al (2012) han demostrado una relación entre la gravedad del trastorno y el contexto en el que tuvo lugar la agresión. Las circunstancias analizadas en la agresión son el uso de arma, el tipo de penetración (vaginal/anal), las lesiones ocasionadas, la relación víctima-agresor y la frecuencia de las agresiones. Todas estas variables nos hacen pensar en un peor diagnóstico y evolución de los trastornos y síntomas asociados a las agresiones sexuales en las mujeres, como también una peor recuperación.

Otras relaciones como el apoyo social (familiar) han sido también objeto de estudio. El apoyo social percibido se ha vinculado con una menor gravedad de los trastornos diagnósticos y viceversa. Sin embargo, todas estas relaciones detectadas no parecen llevar a las víctimas a supuestas conductas de evitación sexual legítimas.

Por otro lado, una agresión sexual predispone a la víctima al desarrollo de enfermedades crónicas y cardiovasculares. Además, aumenta el riesgo de desarrollar una adicción al consumo de sustancias. En muchos casos, utilizan estas sustancias como medio de control de la situación que están viviendo.

En cuanto a las características sociodemográficas, se obtuvo que las víctimas tenían entre 18 y 30 años, y que un gran porcentaje estaban solteras cuando fueron agredidas sexualmente por primera vez.

Con relación a la intervención en crisis con las víctimas de una agresión sexual, es esencial una intervención temprana y un buen trabajo cooperativo de los diferentes organismos implicados en el proceso. Una buena intervención ayudará a disminuir el desarrollo de la sintomatología de la víctima. El psicólogo debe de mostrarse empático, aportarle seguridad a la víctima, acompañarla emocionalmente durante el proceso y intentar que vuelva unas condiciones similares a las que tenía antes de la agresión sexual.

La víctima presenta una serie de necesidades de tipo psicológico, logístico, social e informativo. El psicólogo y el trabajador social son los profesionales que se encargan de cubrir las necesidades que manifiesta la víctima, realizando una intervención en crisis adecuada a cada caso. El apoyo de tipo psicológico es fundamental para que la víctima se sienta escuchada y acompañada en sus decisiones. La ayuda logística le aporta a la víctima seguridad en el lugar donde se encuentre. Apoyo de tipo social para poder transmitirle lo sucedido a sus familiares y amigos de una manera adecuada. Y ayuda informativa para poder explicarle lo que está pasando y lo que va a ocurrir los días siguientes.

Para conocer en profundidad las agresiones sexuales es importante no solo analizar a la víctima y su sintomatología, sino también observar las características del agresor y el tratamiento que se emplea para disminuir el riesgo de reincidencia del mismo.

A lo largo de este trabajo, se ha estudiado los factores de riesgo que presentan con mayor frecuencia los agresores sexuales. Un alto porcentaje refiere haber sufrido un maltrato previo por algún miembro de su familia, tener antecedentes en conductas sexuales, alguna adicción a sustancias en la familia de origen y un abandono de la escuela. A su vez, los agresores sexuales se caracterizan por emplear conductas sexuales y agresivas como medio para afrontar sus conflictos interpersonales. Esta dinámica viene acompañada de una falta de empatía y autocontrol.

Además, otro factor destacable que se ha observado en los agresores sexuales es la ausencia de habilidades interpersonales y distorsiones cognitivas que les dificultan la interpretación de la realidad.

Todos los factores de riesgo mencionados son esenciales para el desarrollo de un buen tratamiento, ya que nos indican cuáles son los elementos que modifican la conducta del agresor. El tratamiento con mayor eficacia demostrada es el cognitivo-conductual. Consiste en modificar los pensamientos y la conducta, sustituir las habilidades cognitivas de resolución de conflictos por otras adecuadas y ayudarle en la gestión de sus emociones. Con esto, el sujeto aprende empatizar, a responsabilizarse de sus actos y a controlar sus emociones e impulsos, consiguiendo así una conducta favorable socialmente aceptada.

El programa de Control de la Agresión sexual (PCAS) es un tratamiento con perspectiva cognitivo-conductual que se suele llevar a cabo en nuestro país. Su aplicación tiene lugar en los centros penitenciarios de España, destinado para los internos que han sido condenados por un delito de índole sexual. Se basa principalmente, en una primera parte

de evaluación de cada sujeto y, una segunda donde se realiza una intervención psicosocial con los participantes. Este tratamiento modifica los esquemas cognitivos que dificultan al sujeto realizar una interpretación adecuada de la realidad, tomando conciencia de sus actos y desarrollando un autocontrol. Este tratamiento es eficaz, ya que consigue que el interno muestre un comportamiento adaptativo.

Al concluir cada programa, es importante evaluar el riesgo de reincidencia de cada sujeto. La escala SVR-20 se emplea para obtener un nivel de riesgo de reincidencia determinado. Este dato es esencial para la Junta de Tratamiento del Centro penitenciario, a la hora de tomar una decisión con respecto al interno. Se actúa teniendo en cuenta este porcentaje, intentando reducir el riesgo de daño que pueda causar el interno en el exterior.

Haciendo referencia a las hipótesis planteadas al comienzo de este estudio, gracias a los datos obtenidos, podemos afirmar lo siguiente: El riesgo de que la víctima de una agresión sexual desarrolle mayor sintomatología, aumenta si la agresión sexual es por parte de un conocido. Esta variable hace que la víctima muestre mayor sentimiento de culpabilidad y posea una baja autoestima.

En segundo lugar, se ha corroborado con los datos obtenidos que la intervención temprana con mujeres víctimas de una agresión sexual disminuye el impacto en la sintomatología de la víctima. Disminuye la gravedad e intenta frenar el desarrollo de esta sintomatología.

Y el tercer lugar, se ha observado que el tratamiento cognitivo-conductual es el que mayor eficacia presenta. Disminuye el grado de riesgo de reincidencia de estos agresores modificando su conducta. Por lo que podemos concluir que las tres hipótesis planteadas en un comienzo de este trabajo han sido confirmadas.

En cuanto a futuras líneas de investigación, destacaría la búsqueda de relación significativa entre las conductas de evitación sexual que presenta la víctima después de la agresión y, las circunstancias de la agresión sexual. Por otro lado, el análisis de los factores biológicos de los agresores sexuales, indagando en profundidad si existe una relación significativa con las conductas sexuales presentadas en los agresores. Por último, adentrarse el estudio de las posibles variables significativas que pueda presentar un agresor sexual, para poder determinar con mayor exactitud el porcentaje de riesgo de reincidencia de cada sujeto.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Abrahams, N., Jewkes, R., Mathews, S. (2013). Depressive symptoms after a sexual assault among women: understanding victim-perpetrator relationships and the role of social perceptions. *African journal of psychiatry*, 16(4), 288-293.
- Alarcón, A. (2008). Agresores sexuales: características, evaluación y tratamiento. Estado del arte en psicología: aportes desde la psicología jurídica y clínica al contexto penitenciario. *Psicología Jurídica Penitenciaria*. 242-262.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Castel, B. (2016). *Consideraciones médico-legales en torno a las agresiones sexuales: puesta la día e importancia de las características lesiones de las víctimas*. Universidad de Zaragoza.
- Dancausa, M. C. (2007). *Protocolo de actuación coordinada de los organismos competentes en materia de agresiones sexuales*. Área de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. <https://goo.gl/7KRcJ7>
- de la Cruz Fortún, M. Á. (2014). Estudio descriptivo de una muestra de víctimas de agresión sexual. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 14(1), 25-49.
- Echeburúa, E., de Coral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué?. *Psicología Conductual*. 15(3), 373-387.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Corral, P. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres víctimas de agresiones sexuales recientes y no recientes en la vida adulta. *Psicología Conductual*, 21(2), 249.
- García, V. (2019). Programas específicos de tratamiento en las prisiones españolas: control de la agresión sexual, atención integral a enfermos mentales y unidades terapéuticas y educativas. *Revista de Estudios Socioeducativos* (7), 184-200. [http://dx.doi.org/10.25267/Rev\\_estud\\_socioeducativos.2019.i7.13](http://dx.doi.org/10.25267/Rev_estud_socioeducativos.2019.i7.13)
- Henslin, J. M., Possamai, A. M., Possamai-Inesedy, A. L., Marjoribanks, T., y Elder, K. (2015). *Sociology: A down to earth approach*. Pearson Higher Education AU.

- Herrero, O. (2013). ¿Por qué no reincide la mayoría de los agresores sexuales? *Anuario de Psicología Jurídica*, 71-77. <http://dx.doi.org/10.5093/aj2013a11>
- James, R. K., Gilliland, B. E. (2017). Sexual assault. En James, R. K., y Gilliland, B. E. *Crisis Intervention Strategies* (pp. 240-285). Cengage Learning.
- Larrotta, R., Rangel-Noriega, K. J. (2013). Agresor sexual. Aproximación teórica a su caracterización. *Informes psicológicos*, 13(2), 103-120.
- Lozano, J. F., Gómez, M., Avilés, I., Sepúlveda, A. (2016). Comparación de los perfiles victimológicos en una muestra de mujeres agredidas sexualmente antes o después de los 20 años de edad. *Cuadernos de Medicina Forense*, 22(1-2), 30-39.
- Martín, A., Quirós, S. (2018). *Impacto en la salud de las mujeres víctimas de agresión sexual*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Martín, N., Vozmediano, L. (2014). Conducta de agresión sexual: Revisión de la literatura y propuesta de análisis mediante el modelo de triple riesgo delictivo. *International E-journal of criminal sciences*. (8), 2-32.
- Morales, A. M., Muñoz, N., Welsch, G., Fábrega, J. (2012). *La reincidencia en el sistema penitenciario chileno*, Fundación Paz Ciudadana.
- Real decreto 190/1996, del 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. BOE 40, de 15 de febrero de 1996, 1996-3307. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/02/09/190/con>
- Redondo, S. (2006) ¿Sirve el tratamiento para rehabilitar a los delincuentes sexuales? *Revista Española de Investigación Criminológica*. 4, 1-22.
- Redondo, S., Pérez, M., Martínez, M. (2007). El riesgo de reincidencia en agresores sexuales: investigación básica y valoración mediante el SVR- 20. *Papeles del Psicólogo*. 28(3), 187-195. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828305>
- Rivera, G., Romero, M. C., Labrador, M. A., Serrano, J. (2005). *El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario*. Ministerio del Interior.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., del Corral, P., Echeburúa, E. (2012). Factores de Vulnerabilidad y de Protección del Impacto Emocional en Mujeres Adultas Víctimas de

Agresiones Sexuales. *Terapia Psicológica*. 30(3), 7-18. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300002>

Valencia, O. L. (2016). Reincidencia y caracterización de los agresores sexuales en tratamiento penitenciario. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid].

Valencia, O. L., Andreu, J. M., Mínguez, P., Labrador, M. A. (2008). Nivel de reincidencia en agresores sexuales bajo tratamiento en programas de control de la agresión sexual. *Psicopatología clínica legal y forense*, 8(1), 7-18.

Valencia, O. L., Labrador, M. A., Peña, M. R. (2010). Características demográficas y psicosociales de los agresores sexuales. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 6(2), 297-308.

Villavivencio, P., Montalvo, T. (2011). Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno por Estrés Postraumático en un Caso de una Adolescente Víctima de Agresión Sexual. *Clínica Contemporánea*, 2(1), 39-56.