

María
Riberas
Gutiérrez



COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

TESIS DOCTORAL

**Prevención del Abuso Sexual Infantil: Hacia
un Tratamiento Penitenciario Específico para
Agresores Sexuales de Menores**

Autor: María Riberas Gutiérrez
Directora: Dra. María Prieto Ursúa
Codirectora: Dra. Nereida Bueno Guerra

**Prevención del Abuso Sexual Infantil: Hacia un Tratamiento Penitenciario Específico para
Agresores Sexuales de Menores**



MADRID | Octubre 2024

«Ciencia es aquello sobre lo cual siempre cabe discusión»

José Ortega y Gasset

«Confía en el tiempo, que suele dar dulces salidas a muchas amargas dificultades»

Miguel de Cervantes

Agradecimientos

A lo largo de estos años, han sido muchas las personas que han compartido conmigo esta etapa y cuyo apoyo incondicional ha sido fundamental para alcanzar esta meta. Quiero expresar mi profundo agradecimiento a cada uno de ellos, por haber estado a mi lado brindándome su ánimo, por sus palabras de aliento en los momentos difíciles, y por haber contribuido con su presencia y cariño en este camino lleno de retos y aprendizajes. Sin su compañía, este logro no habría sido posible.

Quiero comenzar expresando mi más sincero agradecimiento a mis directoras de tesis, cuya guía y apoyo han sido fundamentales a lo largo de este proceso. A María Prieto, le agradezco profundamente por haber aceptado acompañarme en esta investigación. Su disponibilidad constante y su capacidad para ofrecerme un espacio de calma y tranquilidad en los momentos más desafiantes han sido esenciales. Su orientación me ha permitido mantener el enfoque y la motivación, y su confianza en mis capacidades ha sido un gran impulso para seguir adelante. A Nereida Bueno, quiero extender mi gratitud por pensar en mí para este y muchos otros proyectos. Su dedicación y pasión por la investigación han sido contagiosas, y me ha enseñado a cultivar la curiosidad y el deseo de profundizar en este tema. Gracias por ser una mentora excepcional y por inspirarme a explorar nuevas ideas y embarcarme en nuevos retos. También quiero expresar mi agradecimiento a José Ángel Martínez-Huertas por mostrarse siempre disponible para resolver todas las dudas que me surgieron durante el análisis de datos, siempre desde la cercanía y la comprensión. Su generosidad al compartir su conocimiento ha marcado una gran diferencia en mi trabajo.

También quiero agradecer a mis compañeras Clara Bayón, Cristina Moreno, Marta Rodríguez y Laura Rastrollo. Juntas, pasamos horas infinitas realizando entrevistas en los centros penitenciarios, y su compromiso, disponibilidad y rigurosidad han sido esenciales para la recogida de datos. En particular, quiero hacer una mención especial a Laura. Desde el inicio,

Laura comenzó siendo una compañera de proyecto, pero al poco tiempo se ha convertido en una muy buena amiga. Su apoyo incondicional, tanto a nivel personal como profesional, ha sido fundamental en este viaje. Gracias por estar siempre ahí para escuchar mis ideas, mis avances y mis inquietudes, y por compartir risas y momentos que han hecho este proceso mucho más llevadero y enriquecedor.

Gracias a mi grupo de amigas, a Belén, Macarena, María, Patricia y Verónica, por ser siempre uno de los pilares fundamentales de mi vida. No solo durante esta etapa, sino desde prácticamente toda mi vida, su cercanía, comprensión y sentido del humor han sido esenciales para recordar quién soy en medio de las exigencias de esta tesis. Gracias por estar ahí, por escucharme, animarme y ayudarme a encontrar equilibrio en los momentos difíciles.

A Adrián, mi compañero de vida, gracias por entenderme cuando ni siquiera yo lo lograba, por su paciencia infinita y por su capacidad para impulsarme a seguir adelante cuando sentía que no podía más. Gracias por tu apoyo constante, por ser mi refugio y por recordarme a diario que soy capaz de lograrlo. No habría llegado hasta aquí sin ti a mi lado.

A mi familia, a mi padre, a mi madre y a mi hermano, gracias por estar siempre presentes en cada paso y etapa de mi vida, tanto profesional como personal. Su apoyo incondicional, su amor y su fe en mí han sido mi sostén y mi mayor fuente de motivación. Gracias por creer en mí, por enseñarme la importancia del esfuerzo y por estar siempre dispuestos a acompañarme en cada decisión y en cada meta.

Por último, quiero dedicar unas palabras de gratitud a los participantes del estudio, quienes compartieron generosamente su tiempo y experiencias con nosotras. Su disposición a abrirse y aportar información valiosa ha sido esencial para el desarrollo de esta investigación. Sin su colaboración, este trabajo no habría sido posible, y por eso, les estoy profundamente agradecida.

RESUMEN

En España no existe un tratamiento específico para los condenados por agresiones sexuales a menores, ya que tanto agresores de menores como de adultos son tratados en un mismo programa, el Programa de Control de la Agresión Sexual.

La presente tesis doctoral tiene como objetivo identificar si existen diferencias significativas entre agresores sexuales de adultos y de menores que justifiquen la creación de un tratamiento específico para cada grupo, con el fin de prevenir la reincidencia en el abuso sexual infantil. Para cumplir este objetivo, se realizaron dos estudios.

El primero es un estudio empírico que analiza y compara variables psicológicas como la autoestima medida con el Single-Item Self-Esteem Scale y la negación del delito evaluada a través de un cuestionario ad hoc. También se comparan variables cognitivas como cogniciones de apoyo al delito medidas a través de la Escala RAPE (cogniciones sobre la violación y las mujeres) y la escala SWCH (cogniciones relacionadas con el abuso sexual infantil). Por último, se comparan variables sexuales como diez tipos de fantasías sexuales evaluadas a través de cuestionario ad hoc basado en el Multidimensional Developmental, Sex and Aggression Inventory, que podrían requerir enfoques terapéuticos distintos en caso de que se observen diferencias. La muestra de estudio ese compone por 70 participantes varones, 26 condenados por el delito de agresión sexual hacia menores, 22 condenados por el delito agresión sexual hacia adultos y 22 condenados por delitos no sexuales como grupo control. Los resultados indicaron que los agresores de adultos mostraron menor autoestima y mayor negación del delito. Además, se encontró una relación inversa entre autoestima y negación del delito. En cuanto a las cogniciones de apoyo al delito, no se obtuvieron diferencias en el RAPE y SWCH en los grupos. En cuanto a las fantasías sexuales, los agresores de menores presentaron más fantasías con menores, mientras que los agresores de adultos reportaron más fantasías de uso de esposas y látigos. También se encontró que aquellos que presentaban fantasías con menores

presentan puntuaciones significativamente más altas en la escala SWCH. Por último, los modelos de mediación evidenciaron que tanto las fantasías sexuales con menores como las fantasías sadomasoquistas estaban directamente relacionadas con la comisión de delitos sexuales.

El segundo estudio, de carácter teórico, propone una intervención específica para internos con pedofilia en entornos penitenciarios. Este programa, complementario al tratamiento estándar, se enfoca en mejorar la autoestima, evaluar la ideación suicida, reestructurar distorsiones cognitivas, fomentar relaciones funcionales con adultos, abordar la polivictimización, y proporcionar psicoeducación sobre pedofilia entre otras, con el objetivo de reducir el riesgo de reincidencia. Por todo ello, existen suficientes diferencias y evidencias para crear tratamientos penitenciarios diferenciados para agresores sexuales de menores y de adultos.

Palabras clave: abuso sexual infantil, agresión sexual, tratamiento penitenciario, pedofilia.

ABSTRACT

In Spain, there is no specialized treatment for individuals convicted of sexual offenses against minors, as both offenders against minors and adults are treated within the same program, the Programa de Control de la Agresión Sexual. This doctoral thesis aims to determine whether there are significant differences between adult and minor sexual offenders that would justify creating a specific treatment for each group, with the goal of preventing recidivism in child sexual abuse. To achieve this objective, two studies were conducted.

The first study is empirical and analyzes psychological variables, such as self-esteem measured with the Single-Item scale and denial of offense evaluated through an ad hoc questionnaire. Cognitive variables, such as crime-supportive cognitions measured with the RAPE Scale (rape and women-related cognitions) and the SWCH scale (child sexual abuse-related cognitions), were also compared. Finally, sexual variables were compared, including ten types of sexual fantasies evaluated through an ad hoc questionnaire based on the Multidimensional Developmental, Sex and Aggression Inventory, which could require different therapeutic approaches if differences were observed. The study sample consisted of 70 male participants: 26 convicted of sexual offenses against minors, 22 convicted of sexual offenses against adults, and 22 convicted of non-sexual offenses as a control group.

Results indicated that adult offenders showed lower self-esteem and higher levels of offense denial. Additionally, an inverse relationship was found between self-esteem and offense denial. Regarding crime-supportive cognitions, no differences were found on the RAPE and SWCH scales between the groups. For sexual fantasies, offenders against minors exhibited more fantasies involving minors, while adult offenders reported more fantasies involving the use of handcuffs and whips. Additionally, those with fantasies involving minors scored significantly higher on the SWCH scale. Finally, mediation models showed that both fantasies involving

minors and sadomasochistic fantasies were directly related to the commission of sexual offenses.

The second study, theoretical in nature, proposes a specific intervention for inmates with pedophilia in penitentiary settings. This program, which complements the standard treatment, focuses on improving self-esteem, assessing suicidal ideation, restructuring cognitive distortions, fostering functional adult relationships, addressing prior polyvictimization, and providing psychoeducation on pedophilia, among other aspects, with the goal of reducing the risk of recidivism. Therefore, there are sufficient differences and evidence to create differentiated prison treatments for child and adult sex offenders.

Keywords: child sexual abuse, sexual offences, prison treatment, pedophilia.

Índice

INTRODUCCIÓN	15
VIOLENCIA SEXUAL: AGRESIÓN SEXUAL HACIA ADULTOS Y HACIA MENORES	15
<i>Ley Orgánica 10/2022</i>	<i>18</i>
CAPÍTULO 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS DIFERENTES TIPOS DE AGRESORES SEXUALES	20
1.1 AGRESORES SEXUALES DE ADULTOS	20
1.2 AGRESORES SEXUALES DE MENORES	22
<i>Agresores primarios o preferenciales.....</i>	<i>25</i>
<i>Agresores secundarios o situacionales</i>	<i>26</i>
CAPÍTULO 2: FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN LA COMISIÓN DE AGRESIONES SEXUALES	27
2.1 AUTOESTIMA.....	28
2.2 NEGACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD DELITO	30
2.3 COGNICIONES DE APOYO AL DELITO	33
<i>Las cogniciones de apoyo al delito como factor de riesgo.....</i>	<i>34</i>
<i>Las cogniciones de apoyo a la ofensa cumplen una función justificadora y protectora.</i>	<i>34</i>
<i>La necesidad de un tratamiento terapéutico de las cogniciones de apoyo al delito</i>	<i>36</i>
<i>Diferencias en las cogniciones de apoyo al delito en función del delito sexual.....</i>	<i>37</i>
2.4 FANTASÍAS SEXUALES	38
<i>Las fantasías sexuales como factor de riesgo para la comisión de delitos sexuales y su relación con las cogniciones de apoyo al delito.....</i>	<i>40</i>
CAPÍTULO 3: PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA LA AGRESIÓN SEXUAL	43
3.1 REINCIDENCIA DE LOS DELITOS SEXUALES	43
3.2 FACTORES QUE FAVORECEN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE LOS AGRESORES SEXUALES	45
<i>Orientación del programa y método de impartición</i>	<i>45</i>
<i>Contenido y cualificación del personal del programa aplicado</i>	<i>49</i>
<i>Entorno de tratamiento</i>	<i>50</i>
<i>Características y situaciones concretas de los participantes</i>	<i>51</i>

3.3 PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PENITENCIARIOS EN ESPAÑA.....	52
<i>Programa de Control de la Agresión Sexual</i>	53
3.4 PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PENITENCIARIO INTERNACIONALES.....	61
3.5 PROGRAMAS DE TRATAMIENTO COMUNITARIOS NACIONALES E INTERNACIONALES.....	73
3.6 EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS A TRAVÉS DE LA REINCIDENCIA ..	79
3.7 NECESIDADES DE INTERVENCIÓN EN INTERNOS CON PEDOFILIA	84
CAPÍTULO 4: JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	88
CAPÍTULO 5: ESTUDIO EMPÍRICO	91
5.1 MÉTODO	93
<i>Participantes</i>	93
<i>Instrumentos</i>	97
<i>Procedimiento</i>	100
<i>Análisis de datos</i>	101
5.2 RESULTADOS.....	103
<i>Análisis descriptivos de las variables de estudio</i>	103
<i>Relación de autoestima y negación de la responsabilidad del delito</i>	106
<i>Diferencias en cogniciones en función del tipo de fantasías</i>	107
<i>Las fantasías sexuales o las cogniciones de apoyo al delito como variables mediadoras</i>	111
5.3 DISCUSIÓN	117
CAPÍTULO 6: ESTUDIO TEÓRICO. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICA PARA PEDOFILIA EN EL ENTORNO PENITENCIARIO	127
6.1 MÉTODO	127
6.2 NECESIDADES DE INTERVENCIÓN A TRAVÉS DEL CASO DE UN INTERNO CON PEDOFILIA	129
6.3 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON INTERNOS CON PEDOFILIA COMPLEMENTARIA AL PCAS.....	133
CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	142
7.1 DISCUSIÓN GENERAL.....	142
7.2 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	151
7.3 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	154
7.4 CONCLUSIONES FINALES	155

REFERENCIAS.....	157
ANEXOS.....	185
ANEXO I.....	186
ANEXO II	188
ANEXO III.....	190
ANEXO IV	192
ANEXO V	193
ANEXO VI.....	197

INTRODUCCIÓN

En esta introducción se realiza una exploración detallada de la violencia sexual, centrándose específicamente en las agresiones dirigidas hacia adultos y menores, con el propósito de contextualizar el concepto de violencia sexual y su prevalencia en el territorio español. Asimismo, se abordan las características de personas que cometen delitos sexuales contra adultos y menores y se detallan variables diferenciales donde la literatura muestra que existen diferencias entre ambos tipos de agresores, como la autoestima, asunción del delito, distorsiones cognitivas y fantasías sexuales. Además, se proporciona información detallada de las áreas de intervención del programa que actualmente se implementa en los centros penitenciarios de España para quienes cometen ambos tipos de agresiones sexuales, el Programa de Control de la Agresión Sexual y de los programas de tratamiento internacionales. Este análisis tiene como objetivo demostrar si es o no necesario implementar un tratamiento diferenciado y específico en los centros penitenciarios, reconociendo las particularidades que presentan los agresores sexuales en función de la edad de sus víctimas.

Violencia sexual: agresión sexual hacia adultos y hacia menores

La violencia sexual es un problema social que afecta a millones de víctimas alrededor del mundo, generando consecuencias negativas en su salud mental (Granda y Hernández, 2021; Hornor, 2010). La Organización Mundial de la Salud (2021) define la violencia sexual como *“todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito”*.

El impacto de la violencia sexual es muy elevado para las víctimas, tanto adultas como menores, ya que provoca daños psicológicos, emocionales y sociales. En víctimas adultas

algunas de las consecuencias que genera la violencia sexual son el desarrollo de trastorno de estrés postraumático, síntomas ansioso-depresivos, baja autoestima, sentimientos de culpa y problemas relacionados en el área sexual (Real-López et al., 2023; Rodríguez, 2022; Sarasua et al., 2012). En niños y niñas pueden aparecer signos y síntomas a corto plazo y pueden instalarse hasta la adultez desarrollando en este momento vital trastornos psicológicos (Save the Children, 2021). En cuanto a las consecuencias a corto plazo se encuentran síntomas a nivel físico como pesadillas, pérdida de control de esfínteres; a nivel conductual bajo rendimiento escolar, fugas, consumo de sustancias, conductas autolesivas; a nivel emocional encontramos culpa, vergüenza, rabia, miedo generalizado, rechazo del propio cuerpo; nivel sexual comportamientos sexuales inadecuadas para la edad del menor, masturbación compulsiva y a nivel social, escasas habilidades sociales, aislamiento, entre otras. A largo plazo pueden desarrollarse trastornos como: trastorno de estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos disociativos, trastornos de personalidad, entre otros (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021).

Si nos centramos concretamente en la violencia sexual infantil, además del impacto que genera en los menores, la violencia infantil supone un coste social considerable. En el estudio de Pereda (2023) se observa cómo la violencia a edades más tempranas se relaciona con una mayor demanda de los servicios de salud y más recursos que suponen un coste económico, y, por tanto, un problema de salud pública. Por ello, no solo se trata de un fenómeno extendido que causa dolor en los supervivientes sino también supone un coste público elevado, lo que justifica la necesidad de invertir recursos económicos e investigaciones en acciones de prevención de agresión sexual infantil, como por ejemplo, programas de intervención para personas que cometen estos delitos, ya que el tratamiento terapéutico dentro de los centros penitenciarios se puede entender como una estrategia de prevención para disminuir el número

de futuras víctimas, siempre y cuando el tratamiento se adapte a las características y necesidades concretas de los condenados (Andrews y Bonta, 2006).

En los centros penitenciarios y de acuerdo con el Código Penal español, los delitos sexuales se clasifican según la edad de la víctima, distinguiendo entre aquellos cometidos contra menores de 16 años y los perpetrados contra personas adultas. También se encuentra recogido en el Código Penal el delito de *online grooming*, que consiste en el embaucamiento de menores con fines sexuales a través de las nuevas tecnologías (Vázquez, 2014). Sin embargo, en la presente tesis doctoral nos centraremos en los delitos de agresión sexual a adultos y a menores, excluyendo por tanto el análisis del delito de *online grooming*.

En España, el delito sexual con mayor prevalencia es la agresión sexual hacia personas adultas. Conocer la prevalencia de estos delitos sexuales resulta complejo, ya que existe una cantidad de casos que nunca llegan a salir a la luz, la denominada cifra negra (Pueyo et al., 2020). Para poder aproximarnos al fenómeno de la violencia sexual puede resultarnos útil atender a dos cifras importantes: el número de víctimas que han sido registradas, y el número de condenados en instituciones penitenciarias.

En cuanto al número víctimas adultas de agresión sexual, según el Balance de Criminalidad del Ministerio del Interior, en el periodo de enero a septiembre de 2023 se han registrado 15.051 casos de delitos contra la libertad sexual, mientras que en 2022 se registraron 13.437 casos en España, un 24% más respecto a 2020 y un 13% en relación con 2021.

En cuanto a las víctimas menores de edad, Save the Children (2021) estima que en España entre un 10 y un 20 % de la población ha sido víctimas algún tipo de agresión sexual durante su infancia. Del mismo modo en España, según el Instituto Nacional de Estadística (2022), la cifra de condenados por delitos sexuales (tanto hacia adultos como menores) en 2022 fue de 2.728 personas (1.996 cometieron delitos sexuales hacia adultos y 762 fueron delitos

sexuales hacia menores). Estos datos suponen aumento considerable con respecto a los años pasados, ya que en 2019 hubo 2.175 condenados (1.646 delitos sexuales hacia adultos, y 529 delitos sexuales hacia menores), en 2020 fueron penados 2.058 varones, 1.498 por delitos sexuales hacia adultos, y 560 por delitos sexuales hacia menores y en 2021 se registraron 2.785 casos, 2.047 delitos sexuales hacia adultos y 738 hacia menores. Estos datos implican que en los centros penitenciarios el número de condenados por delitos sexuales es cada vez mayor alcanzando en 2023 los 3.977 condenados varones por delitos contra la libertad sexual.

Ley Orgánica 10/2022

Recientemente, se ha implementado un cambio legislativo con la Ley Orgánica 10/2022 de Garantía Integral de la Libertad Sexual, que aborda los delitos de agresión sexual tanto contra adultos como contra menores. Anteriormente, el Código Penal (2015), en su Libro II, Título VIII, diferenciaba entre dos tipos de delitos sexuales: la agresión sexual, que se produce cuando se vulnera la libertad sexual de otra persona sin su consentimiento mediante el uso de violencia o intimidación, y el abuso sexual, que implica realizar actos que afectan la libertad sexual de una persona sin su consentimiento, pero sin recurrir a la violencia o intimidación. En consecuencia, las penas de prisión para el delito de agresión sexual oscilaban entre cinco y diez años, mientras que para el delito de abuso sexual las sanciones eran de uno a tres años o multas de 18 a 24 meses.

Sin embargo, con el actual cambio de ley (Código Penal, 2022) recogido en el Título VIII del Libro II, el abuso sexual ha quedado suprimido como categoría penal y, por tanto, todos los actos considerados como abuso sexual anteriormente, ahora son calificados y condenados como agresión sexual¹. Por tanto, en el artículo 178 del Código Penal queda recogido: *“Se consideran en todo caso agresión sexual los actos de contenido sexual que se*

¹ En la presente tesis doctoral se utilizará la terminología previa a la recogida en el Código Penal de 2022

realicen empleando violencia, intimidación o abuso de una situación de superioridad o de vulnerabilidad de la víctima, así como los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuya situación mental se abusare y los que se realicen cuando la víctima tenga anulada por cualquier causa su voluntad. Las penas por el delito de agresión sexual varían de uno a cuatro años, pudiendo alcanzar hasta cinco años si la agresión se llevó a cabo con violencia, intimidación o si la víctima se encontraba incapacitada para dar su consentimiento. En el caso de que la agresión implique acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o la introducción de miembros o objetos en las vías vaginal o anal, las penas oscilan entre cuatro y doce años. Si además se comete con violencia o intimidación, la pena puede aumentar a entre seis y doce años.

En relación con las agresiones sexuales a menores de 16 años, el Código Penal español clasifica este delito como cualquier acto de naturaleza sexual que involucre a un menor de esa edad, incluyendo aquellos que el menor pueda realizar a terceros o sobre sí mismo a solicitud del agresor. Como resultado de esto, además de eliminar el término "abuso sexual", se han implementado cambios en la duración de las penas de prisión. Anteriormente, en casos de acceso carnal, las penas oscilaban entre seis y doce años, mientras que actualmente han aumentado a un rango de ocho a doce años. Asimismo, cuando la agresión sexual se lleva a cabo con violencia, intimidación o cuando la víctima tiene su voluntad anulada, las penas han pasado de diez a quince años a un rango de doce a quince años de prisión.

Además, algunos de los cambios son especialmente importantes para la presente investigación, dado que son de carácter penitenciario y centrados en la rehabilitación del agresor. Si la pena de prisión excede los cinco años, especialmente cuando la víctima es menor de edad, presente alguna discapacidad o necesita protección especial, el condenado no podrá acceder al tercer grado hasta haber cumplido la mitad de su condena. Además, en este caso, el

condenado deberá participar en el programa de tratamiento para condenados por agresión sexual conocido como Programa de Control de la Agresión Sexual.

CAPÍTULO 1: Características generales de los diferentes tipos de agresores sexuales

Existe una gran dificultad para establecer tipologías de agresores sexuales, ya que los datos se derivan de muestras limitadas y que, en ocasiones, pueden presentar sesgos, por ejemplo, dado que la mayoría de los individuos reportados son participantes condenados en instituciones penitenciarias, podrían no reflejar en su totalidad a la población de agresores sexuales (Lim et al., 2021). Además, las personas que cometen delitos de esta índole, lejos de cualquier estereotipo social, pueden provenir de diversos ámbitos profesionales y niveles sociales, y sus características demográficas son representativas de la población en general (Sánchez, 2003). Sin embargo, a pesar de estas limitaciones se han creado diferentes tipologías para clasificar a los agresores sexuales, en función del género, el estilo de conducta abusiva, la edad de la víctima, y otras variables (González et al., 2004) ya que, los delincuentes sexuales presentan características idiosincrásicas propias, lo que requiere un estudio del fenómeno por separado (Herrero, 2018). En la presente investigación se utilizará la clasificación de los agresores sexuales en función del delito sexual cometido, bien hacia personas adultas o bien hacia menores.

1.1 Agresores sexuales de adultos

En lo que respecta a los agresores sexuales de adultos, se ha observado que la edad en la que cometen los delitos sexuales generalmente se sitúa entre los 20 y 35 años (Crookes et al., 2022). En particular, estudios previos han arrojado una edad media de 32,1 años (Mathesius y Lussier, 2014), teniendo un pico de riesgo hacia finales de los 30 años (Smallbone et al., 2008). Por tanto, estos agresores suelen ser varones jóvenes con una edad media inferior a 35 años (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021).

Son personas que a nivel socioafectivo se encuentran poco integrados y tiene escasas relaciones y poco profundas (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021; Herrero, 2018). Las personas que cometen delitos sexuales, en concreto hacia adultos, pueden tener déficits en la intimidad (Wielinga et al., 2021). En efecto, parece que las dificultades en la intimidad pueden ser un factor de riesgo para cometer delitos sexuales (Mann et al., 2010). Como consecuencia de ello, algunos agresores sexuales de adultos no suelen mantener relaciones de pareja y sus relaciones son más impersonales, lo que incrementa sus sentimientos de soledad (Wielinga et al., 2021). Su comportamiento sexual puede ser considerado normal o desviado, sin necesariamente implicar intimidad (Mann et al., 2010). También es importante destacar el uso frecuente de pornografía y prostitución (Herrero, 2018; Johnson, 2015).

En relación con las estrategias que utilizan los agresores sexuales de adultos, en muchas ocasiones utilizan la fuerza o las amenazas para llevar a cabo la agresión sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021). Las víctimas suelen ser personas desconocidas para los perpetradores y suelen cometer el delito sin planificación previa (Beauregard et al., 2023) a excepción de aquellos agresores que presentan un mayor interés sexual en la violencia, en el que hay una mayor planificación del delito (Beauregard et al., 2005).

Por otro lado, también se ha encontrado que entre los agresores sexuales de adultos es frecuente el consumo de alcohol como un mecanismo de afrontamiento de sus emociones o de situaciones de estrés (Eher et al., 2019; Herrero, 2018). Asimismo, es frecuente encontrar trastornos de personalidad de tipo B, en concreto del trastorno de personalidad antisocial (Eher et al., 2019; Herrero, 2018; Link y Lösel, 2021).

1.2 Agresores sexuales de menores

Los agresores sexuales de menores de 16 años resultan una población muy heterogénea (Levine y Dandamudi, 2016). Sin embargo, encontramos diferencias respecto a los agresores sexuales de adultos que es importante mencionar. En la agresión sexual infantil existen tres fenómenos que en las agresiones a adultos no se encuentran presentes: la coerción, el abuso de poder y la asimetría de edad, por lo que en muchas ocasiones el uso de la violencia no es necesaria (Finkelhor y Hotaling, 1984; López, 1994; Murillo, 2020). La coerción hace referencia a conductas por parte del adulto para someter al menor a llevar a cabo actos sexuales, las más frecuentes son el engaño, la manipulación mediante secretos o juegos, las amenazas y de forma menos frecuente, la fuerza física. Sin embargo, dado que el adulto es una figura de autoridad para el menor en el cual deposita su confianza y frecuentemente existe un vínculo afectivo entre ambos, es habitual que el menor ceda ante el agresor (Pereda, 2010).

Sumado a todo esto, respecto a la asimetría de edad, el agresor es significativamente mayor que la víctima menor de edad, que no tiene la capacidad madurativa de comprender ni consentir. Además, algunos autores señalan que en esta asimetría de edad también van implícitas otro tipo de asimetrías como la asimetría anatómica, del desarrollo, sexual, afectiva y de las habilidades sociales (López y Campo 2001, citado en Save The Children, 2001).

Todos estos aspectos mencionados difieren de la dinámica de las agresiones sexuales hacia adultos, por lo que resulta necesario resaltarlos de cara a la comprensión de las tipologías de agresores sexuales, así como a la hora de pensar en las implicaciones para el diseño de posibles intervenciones terapéuticas.

Antes de adentrarnos en la tipología de agresores sexuales de menores, resulta necesario detenernos en la definición de pedofilia y distinguirlo de la pederastia, ya que en muchas ocasiones se utilizan estos términos de forma intercambiable (Hall y Hall, 2007) y va a ser una diferencia importante con respecto a los agresores sexuales de adultos.

La pedofilia es la atracción sexual por menores de edad, mientras que la pederastia es el acto de agredir sexualmente a menores de edad (Herrero y Negro, 2016; Seto, 2009). De este modo, en los centros penitenciarios puede haber personas condenadas por delitos de agresión sexual a menores que presenten o no pedofilia.

La conceptualización teórica de la pedofilia no encuentra consenso dentro de la literatura científica (Baker, 2021). Por un lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM 5; American Psychiatric Association, APA, 2013) sitúa la pedofilia dentro de los trastornos parafílicos. Las parafilias se consideran trastornos parafílicos cuando no cumplen con la legalidad si se llevan a cabo, o generan malestar o deterioro en algún área de funcionamiento (social, laboral, etc.) (APA, 2013). Dado que la pedofilia cumple con estos principios se considera un trastorno parafílico que para ser diagnosticado debe cumplir los siguientes criterios: experimentar deseos, fantasías o comportamientos sexuales recurrentes que involucren a menores prepúberes, que se hayan llevado a cabo conductas sexuales con menores o que se experimente malestar o problemas en algún área del funcionamiento del individuo vinculados a la presencia de este interés sexual durante un período de más de 6 meses (DSM 5 APA, 2013). Además, el interés sexual es invariable en el tiempo y difícilmente modificable a pesar de los intentos realizados por cambiarlo (DSM-5, APA, 2013; Campo Arias y Herazo, 2018; Seto, 2017).

Por otro lado, dado que la pedofilia es estable en el tiempo y difícil de modificar, Seto (2016) acuña el término de cronofilia, es decir un tipo de orientación sexual hacia la edad, que incluye atracción sexual y romántica por menores (Martjin et al., 2020).

Cuando hablamos de orientación sexual, es importante destacar que la preferencia sexual puede ir dirigida hacia el sexo y hacia la edad, de modo que las personas pueden sentir atracción sexual por personas del sexo opuesto, por su mismo sexo o por ambos. Del mismo modo ocurriría con la edad y según este criterio se puede distinguir entre la pedofilia, atracción sexual por niños prepúberes, la nepiofilia por bebés o niños pequeños, la hebefilia por niños púberes y la efebofilia por niños pospúberes. La literatura científica se refiere en la mayoría de las ocasiones a la atracción por menores con el término de pedofilia, incluyendo en este término las demás variaciones de interés sexual (Seto, 2017) por lo que en la presente tesis doctoral nos referiremos a todos los intereses sexuales por menores con el término de pedofilia.

Estas preferencias pueden darse de manera exclusiva, es decir, solamente hacia menores de edad, o de forma no exclusiva, es decir, el individuo siente atracción por menores de edad y por personas adultas (DSM-V, APA, 2013). Las personas con pedofilia exclusiva tienen más riesgo de reincidencia (Eher et al., 2015; McPhail et al., 2018).

Sin embargo, ambas formas de entender la pedofilia, ya sea como un trastorno o como una orientación, no son excluyentes tal y como se ha desarrollado anteriormente; de hecho, algunos autores (Baker, 2021) consideran que estas perspectivas permiten enfocar la intervención terapéutica en el desarrollo de habilidades de autorregulación, en lugar de ver los pensamientos e impulsos como elementos inmodificables (Seto, 2012).

Por todo lo anteriormente mencionado es por lo que los autores han desarrollado una clasificación teórica de los agresores sexuales de menores en función de si presentan o no pedofilia que ha ido evolucionando hasta la que se presenta a continuación (Howells, 1981

citado en Lanyon, 1986). De este modo, se distingue entre abusadores primarios o preferenciales, cuya orientación sexual primaria es hacia menores, y abusadores secundarios o situacionales, que no presentan interés sexual por menores. El estudio de Groth y Birnbaum (1978, citados en Lanyon, 1986) aportó datos empíricos que apoyan esta clasificación: de una muestra aleatoria de 175 agresores sexuales de menores, 83 podían ser clasificados como preferenciales y 92 como situacionales, encontrando diferencias significativas entre los grupos. Por ello, Lanyon (1986) expone que los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas hasta la fecha, al tratar a los agresores de menores en un único grupo, son inciertos, por lo que propone que estudios futuros tengan en cuenta la presente clasificación de los agresores sexuales de menores.

Agresores primarios o preferenciales

Los agresores sexuales primarios o preferenciales presentan una orientación sexual dirigida sobre todo a menores y la conducta violenta no es en respuesta a situaciones de estrés, como ocurre en el caso de los agresores sexuales secundarios (Castillo y Rangel-Noriega, 2013). La característica distintiva de los agresores sexuales primarios es su atracción sexual hacia menores, y en muchos casos, emplean estrategias para acercarse a ellos, ya sea a través de actividades específicas o al buscar empleos que les proporcionen contacto con menores. Esto sugiere que los delitos sexuales son perpetrados de manera premeditada (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021; Levine y Dandamudi, 2016). Generalmente están solteros, y cualquier involucramiento en una relación de pareja a menudo es por razones pragmáticas, como una fachada o para obtener acceso a menores (Haciak, 1993). Las víctimas suelen ser menores conocidos por el agresor (Lanning, 2010), y en muchos casos, que tienen acceso legítimo a ellas (Snyder y Sickmund, 2006). Aproximadamente el 60% de los agresores son individuos no familiares pero conocidos por los niños, como amigos de la familia, profesores, cuidadores de niños, vecinos, entre otros (Lanning, 2010). Alrededor del 30% de los agresores

pertenecen a la familia, incluyendo a padres, abuelos, tíos y primos (Lanning, 2010). Solo el 10% de los agresores son extraños para el menor, lo que puede incluir a otros delincuentes que entran en contacto con niños a través de Internet (Mendelson y Letourneau, 2015).

A nivel sexual, pueden mostrar cierto rechazo por las relaciones sexuales con personas adultas, incluso pueden sentir aversión hacia características sexuales de las mujeres adultas (Valencia et al., 2008). Además, una posible hipótesis de su mantenimiento es la masturbación frecuente con fantasías sexuales con menores (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021). Esta tendencia podría deberse a haber tenido experiencias negativas relacionadas con la sexualidad en la infancia o incluso haber sido víctima de abuso sexual (Jespersen et al., 2009; Herrero et al., 2021; King et al., 2019). Sin embargo, esta hipótesis está en entredicho por otros autores, ya que no lo consideran un factor determinante y no se han obtenido conclusiones claras al respecto (Leach et al., 2016).

Agresores secundarios o situacionales

Los agresores sexuales secundarios o situacionales, es decir, sin atracción sexual por menores, son una tipología de agresor cuyos intereses sexuales van dirigidos hacia personas adultas, y sin embargo cometen agresiones sexuales hacia menores de edad de forma aislada y como respuesta ante una situación de estrés, soledad, o como una forma de compensar su autoestima (Castillo y Rangel-Noriega, 2013; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021; Lanyon, 1986). Las agresiones suelen ocurrir de forma esporádica, sin premeditación y de manera impulsiva, al contrario de los agresores sexuales primarios (Castillo y Rangel-Noriega, 2013; Hacia, 1993). Además, otra de las principales diferencias respecto a los agresores primarios es que valoran sus conductas sexuales como inapropiadas y anómalas, lo que en muchas ocasiones acompañan sentimientos de culpa y vergüenza (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021; Lanyon, 1986).

CAPÍTULO 2: Factores de riesgo que favorecen la comisión de agresiones sexuales

Los criterios para identificar una variable como un factor de riesgo se centran en que debe poseer relevancia psicológica, es decir, debe tener un peso significativo en los aspectos cognitivos, emocionales o conductuales que puedan influir en la comisión de agresiones sexuales (Herrero, 2018). Por lo tanto, no existe un único factor que explique las conductas relacionadas con la comisión de delitos sexuales, ya que estas agresiones son el resultado de la interacción y combinación única de múltiples variables en cada individuo (Herrero, 2018). La existencia de diversas combinaciones de factores genera perfiles individuales variados, cada uno con sus propias motivaciones, necesidades de tratamiento y niveles de riesgo de reincidencia diferentes (Finkelhor, 1984; Seto, 2017).

Los factores de riesgo asociados con la probabilidad de reincidencia son numerosos. El instrumento de evaluación *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20) (Boer et al., 1997), diseñado para predecir el riesgo de reincidencia sexual, examina factores en varias áreas. En el ámbito del funcionamiento psicosocial, se consideran aspectos como la desviación sexual, victimización sexual en infancia, la presencia de psicopatía o trastornos mentales graves, consumo de sustancias, pensamientos suicidas u homicidas, dificultades interpersonales y laborales, así como antecedentes de delitos violentos no sexuales o de delitos no violentos. En cuanto a los delitos sexuales, se evalúan factores como la alta frecuencia de delitos sexuales, el daño físico causado a las víctimas, el uso de armas o amenazas de muerte durante la comisión de delitos sexuales, la evolución en la frecuencia y gravedad de los delitos, la minimización extrema o la negación de los mismos, y actitudes que respaldan o toleran estos actos. Por último, respecto a los planes a futuro, se considera la falta de planes realistas y viables, así como una actitud negativa hacia la intervención (Ramírez et al., 2008).

Dada la gran cantidad de factores de riesgo involucrados en la comisión de un delito sexual, en la presente tesis doctoral nos centraremos en las variables que producen diferencias entre ambos tipos de agresores sexuales y que resultan importantes a la hora de implementar tratamientos específicos. Esperamos que este estudio pueda ayudar a decidir qué enfoque de tratamiento es más adecuado, si que todos los delincuentes sexuales reciban el mismo o que los delincuentes sexuales menores y adultos reciban tratamiento diferenciados. A continuación, se justifica la inclusión de cada variable de estudio: autoestima, negación de la responsabilidad del delito, cogniciones de apoyo al delito y fantasías sexuales.

2.1 Autoestima

La autoestima ha sido objeto de amplio estudio en delincuentes sexuales. En términos generales, aquellos que cometen delitos sexuales, ya sea hacia menores o adultos, tienden a mostrar niveles bajos de autoestima (Finkelhor, 1984; Herrero et al., 2021), sin que se observen diferencias significativas entre los dos grupos (Miller, 2022).

Algunos estudios apuntan a que las conductas delictivas de tipo sexual pueden ser indicativas de una baja autoestima (Kaplan et al., 1986; Redondo y Echeburúa, 2010). Los agresores sexuales de adultos, como ya se ha mencionado anteriormente, presentan dificultades a la hora de establecer relaciones de intimidad, lo que trae como consecuencia no mantener relaciones de pareja y sentimientos de soledad, además de que sus acciones suelen implicar intimidación y violencia como formas de controlar a la víctima (Giménez-Salinas et al., 2023). Algunos autores plantean que los agresores sexuales de adultos buscan elevar su autoestima a través de la agresión sexual, utilizando actos violentos como medio para aumentar su propia valoración personal (Kaplan et al., 1986; Redondo y Echeburúa, 2010; Redondo y Martínez, 2016). Esto podría deberse a que el impulso sexual en el ser humano no solo cumple una función reproductiva, sino que también se asocia con otras funciones como la creación de

vínculos, el placer, la dominación y puede actuar como un mecanismo de regulación de la autoestima (Redondo y Martínez, 2016).

En el caso de los agresores sexuales de menores, la violencia no suele ser tan común, ya que, en muchos casos, no es necesaria. Las características de la propia dinámica de abuso, como son la asimetría de edad y la relación de confianza y de poder, son suficientes para que se pueda producir la agresión sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021; Finkelhor y Hotaling, 1984; López, 1994). En este contexto, la baja autoestima en agresores sexuales primarios de menores se manifiesta en la dificultad para establecer relaciones íntimas con adultos, lo que podría llevarlos a relacionarse con niños, donde podrían encontrar una mayor conexión emocional y confianza que con los adultos (Seto, 2008). Además, la autoestima baja puede ser consecuencia del propio hecho de haber cometido este tipo de delito (Woodyatt y Wenzel, 2013) o por vergüenza de su atracción sexual por menores. Por tanto, se desconoce si la baja autoestima es un desencadenante de la comisión del delito sexual o una consecuencia del mismo. En el caso de los agresores secundarios, su baja autoestima puede ser consecuencia de sentimientos de soledad, consumo de alcohol y drogas y estrés, por lo que la agresión sexual a un menor también puede obedecer a una forma de autorregulación de su autoestima (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021). Por ello, un nivel bajo de autoestima puede ser un indicativo de reincidencia (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021; Finkelhor, 1984).

Por tanto, es relevante trabajarla en la intervención terapéutica (Martínez-Catena y Redondo, 2022). En el primer caso, sería conveniente intervenir para fomentar formas saludables de autorregulación y comprender los factores que afectan la autoestima para abordarlos de manera adecuada. Por otro lado, en el segundo caso, sería más útil examinar los pensamientos distorsionados relacionados con prejuicios negativos hacia uno mismo, así como la culpa y la vergüenza que a menudo acompañan a la pedofilia (Knack et al., 2019).

2.2 Negación de la responsabilidad del delito

La negación de la responsabilidad es una conducta frecuente en agresores sexuales (Dietz, 2020; González et al., 2004) ya que, dadas las particularidades de este tipo de delitos, se ven involucrados elementos como la estigmatización, la culpa y la vergüenza (Dietz, 2020; Jahnke y Hoyer, 2013).

Actualmente no existe evidencia empírica abundante de investigaciones que estudien si existen diferencias en la negación de delito entre agresores sexuales de adultos o de menores, además de las inconsistencias en la literatura respecto a las muestras estudiadas y las definiciones de negación (Levenson, 2011; Ware et al., 2015). Sin embargo, parece que sí podría haber tendencias distintas en esta variable. Algunos autores sugieren que son las personas condenadas por delitos sexuales contra menores las que podrían tener mayor tendencia a negar su delito, debido al gran rechazo social que puede generar en su entorno y a las consecuencias penales (Jahnke y Hoyer, 2013; Redondo, 2017). En concreto, los agresores primarios tienen una mayor dificultad debido a la presencia de cogniciones de apoyo al delito que los llevan a considerar sus conductas como apropiadas (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021). Sin embargo, encontramos que en el estudio de Sánchez (2003), con una muestra de 147 agresores sexuales (104 agresores de adultos y 43 agresores de menores), se encontró que el 39,5% de los agresores de menores reconocieron el delito frente al 22% de los agresores de adultos. Estos resultados muestran una mayor tendencia a asumir el delito en el caso de los agresores de menores. No obstante, la muestra no estaba muy equiparada entre los grupos por lo que no se pueden extraer conclusiones claras.

La asunción del delito junto con la motivación al cambio resultan variables fundamentales para el adecuado funcionamiento del proceso terapéutico, ya que sin un nivel mínimo de asunción del delito será difícil trabajar otros aspectos clave del tratamiento, como

la empatía con la víctima, las distorsiones cognitivas, entre otros (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021; Levenson y Macgowan, 2004).

En cuanto a los motivos que llevan a una persona a negar la responsabilidad, algunos autores apoyan la idea de que es un acto inherente al ser humano, como consecuencia de haber cometido un acto ilícito e inmoral que ha generado daño a terceros (Bandura, 1999; Woodyatt y Wenzel, 2013).

Otros autores, en cambio, ofrecen distintas explicaciones. En un estudio realizado por Lord y Willmot (2004), se realizaron grupos focales con 24 individuos condenados por delitos sexuales, donde identificaron tres explicaciones principales: escasa motivación al cambio, temor a consecuencias negativas externas como la pérdida de relaciones familiares y sociales, y amenazas a la autoestima del agresor. De esta manera, la negación tiene una función protectora del autoconcepto de la persona. Varios autores sugieren que este mecanismo protege el autoconcepto (Mann et al., 2010), ya que resulta difícil reconocer acciones propias que puedan disminuir la autoestima (Marion y Felix, 1980; Miller y Ross, 1975; Tangney y Dearing, 2002 citados en Ware y Mann, 2012), especialmente si estas acciones conducen a una evaluación negativa de sí mismo (Marshall et al., 1997).

Ware y Mann (2012) proponen cuatro razones teóricas por las que las personas condenadas por delitos sexuales podrían negar la responsabilidad de sus delitos. La primera razón es que buscar excusas o negar un acto dañino para otros o inmoral es un proceso psíquico del ser humano normal (Woodyatt y Wenzel, 2013). La segunda razón se refiere a las consecuencias penales y sociales, así como el miedo a pérdida de libertad, el estatus y los vínculos sociales. La tercera razón teórica es el deseo de seguir delinquir y repitiendo los mismos actos. Finalmente, la cuarta razón es la gestión de la baja autoestima y la vergüenza. Las personas con baja autoestima tienden a negar el delito como una forma de afrontar la

disonancia cognitiva que puede surgir al reconocer haber cometido un acto delictivo como una agresión sexual (Marshall et al., 2009).

Por tanto, como se ha podido observar en estudios previos, la autoestima y la negación del delito son dos variables fundamentales en el tratamiento de los agresores sexuales. Por un lado, la autoestima es un factor psicosocial presente en los delitos sexuales (Marshall, 2018 citado en Völlm et al., 2019), por lo que es relevante abordarla en la intervención terapéutica ya que trae como consecuencia resultados socialmente positivos (Martínez-Catena y Redondo, 2022). A pesar de que algunos autores no la consideran un factor criminógeno, otros autores sostienen que, si se vincula a una utilidad, como aumentar la motivación de los participantes, trabajar esta variable puede incrementar la eficacia del tratamiento (Andrews y Bonta, 2006 citado en Marshall, 2019).

Es por esto por lo que algunos programas de tratamiento como Rockwood (Marshall et al., 2008), en la primera fase de tratamiento, abordan los factores criminógenos de fondo y proximales, como el refuerzo de la autoestima, lo que se traduce en un incremento de la autoestima, las habilidades sociales, la empatía con la víctima y la aceptación del delito (Marshall, 2019). Asimismo, Marshall et al. (2003) concluyeron que la mejora de la autoestima en agresores sexuales, la elaboración conjunta de objetivos de tratamiento con los condenados y la mejora de la calidad de vida tienen un impacto positivo en los resultados del tratamiento. Por ende, algunos autores (Pettersen et al., 2020) consideran que trabajar en la mejora de la autoestima de los participantes es un objetivo terapéutico apropiado.

Por otro lado, dada la relevancia de la asunción del delito para abordar otros aspectos importantes como la empatía con la víctima, las distorsiones cognitivas, entre otras variables (Levenson y Macgowan, 2004), algunos programas como el Programa de Control de la Agresión Sexual en España (Garrido y Beneyto, 1996; Rivera et al., 2005), país donde se realiza

la presente investigación, consideran la admisión de responsabilidad como requisito para comenzar el tratamiento, además de trabajar en la autoestima como parte integral del proceso de intervención. (Echeburúa y Guerricaechevarría 2021; Valencia et al., 2008).

Podría existir relación entre la autoestima y la negación del delito en agresores sexuales, ya que, por un lado, los agresores sexuales presentan niveles bajos de autoestima y, por otro lado, una tendencia a negar el delito. Por ello, el estudio empírico (Capítulo 5) pretende aportar información sobre esta posible relación. Si la hubiera, tal vez, se podría plantear la propuesta de invertir el orden de intervención e iniciar el tratamiento abordando la autoestima con el objetivo de alcanzar un nivel aceptable que permita la asunción del delito, para posteriormente iniciar el programa de tratamiento, tal y como lo propone el programa Rockwood (Marshall, 2019).

2.3 Cogniciones de apoyo al delito

Las cogniciones de apoyo al delito son patrones de pensamiento que incluyen creencias, actitudes, justificaciones, excusas, racionalizaciones (Paquette et al., 2020) e interpretaciones erróneas en el proceso de percepción que conducen a un procesamiento disfuncional de la realidad. Estas cogniciones son especialmente relevantes en individuos que cometen delitos sexuales, ya que tienden a complicar significativamente las intervenciones y se consideran factores que perpetúan el problema (Beck, 2000; Chambers et al., 2008; Ribeaud y Eisner, 2010; Szumski et al., 2018).

Además de la alta prevalencia de cogniciones de apoyo al delito en personas que cometen delitos sexuales, el estudio de las cogniciones favorece la comprensión de las dinámicas de la agresión sexual (Heldmon et al., 2015, Hermann et al., 2018, Thornton, 2002). No obstante, se han desarrollado diferentes teorías sobre las cogniciones de apoyo al delito y existen discrepancias entre los diferentes modelos sobre cuándo surgen estas cogniciones y qué función

cumplen en los agresores sexuales (Vanderstukken et al., 2015); estas cuestiones son relevantes para la intervención terapéutica, ya que el abordaje de estas cogniciones dependerá del papel que se le atribuya con respecto al delito.

Las cogniciones de apoyo al delito como factor de riesgo

Algunas teorías iniciales sugerían que las cogniciones que apoyan el delito son creencias que respaldan la conducta sexual delictiva, constituyendo un factor de riesgo psicológico en individuos con antecedentes de delitos sexuales (Helmus et al., 2013), y su función es mitigar la disonancia cognitiva creada por tener un interés sexual en contra las normas sociales, como la pedofilia o las fantasías de violación. Por tanto, algunos autores sugieren que las cogniciones de apoyo al delito tienen un carácter etiológico y son un significativo factor de riesgo para la agresión sexual, ya que las personas con estas cogniciones tienden a malinterpretar el comportamiento ajeno (Abel et al., 1984; Trabazo y Azor, 2009). Finkelhor (1984) añade otra razón potencial que es que las cogniciones de apoyo al delito producen la desinhibición de los deseos internos, es decir, que los individuos que presentan estas creencias pueden sentirse menos restringidas por sus propios valores o normas morales, lo que les conduce a actuar de acuerdo con sus deseos o impulsos. Por ello, estos autores (Abel et al., 1984; Finkelhor, 1984; Trabazo y Azor, 2009) consideran que las cogniciones de apoyo al delito son factores pre-delictivos y predicen que las cogniciones estarán asociadas con conductas delictivas específicas futuras. De esta forma, los agresores sexuales de menores tendrán cogniciones de apoyo al delito relacionadas con la agresión sexual infantil y los agresores sexuales de adultos presentarán cogniciones sobre agresión sexual o violación.

Las cogniciones de apoyo a la ofensa cumplen una función justificadora y protectora

Sin embargo, otros autores tienen discrepancias con respecto a este punto de vista y proponen que las cogniciones de apoyo a la ofensa resultan de estructuras mucho más

profundas, asentadas en creencias básicas o teorías implícitas cuya función está más relacionada con la justificación y minimización de la conducta sexual (Ó Ciarda y Gannon, 2011; Ward, 2000). Otros investigadores plantean que la desconexión moral es la función principal de las cogniciones de apoyo al delito: es decir, éstas ejercen función protectora de la autoestima de las personas y ayudan a la gestión de otras emociones que pueden estar asociadas al delito cometido como la culpa y, por tanto, surgen después del acto delictivo (Van Vugt et al., 2011). La desconexión moral, según Bandura (1999), sirve tanto para iniciar una acción inmoral, como para mantenerla o como para justificarla después.

Independientemente de cuándo aparezcan las cogniciones, si antes o después del delito, la disparidad de perspectivas sobre su función y el modo en que surgen supone un problema para los profesionales que abordan estas cogniciones en la intervención. Esto se debe a que algunos investigadores señalan que las cogniciones de apoyo al delito son excusas comprensibles típicas de las personas que cometen los agresores sexuales y que se pueden considerar saludables porque cumplen una función protectora de la autoestima y el autoconcepto del individuo (Marshall et al., 2011). Estas cogniciones de apoyo al delito serían las relacionadas con la negación, la minimización y las excusas. Por ejemplo, Maruna y Mann (2006) sostienen que mantener pensamientos que minimizan la responsabilidad de la propia conducta es habitual en los seres humanos, ya que mantiene su autoconcepto protegido y es una señal de reconocimiento de haber incurrido en una conducta negativa. Del mismo modo, Hanson y Wallace-Capretta (2000) indican que las cogniciones de excusa que apoyan el delito, cuando se considera que aparecen después de su comisión, se asocian con un menor riesgo de reincidencia en comparación con aquellos que admiten el delito, ya que no consideran estas cogniciones como una variable criminógena.

La necesidad de un tratamiento terapéutico de las cogniciones de apoyo al delito

Dada la dificultad de definir y conocer qué función desempeñan las cogniciones de apoyo al delito, aún no se ha determinado con certeza si las cogniciones de apoyo al delito son creencias criminógenas profundamente arraigadas (Ó Ciardha y Gannon, 2011; Paquette y Fortin, 2023) o son justificaciones generadas después del delito como mecanismo de defensa de la autoimagen y como una forma de evitar consecuencias negativas (Marshall et al., 2011; Paquette y Fortin, 2023). Esta falta de consenso conduce a desacuerdos sobre la necesidad de intervenir o no en las declaraciones de apoyo al delito.

Por un lado, Marshall et al. (2011) plantean que el proceso terapéutico con agresores sexuales de menores no debería centrarse en cuestionar las cogniciones de apoyo al delito hasta que los participantes tengan un alto grado de compromiso y se haya creado el vínculo terapéutico con el profesional.

En cambio, otros autores (Ó Ciardha y Gannon, 2011) consideran las cogniciones de apoyo al delito como esquemas y estructuras de creencias de orden superior, es decir, consideran dichas cogniciones como "cogniciones etiológicas", que favorecen los delitos sexuales. En otras palabras, Marshall et al. (2011) proponen que las cogniciones de apoyo al delito (negación, minimización y excusas) son creencias superficiales, mientras que Ó Ciardha y Gannon (2011) las consideran como esquemas cognitivos o teorías implícitas. Estas mismas autoras afirman que no disponen de información sobre en qué momento surgen las cogniciones, pero sí apuntan a qué función cumplen. Si las cogniciones aparecen previamente al delito, podrían facilitar el acto delictivo mientras que en el caso de que aparezcan después del delito, podrían desempeñar una función protectora. En este sentido, Ó Ciardha y Gannon (2011) solicitan más investigación empírica para determinar si estas cogniciones necesitan intervención durante el tratamiento. En efecto, la cuestión de si se debe intervenir o no en las

cogniciones de apoyo al delito durante el tratamiento es un debate significativo en el campo de la agresión sexual.

Diferencias en las cogniciones de apoyo al delito en función del delito sexual

En cuanto a los estudios realizados sobre las diferencias en las cogniciones de apoyo al delito entre agresores sexuales de adultos y agresores sexuales de menores, los resultados no son claros, dado que existen contradicciones. Por una parte, algunas investigaciones sí han encontrado estas diferencias en las cogniciones entre los grupos de agresores. Por ejemplo, Feelgood et al. (2005) encontraron diferencias en las cogniciones relacionadas con la agresión sexual, medidas por la escala MOLEST (Bumby, 1996), en la que los agresores de menores puntuaron más alto que los agresores sexuales de adultos. Sin embargo, no encontraron diferencias significativas en distorsiones cognitivas relacionadas con la violación a mujeres adultas, recogidas en la escala RAPE Bumby (1996), aunque los agresores sexuales de adultos puntuaron más alto. De manera similar, Ward (2000) plantea que el contenido de las cogniciones cambia en función del tipo de delito sexual cometido. Por ejemplo, señala que los agresores sexuales de adultos perciben a las mujeres como objetos sexuales, mientras que aquellos condenados por delitos sexuales contra menores tienden a considerar a los niños como seres sexuales. Investigaciones adicionales respaldan estos hallazgos (Abel et al., 1984; Arkowitz y Vess, 2003). Además, algunos autores también han encontrado diferencias entre los agresores sexuales preferenciales y situacionales. En el primer caso encontramos una gran dificultad a la hora de reconocer la gravedad de los actos cometidos, dado que presentan distorsiones cognitivas que minimizan el daño que provocan, incluso llegando a considerar sus conductas como apropiadas o como una forma de educar a los menores en su sexualidad (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021).

Con base en la teoría de Ward (2000) y las diferencias encontradas en las cogniciones de apoyo al delito según el tipo de delito sexual, sería viable desarrollar intervenciones personalizadas para cada grupo de delincuentes sexuales. Esto respalda la importancia de abordar clínicamente las cogniciones de apoyo al delito.

Sin embargo, algunos estudios no han hallado diferencias en las distorsiones cognitivas de agresores sexuales de adultos y de menores. Castro et al. (2009) en su estudio encontraron que ambos grupos presentaban cogniciones de apoyo al delito de violación y de agresión sexual infantil, sin diferencias entre los grupos. Del mismo modo, Hermann et al. (2012) encontraron resultados similares, ambos grupos puntuaron alto en la escala RAPE, sin presentar diferencias. Considerando sus datos, las cogniciones de apoyo al delito pueden requerir atención clínica, aunque no necesariamente intervenciones específicas.

2.4 Fantasías sexuales

Las fantasías sexuales se definen como actos mentales de simulación de un escenario sexual, altamente excitantes y que pueden ser intencionados o no (Bartels et al., 2021; Leitenberg y Henning, 1995). Las fantasías sexuales más predominantes en agresores sexuales son las fantasías sexuales desviadas, definidas como pensamientos de carácter sexual socialmente inaceptables, por ejemplo, pedófilas, voyeuristas, exhibicionistas, fetichistas, sadomasoquistas (Rossegger et al., 2021).

Las fantasías sexuales desviadas son un factor de riesgo para la comisión de delitos sexuales y un predictor de reincidencia sexual (Hanson y Bussière, 1998, Hanson y Morton-Bourgon, 2005; Thornton, 2002). Esto se debe a que cumplen una función desinhibidora que hace que disminuyan las barreras psicológicas de los individuos y aumente el riesgo de cometer un delito sexual (Gee et al., 2004).

Los agresores sexuales de adultos presentan una tendencia a fantasear con contenidos sexuales tanto desviados como normalizados, más que los hombres de la población general (Herrero, 2018). Estas fantasías sexuales cumplen una función de regulación de estados emocionales negativos, compensación de sentimientos de soledad y aumento de autoestima. Por ello, es frecuente que los agresores sexuales de adultos presenten fantasías sexuales de sexo forzado o de violación. En un estudio realizado por Baić et al. (2019) en el que analizaron las fantasías sexuales de 40 internos condenados por agresión sexual, encontraron que el 70% presentaron fantasías sexuales relacionadas con la violación y el 67,8% presentaban estas fantasías a diario.

Por otro lado, los agresores sexuales infantiles, en concreto los agresores primarios, suelen presentar fantasías sexuales desviadas con menores de edad. De hecho, en el estudio de Proulx et al. (1999) encontraron que este tipo de fantasías había sido uno de los desinhibidores inmediatos más frecuentes para cometer el delito sexual.

Parece que las fantasías sexuales se relacionan con otros factores, como las emociones, la excitación sexual, las estrategias de afrontamiento, la autoestima y la insuficiencia sexual (Gee et al., 2003; Langton y Marshall, 2001). Por ello, cabe preguntarse si la presencia de estos deseos y fantasías sexuales se relaciona con las cogniciones de apoyo al delito que justifican la agresión sexual infantil o cometer una violación contra una persona adulta para proteger su autoestima (Abel et al., 1989; Maruna y Mann, 2006; Snyder y Higgins, 1988).

El cambio de enfoque es crucial: se trata de considerar el vínculo entre fantasías sexuales y cogniciones, en lugar de centrarse en el vínculo entre delito sexual y cogniciones. Abel et al. (1984) plantearon que las cogniciones de apoyo al delito surgen al reconocer la presencia de un interés sexual contrario a las normas sociales, como el deseo sexual hacia menores, que es rechazado a nivel social y presenta un gran estigma social (Heasman y Foreman, 2019) lo que

puede producir intensos sentimientos de culpa (Little y Byers, 2000 citados en Bartels et al., 2021; Barker, 2014; Looman, 1995) así como fantasías de sexo forzado.

Dicho de otro modo, puede ser que la existencia de fantasías sexuales específicas sea lo que desata la aparición de cogniciones de apoyo al delito sexual. Estas fantasías específicas no están presentes en todos los participantes en los distintos estudios llevados a cabo. Por ejemplo, Marshall et al. (1991) en su estudio obtuvieron que sólo el 22% (n=28) de una muestra de 129 personas condenadas por delitos sexuales contra menores había fantaseado sexualmente con niños previamente al delito sexual contra menores. Esta podría ser la razón por la que algunos estudios sobre las cogniciones de apoyo al delito mencionadas anteriormente (apartado 2.3 cogniciones de apoyo al delito), obtuvieron resultados tan diferentes: no evaluaron la presencia de fantasías sexuales.

La relevancia del contenido de las fantasías sexuales reside en que son de interés sexual para los individuos (Noorishad et al., 2019). De hecho, Beech et al. (2005) encontraron que de una muestra de personas que habían cometido asesinatos con motivaciones sexuales sádicas, el 79% reveló que una de sus motivaciones era actuar sus fantasías sexuales. Asimismo, investigaciones más recientes han aportado evidencias de que las fantasías sexuales relacionadas con la agresión predicen la conducta sexual sádica (Birke y Bondü, 2023). Por lo tanto, parece que el contenido de las fantasías sexuales desempeña un papel importante en los delitos sexuales.

Las fantasías sexuales como factor de riesgo para la comisión de delitos sexuales y su relación con las cogniciones de apoyo al delito

Una de las posibles razones de que las fantasías sexuales sean un factor de riesgo para la comisión del delito y un predictor de reincidencia (Hanson y Morton-Bourgon, 2005) es que las fantasías sexuales aportan numerosos reforzadores positivos que incrementan la

probabilidad de reincidencia. Entre estos reforzadores encontramos obtener el placer a través de la imaginación, reducir la inhibición conductual, promover un sentido de grandiosidad y una sensación de control que permiten planificar y practicar sus deseos antes del acto real (Meloy, 2000). Ciertamente, parece que las fantasías sexuales pueden ejercer una función importante en las cogniciones de justificación del delito. En una investigación que examinaba las características relacionadas con el interés sexual hacia los niños y la predisposición al comportamiento delictivo, O'Connor y Gannon (2021) encontraron que los participantes que se excitaban sexualmente con niños presentaban más cogniciones de apoyo de la agresión sexual infantil y más propensión al delito que aquellos que no sentían ninguna excitación con niños. Además, estos participantes presentaban más fantasías sexuales relacionadas con la agresión sexual infantil.

Por ello, parece que las fantasías sexuales podrían tener un papel importante en las cogniciones de apoyo al delito (Bartels y Gannon, 2011; Carabellese et al., 2010), aunque la investigación que examina la relación de cogniciones de apoyo al delito, fantasías sexuales desviadas y delitos sexuales dentro de la misma investigación es escasa (Dyshniku, 2014). Evaluar si existe dicha relación podría ser útil de cara al tratamiento penitenciario, puesto que la presencia de fantasías sexuales con menores o sobre la agresión, junto con las cogniciones que justifican un delito, supone un alto riesgo de la comisión de un delito sexual futuro (Valencia et al., 2016). De hecho, las teorías multifactoriales de la delincuencia sexual establecen estas dimensiones en sus explicaciones (Paquette y Cortoni, 2021). Un ejemplo es la teoría integrada de la delincuencia sexual (Ward y Beech, 2006, 2017, citados en Paquette y Cortoni, 2021) que expone que la delincuencia sexual se produce por la interacción de diferentes factores (biológicos, ecológicos y neuropsicológicos) que ocasionan problemas clínicos relacionados con la delincuencia sexual, problemas como cogniciones de apoyo al

delito, pedofilia, preocupación sexual y estrategias negativas de afrontamiento sexual (Paquette y Cortoni, 2021).

También en el estudio de Proulx y colaboradores (1999) se descubrió que tanto las fantasías sexuales desviadas como las cogniciones de apoyo al delito son desinhibidores importantes de la delincuencia. Por esta razón, los hallazgos apuntan a que las cogniciones de apoyo al delito y las fantasías sexuales pueden estar relacionadas (Dyshniku, 2014). Además de los debates sobre la definición, el momento de aparición de las cogniciones y su función en relación con la necesidad de intervención, también existe desacuerdo sobre la dirección de la influencia: no está claro si la cognición de apoyo al delito influye en el contenido de la fantasía sexual, o si son las fantasías sexuales las que actúan como la fuente principal de la cognición de apoyo al delito (Wright y Schneider, 1997 citados en Marshall y Marshall, 2000). Por un lado, hay autores que ya han estudiado este vínculo entre fantasías sexuales y cogniciones de apoyo al delito, en las que son las cogniciones de apoyo al delito las que se incorporan al contenido de las fantasías sexuales relacionadas con el delito (Marshall y Marshall, 2000). Por otro lado, otros autores han refutado que son las cogniciones las que legitiman tanto el contenido de sus fantasías sexuales como su acción delictiva (Gee et al., 2003). Teorías más recientes, como el Modelo de Proceso Dual del Pensamiento Sexual (Bartels et al., 2021), proponen que el contenido de las fantasías sexuales está alineado con creencias preexistentes en la persona y que estas fantasías no son una forma de justificación, sino que fomentan dichas creencias. Para responder a esta cuestión, en el estudio empírico (Capítulo 5) se expone con mayor detalle la posible relación y las diferencias entre las cogniciones de apoyo al delito y las fantasías sexuales en los grupos de agresores sexuales.

CAPÍTULO 3: Programas de tratamiento para la agresión sexual

Los programas de tratamiento en centros penitenciarios no solo contribuyen a la seguridad pública, al reducir la reincidencia, sino que también fomentan el bienestar de los condenados, facilitando su reinserción una vez cumplida su condena. Por ello, en función de la situación penal en la que se encuentren los individuos, existen programas de tratamientos dentro de los centros penitenciarios o programas de tratamiento comunitarios, es decir, cuando el individuo ya ha sido puesto en libertad total o parcial.

Antes de presentar los programas de tratamiento penitenciarios nacionales e internacionales para la agresión sexual, resulta relevante detenerse en conocer cómo es la reincidencia de los delincuentes sexuales.

3.1 Reincidencia de los delitos sexuales

La mayoría de los estudios definen la reincidencia como la imputación de un nuevo cargo legal o la condena por un delito sexual. Estos estudios suelen encontrar tasas de reincidencia que oscilan entre el 5% y el 15% después de cinco años, y entre el 10% y el 25% al cabo de más de diez años (Scurich y John, 2019). Otros estudios sitúan la tasa de reincidencia sobre el 20% cuando los condenados no reciben tratamiento (Redondo y Margot, 2017). Esta definición puede no reflejar la realidad de la reincidencia sexual, puesto que muchos delitos sexuales no son reportados a las autoridades, un fenómeno conocido como la "cifra negra" (Scurich y John, 2019). A pesar de estas limitaciones, la evidencia empírica sobre las tasas de reincidencia de delitos sexuales señala que son bajas en comparación con otros delitos (Ramírez et al., 2008; Retenberg et al., 2015).

Hanson y Bussière (1998) llevaron a cabo un análisis de 61 estudios de seguimiento sobre agresores sexuales, que abarcaron a un total de 23.393 delincuentes sexuales. El seguimiento promedio en libertad después de cumplir la condena fue de cinco años. La tasa de

reincidencia sexual alcanzó el 13,4%, mientras que la reincidencia violenta no sexual fue del 12,2% y el índice de reincidencia general (que incluye cualquier delito) llegó al 36,3%. Los factores que predecían la reincidencia sexual abarcaron características antisociales, como el diagnóstico de trastorno antisocial y la cantidad de delitos cometidos, además de señales de un comportamiento sexual desviado.

En España, según un estudio longitudinal con un seguimiento de 10 años, en 2009 cumplieron condena 63 personas que cometieron delitos contra libertad sexual, de los cuales el 22,22% (n=14) volvieron a cometer un delito en 2019 con esta tipología delictiva y el 77,78% (n=49) cometieron otro tipo de delito (Ministerio del Interior, 2020).

En el caso de los agresores sexuales primarios, dada la permanencia en el tiempo de su atracción sexual, los niveles de reincidencia son más elevados, sobre todo si se trata de pedofilia exclusiva (Eher et al., 2015; McPhail et al., 2018). De hecho, en el estudio de Dickey et al. (2002) el 60% de los agresores de menores primarios que no habían recibido tratamiento reincidieron. Asimismo, el 44% de los agresores tenían edades comprendidas entre los 40 y 70 años, por lo que además de tener una mayor probabilidad de reincidencia, los agresores sexuales con pedofilia tienden a continuar con sus comportamientos en la vida adulta, en contraposición con aquellos agresores sexuales que no presentan pedofilia. Además, es importante destacar que precisamente las personas con pedofilia no inician un tratamiento debido a que no siempre consideran que su interés sexual y/o sus conductas sexuales con menores sean inapropiadas (Seto, 2018). Es fundamental aclarar que este tratamiento no busca "curar" la pedofilia, sino más bien contenerla y fomentar un compromiso para no llevar a cabo acciones relacionadas. En el caso de los agresores sexuales secundarios, dado que en estos casos no existe una preferencia sexual por menores, hay generalmente una mayor adherencia

al tratamiento y una mejor respuesta, por lo que la reincidencia suele ser baja (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021).

La reincidencia sexual puede depender de muchos factores como, por ejemplo, la edad en el momento del delito, el índice de violencia no sexual (Phenix et al., 2016), la presencia de algún trastorno de personalidad en concreto antisocial (Hanson y Bussière, 1998; Herrero, 2018), la presencia de interés sexual por menores (Tyler et al., 2021), entre otras. También pueden afectar variables relacionadas con el tratamiento, por ejemplo, recibir o no tratamiento, la cualificación del personal que lleva a cabo el programa, los modelos teóricos sobre los que se base el programa, el formato grupal o individual, entre otros.

3.2 Factores que favorecen la eficacia del tratamiento de los agresores sexuales

A pesar de que los delitos sexuales no son la tipología con tasas de reincidencia más altas es necesario ofrecer programas de tratamiento eficaces, dada la gravedad de los daños que generan en las víctimas. Por ello, resulta necesario conocer qué aspectos son los que hacen que los programas de tratamiento realmente funcionen. Entre ellos, se encuentra la orientación del programa y método de impartición, el contenido del propio programa, el personal que imparte el programa y el entorno en el que se desarrolla el programa (Tyler et al., 2021).

Orientación del programa y método de impartición

Los metaanálisis han demostrado que la teoría subyacente, los principios, la intensidad y la modalidad del tratamiento están relacionados con variaciones en los resultados del tratamiento (Tyler et al., 2021). En cuanto a la orientación del programa se destacan cuatro modelos.

El primero de ellos es el Modelo cognitivo-conductual. Según la revisión sistemática realizada por Mpofu y colaboradores (2018), en la que compararon las tasas de reincidencia de agresores sexuales que habían recibido tratamiento con orientación cognitivo conductual

(N=3073) con las tasas de reincidencia de agresores que recibían tratamiento con otros enfoques ($N = 3588$), las tasas de reincidencia sexual fluctuaron de 0,6 a 21,8% para aquellos que habían recibido tratamiento con enfoque cognitivo-conductual mientras que, para el grupo con intervención con otro enfoque, la tasa de reincidencia varió del 4,5% al 32,3%. Por ello, varios autores (Mpofu et al., 2018; Lösel y Schmucker, 2005) concluyen que este modelo terapéutico resulta eficaz para evitar la reincidencia sexual.

El segundo modelo que deriva del enfoque cognitivo conductual es el Modelo de Prevención de recaídas que aparece en 1980 (Pithers et al., 1983). Este modelo surge para el tratamiento de las adicciones, sin embargo, fue una gran contribución para el tratamiento de la delincuencia sexual (Sousa et al., 2023). El modelo de Prevención de Recaídas tiene como objetivo la identificación de situaciones de riesgo de reincidencia y dotar al individuo de estrategias para enfrentar dichas situaciones (Laws y Marshall, 2003 citado en Sousa et al., 2023).

El tercer modelo que ha demostrado su eficacia es el Modelo de Riesgo, Necesidad y Respuesta (RNR) (Andrews et al., 1997). Este modelo se fundamenta en tres principios clave. Primero, el principio de Riesgo indica que los individuos con un riesgo mayor en factores estáticos y menor capacidad de cambio necesitan intervenciones más intensas en comparación con aquellos cuyos factores son más modificables. Segundo, el principio de Necesidad sostiene que los factores de riesgo dinámicos, que están vinculados a la conducta delictiva (como hábitos, creencias y comportamientos delictivos), deben ser el foco principal de los programas de intervención. Al abordar estas necesidades criminógenas, se espera lograr una reducción en la reincidencia. Por último, el principio de Respuesta resalta la importancia de adaptar las intervenciones a las características individuales y contextuales de cada persona para mejorar las posibilidades de éxito en el tratamiento (García López, 2019). Para evaluar la eficacia de

los principios del modelo RNR en el tratamiento de agresores sexuales, Hanson y colaboradores (2009) realizaron un metaanálisis de 23 estudios sobre reincidencia. Los resultados mostraron una tasa de reincidencia menor en el grupo que recibió tratamiento bajo este enfoque (10,9%, n = 3121) en comparación con los grupos de control (19,2%, n = 3625). Concluyeron que los programas que emplearon el modelo RNR presentaron tasas de reincidencia sexual más bajas.

Asimismo, en muchas ocasiones se utiliza el Modelo de Prevención de Recaídas bajo los principios del Modelo RNR, lo cual ha sido criticado, puesto que consideran que estos principios se centran en el riesgo dejando de lado el bienestar de los individuos (Ward y Gannon, 2006 ; Willis y Ward, 2011 citado en Sousa et al., 2023). El Modelo de Prevención de Recaídas propone que la agresión sexual es fruto de los problemas desadaptativos que se ven aumentados por factores situacionales (Pithers, 1990). Por lo que se trata de un enfoque que se centra en ayudar a los participantes a mantener los cambios conseguidos y a anticipar y afrontar posibles recaídas. Por tanto, aborda aspectos del estilo de vida de los participantes, distorsiones cognitivas, entre otros (Laws, 2003).

Por último, el modelo basado en fortalezas más reciente es el Modelo de las Buenas Vidas (*Good Lives Model, GLM*) (Ward y Brown, 2004). Este modelo se basa en un supuesto clave y es que todos los seres humanos buscan la satisfacción de necesidades intrínsecamente beneficiosas (denominadas bienes primarios) a través de medios concretos (denominados bienes secundarios), con el fin de alcanzar una vida plena. Hasta el momento, se han determinado once bienes primarios: (1) Vida (salud y bienestar); (2) Conocimiento (estar informado sobre temas importantes para uno mismo); (3) Excelencia en el juego (pasatiempos y diversión); (4) Excelencia en el trabajo (experiencias de dominio y alto nivel de habilidad); (5) Agencia (independencia, autonomía y poder); (6) Paz interior (libertad de estrés y agitación

emocional); (7) Relación (vínculos íntimos, románticos y familiares); (8) Comunidad (sentido de conexión con un grupo social más amplio); (9) Espiritualidad (sentido y propósito en la vida); (10) Placer (felicidad y bienestar); y (11) Creatividad (capacidad de expresarse a través de medios alternativos) (Mallion et al., 2020) .

El GLM propone que cuando se intentan satisfacer los bienes primarios de manera inadecuada pueden aparecer conductas delictivas (Ward et al., 2012). Se han identificado cuatro dificultades para la consecución de los bienes primarios y que pueden conllevar la conducta delictiva: el primer obstáculo es la falta de medios apropiados, es decir, usar bienes secundarios inapropiados y/o dañinos. El segundo es la falta de alcance, es decir, focalizarse en exclusivamente algunos bienes primarios, desatendiendo otros. El tercer obstáculo es la falta de coherencia, es decir, el conflicto en la forma en que se ordenan o relacionan los bienes primarios entre sí. Por último, el cuarto obstáculo es la falta de capacidad, lo que supone dificultades en el desarrollo de las habilidades internas o en contar con las condiciones externas necesarias para alcanzar los bienes primarios.

El acto delictivo puede manifestar una tentativa directa o indirecta de satisfacer los bienes primarios (Ward y Maruna, 2007). Aunque una ruta directa implica que la conducta delictiva es un intento intencionado de obtener los bienes primarios, la ruta indirecta propone que surge un problema en la búsqueda de estos bienes, lo que desencadena un efecto dominó y aumenta la probabilidad de involucrarse en conductas delictivas (Purvis et al., 2011).

Una intervención consistente con el GLM implica identificar los bienes primarios que son importantes para el individuo, cualquier obstáculo que el individuo enfrenta en la búsqueda de los bienes primarios y los caminos relacionados con el delito tomados. Para reducir el riesgo de reincidencia, se formula un plan de tratamiento de Buenas Vidas, con bienes secundarios incorporados que permiten al individuo satisfacer los bienes primarios de maneras prosociales

(Ward et al., 2012). El GLM también se utiliza en programas de tratamiento tanto penitenciarios como comunitarios como el programa Rockwood (Tyler et al., 2021) o los Círculos de Apoyo y Responsabilidad (Nguyen et al., 2014), que se basan en este enfoque y se desarrollaran más adelante. Birgden (2020) propone que los agresores sexuales reciban un programa de tratamiento basado en el Modelo de Buenas Vidas en los centros penitenciarios y después continúen con programas de Círculos de Apoyo y Responsabilidad para ofrecer un apoyo continuo.

Olver et al. (2020) evaluaron de manera comparativa dos intervenciones basadas en el ya mencionado Modelo RNR. Por un lado, un programa de tratamiento para agresores sexuales del Servicio Correccional de Canadá (en adelante, SOTP) (1996, citado en Olver et al., 2020) y, por otro lado, el programa de tratamiento Rockwood. Sin embargo, el programa Rockwood incluía elementos basados en las fortalezas, mientras que el programa SOTP se centró en reducción de factores de riesgo. Cada intervención se comparó con un grupo que no recibió tratamiento. Los resultados obtenidos mostraron que el tratamiento Rockwood que incorporaba obtuvo tasas de reincidencia sexual más bajas que el Programa SOTP (5,4 % de Rockwood frente al 12,6 % del SOTP frente al 19,6 % del grupo que no recibió tratamiento). A pesar de que se trata de un solo estudio, los autores animan a incluir en las intervenciones basadas en fortalezas. Además, otras investigaciones han demostrado que la GLM aumenta la motivación y el compromiso de los participantes (Mallion et al., 2020).

Contenido y cualificación del personal del programa aplicado

En cuanto al contenido del programa algunos autores apuntan a que lo más eficaz para reducir la reincidencia es que los condenados reciban tratamientos especializados con el tipo de delito cometido (Gannon et al., 2019). Se deben trabajar sobre factores que estén sujetos a modificaciones y que se vinculen con mayor riesgo de que se cometa de nuevo la agresión. En

concreto, se han identificado contenidos que son comunes a diferentes programas de tratamiento (Martínez et al., 2024); la evaluación de la historia vital del individuo para detectar factores de riesgo; la identificación de las cogniciones de apoyo al delito; los mecanismos de defensa de las cogniciones de apoyo al delito y la modificación del impulso sexual y el entrenamiento en habilidades sociales.

En relación con el personal del programa, según el metaanálisis realizado por Gannon y colaboradores en 2019, el tratamiento redujo más la reincidencia sexual cuando un psicólogo cualificado participó de forma constante en el proceso terapéutico comparado con una participación inconsistente o de una persona desconocida. Del mismo modo, recibir supervisión por parte de psicólogos tuvo buenos resultados en cuanto a la disminución de la reincidencia sexual. Además, también se ha descrito el estilo del terapeuta más eficaz es el directivo (Martínez et al., 2024).

Entorno de tratamiento

Como ya se ha mencionado, el tratamiento para delincuentes sexuales se ofrece en diversos entornos: centros penitenciarios, entornos comunitarios, instituciones de salud mental, entre otros. Por ello, cabe preguntarse si el entorno en el que se lleva a cabo el tratamiento podría ser un factor moderador para la eficacia del tratamiento (Tyler et al., 2021). Se ha observado que los programas implementados en entornos comunitarios generan resultados más eficaces en la reducción de la reincidencia sexual (Gannon et al., 2019; Hanson et al., 2009; Lösel y Schmucker, 2005). Sin embargo, los datos previos muestran también que los programas dentro del sistema penitenciario han tenido un impacto positivo en la reducción de la reincidencia. Además, aunque los programas comunitarios permiten trabajar en el mismo entorno al que el individuo regresará y facilitar la continuidad terapéutica en libertad, los programas penitenciarios cumplen un papel esencial: intervienen en un espacio seguro donde

se empieza a hacer frente la negación y se promueve la aceptación de la responsabilidad del delito.

Características y situaciones concretas de los participantes

Hasta el momento se han expuesto los factores del tratamiento que se han identificado con mejores resultados en la reincidencia. Sin embargo, la población que comete delitos sexuales es muy heterogénea (Tyler, 2021). Se ha encontrado que algunas características y situaciones concretas de los participantes, en cuanto a edad, el nivel de riesgo, la finalización o no del tratamiento, la obligación o no de participar en los programas, así como el tipo de delito pueden afectar a la eficacia de los tratamientos.

En cuanto a la edad, los resultados más positivos se han encontrado en los participantes más jóvenes (menores de 18 años) (Tyler, 2021). Y en los grupos de adultos, con grupos de una edad homogénea (Phenix et al., 2016; Tyler, 2021).

En relación con la finalización del tratamiento y la obligación a participar en él, se plantean diversos motivos por los que los participantes no finalizan el tratamiento: la motivación, insatisfacción con el contenido, formato, en concreto el grupal y la relevancia (Casey et al., 2007; McMurrán y McCulloch, 2007). La no finalización del tratamiento supone un mayor riesgo de reincidencia, al igual que la obligatoriedad de recibir tratamiento, ya que se ha observado que esta imposición resulta ineficaz (Parhar et al., 2008).

Por último, en cuanto al tipo de delito, los resultados más positivos tienen lugar en personas que han agredido sexualmente a adultos frente a los que han cometido un delito sexual contra menores (Lösel y Schmucker, 2005; Schmucker y Lösel, 2010). Este fenómeno podría explicarse por el hecho de que los agresores sexuales primarios presentan una menor adherencia al tratamiento (Echenurúa y Guerricaechevarría, 2021; Tyler et al.,

2021). En este sentido, los resultados positivos no estarían relacionados con la naturaleza del delito en sí, sino más bien con la ausencia de pedofilia en el grupo de condenados por agresiones sexuales a adultos.

A partir de la evidencia presentada sobre los factores que favorecen la eficacia de los tratamientos, se han realizado diferentes programas penitenciarios tanto a nivel nacional como internacional.

3.3 Programas de tratamiento penitenciarios en España

Los programas de tratamiento en centros penitenciarios tienen dos objetivos claros, por un lado, reducir la reincidencia y por tanto proteger a la sociedad y, por otro lado, favorecer la reinserción tras el cumplimiento de su condena, como indica la Constitución Española en el artículo 25.2 *“Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados”*.

Por ello, los centros penitenciarios españoles (a excepción de Cataluña y País Vasco que son las únicas Comunidades Autónomas con competencias transferidas en el ámbito de la legislación penitenciaria, Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, de Estatuto de Autonomía del País Vasco, Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, del Estatuto de Autonomía de Cataluña) ofrecen programas de tratamiento específicos para ciertas situaciones penitenciarias (como el Programa de Preparación de los Primeros Permisos), situaciones de riesgo (como el Programa de Prevención de Suicidios o para delitos específicos (como el Programa de Intervención para Agresores (PRIA)) (García-López, 2019). En esta última categoría se encuentran los programas específicos de tratamiento penitenciario para delitos sexuales cometidos por adultos. Por un lado, el Programa Fuera de la Red (Herrero, 2015). Este programa está dirigido a personas condenadas por delitos relacionados con el consumo de material abusivo infantil u online grooming. Se centra en el riesgo de cometer agresiones sexuales contra menores y la

posibilidad de reincidencia en el consumo de dicho material. Uno de los objetivos principales es que los participantes comprendan las razones que los llevaron a consumir este tipo de contenido y desarrollen estrategias para identificar y evitar los factores que contribuyeron a su comportamiento. Es importante señalar que no se aceptan en este programa a individuos condenados por delitos sexuales directos contra menores, ya que podrían ofrecer información sobre cómo acercarse a ellos (Herrero et al., 2015). Por otro lado, encontramos el Programa de Control de la Agresión Sexual dirigido tanto a agresores sexuales de adultos como de menores (Garrido y Benyto, 1996), que se desarrollará a continuación.

Programa de Control de la Agresión Sexual

En España, el tratamiento para agresores sexuales se implementa en los centros penitenciarios desde 1998 a través del Programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS). En 2005, se realizó una modificación del programa inicial desarrollado por Garrido y Beneyto (1996), que había demostrado su eficacia en la reducción de la reincidencia sexual. Esta adaptación dio lugar al manual titulado "El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario", elaborado por psicólogos del Cuerpo Superior de Técnicos de Instituciones Penitenciarias (Rivera et al., 2005). Este manual está disponible en el sitio web del Ministerio del Interior, donde se ofrece una explicación detallada del programa, así como de cada módulo y las actividades realizadas en cada sesión, junto con los materiales necesarios para su implementación.

En la actualidad, este programa se aplica en los centros penitenciarios de España a internos que han cometido delitos sexuales, tanto de agresión sexual contra menores como contra adultos, ya que se considera que son una tipología delictiva suficientemente diferente a aquellos que cometen otros tipos de delitos (Herrero, 2018). Los integrantes del programa participan de manera voluntaria y son conocedores de los objetivos de este. Para acceder al

programa, los participantes deben cumplir con un conjunto de criterios de inclusión, que incluyen: ser hombres, estar cumpliendo condena por un delito sexual, estar próximos a obtener el tercer grado, la libertad condicional, o, en casos excepcionales, tener la posibilidad de recibir permisos de salida con frecuencia. También deben tener entre 18 y 60 años, no contar con casos judiciales pendientes, tener un cociente intelectual superior a 80, poseer habilidades básicas de lectura y escritura, no presentar trastornos mentales que puedan interferir en su participación, y no sufrir de enfermedades físicas que requieran atención médica especial y que puedan afectar el desarrollo del programa (Rivera et al., 2005).

El PCAS tiene como objetivo prevenir la recaída de los delincuentes sexuales reincidentes. Para alcanzar estos objetivos el PCAS sigue un enfoque de intervención psicosocial basado en el análisis de otros programas aplicados en EE. UU., Canadá, Nueva Zelanda, Inglaterra y Australia (Rivera et al., 2005). Se han identificado todos los elementos de intervención cuya eficacia ha demostrado ser significativa, ya sea en la reducción o eliminación total de la agresión sexual. Se utilizan técnicas del enfoque teórico cognitivo-conductual y de prevención de recaídas (Herrero, 2007). Dado que este programa busca prevenir recaídas mediante la modificación de la conducta sexual, entre otros aspectos, es importante que el tratamiento se extienda en el tiempo. Se sugiere que la duración del programa sea de entre nueve y once meses, con sesiones de tres horas cada una, cuatro sesiones grupales semanales y una sesión individual de seguimiento.

El programa se divide en dos partes claramente diferenciadas, cada una con objetivos distintos. La Parte I se enfoca en la evaluación de cada individuo que ha optado por participar de manera voluntaria. Esta fase de evaluación se basa en la propuesta de Marshall y Barbaree (1989), que es considerada una de las evaluaciones más exhaustivas disponibles para delincuentes sexuales. La evaluación aborda tres aspectos principales. El primero es la conducta sexual, donde se analiza las preferencias y el funcionamiento sexual, ya que a menudo

se observan relaciones sexuales insatisfactorias entre el agresor y su pareja. El segundo aspecto es el funcionamiento social, que incluye la evaluación de habilidades sociales como la empatía, el asertividad y la capacidad de relacionarse. Por último, el tercer enfoque son las distorsiones cognitivas; los agresores sexuales de mujeres adultas tienden a manifestar una visión negativa hacia ellas, mientras que aquellos que abusan de niños adoptan perspectivas distintas que les permiten racionalizar su conducta e incluso culpar a sus víctimas de ser provocadoras.

En la Parte II tiene lugar el tratamiento, que se encuentra dividido en dos secciones persiguiendo en cada sección del tratamiento objetivos diferentes. El Tratamiento A, dirigido a que los participantes tomen conciencia de los contenidos que explican su conducta violenta y el Tratamiento B, dirigido a que tomen control sobre sus propias vidas. Ambos tratamientos están divididos en diferentes módulos que permiten al interno avanzar de una manera gradual a la vez que se otorga un tiempo prolongado para llevar a cabo el cambio terapéutico. A continuación, se presenta el orden de ejecución de los módulos en cada uno de los tratamientos, según el Manual del Terapeuta del Programa de Control de la Agresión Sexual (Rivera et al., 2005).

Tratamiento A: Los siguientes módulos van destinados a que los internos tomen conciencia y acepten sus pensamientos, emociones y comportamientos con el fin de que disminuyan las resistencias en los participantes.

- Módulo A0: Planificación del entrenamiento en relajación. En este módulo introductorio encontramos entrenamiento en respiración, relajación muscular progresiva, relajación autógena y meditación. Los autores del Manual del Terapeuta del PCAS (Rivera et al., 2006) comentan que es importante comenzar con técnicas de relajación ya que en grupos anteriores han percibido ciertas dificultades para aprender técnicas de relajación, por lo que se pretende que

lo internos comiencen a practicar relajación de manera gradual para que en el Módulo B5 (Control de impulsos) ya hayan adquirido esta práctica en su repertorio.

- Módulo A1: Análisis de la historia personal. En este módulo se pretende conocer qué aspectos de la historia de vida de la persona y aquellos comportamientos que contribuyeron a la comisión del delito. Los factores que se analizan están relacionados con experiencias tempranas, tanto en la infancia como en la adolescencia, así como con el tipo de apego establecido con sus figuras principales de cuidado, la presencia o no de abusos sexuales en la infancia y el desarrollo sexual precoz. Se exploran diferentes momentos vitales de la persona a través de autobiografías, enfatizando cuatro áreas importantes: familiar, social, sexual y delictiva. Este segundo módulo proporciona información valiosa y esencial para el terapeuta, quien debe abordar este contenido con empatía y escucha activa, haciendo hincapié en establecer un buen vínculo terapéutico y un ambiente de confianza, evitando las confrontaciones y reforzando la franqueza de los participantes (Herrero, 2007).

- Módulo A2: Introducción a las distorsiones cognitivas. Este módulo va encaminado a que los internos puedan identificar sus propias distorsiones cognitivas. Para ello, se lleva a cabo una explicación sobre los diferentes tipos de errores cognitivos (minimización, generalización, inferencia arbitraria, etc.) con el fin de que los internos puedan reconocerlos y tomar conciencia de ellos (Herrero, 2007).

- Módulo A3: Conciencia emocional. El objetivo principal de este módulo es que los participantes puedan desarrollar habilidades emocionales para dotarles de un mejor manejo de sus propios estados emocionales, así como reconocerlos, aumentando de esta manera su conocimiento sobre las distintas emociones a través de psicoeducación. Otros objetivos son que los internos sean capaces de identificar sus emociones a partir de estados fisiológicos, reconocer la relación existente entre sus pensamientos y sus emociones y que aprendan a evaluar sus emociones de manera gradual y no dicotómica (bien-mal).

- Módulo A4: Comportamientos violentos. Los aspectos que se trabajan en este módulo pretenden que los internos comprendan sus comportamientos violentos hacia los demás. Para ello, se identifican los factores antecedentes, así como señales cognitivas, emocionales, conductuales y físicas previas a la agresión, con el fin de que los participantes puedan anticiparse a su respuesta violenta y poder emitir una conducta alternativa adecuada y ajustada.

- Módulo A5: Mecanismos de defensa. El PCAS diferencia las distorsiones de otro tipo de cogniciones que tienen una función protectora, que son los llamados mecanismos de defensa basados en diferentes maneras de negar el delito y/o su responsabilidad. Por ello, es importante que el terapeuta comience trabajando estos mecanismos de defensa, mostrando a los internos que estas cogniciones tienen una función protectora de su autoconcepto, lo cual se puede trabajar a través de confrontaciones mediante diferentes dinámicas (Herrero, 2007). Estas intervenciones pueden poner a los internos a la defensiva, sin embargo, es importante que el terapeuta continúe con esta actitud de recalcar las incongruencias entre sus relatos y el contenido de sus sentencias.

Tratamiento B: Los módulos que se presentan a continuación van dirigidos a la toma de control, al análisis de la conducta y de los factores cognitivo-emocionales con el fin de evitar la reincidencia. El Módulo B0 Prevención de recaídas se lleva a cabo en dos etapas diferentes; la primera, después del Módulo B1, para que se puedan trabajar determinados conceptos previamente a los Módulos B2, B3, B4 y B5, y la segunda al final del tratamiento.

- Módulo B1: Empatía con la víctima. Una vez conseguido el objetivo de poder comprender sus propias emociones en módulos previos, se trabaja la empatía con la víctima, es decir, desde un punto de vista cognitivo, poder entender las emociones del otro. Para alcanzar este propósito se aporta información a los participantes sobre las diferentes consecuencias psicológicas y físicas que puede padecer una persona/niño que ha sido víctima de una agresión o abuso sexual. También se hace el ejercicio de pensar en cómo este hecho ha podido afectar a la vida de la

víctima, de sus familiares y amigos. Por un lado, es importante que el terapeuta tenga en cuenta que en este módulo pueden aparecer sentimientos de culpa en algunos participantes; por ello, es importante que se lleve a cabo una gestión adecuada de este estado emocional mediante intervenciones cognitivas que se focalicen en la aceptación sin condiciones de uno mismo, diferenciando los juicios que se hacen hacia las acciones cometidas de lo que la persona es en sí misma. Por otro lado, es conveniente que el profesional que lleve a cabo este módulo esté formado en trauma y en consecuencias psicológicas derivadas de una agresión sexual (Herrero, 2007).

- Módulo B0: Prevención de recaídas. El PCAS procura que los internos adquieran un autocontrol sobre su propio estilo de vida que les aleje de las agresiones sexuales, manejando de una manera saludable las situaciones en las que existe un riesgo alto de reincidir. En consecuencia, resulta fundamental que el proceso terapéutico vaya encaminado a trabajar con las áreas, emocionales, cognitivas y conductuales para que los internos puedan controlar su vida y evitar la recaída (Rivera et al., 2006). De esta manera, en este primer módulo de prevención de recaídas se trabajan las decisiones aparentemente irrelevantes que pueden conducir a los participantes a ponerse en una situación de riesgo para cometer otro delito. También se trata de que los internos conozcan qué son los factores de riesgo y cuáles son los suyos propios para poder identificarlos y finalmente elaborar respuestas adaptadas para enfrentarse a los factores anteriormente identificados.

- Módulo B2: Distorsiones cognitivas. Después de abordar los mecanismos de defensa, se inicia la intervención sobre las distorsiones cognitivas. El propósito de este módulo es identificar y trabajar las interpretaciones equivocadas que los participantes tienen sobre la realidad y que justifican la conducta delictiva que han cometido. Entre estas afirmaciones encontramos la minimización del daño, la atribución de la agresión sexual a un evento externo, como puede ser la conducta de la víctima, estar bajo el efecto de sustancias, la ausencia de control del

impulso sexual, etc. Por otro lado, en este módulo se trabajan los errores de pensamientos como creencias irracionales rígidas que están implicadas en el procesamiento de la información. En resumen, el abordaje tanto de los mecanismos de defensa como de las distorsiones cognitivas tiene como objetivo que los internos modifiquen su interpretación del delito. Este proceso demanda tiempo, ya que implica cambiar pensamientos rígidos que pueden ser difíciles de modificar. Es un proceso costoso en el cual el terapeuta puede encontrarse con resistencias por parte de los participantes y deberá estar atento a la posible reaparición de distorsiones que ya se han abordado previamente.

- Módulo B3: Estilo de vida positivo. Este módulo pretende que los internos puedan ajustar un estilo de vida donde prime la estabilidad a la vez que se previenen posibles recaídas. Se trata de que adquieran hábitos de vida saludables basados en una buena alimentación, ejercicio, administración del tiempo de manera saludable, llevando a cabo actividades satisfactorias, etc.

- Módulo B4: Educación sexual. El trabajo con la sexualidad es uno de los aspectos más importantes para trabajar con personas condenadas por agresión sexual. Se pretende que los internos consigan desarrollar perspectiva más respetuosa y positiva hacia las mujeres y los menores, desmantelando los mitos sobre la sexualidad que obstaculizan una visión saludable de la misma. Además, se pretende que comprendan la sexualidad como un proceso que abarca aspectos bioquímicos, sociales y psicológicos, y que reconozcan la actividad social como un proceso de comunicación y respeto mutuo. Una parte importante de este módulo es la psicoeducación de la sexualidad; para ello, se explican contenidos como los aspectos biológicos de la sexualidad, el proceso de maduración y el despertar sexual, así como de la sexualidad infantil y la maduración física y el deseo sexual, entre otros.

- Módulo B5: Modificación del impulso sexual. Para la prevención de recaídas es importante que los internos sean capaces de desarrollar habilidades para manejar sus impulsos, ya que suelen llevar a cabo conductas que para ellos son muy reforzantes y en muchos casos difíciles

de controlar. El objetivo principal será que los participantes puedan identificar sus propias fantasías y pensamientos y al mismo tiempo se posicionen de manera objetiva en relación con sus impulsos y deseos sexuales, de manera que se responsabilicen de los mismos. Las técnicas que se utilizan en este módulo son sobre todo cognitivo-conductuales, como contratos terapéuticos, autoinstrucciones, control estímulos y tratamiento de saciedad.

- Módulo B0: Prevención de recaídas. Las unidades del módulo van dirigidas a que los participantes diseñen contratos para anticiparse a los factores de riesgo mayores y se comprometan a realizar actividades concretas cuando haya riesgo de recaer. También se trata el tema de la abstinencia de la violación y los problemas de la gratificación inmediata. Para finalizar, se trabaja con la matriz de decisión para dotar de estrategias de toma de decisiones a los internos.

El PCAS es un programa muy completo, como se ha podido observar en el desarrollo de los módulos. Sin embargo, Herrero (2007) menciona que el programa presenta algunas limitaciones. En relación con el terapeuta, se le facilita mucha información sobre las conductas de los agresores y de sus características, pero se le proporciona muy poca información sobre la postura que debe mantener durante el proceso terapéutico. Se identifican también limitaciones relacionadas con las características individuales de los participantes, las cuales no están consideradas en el programa debido a su naturaleza grupal. En primer lugar, se destacan la presencia de diferentes trastornos de personalidad como el antisocial y la comorbilidad con el consumo de sustancias, puesto que dificulta la intervención psicológica y supone un desafío adaptar el programa a participantes con estas características. En segundo lugar, se señalan niveles altos de ansiedad o impulsividad que tienen como consecuencia que no se apliquen las técnicas enseñadas. En tercer lugar, presentar un locus de control externo y reducida autocrítica generan dificultades para que los participantes asuman la responsabilidad de sus actos. La escasa empatía en los participantes con rasgos psicópatas generan dificultades en los módulos

relacionados con la empatía con la víctima. Por último, el CI de los participantes, debido a que en el programa es una intervención complicada en el que se trabajan con conceptos abstractos, por lo que puede que no lleguen a comprender adecuadamente aspectos fundamentales del tratamiento.

3.4 Programas de tratamiento penitenciario internacionales

A nivel internacional, existe una amplia diversidad de programas de tratamiento penitenciario, ya que la forma en que se implementan varía significativamente en comparación con España (Martínez et al., 2024). Mientras que en España se aplica un único programa de tratamiento a nivel nacional (a excepción de Cataluña y el País Vasco la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, de Estatuto de Autonomía del País Vasco, y la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, del Estatuto de Autonomía de Cataluña), en países como Estados Unidos y Canadá, cada estado establece y gestiona su propio programa. Como resultado, se han identificado un total de 400 programas distintos enfocados en el tratamiento de condenados por agresión sexual (McGrath et al., 2010, citado en Martínez et al., 2024). Por este motivo, en este apartado se desarrollarán los principales programas o los más estudiados por la literatura debido a su relevancia y que han servido de base para el desarrollo de otros tratamientos.

Uno de los primeros los programas de tratamiento dirigido a condenados por agresión sexual fue el programa *Rockwood Psychological Services (RPS)* que se desarrolló a principios de 1970 en Canadá (Marshall, 1971). Además, este tratamiento ha servido como base para la mayoría de las intervenciones con delincuentes sexuales que se implementan a nivel internacional actualmente (Redondo y Mangot, 2017). Este programa tiene un enfoque cognitivo-conductual y se basa en tres modelos de tratamiento, el Modelo RNR (Andrews et al., 1997), el Modelo de las Buenas Vidas (Ward y Brown, 2004) y la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2002).

Se ofrecen tres programas que siguen el mismo modelo, pero con algunas diferencias. En primer lugar, se encuentra el Programa Regular en el que se abordan todos los aspectos requeridos para que el tratamiento sea eficaz. En segundo lugar, ofrecen un programa dirigido a personas que niegan haber cometido el delito sexual, denominado Programa para Negadores. Este programa aborda los mismos contenidos que el Programa Regular, pero se presenta el objetivo a los participantes de manera distinta: dotarlos de las habilidades necesarias para satisfacer sus necesidades de forma prosocial, lo que les ayuda a reducir el riesgo de ser falsamente acusados de un delito sexual. Finalmente, ofrecen el Programa Preparatorio, más breve que los anteriores y tiene como objetivo motivar y preparar a los participantes para recibir tratamiento (Marshall y O'Brien, 2013).

El Programa Regular y el Programa para Negadores consta de tres fases. Antes de iniciar la primera fase, se explican los objetivos del programa vinculados a aspectos positivos para llevar una vida más satisfactoria como el desarrollo de habilidades, el fortalecimiento de la autoconfianza y la mejora de las capacidades emocionales. A continuación, se trabaja sobre la propia autobiografía del participante para identificar aspectos fuertes y aspectos que necesitan desarrollo.

Posteriormente se inicia la fase 1, se tratan temas que, aunque no son necesariamente criminógenos (es decir, no se ha demostrado que estén directamente relacionados con la reincidencia), resultan beneficiosos para el individuo y no representan una amenaza. Por ejemplo, se trabaja sobre la baja autoestima y los sentimientos de vergüenza, ya que pueden generar dificultades en aprendizaje de nuevas habilidades (Tangney y Dearing, 2002 citado en Marshall y O'Brien, 2013). En esta fase se centran en que los participantes desarrollen confianza en el terapeuta y en el programa, utilizando estrategias terapéuticas eficaces como que el terapeuta adopte un rol cercano, empático y algo directivo.

En la fase 2 se centran las características criminógenas que predicen el riesgo de reincidencia. Se centran en trabajar; factores cognitivos como la congruencia emocional con los hijos, la hostilidad hacia las mujeres, la falta de preocupación por los demás, las actitudes de apoyo ofensivas; problemas de relación: falta de intimidad, problemas relacionados con el apego, la soledad emocional; problemas de autorregulación: desregulación emocional; factores sexuales: preocupación sexual, preferencia sexual por los niños, violencia sexualizada y la baja autoestima y vergüenza.

En la fase 3 se pretende trabajar con cada participante la generación de planes para la consecución de sus objetivos vitales. En esta etapa, se revisan los contenidos de la primera fase, y cada participante identifica las habilidades y la confianza adquiridas durante el programa de tratamiento. Posteriormente, se les apoya en la selección de dos o tres áreas de su vida en las que desean trabajar tras puesta en libertad. Se les solicita que definan los pasos necesarios para alcanzar estos objetivos inmediatos y cómo continuarán desarrollándose en esas y otras áreas a lo largo de su vida. Dado que el tiempo libre puede representar un riesgo para la reincidencia sexual, se suele recomendar a los participantes que el manejo del ocio sea uno de sus objetivos prioritarios (Marshall y O'Brien, 2013). Por último, se prepara el momento de puesta en libertad de los participantes solicitándoles que identifiquen aspectos clave como el lugar donde residirán, con quién convivirán y cómo planean generar ingresos una vez estén en libertad.

Una particularidad de este programa es que, además de en los centros penitenciarios, también se lleva a cabo de forma ambulatoria y en centros de hospitalización psiquiátrica (Marshall y O'Brien, 2013). En cuanto a la duración del programa es de unos 10 meses como máximo, dado que varía en función del riesgo (Marshall y O'Brien, 2013). El programa es el mismo en los distintos entornos, la única diferencia es la frecuencia con la que los participantes

asisten al programa. En entornos comunitarios acuden una vez a la semana, en cambio, los agresores de riesgo moderado y alto asisten dos y tres veces por semana respectivamente.

Otro programa que se lleva a cabo a nivel internacional es el *Core Sex Offender Treatment Programme* (Mann y Thornton, 1997), que es una intervención psicológica diseñada por el *HM Prison and Probation Service* para hombres condenados por la comisión de delitos sexuales. Este programa de tratamiento se ofrece en una sexta parte de los centros penitenciarios masculinos de Inglaterra y Gales. El programa sigue un enfoque cognitivo-conductual en formato grupal y se basa en el Modelo RNR (Andrews et al., 1997) y el Modelo de las Buenas Vidas (Ward y Brown, 2004). El programa básico incluye un total de 84 sesiones de tratamiento, cada una con una duración aproximada de 2,5 horas. Las sesiones se llevan a cabo hasta 5 veces por semana. Los requisitos para la participación son: que los participantes tengan una condena de 12 meses o más, que hayan cometido un delito sexual en la actualidad o con anterioridad a la condena, que muestren disposición a recibir el tratamiento y que no nieguen la comisión del delito (Mews et al., 2017).

El objetivo del programa es la reducción de la reincidencia sexual de los participantes a través de la identificación y el abordaje de características, necesidades y factores de riesgo de las personas condenadas (Mews et al., 2017). Este programa de tratamiento trabaja sobre el aumento de la conciencia de daño sobre la víctima y el desarrollo de objetivos vitales significativos alejados de la delincuencia. El programa se compone de 20 bloques (Beech et al., 1998):

- Bloque uno: Este bloque tiene como objetivo fundamental establecer una base sólida para la cohesión grupal, fomentar normas que promuevan el cambio y desarrollar relaciones positivas entre los miembros.

- Bloque dos: El propósito de este bloque es comenzar el proceso de reconocimiento y análisis de los pensamientos que favorecen la delincuencia.
- Bloque tres: En este bloque se trata de instruir a los miembros del grupo en estrategias de afrontamiento positivas y dar inicio a un plan de acción que les permita practicar estas habilidades a lo largo de todo el programa.
- Bloque cuatro El objetivo principal de este bloque es que tanto los miembros del grupo como los terapeutas conozcan los factores de origen que contribuyen a sus comportamientos delictivos sexuales.
- Bloque cinco: Este bloque tiene como objetivo que los participantes narren con precisión su delito, explicando los factores desencadenantes, las emociones, comportamientos y cogniciones que estaban presentes en el momento de los hechos.
- Bloque seis: En este bloque se abordan las fantasías sexuales desviadas relacionadas con el delito y se trabaja la motivación al cambio para abandonar dichas fantasías.
- Bloque siete: El objetivo principal de este bloque es que los miembros del grupo reconozcan patrones en su personalidad y en su funcionamiento personal que estén vinculados a su conducta delictiva, así como que comiencen a tomar conciencia de la importancia de modificar estas áreas.
- Bloque ocho: El propósito de este bloque se fundamenta basarse en los conocimientos obtenidos en los bloques del 1 al 7 e y dar inicio formal al proceso de cambio, estableciendo por primera vez los objetivos para nuevos comportamientos y formas de pensar.
- Bloque nueve: El objetivo de este bloque es fomentar la motivación hacia el cambio.
- Bloques diez, once, doce y trece: Estos bloques están destinados a cuestionar cualquier creencia que minimice o interprete como positiva la experiencia de abuso sufrida por las víctimas de los participantes del grupo.

- Bloque catorce: El objetivo principal de este bloque es identificar los factores de riesgo específicos de cada individuo que podrían contribuir a futuros comportamientos delictivo.
- Bloque quince: En este bloque se definen metas motivadoras de cambio que prevengan la posibilidad de futuros delito.
- Bloque dieciséis: El objetivo principal de este bloque es fortalecer las habilidades de afrontamiento frente a los factores de riesgo identificados.
- Bloque diecisiete: Este bloque tiene como objetivo enseñar a los participantes a establecer y escalar objetivos de manera efectiva.
- Bloque dieciocho: Este bloque tiene como objetivo principal preparar a los miembros del grupo para enfrentar posibles lapsos.
- Bloque diecinueve: El objetivo de este bloque es fortalecer las estrategias de afrontamiento ante factores de riesgo.
- Bloque veinte: Este bloque se centra en aumentar la motivación de los participantes para mantener un cambio de conducta sostenible a largo plazo.

Otro programa de tratamiento es el *California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project* (SOTEP) (Marques, 1988). Este programa tiene un enfoque cognitivo-conductual y se basa en el Modelo de Prevención de Recaídas (Pithers et al., 1983). Su objetivo principal es la reducción de la reincidencia sexual. Una diferencia respecto a los tratamientos vistos hasta ahora es que este programa se lleva a cabo en un formato de comunidad terapéutica con condenados por delitos de agresión sexual, tanto hacia menores como hacia adultos. Los requisitos para participar son; estar entre los 18-30 meses de la puesta en libertad, tener entre 18 y 60 años, no contar con más de dos condenas anteriores por delitos graves, no tener antecedentes penales, que reconozcan la comisión del delito, tener un coeficiente intelectual superior a 80, hablar inglés; no presentar trastornos psicóticos ni trastornos mentales orgánicos (Marques, 1988). La duración del programa es de aproximadamente dos años (Marques, 1988).

El programa incluye diversos elementos cognitivos, conductuales y de entrenamiento de habilidades, estructurados según el Modelo de Prevención de Recaídas. Tanto los procedimientos de evaluación como los de tratamiento se enfocan en los factores de riesgo específicos que pueden llevar a la reincidencia del individuo, abarcando desde aspectos generales del estilo de vida y distorsiones cognitivas hasta patrones de excitación sexual inadecuados y carencias en habilidades de afrontamiento. En términos generales, los objetivos del programa son que los participantes desarrollen: un mayor sentido de responsabilidad personal y una reducción en el uso de justificaciones para su comportamiento sexual desviado; una disminución de intereses sexuales desviados; una mejor comprensión y capacidad para aplicar los conceptos y técnicas fundamentales de la prevención de recaídas; una mayor habilidad para identificar situaciones de alto riesgo; y mejores competencias en evitación y manejo de estas situaciones de riesgo (Marques, 1988).

En Estados Unidos también se encuentra el Programa de Tratamiento de Delincuentes Sexuales Basado en Prisiones de Minnesota proporcionado por el Departamento Correccional de Minnesota (MNDOC) ofrece tratamiento, terapia y servicios de transición a delincuentes sexuales masculinos condenados en prisión. El programa tiene un enfoque cognitivo-conductual y se basa en el Modelo RNR. Los requisitos para poder participar son: haber cumplido al menos 9 meses de condena, no negar el delito sexual por completo y presentar un nivel de riesgo de reincidencia moderado-alto (Duwe y Goldman, 2009). El primer componente del programa es la evaluación psicológica y la realización de tareas para facilitar la evaluación de necesidades de tratamiento, entre las que se incluyen una revisión del historial delictivo y la dinámica de los delitos. También utilizan conferencias, debates y material audiovisual para informar sobre la participación en el tratamiento, las expectativas, las defensas y la negación, entre otros temas.

El segundo componente es el tratamiento terapéutico, en el que los participantes reciben una media de 6 horas de terapia por semana en un formato grupal. También se ofrecen sesiones individuales complementarias en función de las necesidades de los participantes.

El tercer componente que se ofrece es tratamiento de drogodependencias y tiene lugar después de la evaluación para aquellos participantes que lo necesitaran. El cuarto componente es la educación de la familia o de la persona de apoyo del participante. Esta fase se realiza para ayudar a los participantes para regresar a la comunidad a través de sesiones educativas con la familia o la red de apoyo de los participantes. Se ofrecen explicaciones sobre la naturaleza y las consecuencias de sus delitos, con el fin de informar a las personas que brindan apoyo sobre el riesgo de reincidencia y ayudar a identificar estrategias de respuesta tanto para el delincuente como para su red de apoyo (Duwe y Goldman, 2009).

El quinto componente es programación educativa, los participantes acuden a clases psicoeducativas de 1,5 horas, de 3 a 4 veces por semana, en sesiones de 12 semanas (trimestrales). Cada trimestre, los participantes del programa se inscribían en una o dos clases, que incluían Gestión de las Emociones, Educación sobre Alcohol y Drogas, Reestructuración Cognitiva y Pensamiento Criminal, Educación Sexual, Dinámica de la Agresión Sexual, Prevención de la Reincidencia, Empatía con la Víctima, Victimización Personal, Duelo y Pérdida, Moral y Valores, Conductas Sexuales y Currículum de Transición (Duwe y Goldman, 2009).

El sexto componente son grupos de apoyo, los participantes acuden semanalmente o Alcohólicos Anónimos, o Narcóticos Anónimos o Abusadores Sexuales Anónimos que se reúnen en la institución (Duwe y Goldman, 2009).

Hasta el momento estos programas de tratamiento penitenciarios van dirigidos a personas condenadas por delitos de agresión sexual hacia adultos y hacia menores. También existen programas de tratamiento dirigidos exclusivamente a condenados por delitos sexuales contra menores como es el caso de *The Kia Marama Sex Offender Treatment Programme New Zealand* creado en 1989 como el primer programa de tratamiento penitenciario especializado para delincuentes sexuales de menores de edad de Nueva Zelanda (Hudson et al., 1998). Este programa se basa originalmente en el Programa de Tratamiento y Evaluación de Delincuentes Sexuales de Atascadero en California (Marques, 1988) que se lleva a cabo en un formato de comunidad terapéutica en el Hospital Atascadero. La duración del programa es de 9 horas semanales durante 33 semanas, pero la fase de tratamiento dura 24 semanas, cuatro días a la semana durante dos horas y media al día (Antis, 2003; Hudson et al., 1995). El programa tiene un enfoque cognitivo-conductual y se basa en el Modelo de Prevención de Recaídas. El programa consta de 6 módulos que son obligatorios (Hudson et al., 1995). Además, se ofrece terapia individual para aquellos casos en los que sea necesario. Los módulos de los que se compone el programa son:

- Modulo 1: Distorsiones cognitivas. En este módulo, se desarrollan formas alternativas más precisas y constructivas de pensar sobre las cogniciones de apoyo al delito. Resulta interesante que en este programa consideran beneficioso que los participantes que niegan el delito participen en el programa junto con los que sí aceptan su responsabilidad ya que en muchas ocasiones promueven un cambio de actitud en aquellos participantes que niegan el delito. Se basan en las cogniciones de apoyo al delito tienen una función protectora de la autoestima. Sin bien es cierto que, si después de este módulo persiste la negación los participantes reciben terapia individual y en el último de los casos, se les retira del grupo. Para trabajar estos aspectos se pide a cada participante que relate con detalle su delito y los factores que le llevaron a cometerlo.

Esto permite al resto de participantes cuestionar las cogniciones que percibe en los demás compañeros y señalar la tendencia de atribuir la responsabilidad a una tercera persona, normalmente a la víctima. Otro aspecto que es necesario destacar es que, tras estas sesiones, han identificado que el debate continúa entre los participantes después de las sesiones de tratamiento, algo que no suele producirse cuando comparten prisión con condenados de otras tipologías delictivas (Hudson et al., 1995).

- Modulo 2 Empatía con la víctima y problemas de excitación sexual. En la primera parte del módulo se trabaja el impacto que el abuso sexual infantil genera en las víctimas. Cada participante debe describir los efectos a corto y a largo plazo que pueden sufrir las víctimas y en concreto, que mencionen cuáles son los problemas que han podido generar en sus víctimas. Además, se llevan a cabo tareas complementarias como la lectura de testimonios de víctimas, contenido audio visual y la elaboración de un relato desde la perspectiva de una víctima de abuso sexual infantil. Posteriormente escriben una respuesta a la víctima que ponen en común con el grupo que éste cuestiona para evitar justificaciones o minimizaciones del daño a la víctima.

En la segunda parte del módulo se abordan los problemas de excitación sexual. En primer lugar, se les pide a los participantes que identifiquen la secuencia de conductas y pensamientos que conducen a una agresión sexual, ya sean reales o a partir de fantasías y que identifiquen cuatro consecuencias negativas. Esta intervención está pensada para llevarla a cabo de manera repetida y sepan identificar conductas y pensamientos previos al delito y detener la secuencia además de tener presente las consecuencias negativas.

También se trabajan con las fantasías sexuales masturbatorias. Se trabaja a través de la técnica de reacondicionamiento del orgasmo, aunque los mismos autores señalan que

esta técnica carece de un respaldo científico fuerte que garantice su éxito (Johnston et al., 1992; Laws y Marshall, 1991 citados en Hudson et al., 1995).

- Modulo 3: Resolución de problemas sociales y gestión del estrés. La primera parte del módulo tiene como objetivo dotar a los participantes de estrategias de afrontamiento para enfrentarse de manera adecuada a situaciones de la vida cotidiana. La segunda parte tiene como objetivo enfatizar la relación entre el estrés y la reincidencia. Por tanto, se enfoca en dotarles de habilidades de gestión del estrés a través de la identificación individual de sus principales disparadores de estrés y en grupo de se debaten diferencias estrategias para afrontarlo.
- Modulo 4: Habilidades sociales. Uno de los componentes que se trabajan en este módulo son las habilidades interpersonales. En concreto, se centran en el asertividad y en cómo ponerla en práctica a través de role-playing. En este momento, también se trabaja la autoestima a través de atributos positivos que el participante tiene que repetirse tres veces al día en momento diferentes.

El segundo elemento de este módulo se enfoca en los problemas relacionados con las relaciones interpersonales. Las cuatro áreas principales que abordan son: el conflicto y su resolución; el aprovechamiento positivo de las actividades recreativas en conjunto; la importancia de mantener una comunicación abierta, ser solidarios y ofrecer gratificación mutua; y la intimidad, que constituye el aspecto central que conecta todas las demás áreas. Tras abordar estas áreas, se les pide que describan una relación con un adulto que haya fracasado y el grupo examina los motivos o las dinámicas disfuncionales.

- Modulo 5: Ira y sexo. El primer componente que se aborda en este módulo es el control de la ira. El grupo define la ira y la diferencian de otros estados emocionales y se ponen

ejemplos en los que los participantes hayan experimentado esta emoción. En el siguiente paso, identifican y comparten qué hacen cuando sienten ira y el grupo cuestiona si es adecuado o no. Por último, se hace role-playing de situaciones concretas que generen ira en los participantes para idear estrategias de afrontamiento.

El segundo componente es la educación sexual, en la que comienzan con información sobre anatomía y fisiología de hombres y mujeres y se describe el modelo de comportamiento sexual. Diferencian tres comportamientos; los excéntricos (por ejemplo, fetichismos y travestismos), que no vulneran necesariamente los derechos de los demás; los actos desviados que requieren una víctima (por ejemplo, violación, exhibicionismo, voyeurismo o frotteurismo); o los actos implican que la persona no tenga capacidad de dar consentimiento (por ejemplo, abuso sexual de menores). Se hace hincapié en el consentimiento y en la desigualdad de poder. A continuación, se analizan los comportamientos saludables para posteriormente, analizar todos los comportamientos que practican habitualmente los adultos y las necesidades que se persiguen a través del sexo (cariño, intimidad, necesidad de admiración, entre otras).

- Modulo 6: Prevención de recaídas. Este módulo tiene como objetivo preparar a los condenados para su puesta en libertad. Cada participante debe identificar, dónde vivirá, y cuál va a ser su red de apoyo. Este módulo tiene dos componentes, uno es la gestión interna que pretende dotar a los participantes de mayor control sobre su comportamiento y deseos desviados, a través de habilidades, actitudes cognitivas y conductual para satisfacer sus necesidades sociales. Al mismo tiempo se les pide que reconozcan los factores externos o internos de riesgo para que puedan poner en marcha sus estrategias.

- El segundo componente es la gestión externa, que tiene como objetivo generalizar todo lo aprendido a otros contextos como es el familiar. El plan de prevención de recaídas de cada delincuente abarca una lista de factores de riesgo, las estrategias que puede implementar para evitar esos riesgos y cómo manejarlos si se presentan. También incluye una descripción de su ciclo delictivo y una serie de señales de advertencia, tanto internas como externas, que pueden indicar una posible recaída en sus conductas delictivas. Se les invita a que guarden estos documentos para llevarlos consigo.

3.5 Programas de tratamiento comunitarios nacionales e internacionales

Además de los tratamientos penitenciarios se han desarrollado programas de tratamiento comunitario. Estos programas pueden llevarse a cabo de dos maneras; o bien, interviniendo sobre los potenciales agresores antes de que lleguen a cometer el delito o bien, interviniendo sobre los agresores que han sido condenados con una medida penal alternativa a la estancia en prisión, están en régimen de tercer grado o se les ha aplicado el artículo 100.2 del Reglamento Penitenciario (Martínez et al., 2024).

En España encontramos dos programas de tratamiento comunitario. En primer lugar, se encuentra PrevenSi (2019) que es un recurso especializado en prevenir el abuso sexual infantil. Las herramientas para llevar a cabo esta actividad se gestionan mediante una plataforma web especializada. Esta plataforma cuenta con una línea de atención en línea y telefónica a través de la cual brinda servicios preventivos que incluyen: información especializada en el problema, atención, y derivación a recursos especializados para personas con preferencias sexuales hacia menores. También ofrece apoyo víctimas de abuso sexual infantil y a sus familiares, además de cursos formativos para profesionales que trabajan con niños, niñas y adolescentes. Asimismo, proporciona servicios de detección de maltrato y abuso sexual infantil, ofreciendo información y asesoramiento (PrevenSi, 2019).

En segundo lugar, encontramos el programa Círculos de Apoyo y Responsabilidad (CAR). Este programa se estableció por primera vez en España, exclusivamente en Cataluña (CerclesCat Nguyen et al., 2014), en 2011. Desde 2021 los CAR también se imparten en la Comunidad de Madrid y desde 2023 en la Comunidad Valenciana (Pérez et al., 2023). Sin embargo, este modelo, se inició en Canadá en 1994 y se ha extendido a muchos países de occidente debido a su eficacia demostrada en la rehabilitación social de este tipo de delincuentes (Nguyen et al., 2014). Los Círculos de Apoyo y Responsabilidad (CAR) se basan en los principios de la justicia restaurativa y sirven de apoyo a la reinserción dentro de la comunidad (Birgden, 2020; Nguyen et al., 2014). El objetivo de los CAR es la prevención de nuevas víctimas y la ayuda al individuo a reintegrarse en la sociedad (Nguyen et al., 2014). Los CAR cuentan con cuatro o cinco voluntarios que han sido formados para acompañar y apoyar a los delincuentes sexuales (Hanvey y Höing, 2013). El Círculo está conformado por un Miembro Central (la persona que ha cumplido condena), un Círculo Interno (los voluntarios formados) y un Círculo Externo (profesionales que sirven de ayuda a los voluntarios). Todos los círculos están dirigidos por servicios penitenciarios, judiciales, policiales y asistenciales (Nguyen et al., 2014). Los CAR tienen una duración de unos 18 meses en los que el Círculo se reúne semanalmente con el miembro principal para ayudarlo a reintegrarse en la comunidad y participar en actividades comunitarias que sirvan de modelo de relaciones prosociales y adecuadas entre adultos (Birgden, 2020). Por tanto, los voluntarios desempeñan diferentes funciones, entre ellas brindar apoyo emocional al Miembro Central, proporcionar ayuda en dificultades de la vida cotidiana, o modificar creencias y actitudes de riesgo, entre otras (Nguyen et al., 2014).

A nivel internacional, además de los Círculos de Apoyo y Responsabilidad, existen programas de tratamiento ambulatorio como el programa *Stop it Now* (2021) que se implementa en Reino Unido e Irlanda. El objetivo de intervención es similar al de PrevenSi en España, la

prevención del abuso sexual infantil. Este programa va dirigido a tres destinatarios; adultos que sientan preocupación o necesiten hablar sobre cualquier aspecto del abuso sexual infantil, ya sea por preocupación de sus propios pensamientos y comportamientos sexuales; familiares y amigos que estén preocupados porque un adulto muestra pensamientos o comportamientos sexuales preocupantes hacia un niño; padres o cuidadores preocupados por un niño o joven con un comportamiento sexual preocupante. La intervención se realiza a través de una línea telefónica y a través de un servicio de mensajería instantánea.

Otro recurso similar es Parafilik (2024), que se implementa en la República Checa. Parafilik es el único programa no gubernamental del país que brinda asesoramiento intensivo e intervenciones terapéuticas específicamente diseñadas para personas con preferencias sexuales inusuales y sus familiares. Parafilik (2024) ofrece una línea telefónica de crisis, intervenciones terapéuticas, asesoramiento. Este programa no se centra exclusivamente en la pedofilia, sino que también ofrece atención a una amplia gama de parafilias.

En Alemania, se encuentra el Proyecto de Prevención Dunkelfeld (Beier et al., 2015). Este programa va dirigido exclusivamente a personas que quieren recibir tratamiento terapéutico debido a su interés sexual por menores. También pueden recibir este tratamiento personas que han cometido un delito sexual contra un menor o que se encuentren en riesgo de hacerlo. Este programa lleva a cabo la Terapia de Dissexualidad de Berlín (BEDIT) que puede llevarse a cabo tanto de forma grupal como individual. Este enfoque se basa en experiencias terapéuticas y enfoques de tratamiento, como la terapia cognitivo-conductual, la Terapia Dialéctica Conductual (DBT, Linahan, 1996) o la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes et al., 2006 citado en Beier, 2013). La intervención se lleva a cabo en formato grupal durante un año con 45-50 sesiones una vez por semana de dos horas de duración (Beier, 2013).

Los grupos de tratamiento están formados por entre 5 y 10 miembros. La terapia se compone de 12 módulos que se desarrollan a continuación (Beier, 2013):

- Módulo 1: Psicoeducación: Los objetivos principales de este módulo van dirigidos a que los participantes aprendan sobre aspectos como la sexualidad, la preferencia sexual, las conductas disexuales y que identifiquen factores de riesgo para conductas sexuales delictivas. Además, en este primer módulo se busca ofrecer alivio emocional y reducir la ansiedad mediante una mayor comprensión, el intercambio de experiencias y el contacto con otros hombres en situaciones similares.
- Módulo 2a: Aceptación. En este módulo pretende que los participantes entiendan los componentes bio-psico-sociales de la preferencia sexual (en concreto de pedofilia y hebefilia). Además, se les explica que la preferencia sexual no se modifica mediante tratamiento y se llevan a cabo ejercicios dirigidos a que los participantes acepten y asimilen esta información. Además, se explica que el cambio está orientado a evitar delitos sexuales contra menores y no al cambio de preferencia sexual. En este módulo en concreto, se utilizan enfoques de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 2006 citado en Beier, 2013) y de la Terapia Dialéctica Conductual (Linahan, 1996).
- Módulo 2b: Motivación. En este módulo se hace hincapié en reforzar el esfuerzo de los participantes por trabajar sobre sus conductas. El objetivo es que los participantes elaboren un análisis completo del estado actual en cuanto a fortalezas y recursos personales, comportamientos, autoconciencia y evaluación externa, así como sus habilidades, intereses y aspectos relacionados con la sexualidad. Por último, se trabaja la motivación de los participantes, primero explicando el concepto de motivación y en segundo lugar ayudándoles a analizar su estado motivacional y a que desarrollen motivación al cambio.

- Módulo 3: Percepción. En este módulo se explican conceptos básicos de percepción y procesamiento de la información para posteriormente abordar la toma de conciencia de percepciones y distorsiones cognitivas relacionadas con las interacciones con menores. Por último, en este módulo se sigue reforzando la aceptación de la preferencia sexual pedófila/hebefílica.
- Módulo 4: Emociones. Este módulo se inicia con una parte de psicoeducación sobre las emociones y su relación con las cogniciones y las conductas. El objetivo es que los participantes sean capaces de percibir, identificar y expresar las emociones de distintas maneras y sean capaces de hacer una evaluación sobre la calidad y la función de las mismas para conseguir objetivos. También se persigue que los participantes desarrollen estrategias saludables para regular las emociones no deseadas y establecer las bases para un plan preventivo enfocado en el desarrollo del autocontrol.
- Módulo 5: Fantasías y comportamientos sexuales. El objetivo principal es que los participantes sean conscientes de sus propias fantasías y por consiguiente de sus conductas sexuales. Para ello, se trabaja la identificación las barreras internas y externas que afectan en sus conductas sexuales y se analizan los recursos de cada participante para frenar sus impulsos sexuales. En este punto, también se trabajan mecanismos cognitivos como la minimización, negación y racionalización en las fantasías y conductas sexuales, así como retomar el concepto de disexualidad e identificar las conductas que cada participante reconoce en su comportamiento, ya que son factores de riesgo para llevar a cabo agresiones sexuales a menores.
- Módulo 6: Empatía y toma de perspectiva. Este módulo tiene como objetivo que los participantes desarrollen la capacidad de percibir, comprender y adoptar la perspectiva de los demás para aplicarla a la perspectiva de las víctimas de abuso sexual infantil y material abusivo infantil.

- Módulo 7: Currículo y esquemas. En este módulo se le otorga mucha importancia a la autoimagen actual de los participantes y de la opinión de personas significativas para ellos. También se reflexiona sobre la trayectoria personal de aprendizaje y desarrollo sexual (incluyendo sexualidad y autoimagen), así como sobre las relaciones sociales e íntimas, considerando la influencia de la preferencia sexual. Finalmente, se aborda la integración de la preferencia sexual en el autoconcepto de los participantes.
- Módulo 8: Afrontamiento y resolución de problemas. El objetivo principal es que los participantes sean capaces de desarrollar la capacidad para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas, considerando sus efectos a corto y largo plazo y reforzar las estrategias de afrontamiento saludables.
- Módulo 9: Relaciones sociales. El objetivo principal es incrementar la conciencia y la autoeficacia en las interacciones con personas que tienen un significado emocional importante. Para ello, en primer lugar, se enfatiza la importancia de tener relaciones afectivas de calidad. En segundo lugar, se les pide que identifiquen situaciones problemáticas en las relaciones sociales con personas importantes para ellos y que elaboren diferentes alternativas para la solución del conflicto.
- Módulo 10: Intimidad y confianza. En este módulo se trabaja el concepto de intimidad, se trata de que los participantes desarrollen una comprensión integral del efecto que la falta de intimidad y la soledad emocional tienen en la calidad de vida y lo apliquen a su propia vida. También se trabajan las normas fundamentales para mantener conversaciones amigables y sociales. Por último, se explica cómo la preferencia sexual tiene consecuencias en la creación y el desarrollo de relaciones.
- Módulo 11: Planificación del futuro. Este módulo está enfocado a que los participantes establezcan nuevos objetivos en la vida, considerando la orientación hacia el enfoque, los objetivos intermedios y el análisis de costo-beneficio. Para lograrlo, se evalúan las

estrategias de afrontamiento disfuncionales y se les apoya en el desarrollo de nuevas estrategias funcionales. Por último, se aborda la disonancia cognitiva que puede aparecer entre la autoimagen que desean y las conductas sexuales problemáticas.

- Módulo 12: Medidas de protección. En este módulo se muestra como tanto el abuso como el consumo de material abusivo infantil son el resultado de un conjunto de situaciones, cogniciones, emociones y conductas que los participantes llevan a cabo de forma controlada. Se pretende transmitir que los participantes tienen el control sobre situaciones de riesgo a través de la explicación de la dinámica de abuso sexual y que es posible romper el ciclo sobre todo en fases tempranas. En este módulo también se hace un análisis de los factores de riesgo individuales y de situaciones de cada participante y se elaboran estrategias de intervención para abordar situaciones de riesgo en las diversas etapas de la dinámica abusiva.

3.6 Evaluación de la eficacia de los tratamientos a través de la reincidencia

La evaluación de la eficacia de estos programas resulta complicada por diversos aspectos (Schmucker y Lösel, 2015). En primer lugar, las conductas que engloba el término “delincuencia sexual” son muy heterogéneas, incluyendo diversas formas como la agresión sexual infantil, la violación, el exhibicionismo, la distribución y el consumo de material abusivo infantil, entre otras. En segundo lugar, la diversidad de delincuentes sexuales, que pueden tener o no preferencias sexuales desviadas (parafilias), o personalidad antisocial, entre otros factores prototípicos de reincidencia, complica aún más la evaluación y la creación de tratamientos. En tercer lugar, el conocimiento sobre el origen y mecanismos causales de los delitos sexuales todavía no es claro. Finalmente, la heterogeneidad de enfoques de tratamiento (intervenciones psicosociales como programas cognitivo-conductuales y de prevención de recaídas, tratamiento hormonal o la castración quirúrgica) supone un elemento más que dificulta la comprensión de los resultados de estos programas de tratamiento (Schmucker y

Lösel, 2015). Además, la mayoría de los estudios no proporcionan información sobre las tasas de reincidencia según si los delitos fueron cometidos contra adultos o menores, ya que la mayoría de los tratamientos se realizan de manera conjunta. No obstante, pese a estas dificultades en la evaluación de la eficacia, existen estudios que arrojan resultados favorables sobre los efectos positivos de estos programas sobre la reincidencia.

En el metaanálisis llevado a cabo por Hanson y colaboradores (2002), se evaluó la eficacia del tratamiento para agresores sexuales en 43 estudios, que incluían un total de 9.454 agresores sexuales. El seguimiento posterior al cumplimiento de la condena fue de 4 años. En este análisis, se compararon las tasas de reincidencia entre los agresores que recibieron tratamiento en prisión y aquellos que no lo hicieron. La reincidencia sexual en el grupo que no recibió tratamiento fue del 16,8%, mientras que en el grupo que sí recibió tratamiento, esta tasa se redujo al 12,3%. En cuanto a la reincidencia no sexual, el 27,9% de los agresores tratados reincidieron, en comparación con el 39,2% de los no tratados. Las conclusiones del estudio revelan que la reincidencia sexual es menor entre los agresores que recibieron tratamiento. En términos concretos, por cada cien agresores no tratados que reinciden, hay 81 que sí recibieron tratamiento que vuelven a cometer un delito.

En un metaanálisis más reciente (Schmucker y Lösel, 2015), se encontraron 29 estudios comparativos sobre 4.939 delincuentes sexuales tratados y 5.448 no tratados. En todos los estudios que analizaron el tratamiento era psicosocial, en concreto, con un enfoque cognitivo-conductual. Los resultados mostraron una reincidencia sexual del 10,1% en delincuentes tratados frente a 13,7% en los no tratados. Las conclusiones de estos estudios muestran que hay una menor reincidencia sexual para los agresores que recibieron tratamiento.

En el metaanálisis de Gannon y colaboradores (2019) en el que se analizaron 70 estudios sobre 55.000 participantes en el que compararon tres programas de tratamiento: de delitos

sexuales, violencia doméstica y violencia en general. Los resultados obtenidos mostraron que la reincidencia sexual fue del 9,5 % para los individuos tratados y del 14,1 % para los individuos no tratados. Por lo tanto, la intervención resulta eficaz en la reducción de las tasas de reincidencia, lo cual contribuye a una disminución de posibles víctimas.

En lo que respecta a la eficacia de los programas de tratamiento penitenciarios expuestos, Valencia y colaboradores llevaron a cabo un estudio en 2008 para evaluar el PCAS en función de la reincidencia sexual de 43 internos condenados por agresiones sexuales en un centro penitenciario de Madrid. Para realizar estudio, se dividieron los participantes en dos grupos: un grupo de control compuesto por 21 agresores que no habían recibido el tratamiento PCAS y un grupo experimental formado por 22 agresores que sí lo habían recibido (Valencia et al., 2008). Los resultados mostraron que, en el grupo experimental, el 4,5% volvió a cometer delitos sexuales, mientras que en el grupo de control, el 19% reincidió en delitos de naturaleza no sexual, un 4,8% reincidió en delitos sexuales y otro 4,8% reincidió en ambos tipos de delitos, sexuales y no sexuales.

A nivel internacional, el programa Rockwood ha mostrado resultados positivos, en un estudio longitudinal (Olver et al., 2018) con un seguimiento de 8 años se encontró una tasa de reincidencia de 5,4% en aquellos participantes que habían recibido tratamiento frente una tasa de reincidencia de 19,6% en aquellos que no recibieron tratamiento.

En cuanto a la eficacia de *Core Sex Offender Treatment Programme* también ha obtenido resultados positivos. En un estudio (Friendship et al., 2003) en el que se compararon 647 condenados por delitos sexuales que recibieron el programa con 1.910 condenados por delitos sexuales que no habían recibido tratamiento, se obtuvieron tasas de reincidencia sexual significativamente inferiores en el grupo que había recibido tratamiento (4,6% frente a 8,1%).

En relación con la efectividad del programa California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP) (Marques, 1988), se realizó un estudio longitudinal (Marques et al., 2005) que incluyó un ensayo clínico aleatorizado para comparar las tasas de reincidencia entre los delincuentes que participaron en el SOTEP y dos grupos de control en prisión que no recibieron tratamiento. Durante un seguimiento de 8 años, no se encontraron diferencias significativas en las tasas de reincidencia sexual o violenta entre los tres grupos. Este hallazgo fue consistente tanto para agresores de adultos como de menores y fue confirmado por análisis que evaluaron el tiempo hasta la reincidencia y ajustaron las diferencias de riesgo entre los grupos. Un examen más detallado del grupo tratado con SOTEP indicó que aquellos que lograron cumplir los objetivos del programa presentaron tasas de reincidencia más bajas en comparación con los que no lo hicieron. En términos generales, los resultados no respaldaron la efectividad del programa.

Con respecto a los programas específicos para agresores sexuales de menores, hasta nuestro conocimiento, parecen ser pocos los países en los que se están implementando, como es el caso de Nueva Zelanda con *The Kia Marama Sex Offender Treatment Programme*, donde ha obtenido tasas de reincidencia del 5.2% en aquellos participantes que acabaron el tratamiento (Lambie y Stewart, 2003).

Sin embargo, las revisiones sistemáticas sobre la eficacia del tratamiento específico para personas condenadas por agresión sexual a menores no son positivas (Sousa et al., 2023). Långström et al. (2013) en su revisión sistemática en la que analizaron 8 estudios encontraron falta de evidencia de que el tratamiento fuera eficaz para reducir la reincidencia. Del mismo modo, Walton y Chou (2015), en su revisión de 10 estudios no encontraron resultados concluyentes. Al igual que en el estudio de Gronnerod y colegas (2015).

Con todo lo anteriormente expuesto, surgen dudas, especialmente a nivel de costes de implementación y beneficios en cuanto a tasas de reincidencia, sobre qué opción resulta más eficaz; el tratamiento conjunto o el tratamiento por separado, ya que cuanto más adaptado esté un tratamiento a las características de los sujetos, mejor pronóstico se espera (Andrews y Bonta, 2010) con la consecuente reducción de víctimas, objetivo principal de estos tratamientos.

En cuanto a los programas de tratamiento ambulatorios no existen datos sobre reincidencia sexual, dado que su objetivo es la prevención primaria. Sin embargo, existen datos que dejan entrever que, a pesar de que recibir tratamiento puede generar diversas resistencias para las personas con pedofilia, estos programas están siendo bien acogidos. En 2017, se movilizaron 8.500 personas a Alemania para participar en el Proyecto de Prevención Dunkelfeld. Finalmente, recibieron tratamiento 1.418 personas y los demás participantes fueron derivados a otras instituciones de salud mental (Beier, et al., 2009). De la misma manera, durante el período 2002-2012, la línea de ayuda atendió más de 31.000 llamadas de más de 14.000 personas, de las cuales el 50% eran de abusadores adultos y de personas en riesgo de abusar de un niño, ya sea en línea o fuera de línea y el 25% de las llamadas procedían de familiares o amigos preocupados porque un adulto mostraba pensamientos o comportamientos sexuales preocupantes hacia un niño.

Con todo lo anteriormente expuesto, surgen dudas, especialmente a nivel de costes de implementación y beneficios en cuanto a tasas de reincidencia, sobre qué opción resulta más eficaz: el tratamiento conjunto o el tratamiento por separado, ya que cuanto más adaptado esté un tratamiento a las características de los sujetos, mejor pronóstico se espera (Andrews y Bonta, 2010) con la consecuente reducción de víctimas, objetivo principal de estos tratamientos.

Además, cabe también preguntarse si las características de ambos grupos, agresores sexuales de adultos o de menores, son suficientemente diferentes como para requerir

tratamientos diferenciados o, en cambio, son similares y el tratamiento puede abordarse de manera conjunta, ya que, en la mayoría de los estudios no se indica si la reincidencia sexual es por agresores sexuales de menores o de adultos o ambos. En los programas de tratamiento penitenciario tampoco parece que se tenga en cuenta si los participantes presentan o no pedofilia, aspecto que resulta importante, ya que como se ha observado en los tratamientos ambulatorios europeos, requiere de un abordaje diferente. Por ello, es fundamental conocer cuáles son las necesidades de intervención de los internos con pedofilia para elaborar planes de tratamiento penitenciario adaptados a estas necesidades. En cualquier caso, resulta prioritario que las personas que han cometido delitos sexuales reciban tratamiento dada la gravedad de sus actos (Martínez-Catena y Redondo, 2016) y la posibilidad de prevención de futuros delitos que ofrecen estos programas de intervención.

3.7 Necesidades de intervención en internos con pedofilia

Como se ha visto en el apartado de tipologías de los diferentes agresores sexuales, una diferencia fundamental es la presencia o no de pedofilia, es decir, atracción sexual por menores. Este factor es clave de cara a la intervención, ya que requiere de un abordaje diferente de un individuo que ha cometido un delito sexual contra menores pero que no presenta pedofilia.

Por ello, es importante en primer lugar identificar dentro de los centros penitenciarios aquellos internos que sí presentan pedofilia. Algunas estimaciones muestran que entre el 30 y 50% de las personas que cometen este tipo de delitos presentan pedofilia (Seto, 2012; Walker, 2020), o incluso hasta el 70% (Eher, 2016), si bien es cierto que la detección resulta difícil debido a que en pocas ocasiones admiten este interés sexual, debido a la deseabilidad social (Echeburúa et al., 2011). Por tanto, estos datos se traducen en que el psicólogo penitenciario en España atiende con de manera frecuente a abusadores primarios, por lo tanto, es fundamental determinar si el PCAS se ajusta a las necesidades específicas de intervención psicológica que requieren estos internos.

Además, dado que la pedofilia es perdurable en el tiempo y no modificable (Seto, 2012), las técnicas que tradicionalmente se utilizan con agresores sexuales de modificación del impulso sexual, no son eficaces (Alempijevic et al., 2020, Trispiotis y Purshouse, 2021). Por lo tanto, es fundamental modificar el enfoque de intervención, tal como se está comenzando a implementar en terapias internacionales como el BEDIT (Beier et al., 2021), ya que, dada la alta prevalencia de pedofilia en los centros penitenciarios, podría considerarse un factor relacionado con el delito como recoge el artículo 110b del Reglamento Penitenciario. A continuación, se revisan las necesidades que pueden presentar las personas que, presentan pedofilia.

Se ha mencionado anteriormente que uno de los factores de riesgo para perpetrar agresiones sexuales contra menores es tener fantasías sexuales relacionadas con menores (Marshall y Marshall, 2000; Rossegger, et al., 2021; Tenbergen et al., 2015). De este modo, en las personas condenadas por delitos contra menores, que además presentan pedofilia, este tipo de fantasías serán predominantes y necesitarán una atención prioritaria en la intervención. Esto sugiere reevaluar la inclusión de internos con y sin atracción por menores en el mismo grupo de tratamiento, ya que aquellos sin atracción podrían criticar severamente las fantasías sexuales de los demás debido al estigma social asociado a esta preferencia sexual (Heasman y Foreman, 2019; Jahnke y Hoyer, 2013), lo que podría dificultar la expresión honesta de sus fantasías. Por tanto, una de las primeras necesidades que pueden tener las personas con pedofilia en prisión es una intervención específica e individual.

Como se ha desarrollado en el capítulo 3, la autoestima baja puede aumentar el riesgo de reincidencia (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021; Finkelhor, 1984) y de ideación suicida que suele ser elevada en personas con pedofilia (Jahnke y Hoyer, 2013). La baja autoestima puede deberse a diversos motivos, por un lado, puede ser derivarse de la comisión de un delito

sexual contra menores (Woodyatt y Wenzel, 2013) o como resultado de los sentimientos de vergüenza por la propia atracción por menores.

Otra necesidad de intervención con esta población son las cogniciones de apoyo al delito, que suelen estar presentes en los abusadores primarios, justificando los actos cometidos o minimizando las consecuencias de agredir a un menor. En cualquier caso, es un factor de riesgo que favorece la reincidencia por lo que es necesario prestar especial atención en el proceso terapéutico (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021; Herrero, 2013).

Asimismo, los abusadores primarios con frecuencia presentan dificultades en las habilidades sociales lo que les lleva a sentir una mayor comodidad al relacionarse con menores. Además, suelen tener dificultades en la intimidad con otras personas, habilidad que es aprendida gracias a las relaciones de apego en la niñez, por lo que parece indicar que presentan apegos inseguros (Hudson et al., 1995). Esto implica que estos déficits sean un factor de riesgo de reincidencia (Herrero, 2013).

Por otro lado, la victimización sexual previa se ha vinculado con las conductas sexuales posteriores (Seto y Lalumière, 2010). A pesar de que la hipótesis del abusador-abusado (Cohen et al., 2002) ha sido rebatida, varios autores apuntan a que haber sufrido algún tipo de victimización en la infancia (incluida la sexual) puede aumentar la probabilidad de cometer delitos sexuales contra menores (Jespersen et al., 2009; Herrero et al., 2021; King et al., 2019; Willis, 2014). La historia personal de trauma puede afectar el desarrollo individual, aunque no necesariamente conduzca a la conducta delictiva (Herrero et al., 2021). Esto implica que los profesionales tengan que atender a posibles experiencias traumáticas que puedan estar vinculadas con su preferencia sexual.

Otro de los aspectos que parecen ser exclusivos de las personas con pedofilia son los sentimientos de incomprensión y desesperanza en relación con su propio interés sexual. Según

Heasman y Foreman (2019), estos individuos a menudo se sienten atrapados entre sus deseos y la condena social que enfrentan, lo que genera un profundo conflicto interno. Este conflicto puede intensificarse por el hecho de que la pedofilia está rodeada de un estigma significativo (Jahnke y Hoyer, 2013) y de percepciones negativas tanto en la sociedad como dentro del propio sistema penitenciario (Martínez et al., 2024). La incompreensión de sus propios sentimientos y la dificultad para encontrar apoyo pueden llevar a un estado de desesperanza y una sensación de soledad que puede convertirse en un factor de riesgo para la reincidencia (Herrero, 2013). La atención a estos sentimientos es crucial en el desarrollo de programas de tratamiento como la terapia BEDIT (Beier et al., 2013). Se deben crear espacios donde los individuos con pedofilia puedan explorar sus experiencias sin temor al juicio, fomentando una comprensión más profunda de sí mismos y de sus deseos.

En cuanto al área sexual, las personas con pedofilia exhiben una amplia gama de intereses sexuales parafílicos (Hernández, 2018) por lo que resulta crucial comprender las fantasías y motivaciones sexuales, así como su eventual conexión con la dinámica del abuso sexual (Beier, 2013; Herrero, 2013). También es importante atender a las conductas disexuales. Este término ha sido definido y creado por el Proyecto Dunkenfeld (Beier et al., 2021) para referirse a conductas no ilegales y que socialmente podrían ser aceptadas, pero que el individuo efectúa con motivaciones sexuales (por ejemplo; hacer cosquillas a un menor). Por ello, resulta necesario tenerlas en cuenta ya que pueden ser actos que aproximen a los individuos a cometer conductas sexuales con menores.

Por último, el consumo de material abusivo sexual infantil podría aumentar el riesgo de reincidencia (Herrero et al., 2021) y, además, dificultaría la concienciación sobre la victimización de los menores que aparecen en los vídeos. Este consumo es algo más específico de los abusadores primarios que de los secundarios o de los agresores sexuales de adultos.

CAPÍTULO 4: Justificación y objetivos

La investigación existente sugiere que los agresores sexuales de adultos y los agresores sexuales de menores pueden tener características psicológicas y patrones de comportamiento distintos, lo que puede influir en su predisposición a reincidir y en la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Al evaluar estas diferencias, podemos identificar las áreas específicas que necesitan ser abordadas en el diseño y la implementación de programas de tratamiento en los centros penitenciarios españoles. Esto podría implicar la incorporación de enfoques terapéuticos diferenciados que se centren en las necesidades particulares de cada grupo de agresores, así como la actualización de los métodos de evaluación y seguimiento utilizados en el Programa de Control de la Agresión Sexual, revisado por última vez hace más de dos décadas (Redondo et al., 2005). Lamentablemente, aunque el tratamiento aplicado hasta ahora a los delincuentes sexuales ha mostrado resultados prometedores, estos aún no son óptimos. Cabe preguntarse si para reducir los datos de reincidencia es conveniente realizar intervenciones específicas con cada grupo de agresores sexuales o incluir y/o actualizar módulos específicos con base en el conocimiento que tenemos sobre las características psicológicas de las personas condenadas por ambos delitos.

Esta tesis doctoral busca proporcionar una base empírica para recomendar ajustes y mejoras en el Programa de Control de la Agresión Sexual en los centros penitenciarios españoles, con el objetivo de reducir la reincidencia y promover la rehabilitación efectiva de los agresores sexuales y por supuesto evitar y prevenir la agresión sexual.

Por ello, los objetivos de la investigación que se plantean son, en primer lugar, describir las características de agresores sexuales de adultos y de menores y aportar información sobre variables psicológicas, de tipo sexual y cognitivo. En segundo lugar, determinar si existen diferencias a nivel psicológico (autoestima y negación del delito), a nivel sexual (fantasías

sexuales) y a nivel cognitivo (cogniciones de apoyo al delito) entre los agresores sexuales de menores y agresores sexuales de adultos. Por último, valorar si resulta conveniente elaborar un tratamiento específico para los agresores sexuales de menores y aportar las modificaciones necesarias para actualizar el PCAS y dirigirlo a intervenciones separadas.

Con el fin de alcanzar estos objetivos, se han llevado a cabo dos estudios, un estudio empírico y un estudio teórico. Ambos estudios han sido publicados en revistas científicas de impacto, con el propósito de compartir los hallazgos con la comunidad científica y contribuir al avance del conocimiento en este campo.

El objetivo principal del estudio empírico es determinar si existen diferencias en el nivel de autoestima y en la negación del delito entre participantes que cometieron delitos sexuales contra adultos, delitos sexuales contra menores y delitos de naturaleza no sexual (grupo de control), así como analizar si hay una relación entre ambas variables. Además, también se pretende identificar las diferencias en las cogniciones que apoyan el delito entre dos grupos: individuos condenados por delitos sexuales contra menores y aquellos condenados por delitos sexuales contra adultos. En tercer lugar, buscamos determinar si las personas condenadas por delitos sexuales contra menores presentan fantasías sexuales diferentes de las de aquellos condenados por delitos sexuales contra adultos. También comprobamos si las cogniciones de apoyo al delito varían con las fantasías sexuales de los sujetos. Finalmente, exploramos el papel de las cogniciones y fantasías de apoyo al delito sexual en la predicción del delito, considerando relaciones indirectas.

El propósito del estudio teórico es doble: en primer lugar, presentar una intervención específica para individuos con pedofilia en el contexto penitenciario, fundamentada en evidencia científica y que complementa al Programa de Control de la Agresión Sexual. En

segundo lugar, respaldar esta propuesta a través del análisis de un caso de un interno con pedofilia.

CAPÍTULO 5: ESTUDIO EMPÍRICO

El estudio empírico tiene múltiples objetivos, como ya hemos mencionado. El primero es explorar las diferencias entre los grupos de agresores sexuales y delincuentes no sexuales en las variables de estudio; autoestima, negación del delito e identificar diferencias en las cogniciones de apoyo al delito y en las fantasías sexuales en los dos grupos de personas que han cometido un delito sexual: agresores sexuales de adultos y agresores sexuales de menores. Por tanto, las hipótesis planteadas para este objetivo son:

H1: El grupo de delincuentes no sexuales presentarán niveles de autoestima superiores a los grupos de agresores sexuales.

H2: El grupo de agresores sexuales de menores tendrán una mayor tendencia a negar el delito que los agresores sexuales de adultos y delincuentes no sexuales.

H3: El grupo de agresores sexuales de menores puntuarán más alto en el cuestionario SWCH que el grupo de agresores sexuales de adultos.

H4: El grupo de agresores sexuales de adultos puntuarán más alto en el cuestionario RAPE que el grupo de agresores sexuales de menores.

H5: El grupo de agresores de menores presentarán fantasías sexuales con menores (niños, niñas, adolescentes chicas/chicos, familiar menor de edad), mientras que los agresores sexuales de adultos presentarán fantasías sexuales violentas (sexo forzado, bondage/ataduras, uso de esposas o látigos).

Además, para contrastar nuestras hipótesis, estudiaremos si existen diferencias en el nivel de autoestima de los participantes y la asunción del delito en función del tiempo de la condena y de si habían recibido tratamiento en el centro penitenciario. Considerar estas variables resulta fundamental, ya que uno de los efectos del encarcelamiento es la reducción de la autoestima (García y Pachecho, 2012). En relación con la negación del delito, en muchos casos, se debe a las consecuencias penales que esto conlleva (Woodyatt y Wenzel, 2013). Por

lo que se podría pensar que hay una mayor negación en los primeros años de condena. Del mismo modo recibir tratamiento penitenciario, puede generar un aumento de la autoestima y con ello, la asunción del delito.

El segundo objetivo es determinar si existe relación entre la variable autoestima y negación del delito. La predicción es que los participantes que tienen una mayor autoestima tienen una menor tendencia a negar el delito.

El tercer objetivo es comprobar si las cogniciones de apoyo al delito varían con las fantasías sexuales de los sujetos. La predicción es que aquellos participantes con fantasías sexuales con menores puntuarán más alto en cogniciones de apoyo a la ofensa sobre menores, y que los participantes que presentan fantasías sexuales relacionadas con el uso de la fuerza presentarían más cogniciones de apoyo del delito sobre violación.

Finalmente, el último objetivo es de carácter exploratorio, ya que se pretende indagar el papel de las cogniciones y fantasías de apoyo al delito sexual en la predicción del delito, considerando relaciones indirectas, siguiendo dos perspectivas teóricas diferentes. Por un lado, algunos autores sugieren que la fantasía es un predictor de las cogniciones de apoyo al delito (Gee et al., 2003) mientras que otros autores sugieren que las cogniciones de apoyo al delito se incorporan al contenido de las fantasías sexuales (Bartels et al., 2021). Para formalizar esas teorías, elaboramos diferentes modelos de mediación para comprender la compleja interacción entre las cogniciones de apoyo a la ofensa, las fantasías sexuales y los delitos sexuales, ya que estos modelos permiten probar las relaciones indirectas entre las variables a través de mediadores específicos.

Los resultados de este estudio podrían contribuir a determinar si es necesario intervenir terapéuticamente en las cogniciones de apoyo a la ofensa en personas que han cometido delitos de agresión sexual, como sostienen O'Ciardha y Gannon (2011), o si, por el contrario, no es

necesario trabajar sobre ellas en terapia al no ser consideradas una variable criminógena, como afirman Marshall et al. (2011). Se espera que los hallazgos al menos fomenten la reflexión sobre el papel de las cogniciones de apoyo al delito y las fantasías sexuales en los delitos sexuales. Este estudio sobre cogniciones de apoyo al delito y fantasías sexuales fue publicado en la revista *Sexual Abuse* en 2024 con la siguiente referencia: Riberas-Gutiérrez, M., Prieto Ursúa, M., Martínez-Huertas, J. Á., y Bueno-Guerra, N. (2024a). The Relation Between Sexual Fantasies and Offense-Supportive Cognitions in People Convicted of Sexual Offenses: A Preliminary Study. *Sexual Abuse*, 0(0) <https://doi.org/10.1177/10790632241271226>.

5.1 Método

A continuación, se presenta el método llevado a cabo para la realización de la presente investigación.

Participantes

La muestra de estudio estuvo compuesta por 70 participantes varones, 26 condenados por el delito de agresión sexual hacia menores, 22 condenados por el delito agresión sexual hacia adultos y 22 condenados por delitos no sexuales como grupo control.

Todos los participantes pertenecían, en el momento de la recogida de datos, a centros penitenciarios de la Comunidad de Madrid, entre ellos, el centro penitenciario Madrid II (Alcalá), Madrid III (Valdemoro) y Madrid VI (Aranjuez).

Se utilizó un muestreo de conveniencia no probabilístico, debido a que se seleccionaron a los participantes a los que se tuvo acceso y la selección no fue aleatoria. Cada centro penitenciario nos proporcionó un listado de internos que cumplían con los requisitos necesarios y que habían seleccionado para la presente investigación.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron haber cometido un delito sexual o un delito de naturaleza no sexual. Los criterios de exclusión fueron haber cometido un delito sexual de manera online, o tener trastorno mental grave o dificultades con el idioma castellano que pudiera interferir en la recogida de datos. No fue necesario excluir a ningún participante de la muestra, ya que todos cumplían los requisitos.

La tabla 1 recoge las características demográficas de la muestra. Las variables recopiladas fueron: edad en el momento de la recogida de datos, la edad en el momento de la comisión del delito, la orientación sexual, la nacionalidad, el estado civil y el nivel de estudios. La media de edad de los participantes fue de 42,70 años, siendo el grupo de agresores sexuales de menores los que tenían una media de edad más alta y el grupo de agresores de adultos los más jóvenes. Mientras que la edad media de comisión del delito fue de 35,30 años, siendo nuevamente los agresores de menores lo de mayor media de edad y los agresores de adultos los más jóvenes con una media de 28 años. Como se puede apreciar, la orientación sexual de la mayoría de los participantes era heterosexual. En relación con la nacionalidad de los participantes, predominaba la nacionalidad española, seguida de la nacionalidad latinoamericana.

En lo que respecta al estado civil, la mitad de los sujetos eran solteros, y la mitad restante estaban casados o divorciados. En cuanto al nivel de estudios, predominaba ligeramente el haber completado estudios primarios y secundarios.

Tabla 1*Características sociodemográficas de la muestra*

	Muestra total N=70		Agresores sexuales de menores N=26		Agresores sexuales de adultos N=22		Delincuentes no sexuales N=22	
	<i>M</i>	<i>S_x</i>	<i>M</i>	<i>S_x</i>	<i>M</i>	<i>S_x</i>	<i>M</i>	<i>S_x</i>
Edad actual	42,70	13,29	48,27	11,00	35,96	12,74	43,19	13,67
Edad de comisión del delito	35,30	12,18	41,79	10,59	28	10,88	34,84	13,45
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Orientación sexual								
Heterosexual	68	97,14	24	92,3	22	100	22	100
Homosexual	1	1,43	1	3,8	-	-	-	-
Bisexual	1	1,43	1	3,8	-	-	-	-
Nacionalidad								
Española	38	54,29	13	50	12	54,55	13	59,09
Latina	17	24,29	9	34,62	3	13,64	5	22,73
Europea/Norteamericana	4	5,71	-	-	2	9,09	2	9,09
Africana	2	2,86	-	-	1	4,55	1	4,55
Árabe	-	-	-	-	-	-	-	-
Asiática	2	2,86	1	3,85	1	4,55	-	-
Doble nacionalidad (Española y Latina)	7	10	3	11,54	3	13,64	1	4,55
Estado civil								
Soltero	38	54,30	11	42,31	13	59,09	14	63,64
Casado	14	20	10	38,46	2	9,09	2	9,09
Separado o divorciado	18	25,70	5	19,23	7	31,82	6	27,27
Viudo	-	-	-	-	-	-	-	-
Nivel de estudios								
No escolarizado	-	-	-	-	-	-	-	-
Primaria	18	25,71	7	26,92	7	31,82	4	18,18
Secundaria	23	32,86	8	30,77	6	27,27	9	40,91
Bachillerato	29	41,43	11	42,31	9	40,91	9	40,91

En cuanto a las variables penitenciarias de la muestra de estudio, se recogieron el tiempo de condena en el que se encontraban, delitos previos, delitos sexuales previos, y si habían recibido tratamiento dentro del centro penitenciario. En los grupos de agresores sexuales se recopilaban datos sobre el número total de víctimas y el sexo y finalmente la edad.

Como se puede observar, la mitad de los participantes se encontraban al principio de la condena. Para obtener esta variable, se dividió el tiempo total de la condena en tres etapas;

principio, mitad y final. Para la mayoría era su primera experiencia en un centro penitenciario y no habían recibido ningún tratamiento en el centro penitenciario. En cuanto a las variables recogidas exclusivamente en los participantes condenados por delitos sexuales, la mayoría de las víctimas eran mujeres, mientras que sólo se encontraron víctimas masculinas en el grupo de personas con delitos sexuales contra menores. Además, también se encontró que en el grupo de agresores sexuales de menores la media de víctimas por participante era de aproximadamente dos víctimas, mientras que en el grupo de agresores sexuales de adultos era de una víctima.

Tabla 2

Descripción de las variables penitenciarias

	Muestra total N=70		Agresores sexuales de menores N=26		Agresores sexuales de adultos N=22		Delincuentes no sexuales N=22	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Condena								
Inicio	32	47,06	11	45,83	12	54,55	9	40,91
Mitad	19	27,94	8	33,33	6	27,27	5	22,73
Final	17	25,00	5	20,83	4	18,18	8	36,36
Delitos previos								
Si	14	20	2	7,69	2	9,09	10	45,46
No	56	80	24	92,31	20	90,91	12	54,54
Delitos sexuales previos								
Si	1	1,43	1	3,85	0	0	0	0
No	69	98,57	25	96,15	22	100	22	100
Tratamiento en prisión								
Si	8	11,43	2	7,69	5	22,73	1	4,55
No	62	88,57	24	92,31	17	77,27	21	95,45
Número total de víctimas								
Mujeres/niñas	62	100	40	100	22	100	-	-
Hombres/niños	53	85,48	31	77,5	22	100	-	-
	9	14,52	9	22,5	0	0	-	-
	M	S_x	M	S_x	M	S_x	M	S_x
Víctimas	1,59	2,22	2,03	2,91	1,04	0,30	-	-
Edad de las víctimas	16,17	7,42	12,75	3,88	24,4	7,43	-	-

Instrumentos

Para medir las variables de estudio se utilizaron las siguientes escalas psicométricas, además de una entrevista semiestructurada.

Single-Item Self- Esteem Scale (SISE). El instrumento empleado para medir la autoestima fue la Single-Item Self-Esteem Scale (SISE) (Robins et al., 2001, adaptación al castellano por Domínguez-Lara, 2019), que evalúa la autoestima con un único ítem: "Tengo alta autoestima". Las respuestas se recogen en una escala Likert de 1 a 5 (donde 1 significa "No es nada cierto, no tengo alta autoestima" y 5 "Es muy cierto, tengo alta autoestima"). En cuanto a las propiedades psicométricas, la SISE presentó una alta consistencia interna (Domínguez-Lara, 2019) con un alfa de Cronbach de .92 en una muestra de 217 sujetos. Además, se evaluó la validez del SISE mediante correlación con las dos dimensiones de la escala de autoestima de Rosenberg (RSE). Se halló una relación significativa entre el SISE y la autoestima positiva ($r = ,622; p < ,001$), así como con la autoestima negativa ($r = -,523; p < ,001$) (Domínguez-Lara, 2020). Por ello, a pesar de que la escala consta de un solo ítem, los resultados de validez y fiabilidad del SISE (Robins et al., 2001) han demostrado que es una opción adecuada para la población adulta.

Cuestionario ad hoc de asunción del delito. La variable de asunción de la responsabilidad del delito se evaluó con un solo ítem: si el interno asume o no la responsabilidad del delito. Las respuestas posibles eran: "Sí, asumo la responsabilidad del delito" y "No, no asumo la responsabilidad del delito". Dado que la responsabilidad del delito es una actitud específica, algunos autores (Rossiter, 2011) han demostrado que evaluarla con un solo ítem es suficiente, y las investigaciones que emplean este enfoque obtienen resultados similares en tamaño del efecto a aquellas que utilizan una serie de ítems, como se muestra en el meta-análisis de Ang y Eisend (2018).

Escala RAPE. El instrumento utilizado para evaluar la presencia de cogniciones de apoyo al delito relacionadas con la mujer y con la agresión sexual fue la Escala RAPE (Bumby, 1996). La escala está compuesta por 36 ítems (véase Anexo I), que se distribuyen en dos factores: el factor Excusa y el factor Justificación (Hermann et al., 2012). El instrumento ofrece cuatro opciones de respuesta en una escala Likert de 1 a 4 (1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = De acuerdo, 4 = Totalmente de acuerdo). Este formato elimina las respuestas neutrales o indiferentes (Bumby, 1996). La puntuación mínima es 36, indicando ausencia de distorsiones. Dado que no incluye ítems invertidos, una mayor puntuación refleja la aceptación de un mayor número de creencias erróneas por parte del participante.

El factor Excusa refleja cogniciones relacionadas con reducir la responsabilidad la agresión sexual atribuyendo su causa a un evento externo y está compuesto por 20 ítems (ej. Ítem 9: “Si una mujer se emborracha en una fiesta, es su culpa si alguien se aprovecha de ella sexualmente”). En cambio, el factor Justificación recoge cogniciones relacionadas con aminorar la ilegalidad o lo perjudicial de las agresiones sexuales minimizando el daño provocado a la víctima y está compuesto por 16 ítems (ej. Ítem 19: “Mientras que un hombre no le dé una bofetada o un puñetazo a una mujer, forzarla para tener sexo no es tan malo”).

En cuanto a las propiedades psicométricas de la escala, esta mostró una alta consistencia interna, reflejada en un alfa de Cronbach de .96 y una fiabilidad test-retest de .86 en un intervalo de dos semanas (Hermann et al., 2012). Específicamente, la consistencia interna de las dimensiones también fue elevada: el factor Excusa obtuvo un alfa de Cronbach de .92, y el factor Justificación alcanzó un .91 (Hermann et al., 2012). En nuestra muestra, la escala mantuvo una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .95; el factor Excusa presentó un alfa de Cronbach de .91, mientras que el factor Justificación obtuvo un alfa de Cronbach 92.

Sex With Children Scale. El instrumento utilizado para evaluar la presencia de cogniciones de apoyo al delito relacionadas con la justificación de la agresión sexual a menores fue Sex With Children Scale, SWCH (Marshall, 1994; Mann et al., 2007). Esta escala se emplea en los procedimientos de evaluación de los centros penitenciarios (Herrero y Negro, 2016).

La escala consta de 18 ítems (véase Anexo II) distribuidos en dos factores: el primero, "Sexo inofensivo con niños," y el segundo, "Niños sexualmente provocativos" (Mann et al., 2007). El instrumento utiliza una escala Likert de 0 a 4 para las respuestas, donde 0 es "Muy en desacuerdo," 1 es "En desacuerdo," 2 es "Indeciso," 3 es "De acuerdo," y 4 es "Muy de acuerdo." La puntuación mínima es cero, indicando la ausencia de pensamientos distorsionados. Dado que no contiene ítems inversos, una puntuación más alta refleja una mayor aceptación de las creencias propuestas.

En cuanto a las dimensiones, el factor Sexo inofensivo con niños recoge ítems sobre creencias sobre lo inofensivo de las agresiones sexuales a niños/as y se compone de 11 ítems (ej. Ítem 17: "Está bien tener sexo con un niño mientras que no se le fuerce a hacerlo"). El factor Niños sexualmente provocativos está constituido por siete ítems en los que se recogen creencias relacionadas con que los niños y niñas provocan sexualmente a los adultos (ej. Ítem 3: "Muchos niños se muestran sexualmente seductores con los adultos"). En cuanto a las propiedades psicométricas del instrumento, se observó una elevada consistencia interna con un alfa de Cronbach de .94 (Mann et al., 2007). La consistencia interna de los factores también fue alta: el factor "Sexo inofensivo con niños" mostró un alfa de Cronbach de .93, y el factor "Niños sexualmente provocativos" obtuvo un alfa de .87 (Mann et al., 2007). Al aplicar este instrumento en la muestra de la presente investigación, se alcanzó una alta consistencia, con un alfa de Cronbach de .96; específicamente, el factor "Sexo inofensivo" presentó un alfa de Cronbach de .94, y el factor "Niños Sexuales" obtuvo un alfa de Cronbach de .91..

Cuestionario ad hoc basado en el Multidimensional Developmental, Sex and Aggression Inventory (MIDSA). Las fantasías sexuales se evaluaron a través de un cuestionario *ad hoc* basado en el Inventario Multidimensional de Desarrollo, Sexo y Agresión (MIDSA) (Augur Enterprises, 2011). Se evaluaron diez tipos de fantasías sexuales: fantasías con niños, niñas, adolescentes varones, adolescentes mujeres y con un familiar menor de edad y fantasías con menores, que incluían las categorías anteriores, y fantasías de sexo forzado, bondage, uso de esposas y látigos, por último, fantasías sadomasoquistas, que incluían las categorías anteriores según la definición aportada por Wilson (1988). En el cuestionario, se preguntaba a cada participante si presentaba estas fantasías sexuales, ofreciendo dos opciones de respuesta: 0 (No presenta fantasía) y 1 (Sí, presenta fantasía).

Procedimiento

Los datos de esta investigación se recogieron durante un período de 130 días, desde junio de 2019 hasta octubre de 2020. Antes de iniciar la recogida de datos, se obtuvo el permiso de Instituciones Penitenciarias para llevar a cabo el estudio titulado “*Abordaje integral de la pederastia basado en la evidencia*”, el cual forma parte de un proyecto financiado por la Universidad Pontificia Comillas en su convocatoria de 2019 (ver Anexo III, certificado de participación). Además, el Comité de Ética de la Universidad aprobó el proyecto el 22 de julio de 2019 (ver Anexo IV). Para determinar qué internos evaluar, nos comunicamos con los centros mencionados, acordamos las fechas de recolección de datos, gestionamos las autorizaciones para los miembros del equipo de investigación y nos proporcionaron una lista de internos condenados por los delitos mencionados.

En la recogida de datos, en primer lugar, se realizó la entrevista semiestructurada y a continuación se aplicaron las escalas de autoestima, negación del delito, fantasías sexuales y finalmente las escalas de cogniciones de apoyo al delito.

Durante el periodo de tiempo previo a la pandemia del COVID-19, las personas que se encontraban presentes en la recogida de datos eran siempre dos profesionales de la investigación junto con el interno entrevistado. Sin embargo, después de la crisis sanitaria, de acuerdo con las medidas de protección sanitarias, únicamente se hallaba en el espacio habilitado una profesional junto con el sujeto de estudio. En el espacio donde se llevaron a cabo las entrevistas no había nadie presente que no fuera esencial para la investigación; por lo tanto, no había funcionarios ni guardias de seguridad del centro.

Al ingresar el interno a la sala, se le presentaba un documento de consentimiento informado que explicaba en qué consistía la investigación. Se le brindaba la oportunidad de decidir si quería participar, enfatizando que su participación era completamente voluntaria, que podía retirarse en cualquier momento si así lo deseaba y que su participación no supondría ningún tipo de efecto en su condena o su proceso judicial (véase Anexo V, la última parte en el consentimiento tenía otro objetivo que finalmente no se llevó a cabo).

Una vez finalizada la recogida de la información a cada participante se le asignaba un código único, el cual se utilizaba en la entrevista, en las pruebas psicométricas y en la base de datos. De este modo, los nombres de los participantes solo figuraban en el documento de confidencialidad que firmaban al inicio de la evaluación.

Análisis de datos

El presente estudio tenía como objetivo conocer si existen diferencias entre los grupos y conocer la relación entre las variables. Para ello, en primer lugar, se utilizó la prueba de normalidad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para verificar la distribución normal de la muestra. Puesto que el supuesto normalidad no se cumplía se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas para responder a todas las hipótesis.

Para conocer las diferencias en autoestima y negación del delito en los tres grupos de participantes se realizaron las pruebas de H de Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney para las diferencias entre los dos grupos en las demás variables, y se proporcionó la mediana (MD) y el rango intercuartílico (RI). Cuando se obtuvieron diferencias significativas, se calculó el tamaño del efecto: el índice H para la H de Kruskal-Wallis y la r de Rosenthal para la U de Mann Whitney. Las diferencias entre grupos se clasificaron como pequeñas a partir de .10, moderadas a partir de .30 y grandes a partir de .50.

Por otra parte, se utilizó la prueba Chi-cuadrado para hallar la relación entre variables categóricas. En los análisis en los que se obtuvo una relación significativa, se calculó el coeficiente de contingencia (CC) para conocer el tamaño de la relación, siendo grande a partir de 0,40. También se calcularon los residuos normalizados corregidos; en los casos en que los residuos eran superiores a 1,96, había casillas con más casos de los que debería haber por azar, mientras que aquellos inferiores a -1,96 señalaban que había menos casos de los previstos por azar. Para la realización de los análisis anteriormente mencionados se utilizó la herramienta Statistical Package for the Social Sciences versión 27.

Finalmente, se estimaron cuatro modelos de mediación con el objetivo de evaluar las relaciones directas e indirectas de las cogniciones de apoyo a la ofensa y las fantasías sexuales como variables independientes y/o variables mediadoras. Para ello, se utilizó el programa estadístico Mplus 8 con estimador de máxima verosimilitud y bootstrapping con 1000 réplicas para estimar los intervalos de confianza del modelo y los efectos directos e indirectos. Puesto que la variable dependiente (tipo de delito, donde 1 eran los delitos sexuales contra menores y 3 los delitos sexuales contra adultos) era dicotómica, se aplicaron regresiones logísticas cuando fue apropiado.

El primer modelo de mediación utilizó la presencia de fantasías sexuales con menores como variable independiente, las puntuaciones del instrumento SWCH como variable mediadora, y el tipo de delito como variable dependiente. En el segundo modelo, se emplearon las puntuaciones del SWCH como variable independiente y la presencia de fantasías sexuales con menores como variable mediadora. El tercer modelo consideró las fantasías sexuales sadomasoquistas como variable independiente, las puntuaciones de la Escala RAPE como mediadora, y el tipo de delito como dependiente. Finalmente, en el cuarto modelo, las puntuaciones en la Escala RAPE actuaron como variable independiente, mientras que la presencia de fantasías sexuales sadomasoquistas fue la mediadora.

5.2 Resultados

A continuación, se presentan los resultados sobre las diferencias en las variables de estudio, así como la relación entre las variables.

Análisis descriptivos de las variables de estudio

Autoestima. Los resultados encontrados en la variable autoestima mostraron que el grupo de condenados por delitos sexuales contra menores puntuó más alto en autoestima ($MD=4,00$; $RI= 3,00-5,00$). Sin embargo, tanto el grupo de condenados por delitos sexuales contra adultos como el grupo de condenados por delitos no sexuales obtuvieron puntuaciones medias ($MD =3,00$; $RI= 3,00-4,00$; $MD =3,50$; $RI= 4,00-5,00$). Aunque presentaban puntuaciones medias, las personas condenadas por delitos sexuales contra adultos obtuvieron las puntuaciones más bajas entre los tres grupos, mostrando diferencias moderadamente significativas ($H=7,74$; $p=,021$, $N [H]=,012$).

En cuanto a las variables de tiempo de condena y haber recibido tratamiento, no se observaron diferencias en el nivel de autoestima en ninguno de los dos casos (tiempo de condena: $H=1,60$; $p=,448$, haber recibido tratamiento: $U=200$; $p=,359$).

Negación de la responsabilidad del delito. En cuanto a la variable de negación de la responsabilidad del delito, se encontró una relación significativa con el tipo de delito ($\chi^2=21,80$; $p<0,001$; $CC=0,487$), siendo esta relación considerablemente fuerte. Las personas condenadas por delitos sexuales contra adultos fueron las más propensas a negar su responsabilidad, con 17 de 22 participantes. En el grupo de condenados por delitos sexuales contra menores, 9 de 26 negaron su responsabilidad sobre el delito, mientras que en el grupo de condenados por delitos no sexuales solo dos internos negaron su responsabilidad. Por otro lado, no se observaron diferencias significativas entre la asunción del delito y el momento de la condena ($\chi^2=2,14$; $p=0,34$) ni con la variable de haber recibido tratamiento ($\chi^2=1,905$; $p=0,67$).

Cogniciones de apoyo al delito. En las variables de cogniciones de apoyo a la ofensa no se encontraron diferencias significativas en las cogniciones de apoyo a la ofensa entre los grupos en ninguno de los cuestionarios administrados (RAPE: $U=282,500$; $p=0,942$, $r=0,010$, SWCH: $U=257,500$; $p=0,528$, $r=0,091$). Tanto las personas condenadas por delitos sexuales contra menores como las condenadas por delitos sexuales contra adultos presentaron niveles medios-bajos de cogniciones de apoyo a la ofensa en ambas escalas. En la Escala RAPE, que evalúa las cogniciones de apoyo a las agresiones sexuales hacia mujeres, las puntuaciones del grupo de personas condenadas por delitos sexuales contra menores fueron $MD=48,50$, $RI=44,50-61,50$, mientras que las del grupo de personas condenadas por delitos sexuales contra adultos fueron $MD=49,50$, $RI=44,75-57,00$. En la escala SWCH, que evalúa cogniciones de apoyo a las agresiones sexuales contra menores, las puntuaciones del grupo de personas condenadas por delitos sexuales contra menores fueron $MD=29,00$, $RI=0-6,50$ y $MD=31,00$, $RI=0,00-6,50$ para el grupo de personas condenadas por delitos sexuales contra adultos.

Asimismo, tampoco se encontraron diferencias significativas en las subescalas de ambos cuestionarios. En la Escala RAPE, los resultados encontrados en los factores no

indicaron diferencias relacionadas con el tipo de delito (Factor Excusa: $U=255,500$; $p = .527$, $r=.091$, Factor Justificación: $U= 217,000$; $p = .151$, $r=.207$). Del mismo modo, en la Escala SWCH, no encontramos diferencias en ninguno de los factores según el tipo de delito (Factor Sexo Inofensivo: $U=269.000$; $p =.686$, $r=.058$, Niño Sexual: $U= 256,500$; $p =,505$, $r=,096$).

Fantasías sexuales. En relación con las fantasías sexuales, no se encontraron diferencias en la cantidad de fantasías sexuales reportadas según el delito sexual cometido ($U=248,00$, $p=0,408$, $r=0,020$). Ambos grupos presentaron un número similar de fantasías, con un promedio de aproximadamente dos por participante (personas condenadas por delitos sexuales contra menores: $M=1,65$, $DT=1,69$; personas condenadas por delitos sexuales contra adultos: $M=1,22$, $DT=1,47$).

Sin embargo, en el contenido de las fantasías sexuales sí se encontraron diferencias según el tipo de delito sexual cometido. Como se muestra en la Tabla 3, el grupo de condenados por delitos sexuales contra menores reportó más fantasías sexuales con menores, con un tamaño del efecto moderado. Los residuos estandarizados corregidos indican que, entre las personas condenadas por delitos sexuales contra menores, más de las esperadas por azar ($n=13$) presentaron fantasías sexuales con menores ($res=2,7$), mientras que, entre las personas condenadas por delitos sexuales contra adultos, hubo menos de las esperadas por azar ($n=3$) con fantasías similares ($res=-2,7$).

En cuanto a las fantasías sexuales relacionadas con el uso de esposas y látigos, se observaron diferencias significativas con un gran tamaño del efecto entre ambos grupos. Nueve participantes del grupo de condenados por delitos sexuales contra adultos ($res=3,2$) reportaron este tipo de fantasías, en contraste con solo un participante del grupo de condenados por delitos sexuales contra menores ($res=-3,2$).

Tabla 3*Fantasías sexuales en función del delito*

Tipos de fantasías sexuales	Agresores sexuales de menores (n=26)		Agresores sexuales de adultos (n=22)		χ^2	p	CC
	n	%	n	%			
Fantasías con menores	13	50	3	13,6	7,091	,008	,359
Fantasías con niños (0-13)	2	7,7	0	-	1,766	,184	,188
Fantasías con niñas (0-13)	3	11,5	0	-	2,708	,100	,231
Fantasías con adolescentes chicos (14-17)	3	11,5	0	-	2,708	,100	,231
Fantasías con adolescentes chicas (14-17)	10	38,5	3	13,6	3,719	,054	,268
Fantasías con un familiar menor de edad	3	11,5	0	-	2,708	,100	,231
Fantasías sadomasoquistas	7	26,9	12	54,5	3,802	,051	,271
Fantasías de sexo forzado	4	15,4	4	18,2	,067	,796	,037
Fantasías bondage/atadas	4	15,4	8	36,4	2,797	,094	,235
Fantasías de uso de esposas y látigos	1	3,8	9	40,9	9,925	,002	,414

Tabla de elaboración propia, extraída del artículo derivado de la presente investigación: Riberas-Gutiérrez, M., Prieto Ursúa, M., Martínez-Huertas, J. Á., y Bueno-Guerra, N. (2024). The Relation Between Sexual Fantasies and Offense-Supportive Cognitions in People Convicted of Sexual Offenses: A Preliminary Study. *Sexual Abuse*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/10790632241271226>

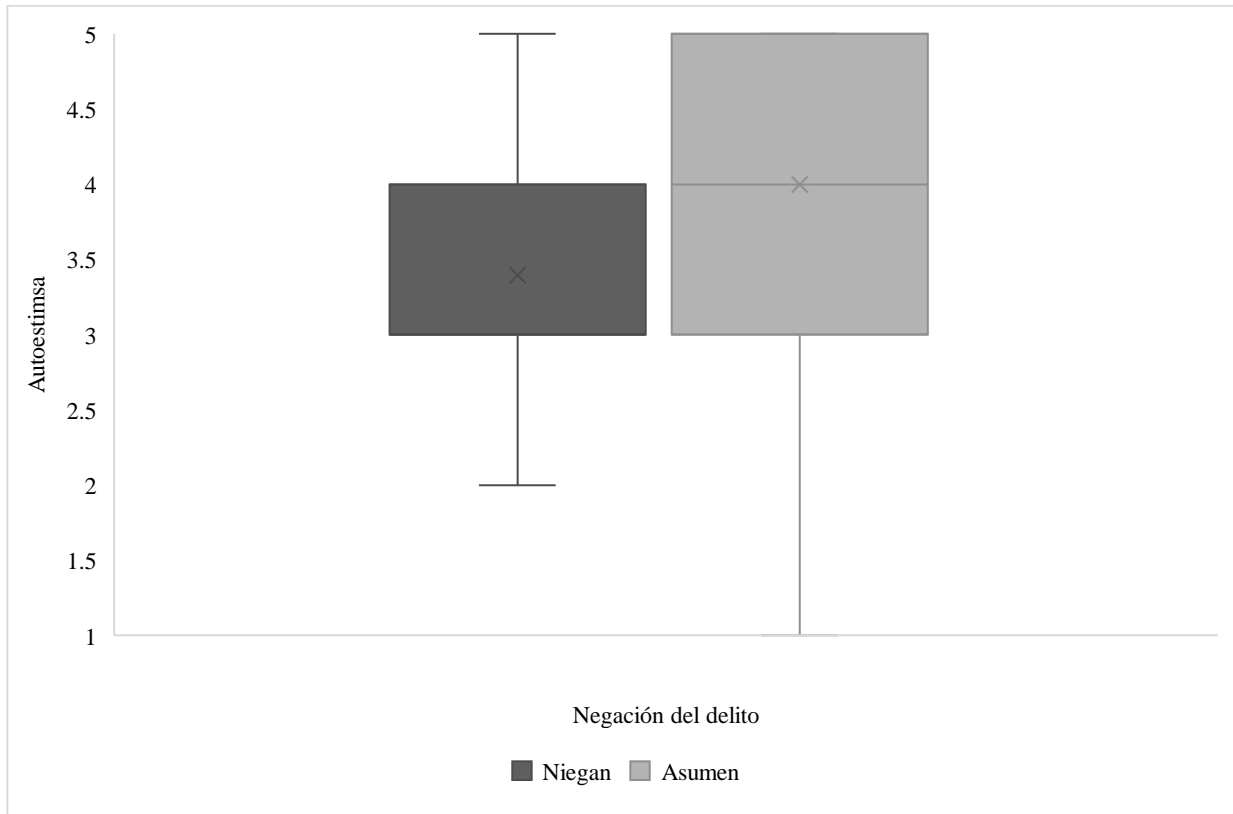
Nota: Un mismo participante puede presentar más de una fantasía sexual. A efectos ilustrativos, enumeramos las fantasías con niños, adolescentes, chicos y chicas y las fantasías con un familiar menor de edad incluidas en la categoría fantasías sexuales con menores y las fantasías de sexo forzado, bondage y uso de esposas y látigos incluidas en la categoría fantasías sexuales sadomasoquistas.

Relación de autoestima y negación de la responsabilidad del delito

La relación entre las variables negación de la responsabilidad del delito y autoestima arrojó resultados interesantes: los participantes que asumieron el delito ($MD= 4,00$; $RI=1,00-5,00$) obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la escala de Autoestima ($U=415$; $p=,032$, $r= -,256$) que los que no lo hicieron ($MD = 3,00$; $RI =2,00-5,00$), como se muestra en la Figura 1.

Figura 1

Diferencias en la escala de autoestima según la asunción o no de la responsabilidad del delito



Diferencias en cogniciones en función del tipo de fantasías

En cuanto a las diferencias en las cogniciones de apoyo al delito en función del tipo de delito, la Tabla 4 muestra los resultados obtenidos en la Escala RAPE y sus factores (Excusa y Justificación) según el tipo de fantasías presentadas por los participantes. En primer lugar, se encontraron diferencias en las puntuaciones de los participantes que presentaron fantasías sexuales con chicas, quienes obtuvieron puntuaciones más altas en el factor Justificación, con un tamaño del efecto moderado. Asimismo, aquellos participantes con puntuaciones más altas en la Escala RAPE eran los que presentaban fantasías con un familiar menor de edad, y también puntuaban alto en el factor Excusa, ambos con un tamaño del efecto moderado.

Tabla 4

Diferencias en la escala RAPE y en sus factores según el tipo de fantasías sexuales

RAPE																
Factores		Excusa					Justificación					Puntuación Total RAPE				
Tipo de fantasías		<i>Md</i>	<i>IQR</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>Md</i>	<i>IQR</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>Md</i>	<i>IQR</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Menores	Sí	30,50	28-40,50	205	,264	,161	21,00	17,50-25	181,50	,101	,236	53,50	45-64,50	195,50	,185	,191
	No	28,50	27-36,50				19,00	17-20,50				47	44,50-57			
Niños	Sí	28,50	27-36,50	15,50	,128	,227	19,00	17-20,50	24	,300	,164	47	44,50-57	15,50	,128	,227
	No	29,50	27-37				36,00	19-53				48,50	45-57			
Niñas	Sí	32,00	31-45	38,50	,229	,178	25,00	23,50-39	16	,024	,319	57,00	54,50-84	28,500	,100	,240
	No	29,00	27-37				19,00	17-21				48,00	45-57			
Adolescentes chicos	Sí	36	32,50-39,50	42	,302	,157	19,00	17,50-24	65	,936	,015	55,00	50-63,50	50,50	,489	,104
	No	30	27-37				19,00	17-22				49,00	45-57			
Adolescentes chicas	Sí	30	27-43	192	,409	,119	22,00	18-25	149	,067	,264	52,00	45-68	176,50	,236	,171
	No	29	27-36				19,00	17-20,50				47,00	45-57			
Familiar menor de edad	Sí	43	39,50-50,50	19	,036	,298	25,00	22-39	28,50	,100	,241	68,00	61,50-89,50	19,50	,036	,295
	No	29	27-36				19,00	17-21				48,00	45-57			
Sadomasoquistas	Sí	29	25-32	248	,561	,083	18,00	17-24	225,50	,289	,153	47,00	42-57	237,50	,422	,116
	No	31	27-37				20,00	18-22				51,00	45-58			
Sexo forzado	Sí	31	27-37	139,50	,577	,081	20,00	18-22	147,50	,734	,050	51,00	45-58	140,50	,596	,078
	No	30	27-37				19,00	17-21,50				49,00	45-57			
Bondage/ataduras	Sí	28,50	27-31,50	193	,583	,079	17,50	17-19,50	159,50	,176	,195	46,00	44,50-53	178,00	,364	,130
	No	30,50	27-37,50				19,50	17,50-22,50				50,50	45-58			
Uso de esposas y látigos	Sí	29	25-31	166	,556	,088	17,00	16-19	115,50	,058	,274	46,00	42-49	146,50	,274	,159
	No	30,50	27-37				19,50	18-23				50,00	45-58			

Tabla de elaboración propia, extraída del artículo derivado de la presente investigación: Riberas-Gutiérrez, M., Prieto Ursúa, M., Martínez-Huertas, J. Á., y Bueno-Guerra, N. (2024). The Relation Between Sexual Fantasies and Offense-Supportive Cognitions in People Convicted of Sexual Offenses: A Preliminary Study. *Sexual Abuse*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/10790632241271226>

La Tabla 5 presenta los resultados de las diferencias en la Escala SWCH y sus factores (Sexo Inofensivo con menores y Niño Sexualmente provocativo) según el tipo de fantasías sexuales. En primer lugar, los participantes con fantasías sexuales con chicos obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la Escala SWCH y en ambos factores, con un tamaño del efecto moderado en los tres casos. También se observaron diferencias moderadas en el factor Sexo Inofensivo entre los participantes con fantasías sexuales con varones adolescentes.

Además, los participantes con fantasías sexuales con menores puntuaron significativamente más alto en el factor Niños Sexuales, con un tamaño del efecto moderado. Finalmente, se encontraron diferencias significativas con un tamaño del efecto moderado en las cogniciones de apoyo del delito con menores y en ambos factores de la SWCH, basadas en la presencia de fantasías sexuales con un familiar menor de edad. Aquellos con este tipo de fantasías obtuvieron las puntuaciones más altas en creencias relacionadas con la agresión sexual a menores.

Tabla 5

Diferencias en la escala SWCH y en sus factores según el tipo de fantasías sexuales

SWCH																
Factores	Sexo inofensivo con niños					Niño Sexualmente provocativo					Total					
		<i>Md</i>	<i>RI</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>Md</i>	<i>RI</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>Md</i>	<i>RI</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Menores	Sí	,50	,00-14				2,50	0-				2,50	,00-			
	No	,00	,00-1	188,50	,089	,245	0	10,50	174,00	,050	,282	,00	24,50	176,50	,063	,268
Niños	Sí	27,50	22-33				19,00	19				46,50	41-52			
	No	,00	,00-1	1,00	,004	,385	,00	,00-3	,000	,002	,373	,00	,00-5	,000	,002	,366
Niñas	Sí	1,00	,50-11,50	46,50	,389	,148	5,00	2,50-12	42,50	,302	,167	6,00	3-23,50	44,50	,344	,151
	No	,00	,00-2				,00	,00-3				,00	,00-5			
Adolescentes chicos	Sí	5,00	3-19				3,00	2-11				8,00	5-30			
	No	,00	0-1	19,50	,019	,339	0	,00-3	29,00	,074	,258	,00	,00-5	24,50	,066	,282
Adolescentes chicas	Sí	,00	,00-11				3,00	,00-7				3,00	,00-18			
	No	,00	,00-1	183	,235	,171	,00	,00-1,50	162,00	,097	,239	,00	,00-3	165,00	,124	,222
Familiar menor de edad	Sí	23,00	22,50-28				19,00	18-19				41,00	40,50-46,50			
	No	0	0-1	,000	,001	,477	0	0-2	1,00	,001	,446	0	0-4	,000	,001	,443
Sadomasoquistas	Sí	0	0-4				0	0-2				0	0-5			
	No	0	0-2	270	,894	,019	1	0-5	239	,401	,121	1	0-7	244,50	,484	,100
Sexo forzado	Sí	,50	0-9,50				,50	0-				1	0-22			
	No	0	0-1,50	130	,422	,137	0	0-3	140,50	,596	,085	,50	0-5	143,00	,654	,072
Bondage/atadas	Sí	0	0-2,50				0	0-1,50				,50	0-3,50			
	No	0	0-2	215,50	,989	,020	0	0-5	190,00	,499	,097	,50	0-7	203,00	,741	,047
Uso de esposas y látigos	Sí	,50	0-4				0	0-1				,50	0-5			
	No	0	0-2	171,50	,644	,078	0	0-5	166,50	,556	,093	,50	0-6	183,00	,871	,027

Tabla de elaboración propia, extraída del artículo derivado de la presente investigación: Riberas-Gutiérrez, M., Prieto Ursúa, M., Martínez-Huertas, J. Á., y Bueno-Guerra, N. (2024). The Relation Between Sexual Fantasies and Offense-Supportive Cognitions in People Convicted of Sexual Offenses: A Preliminary Study. *Sexual Abuse*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/10790632241271226>

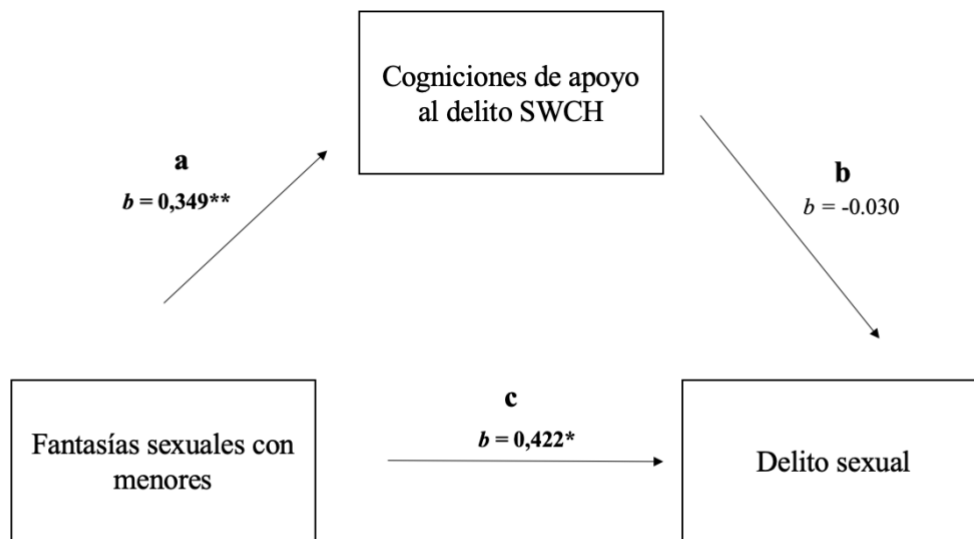
Las fantasías sexuales o las cogniciones de apoyo al delito como variables mediadoras

Para evaluar si la fantasía es un predictor de las cogniciones de apoyo a la ofensa (Gee et al., 2003), se presentan a continuación dos modelos en los que la variable independiente fueron las fantasías sexuales (con menores y sadomasoquistas). Los resultados estandarizados pueden verse en las Figuras 2 y 3 y en la Tabla 6.

El primer modelo de mediación tomó la presencia de fantasías sexuales con menores como variable independiente, las cogniciones de apoyo al delito con menores como variable mediadora y el tipo de delito como variable dependiente. Los resultados mostraron que tener fantasías sexuales con menores tiene una relación positiva con las cogniciones de apoyo al delito con menores, y que tener fantasías sexuales con menores tiene una relación directa con el tipo de delito. Por el contrario, los resultados también mostraron que las cogniciones de apoyo al delito con menores no presentaron una influencia estadísticamente significativa sobre el tipo de delito. Además, no se encontró relación indirecta de las fantasías sexuales con menores sobre el delito sexual a través de las cogniciones de apoyo al delito con menores.

Figura 2

Modelo 1: Modelo de mediación de las cogniciones de apoyo a la infracción sobre los menores



a= Fantasías sexuales con menores - Cogniciones de apoyo al delito SWCH

b= Cogniciones de apoyo al delito SWCH - Delito sexual

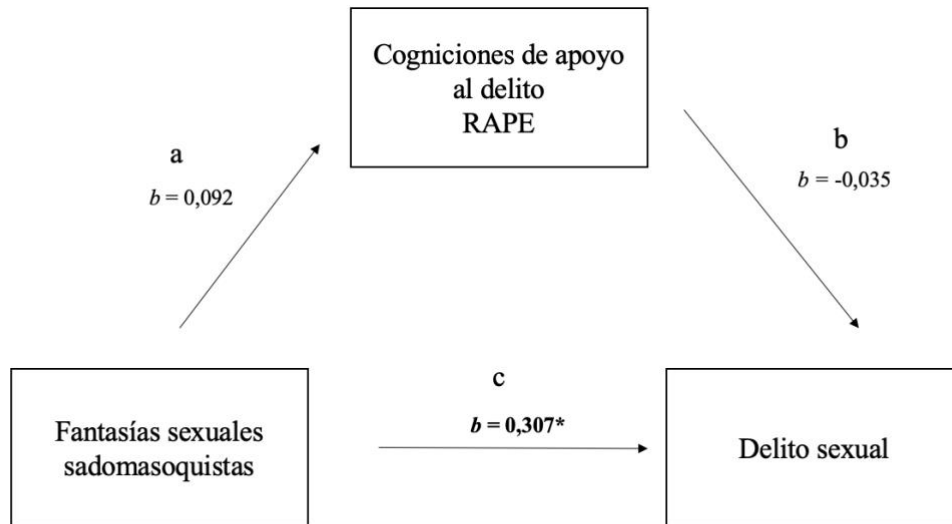
c= Fantasías sexuales con menores - Delito sexual

Figura de elaboración propia, extraída del artículo derivado de la presente investigación: Riberas-Gutiérrez, M., Prieto Ursúa, M., Martínez-Huertas, J. Á., y Bueno-Guerra, N. (2024). The Relation Between Sexual Fantasies and Offense-Supportive Cognitions in People Convicted of Sexual Offenses: A Preliminary Study. *Sexual Abuse*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/10790632241271226>

El segundo modelo de mediación incorporó en la presencia de fantasías sexuales sadomasoquistas como variable independiente, cogniciones de apoyo a la ofensa sobre la agresión sexual contra mujeres adultas como variable mediadora y el tipo de delito como variable dependiente. En este modelo, las fantasías sexuales sadomasoquistas no tuvieron relación con las cogniciones de apoyo a la ofensa sobre las mujeres y la agresión sexual, aunque tuvieron una relación directa con el tipo de delito. Sin embargo, no se encontró relación estadísticamente significativa entre estas cogniciones de apoyo al delito y el tipo de delito, y las fantasías sexuales sadomasoquistas no tuvieron una relación indirecta con el delito sexual a través de las cogniciones de apoyo al delito.

Figura 3

Modelo 2: Modelo de mediación de las cogniciones de apoyo a la ofensa sobre la agresión sexual contra mujeres adultas



a= Fantasías sexuales sadomasoquistas - Cogniciones de apoyo al delito RAPE

b= Cogniciones de apoyo al delito RAPE - Delito sexual

c= Fantasías sexuales sadomasoquistas - Delito sexual

Figura de elaboración propia, extraída del artículo derivado de la presente investigación: Riberas-Gutiérrez, M., Prieto Ursúa, M., Martínez-Huertas, J. Á., y Bueno-Guerra, N. (2024). The Relation Between Sexual Fantasies and Offense-Supportive Cognitions in People Convicted of Sexual Offenses: A Preliminary Study. *Sexual Abuse*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/10790632241271226>

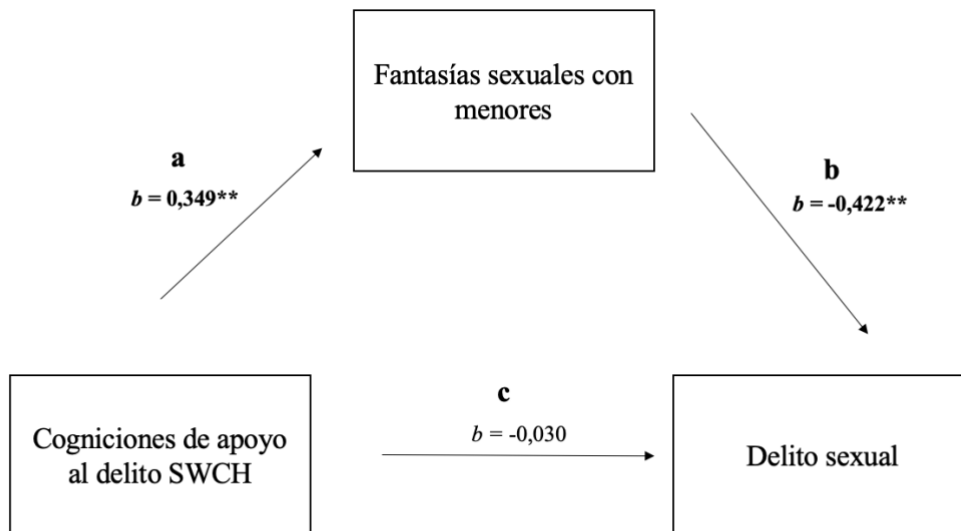
Para evaluar si las cogniciones de apoyo a la ofensa se incorporan al contenido de las fantasías sexuales (Bartels et al., 2021), presentamos a continuación dos modelos en los que la variable independiente son las cogniciones de apoyo a la ofensa (hacia la agresión sexual hacia mujeres y hacia niños). Los resultados estandarizados también pueden verse en las Figuras 4 y 5 y en la Tabla 6.

El tercer modelo de mediación tomó como variable independiente la presencia de cogniciones de apoyo a la ofensa con menores, como variable mediadora las fantasías sexuales con menores y el tipo de delito como variable dependiente. Los resultados mostraron que las

cogniciones de apoyo al delito con menores tuvieron una relación positiva con las fantasías sexuales con menores, y que tener fantasías sexuales con menores estaba significativamente asociado con el delito sexual contra niños. Sin embargo, no se encontró relación directa entre las cogniciones de apoyo al delito con menores y el tipo de delito. Aunque no se encontró una relación indirecta estadísticamente significativa a través de las fantasías sexuales con menores, este hallazgo es interesante para la reflexión teórica y será discutido con la debida cautela en la sección de discusión.

Figura 4

Modelo 3: Modelo de mediación de las fantasías sexuales con menores



a= Cogniciones de apoyo al delito SWCH - Fantasías sexuales con menores

b= Fantasías sexuales con menores - Delito sexual

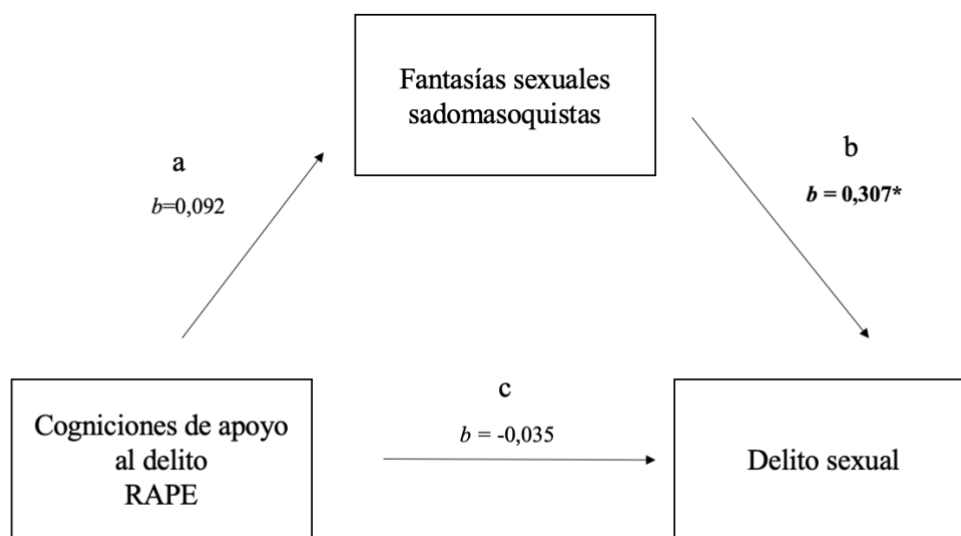
c= Cogniciones de apoyo al delito SWCH - Delito sexual

Figura de elaboración propia, extraída del artículo derivado de la presente investigación: Riberas-Gutiérrez, M., Prieto Ursúa, M., Martínez-Huertas, J. Á., y Bueno-Guerra, N. (2024). The Relation Between Sexual Fantasies and Offense-Supportive Cognitions in People Convicted of Sexual Offenses: A Preliminary Study. *Sexual Abuse*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/10790632241271226>.

El cuarto modelo de mediación incorporó la presencia de cogniciones de apoyo al delito de agresión sexual como variable independiente, las fantasías sadomasoquistas como variable mediadora y el tipo de delito como variable dependiente. Una vez más, los resultados indicaron que las cogniciones de apoyo a la ofensa en la agresión sexual no están relacionadas con las fantasías sadomasoquistas ni tienen una relación directa con el tipo de delito. En cambio, la presencia de fantasías sadomasoquistas sí estaba relacionada con el tipo de delito. Tampoco se encontró una relación indirecta entre las cogniciones de apoyo a la ofensa y el delito sexual a través de las fantasías sadomasoquistas.

Figura 5

Modelo 4: Modelo de mediación de las fantasías sexuales sadomasoquistas



a= Cogniciones de apoyo al delito RAPE - Fantasías sexuales sadomasoquistas

b= Fantasías sexuales sadomasoquistas - Delito sexual

c= Cogniciones de apoyo al delito RAPE - Delito sexual

Figura de elaboración propia, extraída del artículo derivado de la presente investigación Riberas-Gutiérrez, M., Prieto Ursúa, M., Martínez-Huertas, J. Á., y Bueno-Guerra, N. (2024). The Relation Between Sexual Fantasies and Offense-Supportive Cognitions in People Convicted of Sexual Offenses: A Preliminary Study. *Sexual Abuse*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/10790632241271226>.

Table 6*Resultados estandarizados de los cuatro modelos de mediación.*

Modelo	Parámetro	<i>b</i>	<i>SE</i>	Est./S.E.	<i>p</i>	90%CI
Modelo 1	Fantasías sexuales con menores → Cogniciones de apoyo al delito SWCH	0,349	0,135	2,587	0,010	0,127 — 0,571
VI: Fantasías sexuales con menores	Cogniciones de apoyo al delito SWCH → Delito sexual	-0,030	0,177	-0,169	0,866	-0,322 — 0,262
M: SWCH	Fantasías sexuales con menores → Delito sexual	-0,422	0,195	-2,165	0,030	-0,743 — -0,101
VD: Delito sexual	Efecto indirecto (Fantasías con menores → SWCH → Delito sexual)	-0,010	0,066	-0,157	0,875	-0,120 — 0,100
$R^2 = 0,19$						
Modelo 2	Fantasías sadomasoquistas → Cogniciones de apoyo al delito RAPE	0,092	0,143	0,644	0,519	-0,143 — 0,328
VI: Fantasías sexuales sadomasoquistas	Cogniciones de apoyo al delito RAPE → Delito sexual	-0,035	0,157	-0,225	0,822	-0,294 — 0,223
M: RAPE.	Fantasías sexuales sadomasoquistas → Delito sexual	0,307	0,147	2,087	0,037	0,065 — 0,549
VD: Delito sexual	Efecto indirecto (Fantasías sadomasoquistas → RAPE → Delito sexual)	-0,003	0,015	-0,212	0,832	-0,028 — 0,022
$R^2 = 0,09$						
Modelo 3	Cogniciones de apoyo al delito SWCH → Fantasías sexuales con menores	0,349	0,127	2,751	0,006	0,140 — 0,557
VI: SWCH	Fantasías sexuales con menores → Delito sexual	-0,422	0,158	-2,681	0,007	-0,682 — -0,163
M: Fantasías sexuales con menores	Cogniciones de apoyo al delito SWCH → Delito sexual	0,030	0,187	-0,161	0,872	-0,337 — 0,227
VD: Delito sexual	Efecto indirecto (SWCH → Fantasías con menores → Delito sexual)	-0,147	0,079	-1,873	0,061	-0,277 — -0,018
$R^2 = 0,19$						
Modelo 4	Cogniciones de apoyo al delito RAPE → Fantasías sadomasoquistas	0,092	0,143	0,644	0,519	-0,143 — 0,328
VI: RAPE	Fantasías sadomasoquistas → Delito sexual	0,307	0,147	2,087	0,037	0,065 — 0,549
M: Fantasías sexuales sadomasoquistas	Cogniciones de apoyo al delito RAPE → Delito sexual	-0,035	0,157	-0,225	0,822	-0,294 — 0,223
VD: Delito sexual	Efecto indirecto (RAPE → Fantasías sadomasoquistas → Delito sexual)	0,028	0,046	0,613	0,540	-0,048 — 0,104
$R^2 = 0,09$						

Tabla de elaboración propia, extraída del artículo derivado de la presente investigación: Riberas-Gutiérrez, M., Prieto Ursúa, M., Martínez-Huertas, J. Á., y Bueno-Guerra, N. (2024a). The Relation Between Sexual Fantasies and Offense-Supportive Cognitions in People Convicted of Sexual Offenses: A Preliminary Study. *Sexual Abuse, 0(0)*. <https://doi.org/10.1177/10790632241271226>.

Nota: VI = Variable independiente, M = Variable Mediadora, VD = Variable Dependiente

5.3 Discusión

El estudio empírico tenía como objetivo examinar las diferencias en el nivel de autoestima y la asunción del delito en tres grupos de condenados; sujetos que habían cometido delitos sexuales (hacia adultos o menores) o delitos no sexuales e identificar diferencias en las cogniciones de apoyo al delito y en las fantasías sexuales en los dos grupos de personas que han cometido un delito sexual: agresores sexuales de adultos y agresores sexuales de menores. Además, también se estudió la posible relación entre las variables autoestima y negación del delito y el papel de las cogniciones de apoyo al delito y de las fantasías sexuales sobre los delitos sexuales.

En relación con los resultados obtenidos en la variable autoestima, se encontró discordancia con la literatura consultada en la que se indicaba que ambos grupos de personas condenadas por delitos sexuales tienen una baja autoestima (Fernández y Marshall, 2003; Herrero et al., 2021; Marshall et al., 1995; Marshall et al., 1999; Miller, 2022). Sin embargo, los resultados hallados mostraron que los agresores sexuales de adultos, en el momento en el que realizamos la recogida de datos, presentaron niveles de autoestima significativamente más bajos que los que habían cometido delitos sexuales contra menores y delitos no sexuales.

Dado que el estudio se realizó a posteriori de la comisión del delito, es decir, cuando las personas ya habían cometido los hechos delictivos, se analizaron diferencias en la autoestima en función de si habían recibido o no tratamiento y el tiempo de condena, sin encontrar diferencias significativas en ningún caso. Por ello, es importante resaltar que los resultados encontrados también pueden deberse a características individuales de los participantes.

Respecto a la variable de negación del delito, se observó que únicamente 5 de los 22 participantes condenados por delitos sexuales contra adultos admitieron el delito. En cambio, la mayoría de los otros dos grupos asumió la responsabilidad del delito: 17 de los 26 condenados por delitos sexuales contra menores y 20 de los 22 condenados por delitos no sexuales. Estos hallazgos no coinciden con lo esperado, ya que se anticipaba que el grupo de condenados por delitos sexuales contra menores mostraría la menor asunción debido a las consecuencias sociales y penales de su delito (Redondo, 2017). Una hipótesis que puede explicar la negación del delito por parte de los participantes es que se relacione con el tiempo que los condenados llevan en prisión, ya que la asunción del delito es un proceso que puede modificarse a medida que avanza su estancia en prisión dado que ya no existe el miedo a sufrir las consecuencias negativas de admitir los hechos cometidos (Dietz, 2020; Lord y Willmott, 2004). Sin embargo, en nuestra muestra no se encontraron diferencias en la asunción del delito en función del tiempo que los participantes llevaban en prisión ni tampoco en función de sí habían recibido o no tratamiento.

Finalmente, se exploró la relación de la negación de la responsabilidad del delito con el nivel de autoestima de los participantes, obteniendo como resultados una correlación negativa. Como se ha comentado, los agresores sexuales de adultos son los que tuvieron puntuaciones más bajas en autoestima y los que mostraron una mayor tendencia a negar el delito. Este resultado puede explicarse debido a que la autoestima es un aspecto fundamental en el proceso de reconocimiento de un acto delictivo (Lord y Willmott, 2004; Ware y Mann, 2012), por lo que podría pensarse que los individuos que tienen un nivel de autoestima alto tienen una mayor capacidad para asumir la responsabilidad del delito ya que, aquellos con un alto nivel de autoestima son capaces de reconocer su responsabilidad porque la amenaza de asumirla es menor para ellos, o se

sienten capaces de manejarla mejor. Es importante resaltar que, la negación del delito no está necesariamente relacionada con la reincidencia (Hanson y Morton-Bourgon, 2005; Ware y Mann, 2012). Sin embargo, es un elemento clave para el buen funcionamiento de un proceso terapéutico e intervenir factores que requieren de esta asunción previa.

Esta perspectiva sobre la asunción del delito es fundamental porque en programas de tratamiento como el PCAS en España (Garrido y Beneyto, 1996; Rivera et al., 2005), actualmente es una condición necesaria para la participación. Sin embargo, la admisión del delito, según algunos autores (Ware y Mann, 2012) no es necesaria y, por tanto, no lo consideran como un objetivo terapéutico, al contrario, puede tener un efecto punitivo. Para ello, se basan en el Principio de Necesidad (Andrews y Bonta, 2010), que propone que se debe intervenir sobre la asunción del delito siempre y cuando se relacione con el riesgo de que la persona vuelva a cometer el delito. Por lo tanto, el objetivo es que a través de la asunción de la responsabilidad puedan modificar sus comportamientos futuros (Marshall et al., 2009; Ware y Mann, 2012). No se trata de buscar una confesión si no de que la persona asuma eventos futuros, y puedan reconocer y comprender aquellos antecedentes, eventos o estados emocionales que elicitaron el delito sexual.

La mejora de la autoestima en personas condenadas que tienen resistencia a asumir el delito puede ser una estrategia accesible para seguir este enfoque. La mejora de la autoestima puede ayudar al desarrollo de habilidades que favorezcan un mayor nivel de bienestar de los internos, como propone el Modelo de las Buenas Vidas (Ward y Brown, 2004).

Si los resultados obtenidos fueran confirmados por otros estudios, aportaría información valiosa para la planificación de programas de intervención. Los resultados encontrados en este estudio nos hacen pensar que la negación del delito tiene una función protectora sobre los condenados que tienen niveles de autoestima más bajos. Por ello,

podría resultar beneficioso abordar la autoestima de los internos sobre todo cuando está relacionada con la vergüenza o culpa de haber cometido un delito sexual, con el objetivo de favorecer su asunción de la responsabilidad del delito en un entorno de seguridad (Lord y Willmot, 2004). De este modo, se evita utilizar técnicas de confrontación que resultan poco eficaces sobre todo al principio del tratamiento (Marshall, 2019) y que en ocasiones conllevan el abandono del proceso terapéutico (Ware y Mann, 2012).

En cuanto a la variable cogniciones de apoyo al delito, se halló que ambos grupos exhibieron cogniciones relacionadas con las mujeres, las agresiones sexuales y el sexo con menores en los cuestionarios RAPE y SWCH, sin diferencias en las puntuaciones, pese a estar condenados por delitos con diferentes tipos de víctimas. Por tanto, los resultados obtenidos no apoyan nuestra hipótesis inicial de que el tipo de cognición estaría relacionado con el tipo de delito. Estos resultados apoyan los hallazgos de Castro et al. (2009) y Hermann et al. (2012), que tampoco encontraron evidencias de diferencias en las cogniciones de apoyo al delito en ambos grupos. Sin embargo, en otras investigaciones sí se observaron diferencias en las cogniciones de apoyo a la ofensa entre los grupos (Marshall et al., 2001; Mann et al., 2007).

Esta disparidad de resultados puede explicarse debido a que los participantes que obtuvieron puntuaciones más altas en cogniciones de apoyo a la ofensa sobre menores son aquellos que presentaron fantasías sexuales con menores y, por tanto, tienen un posible interés sexual en menores. Resulta importante resaltar que no todas las personas que cometen delitos sexuales contra menores presentan pedofilia (Herrero, 2018), aunque alrededor del 30-50% de los condenados por delitos sexuales contra menores son personas con intereses pedófilos (Seto, 2012). Del mismo modo, no todas las personas que tienen fantasías con menores cometen delitos sexuales contra niños, de hecho, alrededor del 1% de la población tiene fantasías con menores o interés sexual pedófilo (Seto, 2009). De la

misma manera, las personas que cometen delitos de agresión sexual contra adultos no siempre presentan fantasías relacionadas con el uso de la fuerza. Además, en la población general el porcentaje de personas con este tipo de fantasías sadomasoquistas es elevado (Leitenberg y Henning, 1995 citado en De la Rubia, 2010), sin necesidad de que cometan un delito sexual.

Dicho de otro modo, los estudios realizados hasta el momento han comparado las cogniciones de apoyo al delito y los delitos sexuales sin considerar si los participantes de sus muestras presentaban fantasías sexuales relacionadas con el contenido de dichas cogniciones, aunque la presencia de estas fantasías podría ser el factor más asociado con la aparición de esas cogniciones de apoyo al delito (O'Connor y Gannon, 2021).

Para examinar esta hipótesis, se evaluaron las diferentes fantasías sexuales en los participantes de la muestra. Se encontró que 13 de los 26 agresores sexuales de menores presentaban fantasías sexuales relacionadas con menores frente a 3 de las 22 personas condenadas por delitos sexuales contra adultos, con un tamaño del efecto moderado.

Es decir, la muestra del estudio estaba formada por un alto porcentaje de participantes con interés sexual en menores. De hecho, incluso cuando la mayoría de los participantes con estas fantasías sexuales con menores estaban cumpliendo condena por delitos sexuales contra menores, había 3 personas que presentaban fantasías sexuales con adolescentes y cumplían condenada por delitos sexuales contra adultos. Además, se encontró una relación estadísticamente significativa con un tamaño del efecto grande entre la presencia de fantasías que implicaban el uso de esposas y látigos y haber cometido un delito sexual contra mujeres. Casi la mitad (9 de 22) de los agresores sexuales de adultos presentaban fantasías de este tipo, algo común en esta población (Moyano y Sierra, 2014). Sin embargo, únicamente una persona de los 26 agresores sexuales de

menores presentó ese tipo de fantasías. Ambos resultados son semejantes a los obtenidos por Marshall et al. (1991) donde el 52% de su muestra reportó tener fantasías sexuales con menores y el estudio de Beech et al. (2005), donde el 79% de la muestra que había cometido un delito sexual sádico reportó fantasías sádicas. Es decir, aunque tanto las fantasías sexuales con menores como el uso de la violencia predominan en el grupo que comete delitos sexuales relacionados, estas no son exclusivas de quienes cometieron ese delito específico y también pueden presentarse en individuos condenados por otros tipos de delitos sexuales no relacionados.

Si en lugar de analizar las diferencias en las cogniciones de apoyo al delito según el tipo de delito cometido, se consideran las fantasías sexuales presentadas por los individuos, sí se observan diferencias. En primer lugar, los participantes de la muestra que presentaron fantasías sexuales con menores (en concreto con niños, adolescentes, familiares menores), independientemente del tipo de delito cometido, obtuvieron puntuaciones significativamente más altas con un tamaño del efecto moderado en cogniciones de apoyo al delito con menores (SWCH) que aquellos que no presentaron estas fantasías. Estos hallazgos concuerdan con la reciente investigación de Eberhaut et al. (2022) en el que hallaron que las cogniciones de apoyo al delito de agresión sexual infantil estaban más presentes en individuos condenados por delitos sexuales con pedofilia que en aquellos que no tenían este interés sexual. Del mismo modo, estos resultados también coinciden con el estudio de O'Connor y Gannon (2021) en el que los participantes que sentían excitación sexual por menores tenían una mayor tendencia a tener fantasías sexuales con menores y más cogniciones de apoyo de la agresión sexual infantil. Además, es importante resaltar que en el presente estudio cuando el contenido de las fantasías sexuales era con varones más jóvenes (niños y/o adolescentes) las puntuaciones de cogniciones de apoyo al delito eran más altas. En estos casos, los

profesionales deberían prestar especial atención, ya que, según la Escala de Detección de Interés Pedófilo (Seto et al., 2004), haber agredido con anterioridad a un varón menor de edad es un factor de riesgo de reincidencia.

Asimismo, se encontraron puntuaciones significativamente más altas con un tamaño del efecto moderado en las cogniciones de apoyo a la agresión sobre las mujeres y la agresión sexual (RAPE) en aquellos participantes que presentaron fantasías sexuales con niñas y con un familiar menor de edad, en concreto en el factor Justificación. La mayor presencia de cogniciones de apoyo a la ofensa sobre la mujer y la agresión sexual en aquellos participantes que presentaron fantasías sexuales con niñas podría deberse a que los participantes respondieron a las cogniciones de apoyo a la ofensa sobre la agresión sexual sin anotar la edad de la víctima femenina a la que se refieren los ítems del instrumento (Bumby, 1996). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las cogniciones de apoyo a la agresión a menores (SWCH) o en las cogniciones de apoyo al delito de violación (RAPE) entre los participantes que reportaron fantasías sexuales sobre uso de fuerza, uso de esposas, bondage y sadomasoquismo y los que no informaron de estas fantasías. Las fantasías sexuales relacionadas con el uso de la fuerza, esposas, bondage y sadomasoquismo no mostraron una correlación significativa con diferencias en las cogniciones de apoyo al delito. Además, las fantasías sexuales relacionadas con el uso de la fuerza, esposas, bondage y sadomasoquismo no mostraron una correlación significativa con diferencias en las cogniciones de apoyo al delito.

Los modelos de mediación evaluados también apoyaron estos hallazgos. En el primer modelo, centrado en fantasías y cogniciones de apoyo a la agresión de menores, se encontró que las fantasías sexuales con menores estaban relacionadas con cogniciones de apoyo a la a agresión de menores (SWCH) y sobre la comisión de un delito sexual, sin encontrar una relación indirecta entre fantasías sexuales con menores y la comisión de un

delito sexual a través de cogniciones de apoyo al delito con menores. Por el contrario, en el segundo modelo, centrado en las cogniciones de apoyo al delito sexual contra mujeres y la agresión sexual (RAPE), observamos que sólo hubo una relación estadísticamente significativa de las fantasías sadomasoquistas sobre el delito sexual.

Aunque los datos provienen de una muestra pequeña y este es un estudio preliminar, es importante destacar tres aspectos clave y animar a continuar investigando para validar los resultados. En primer lugar, tal y como se hipotetizaba, las fantasías sexuales con menores se relacionan con cogniciones de apoyo a la agresión cuando se trata de víctimas menores de edad (Modelo 1). En cambio, cuando las fantasías están relacionadas con el uso de la fuerza, no encontramos una relación significativa con las cogniciones de apoyo a la agresión (Modelo 2). Por tanto, parece que el tipo de fantasías sexuales que presentan los participantes podría relacionarse con las cogniciones de apoyo al delito. En el presente estudio, parece que las fantasías sexuales con menores son las que tienen relación con las cogniciones de apoyo a la agresión sexual hacia menores. Este hecho puede ser explicado con las mismas razones aportadas anteriormente, las fantasías sexuales con menores al ser un interés sexual estigmatizante (Heasman y Foreman, 2019) y en contraposición a las normas morales sociales (Abel et al. 1984) crean en la persona un estado de disonancia cognitiva que tiene como consecuencia el desarrollo de las distorsiones que justifican o minimizan ese interés sexual. Sin, embargo como las fantasías sexuales relacionadas con el uso de la fuerza puede ser placenteras (Moyano y Sierra, 2014) o estar normalizadas por el consumo de pornografía (Sáez-González, 2022) no necesitan ser justificadas mediante cogniciones de apoyo a la agresión.

En segundo lugar, resulta importante señalar que en los cuatro modelos de mediación la presencia de fantasías sexuales específicas (sexo con menores y fantasías sadomasoquistas) se encontró una relación directa con la comisión del delito. Por tanto,

como apuntan varios autores (Nichols y Molinder, 1984; Valencia et al., 2008), las fantasías sexuales se asociaron con la comisión de delitos sexuales en consonancia con dichas fantasías. Estos resultados no solo amplían el conocimiento en esta área de investigación y contribuyen a la comprensión de los procesos que llevan a una persona a cometer un delito sexual, sino que también tienen implicaciones importantes para el tratamiento penitenciario. Considerando la importancia de las fantasías sexuales en la comisión de delitos, sería aconsejable realizar evaluaciones exhaustivas de las fantasías sexuales en personas condenadas por delitos sexuales, sin importar la naturaleza específica de su delito, especialmente si presentan pedofilia, dado el vínculo entre esta preferencia sexual y las cogniciones de apoyo al delito (Eberhaut et al., 2022), y considerando que ambos factores pueden ser relevantes para la reincidencia. Debido a que cada grupo de estudio presenta fantasías sexuales diferentes y su nivel de aceptación social es distinto, se necesitan intervenciones terapéuticas adaptadas a las preferencias sexuales y no necesariamente al delito cometido, al menos dentro de los delitos sexuales. Por tanto, puede que los profesionales sanitarios necesiten formar grupos terapéuticos diferentes en función de las fantasías o los intereses sexuales de los participantes, como, por ejemplo, grupos específicos con pedofilia.

En el tercer modelo sí se observa que las cogniciones de apoyo al delito con menores tienen una relación directa con las fantasías sexuales con menores, lo que estaría en consonancia con otras teorías (Bartels et al., 2021; Marshall y Marshall, 2000). En el caso de las cogniciones de apoyo a la agresión hacia adultos, no tienen relación directa ni indirecta con el delito sexual. Este resultado está en la línea de los hallazgos de otros autores como Hanson y Wallace-Capretta (2000) que no consideran las cogniciones de apoyo al delito como variables criminógenas. Sin embargo, en el caso de las cogniciones de apoyo al delito sobre menores, existen razones teóricas para prestar atención a la

potencial influencia de las fantasías sexuales sobre menores para mediar en la relación entre cogniciones de apoyo al delito y delincuencia.

En esta línea, podríamos considerar que, aunque las cogniciones de apoyo al delito por sí solas pueden no ser un factor de riesgo, cuando se combinan con fantasías sexuales con menores pueden convertirse en un factor precipitante de un delito sexual. Por lo tanto, es crucial continuar investigando el papel de las cogniciones de apoyo al delito, ya que parecen estar relacionadas con las fantasías, una variable clave en la intervención con personas condenadas por agresión sexual.

En conclusión, los resultados del estudio respaldan las teorías que sugieren que las cogniciones que apoyan el delito sexual tienen un papel justificatorio en las fantasías sexuales relacionadas con menores (Gee et al., 2003) y pueden influir en el contenido de dichas fantasías al incorporar esas creencias (Bartels et al., 2021; Marshall y Marshall, 2000). No obstante, las cogniciones de apoyo al delito no muestran una relación directa con la comisión del delito, a diferencia de las fantasías sexuales. Es posible que estas cogniciones tengan una conexión indirecta con el delito, mediada por las fantasías sexuales con menores. Aunque los resultados no alcanzaron significación estadística, sería valioso explorar más a fondo este posible efecto mediador. De acuerdo con Marshall et al. (2011), podría ser más eficaz enfocar la intervención terapéutica inicialmente en las fantasías sexuales y abordar las cogniciones de apoyo al delito cuando el paciente haya desarrollado un mayor compromiso y un vínculo terapéutico sólido, para evitar resistencia o confrontación. En cualquier caso, dada la naturaleza transversal del estudio, es necesario considerar otras posibles interpretaciones de estos resultados.

CAPÍTULO 6: ESTUDIO TEÓRICO. Propuesta de intervención específica para pedofilia en el entorno penitenciario

El objetivo de este estudio es doble; en primer lugar, revisar las necesidades de intervención con personas con pedofilia a través del caso de un interno con pedofilia para valorar en este caso la pertinencia de elaborar un tratamiento específico para los agresores sexuales de menores con pedofilia y aportar las modificaciones necesarias para actualizar en esa dirección el Programa de Control de la Agresión Sexual. Y, en segundo lugar, elaborar una propuesta de intervención específica para la pedofilia en el ámbito penitenciario, fundamentada en la evidencia científica y como complemento al Programa de Control de la Agresión Sexual. Este estudio fue publicado en la revista *Papeles del Psicólogo* en 2024 con la siguiente referencia: Riberas-Gutiérrez, M., Prieto Ursúa, M. y Bueno-Guerra, N. (2024b). Necesidades de intervención en prisión con internos con pedofilia. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 45(1), 11-18. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3027>.

6.1 Método

A continuación, se presentará el caso de un interno que cumplía condena por un delito de agresión sexual a menores. La evaluación tuvo lugar en centro penitenciario de Madrid en el periodo comprendido de junio de 2019 y octubre de 2020. Con el objetivo de evitar que el participante sea identificado, no se revelará el centro penitenciario. Este estudio se enmarca en el proyecto de investigación “Análisis integral del abuso sexual infantil: evaluación e intervención con víctimas y agresores”, financiado por la Universidad Pontificia Comillas, aprobado por el Comité de Ética de la institución y con la autorización de Instituciones Penitenciarias.

Para realizar la evaluación, primero se explicó al participante el objetivo de la investigación. A continuación, el interno decidió firmar el consentimiento informado,

donde se le informó sobre cómo se protegerían sus datos, la ausencia de perjuicios o beneficios por su participación y el carácter voluntario de la misma.

La evaluación tuvo lugar en dos días, en un total de 6 horas. Para evitar que el interno pudiera sentir incomodidad al tratar temas tan delicados, durante la evaluación solo estuvieron presentes dos investigadoras ajenas al centro penitenciario. Se utilizó una entrevista semiestructurada (ver Anexo VI) para evaluar las áreas consideradas como factores de riesgo individuales para la comisión de delitos sexuales (Brennan et al., 2018; Herrero, 2018; Marshall et al., 2011; Szumski et al., 2018), las cuales están incluidas en el programa BEDIT del Programa Dunkenfeld (Beier et al., 2021). Estas áreas son; el área psicosocial que incluye la autoestima, la presencia de ideación suicida y las cogniciones de apoyo al delito, el área interpersonal que comprende la evaluación de relaciones sociales y emocionales y área sexual en el que se explora la victimización, las fantasías y conductas sexuales y el consumo de material abusivo.

En cuanto a las pruebas psicométricas se utilizaron las siguientes; para evaluar la autoestima, se usó el Single-Item Self-Esteem Scale (Robins et al., 2001, adaptación al castellano de Domínguez-Lara, 2020) (las propiedades psicométricas de este instrumento se encuentran desarrolladas en el Capítulo 5 apartado 5.1.2 *Instrumentos*). Para evaluar las cogniciones de apoyo a la agresión sexual hacia menores, se usó el Sex With Children Scale (Mann et al., 2007) (las propiedades psicométricas de este instrumento se encuentran desarrolladas en el Capítulo 5 apartado 5.1.2 *Instrumentos*). Por otro lado, para explorar si el participante ha tenido ideación suicida, se le preguntó directamente si había experimentado pensamientos suicidas y/o realizado acciones autolesivas. Para evaluar la ideación suicida se preguntó directamente al individuo si había tenido pensamientos suicidas y/o había llevado a cabo acciones autolesivas.

Con el objetivo de explorar la presencia de pedofilia, en primer lugar, se le mostró al participante la escala Tanner Stages (Tanner, 1962). Este instrumento ofrece una clasificación de maduración sexual en la que se exhiben distintos estadios del desarrollo sexual de niños/as con el propósito de evaluar el grado de desarrollo con que el sujeto sentía excitación sexual. También se utilizó la Screening Scale for Pedophilic Interes (Seto et al., 2004) con el objetivo de evaluar la relación del interés pedófilo con el riesgo de reincidencia. Este instrumento se compone de cinco ítems con dos tipos de respuesta (0-No, 1- Sí) y muestra una capacidad predictiva positiva en personas condenados por agresión sexual a menores (Seto et al., 2004). Por último, para evaluar sus relaciones interpersonales y posible victimización o consumo de material abusivo, se incluyeron preguntas directas y abiertas al respecto (por ejemplo, ¿Has tenido parejas adultas? Véase Anexo VI).

6.2 Necesidades de intervención a través del caso de un interno con pedofilia

El participante era un varón cisgénero de 51 años condenado por un delito de agresión sexual a un menor de edad. Cuando se llevó a cabo la evaluación, había cumplido 3 años y 7 meses de una condena de 8 años.

En cuanto a los resultados de la evaluación anteriormente mencionado, el interno recibió la calificación más baja en la escala de autoestima (1 sobre 5) y mencionó que había sido así desde los “14 años aproximadamente”. Este hecho coincide con el periodo de tiempo en el que el individuo reparó en su atracción sexual por menores. Además, durante la evaluación, el participante explicitó tener ideaciones suicidas, aunque no en la actualidad; estos pensamientos eran consecuencia de ser consciente de que su interés sexual era distinto a la que observaba en su entorno.

Del mismo modo, el participante presentaba numerosas cogniciones de apoyo al delito de agresión sexual a menores. Algunas de estas cogniciones las expuso en el momento de la entrevista; reflexionaba sobre que la agresión sexual a un menor es “*un acto de amor*” y apreció que el daño generado a la víctima como “*poco*”, dado que, bajo su juicio, su víctima podía “*haber disfrutado*” de la agresión.

En lo que refiere a sus relaciones interpersonales, el participante se describe como “*solitario y huraño*” y comentó que no deseaba tener amigos. Sus pasatiempos eran solitarios (por ejemplo, pasear y coleccionar cuchillos), y dentro del centro penitenciario mostraba una tendencia a aislarse de otras personas porque prefería estar solo en la celda “*prefiero estar solo en el chabolo*”.

Cuando menciona su vida cuando se encontraba en libertad comenta que sus amistades se limitaban a personas que compartían su interés sexual por menores como un medio para desahogarse y para intercambiar material abusivo infantil que había visualizado y que encontraba gratificante, mencionó que había encontrado “*otro mundo*”.

Durante la evaluación se hizo un recorrido por su infancia y señaló dos momentos reveladores durante la etapa de su adolescencia. El primero de ellos fue cuando toma consciencia de su orientación sexual homosexual y el segundo momento fue cuando es consciente de su interés sexual hacia los menores. Su nivel de interés pedófilo era considerable, lo que también aumentaba su riesgo potencial de reincidencia. El participante confesó su preferencia por menores varones de edades entre los 0 los 16 años (pubertad) con un desarrollo sexual de I, II, III en la escala *Tanner Stage* (Tanner, 1962). También manifestó cierta molestia por lo que había quedado reflejado en su sentencia: “*la sentencia se había centrado en los tocamientos en los genitales*”. Sin embargo, para él “*todo era erótico, todo era amor: las caricias de la espalda también*”. Esta descripción

de su interés sexual coincide con su anamnesis sexual. El interno confesó tener fantasías sexuales con niños y adolescentes. Del mismo modo, comentó haber hecho esfuerzos por intentar “*corregir*” estas fantasías, intentando masturbarse fantaseando con adultos, sin resultados, ya que refirió no sentir nada de excitación.

En el momento de la evaluación el interno manifestó desasosiego y falta de conocimiento sobre su interés sexual por menores llegando a preguntar a las entrevistadoras “*si algún día podría curarse y si podría llegar a desear a personas adultas*”. Además, mostró su malestar ante la excitación que experimenta por menores (ej.: “*¿Por qué disfruto de algo que es horrible?*”). Por el contrario, expresó que le gustaría vivir en lugares donde su preferencia sexual estuviera permitida (“*Mi delito está mal visto porque la sociedad lo considera inmoral, pero hay otros países donde esto es normal, como Papúa Nueva Guinea, Irán, Pakistán... yo he pensado en irme a vivir a estos sitios*”).

Por otro lado, es reseñable el alivio que sintió el interno al compartir con las investigadoras su experiencia (“*Nunca he hablado de esto con nadie y es muy necesario que los psicólogos se interesen por el tema*”). Además, comentó que necesitaba expresar lo que experimenta con otras personas para “*dejar de sentirse un monstruo*”. Es decir, el sujeto desconocía no conocía las causas ni la naturaleza de su atracción, lo que le generaba malestar. Buscaba expresar abiertamente sus sentimientos y, probablemente, la validación externa de su preferencia y de sus acciones abusivas a través de la interacción con otras personas.

En otras palabras, el interno no comprendía la causa ni el desarrollo de su atracción, experimentaba malestar por ello, deseaba expresar abiertamente sus

sentimientos y probablemente intentaba validar su preferencia y conductas mediante la relación con otros individuos con pedofilia.

Siguiendo con el área sexual, el participante narró una sexualización temprana y con posibilidad de haber sido víctima de agresión sexual en su infancia. El interno relata que a los 7 años un vecino de 10 años y su hermano de 6 llevaban a cabo prácticas sexuales (felaciones y sexo anal) en momentos en los que no había supervisión por parte de ningún adulto.

Cuando se exploraron sus primeras relaciones sexuales con consentimiento, el interno las sitúa a los 21 años, con una mujer con una edad superior a la suya, calificándola como no satisfactoria. Desde ese momento, el interno comenta que *“lleva una vida de masturbación”*, y confiesa haber llevado a cabo prácticas sexuales zoofílicas con animales domésticos. En estas conductas se podía entrever motivaciones parecidas a las agresiones sexuales a menores, como la sumisión o la oferta de recompensas para conseguir placer sexual.

Por último, en cuanto a sus relaciones de pareja, el interno mencionó no haber tenido ninguna relación con una persona adulta. De hecho, en consonancia con sus cogniciones, refirió haber tenido cuatro *“relaciones románticas”* todas ellas con menores de edad, describiendo las agresiones llevadas a cabo hacia la víctima de su sentencia. La primera *“relación”* la describe de corta duración y fue a los 14 años con un niño de 8 años y confiesa masturbarse pensando en él. La segunda *“relación”* la sitúa a los 22 años con una víctima de 7 años. Sobre esta *“relación”* menciona que *“nos queríamos”* y responsabiliza a la víctima del comienzo de la dinámica abusiva: *“El chico se acercaba a mí, buscándome”*.

La tercera “*relación*” fue cuando el interno tenía 24 con un niño de 9 años que se extendió hasta los 11 años, volviendo a señalar que inicio del contacto fue por parte de la víctima. La última “*relación*” fue con una víctima de 10 años. El interno narraba la agresión como una relación romántica que se caracterizaba en compartir el tiempo juntos (“*Me gustaba pasar tiempo juntos; ducharnos; pasear...*”).

6.3 Propuesta de intervención con internos con pedofilia complementaria al PCAS

En el Capítulo 3 apartado 3.7 se examinaron las necesidades de intervención de personas condenadas por delitos de agresión sexual contra un menor y que además presentaban pedofilia. Además, a través de un caso único se han mostrado algunas de las necesidades que pueden estar presentes de manera específica en los internos con pedofilia: dificultad de expresión en grupo de sus fantasías sexuales con personas sin pedofilia debido al estigma social asociado (Heasman y Foreman, 2019; Jahnke y Hoyer, 2013); baja autoestima como consecuencia de la comisión de un delito sexual contra menores (Woodyatt y Wenzel, 2013); cogniciones de apoyo al delito; dificultades en las habilidades sociales, lo que les genera una mayor sensación de comodidad al interactuar con menores (Herrero, 2013); la victimización sexual previa (Seto y Lalumière, 2010); sentimientos de incompreensión y desesperanza debido al interés sexual por menores (Heasman, y Foreman, 2019); una amplia gama de intereses sexuales parafílicos (Hernández, 2018); presencia de conductas disexuales (Beier et al., 2021) y consumo de material abusivo sexual infantil (Herrero et al., 2021).

El segundo objetivo de este estudio es elaborar una propuesta de intervención con base a la necesidad de ajustar la intervención en los centros penitenciarios en función de si los internos presentan o no pedofilia. La presencia de pedofilia trae consigo características muy concretas que están ausentes en los agresores secundarios y, por tanto, requieren de un abordaje específico como se mostrado en el apartado anterior.

De esta manera, se proponen intervenciones concretas basadas en la evidencia científica en diferentes áreas en función de las necesidades detectadas: en el área psicosocial, interpersonal y sexual recogidas en la Tabla 7.

Tabla 7

Propuestas de Intervención en Internos con Pedofilia Complementarias al PCAS

Área	Sub-área	Objetivo	Técnicas
Psicosocial	Autoestima	-Aumento de la autoestima -Conocer los factores asociados a la autoestima	-Técnicas conductuales -Técnicas cognitivas
	Ideación suicida	- Conocer la presencia de ideación suicida	-Evaluación de pensamientos suicidas -Activación del PPS (si procede)
	Distorsiones cognitivas	-Neutralizar las distorsiones cognitivas relacionadas con relaciones sexuales con menores	-Reestructuración cognitiva con ejemplos sobre menores
Interpersonal	Congruencia emocional	-Determinar qué aspectos de la relación con niños resultan más atractivos - Reducir los sentimientos de soledad	-Entrenamiento en habilidades sociales con adultos -Búsqueda de reforzadores sociales intrínsecos alejados de la conducta delictiva -Desarrollo de estrategias de afrontamiento
	Polivictimización	-Indagar sobre la existencia de victimización traumática, especialmente sexual -Detectar posibles consecuencias de la victimización sobre la conducta	-Aumentar la conciencia sobre su experiencia traumática -Análisis funcional de la conducta delictiva -Intervención en trauma complejo
Sexual	Preferencia sexual y Comportamiento Sexual	-Explicar las características de la preferencia sexual -Aceptar la preferencia sexual hacia menores -Fomentar compromiso a no incurrir en conductas abusivas -Buscar estrategias de prevención	-Psicoeducación -Terapia de Aceptación y Compromiso - Modelo de prevención de recaídas -Modelo de Buenas Vidas
	Fantasías sexuales	-Comprender la motivación sexual subyacente a la diversidad parafílica	-Psicoeducación - Control de impulsos
	Comportamientos disexuales	-Identificar comportamientos disexuales -Aprender a evitar comportamientos disexuales	-Psicoeducación, sensibilización -Control de impulsos -Modelo Buenas Vidas
	Consumo de material de abuso infantil	- Reducir progresivamente hasta eliminar el consumo de material abusivo infantil	- Desarrollar empatía con la víctima -Módulo especial del Programa Fuera de la Red

Tabla de elaboración propia, extraída del artículo derivado de la presente investigación: Riberas-Gutiérrez, M., Prieto Ursúa, M. y Bueno-Guerra, N. (2024b). Necesidades de intervención en prisión con internos con pedofilia. *Papeles del Psicólogo/ Psychologist Papers*, 45(1), 11-18. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3027>.

En el área psicosocial, dados los bajos niveles de autoestima en personas con pedofilia (Becerra García, 2013) se plantea intervenir sobre la autoestima, ya que en los agresores sexuales primarios es frecuente que existan problemas en este aspecto e incluso pensamientos suicidas (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021; Jahnke y Hoyer, 2013; Woodyatt y Wenzel, 2013). El PCAS plantea trabajar las autoafirmaciones positivas de los sujetos. Sin embargo, no se explora la raíz del problema en la autoestima y en el autoconcepto. Quizás sería recomendable una intervención en la que se profundizase más sobre el autoconcepto, de forma tanto cognitiva como de forma conductual. Por ejemplo, explorar el origen de la baja autoestima, hacer una reevaluación de los pensamientos sesgados negativos.

Una de las razones de esta baja autoestima puede estar vinculadas a la culpa y a la vergüenza, que suelen ser emociones presentes en personas con pedofilia (Knack et al., 2019). Por ello, también resulta relevante atender a estas emociones vinculadas con niveles bajos de autoestima. Asimismo, aumentar la autoestima de los participantes puede traer consigo beneficios generalizables a otras áreas como la empatía con la víctima, o la disminución de los sentimientos de soledad (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021). También, puesto que la población pedófila presenta un mayor nivel de ideación suicida y puesto que un nivel bajo de autoestima favorece dichos pensamientos (Silva et al., 2017), resulta de gran importancia incorporar una evaluación de ideación suicidas para, si es necesario, poner en marcha el Protocolo de Prevención de Suicidios (PPS).

Otro aspecto al que hay que prestar especial atención son las cogniciones de apoyo al delito, ya que los agresores sexuales primarios presentan más cogniciones que apoyan la ofensa a menores (Ward y Keenan, 1999). Resulta necesario identificar estas cogniciones y reestructurarlas cognitivamente y de forma específica, para eliminar estas

creencias disfuncionales sobre la agresión sexual a menores (Beck, 2015; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021). Aunque el PCAS aborda estas cogniciones, los pensamientos y justificaciones relacionados con las agresiones sexuales, los participantes pueden ser severamente juzgados por los compañeros que no presentan estas cogniciones, lo que inhibe la expresión y la intervención sobre estos pensamientos en quienes sí los presentan.

En el área interpersonal, se sugiere identificar los aspectos de las relaciones con menores que resultan más atractivos para los individuos y trabajar en la reducción de los sentimientos de soledad derivados de su interés sexual, dado que este es un factor de riesgo para la reincidencia (Herrero, 2013). En el caso presentado, el participante se describió como una "persona solitaria" sin apoyo social. Por lo tanto, podría ser beneficioso desarrollar habilidades sociales con adultos, buscar actividades significativas y establecer estrategias de afrontamiento emocional. Sin embargo, es importante tener en cuenta que reducir la interacción con menores supone para la persona la reducción de reforzamientos sociales, por ello, es importante que el individuo tenga la capacidad de conformar relaciones con personas adultas que sean adecuadas con el objetivo de que se mantengan en el tiempo.

El PCAS aborda las habilidades sociales, pero no se centra las dificultades particulares que pueden aparecer en las relaciones adultos. Una propuesta es implementar el Berlín Dissexuality Therapy Program, BEDIT (Beier, 2013), el cual examina los sistemas de apego y se enfoca en la creación de relaciones personales funcionales con adultos, la congruencia emocional y el entrenamiento en habilidades sociales con adultos. Alternativamente, se podría aplicar el Modelo de las Buenas Vidas (Ward y Brown, 2004), buscando actividades significativas para el sujeto donde pudiera relacionarse con adultos y crear una red de apoyo.

Además, se sugiere realizar intervenciones terapéuticas enfocadas a identificar experiencias previas de victimización y su posible conexión con la conducta delictiva (Seto y Lalumière, 2010; Willis, 2014). En el caso presentado, el participante reveló haber experimentado conductas sexuales de otros menores hacia él en repetidas ocasiones durante su infancia y a una edad muy temprana. Quizás sería pertinente analizar si estas experiencias pueden considerarse una victimización previa y si influyeron en sus conductas delictivas posteriores, ya que en ese caso podrían considerarse un factor de riesgo para la reincidencia de delitos cometer delitos sexuales contra menores (Willis, 2014). Por lo tanto, sería recomendable aumentar la conciencia sobre el pasado, su impacto y los factores que desencadenan la conducta delictiva.

En el ámbito sexual, dado que las personas pueden experimentar sentimientos de incompreensión y desesperanza (Heasman y Foreman, 2019), se pueden generar profundos sentimientos de soledad. Como se ha mencionado anteriormente, la soledad puede favorecer la reincidencia (Herrero, 2013). Por ello, puede ser beneficioso primero llevar a cabo una psicoeducación para aumentar el autoconocimiento y la información sobre pedofilia con el fin de disminuir el malestar, aspecto clave en las terapias internacionales como el BEDIT (Beier et al., 2021) que no está contemplado en el PCAS. De hecho, PCAS utiliza técnicas de modificación del impulso sexual que ya han demostrado no ser eficaces, por ejemplo, la terapia aversiva (Alempijevic et al., 2020, Trispiotis y Purshouse, 2021).

Este tipo de cambios en la intervención van dirigidos a que el individuo comprenda tres aspectos principales: su atracción sexual por menores no es elegida y no está sujeta a modificación (Beier, 2013; Seto, 2017); es necesario que acepte este interés sexual haciendo hincapié en la idea de que aceptar no implica aprobar, sino la asunción de que su preferencia es invariable (Herrero, 2018), y que sus actos generan daño a las

víctimas; y por último distinguir entre los términos de pedofilia y pederastia para considerar la posibilidad de aceptar la atracción comprometiéndose a no llevarla a cabo. La Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 2015) podría ser útil para que el sujeto acepte su realidad mientras mantiene un compromiso de evitar conductas de riesgo y la reincidencia (Blagden et al., 2018). También se propone el uso de estrategias de prevención que se basen en el Modelo de Prevención de Recaídas (Prochaska y Diclemente, 1984) y el Modelo de Buenas Vidas (Ward y Brown, 2004). Estas necesidades de intervención se muestran en el caso anteriormente presentado, el cuál mostró desconocimiento sobre su propia preferencia sexual. El PCAS actualmente no aborda estos aspectos que resultan clave para la reinserción de los internos con pedofilia y para evitar la reincidencia.

Además, se recomienda comprender la motivación sexual subyacente a la diversidad parafilica identificando la secuencia en la que se desarrollan las fantasías sexuales para evitar la dinámica abusiva. En el caso presentado, el interno admitió la presencia de fantasías pedófilas en la actualidad y haber realizado conductas zoofílicas en el pasado, con motivaciones y dinámicas similares a los llevados a cabo durante la agresión sexual a menores. Por ello, parece necesario trabajar retrospectivamente en aspectos como el momento en que surgen las fantasías y las emociones asociadas (Beier, 2013), así como desarrollar estrategias para identificar y controlar los comportamientos que siguen a las fantasías sexuales (Beier, 2013; Hernández, 2018). Al igual que con las cogniciones de apoyo el delito, con las fantasías sexuales ocurre algo similar. El estigma asociado a este interés sexual (Heasman y Foreman, 2019; Jahnke y Hoyer, 2013) puede generar rechazo e incluso conflictos dentro del grupo de tratamiento cuando se incluyen personas que no presentan pedofilia, por lo que puede resultar más beneficioso para la intervención que se lleve a cabo de forma separada.

También se considera importante detectar e intervenir sobre las conductas disexuales (Beier et al., 2021), ya que, aunque no impliquen una conducta abusiva, pueden ser reforzantes para el individuo y acercarlo a una potencial situación delictiva. En el caso presentado, se identificaron conductas disexuales que servían como sustitutos a la agresión sexual “*la sentencia se había centrado en los tocamientos en los genitales*” “*todo era erótico, todo era amor: las caricias de la espalda también*”. Estas conductas no se abordan en el PCAS y sería beneficioso incorporarlas. En primer lugar, sería necesario psicoeducar sobre este tipo de comportamientos. En segundo lugar, identificarlos y aprender a evitarlos a través de la sensibilización del individuo, el control de impulso y el Modelo de las Buenas Vidas (Ward y Brown, 2004), haciéndole consciente de que le pueden aproximar a una situación delictiva.

Finalmente, la visualización de material de abuso infantil es un factor de riesgo para la reincidencia (Herrero et al., 2021) y no contribuye a la toma de conciencia sobre el daño ocasionado a las víctimas. En el caso expuesto, el participante reconoció haber consumido este tipo de material y lo encontraba gratificante. Por ello, se sugiere incluir en la intervención estrategias empleadas en el Programa Fuera de la Red. (Herrero et al., 2015). Una propuesta es incorporar en el PCAS el Módulo 5 del Manual del Profesional (Herrero et al., 2015) para trabajar la empatía con las víctimas y el Módulo 8 del mismo manual para disminuir y eliminar el visionado de material abusivo infantil.

La presente propuesta de intervención dirigida a agresores sexuales primarios se basa en evidencia científica y en la experiencia internacional con población pedófila en el contexto comunitario. Además, se adecúa a las necesidades mostradas en el caso presentado de un interno que cumplía condenado por un delito de agresión sexual a menores y que, además, presentaba pedofilia. Puesto que se trata de un estudio teórico, se anima a los investigadores a la realización de estudios empíricos con población

pedófila en contextos penitenciarios, con el objetivo de evidenciar la presencia de factores concretos que requieran de un tratamiento específico.

CAPÍTULO 7: Discusión y conclusiones

7.1 Discusión general

En la presente tesis doctoral se pretendía proporcionar una base empírica para recomendar ajustes y mejoras en el Programa de Control de la Agresión Sexual en los centros penitenciarios españoles. El propósito es reducir la reincidencia, promover la rehabilitación efectiva de los agresores sexuales y, sobre todo, evitar y prevenir la agresión sexual infantil.

Para cumplir este objetivo se llevaron a cabo dos estudios, por un lado, el primer estudio tenía como objetivo describir y comparar las características a nivel psicológico (autoestima y negación del delito), a nivel sexual (fantasías sexuales) y a nivel cognitivo (cogniciones de apoyo al delito) entre los agresores sexuales de menores, agresores sexuales de adultos. Y valorar si resulta necesario elaborar un tratamiento específico para los agresores sexuales de menores y aportar las modificaciones necesarias para actualizar el PCAS y dirigirlo a intervenciones separadas.

El segundo estudio pretendía, por un lado, justificar las necesidades de intervención de personas con pedofilia a través del estudio de un caso. Por otro lado, diseñar una propuesta de una intervención específica para la pedofilia en el entorno penitenciario basada en la evidencia científica disponible y complementaria al Programa de Control de la Agresión Sexual.

Los hallazgos derivados del primer estudio mostraron diferencias en la autoestima entre los grupos de estudio, siendo los agresores sexuales de menores los que presentaron niveles más altos, resultado contrario a lo esperado. En cuanto a la variable asunción del delito, se encontró que el grupo que tenía una mayor tendencia a negar el delito cometido fueron los agresores sexuales de adultos. Además, se halló relación entre las variables, es

decir, aquellos participantes que tenían la autoestima más baja eran los que tenían una mayor tendencia a negar el delito. Esta relación puede deberse a que la negación del delito tiene una función protectora de la autoestima, como se muestra en las investigaciones (Lord y Willmot, 2004). La negación del delito, aunque algunos autores consideran que no es un factor de riesgo de reincidencia (Woodyatt y Wenzel, 2013), produce muchas dificultades en el proceso terapéutico. Por ello, algunos programas de tratamiento como Rockwood (Marshall et al., 2008) ofrecen un programa específico para trabajar con los participantes que se encuentran en este punto de negación o permiten que los negadores del delito estén presentes en las sesiones, ya que compartir espacio puedes ayudarles a cambiar su actitud como es en el caso del programa de *The Kia Marama Sex Offender Treatment Programme New Zealand* (Hudson et al., 1998). Por tanto, una propuesta que puede incluirse en el PCAS es un módulo inicial en el que se pueda reducir la negación a través del aumento de la autoestima de sus participantes, para que puedan tener un nivel mínimo de autoestima que les permita aceptar el delito sexual cometido. Además, la mejora de la autoestima puede ayudar al desarrollo de habilidades que favorezcan un mayor nivel de bienestar y al aprendizaje de otras habilidades que se trabajarán en los módulos siguientes (Marshall y O'Brien, 2013), como propone el Modelo de las Buenas Vidas (Ward y Brown, 2004). Tomando como referencia el Programa Rockwood (Marshall y O'Brien, 2013), este módulo inicial tendría como objetivo generar vínculo con los participantes y que vean el tratamiento como un espacio de confianza. Para ello, una estrategia es tratar temas que no resulten amenazantes para los participantes que se encuentran en fase de negación del delito, pero que resulten beneficiosos para ellos mismos, como por ejemplo la autoestima. Además, sería importante que en este módulo inicial los terapeutas adquieran un rol empático, cercano y algo directivo. Este enfoque permitiría a los participantes ir asumiendo progresivamente el delito, lo cual es necesario

para la consecución de los objetivos de los próximos módulos. Según un estudio reciente (Martínez et al., 2024), en el que se entrevistaron a 45 profesionales que implementan el PCAS en centros penitenciarios, Centros de Inserción Social o entidades externas para conocer su experiencia con el programa. Uno de los profesionales señaló:

“La estructura del PCAS tal cual está publicada creo que no la he seguido nunca. Empezar con métodos de relajación me parece bastante complicado. En mi experiencia como profesional me resulta raro decir “Te vas a relajar, vas a controlar la respiración” cuando él no sabe ni de qué se va a relajar, ni sabe cómo se encuentra por dentro, ni entiende el funcionamiento de las emociones como algo que le puede alterar. Empezar con una parte más orientada a cohesión de grupo, como por ejemplo un debate grupal sobre temas un poquito más superficiales, que se puedan conocer. Ahí bajan mucho las preocupaciones que tienen respecto al grupo” (p.42).

De hecho, otro profesional indica que invierte 10-15 sesiones para bajar las resistencias de los participantes. Esto muestra que, en muchos casos, lograr un compromiso genuino con el tratamiento por parte de los participantes requiere tiempo, además de un enfoque gradual que permita abordar defensas y actitudes negadoras de manera eficaz, como se ha propuesto.

En cuanto a los hallazgos encontrados sobre las cogniciones de apoyo al delito, no se encontraron diferencias en el RAPE ni en el SWCH entre los agresores sexuales de adultos y menores. Estos resultados fueron contrarios a lo esperado, ya que parte de la literatura apuntaba que las cogniciones de apoyo al delito estarían relacionadas con el delito sexual cometido (Feelgood, 2005). Dado que las cogniciones de apoyo al delito no difieren entre tipos de agresores, sería útil desarrollar programas de tratamiento que aborden las cogniciones delictivas de manera más individualizada, considerando factores

personales y contextuales y trabajar con ejemplos concretos que presenten los participantes.

En relación con las fantasías sexuales, se encontró que los agresores sexuales de menores presentaban fantasías sexuales con menores, mientras que los agresores de adultos presentaron fantasías sexuales relacionadas con el uso de esposas y látigos. Sin embargo, cuando se analizaron las cogniciones de apoyo al delito en función de las fantasías sí se encontraron diferencias significativas. Por un lado, en la escala RAPE se encontraron puntuaciones significativamente más altas en aquellos participantes que presentaron fantasías sexuales con niñas y con un familiar menor de edad, en concreto, en el factor Justificación. Este resultado puede deberse a que los participantes respondieron a las cogniciones de apoyo a la ofensa sobre la agresión sexual sin tener en cuenta la edad de la víctima femenina a la que se refieren los ítems del instrumento (Bumby, 1996). De ser así, este hecho resulta interesante, ya que nos indica que cuando los participantes pensaban conductas sexuales abusivas, exclusivamente pensaban en el tipo de víctima con el que se fantasea o por la que se siente atracción sexual.

Por otro lado, en la escala SWCH, los participantes de la muestra que presentaron fantasías sexuales con menores (en concreto con niños, adolescentes, familiares menores), independientemente del tipo de delito cometido, obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que aquellos que no presentaron estas fantasías. Estos hallazgos coinciden con la investigación de Eberhaut et al. (2022), quienes encontraron que las cogniciones de apoyo al delito de agresión sexual infantil eran más frecuentes en individuos condenados por delitos sexuales con pedofilia que en aquellos sin este tipo de interés sexual. En esta línea, podría considerarse que, aunque las cogniciones de apoyo al delito por sí solas no constituyan necesariamente un factor de riesgo, cuando se combinan con fantasías sexuales hacia menores, pueden convertirse en un elemento que precipite

un delito sexual. Por lo tanto, es fundamental seguir investigando el papel de estas cogniciones, ya que parecen estar vinculadas a las fantasías, una variable clave en la intervención con personas condenadas por agresión sexual.

Por tanto, con todos los hallazgos encontrados sobre las diferencias entre agresores sexuales de adultos y de menores, se destacan las diferencias en la autoestima y en la negación del delito, las diferencias en las fantasías sexuales y con ellas, las diferencias en las cogniciones de apoyo al delito. De este modo, se anima a que el PCAS incluya intervenciones focalizadas en las diferentes fantasías sexuales y en las cogniciones de apoyo al delito asociadas de forma diferenciada entre los grupos de agresores, dado que, como ya se ha mencionado, puede resultar difícil que los participantes, en concreto, los que tienen fantasías sexuales con menores, expresen y hablen sobre estas fantasías en un grupo en el que no todos presentan estas fantasías y existe un estigma relacionado (Jahnke y Hoyer, 2013). Además, en *The Kia Marama Sex Offender Treatment Programme New Zealand* que es un programa dirigido exclusivamente a condenados por delitos sexuales hacia menores, se aprecia que después de las sesiones los participantes continúan debatiendo sobre aspectos trabajados en el programa, lo cual no sucede cuando comparten grupo con condenados por otros delitos (Hudson et al., 1995). Esto refleja que encuentran en el grupo un espacio donde poder expresarse y comunicar sus vivencias. La implementación de tratamientos diferenciados podría ser útil para que los participantes aborden sus fantasías sexuales y eviten llevarlas a la práctica, dado que se ha observado que las fantasías sexuales desempeñan un papel significativo en la comisión de delitos sexuales.

Retomando el estudio de Martínez y colaboradores (2024) sobre las experiencias con la implementación del PCAS, varios profesionales han identificado diferencias en los agresores en relación con la edad de sus víctimas, en cuanto a la honestidad y al estigma.

En relación con la honestidad, los profesionales perciben que los condenados por delitos sexuales de menores tienen una mayor tendencia a reconocer el delito, que los condenados por delitos sexuales de adultos, lo cual concuerda con los datos obtenidos en la presente investigación. Además, añaden:

“Yo creo que tiene un mayor nivel de reconocimiento cuando es un abuso hacia menores que hacia personas adultas. El perfil de agresión hacia mujeres adultas tiene una mayor hostilidad, más resistencias, una violencia que es más manifiesta”
(P7) (p.45).

“Los grupos de mayores siempre tienen como de disculpa “pero en nuestro caso no ha sido hacia menores”. Justificando que siempre hay un delito peor que el suyo”
(P6) (p.45).

Estos testimonios muestran tendencias distintas sobre el nivel de reconocimiento y además reflejan que los condenados por delitos sexuales contra adultos justifican o minimizan la gravedad de su delito indicando delitos más graves. Estos testimonios reflejan que ambos grupos presentan características particulares.

En cuanto al estigma, detectan que existen más prejuicios hacia condenados por delitos sexuales a menores, incluso dentro del grupo. De hecho, la mayor parte de los profesionales de la encuesta destacan la importancia de separar estos dos grupos. Algunos profesionales han comenzado a dividir a los agresores según la edad de la víctima o a personalizar las tareas, lo cual permite abordar de manera más precisa las necesidades específicas, como el impacto en la víctima menor de edad, así como trabajar habilidades sociales y de relación como se refleja en estos testimonios (Martínez et al., 2024):

“Esta separación me parece interesante a la hora de abordar más en detalle los factores de riesgos específicos. Es decir, con los agresores a menores vas a trabajar mucho más el daño que supone en la infancia la interrupción de la sexualidad por parte de un adulto. En el grupo de personas que han agredido a adultos focalizarás la intervención en cómo se han relacionado normalmente con la sexualidad” (P6) (p.46).

“Yo lo que trato de hacer en las sesiones es individualizar las tareas que se llevan a casa. Hago tareas personalizadas y así, por ejemplo, puedo trabajar aspectos distintos en un sujeto que ha agredido a una menor que en otro que ha agredido a su exmujer” (P8) (p.46).

Estos testimonios reflejan la necesidad de crear grupos de tratamiento específico dónde poder trabajar aspectos concretos de cada grupo delictivo. En concreto y derivado de la presente investigación un aspecto fundamental a trabajar de forma diferenciada son las fantasías sexuales y las cogniciones de apoyo al delito.

El estudio teórico nos muestra que la presencia de pedofilia es una característica frecuente de los agresores sexuales de menores y dado que presentan menor adherencia al tratamiento (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021) y mayores tasas de reincidencia (Sousa et al., 2023), es preciso un abordaje concreto. Por ello, resulta necesario, en primer lugar, conocer detalladamente cuáles son las necesidades de esta población para, en segundo lugar, elaborar un programa de tratamiento adecuado y adaptado a dichas necesidades, como se detalla en el estudio. Estos aspectos actualmente no están contemplados en el PCAS y los profesionales que lo implementan han detectado (Martínez et al., 2024):

“Hay que abordar esas preferencias sexuales, ese comportamiento parafilico. Es muy importante para ellos el poder gestionar esa parte que tiene que ver con su sexualidad y, desde la óptica que yo trabajo, no van a poder cambiar porque ellos no lo han elegido, pero pueden aprender a gestionarlo” (P5) (p. 50).

“El programa no aborda el tema de las parafilias y desviaciones sexuales. Ellos lo viven como “tengo esta desviación que no sé gestionar que choca con mis valores morales”. Lo viven como una dualidad entre un lobo bueno y un lobo malo que al final condiciona su manera de relacionarse con los demás” (P2) (p. 50).

Estos testimonios concuerdan con aspectos que le ocurrían al individuo del caso del estudio teórico, como por ejemplo desconocimiento sobre su propia preferencia sexual (*“si algún día podría curarse y si podría llegar a desear a personas adultas”*), no saber gestionar la propia preferencia sexual que va en contra de los valores (*“¿Por qué disfruto de algo que es horrible”?*).

Por tanto, una propuesta basada en la Terapia BEDIT (Beier et al., 2013), es incorporar, en el “Módulo B4. Educación sexual”, conocimientos sobre la pedofilia y sobre la aceptación y motivación al cambio, contenidos de los módulos 1, 2a y 2b de la terapia BEDIT. Se trata de que los participantes conozcan su preferencia sexual y sus componentes bio-psico-sociales. También es necesario explicar que su preferencia no es modificable mediante tratamiento y el único objetivo de cambio será enfocado a su comportamiento. En este punto puede ser beneficioso utilizar la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 2015). Por un lado, para que acepten su preferencia sabiendo que no pueden cambiarla y que actuarla supone causar daño a menores, haciendo hincapié en que aceptar no significa aprobar (Beier et al., 2013). Por otro lado, el ACT es beneficioso para que en función de los valores personales se comprometan a no agredir sexualmente

a un menor. También resulta necesario, ofrecer información sobre las conductas disexuales, que cada participante sea capaz de identificarlas (Beier et al., 2013) y que desarrollen estrategias positivas para situaciones de riesgo como promueve el Modelo de las Buenas Vidas (Ward y Brown, 2014).

En el Módulo 5b. Control y modificación del impulso sexual, podría resultar beneficioso incorporar los contenidos del Módulo 5 de la Terapia BEDIT (Beier et al., 2013) en el que se aborden las fantasías sexuales de los participantes, tomando conciencia de ellas, analizando los recursos de los participantes para controlar sus impulsos sexuales. En este módulo se pueden seguir trabajando los mecanismos de minimización, negación y racionalización de las fantasías y conductas sexuales y si los participantes presentan diversidad parafilica, se puede explorar la motivación sexual subyacente, para, si es necesario, desarrollar estrategias positivas para situaciones de riesgo.

Como se menciona en la propuesta de intervención del estudio teórico, también es importante que se atienda a la victimización en la infancia como refleja el caso presentado y verbalizan los profesionales que implementan el PCAS (Martínez et al., 2024). Por lo que resultaría adecuado invertir un número determinado de sesiones a evaluar la existencia de victimización traumática, especialmente sexual y detectar posibles consecuencias de la victimización sobre la conducta. Dada la complejidad de la experiencia traumática, este tema puede trabajarse en grupo cuando exista un número elevado de participantes que hayan experimentado victimización en su infancia o en formato individual.

Todo esto resalta la importancia de implementar intervenciones diferenciadas, dado el estigma que existe en el grupo hacia los agresores sexuales de menores. Además, se sugiere la inclusión de un módulo inicial que fomente la cohesión grupal y aborde

aspectos como la autoestima, lo cual puede facilitar la aceptación del delito. También es fundamental atender las necesidades específicas de los internos con pedofilia e incorporar contenidos apropiados para abordar estas necesidades.

7.2 Limitaciones de la investigación

En cuanto a las limitaciones de la investigación, en primer lugar, se destaca que este estudio es un diseño transversal, lo que implica que se recogió información de los participantes en un punto específico del tiempo sin intervención experimental. Por lo tanto, no es posible inferir causalidad, ya que esto requeriría control de la covarianza entre variables, establecimiento de precedencia temporal de la variable independiente y descarte de explicaciones alternativas, entre otros aspectos.

En segundo lugar, la selección de la muestra no fue aleatoria, sino que se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia debido a las restricciones de seguridad de los centros penitenciarios. Como ya se ha mencionado en el procedimiento del estudio empírico, fueron los profesionales de los centros penitenciarios los que nos dieron acceso a los participantes. Del mismo modo, el tamaño de la muestra es más reducido de lo deseado debido a la dificultad de acceso a la población de estudio. Además, en el momento de la recogida de datos las medidas de acceso a los centros penitenciarios debido a la pandemia del COVID-19 fueron más restringidas por lo que supuso la obtención de una muestra más reducida aún. Sin embargo, las características sociodemográficas y penales, a excepción de los antecedentes penales, de las personas condenadas por delitos sexuales contra menores de nuestra muestra fueron muy similares a las obtenidas en el estudio Del Real (2019). En este estudio se analizaron 945 sentencias de delitos de agresiones sexuales contra menores en España en 2017, aunque no se ha realizado un estudio similar con personas condenadas por delitos sexuales contra adultos,

nuestra muestra presenta características similares a otras poblaciones penitenciarias en España, como se puede observar en la Tabla 8.

Tabla 8

Comparación de los datos sobre personas condenadas por delitos sexuales contra menores del estudio de Del Real (2019) y de la presente investigación.

	Nacionalidad española	No antecedentes penales	Media edad	Estado civil (casado o cohabitante)	Estado civil (soltero)	Número de víctimas	Edad media de las víctimas
Del Real, 2019	71%	61%	37	42.9%	42.8%	1.53	12.0
Nuestro estudio	50%	92.3%	41.79	38.4%	42.3%	2.05	12.75

Del mismo modo, a pesar del tamaño reducido de la muestra, éste es similar a la de otras investigaciones en estas áreas de estudio. En algunos estudios (Fernández y Marshall, 2003; Marshall et al., 1995; Marshall et al., 1999) sobre la autoestima las muestras contaban con 46-54 participantes. En investigaciones sobre cogniciones de apoyo al delito las muestras fueron de 69 participantes Bumby, 1996; o 20 participantes en el caso de la investigación de Castro et al., 2009. Por último, las investigaciones sobre fantasías sexuales contaron con 40 participantes (Baić et al., 2019) y 24 participantes en la investigación de Gee et al., 2004).

En cuanto a las limitaciones del estudio empírico, dado que se trata de un diseño transversal, no es posible asegurar la direccionalidad de nuestros efectos. Las relaciones entre las variables (cogniciones de apoyo al delito y fantasías sexuales) y el tipo de delito podrían ser más complejas, ya que aún se desconoce si las cogniciones de apoyo al delito surgen antes o después de la comisión del delito, actuando como factor precipitante o como resultado de disonancia cognitiva, respectivamente (Trabazo y Azor, 2009). Del mismo modo, podría plantearse que la evaluación de la autoestima y de la negación del delito con un solo ítem es una limitación. Sin embargo, los instrumentos de medida de

estas variables son adecuadas (Ang y Eisend, 2018; Domínguez-Lara, 2020; Robins et al., 2001; Rossiter, 2011).

Otra limitación es que este estudio proporciona información sobre la presencia o ausencia de fantasías sexuales, pero no aborda la frecuencia de estas fantasías. Sería crucial que futuras investigaciones examinen la frecuencia de las fantasías, ya que esto podría ser significativo para entender la relación entre las cogniciones de apoyo al delito y los delitos sexuales.

De manera similar, otra limitación del estudio empírico es que no se pudo comprobar la veracidad de los autoinformes entregados por los participantes, aunque se consideró que los niveles de sesgo de deseabilidad social eran bajos, ya que los participantes compartieron mucha información íntima especialmente del área sexual. Además, se tomaron precauciones para asegurar que ningún guardia estuviera presente durante las entrevistas y no se ofreció ninguna recompensa por la participación en la investigación. Asimismo, es importante interpretar los resultados con precaución, ya que, como señalan Gannon et al. (2007), los participantes podrían haber respondido de forma distinta en los cuestionarios sobre cogniciones que respaldan el delito debido a la forma en que estaba redactada la escala.

En relación con el estudio teórico, su principal limitación radica en que se centra en un único participante para ilustrar las necesidades específicas de los agresores sexuales con pedofilia. A pesar de esto, lograr la autorrevelación de pedofilia en participantes dentro de una investigación es complejo. Aunque la intervención no se realiza en este caso específico, el enfoque propuesto se basa en prácticas consolidadas en Europa.

7.3 Futuras líneas de investigación

En cuanto a las futuras líneas de investigación derivadas de esta Tesis Doctoral, en primer lugar, dada la relación encontrada entre la autoestima y la asunción del delito se propone que, en el tratamiento de agresores sexuales, tanto de adultos como de menores, se lleven a cabo intervenciones focalizadas en el autoconcepto de los participantes al inicio del PCAS. De este modo, se podría facilitar la asunción de la responsabilidad en aquellos participantes que se encuentren negación. También se anima a la comunidad científica a continuar esta línea de investigación y realizar estudios diferenciando a los agresores sexuales de adultos y de menores, teniendo en cuenta, además, la presencia o no de pedofilia en los sujetos y desagregando la muestra con base en esta variable, dadas las diferencias en el manejo psíquico y tratamental que hemos encontrado.

Debido a las limitaciones anteriormente mencionadas, resulta necesario ahondar en la relación entre las fantasías sexuales y las cogniciones de apoyo al delito, con el objetivo de dar respuesta a los debates planteados en este campo dado que esta línea de investigación puede contribuir de manera significativa para el tratamiento de los agresores sexuales.

Por último, la propuesta de intervención para internos con pedofilia ha sido diseñada basada tanto en literatura científica como en experiencias terapéuticas internacionales con esta población. Sin embargo, se trata de un estudio teórico, por ello, alentamos a la comunidad científica a llevar a cabo estudios empíricos con personas con pedofilia en prisión, con el fin de confirmar o refutar la existencia de factores específicos de atención en esta población y evaluar la eficacia de un programa individual complementario al PCAS.

7.4 Conclusiones finales

Los hallazgos de esta investigación resaltan la necesidad de adaptar el Programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS) en los centros penitenciarios españoles mediante la implementación de tratamientos específicos para los agresores de menores y adultos. Las diferencias significativas entre ambos grupos, especialmente en las variables de autoestima, negación del delito, fantasías sexuales y cogniciones de apoyo al delito, sugieren que un enfoque único es insuficiente para abordar adecuadamente las necesidades específicas de cada grupo y reducir la reincidencia.

Por un lado, los resultados revelan que los agresores sexuales de menores suelen tener una mayor autoestima y muestran menos negación de su delito en comparación con los agresores de adultos. Además, aquellos con fantasías sexuales hacia menores obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en escalas de cogniciones de apoyo al delito, lo que subraya el papel que desempeñan las fantasías sexuales en la comisión de delitos sexuales y la necesidad de intervenciones diferenciadas en este ámbito.

Por otro lado, el estudio teórico plantea un programa de intervención específico para personas con pedofilia, un enfoque que permitiría trabajar no solo el control de impulsos sexuales, sino también la aceptación y comprensión de sus preferencias, con un enfoque en la reducción de riesgos y el compromiso hacia valores personales que excluyan la agresión sexual.

Por tanto, esta investigación no solo subraya la importancia de crear grupos específicos de tratamiento donde los participantes puedan explorar sus vivencias sin el estigma asociado, sino también de desarrollar un módulo inicial que refuerce la cohesión grupal y trabaje la autoestima y la aceptación del delito en un entorno de confianza. Además, sería necesario incorporar contenidos basados en evidencia científica, con el

objetivo de abordar las necesidades de los internos con pedofilia sobre todo en los Módulos 4b y 5b. De este modo, la inclusión de estos componentes diferenciados y focalizados podría mejorar la adherencia al tratamiento y reducir la reincidencia, con especial énfasis en la protección de menores y en la prevención de la violencia sexual.

REFERENCIAS

- Abel, G. G., Becker, J. V., y Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, 7(1), 89–103. [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(84\)90008-6](https://doi.org/10.1016/0160-2527(84)90008-6)
- Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camps, N., Becker, J. V., y Rathner, J. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters. *Annals of Sex Research*, 2, 135-152. <https://doi.org/10.1007/BF00851319>
- Alempijevic, D., Beriashvili, R., Beynon, J., Birmanns, B., Brasholt, M., Cohen, J., y Viera, D. N. (2020). Statement on conversion therapy. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 72, 101930. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.101930>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.
- Andrews, D. A., y Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. Routledge.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., y Cullen, F. T. (2012). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. In *The Philosophy and Practice of Corrections* (pp. 9-44). Routledge.
- Ang, L., y Eisend, M. (2018). Single versus multiple measurement of attitudes: A meta-analysis of advertising studies validates the single-item measure approach. *Journal of Advertising Research*, 58(2), 218-227. <https://doi.org/10.2501/JAR-2017-001>
- Arkowitz, S., y Vess, J. (2003). An evaluation of the Bumby RAPE and MOLEST scales as measures of cognitive distortions with civilly committed sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(4), 237-249. <https://doi.org/10.1023/A:1025039809300>
- Baić, V., Lajić, O., y Ivanović, Z. (2019). Sexual fantasies of the rapists. *Trames: A Journal of the Humanities and Social Sciences*, 23(4), 439-454. <https://doi.org/10.3176/tr.2019.4.04>

- Baker, J. (2021). Pedophilia and Sexual Orientation. *Kwantlen Psychology Student Journal*, 122-131. <https://journals.kpu.ca/index.php/KPSJ/article/view/1479>
- Balance de Criminalidad (2023). Secretaría de Estado de Seguridad. Ministerio del Interior. Gobierno de España. Recuperado de: <https://www.interior.gob.es/opencms/export/sites/default/.galleries/galeria-de-prensa/documentos-y-multimedia/balances-e-informes/2023/Balance-de-Criminalidad-Tercer-Trimestre-2023.pdf>
- Bandura, A. (1999). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personality and social Psychology Review*, 3(3), 193-209. https://doi.org/10.1207%2Fs15327957pspr0303_3
- Bartels, R. M., Beech, A. R., y Harkins, L. (2021). Understanding Sexual Thoughts and Sexual Fantasizing: The Dual-Process Model of Sexual Thinking. *Sexual deviance: Understanding and managing deviant sexual interests and paraphilic disorders*, 53-66. <http://doi.org/10.1002/9781119771401>
- Bartels, R. M., y Gannon, T. A. (2011). Understanding the sexual fantasies of sex offenders and their correlates. *Aggression and Violent Behavior*, 16(6), 551-561. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.08.002>
- Beauregard, E., Chopin, J., y Andresen, M. (2023). Modus operandi in sexual assaults of female strangers does not change over time. *Sexual Abuse*, 35(5), 596-623. <https://doi.org/10.1177/10790632221139174>
- Beauregard, E., Lussier, P., y Proulx, J. (2005). The role of sexual interests and situational factors on rapists' modus operandi: Implications for offender profiling. *Legal and Criminological Psychology*, 10(2), 265-278. <https://doi.org/10.1348/135532505X36110>
- Becerra García, J. A. (2013). ¿Existe un perfil característico de psicopatología de la personalidad en pedofilia?. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (105), 5.

- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa S.A.
- Beech, A., Beckett, R. C., y Fisher, D. (1998). *STEP 3: An evaluation of the prison sex offender treatment programme*. Home Office.
- Beech, A., Fisher, D., y Ward, T. (2005). Implicit theories in sexual murderers. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1366–1389. <https://doi.org/10.1177/0886260505278712>
- Beier, K. M. (2013). *BEDIT–The Berlin Dissexuality Therapy Program*. Institute of Sexology and Sexual Medicine. ISBN 978-3-00-043767-0.
- Beier, K. M., Gieseler, H., Ulrich, H., Scherner, G., y Schlinzig, E. (2021). The Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD) in K. Beier (Ed.), *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending Against Children: The Berlin Dissexuality Therapy (BEDIT)*, (pp. 43-56). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-61262-7_5
- Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A., y Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *The journal of sexual medicine*, 12(2), 529-542. <https://doi.org/10.1111/jsm.12785>
- Birgden, A. (2020). The treatment and management of child sexual abusers: Applying an evidence-based and ethical approach in the community. In *Child Sexual Abuse* (pp. 605-624). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819434-8.00027-1>
- Birke, J., y Bondü, R. (2023). From fantasy to reality: self-reported aggression-related sexual fantasies predict sexually sadistic behavior beyond indirect and direct measures of sexual preference. *The Journal of Sex Research*, 60(4), 558-573. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.2022588>
- Boer, D. P., Hart, S., Kropp, P. R., y Webster, C. D. (1997). Sexual Risk Violence-20. *Psychological Assessment Resources, Inc.*

- 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, 37–54. <https://doi.org/10.1007/BF02258015>
- Campo-Arias, A., y Herazo, E. (2018). Novedades, críticas y propuestas al DSM-5: el caso de las disfunciones sexuales, la disforia de género y los trastornos parafílicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.008>
- Canadian Journal of Human Sexuality*, 9(3), 167-179.
- Casey, S., Day, A., Howells, K., y Ward, T. (2007). Assessing suitability for offender rehabilitation: Development and validation of the Treatment Readiness Questionnaire. *Criminal justice and behavior*, 34(11), 1427-1440. <https://doi.org/10.1177/0093854807305827>
- Castillo, R. L., y Rangel-Noriega, K. J. (2013). Agresor sexual. Aproximación teórica a su caracterización. *Informes Psicológicos*, 13(2), 103-120.
- Castro, M. E., López-Castedo, A. y Sueiro, E. (2009). Perfil sociodemográfico-penal y distorsiones cognitivas en delincuentes sexuales. *Revista Galego-portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 17(1, 2), 155-166. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2183/7638>
- Chambers, J. C., Eccleston, L., Day, A., Ward, T., y Howells, K. (2008). Treatment readiness in violent offenders: The influence of cognitive factors on engagement in violence programs. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 276–284. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.04.003>
- Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313-29424.

- Crookes, R. L., Tramontano, C., Brown, S. J., Walker, K., y Wright, H. (2022). Older individuals convicted of sexual offenses: A literature review. *Sexual Abuse*, 34(3), 341-371. <https://doi.org/10.1177/10790632211024244>
- De la Rubia, J. M. (2010). Fantasías sexuales en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44(2), 246-255.
- Del Real Castrillo, C. (2020) Infractores, víctimas y características del abuso sexual contra menores en España [Offenders, victims and characteristics of child sexual abuse in Spain], in María José Rodríguez Mesa, Cristina del Real Castrillo y Diego J. Maldonado Guzmán (Eds.) Pederastia. Análisis jurídico-penal, social y criminológico. Aranzadi URL: <http://hdl.handle.net/10498/22785>
- Dickey, R., Nussbaum, D., Chevolleau, K., y Davidson, H. (2002). Age as a differential characteristic of rapists, pedophiles, and sexual sadists. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(3), 211-218. <https://doi.org/10.1080/009262302760328253>
- Dietz, P. (2020). Denial and minimization among sex offenders. *Behavioral Sciences & the Law*, 38(6), 571-585. <https://doi.org/10.1002/bsl.2493>
- Domínguez-Lara, S. (2020). Primeras evidencias de validez y confiabilidad de la Single-Item Self-Esteem Scale (SISE) en universitarios peruanos. *Educación Médica* 21(1) 63-64. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.11.007>
- Drapeau, M. (2005). Research on the processes involved in treating sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(2), 117-125. <https://doi.org/10.1007/s11194-005-4599-5>
- Duwe, G. y Goldman, R.A., (2009). The impact of prison-based treatment on sex offender recidivism: Evidence from Minnesota. *Sexual Abuse*, 21(3), 279-307.

- Dyshniku, F. (2014). Effect of deviant sexual fantasies on aberrant sexual behaviours. *Electronic Theses and Dissertations*. 5024. University of Windsor. <https://scholar.uwindsor.ca/etd/5024/>
- Eberhaut, S., Schmidt, A. F., Banse, R., y Eher, R. (2022). Child Abuse Myths are Pedophilic Myths: Cognitive Distortions are Stronger in Individuals Convicted of Sexual Offenses Diagnosed with Pedophilia Compared to Those Without Such Diagnosis. *Deviant Behavior*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/01639625.2022.2132548>
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2021). *Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses*. Ariel.
- Echeburúa, E., Muñoz, J. M., y Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 141-159.
- Eher, R. (2016). The forensic relevance of paedophilia in the assessment of child molesters. *The Wiley Handbook on the Theories, Assessment and Treatment of Sexual Offending*, 863-875. <https://doi.org/10.1002/9781118574003.wattso040>
- Eher, R., Olver, M. E., Heurix, I., Schilling, F., y Rettenberger, M. (2015). Predicting reoffense in pedophilic child molesters by clinical diagnoses and risk assessment. *Law and Human Behavior*, 39, 571-580. <https://doi.org/10.1037/lhb0000144>
- Eher, R., Rettenberger, M., y Turner, D. (2019). The prevalence of mental disorders in incarcerated contact sexual offenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(6), 572-581. <https://doi.org/10.1111/acps.13024>
- Feelgood, S., Cortoni, F., y Thompson, A. (2005). Sexual coping, general coping and cognitive distortions in incarcerated rapists and child molesters. *Journal of Sexual Aggression*, 11(2), 157-170. <https://doi.org/10.1080/13552600500073657>

- Fernández, Y. M., y Marshall, W. L. (2003). Victim empathy, social self-esteem, and psychopathy in rapists. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(1), 11-26. <https://doi.org/10.1023/A:1020611606754>
- Finkelhor, D. (1984). *Child Sexual Abuse: New theory and research*. Free Press.
- Finkelhor, D. y Browne, W. (1984). *Sexually victimized children*. Free Press.
- Finkelhor, D., y Hotaling, G. T. (1984). Sexual abuse in the national incidence study of child abuse and neglect: An appraisal. *Child Abuse & Neglect*, 8(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(84\)90046-2](https://doi.org/10.1016/0145-2134(84)90046-2)
- Friendship, C., Mann, R. E., y Beech, A. R. (2007). Evaluation of a national prison-based treatment program for sexual offenders in England and Wales. In *Clinical Forensic Psychology and Law* (pp. 291-306). Routledge.
- Gannon, T. A., Keown, K., y Polaschek, D. L. (2007). Increasing honest responding on cognitive distortions in child molesters: The bogus pipeline revisited. *Sexual Abuse*, 19(1), 5-22. <https://doi.org/10.1177/107906320701900103>
- Gannon, T. A., Olver, M. E., Mallion, J. S., y James, M. (2019). Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness. *Clinical psychology review*, 73, 101752. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101752>
- García López, 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 Estudio Socioeducativos*, 7, 184-200. http://dx.doi.org/10.25267/Rev_estud_socioeducativos.2019.i7.13

- García, N., y Pacheco, M. (2012). La construcción subjetiva de las consecuencias del encarcelamiento: el punto de vista del recluso. *Acción psicológica*, 9(2), 21-33. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.2.4101>
- Garrido, V., y Beneyto, M.J. (1996). *El control de la agresión sexual. Un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión y en la comunidad*. Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica.
- Gee, D. G., Devilly, G. J., y Ward, T. (2004). The content of sexual fantasies for sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 315–331. <https://doi.org/10.1023/B:SEBU.0000043326.30841.74>
- Gee, D. G., Ward, T., y Eccleston, L. (2003). The function of sexual fantasies for sexual offenders: A preliminary model. *Behavior Change*, 20, 44–60. <https://doi.org/10.1375/bech.20.1.44.24846>
- Giménez-Salinas Framis, A., Perez Ramirez, M., Gonzalez Alvarez, J. L., y Soto Castro, J. E. (2023). Multiple-Perpetrator and Solo-Offender Sexual Assaults Between Strangers: Differences and Predictive Variables. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 35(4), 465-487. <https://doi.org/10.1177/10790632221120381>
- González, E., Martínez, V., Leyton, C., y Bardi, A. (2004). Características de los abusadores sexuales. *Revista Sogia*, 11(1), 6-14.
- Granda Gonzaga, M. F., y Hernández Rodríguez, Y. de la C. (2021). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la salud mental de mujeres víctimas de violencia sexual. *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias e Investigación*, 5(41), 91–102. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss41.2021pp91-102>
- Gronnerod, C., Gronnerod, J. S., y Grondahl, P. (2015). Psychological treatment of sexual offenders against children: A meta-analytic review of treatment outcome

studies. *Trauma, Violence, and Abuse*, 16(3), 280–290. <https://doi.org/10.1177/1524838014526043>

Haciak, J. J. A. (1993). *Differentiating situational and preference child molesters using a Penile Plethysmograph*. University of Northern Colorado.

Hall, R. C. W., y Hall, R. C. W. (2007). A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clinic proceedings*, 82(4), 457–471. <https://doi.org/10.4065/82.4.457>

Hanson, K. R. y Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.348>

Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., y Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and behavior*, 36(9), 865-891. <https://doi.org/10.1177/0093854809338545>

Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., y Seto, M. C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment*, 14, 169-194. <https://doi.org/10.1023/A:1014624315814>

Hanson, R. K., y Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. In *Clinical Forensic Psychology and Law* (pp. 67-76). Routledge.

Hanson, R. K., y Wallace-Capretta, S. (2000). *Predicting recidivism among male batterers*. Department of the Solicitor General Canada. Retrieved from: <http://205.193.1.8/cnt/rsrscs/pblctns/prdctng-rcdvsm-mng/prdctng-rcdvsm-mng-eng.pdf>.

Hanvey, S., y Höing, M. (2013). A more ethical way of working: Circles of Support and Accountability. *The Wiley-Blackwell Handbook of Legal and Ethical Aspects of Sex*

- Harrison, J. L., O'Toole, S. K., Ammen, S., Ahlmeyer, S., Harrell, S. N., y Hernandez, J. L. (2020). Sexual offender treatment effectiveness within cognitive-behavioral programs: A meta-analytic investigation of general, sexual, and violent recidivism. *Psychiatry, Psychology and Law*, 27(1), 1-25. <https://doi.org/10.1080/13218719.2018.1485526>
- Heasman, A., y Foreman, T. (2019). Bioethical issues and secondary prevention for nonoffending individuals with pedophilia. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 28(2), 264-275. <https://doi.org/10.1017/S0963180119000094>
- Heil, P., English, K., y Hanson, R. K. (2007). *Prison sex offender treatment: Recommendations for program implementation*. California Department of Corrections and Rehabilitation.
- Helmond, P., Overbeek, G., Brugman, D., y Gibbs, J. C. (2015). A meta-analysis on cognitive distortions and externalizing problem behavior: Associations, moderators, and treatment effectiveness. *Criminal Justice and Behavior*, 42(3), 245-262. <https://doi.org/10.1177/0093854814552842>
- Helmus, L., Hanson, R. K., Babchishin, K. M., y Mann, R. E. (2013). Attitudes supportive of sexual offending predict recidivism: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(1), 34-53. <https://doi.org/10.1177/1524838012462244>
- Hermann, C. A., Babchishin, K. M., Nunes, K. L., Leth-Steensen, C., y Cortoni, F. (2012). Factor structure of the Bumby Rape Scale: A two-factor model. *Criminal Justice and Behavior*, 39(7), 869-886. <https://doi.org/10.1177/0093854812436802>
- Hermann, C. A., Nunes, K. L., y Maimone, S. (2018). Examining implicit and explicit evaluations of sexual aggression and sexually aggressive behavior in men recruited online. *Sexual*

Abuse: A Journal of Research and Treatment, 30(5), 484-509.

<https://doi.org/10.1177/1079063216681560>

Hernández, H. S. (2018). Hallazgos neurobiológicos recientes de la pedofilia. *Archivos de Criminología, Seguridad Privada y Criminalística*, 21, 38-43.

Herrero Mejías, Ó., Pérez Ramírez, M., y Negrodo López, L. (2021). Experiencias abusivas en la infancia de delincuentes sexuales con víctimas menores de edad: Implicaciones para la intervención. <http://hdl.handle.net/11531/54057>

Herrero Ó., Pérez M., y Negrodo, L. (2021). Experiencias abusivas en la infancia de delincuentes sexuales con víctimas menores de edad: Implicaciones para la intervención. Ministerio del Interior. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/11531/54057>

Herrero, Ó. (2007). El tratamiento de los agresores sexuales en prisión: promesas y dificultades de una intervención necesaria. *Anuario de Psicología Jurídica*, 17(1), 43-63.

Herrero, O. (2013). ¿Por qué no reincide la mayoría de los agresores sexuales? *Anuario de Psicología Jurídica*, 23(1), 71-77. <https://doi.org/10.5093/aj2013a11>

Herrero, Ó. (2018). *Agresores sexuales. Teoría, evaluación y tratamiento*. Síntesis.

Herrero, O., Negrodo, L., Lila, M., García, A., Pedrón, V., y Terreros, E. (2015). *Fuera la Red: Programa de Intervención frente a la delincuencia sexual con menores en la Red*. Madrid, España: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.

Herrero, O., y Negrodo, L. (2016). Evaluación del interés sexual hacia menores. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 30-40. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2016.04.007>

Honor, G. (2010). Child sexual abuse: Consequences and implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(6), 358-364. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.07.003>

Hudson, S. M., Marshall, W. L., Ward, T., Johnston, P. W., y Jones, R. L. (1995). Kia Marama: A cognitive-behavioural program for incarcerated child molesters. *Behaviour Change*, 12(2), 69-80. <https://doi.org/10.1017/S0813483900004253>

- Hudson, S. M., Wales, D. S., y Ward, T. (1998). Kia Marama: A treatment program for child molesters in New Zealand. In *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (pp. 17-28). Springer US.
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). Estadística de condenados: Adultos. Obtenido de: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/ECAECM2022.htm>
- Jahnke, S., y Hoyer, J. (2013). Stigmatization of people with pedophilia: A blind spot in stigma research. *International Journal of Sexual Health*, 25(3), 169-184. <https://doi.org/10.1080/19317611.2013.795921>
- Jespersen, A. F., Lalumière, M. L., y Seto, M. C. (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: A meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 33(3), 179-192. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.07.004>
- Johnson, S. A. (2015). The role of pornography in sexual offenses: Information for law enforcement & forensic psychologists. *Int. J. Emerg. Ment. Health Hum. Resil*, 17, 239-242.
- Kaplan H. B., Johnson, R. J., y Bailey, C. A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, 110-128. <https://doi.org/10.2307/2786723>
- King, A. R., Kuhn, S. K., Strege, C., Russell, T. D., y Kolander, T. (2019). Revisiting the link between childhood sexual abuse and adult sexual aggression. *Child Abuse & Neglect*, 94, 104022. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104022>
- Knack, N., Winder, B., Murphy, L., y Fedoroff, J. P. (2019). Primary and secondary prevention of child sexual abuse. *International Review of Psychiatry*, 31(2), 181-194. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1541872>

- Lambie, I., y Stewart, M. W. (2003). *Community Solutions for the Community's Problem: An outcome evaluation of three New Zealand community child sex offender treatment programmes*. Auckland University.
- Långström, N., Enebrink, P., Laurén, E. M., Lindblom, J., Werkö, S., y Hanson, R. K. (2013). Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. *Bmj*, *347*. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4630>
- Langton, C. M., y Marshall, W. L. (2001). Cognition in rapists: Theoretical patterns by typological breakdown. *Aggression and Violent Behavior*, *6*, 499–518. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00029-X](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00029-X)
- Lanning, K. V. (2010). *Child molesters: A behavioral analysis for professionals investigating the sexual exploitation of children*. (5th ed.). Alexandria, VA: National Center for Missing & Exploited Children. <http://hdl.handle.net/11212/4660>
- Lanyon, R. I. (1986). Theory and treatment in child molestation. *Journal of Consulting*
- Larsen, J., Hudson, S., y Ward, T. (1995). Evaluation of Attributional Change in a Relapse Prevention Program for Child Molesters. *Behaviour Change*, *12*(3), 127–138. <https://doi.org/10.1017/s0813483900005982>
- Laws, D. R. (2003). The rise and fall of relapse prevention. *Australian psychologist*, *38*(1), 22-30. <https://doi.org/10.1080/00050060310001706987>
- Leach, C., Stewart, A., y Smallbone, S. (2016). Testing the sexually abused-sexual abuser hypothesis: A prospective longitudinal birth cohort study. *Child Abuse & Neglect*, *51*, 144–153. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.024>
- Leitenberg, H., y Henning, K. (1995). Sexual fantasy. *Psychological Bulletin*, *117*(3), 469–496. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.117.3.469>

- Levenson, J. S. (2011). "But I didn't do it!" Ethical treatment of sex offenders in denial. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 23(3), 346-364. <https://doi.org/10.1177/1079063210382048>
- Levenson, J. S., y Macgowan, M. J. (2004). Engagement, denial, and treatment progress among sex offenders in group therapy. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 49-63. <https://doi.org/10.1023/B:SEBU.00000006284.33837.d7>
- Levine, J. A., y Dandamudi, K. (2016). Prevention of child sexual abuse by targeting pre-offenders before first offense. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(7), 719-737. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1208703>
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre de 1979, de Estatuto de Autonomía del País Vasco. Boletín Oficial del Estado, núm. 239, País Vasco, España.
- Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio de 2006, del Estatuto de Autonomía de Cataluña. *Boletín Oficial del Estado*, número 172, Cataluña, España.
- Ley Orgánica del Código Penal 10/1995, de 23 de noviembre de 2022, Boletín Oficial del Estado [BOE] número 281, Madrid, España.
- Ley Orgánica del Código Penal 10/1995, de 30 de marzo de 2015, Boletín Oficial del Estado [BOE] número 281, Madrid, España.
- Lim, Y. Y., Wahab, S., Kumar, J., Ibrahim, F., y Kamaluddin, M. R. (2021). Typologies and psychological profiles of child sexual abusers: An extensive review. *Children*, 8(5), 333. <https://doi.org/10.3390/children8050333>
- Link, E., y Lösel, F. (2021). "Mixed" Sexual Offending Against Both Children and Adults: An Empirical Comparison With Individuals Who Exclusively Offended Against Child or Adult Victims. *Criminal Justice and Behavior*, 48(11), 1616-1633. <https://doi.org/10.1177/00938548211002882>
- Little, C. A., y Byers, E. S. (2000). Differences between positive and negative sexual cognitions.

- Looman, J. (1995). Sexual fantasies of child molesters. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 27(3), 321–332. <https://doi.org/10.1037/0008-400X.27.3.321>
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos* [Child sexual abuse. What adults remember]. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Lord, A., y Willmot, P. (2004). The process of overcoming denial in sexual offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 10(1), 51-61. <https://doi.org/10.1080/13552600410001670937>
- Lösel, F., y Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146. <https://doi.org/10.1007/s11292-004-6466-7>
- Mallion, J. S., Wood, J. L., y Mallion, A. (2020). Systematic review of ‘Good Lives’ assumptions and interventions. *Aggression and violent behavior*, 55, 101510. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101510>
- Mann, R. E., Hanson, R. K., y Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 191–217. <https://doi.org/10.1177/1079063210366039>
- Mann, R. E., y Thornton, D. (1998). The evolution of a multisite sexual offender treatment program. In *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (pp. 47-57). Springer US.
- Mann, R., Webster, S., Wakeling, H., y Marshall, W. (2007). The measurement and influence of child sexual abuse supportive beliefs. *Psychology, Crime and Law*, 13(5), 443-458. <https://doi.org/10.1080/10683160601061141>

- Marion, P., y Felix, M. (1980). From denial to self-esteem: Art therapy with the mentally retarded. *The Arts in Psychotherapy*, 7(3), 201–205. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(80\)90026-X](https://doi.org/10.1016/0197-4556(80)90026-X)
- Marques, J. K. (1988). The sex offender treatment and evaluation project: California's new outcome study. In R. A. Prentky y V. L. Quinsey (Eds.), *Human sexual aggression: Current perspectives* (pp. 235–243). New York Academy of Sciences.
- Marques, J. K., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C., y Van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 17, 79-107. <https://doi.org/10.1007/s11194-005-1212-x>
- Marshall, L. E. (2019). Effective Sex Offender Treatment in Correctional Settings: A Strengths-Based Approach in D. Polaschek, A. Day, C. Hollin (Eds.), *The Wiley international handbook of correctional psychology*, 515-528. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119139980.ch32>
- Marshall, W. L. (1971). A combined treatment method for certain sexual deviations. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 293–294.
- Marshall, W. L. y Barbaree, H. E. (1989). Sexual violence. En K. Howells and C. R. Hollin (Eds.), *Clinical approaches to violence*. Wiley.
- Marshall, W. L., Anderson, D., y Champagne, F. (1997). Self-esteem and its relationship to sexual offending: Invited Article. *Psychology, Crime and Law*, 3(3), 161-186. <https://doi.org/10.1080/10683169708410811>
- Marshall, W. L., Barbaree, H. E., y Eccles, A. (1991). Early onset and deviant sexuality in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(3), 323-335. <https://doi.org/10.1177/088626091006003005>

- Marshall, W. L., Barbaree, H. E., y Fernandez, Y. M. (1995). Some aspects of social competence in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7(2), 113-127. <https://doi.org/10.1007/BF02260199>
- Marshall, W. L., Cripps, E., Anderson, D., y Cortoni, F. A. (1999). Self-esteem and coping strategies in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(9), 955-962. <https://doi.org/10.1177/088626099014009003>
- Marshall, W. L., Hamilton, K., y Fernandez, Y. (2001). Empathy Deficits and Cognitive Distortions in Child Molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13(2), 123–130. <https://doi.org/10.1177/107906320101300205>
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., y Kingston, D. A. (2011). Are the cognitive distortions of child molesters in need of treatment? *Journal of Sexual Aggression*, 17(2), 118-129. <https://doi.org/10.1080/13552600.2011.580572>
- Marshall, W. L., y Hodkinson, S. M. (1994). Sex with Children Scale. Documento inédito
- Marshall, W. L., y Marshall, L. E. (2000). The origins of sexual offending. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(3), 250-263. <https://doi.org/10.1177/1524838000001003003>
- Marshall, W. L., y O'Brien, M. D. (2013). Balancing Clients' Strengths and Deficits in Sexual Offender Treatmentthe Rockwood Treatment Approach. *Forensic CBT: A handbook for clinical practice*, 279-301. <https://doi.org/10.1002/9781118589878.ch14>
- Martijn, F. M., Babchishin, K. M., Pullman, L. E., y Seto, M. C. (2020). Sexual attraction and falling in love in persons with pedohebephilia. *Archives of Sexual Behavior*, 49(4), 1305-1318. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01579-9>
- Martínez-Catena, A., y Redondo, S. (2016). Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 19-29. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apj.2016.04.003>

- Martínez, C., Giménez-Salinas, A., Pérez, M., Gil, M.A., Gil, D. y Cabaleiro, A. (2024). Revisión de eficacia y opiniones de profesionales sobre los programas de tratamiento para agresores sexuales. Secretaría de Instituciones Penitenciarias. Fiadys. Recuperado de: https://www.fiadys.org/wp-content/uploads/2024/09/2023_RevisionBibliografica.pdf
- Maruna, S., y Mann, R. E. (2006). A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions. *Legal and Criminological Psychology*, 11, 155-177. <https://doi.org/10.1348/135532506X114608>
- Mathesius J., y Lussier P. (2014). The successful onset of sex offending: Determining the correlates of actual and official onset of sex offending. *Journal of Criminal Justice*, 42(2), 134–144. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2013.09.004>
- McMurrin, M., y McCulloch, A. (2007). Why don't offenders complete treatment? Prisoners' reasons for non-completion of a cognitive skills programme. *Psychology, Crime & Law*, 13(4), 345-354. <https://doi.org/10.1080/10683160601060424>
- McPhail, I. V., Olver, M. E., Brouillette-Alarie, S., y Looman, J. (2018). Taxometric analysis of the latent structure of pedophilic interest. *Archives of Sexual Behavior*, 47, 2223-2240. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1225-4>
- Meloy, J.R. (2000). The nature and dynamics of sexual homicide: An integrative review. *Aggression and Violent Behaviour*, 5(1), 1–22. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(99\)00006-3](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(99)00006-3)
- Mendelson, T., y Letourneau, E. J. (2015). Parent-focused prevention of child sexual abuse. *Prevention Science*, 16(6), 844–852. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0553-z>
- Mews, A., Di Bella, L., y Purver, M. (2017). *Impact evaluation of the prison-based core sex offender treatment programme*. Ministry of Justice. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/623876/sotp-report-web-.pdf

- MIDSA clinical manual. (2011). Augur Enterprises, Inc. Retrieved from:
https://midsa.us/pdf/MIDSA_clinical_manual.pdf
- Miller, B. (2022). *Sexual Knowledge, Self-Esteem, and Impulsivity Among Sexual Offenders* [Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology]. Retrieved from:
<https://www.proquest.com/openview/2679c526fdb0a7bfa53375ef3d392acd/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Miller, W. R., y Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64(6), 527–537. <https://doi.org/10.1037/a0016830>
- Ministerio del Interior. (2020). Estudio de Reincidencia Penitenciaria 2009-2019. Ministerio del Interior-Secretaría General Técnica. https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/Estudio_de_reincidencia_penitenciaria_2009-2019_DP-30_126220415.pdf
- Moyano, N., y Sierra, J. C. (2014). Fantasías y pensamientos sexuales: Revisión conceptual y relación con la salud sexual [Sexual fantasies and thoughts: Conceptual review and relationship to sexual health]. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 376-393.
- Mpofu, E., Athanasou, J. A., Rafe, C., y Belshaw, S. H. (2018). Cognitive-behavioral therapy efficacy for reducing recidivism rates of moderate-and high-risk sexual offenders: A scoping systematic literature review. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 62(1), 170-186. <https://doi.org/10.1177/0306624X1664450>
- Murillo, J. A. (2020). Abuso sexual, de conciencia y de poder: hacia una nueva definición. *Estudios Eclesiásticos. Revista de investigación e información teológica y canónica*, 95(373), 415-440. <https://doi.org/10.14422/ee.v95.i373.y2020.005>
- Nguyen, T., Frerich, N., García, C., Soler, C., Redonde-Illescas, S., y Pueyo, A. (2014). Reinserción y gestión del riesgo de reincidencia en agresores sexuales excarcelados: el

proyecto “Círculos de Apoyo y Responsabilidad” en Cataluña. *Boletín criminológico*, (20). <https://revistas.uma.es/index.php/boletin-criminologico/article/view/7965/7418>

Nichols, H. R., y Molinder, I. (1984). *Multiphasic sex inventory*. User Manual. Fircrest, Nichols and Molinder Assessments.

Noorishad, P. G., Levaque, E., Byers, E. S., y Shaughnessy, K. (2019). More than one flavour: University students’ specific sexual fantasies, interests, and experiences. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 28(2), 143-158. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2019-0024>

Ó Ciardha, C., y Gannon, T. A. (2011). The cognitive distortions of child molesters are in need of treatment. *Journal of Sexual Aggression*, 17(2), 130-141. Doi: <https://doi.org/10.1080/13552600.2011.580573>

O’Connor, A., y Gannon, T. A. (2021). An examination of the prevalence and characteristics of UK community males who hold a sexual interest in children using the revised interest in child molestation scale. *Psychology, Crime & Law*, 27(10), 988-1009. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2021.1876049>

Olver, M. E., Marshall, L. E., Marshall, W. L., y Nicholaichuk, T. P. (2020). A long-term outcome assessment of the effects on subsequent reoffense rates of a prison-based CBT/RNR sex offender treatment program with strength-based elements. *Sexual Abuse*, 32(2), 127-153. <https://doi.org/10.1177/1079063218807486>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual*. Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-12.37>

Organización Mundial de la Salud. (8 de marzo de 2021). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

- Paquette S., Longpré N., Cortoni F. (2020). A billion distorted thoughts: An exploratory study of criminogenic cognitions among men who sexually exploit children over the internet. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 64(10–11), 1114–1133. <https://doi.org/10.1177/0306624X19873082>
- Paquette, S., y Cortoni, F. (2021). Offence-supportive cognitions, atypical sexuality, problematic self-regulation, and perceived anonymity among online and contact sexual offenders against children. *Archives of Sexual Behavior*, 50, 2173-2187. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01863-z>
- Paquette, S., y Fortin, F. (2023). A peek into their mind? An exploration of links between offense-supportive statements and behaviors among men who sexually exploit children and adolescents online. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 67(6-7), 591-617. <https://doi.org/10.1177/0306624X211013523>
- Parafilik (2024). *Parafilik. No tienes la culpa tus sentimientos, tienes la culpa de tus acciones*. <https://parafilik.cz/>
- Parhar, K. K., Wormith, J. S., Derkzen, D. M., y Beauregard, A. M. (2008). Offender coercion in treatment: A meta-analysis of effectiveness. *Criminal Justice and Behavior*, 35(9), 1109-1135. <https://doi.org/10.1177/0093854808320169>
- Pereda, N. (2023). El coste social de la violencia contra la infancia y la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 44(3), 145-151. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol.3021>
- Pérez Ramírez, M., Giménez-Salinas Framis, A., Pérez Rodríguez, A., Gil, M. Á., Cabaleiro Dominguez, A., Gil Vega, D., y Vega Menezo, M. R. (2023). *Círculos España: Primer Informe de Implementación*. Fiadys.
- Phenix, A., Fernandez, Y., Harris, A. J., Helmus, M., Hanson, R. K., y Thornton, D.. (2016). Static-99R Coding Rules, Revised 2016. Dostupné z: <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsres/pblctns/sttc-2016/index-en.aspx>

- Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. In *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 343-361). Springer US.
- Pithers, W.D., Marques, J.K., Gibat, C.C., y Marlatt, G.A. (1983). *Relapse prevention with sexual aggressives: A self-control model of treatment and maintenance of change*. In J. G. Greer y I. R. Stuart (Eds.), *The sexual aggressor: Current perspectives on treatment* (pp. 214-234). Van Nostrand Reinhold.
- PrevenSi (20 de septiembre de 2019). *PrevenSi. Prevención del Abuso Sexual Infantil*. <https://prevensi.es/>
- Proulx, J., Perreault, C., y Ouimet, M. (1999). Pathways in the offending process of extrafamilial sexual child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 117–129. <https://doi.org/10.1007/BF02658842>
- Pueyo, A. A., Vo, T. N., Bauzà, M. A. R., y Illescas, S. R. (2020). *Análisis empírico integrado y estimación cuantitativa de los comportamientos sexuales violentos (no consentidos) en España*. Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV). Universidad de Barcelona. Ministerio del Interior.
- Purvis, M., Ward, T., y Willis, G. (2011). The Good Lives Model in practice: Offence pathways and case management. *European Journal of Probation*, 3(2), 4–28. <https://doi.org/10.1177/206622031100300202>
- Ramírez, M. P., Illescas, S. R., García, M. M., Forero, C. G., y Pueyo, A. A. (2008). Predicción de riesgo de reincidencia en agresores sexuales. *Psicothema*, 20(2), 205-210. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720205>
- Real-López, M., Péraire, M., Ramos-Vidal, C., Llorca, G., Julián, M., y Pereda, N. (2023). Abuso sexual infantil y consecuencias psicopatológicas en la vida adulta. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 40(1), 13-30. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n1a3>

- Redondo, A., y Martínez Pérez-Crespo, Á. (2016). El papel del impulso sexual como elemento mediador de la autoestima en un agresor sexual con múltiples parafilias. *Cuadernos de Medicina Forense*, 22(1-2), 40-45.
- Redondo, S. (2017). *Evaluación y tratamiento de delincuentes: Jóvenes y adultos*. Pirámide.
- Redondo, S., Navarro, J. C., Martínez, M., Luque, E., y Pueyo, A. (2005). Evaluación del tratamiento psicológico de los agresores sexuales en la prisión de Brians. *Boletín Criminológico*. <https://doi.org/10.24310/Boletin-criminologico.2005.v11i.8777>
- Redondo, S., y Echeburúa, E. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones*. Pirámide.
- Redondo, S., y Mangot, Á. (2017). Génesis delictiva y tratamiento de los agresores sexuales: una revisión científica. *Eguzkilo*(2), 1-33.
- Rettenberger M., Briken P., Turner D., y Eher R. (2015). Sexual offender recidivism among a population-based prison sample. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(4), 424–444. <https://doi.org/f7b4cv>
- Ribeaud, D. y Eisner, M. (2010). Are moral disengagement, neutralization techniques, and self-serving cognitive distortions the same? Developing a unified scale of moral neutralization of aggression. *International Journal of Conflict and Violence*, 4, 298-315. <https://doi.org/10.4119/ijcv-2833>
- Riberas-Gutiérrez, M., Prieto Ursúa, M., Martínez-Huertas, J. Á., y Bueno-Guerra, N. (2024a). The Relation Between Sexual Fantasies and Offense-Supportive Cognitions in People Convicted of Sexual Offenses: A Preliminary Study. *Sexual Abuse* 0(0), <https://doi.org/10.1177/10790632241271226>
- Riberas-Gutiérrez, M., Prieto Ursúa, M., y Bueno-Guerra, N. (2024b). Necesidades de intervención en prisión con internos con pedofilia. *Papeles del Psicólogo*, 45(1), 11-18. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol.3027>

- Rivera, G., Romero, M.C., Labrador, M.A., y Serrano, J. (2005). *El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario: un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión: Manual del terapeuta*. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior. España.
- Robins, R. W., Hendin, H. M., y Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(2), 151-161.
<https://doi.org/10.1177/0146167201272002>
- Rodríguez Narvaez, V. (2022). Reflexiones en torno a la violencia sexual: consecuencias y acciones. *Revista Medica Herediana*, 33(3), 214-220.
<http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v33i3.4343>
- Rossegger, A., Bartels, R. M., Endrass, J., Borchard, B., y Singh, J. P. (2021). High risk sexual fantasies and sexual offending: An overview of fundamentals and interventions. *Sexual Offending: Theory, Research, and Prevention*, 16, 1-16. <https://doi.org/10.5964/sotrap.5291>
- Rossiter, J. R. (2011). *Measurement for the social sciences: The C-OAR-SE method and why it must replace psychometrics*. Springer Science & Business Media.
- Sáez-González, E. (2022). La pornografía como ideóloga de la violencia sexual: los contenidos pornográficos más vistos y su traducción a la realidad social en E. Bandrés (Ed.), R. Díez (Ed.) y T. Aránguez (Ed.), *Feminismos aplicados: un enfoque desde la educación, género, violencia estructural y los movimientos sociales*. (pp: 235-262). Dykinson S.L.
- Sánchez, C. (2003). Perfil del agresor sexual: estudiando las características psicológicas y sociales de los delincuentes sexuales de nuestras prisiones. *Anuario de psicología jurídica*, 13(1), 27-60.

- Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Corral, P., y 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.
- Save the Children (2021). Los Abusos Sexuales hacia la Infancia en España. Principales características, incidencia, análisis de los fallos del sistema y propuestas para la especialización de los Juzgados y la Fiscalía. Recuperado de: <https://www.savethechildren.es/actualidad/analisis-abusos-sexuales-infancia-espana>
- Schmucker, M., y Lösel, F. (2008). Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema*, 20(1), 10-19.
- Schmucker, M., y Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11, 597-630. <https://doi.org/10.1007/s11292-015-9241-z>
- Scurich, N., y John, R. S. (2019). The dark figure of sexual recidivism. *Behavioral Sciences & the Law*, 37(2), 158-175. <https://doi.org/10.1002/bsl.2400>
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior. España.
- Seto, M. C. (2009). Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 391-407.
- Seto, M. C. (2012). Is pedophilia a sexual orientation? *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 231-236. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9882-6>
- Seto, M. C. (2017). The puzzle of male chronophilias. *Archives of Sexual Behavior*, 46(1), 3-22. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-017-1039-9>.
- Seto, M. C. (2019). The Motivation-Facilitation Model of Sexual Offending. *Sexual Abuse*, 31(1), 3-24. <https://doi.org/10.1177/1079063217720919>
- Seto, M. C., Harris, G. T., Rice, M. E., y Barbaree, H. E. (2004). The screening scale for pedophilic interests predicts recidivism among adult sex offenders with child victims.

Archives of Sexual Behavior, 33(5), 455-4.

<https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000037426.55935.9c>

Seto, M.C. (2008). *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention*. American Psychological Association.

Smallbone S. W., Marshall W. L., Wortley R. (2008). Explaining child sexual abuse: A new integrated theory. In Smallbone S. W., Marshall W. L., Wortley R. (Eds.), *Preventing child sexual abuse: Evidence, policy and practice* (pp. 21–45). Willan Press.

Snyder, H. N., y Sickmund, M. (2006). *Juvenile offenders and victims: 2006 national report*. Department of Justice.

Sousa, M., Andrade, J., de Castro-Rodrigues, A., y Gonçalves, R. A. (2023). The effectiveness of psychological treatment in adult male convicted for sexual offenses against children: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(3), 1867-1881.
<https://doi.org/10.1177/1524838022108208>

Stop it Now. (2021). *Stop it Now! UK and Ireland Helpline*. <https://ecsa.lucyfaithfull.org/stop-it-now-uk-and-ireland-helpline>

Szumski, F., Bartels, R. M., Beech, A. R., y Fisher, D. (2018). Distorted cognition related to male sexual offending: The multi-mechanism theory of cognitive distortions (MMT-CD). *Aggression and Violent Behavior*, 39, 139-151. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.02.001>

Thornton, D. (2002). Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 139–154.
<https://doi.org/10.1023/A:1014620214905>

Trabazo, V., y Azor, F. (2009). La pedofilia: Un problema clínico, legal y social [Pedophilia: A clinical, legal and social problem]. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Educación*, 8(2), 195-219.

- Trispiotis, I., y Purshouse, C. (2021). 'Conversion Therapy' As Degrading Treatment. *Oxford Journal of Legal Studies*, 42(1), 104-132. <https://doi.org/10.1093/ojls/gqab024>
- Tyler, N., Gannon, T. A., y 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>
- Valencia, O.L., Andreu, J.M., Mínguez, P. y Labrador, M.A. (2008). Nivel de reincidencia en agresores sexuales bajo tratamiento en programas de control de la agresión sexual. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 8, 7-18.
- Van Vugt, E., Hendriks, J., Stams, G. J., Van Exter, F., Bijleveld, C., Van der Laan, P., y Asscher, J. (2011). Moral judgment, cognitive distortions and implicit theories in young sex offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(4), 603-619. <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.603189>
- Vanderstukken, O., Benbouriche, M., Pham, T. H., y Lefebvre, L. (2015). Les distorsions cognitives des auteurs d'agression sexuelle d'enfant: définitions, fonctions, et enjeux théoriques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 25(1), 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2014.11.001>
- Vázquez, V. R. (2014). El embaucamiento de menores con fines sexuales por medio de las tecnologías de la información y la comunicación. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 1-25. <http://criminet.ugr.es/recpc>
- Walker, A. (2020). "I'm not like that, so am I gay?" The use of queerspectrum identity labels among minor-attracted people. *Journal of Homosexuality*, 67(12), 1736-1759. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1613856>
- Walton, J. S., y Chou, S. (2015). The effectiveness of psychological treatment for reducing recidivism in child molesters: A systematic review of randomized and nonrandomized studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 401-417. <https://doi.org/10.1177/1524838014537905>

- Ward, T. (2000). Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and Violent Behaviour*, 5(5), 491-507. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(98\)00036-6](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(98)00036-6)
- Ward, T., y Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257. <https://doi.org/10.1080/10683160410001662744>
- Ward, T., y Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: Beyond the risk paradigm*. Routledge.
- 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>
- Ware, J., y Mann, R. E. (2012). How should "acceptance of responsibility" be addressed in sexual offending treatment programs? *Aggression and Violent Behavior*, 17(4), 279-288. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.02.009>
- Wielinga, F., Margeotes, K., y Olver, M. E. (2021). Clinical and risk relevance of intimacy and loneliness in a treated sample of men who have offended sexually. *Journal of Sexual Aggression*, 27(1), 35-51. <https://doi.org/10.1080/13552600.2019.1698778>
- Wilson, G. D. (1988). Measurement of sex fantasy. *Sexual and Marital Therapy*, 3(1), 45-55. <https://doi.org/10.1080/02674658808407692>
- Woodyatt, L., y Wenzel, M. (2013). Self-forgiveness and restoration of an offender following an interpersonal transgression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(2), 225-259. <https://doi.org/10.1521/jscp.2013.32.2.225>
- Wright, R. C., y Schneider, S. L. (1997). Deviant sexual fantasies as motivated self-deception. In B. K. Schwartz & H. R. Cellini (Eds.), *The sex offender: New insights, treatment motivations and legal developments* (vol. 2, pp. 8.1-8.14). Civic Research Institute.

ANEXOS

Índice

Anexo I. Escala RAPE	186
Anexo II. Escala SWCH	188
Anexo III. Certificado de participación	190
Anexo IV. Aprobación del Comité de Ética de la Universidad Pontificia	
Comillas	192
Anexo V. Consentimiento informado	193
Anexo VI. Entrevista estructurada	197

ANEXO I

Escala RAPE²

Fecha: _____

Evaluadores: _____

Centro: _____

Código sujeto: _____

Por favor, valora del 1 al 4 las siguientes frases, siendo:

1: Totalmente en desacuerdo

4: Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4
1. Los hombres que cometen violaciones probablemente están reaccionando a un montón de estrés en sus vidas, y violar les ayuda a reducirlo.				
2. Las mujeres que son violadas probablemente lo merecen.				
3. Las mujeres generalmente quieren sexo, sin importar cómo lo consiguen.				
4. Dado que las prostitutas ofrecen sus cuerpos para propósitos sexuales a cambio de dinero, no es tan malo si alguien las fuerza sexualmente.				
5. Si una mujer no se resiste fuertemente a los comportamientos sexuales de un hombre, probablemente es que quiere tener sexo.				
6. Las mujeres a menudo acusan falsamente a hombres de violación.				
7. Muchas de las mujeres que son violadas tenían ya mala fama.				
8. Si las mujeres no fuesen tan promiscuas, tendrían menos riesgo de ser violadas.				
9. Si una mujer se emborracha en una fiesta, es su culpa si alguien se aprovecha de ella sexualmente.				
10. Cuando las mujeres llevan ropas ajustadas, faldas cortas, o no llevan sujetador o ropa interior, están pidiendo sexo.				
11. Muchas mujeres dicen haber sido violadas solo para llamar la atención.				
12. Las víctimas de violación con frecuencia son un poco culpables de lo ocurrido.				
13. Si un hombre ha tenido relaciones sexuales con una mujer, a partir de ese momento debería de poder tener sexo con ella cuando le apetezca.				
14. Simplemente fantasear sobre forzar sexualmente a alguien no es malo en absoluto porque nadie está siendo dañado.				
15. Las mujeres que van a bares están principalmente buscando sexo.				
16. Muchas veces, cuando una mujer dice “no” simplemente están haciéndose las duras, y realmente querían decir “sí”.				

² 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, 37–54. <https://doi.org/10.1007/BF02258015>. La escala fue traducida por la Investigadora Principal del Proyecto la Dra Nereida Bueno Guerra.

17. Parte de las obligaciones de una esposa es satisfacer sexualmente a su marido cuando él quiera, independientemente de si a ella le apetece o no.				
18. A menudo una mujer denuncia haber sido violada después de mucho tiempo porque se ha enfadado con el hombre con el que tuvo sexo y quiere vengarse de él.				
19. Mientras que un hombre no le dé una bofetada o un puñetazo a una mujer, forzarla para tener sexo no es tan malo.				
20. Cuando una mujer es violada más de una vez, probablemente está haciendo algo para causarlo.				
21. Las mujeres que son violadas al final lo olvidan y siguen con sus vidas.				
	1	2	3	4
22. En una cita, si un hombre gasta mucho dinero en una mujer, ella debe al menos devolverle algo sexual a cambio.				
23. Creo que si una mujer deja a un hombre besarla y tocarla de forma sexual, ella quiere llegar hasta el final.				
24. Cuando las mujeres actúan como si fuesen demasiado buenas para los hombres, la mayoría de ellos probablemente piensa en violarlas para ponerlas en su sitio.				
25. Creo que la sociedad y los juzgados son demasiado duros con los violadores.				
26. La mayoría de las mujeres son unas putas y tienen lo que se merecen.				
27. Antes de que la policía investigue la denuncia de violación, es una buena idea informarse de qué ropa llevaba, si había estado bebiendo y qué tipo de persona es.				
28. Generalmente la violación no es planificada, simplemente ocurre.				
29. Si una persona se dice a sí misma que nunca volverá a violar, probablemente no lo haga.				
30. Muchos hombres que violan lo hacen porque están faltos de sexo.				
31. La razón por la que muchas mujeres dicen “no” al sexo es porque no quieren parecer fáciles.				
32. Si una mujer va a la casa de un hombre en la primera cita, probablemente quiere tener sexo con él.				
33. Muchas mujeres tienen el secreto deseo de ser forzadas sexualmente.				
34. La mayoría de los hombres que violan tienen deseos sexuales más fuertes que otros hombres.				
35. Creo que cualquier mujer puede evitar ser violada si realmente quiere.				
36. La mayoría de las veces, la única razón por la que un hombre comete una violación es porque fue abusado sexualmente de niño.				

ANEXO II

Escala SWCH³

Fecha: _____

Evaluadores: _____

Centro: _____

Código sujeto: _____

Nota: En este cuestionario la palabra niño se utiliza de manera genérica, para referirse tanto a niños como a niñas.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Los niños en realidad disfrutan del sexo con un hombre, si ese hombre es agradable con ellos.					
2. La mayoría de los niños en realidad disfrutan del sexo con un adulto siempre que el hombre no les haga daño					
3. Muchos niños se muestran sexualmente seductores con los adultos.					
4. Los niños disfrutan la atención sexual de los adultos.					
5. Los hombres que tienen sexo con niños son habitualmente conducidos a ello por el niño.					
6. Los niños que no llevan ropa interior y que se sientan de forma que se vea que no la llevan, están sugiriendo que quieren sexo.					
7. Los niños que no son queridos por sus padres son en realidad ayudados por los hombres que tienen sexo con ellos.					
8. El sexo entre adultos y niños es bastante natural y sano, y es solo por culpa de las normas represivas de nuestra sociedad que los hombres son castigados por practicarlo.					
9. Es mucho mejor para la gente joven tener su primera experiencia sexual					

³ Mann, R., Webster, S., Wakeling, H., & Marshall, W. (2007). The measurement and influence of child sexual abuse supportive beliefs. *Psychology, Crime and Law*, 13(5), 443-458. <https://doi.org/10.1080/10683160601061141>. La escala fue traducida por la Investigadora Principal del Proyecto la Dra Nereida Bueno Guerra

durante la infancia con un adulto que arriesgarse a lo que seguramente será una experiencia desagradable con alguien de su propia edad cuando son adolescentes.					
10. Un hombre no puede evitar tener sexo con un niño si el niño se comporta de forma provocativa.					
11. Tener sexo con un niño no es tan malo como dicen porque realmente no le hace daño.					
12. Si un adulto tiene sexo con un niño que lo disfruta y que parece quererlo, no debería considerarse un delito.					
13. Los niños son lo suficientemente mayores para decidir si quieren o no tener sexo con alguien.					
14. Tener sexo con un niño es una forma de expresar tu amor y cariño por ese niño.					
15. Tener sexo con un niño es una buena forma de educarle sobre la sexualidad.					
16. Muchos niños se benefician de tener sexo con un adulto.					
17. Está bien tener sexo con un niño mientras que no se le fuerce a hacerlo.					
18. Actualmente no es tan malo tener relaciones sexuales con alguien que es menor porque los niños saben mucho más sobre sexo que antes.					

ANEXO III

Certificado de participación

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
Campus de Cantoblanco, Madrid
Mail de contacto: nbguerra@comillas.edu

NEREIDA BUENO GUERRA, coordinadora académica del Grado de Criminología en la Universidad Pontificia Comillas (Madrid) e Investigadora Principal del Proyecto “Análisis integral del abuso sexual infantil: evaluación e intervención con víctimas y agresores”, financiado por convocatoria de proyectos propios Comillas 2019, con aprobación del Comité de Ética de la universidad el 22 de julio de 2019 y autorizado por Instituciones Penitenciarias para llevar a cabo la recogida de datos en centros penitenciarios de la Comunidad de Madrid,

CERTIFICA

Que Dña. **MARÍA RIBERAS GUTIÉRREZ**, ha participado en el desarrollo del proyecto durante los meses de junio de 2019 a septiembre de 2020 durante un total de **260 horas**. Las actividades realizadas han consistido en:

- a) evaluación de internos condenados por delitos contra la libertad sexual de adultos, contra la libertad sexual de menores y por otros delitos de naturaleza no sexual en distintos centros penitenciarios de la Comunidad de Madrid (Alcalá Meco I, Valdemoro, Aranjuez) que se llevó a cabo mediante:
 - I. la aplicación de una entrevista semiestructurada que abordaba la anamnesis del sujeto, su relato del delito y aspectos íntimos como la esfera sexual, la presencia de trastornos o posibles intentos autolíticos, entre otros;
 - II. la medición de la lateralidad y ratio 2D:4D
 - III. la aplicación de diversos tests validados (ej. NEOFFI, HTP, AUDIT, entre otros)
- b) codificación de datos en las correspondientes bases de datos elaboradas a tal efecto;

- c) análisis y monitorización de los datos mediante el programa estadístico SPSS;
- d) presentación de los resultados al XII Congreso (Inter)Nacional de Psicología Legal y Forense celebrado en Madrid en febrero de 2020.

Durante el desarrollo de estas actividades, la alumna ha demostrado gran capacidad de resolución de problemas o imprevistos que podían suceder esporádicamente y que exigían un conocimiento del funcionamiento específico de un centro penitenciario, así como de un contacto habitual con los responsables del mismo. Además, ha mostrado una excelente capacidad de realizar entrevistas, de manera que se le permitió llevarlas a cabo de manera autónoma.

Madrid, a 10 de noviembre de 2020.



Dra. Nereida Bueno Guerra

Coordinadora de Criminología

I.P. del proyecto “Abordaje integral del abuso sexual infantil”

ANEXO IV

Aprobación del Comité de Ética de la Universidad Pontificia Comillas



Madrid, 22 de julio de 2019

Para: Excmo. Sr. Vicerrector de Investigación, Desarrollo e Innovación

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto intitulado "ABORDAJE DE LA PEDERASTIA BASADO EN LA EVIDENCIA. ELABORACIÓN DE PERFILES PARA UN FUTURO PROGRAMA DE TRATAMIENTO".

Siguiendo el procedimiento establecido, el Comité de Ética de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid analizó en julio de 2019 el proyecto de investigación sometido por la Dra. D^a Nereida Bueno Guerra, y emitió el siguiente dictamen:

El proyecto de investigación tiene una metodología ajustada a sus objetivos. Resalta el carácter voluntario de la participación y el derecho a abandonar en cualquier momento. Los participantes son informados de la duración y objetivos del proyecto; la participación no conlleva riesgos significativos ni beneficios; y todos los participantes firman un consentimiento informado (según modelos incluidos en el proyecto).

Los procedimientos de contacto con las víctimas y con los presos son adecuados. La confidencialidad y el anonimato son preservados. Los investigadores se comprometen a que todos los datos recogidos en estas actividades cumplirán la Ley Orgánica de Protección de Datos y las normas de los centros penitenciarios.

Por tanto, el proyecto sigue las normas éticas de la investigación, y cuenta con la aprobación de este Comité.

Atentamente,

Dr. D. Francisco Javier de la Torre
Presidente

Dr. D. Raúl González Fabre
Secretario

ANEXO V

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PERSONA ENTREVISTADA EN CENTRO

Desde la Universidad Pontificia Comillas, bajo el proyecto de investigación “Abordaje integral de la pederastia basado en la evidencia” tenemos el objetivo de conocer mejor esta realidad y ayudar a las personas implicadas en la misma. Algunas preguntas que queremos responder son:

-¿Han cambiado las necesidades y emociones de las personas que padecieron estos hechos desde su infancia hasta el momento actual?

-¿Las personas que se encuentran en los centros penitenciarios por delitos de abuso/agresión a menores presentan necesidades concretas que todavía no aborda ningún tratamiento específico?

Esto implica pedir a varias poblaciones que nos permitan entrevistarnos con ellos: en primer lugar, personas que han padecido en su infancia situaciones de abuso; en segundo lugar, personas que se sienten atraídas por menores o que han realizado actos sexuales con ellas; en tercer lugar, personas que han realizado actos sexuales no consentidos con adultos, y, por último, personas que se encuentran en centros penitenciarios por delitos que no son de naturaleza sexual. Comparando las respuestas de todos, podremos entender mejor si existen diferencias o necesidades distintas. Queremos realizar este estudio desde un clima de respeto a todas estas personas, sin prejuicios ni etiquetas, ya que nuestro objetivo es encontrar la mejor manera de ayudar, bien interviniendo en los centros penitenciarios para personalizar al máximo los tratamientos o bien proporcionando a todas las partes un espacio donde poder expresar sus necesidades. Por ello, te pedimos que nos ayudes.

¿QUÉ TENGO QUE HACER?

En caso de que muestres interés, tu participación en este proyecto consistirá en:

- Firmar este documento
- Responder cuestionarios
- Ser entrevistado

¿CUÁNTO TIEMPO DURA?

La duración total no superará los 3 días (máximo hora y media cada día). El centro sabe y permite que llevemos a cabo este proyecto, por lo que se gestionará tu participación en

este estudio con la asistencia a los posibles cursos/talleres/destinos donde estés participando actualmente.

¿QUÉ ME VAN A PREGUNTAR?

Las preguntas de la entrevista y de los cuestionarios van a ser sobre tu personalidad, sobre cómo te sientes. También te preguntaremos sobre tus gustos sexuales.

¿POR QUÉ SE NECESITAN DATOS DE MI EXPEDIENTE?

Es estadístico. Solo te pedimos datos generales (hechos probados, años de condena, fecha de entrada en prisión...). Estos datos nos ayudan a describir la muestra que participa en el estudio.

¿SE HACE INDIVIDUAL O EN GRUPO?

Individual, estarás tú solo y uno o dos psicólogos de la universidad.

¿QUIÉNES LLEVAN A CABO ESTE ESTUDIO?

Las personas que llevarán a cabo las entrevistas o te acompañarán durante los cuestionarios son profesionales del ámbito universitario, por tanto, no trabajan en el centro penitenciario ni participan en las Juntas de Tratamiento ni en ningún proceso de decisión interno.

¿QUÉ OBTENGO?

Tu participación en este proyecto no conlleva ningún tipo de beneficio (no se suman puntos, ni se conceden notas meritorias, etc). Tampoco conlleva ningún tipo de sanción abandonar el estudio en cualquier momento que lo desees. Tienes derecho a participar de manera voluntaria y a dejar de participar también de manera voluntaria. Solo te pedimos tu tiempo para poder conocer mejor cómo podemos ayudar a intervenir mejor.

¿PUEDE PERJUDICARME PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO?

No. Tampoco tendrá consecuencias si deseas abandonar el estudio o no participar en él.

¿PUEDE BENEFICIARME PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO?

No. No repercute en tu expediente ni se deja constancia de tus respuestas en ningún documento que maneje el centro. Queremos darte un espacio privado, íntimo, solo para ti, para que puedas expresarte y así nos ayudes a conocer la realidad. Puedes por tanto ser sincero.

¿EL CENTRO OBTIENE INFORMACIÓN SOBRE MÍ?

No. Este estudio es independiente de la actividad que se desarrolla en el centro. Nosotros no daremos ningún informe individualizado al centro. En todo caso, podremos orientar al centro penitenciario sobre qué tipo de tratamientos sería necesario incluir en función de los resultados que obtengamos. Los datos que obtengamos de este estudio serán tratados

de manera conjunta, y si son publicados en revistas científicas no se aportará ningún dato que pueda identificarte. De hecho, tu participación es anónima, es decir, no usamos ningún dato que pueda identificarte. Si participas, te asignaremos un número al azar, y nadie conocerá a quién pertenece ese número.

¿POR QUÉ ENTREVISTAIS A PERSONAS QUE NO ESTÁN AQUÍ POR DELITOS HACIA MENORES SI EL ESTUDIO ES SOBRE ESO?

Necesitamos comparar diferentes personas para saber si tienen necesidades diferentes.

¿SE ME VA A ASOCIAR CON DELITOS DE MENORES SI PARTICIPO EN ESTE PROYECTO?

No. El centro conoce nuestro proyecto y sabe que participan diferentes personas. El resto de los compañeros leerá este documento y sabrá por tanto que participan tanto personas que están aquí por ese delito como personas que están aquí por otro delito.

D/Dña.....
..... con DNI/NIF/NIE CÓDIGO:

ANTES DEL ESTUDIO

Soy consciente de que se mantendrá mi anonimato

DURANTE EL ESTUDIO

Soy consciente de que puedo interrumpir en cualquier momento la entrevista o no responder alguna pregunta sin que eso tenga consecuencias para mí

Doy mi consentimiento para que quienes realicen el estudio tengan acceso a los siguientes datos de mi expediente: hechos probados, presencia de atenuantes, eximentes incompletas o agravantes, delito por el que se le condena, duración total de la condena que se le ha impuesto, fecha de entrada en prisión, partes que haya tenido, talleres/programas de tratamiento recibidos.

Doy mi consentimiento para que se pueda realizar una grabación de mi voz para facilitar la transcripción de la entrevista. Puedo revocarlo en cualquier momento, así como pedir que se pare la grabación mientras se realiza. Marcar una opción:

SÍ NO

DESPUÉS DEL ESTUDIO

Doy mi consentimiento para que esta entrevista pueda ser reproducida con fines didácticos y académicos en una publicación científica. Ninguna de mis respuestas será

alterada en su contenido. En todo caso, por razones de espacio, podrá reducirse. Se excluirán todos los datos que puedan identificarme, ya que el estudio es anónimo.

CONTACTO CON PERSONA QUE PADECIÓ ABUSOS EN LA INFANCIA

En ocasiones, algunas personas que han padecido un delito sienten la necesidad de que quien lo cometió le resuelva dudas que nadie más ha sido capaz de responderles. También sucede a veces que quien ha cometido unos hechos siente la necesidad de hablar con personas que lo hayan padecido. Es probable que preguntemos a personas de la calle que han padecido abusos sexuales en su infancia si quieren entablar contacto con una persona que se encuentre condenada por sentencia firme por estos hechos. Si hubiese alguna persona interesada y tú quisieras contactar con ella, debes saber que este contacto sería preparado por nosotros, como profesionales, y podría ser en formato carta (que nos encargaríamos de ayudarte a redactar y transportar a la otra persona) o en formato presencial (para lo cual necesitaríamos antes solicitar el permiso de Instituciones Penitenciarias). En todo caso, siempre contarías con nuestra supervisión y apoyo. El contacto sería gratuito, voluntario, no supondría ningún derecho ni ningún deber, no otorgaría beneficios a ninguna de las partes y podría ser interrumpido por una parte o ambas en cualquier momento. En caso de que mostraras interés por este contacto, la persona que se pondría en contacto contigo no sería la misma que padeció los hechos por los que estás aquí, y solo podrías participar en esta actividad si muestras un sincero arrepentimiento por tu conducta. Si deseas más información, puedes pedírnosla ahora o más adelante.

Deseo entablar contacto supervisado con una persona que haya padecido abuso sexual en la infancia, pudiendo revocar este deseo en cualquier momento. Para ello, declaro ahora que me considero responsable y arrepentido de los hechos por los que estoy aquí, y soy consciente de que hacerlo no me otorgará ningún beneficio ni perjuicio

Lo cual firmo:

Madrid, ___ de _____ de 20__

Anexo VI

Entrevista

¿Ha firmado el Consentimiento informado? Sí No ¿Con qué mano? Dcha
Izq ?

Evaluador:		Fecha Evaluación:	
Centro:		<input type="checkbox"/> ASM <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/> ASA <input type="checkbox"/> DNS <input type="checkbox"/> DS ¿Cuál? _____	
Nombre:			
Sexo (V, M, Otro)*		Fecha nacimiento	
Nacionalidad		Estado civil actual (solt, casad, separ, divorc, viud)	
Fecha entrada:		Duración condena:	
PCAS/FUERA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Taller Psicológico	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Código Sujeto:		Sujeto número:	

* En caso de decir Otro, preguntarle cómo desea que nos dirijamos a él/ella/hablar con - e

¿Es tu primera vez en prisión?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si no es la primera vez, delitos previos:	

LATERALIDAD

Vamos a empezar por algo sencillo: tus manos. Primero nos gustaría saber con qué mano tienes preferencia para hacer las siguientes actividades:

	Dcha	Izq		Dcha	Izq
Escribir			Abrir una caja		
Dibujar			Usar unas tijeras		
Tirar algo			Cepillarte los dientes		
Encender una cerilla			Cortar con cuchillo		

¿Has sido zurdo contrariado? (¿Te obligaban a hacer las cosas con la mano derecha aunque tú preferías hacerlas con la izquierda?) Sí No ¿Te consideras ambidiestro? (¿Puedes usar las dos manos para lo que sea?) Sí No
Ahora nos gustaría ver el tamaño de tus manos. Vamos a medir la longitud de tus dedos índice y anular.

Mano	Índice	Anular
Derecha		
Izquierda		

HISTORIAL MÉDICO

¿Tuviste problemas de crecimiento? Por ejemplo, tardaba en aparecerte barba, tuviste que tomar hormonas... Sí No

Notas:

¿Te hacías pipí en la cama? Sí No

¿Hasta qué edad?

¿Alguna vez te golpeaste fuerte la cabeza? Sí No

Si ha respondido sí:

	Sí	No
¿Perdiste el conocimiento?		
¿Tuviste que ir al hospital?		
¿Te han quedado secuelas?		

Notas:

¿Alguna vez te han diagnosticado algún trastorno psicológico? Por ejemplo, depresión, ansiedad, esquizofrenia... Sí No

¿Cuál? ¿Has tomado medicación psiquiátrica? Sí No ¿Has ido al psicólogo?
Sí No

¿Hay en tu familia alguna persona que haya tenido algún trastorno psicológico? Sí
No

¿Quién y cuál? (Explorar cercanía: padre, madre, hermano...)

AUTOESTIMA

¿Tienes alta autoestima? Puntúa del 1 al 5, siendo 1 “no es muy cierto, no tengo alta autoestima” y 5 “es muy cierto, tengo alta autoestima”

1	2	3	4	5

FAMILIA

Dibuja el genograma del entrevistado, **desde los abuelos** hasta sus hijos.

Indica: fallecimientos, hermanos, hermanastros, divorcios, edades o hechos singulares

SI VAS MAL DE TIEMPO, RESUME. ANOTA COMENTARIOS DE FAMILIARES IMPORTANTES

INFANCIA y ADOLESCENCIA

Vale, pues vamos a empezar desde el pasado hasta el presente. Empezamos con la infancia.

¿Cuánto de feliz fue tu infancia? Del 1 al 10, siendo 1 “nada feliz” y 10 “muy feliz”

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Si alguien tuviese que definirte con dos palabras cómo eras de niño, ¿qué dirían de ti?

SI NO SE LE OCURRE, NO CONTAMINARLE CON EJEMPLOS. AYUDARLE A PENSAR: ¿cómo te veían; cómo eras; qué destacaba más de ti?

1. _____

2. _____

OPCIONAL SI TIEMPO ¿Dónde y con quién vivías normalmente? ¿Tuviste cambios de casa?

(EXPLORAR SI VIVÍA EN CASA CON PADRES Y HERMANOS, EN CASAS DIFERENTES, EN UN INTERNADO. EXPLORAR SI HUBO POBREZA Y DESAHUCIOS)

¿Quién fue tu cuidador/a principal?

Madre	Padre	Abuelo	Abuela	Otro Familiar	No Familiar

Notas:

PASAR ENCUESTA DE VICTIMIZACIÓN AHORA

VIOLENCIA SEXUAL

Nos gustaría hacerte ahora una pregunta difícil, pero creemos que es importante para conocerte mejor. Puede que no te la hayan hecho antes y puede que te indigne o sientas vergüenza. No te preocupes, recuerda que todas tus respuestas las tratamos con confidencialidad y solo te las hacemos para entender mejor cómo podemos ayudar a personas que se encuentran en la cárcel. Nos gustaría saber si alguna vez cuando tenías menos de 18 años abusaron sexualmente de ti, es decir, si alguna vez te tocaron sin pedirte permiso, o te obligaron a hacer algo de carácter sexual. **NO SE DAN EJEMPLOS PARA NO CONTAMINAR AL SUJETO**

Quién abusó	Edad inicio	Edad final	Frecuencia

**PEDIRLE QUE DESCRIBA UN DÍA CONCRETO QUE RECUERDE
CÓMO ERA LA CONVIVENCIA CON ESA PERSONA EN CASA**

INFANCIA y ADOLESCENCIA

Antes hemos hablado de tu infancia, vamos a avanzar ahora unos años más. ¿Cuánto de feliz fue tu adolescencia (A PARTIR DE LOS 13 AÑOS y HASTA LOS 18 AÑOS)?

Del 1 al 10, siendo 1 “nada feliz” y 10 “muy feliz”

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Si alguien tuviese que definirte con dos palabras cómo eras de niño, ¿qué dirían de ti?
SI NO SE LE OCURRE, NO CONTAMINARLE CON EJEMPLOS. AYUDARLE A PENSAR: ¿cómo te veían, cómo eras, qué destacaba más de ti?

1. _____

2. _____

OPCIONAL SI SE VE NECESARIO ¿Notaste el paso de la infancia a la adolescencia? ¿En qué?

A veces la adolescencia es un momento de rebeldía, de ir contra el orden establecido.

Nos gustaría saber cuáles de estas cosas viviste:

	Sí	No
Hacer novillos / Saltarte clases		
Ser expulsado del colegio		
Meterte en peleas		
## ¿Te divertiste alguna vez pegando a algún animal o haciéndoles alguna travesura?		
Robar		
Deteriorar material de la calle (por ejemplo, grafitis, contenedores...)		
## Quemar cosas		
Problemas con el coche (exceso de velocidad, choques...)		
¿Acabaste detenido por la policía?		
¿Estuviste en un centro de menores?		
→ Borracheras (pág. siguiente)		
→ Tomar drogas de cualquier tipo: tabaco, porros... (pág. siguiente)		

Notas:

SI HA RESPONDIDO QUE SÍ HA TENIDO BORRACHERAS. SE LEEN PREGUNTAS Y OPCIONES

¿Con qué frecuencia bebías?	1 al mes	2 o 4 al mes	2 o 3 semana	+ de 4 semana
¿Y de mayor/antes de prisión?	1 al mes	2 o 4 al mes	2 o 3 semana	+ de 4 semana
¿Cuántas consumiciones tomabas un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	Más de 7
¿Y de mayor/antes de prisión?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	Más de 7
¿Cuántas veces bebiste en ayunas o nada más despertar?	Nunca	Menos 1 mes	Mensualmente	Semanalmente
¿Alguna vez has tenido un coma etílico?	No	Sí, 1	Sí, más de 1	XXXXXXXXXXXXXX
¿Alguna vez un familiar, amigo... te ha mostrado preocupación por cuánto bebías?	No	Sí	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX

SI HA RESPONDIDO QUE SÍ HA TOMADO DROGAS. ¿Qué drogas has probado?

Droga	Sí	No	¿Cuánto?
Marihuana			
Cocaína			
Anfetás			
Setas alucinógenas			
Popper			
Cocaína / Crack			
Heroína (“caballo”)			
Otra, ¿cuál?			

Notas:

HISTORIA ESCOLAR

Nos gustaría conocer cómo fue tu etapa en la escuela.

¿Qué nivel terminaste? (Primaria, EGB, COU...) ¿Hasta qué edad estuviste en el colegio? ¿Cambiaste alguna vez de colegio?

Nivel que terminó	
Edad fin de escolarización	
Número de cambios de colegio	

Comentarios:

¿Eras buen estudiante? ¿Qué nota media podrías tener? (INDICAR NÚMERO DEL 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

AL 10)

Comentarios:

¿Suspendías exámenes a menudo?

¿Repitió curso?	Sí	No	¿Cuántos cursos repitió?	
-----------------	----	----	--------------------------	--

OPCIONAL: Sabes que en todas las clases suele haber roles: el líder, el empollón...

¿Cuál era el tuyo?

¿Cómo recuerdas el colegio? (¿Tienes recuerdos positivos o negativos?) ¿Te gustaba ir al colegio? ¿Cómo te llevabas con tus compañeros? ¿Y con los profesores?

(EXPLORAR SI PRESENCIÓ O INICIÓ PELEAS, FUE VÍCTIMA DE BULLYING, FUE QUIEN HIZO BULLYING, SI ALGÚN PROFESOR SE PORTÓ MAL CON ÉL)

¿Después del colegio seguiste estudiando? ¿Qué nivel de estudios tienes?

	Sí	No
Formación Profesional		
Carrera Universitaria (Licenciatura, Diplomatura, Grado...)		
Doctorado		
Oposición		
→ ¿Cuánto es el tiempo máximo que has estado sin trabajo?		

¿Qué trabajos ha tenido? Dejar escritos los más significativos

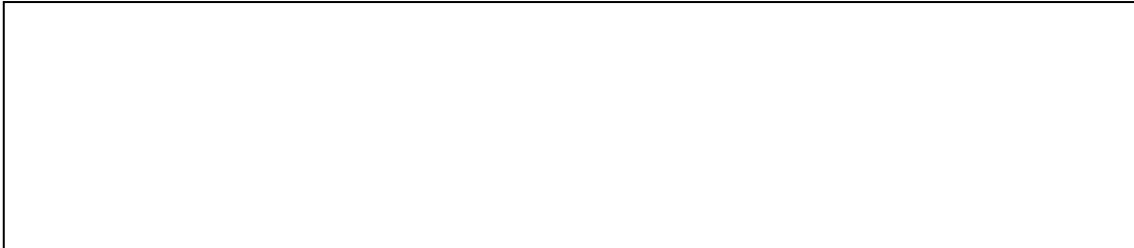
¿Ha tenido trabajos que implicaban contacto con menores? Sí No

HTP MATERIAL: 3 folios, lápiz, goma, alfilalápiz

Para relajarnos un poco después de tanta pregunta, y ahora que estamos hablando del colegio, nos gustaría pedirte que realizaras algunos dibujos. No te preocupes si no sabes dibujar bien. La calidad no importa. Simplemente dibuja como sepas.

SE ENTREGA EL FOLIO EN VERTICAL. **“Por favor, dibuja una persona”**

¿Cambia de posición el folio? ¿Por dónde empieza a dibujar? ¿Borra?



¿Verbaliza algo?

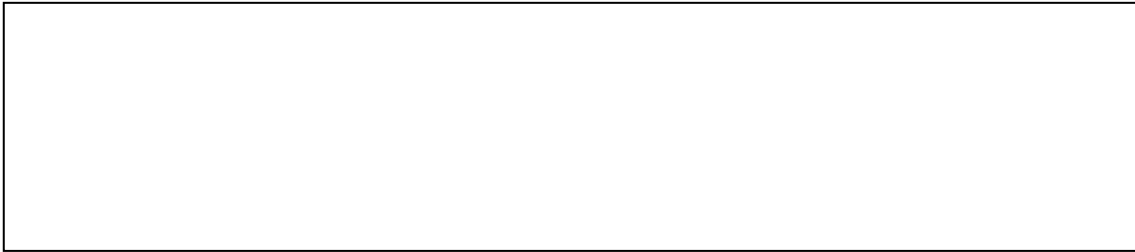
Por favor, describe la persona (la primera que ha dibujado)

RETIRA FOLIO. ESCRIBE EL CÓDIGO DEL SUJETO (CÓDIGO Y NÚMERO),
“PRIMERO” Y SEXO

Si se bloquea, le puedes ayudar: cuántos años tiene, a qué se dedica, cuáles son sus temores y deseos

SE ENTREGA EL FOLIO EN VERTICAL. “**Por favor, dibuja una persona del sexo contrario**”

¿Cambia de posición el folio? ¿Por dónde empieza a dibujar? ¿Borra?



¿Verbaliza algo?

RETIRA FOLIO. ESCRIBE EL CÓDIGO DEL SUJETO (CÓDIGO Y NÚMERO), “SEGUNDO” Y SEXO

Por favor, **describe la persona (la segunda que ha dibujado)**

Si se bloquea, le puedes ayudar: cuántos años tiene, a qué se dedica, cuáles son sus temores y deseos

LÍNEA DE VIDA: Esta es tu línea de vida. Empieza el día que naciste, y llega hasta los próximos 5 años. Hoy está señalado con una X. Señala en esta línea horizontal los momentos que consideras más importantes de tu vida, tanto buenos como no tan buenos, y las cosas que imaginas que pasarán en los próximos 5 años. Escribe más o menos la edad a la que pasó y qué pasó. Dibuja y escribe todo lo que quieras.



RELACIONES SOCIALES Y TIEMPO LIBRE

¿Recibe visitas? ¿De quiénes?

NOTA: QUEREMOS EXPLORAR EL NIVEL DE APOYO SOCIAL QUE TIENE AHORA

¿Te consideras una persona en general, con facilidad para las relaciones sociales? Sí No

¿Cuántos amigos tienes con los que pueda contar? ESCRIBIR NÚMERO: _____

¿Te gustaría tener más?

Notas:

¿Cuáles son tus aficiones?

NOTA: INTENTAR MIRAR SI SON SOLITARIAS O EN GRUPO. EXPLORAR SI COLECCIONA COSAS SIN DECIRLO EXPLÍCITAMENTE

Uso de internet:

En ocasiones, recurrimos a Internet para conocer a otra gente. SEGÚN EDAD: Ahora por ejemplo hay muchas aplicaciones en el móvil para buscar pareja, como Tinder o para hacer actividades en grupo, como Meetup. También existen las redes sociales, como por ejemplo Facebook, Instagram...

¿Has usado alguna vez Internet para acercarte más a otras personas?

¿Cuánto tiempo pasabas al día usándolas?

SOLO SI ES GRAN USUARIO...

¿Cuál es el uso que le da a sus perfiles sociales on-line?

¿Utiliza siempre el mismo nickname o tiene uno diferente para cada perfil?

¿Cuánto tiempo pasa diariamente actualizando sus perfiles sociales?

PARA TODOS:

En Internet también se puede encontrar de todo. A veces muchas cosas que en la realidad cuesta encontrar, como por ejemplo comunidades de algunos gustos sexuales, BDSM, o foros donde puedes contactar de forma anónima con otras personas.

¿Las has usado? ¿Qué encontrabas en ellos que no encontrabas fuera?

¿Con qué frecuencia?

AFECTIVIDAD Y SEXUALIDAD

Anonimato

Ahora nos gustaría saber cómo has vivido la afectividad y la sexualidad durante tu vida. Antes de empezar te recordamos que nada de lo que digas aquí lo vamos a comentar ni al centro ni a ningún compañero. Es solo información que nos sirve para nuestro estudio, y es anónima. Tu nombre no va a aparecer asociado a esta información. Por tanto, siéntete con toda tranquilidad de tener este espacio con nosotros para ser tú mismo. Ya de primeras te agradecemos la sinceridad, porque sabemos que estos temas a veces dan vergüenza hablarlos, pero no te preocupes, nosotros hemos escuchado de todo así que nada nos asusta.

Lenguaje

Por cierto, también siéntete libre para usar el vocabulario que quieras. O sea que si quieres decir coño, polla, me pone palote... puedes perfectamente. Tampoco nos vamos a asustar.

Definición

Vale, una vez dicho esto, no sabemos si conoces las palabras y las diferencias entre “identidad” y “orientación”. Identidad significa con qué sexo te sientes tú más cómodo y orientación significa qué sexo te gusta. Por ejemplo, al hablar de identidad, hay personas que han nacido mujeres y se sienten mujeres, pero también hay personas que han nacido mujeres y en cambio se sienten hombres. ¿Tú cómo te identificas? SE LEEN OPCIONES

Identidad

Eres hombre, y te sientes hombre (o es mujer y se siente mujer)	
Eres hombre y te sientes mujer (o es mujer y se siente hombre) SI MARCA ESTA, PREGUNTAR CÓMO QUIERE QUE NOS DIRIJAMOS A ÉL/ELLA	
OTROS ¿quizás unas veces te sientes de una forma y otras de otra? (FLUIDO)	

Y orientación, como te decíamos, significa qué personas te gustan. SI APLICA, MARCA VARIOS

Orientación sexual:

Solo mujeres	
Solo hombres	
Hombres y mujeres	
Otra (cuál) NO DECIR: ASEXUAL, PANSEXUAL, SAPIOSEXUAL, DEMISEXUAL...	
¿Consideras que la atracción por los menores se puede considerar una orientación?	

Masturbación y fantasías

Ahora nos gustaría saber qué material te excita, y qué fantasías tienes. Sabemos que el material que te excita o tus fantasías no significa que quieras que pasen en el mundo real, sino que se trata de juegos que hacemos con la imaginación o material que nos gusta ver. Es como cuando vemos películas de guerra y nos gustan, eso no significa que queramos participar en una guerra, ¿verdad? Vale, pues dicho esto, ¿qué tipo de situaciones sueles imaginarte? ¿Qué tipo de pornografía te gusta ver? NOTA: A PARTIR DE 60 AÑOS, QUIZÁ NO CONSULTE INTERNET, PREGUNTAR MÁS POR SU IMAGINACIÓN

LEE Y RODEA TODAS LAS QUE AFIRME

Heterosexuales	Homosexuales de su sexo	Homosexuales de sexo opuesto	Transexuales o travestis
Niños	Niñas	Adolescentes varones	Adolescentes chicas
Sexo forzado	Bondage, cuerdas, atar	Esposas, látigos	Introducir objetos, puños
Orgías	En público / ser vistos	Con familiar adulto	Con familiar menor de edad

Seguir escribiendo aquí...

¿Tienes alguna fantasía recurrente? Cuéntamela para que yo pueda imaginármela.
SI EL INTERNO EMPIEZA A EXCITARSE O ADOPTA ACTITUD SEDUCTORA, SIN CAMBIAR EL TONO: ME DA LA SENSACIÓN DE QUE AL HABLAR DE ESTOS TEMAS TE ESTÁS EXCITANDO Y NO ME GUSTARÍA SEXUALIZAR LA ENTREVISTA YA QUE SE TRATA DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. PREFIERO QUE PASEMOS A OTRO APARTADO DE LA ENTREVISTA Y VOLVAMOS A ESTE CUANDO TE SIENTAS MÁS CALMADO. (PASAR A OTRO APARTADO). Anotar uso sexualizado de la entrevista: Uso sexualizado

DD/LG: Daddy Dominant, Little Girl

Ebony: chicas étnicas

Fisting: introducir puño por vagina/ano

Lluvia amarilla: gusto por orinar a gente o ser orinado

Llamadas: escuchar cómo otras personas se corren o te dicen cosas guarras

Ir de putas / visitar prostíbulos / estar con prostitutas

PORNOGRAFÍA EN INTERNET

¿Qué tipo de imágenes (**SI APLICA: relacionadas con la pornografía infantil**) solía consumir? CONTENIDOS GENERALES

¿Qué actividades dejaba de realizar para poder pasar más tiempo conectado a Internet consumiendo este tipo de imágenes?

¿Te gusta coleccionar pornografía? ¿Cómo las clasificas?

SI PORNOGRAFÍA INFANTIL

Piense en la primera vez que vio pornografía infantil. ¿Cuáles fueron las razones? ¿Cuáles piensa que son los motivos por los que, en general, las personas consumen este tipo de pornografía?

¿Compartía activamente archivos con otros usuarios? ¿Qué recibía por compartir sus archivos con otras personas? ¿Qué ofrecía a sus contactos a cambio de los archivos que recibía de ellos?

CAMBIAR HACIA ORIENTACIÓN SEGÚN CORRESPONDA	Nada	Poco	Mucho
Me parece difícil hablar con CHICAS O MUJERES			
Cuando practico sexo con una MUJER, me siento nervioso			
Tengo dificultades para encontrar a alguien con quien acostarme			
Tengo problemas de erección, o erecciones parciales, o miedo a que no se me levante cuando se me tiene que levantar			
Hay veces que tengo tanto la idea de sexo en mi cabeza que he tenido que acostarme con alguien o masturbarme al menos una vez al día			
Soy capaz de controlar mi impulso sexual			
Me gusta ver furtivamente a gente teniendo sexo o desvistiéndose			
Fantaseo con mostrar mi pene o mostrarme desnudo frente a desconocidos			
Me he excitado sexualmente vistiendo ropa de MUJER			
Me he excitado oliendo o teniendo ropa interior ajena en mi poder			
Me excitan objetos como los zapatos o partes del cuerpo como los pies que no son específicamente sexuales			
Me excita pensar en usar aparatos cortantes (como cuchillos)			
Me ha pasado durante el sexo que me han pedido parar porque estaba asustando a mi pareja			
Me gusta la lluvia dorada (orina durante el acto sexual), o similares			
Me gusta hablar por teléfono de guarradas o escuchar los gemidos de mi pareja			
Me gusta frotarme con desconocidos cuando hay una multitud			

Notas:

¿Qué es para ti el sexo?

PAREJAS:

Primera pareja sexual. ¿A qué edad? ¿Quién fue? ¿Cómo fue?

Primera relación romántica. ¿A qué edad? ¿Quién fue? ¿Cómo fue?

Otras parejas/matrimonios destacables

DELITO

¿Por qué delito te han condenado?

**SI INSISTE EN QUE NO FUE ÉL: PERDONA, NO HE DEBIDO EXPLICARME BIEN.
NO PREGUNTO NI JUZGO SI ERES TÚ O NO EL RESPONSABLE DE ESE DELITO,
LO QUE ME GUSTARÍA SABER ES QUÉ PONE EN TU SENTENCIA.**

¿Quién es el responsable del hecho por el que estás aquí?

Asume responsabilidad	Sí	No	Un poco de responsabilidad es del menor/la mujer	Sí	No
Otro (por ejemplo, la cultura o la sociedad)					

SI ASUME

SI HA DICHO QUE UN POCO DE RESPONSABILIDAD ES DEL MENOR/MUJER/OTRO, SE PREGUNTA ESTO. SI NO, SE PASA A LA TABLA SIGUIENTE

Cuéntame por qué, cuál es su responsabilidad

¿Cómo de grave crees que fue el delito que cometiste?		
Poco	Grave	Muy grave
¿Cuánto daño crees que le hiciste a la víctima?		
Poco	Algo	Mucho
¿Cómo crees que se podrías reparar el daño a tu víctima?		

VÍCTIMA

Dime cómo eran las personas sobre las que cometiste los hechos

Víctima	Sexo	Edad	Parentesco

¿Hay alguna más pero que no te hayan pillado? Te recuerdo que lo que digas aquí no lo comunicaremos al centro, ni se usará para perjudicarte.

SSPI-2. ¡Es necesario rellenar todos los apartados!!

	SÍ	NO
Item 1: Alguna víctima NIÑO menor de 15 años		
Item 2: VARIAS víctimas menores de 15 años		
Item 3: Cualquier víctima menor de 12 años		
Item 4: Alguna víctima EXTRAFAMILIAR menor de 15 años		
Item 5: Alguna posesión de pornografía infantil		

¿Cómo eran físicamente? ¿En qué te fijaste? ¿Qué te gustaba de ellas?

INDICACIONES SOBRE ASPECTO JUVENIL, CANDIDEZ, PERO TAMBIÉN RASGOS FÍSICOS. QUEREMOS SABER QUÉ VÍCTIMAS TENDRÍAMOS QUE PROTEGER EN EL FUTURO: CÓMO SON

Ayúdame a entender por qué fueron esas y no otras.

OPCIONAL ¿Cómo lo hiciste? Imagino que la primera que vez que haces algo así, no tienes experiencia. ¿Cómo lo planificas, en qué piensas? **POR EJEMPLO, CÓMO ENGAÑAR AL NIÑO/MUJER, O CÓMO EVITAR SER COGIDO POR LA POLICÍA**

OPCIONAL Lo que has hecho un delito y tú lo sabías. ¿Por qué aún así seguiste haciéndolo?

SI NO ASUME

¿De quién es la responsabilidad entonces de que estés aquí?

HABLAR SIEMPRE EN IMPERSONAL “EL DELITO POR EL QUE...”, “ESE DELITO...”, NUNCA ASUMIENDO SU CULPABILIDAD		
¿Cómo de grave crees que es el delito por el que se te ha condenado?		
Poco	Grave	Muy grave
¿Cuánto daño crees que pudo sentir la víctima del delito por el que se te ha condenado?		
Poco	Algo	Mucho
¿Cómo crees que se podría reparar el daño a una víctima de este tipo?		

VÍCTIMA

¿Qué personas aparecen en la sentencia que han sido supuestamente víctimas tuyas?

Víctima	Sexo	Edad	Parentesco

Notas:

SSPI-2. ¡¡Es necesario rellenar todos los apartados!!

	SÍ	NO
Item 1: Alguna víctima NIÑO menor de 15 años		
Item 2: VARIAS víctimas menores de 15 años		
Item 3: Cualquiera víctima menor de 12 años		
Item 4: Alguna víctima EXTRAFAMILIAR menor de 15 años		
Item 5: Alguna posesión de pornografía infantil		

Ayúdame a entender por qué fueron ellas y no otras:

**PARA TODOS,
TANTO SI ASUME COMO SI NO ASUME**

¿Qué necesidades tienes ahora? ¿En qué crees que podemos ayudarte? ¿Sobre qué cosas podríamos orientarte?

SOLO DECIR SI NO SE LE OCURRE: Por ejemplo: manejo del estigma. Tu delito no está bien visto, quizá recibas comentarios o miradas...