



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

**Tratamiento, prevención de la reincidencia y
peligrosidad del delincuente sexual.**

*Treatment, prevention of recidivism and dangerousness of the
sexual offender.*



Autor: Jorge Rodríguez Sanz

Directora: Maria Luisa Bescós Biel

Facultad de Medicina

2018

ÍNDICE

1. Resumen, Abstract.....	1
2. Introducción.....	2
3. El agresor sexual.....	5
3.1 Características criminológicas del agresor	5
3.2 Factores predisponentes.....	7
3.2.1 Conducta social.....	7
3.2.1.1 Infancia y desarrollo.....	7
3.2.1.2 Hipersexualización.....	7
3.2.1.3 Autoestima.....	8
3.2.1.4 Pornografía.....	8
3.2.2 Alteraciones del contenido del pensamiento.....	8
3.2.2.1 Distorsiones cognitivas.....	8
3.2.2.2 Desconexiones morales.....	8
3.2.2.3 Empatía.....	9
3.2.2.4 Trastornos mentales concomitantes.....	9
4. Tratamiento del agresor.....	11
4.1 Historia y evolución.....	11
4.2 Terapias ablativas.....	11
4.2.1 Castración química.....	12
4.2.1.1 Supresores de la testosterona.....	12
4.2.1.2 Antidepresivos.....	12
4.2.1.3 Efectividad del tratamiento.....	13
4.2.2 Terapia de ablación hipotalámica.....	14
4.2.3 Ética.....	15
4.3 Rehabilitación psiquiátrica (Tratamiento cognitivo-conductual).....	15
4.3.1 Características principales.....	15
4.3.2 Prevención de la recaída.....	16
4.3.2.1 Terapia de prevención y objetivos.....	17
4.3.3 Resumen del resto del programa.....	21
4.3.4 Críticas.....	23
4.3.5 Actualizaciones.....	24
4.3.5.1. Enfoque del tratamiento de acuerdo a la tipología del agresor.	25
4.3.5.2 Círculos de Apoyo y Responsabilidad.....	25
5. Reincidencia.....	26
5.1 Estadísticas.....	27

5.2 Medida de la reincidencia delictiva (Escala EPAS).....	27
6. Peligrosidad.....	29
6.1 Concepto.....	29
6.2 Evaluación de la peligrosidad.....	30
6.2.1 Métodos predictivos.....	30
6.2.1.1 Juicio Clínico.....	30
6.2.1.2 Método actuarial.....	31
6.2.1.3 Limitaciones.....	32
7. Medidas legales de protección social.....	33
7.1 Libertad vigilada.....	33
7.2 Otras medidas.....	36
8. Conclusiones.....	36
9. Anexo.....	38
10. Bibliografía.....	43

1. Resumen / Abstract

Las agresiones sexuales son un problema social grave que va en aumento, que afecta a la seguridad de los ciudadanos y que tiene consecuencias físicas y psicológicas importantes. De cara a evitarlos, es fundamental conocer los factores y las circunstancias que conforman al agresor.

El tratamiento es clave, y se han planteado diversas formas de afrontarlo. En esta revisión se aborda principalmente la terapia cognitivo conductual como método de mayor eficacia y se describen otras terapias más controvertidas como la castración química.

Asimismo, se expone ampliamente la prevención de las recaídas como eje principal de la recuperación y se incluyen otros aspectos como la evaluación de la peligrosidad del agresor y las medidas de protección social.

Sexual offences are a social issue that is increasing. It concerns citizens' security and it has serious physical and psychological consequences. To prevent them, understanding the circumstances that build the aggressor is key. Treatment is fundamental and it has been performed in several ways. In this review we evaluate the psychiatric treatment mainly, as it has proved to report the best outcomes. Other controversial therapies are described as well.

Reoffending prevention is discussed as a capital part of the treatment and other aspects are included, such as dangerousness evaluation and social protection measures.

Keywords: Delincuente sexual, tratamiento, recaídas, terapia cognitivo-conductual, castración química.

2. Introducción

La violencia sexual es un problema global, que abarca todo el mundo y afecta a un gran abanico de personas, sin atender a edad, sexo, estamento social o cultura. De la misma forma puede aparecer en cualquier ámbito, lo que lo convierte en una cuestión significativa. (1)

Jurídicamente, el concepto de delincuencia sexual en sentido amplio se corresponde con toda la parcela de delitos que tienen un trasfondo sexual; pero en un sentido estricto se ciñe al fenómeno criminal en el que la conducta infractoria persigue la satisfacción de apetencias sexuales. (2)

La OMS, por su parte, la define como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, 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, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. Estas definiciones incluyen actos muy variados que no sólo implican falta de consentimiento, sino actos con y sin contacto corporal, como la intimidación, el tráfico o el acoso sexual. (1)

Podemos atender al código penal (Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal) para definir la agresión sexual como un acto que atenta contra la libertad o indemnidad sexual, mediado por violencia o intimidación, estableciendo de esta forma diferencia con abuso sexual, que implicaría un acto contra la libertad o indemnidad sexual sin mediar violencia.

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

Los datos de violencia sexual se obtienen de instituciones como el Ministerio del Interior, de la Fiscalía, o de instituciones a tal efecto, pero se estima que las cifras que se obtienen afloran una parte muy pequeña del número real. Los datos policiales son en general incompletos, las clínicas forenses ofrecen datos

sesgados hacia los casos de mayor violencia y se estima que las denuncias sólo cubren de un 15 a un 30%. (1)

En 2012 se publica un estudio en Europa, (FRA survey on gender-based violence against women: an EU-wide survey), que concluyó que aproximadamente un 12% de las europeas había sufrido alguna forma de agresión sexual antes de los 15 años y un 33% habrían sufrido violencia física o sexual. Solo un tercio denuncia estas agresiones. (1)

En España, el 22% de las mujeres de más de 15 años habría experimentado violencia física o sexual, denunciando menos de la quinta parte. (1)

Como se ha comentado, este fenómeno es ubicuo, pero bien es cierto que hay factores de riesgo que hacen a la mujer más vulnerable a sufrir este tipo de violencia. Ser joven, ser víctima de otros tipos de violencia, ser víctima de abusos previos, consumir alcohol u otras drogas, tener muchos compañeros sexuales, ser profesional del sexo, o tener una economía precaria influirían en la probabilidad de ser agredida. (1)

La relación con el agresor varía desde conocidos, hasta miembros de la familia, y según la misma, variaba también el tipo de agresión sexual. Asimismo, la victimización sexual tiene una relación directa sobre la salud de la víctima a corto y a largo plazo. (3) Se ha demostrado que las mujeres que sufren este tipo de agresiones demandan atención sanitaria más frecuentemente y supone una pérdida de un año de vida saludable por cada 5, en mujeres entre 15 y 44 años. Con frecuencia aparecen cuadros de estrés postraumático, ansiedad, miedos, depresión, inadaptación social, disfunciones sexuales, fobia social o comportamientos suicidas. (1)

También hay que destacar la violencia ejercida sobre los varones, se admite un ratio de un varón agredido por cada tres mujeres, y se estima que en torno al 15% de los varones habrían sufrido con menos de 17 años actividad sexual con o sin contacto. (1)

El jueves 10 de mayo de 2018, el Ministerio del Interior aportó los datos de criminalidad del primer trimestre de 2018. Es llamativo el aumento de casos de

agresión sexual con penetración, que pasó de 289 casos en el primer trimestre de 2017 a 371 casos, un aumento del 28,4%.

Mirando a las comunidades autónomas, en las que se produjo un mayor número de denuncias fueron Cataluña, Madrid y Andalucía, con 110, 62 y 41 casos respectivamente. En cuanto a Aragón, el aumento ha sido muy llamativo, en el primer trimestre de 2017 se habían registrado dos agresiones sexuales con penetración, mientras que en 2018 se han registrado 7. En conjunto, los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales en Aragón han aumentado de 54 en 2017 a 65 en 2018, es decir, un 20,4%. (4)

Es evidente que este tema constituye un problema de salud pública y que es necesario evaluar su etiología, sus circunstancias y la naturaleza del agresor para evitar que suceda en primer lugar y que recurra, siendo esto último a lo que vamos a dedicar la revisión.

3. El agresor sexual

3.1 CARACTERÍSTICAS CRIMINOLÓGICAS DEL AGRESOR

Podemos centrarnos en la población reclusa en primer lugar, y específicamente penada en España en los últimos 30 años por delitos sexuales.

Año	Condenados por delitos sexuales	Total de Penados	Porcentaje
1984	479	9370	5,11%
1990	802	17419	4,60%
1998	1226	28275	4,33%
2006	2892	48053	6,01%
2007	3157	49940	6,32%
2008	3435	54746	6,27%
2009	3710	59518	6,27%
2010	3758	59251	6,34%
2011	3627	57440	6,31%
2012	3081	56109	5,49%
2013	3131	56103	5,58%
2014	3176	55114	5,76%

Tabla 1(2)

Desde finales de los 80 se vienen haciendo estudios criminológicos en España, para caracterizar a los agresores sexuales. Estos estudios, coinciden con los hallazgos internacionales y se basan en los puntos reflejados a continuación, formulados por la comisión MENA:

- 1. Edad de inicio:** los delincuentes sexuales inician su trayectoria a una edad media de 32 años, cinco más que la media del resto de la población penitenciaria.
- 2. Prevalencia de la primariedad:** la mayoría son primarios cuando inician la condena base (91,3%). El 94,8% cumple condena por un único delito sexual.
- 3. Especialización y versatilidad:** el nivel de especialización es relativo. El 23,7% han sido condenados en otro momento por otros tipos de delitos. Según

los parámetros de la delincuencia general, la carrera delictiva en su mayor parte es de bajo riesgo. Por lo general no son un grupo de delincuentes multirreincidentes que ha incorporado el delito a su vida.

4. Conflictividad regimental: la conducta en prisión no es siempre adaptada, muestran un nivel de conflictividad superior al resto, tanto en lo que respecta a proporción de sujetos con faltas disciplinarias (36,8% en comparación al 12%), al índice de gravedad de estas faltas (3,27% y 2,18% respectivamente) o al porcentaje de los que han estado en algún momento del cumplimiento en régimen cerrado (4.1% y 3,5%). Es posible que exista un subgrupo con mayor prevalencia de rasgos impulsivos y antisociales y el resto muestren un comportamiento adaptado.

5. Acceso a oportunidades institucionales: tienen mayor acceso a permisos de salida, al régimen abierto y a la libertad condicional que el resto.

6. Tasa de fracaso de oportunidades institucionales: en cuanto al incumplimiento de las medidas de supervisión comunitaria, las proporciones son parecidas a las de la totalidad de los internos de prisiones. En el año 2007, fueron egresados de régimen abierto a régimen ordinario un 15,27% de los internos de las prisiones de Cataluña, para los sujetos de estudio el porcentaje es parecido, un 17,4%.

7. Duración de la medida privativa de libertad: tal y como corresponde por la gravedad de los delitos cometidos, este tipo de interno pasa en prisión una media de 4 años y 11 meses, un periodo mucho más largo que la media de la población penitenciaria, que pasa año y medio.

8. Tasa de reincidencia: la tasa de reincidencia de los delincuentes sexuales es baja. Un 19% de los delincuentes sexuales de este estudio vuelven a prisión por un nuevo delito.

9. Plazo de reincidencia más largo: tal y como se observa en otros países y en este estudio, los delincuentes tardan más en reincidir que los responsables de otro tipo de delitos, incluso hasta 6 años. (2)

3.2. FACTORES PREDISPONENTES

Los podemos clasificar en 3 grupos, la conducta social, las alteraciones del pensamiento y el comportamiento sexual, evidentemente.

3.2.1. CONDUCTA SOCIAL

3.2.1.1. Infancia y desarrollo

Dentro de este campo podemos hablar de las relaciones paterno-filiales disfuncionales, que conducen a dificultades sociales y de comunicación con otros e impiden la consecución de actos consensuados(5). Esta situación puede llevar al niño a sólo interesarse por sus propios deseos y necesidades. Podemos ver imitación del rol agresivo de sus padres y pueden utilizar esta agresividad como forma de resolución de problemas. Es fácil entrar en el ciclo víctima-agresor, “como a mí me lo han hecho, yo lo hago”. (6)

El principal predictor de aparición de conducta sexual agresiva en el adulto es haberla padecido en el pasado o en la niñez(7-9). El 18% de los hombres fueron víctimas de alguna forma de agresión sexual y de ellos, el 84% fueron víctimas de agresión física y maltrato verbal severo. (9) Aunque muchos agresores fueron víctimas, sin embargo, la mayoría de las víctimas no se convierten en agresores. No se conoce la razón por la que algunos sí y otros no, ni tampoco la causa que hace a personas no victimizadas convertirse en agresores. (6)

Es necesario destacar que el 33% de los agresores sexuales comienzan sus agresiones a una edad temprana, en torno al 20% en la adolescencia y que el 50% de los agresores sexuales adultos llevaron a cabo sus primeros delitos con menos de 16 años. (10)

3.2.1.2 Hipersexualización

Sensación de soledad, de rechazo, antecedentes de abusos sexuales en la infancia, de violencia, experiencias sexuales tempranas o anómalas, fracaso escolar, síntomas psicóticos e incluso desempleo. Estas carencias afectivas y comunicativas pueden conducir a una hipersexualización de las emociones y conductas como forma de compensación. (5,11)

3.2.1.3 Autoestima

En relación con la autoestima, jóvenes incapaces de establecer relaciones afectivo-sexuales sanas, pueden utilizar la agresividad y el sexo como una forma de probarse a sí mismos su masculinidad. (7)

3.2.1.4. Pornografía

El papel de la pornografía es controvertido, y se ha hablado de que la simulación de las violaciones en este tipo de imaginería podría ayudar a los agresores a justificar sus actos o a ver a las mujeres en un plano objetificado. (7). En la república checa, sin embargo, tras años de prohibición, cuando la pornografía se extendió, los crímenes sexuales no aumentaron, y al parecer, en California disminuyeron bajo circunstancias similares. (12)

3.2.2 ALTERACIONES DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

Al igual que los factores antes mencionados, se han analizado en los delincuentes sexuales distorsiones cognitivas, desconexiones morales y precursores motivacionales que ayudan al agresor a romper las normas racionales y sociales aceptadas y a crear su propia percepción y sus propias reglas de actuación.

Los agresores sexuales pueden sentir atracción hacia la conducta sexual agresiva por la descarga, que en ese momento les produce alivio. Estas agresiones pueden ser expresión de sentimientos negativos. A menudo manifiestan tener poco sentido del riesgo de su conducta, meditada y programada hasta derribar las barreras sociales y personales. (6)

3.2.2.1. Distorsiones cognitivas

La distorsión cognitiva es una creencia de que el propio comportamiento agresivo y sus consecuencias son positivas o por lo menos aceptables socialmente, lo que provoca que el agresor sea capaz de actuar de manera violenta sin tener que dejar de formar parte de la sociedad. Por lo general, los agresores sexuales tienen menor tendencia antisocial que otros delincuentes. Este mecanismo facilita el comienzo y la recurrencia de los abusos. (11,13)

3.2.2.2 Desconexiones morales

Por otra parte en cuanto a las desconexiones morales, la cuestión radica en que la agresión sexual supone un conflicto interno en el delincuente, que tiene que justificarse a sí mismo. Esta justificación repetida constantemente

construye una creencia y le da permiso para repetir las conductas. Las consecuencias de los actos se distorsionan y finalmente deshumanizan a la víctima, e incluso pueden atribuirle la culpa de lo sucedido. De esta forma, la responsabilidad propia del acto se diluye y deja de caer totalmente en el agresor, por lo que el acto no afecta a la autoestima y la conducta se perpetúa(13).

Este mecanismo forma parte de la psicología humana y se puede ver en diversos ámbitos del día a día. Está detrás del bullying, de conductas agresivas infantiles y adolescentes, de violaciones reiteradas a normas de seguridad e incluso en contextos académicos, pero en la adultez se relaciona directamente con conductas agresivas. En última instancia conduce a una falta total de empatía hacia la víctima (13).

3.2.2.3. Empatía

La falta de empatía ha sido frecuentemente asociada a los delitos sexuales. Podríamos esperar una falta de esta habilidad en los agresores sexuales, más si sus modelos emocionales fueron negligentes. Es más fácil que una persona incapaz de sentir empatía perpetúe sus hechos, puesto que es capaz de imponer sus deseos y le resulta mucho más fácil abusar de los demás. (7)

La competencia tradicionalmente evaluada en este sentido fue el reconocimiento de emociones, que a través de diversos estudios ha sido constatado que los agresores sexuales realizan peor, en especial el reconocimiento de miedo, ira y asco.

Por el contrario, no hubo diferencias entre agresores y controles en tomas de perspectiva emocional ni en respuestas afectivas. Se llevó a cabo un pequeño ensayo de tratamiento que pretendía mejorar las capacidades empáticas de los agresores, obteniendo datos positivos en reconocimiento emocional y en toma de perspectiva. (14)

3.2.2.4. Trastornos mentales concomitantes

Existe un idea social preconcebida de que el delincuente sexual es un enfermo mental grave, muy reincidente y que supone un peligro para los demás. La prevalencia de trastornos mentales graves es escasa, en torno a un 10-12%.(15)

Bien es cierto que los trastornos afectivos, de ansiedad, de control de impulsos, de la conducta alimentaria y las toxicomanías son muy frecuentes, y a menudo aparecen conjuntamente.

La mayoría de los estudios se han desarrollado en el ámbito hospitalario, lo que hace también necesario investigar los centros penitenciarios y las particularidades de sus internos. La prevalencia global en España de trastornos mentales leves es en pacientes en hospitales forenses de un 80% y de un 63% en los encarcelados.(16) En la población general, la prevalencia de trastorno mental en hombres es del 15,6%. (17)

La noxa más frecuentemente encontrada ha sido la adicción a sustancias, no encontrándose diferencias significativas en cuanto a variedad de trastornos sufridos en diferentes tipos de agresor sexual, ni en muestras internacionales. (16)

Este grupo es muy heterogéneo y para comprenderlo es necesario individualizar cada caso. No responden a las mismas motivaciones ni comparten todos un perfil conjunto, por lo que hay que derribar las creencias y el miedo generalizado en este aspecto. (15)

Los factores mencionados, los condicionamientos que llevan a una persona a delinquir, y que facilitan el abuso, deben ser interpretados con cautela. También es necesario admitir, que el agresor sexual por lo general no es un apartado de la sociedad, es consciente de cuando debe actuar de acuerdo con ella, cuáles son las normas sociales que rigen y comportamiento de los demás y de qué forma puede llevar a cabo sus actos con la menor probabilidad de ser inculpado. (7)

Existen factores, que además de los inherentes a la persona, pueden facilitar la consecución del abuso, podríamos hablar de alcohol, enfado o agresividad en el momento, excitación sexual, e incluso momentos sociales convulsos. (7)

4. Tratamiento del agresor

4.1 Historia y evolución

El tratamiento de los agresores sexuales ha experimentado una gran evolución y ha sido afrontado desde diversas perspectivas, incluyendo hasta finales de los años 50 la cirugía (emasculación), que tras análisis de resultados y el conflicto ético que suponía, se abandonó como ineficaz. Entre los años 60 y 70 se empleó el tratamiento conductual, como método de reducción de los impulsos propios y adquisición de la excitación adecuada, lo que se conoce como terapia aversiva y reeducación, cuya eficacia tampoco fue concluyente.

A finales de la década de los 70 apareció el tratamiento cognitivo-conductual, que sigue vigente a día de hoy(18). En concreto, se emplea el SAC o Programa de control de la agresión sexual, desarrollado por Garrido y Beneyto en 1996 y 1997 tras diversas investigaciones. Se aplicó por primera vez en Barcelona (Brians y Quatre Camins) y ha reportado buenos resultados. (19)

4.2 Terapias ablativas

Entendiendo como tales aquellas que eliminan el deseo sexual, en la actualidad se contempla principalmente el tratamiento antilibidinal farmacológico (castración química), poco utilizado en España y que supone la supresión de los niveles de testosterona a rango prepuberal con intención de disminuir el deseo sexual.

A nivel neurocientífico, otras terapias se han planteado en esta línea, en concreto, la estimulación estereotáctica de ciertos puntos del cerebro, útil tanto en abuso sexual como en tratamiento de la agresividad. (20,21)

Sean cualesquiera los métodos que se utilicen, este tipo de intervención implica un profundo debate ético, creándose una dualidad en si su intención real es médica o correccional. Considerándose el daño que se puede producir a potenciales víctimas, en caso de que no se intervenga.(21,22)

4.2.1 Castración Química

La castración química se divide en dos grupos principales, los supresores de testosterona (progesterona, antiandrógenos, y análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas o GnRH), y los fármacos que reducen el impulso sexual por otros mecanismos, como los antipsicóticos y antidepresivos serotoninérgicos (SSRIS). El objetivo de este tipo de tratamiento es, proporcionar un periodo ventana para intentar terapia cognitivo-conductual o ampliarla a un tratamiento de carácter permanente(23). Existe evidencia de que estas intervenciones son útiles para cierto tipo de delincuentes y que en otros casos pueden mitigar las parafilia. (22,23)

4.2.1.1 Supresores de la testosterona

La testosterona se relaciona con la diferenciación sexual y con el impulso sexual en los hombres, tiene efectos estimulantes y de organización del SNC. El efecto de la testosterona en el impulso y en el interés sexual se lleva a cabo mediante una producción constante, no pulsátil. Los efectos beneficiosos de la supresión tardan algunas semanas en hacer efecto. (23)

Las tres clases principales de fármacos supresores de la testosterona son los progestágenos, los antiandrógenos y los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas o GnRH. (23)

Los antiandrógenos comúnmente utilizados son el acetato de medroxiprogesterona (MPA), el acetato de ciproterona (CPA), la triptorelina y la goserelina. (23)

La GnRH parece ser más efectiva que la medroxiprogesterona y el acetato de ciproterona, en cuanto a reducir a largo plazo los niveles de testosterona. Medroxiprogesterona, acetato de ciproterona y GnRH se han asociado con efectos secundarios como problemas cardíacos, ginecomastia, aumento de peso, sofocos, depresión, osteoporosis, más relacionada con los GnRH o toxicidad hepática, asociada al acetato de ciproterona. (23)

4.2.1.2 Antidepresivos

Los fármacos no hormonales que afectan a la libido por otras vías son los antipsicóticos y los antidepresivos serotoninérgicos. Se asocian con reducción de la libido y con retraso del orgasmo.(23)

Los mecanismos exactos no están claros pero parece que tiene que ver con el efecto de la dopamina en el córtex mesolímbico sobre la activación sexual. Este tipo de fármacos, pueden ayudar a patología concomitante como depresión, adicciones y trastornos de personalidad. (23)

En este campo los efectos secundarios pueden ser discinesia, aumento de peso e intolerancia a la glucosa. A pesar de tener, por lo general, mejor tolerancia por parte de los usuarios, se asocian también con insomnio, agitación y tendencias suicidas, especialmente en menores de 30 años. (23)

4.2.1.3 Efectividad del tratamiento

La evidencia real de la efectividad de las intervenciones farmacológicas ha sido puesta en duda durante mucho tiempo, y a tal efecto han sido redactadas numerosas revisiones, que son heterogéneas en sus resultados. En cuanto a recidivas de los ataques, la evidencia es pobre, pero se han llegado a registrar hasta un 20% en tratamiento con MPA y tratamiento cognitivo conductual. (23)

Hablando de la capacidad de estímulo sexual, el CPA y el estradiol disminuyen la actividad sexual, y el MPA inyectado, reduce la testosterona circulante significativamente. Por otro lado, las obsesiones y los impulsos sexuales anómalos no disminuyen ni con CPA ni con estradiol, el MPA inyectado sí demostró una disminución del 70%. La medroxiprogesterona disminuye también la ansiedad. No se ha comprobado si la anulación de ciertos componentes del acto agresivo sexual se traduce realmente en una reducción de las recidivas, la evidencia es contradictoria. (23,24)

Los estudios llevados a cabo sobre este tipo de terapia son muy antiguos y cuentan con un número muy pequeño de participantes, todos son sobre hombres, y no se examina la combinación de tratamientos de la terapia antilibidinal y la cognitivo-conductual.

El agresor sexual no debería tenerse en cuenta como un tipo de delincuente exclusivamente, dado que dependiendo del tipo de agresión las conductas recidivan en mayor o menor grado, (menos en abuso intrafamiliar, mucho más en exhibicionistas). Por otra parte las conductas sexuales podrían enmarcarse en otros individuos como parte de su carrera delictiva, por lo que también

podría examinarse el nivel de recidiva en delincuentes de perfil agresivo-sexual.

Por todo esto, actualmente no existe una evidencia fuerte que apoye este tipo de tratamiento.(23)

4.2.2 Terapia de ablación hipotalámica

A través de estudios neurofisiológicos se ha correlacionado la estimulación sexual con la activación del hipotálamo y con el flujo de oxígeno al mismo, lo que podría abrir una nueva dimensión en el campo de la abolición del deseo sexual.

La función del hipotálamo en este sentido, y sus pequeñas variaciones en cuanto a la secreción hormonal de la que es responsable, podría tener que ver con la regulación del comportamiento sexual, social y agresivo. Experimentalmente se comprobó que bajo estimulación visual sexual esta zona se oxigenaba de acuerdo al estímulo recibido. (25)

El hipotálamo, por tanto, es objetivo de estimulación cerebral profunda, y basándonos en experiencias previas en intervenciones, sería en concreto la parte ventromedial.

Este tipo de ablación se llevó a cabo en Alemania en los años 60 y 70, con indicaciones de inhibición sexual diversa, y se constató una remarcable disminución del deseo sexual a priori. El asunto adquirió una dimensión política profunda y fue muy criticado, por lo que no se hizo un seguimiento de los pacientes. En 1989 se publicó un estudio psicológico tras hipotalamotomía que demostró que los pacientes no presentaban déficits neurocognitivos.

Como estructura filogenéticamente antigua, está presente en ratones, en los que se comprobó que una estimulación constante producía agresividad, y cuando se les destruía, reducía considerablemente la actitud de cortejo y la agresividad, sin afectar a al comportamiento de cada sexo, a las emociones ni al marcaje territorial.

A priori, la técnica es ajustable a los síntomas (agresividad, impulso sexual) y es poco destructiva, pero ha de ser sometida a estudios de mayor envergadura y ser realizada bajo consentimiento informado.(21,25)

4.2.3 Ética

El debate ético sobre los métodos ablativos comienza por la imposición judicial que se puede hacer de ellos, y puede ampliarse en tanto en cuanto se está descubriendo implicaciones farmacológicas similares en otro tipo de delitos involucrando agresividad. (22)

La disyuntiva se ha suscitado sobre todo en torno a la premisa de que admitir una terapia ablativa supone una reducción de la condena, y se ha considerado esta circunstancia como una coerción de la libertad y del consentimiento informado libre. Se produce una contradicción en el papel de la medicina y la justicia, puesto que la medicina intenta curar o mitigar un problema y la justicia pretende castigar al responsable y proteger a la sociedad de sus actos. (22)

No son mutuamente excluyentes, pero en ciertas ocasiones sí que pueden llevar a debate, puesto que la medicina implica la conformidad de quien recibe el tratamiento y la justicia no permite negarse, lo que en ciertas situaciones podría suponer un problema. (22)

4.3 Rehabilitación Psiquiátrica

(Tratamiento cognitivo-conductual)

4.3.1 Características principales

El tratamiento central del delincuente sexual es la terapia cognitivo-conductual. En España, utilizamos un modelo derivado de las aportaciones de Garrido y Beneyto en 1996 y potenciado por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias como parte del Programa de Tratamiento para el Control de la Agresión Sexual. (26)

Está dirigido, en líneas generales, a hombres, cumpliendo condena por un delito contra la libertad sexual, próximos al tercer grado penitenciario o a la libertad condicional, que posean un cociente intelectual superior a 80 y que no sufran ninguna enfermedad mental que pudiera alterar su desempeño en el programa.

El interno tiene un manual, en el que se explican los conceptos psicológicos y sociológicos que influyen en la acción del abuso, de forma clara y concisa, y haciéndole partícipe constantemente de su situación personal, llevando la teoría a su caso concreto, y fomentando por parte del terapeuta las preguntas de respuesta grupal, como por ejemplo la identificación de factores de riesgo de abuso sexual en general, o individual, ayudándole a identificar sus propios factores predisponentes.

El tratamiento se organiza en dos ejes, en primer lugar la toma de conciencia y después la toma de control, teniendo previo a todo ello, un entrenamiento en relajación. En la primera parte o toma de conciencia, el interno debe disminuir la resistencia y admitir sus actos. En la toma de control, se ayuda al interno a evaluar su conducta y a evitar la reincidencia de los actos. Dentro de este bloque es de especial importancia el módulo de prevención de la recaída por sí mismo.

A- Toma de conciencia	B- Toma de control
Análisis de la historia personal	Empatía hacia la víctima
Introducción a las distorsiones cognitivas	Prevención de la recaída
Conciencia emocional	Distorsiones cognitivas
Comportamientos violentos	Estilo de vida positivo
Mecanismos de defensa	Educación sexual
	Modificación del impulso sexual

Tabla 2

La duración es entre 9 y 11 meses, en los que se desarrollarían, a la semana, cuatro sesiones grupales y una para seguimiento individual. En general, el programa busca potenciar la capacidad de análisis de los internos sobre sus actos, mejorar las capacidades sociales y en última instancia, llegar a una reinserción en la sociedad, sin reincidencias. (26)

4.3.2 Prevención de la recaída

El módulo de prevención de la recaída es clave en el programa y se desarrolla dividido en dos partes dentro de la segunda parte del tratamiento. En este

manual, se entiende el proceso de recaída como una secuencia establecida, que consta de Emoción, Fantasía, Distorsiones Cognitivas, Plan y Acto, la teoría de Pithers, Marques, Gibat y Marlatt de 1983, que ha servido para entender esta situación y que ha permanecido sin cambios desde su concepción.

En primer lugar sucede un cambio emocional, tras este se produce un aumento de la frecuencia y fuerza de las fantasías de abuso sexual, que puede implicar el uso de pornografía. Las fantasías se convierten en distorsiones cognitivas, llegando incluso a un plan realizado de forma pasiva, cuyo último objetivo es la consecución de dicho plan. (26)

Esta teoría ha sido profundamente criticada por simplista y en su lugar ha sido sustituída por el Modelo de Auto-Regulación, escrito por Ward, en el año 2000. Consta de 9 partes, y se basa en un modelo teórico y empírico que describe cuatro caminos distintos dentro del proceso del abuso sexual, lo que lo hace mucho más preciso dentro de lo distintos que pueden ser en su perfil los delincuentes sexuales. (27)

4.3.2.1 Terapia de prevención y objetivos

A continuación se explica más profundamente el apartado de prevención, junto con sus objetivos, dado que es el eje central del tratamiento:

Al comienzo de la terapia el delincuente se compromete a no reincidir, lo que hace que se sienta en posesión de un autocontrol del que no es dueño todavía, es importante que sea consciente de sus habilidades dentro de una situación de riesgo, puesto que cada fracaso en la respuesta adaptativa a una situación de alto riesgo lo acerca a una recaída. Una fantasía sexual desviada, incluso, podría ser una situación de riesgo. (26)

Se debe aprender a distinguir entre un fallo y una recaída. Un fallo podría ser una fantasía sexual desviada dentro de la abstinencia ante la que el interno ha sido demasiado indulgente. Por otro lado, hablaríamos de recaída si se volvieran a establecer patrones típicos de agresión sexual previa.

El proceso mental, la autoconcepción de sí mismos y las expectativas respecto al tratamiento pueden ser clave. El interno debe saber que los pensamientos seguirán ahí, y debe ser capaz de afrontarlos y de mejorar sus habilidades de autocontrol. Se pueden interpretar los fallos como debilidad personal e incluso ser indulgente con uno mismo o recordar los aspectos positivos del momento del abuso, lo que llevaría, un error tras otro, a la reincidencia. Es primordial dar unas claves realistas sobre el tratamiento. (26)

MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL PROCESO DE RECAÍDA

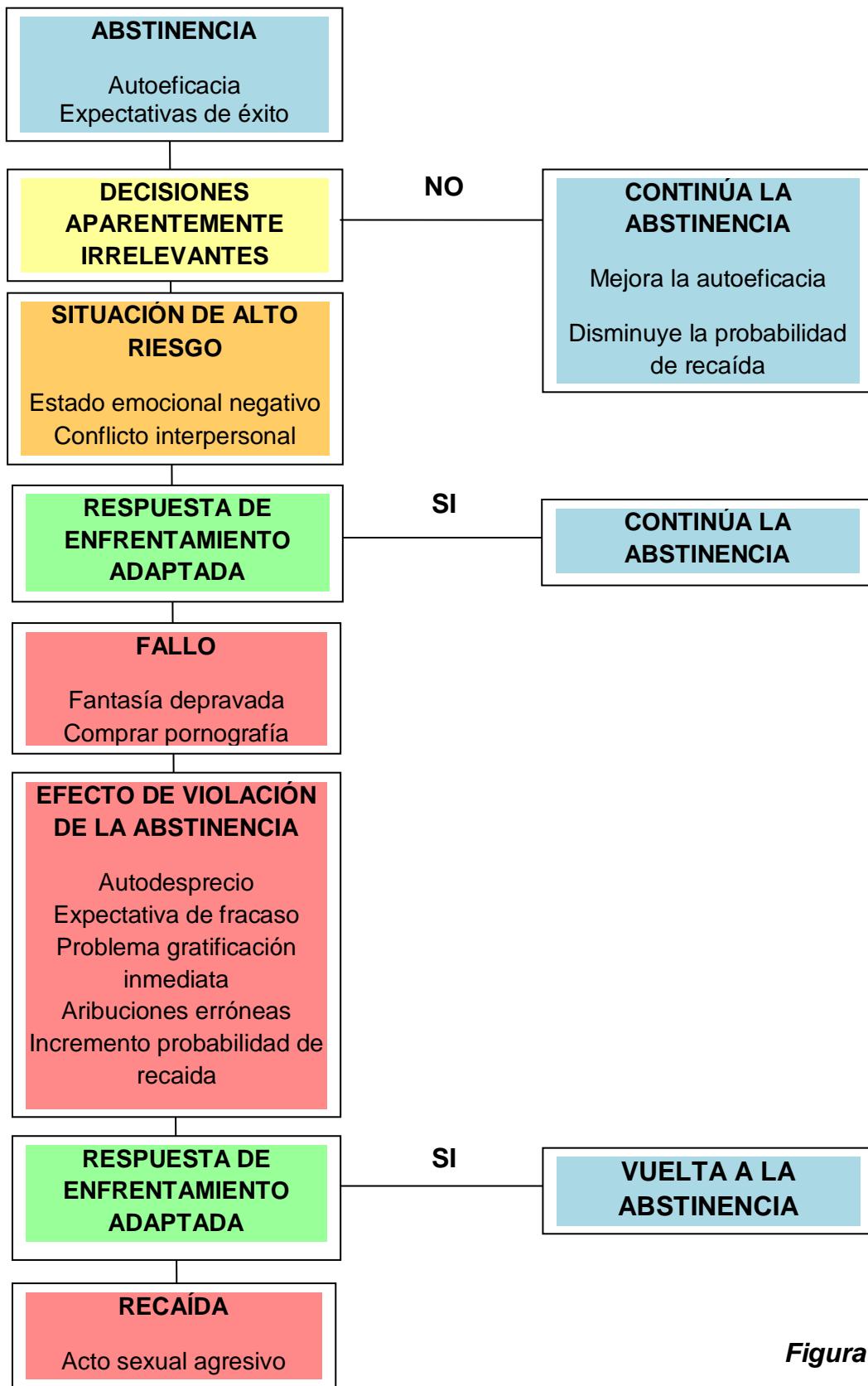


Figura 1(26)

En este sentido, las intervenciones se dividen en dos categorías, las intervenciones para evitar los fallos y las técnicas para prevenir un fallo que precipitaría una recaída. (26)

Intervenciones para evitar los fallos:

1. identificación de los precursores de delitos: las circunstancias que preceden al fallo pueden ser anticipadas.
2. Procedimientos de control de estímulos: anular estímulos del entorno diario, puede mejorar el autocontrol.
3. Estrategias de evitación:
4. Estrategias de escape: los agresores no van a ser capaces de evitar todas las situaciones de riesgo, es importante la rapidez.
5. Respuestas de enfrentamiento programadas: se puede prevenir una situación de alto riesgo, usando un proceso de solución de problemas, se describe detalladamente, se producen respuestas de enfrentamiento, que se evalúan y por último se estima la habilidad para realizar la conducta de enfrentamiento más adecuada.
6. Enfrentamiento con los impulsos: se enfrenta al delincuente a la dualidad que produce la agresión, de satisfacción inmediata y rechazo después. Se les enseña que los impulsos no aumentan en intensidad, ni anulan la voluntad del interno, que rendirse es una decisión activa. (26)

Intervenciones para prevenir los fallos que precipitan una recaída.

1. Reestructuración cognitiva: los fallos se perciben como oportunidades de aprender, se les puede ayudar utilizando una tarjeta recuerdo que les ayude a tener en cuenta las motivaciones y los procesos de anulación de impulsos en los que están siendo instruidos.
2. Contrato: se firma un contrato terapéutico que establece los límites de fallo tolerados, y se hace partícipe al interno de su propia terapia.
3. Manual de Mantenimiento: como documento propio del interno para después de la fase intensa. Similar a la tarjeta recuerdo, como material de continuación hacia la libertad.

Es necesario hacerles conscientes de los procesos que utilizan para llevar a cabo el acto, puesto que las conductas delictivas sexuales difieren del resto de conductas adictivas en que requiere un plan previo a su realización. Ser partícipe de los procesos de manipulación o de agresión que utilizan para con sus víctimas es útil. (26)

Prácticamente, se hace conscientes a los internos de cuáles son sus precursores a título personal, cuáles son las decisiones que han tomado hasta llegar al abuso, qué es la impulsividad planeada y cómo de consciente es el acto.(26)

Es importante definir los factores de riesgo externos al agresor, que pueden derivarse de las contingencias de la vida diaria, acompañados de las Decisiones Aparentemente Irrelevantes o DAIs, acciones derivadas del día a día que ponen al interno en una situación de riesgo por sí mismo. Se instruye a los internos en el glosario aquí expuesto y se les hace conscientes del funcionamiento de su conducta y de cómo evitar entrar en el ciclo del abuso.(26)

La educación sexual es, asimismo importante de cara a evitar la recaída, puesto que a menudo esta educación es incorrecta, o no existe. Sus referentes en este aspecto han sido sus iguales, al no tener este tipo de instrucción en su familia, o si la había, estaba llena de mitos, de tabúes y de sentimientos negativos. (26)

La falta de conocimiento personal, y hacia otros, como las mujeres o los niños, puede hacer difícil la rehabilitación y la creación de conciencia adecuada.

4.3.3 Resumen del resto del programa

Además del módulo descrito y del entrenamiento en relajación, el programa cuenta con 10 más, como ya se ha mencionado en la Tabla 2, divididos en Toma de conciencia y Toma de control. Se describen los objetivos principales de cada módulo a continuación:

Toma de conciencia

- **Análisis de la historia personal:** busca analizar la vida del interno para encontrar puntos de conexión con su forma de ser y de esta forma

entender su comportamiento. Se utilizan autobiografías: personal, familiar, social, sexual y delictiva en primer lugar, y tras estas, una sobre pensamientos y emociones, necesidades afectivas, figuras importantes durante la vida y sentimiento de protección o desprotección. El objetivo principal es conocerse, reconocerse, comprenderse y reconciliarse con uno mismo de cara a hacerlo con los demás.

- **Introducción a las distorsiones cognitivas:** Estructuración de la percepción y derribo de las distorsiones y de cara a las mujeres, al sexo, a los niños y en torno a la violencia. Se usa la teoría cognitiva de Beck.
- **Conciencia emocional:** se exploran las emociones propias, y se explora la relación con ellas. Se pretende enseñar a reconocer, identificar y percibir emociones. La relación de pequeños cambios fisiológicos indicadores de estados emocionales, entender la relación entre pensamiento, emoción y conducta y por último a conocer las emociones como un estado gradual y no dicotómico.
- **Comportamientos violentos:** ayuda a comprender que la violencia tiene una causa, no es aleatoria, y que por tanto puede ser prevista.
- **Mecanismos de defensa:** se pretende acabar con las justificaciones y tomar responsabilidad. Afrontar el delito de forma honesta y sincera. Utiliza las técnicas de neutralización de Matza y la terapia de realidad de Glasser.

Toma de control

- **Empatía:** se enseña a reconocer sentimientos ajenos y se entrena la habilidad de empatía, que es clave para evitar las reincidentias. Busca intensificar los sentimientos y entrar en el círculo de la víctima, reconociendo así la gravedad de sus acciones. Usa el trabajo de Marshall.
- **Prevención de la recaída:** ya descrito.
- **Distorsiones cognitivas:** pretende cambiar las distorsiones cognitivas, aprendiendo a diferenciar entre pensamientos racionales e irracionales, entrar en contacto con sus pensamientos irracionales y los identifiquen

como tal, y que aprendan el mecanismo de reestructuración cognitiva. Identificando el diálogo interno, clasificando los pensamientos irracionales, distinguiendo cuáles son verdad y cuáles no, y de forma efectiva sustituir irracionales por racionales.

- **Estilo de vida positivo:** fomentar un cambio positivo en la vida del interno que le proporcione una estabilidad y un equilibrio de los que pueda valerse en caso de amenaza de recaída.
- **Educación sexual:** ya descrito como parte de la prevención de la recaída.
- **Control y modificación del impulso sexual:** pretende ayudar al interno a interrumpir el proceso de recaída, ser consciente de su conducta, y ser capaz de afrontarla objetivamente. (26)

4.3.4 Críticas

Este método de tratamiento ha permanecido inalterado durante más de 20 años. La experiencia clínica y la investigación han señalado carencias en algunos aspectos, tales como:

- La centralización del tratamiento en la prevención de recaídas es adecuada, pero no tiene en cuenta la naturaleza de los internos, que tienen un amplio historial delictivo, así como una desarrollada capacidad para justificarse y para no sentirse responsables de sus actos. Se critica la concepción de este aprendizaje como algo excesivamente lineal, y que no atiende correctamente a la complejidad de las situaciones individuales.
- Se entiende a todos los agresores sexuales como el mismo tipo de delincuente, lo que puede afectar a la eficacia del tratamiento.
- Gran parte de los mecanismos sirven para evitar un nuevo delito, pero no enseñan a construir una nueva vida satisfactoria en cuanto a bienestar personal se refiere. La vuelta a la sociedad está marcada por el delito y por el periodo en la cárcel, y las estructuras sociales previas, así como los asuntos pendientes de antes de ingresar en prisión son clave para evitar la reincidencia.

- Es necesaria la estructuración de una parte del tratamiento como paso intermedio entre la cárcel y la libertad, de cara a trabajar aspectos conflictivos o de relación con la comunidad. (28)

4.3.5 Actualizaciones

Hasta el momento no existía una manera de clasificar a los pacientes de forma que se pudieran trabajar sus factores de riesgo individuales, se dejaba a criterio de quien aplicaba el programa.

En cuanto a la evaluación del riesgo, mediante la escala SVR-20 originalmente empleada, se podían obtener los factores de riesgo estables del sujeto, o del momento en cuestión, pero no aquellos que se suceden en el momento del delito. (28,29)

Con este objetivo, se analizó el proceso del delito en 5 fases temporales:

1. Antecedentes: mes previo a la agresión
2. Antecedentes inmediatos: día de la comisión del delito
3. Aproximación: interacción del sujeto y la víctima.
4. Agresión: comisión del delito
5. Postagresión: respuesta del sujeto al acto.

De esta forma se pudieron conocer los factores más importantes para cada sujeto, lo que permite crear perfiles de agresor según el camino que siguen, que se resumen en tres principales, que no son cerrados, pero sirven de orientación. (28)

A: Sujetos que buscan la mejora de un estado positivo	B: Sujetos que tratan de escapar de un estado de ánimo negativo	C: Sujetos que buscan compensar el daño percibido
Buen estado de ánimo.	Malestar emocional.	Acontecimiento conflictivo previo que amenaza el bienestar personal
Busca obtener gratificación sexual	Busca obtener gratificación emocional.	Busca descargar ira producida por estrés vital.
Juicio distorsionado sobre su conducta, no la consideran un delito, muchos mecanismos de defensa.	<p>La sexualidad es reguladora de las emociones, rasgos desviados, no controlan impulsos.</p> <p>En días previos, actividades y fantasías relacionadas con planificación.</p> <p>Malestar tras agresión.</p>	Reconoce el acto como negativo, intenta atenuar esa concepción negativa.

Tabla 3

Este modo de análisis del proceso de delito permite tanto evaluar las necesidades terapéuticas como enfocar la prevención de la recaída. Al margen de la tipología de cada agresor, será necesario también trabajar los factores transversales, como las adicciones.

4.3.5.1. Enfoque del tratamiento de acuerdo a la tipología del agresor.

De acuerdo a lo referido en la tabla 2, podemos plantear el trabajo terapéutico de la siguiente forma:

A: intervenciones motivacionales, reestructurando las creencias y con pretensión de desarrollar la empatía y la conciencia moral.

B: Mejora de la competencia psicosocial, reestructuración cognitiva y autocontrol emocional, de cara a paliar estados depresivos. Se utilizará también un módulo de control de impulso sexual, reforzando la prevención de recaídas.

C: control de la ira y ayuda en la resolución de problemas. (28)

4.3.5.2 Círculos de Apoyo y Responsabilidad.

En Canadá, en los años 90, un pastor menonita acogió a un agresor sexual que tras cumplir su pena de prisión salía sin ningún programa de adaptación. Para

prevenir la reincidencia, se utilizó a un grupo de voluntarios. Esta experiencia se repitió y el modelo de los círculos de apoyo se ha repetido en muchos países del mundo. (28)

Un grupo de voluntarios acompaña al delincuente de alto riesgo y le da apoyo en su proceso de reinserción. Todo ello supervisado por un coordinador, y apoyado por los responsables de tratamiento y las instituciones de supervisión y control. Es vital la figura de los voluntarios, así como su formación y que sean variados en perfiles personales. (28,30)

Se llevan a cabo reuniones periódicas entre el grupo de voluntarios y el agresor, donde se aplica el plan de prevención de recaídas, se proporciona apoyo moral e instrumental para poder reincorporarse a la sociedad y se llevan a cabo actividades sociales. (28,30)

El coordinador supervisa la evolución del delincuente, y la actividad de los voluntarios, que presentan cada trimestre una evaluación de riesgo dinámico. El coordinador mantiene asimismo contacto con las instituciones de supervisión y control y con los responsables del tratamiento. (28,30)

Los estudios internacionales arrojan datos muy positivos sobre este tipo de intervención, llegando a reducciones de reincidencia de hasta el 80% y entre el 18% y el 80% de reducción de costes de gestión de este tipo de agresor. (28)

5. Reincidencia

La reincidencia en el derecho penal viene definida en el artículo 22.8^a del Código Penal (Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal), estableciéndose que hay reincidencia cuando, al delinquir, el culpable haya sido condenado ejecutoriamente (con sentencia firme) por un delito comprendido en el mismo título del C. Penal, siempre que sea de la misma naturaleza.

5.1 Estadísticas

El tratamiento cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia en varios estudios y las tasas de reincidencia son menores en aquellos que recibieron el tratamiento.

En concreto en la prisión de Brians, Barcelona, de los 49 integrantes del grupo de tratamiento, a los 4 años reincidieron 2 de ellos en delitos sexuales (4,1%), y 1 de ellos en delitos no sexuales. Por el contrario en los no tratados, de 74 integrantes, en 3 años y medio reincidieron 13 en delitos sexuales (18,2%) y 10 en no sexuales. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas. (19,31)

En el centro penitenciario Madrid IV de Navalcarnero también se realizó un estudio similar en 43 internos que evaluó la tasa de reincidencia previa al tratamiento en casos y controles cuyas diferencias resultaron estadísticamente no significativas, y la tasa de reincidencia post tratamiento, que se vio reducida, , observando 7 agresores reincidentes, de los cuales 2 fueron por delito sexual, apoyando así la validez del tratamiento. (10)

El programa empleado en las prisiones españolas, puede bajar del 20% de reincidencia esperable a un 5-10%, lo que supone una reducción a la mitad de los casos. Esto ha sido constatado por numerosos estudios similares a los que se acaba de citar. (10)

A nivel internacional, durante más de 40 años se han realizado estudios comparativos de casos controles y de delincuentes tratados, con el objetivo de saber si eran realmente efectivos. Podemos citar los trabajos de Lösel y Schmucker, que evaluaron 80 programas de tratamiento de agresores sexuales adultos, de diversos países, en diferentes idiomas. La conclusión fue positiva, llegando a una tasa de recidiva del 11,1 % de los tratados contra un 17,5 % en los grupos control. (32)

5.2 Medida de la reincidencia delictiva (Escala EPAS)

La forma más clara de saber si las intervenciones terapéuticas son adecuadas es conocer el riesgo de reincidencia que existe tras su aplicación. Sin embargo, calcular la influencia de un tratamiento sólo basándonos en ella puede ser

insuficiente. La reincidencia delictiva puede estar mediada por muchos factores intrínsecos, como la carrera delictiva previa, los hábitos y valores, la educación, la vida social, la edad, el tiempo en prisión, además del propio tratamiento. (11)

La medición de la efectividad del tratamiento, tiene que ser, por tanto, más específica y a tal efecto, se diseña en la Universidad de Barcelona la evaluación terapéutica global del programa de control de la agresión sexual (PCAS), y con él, la Escala de Evaluación Psicológica de Agresores Sexuales (EPAS). (11)

Esta escala toma 10 variables:

- Asertividad
- Soledad / Aislamiento
- Autoestima Social
- Ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas
- Distorsiones cognitivas
- Impulsividad
- Agresividad en situaciones sociales
- Cambio terapéutico (disposición para mejorar)
- Alcoholismo / abuso de sustancias
- Empatía

Para la evaluación de cada aspecto se utilizaron otras escalas que se integraron para conformar la escala EPAS.

Actualmente el instrumento se utiliza en dos partes, separando la empatía en una segunda vuelta, y así obteniendo una puntuación que se pondera de 0 a 100 en cada aspecto evaluado, y que cuenta en sentido positivo si se produce mejora terapéutica. (11)

A partir de esta escala se realizó una evaluación en 42 centros, de 188 agresores sexuales, 117 de mujeres y 71 de menores.

En los agresores de mujeres, se obtuvo una puntuación previa de 75.96 puntos, llegando al 81.14 post tratamiento. La variable que más mejoró fue la

disposición del sujeto para el propio cambio terapéutico. La que menos, la autoestima social.

En los agresores de menores, se obtuvo una puntuación previa de 76,71 puntos previamente, y 81,26 después.

Estos resultados quedan pendientes de comparación con grupos de control. (11,33)

6. Peligrosidad

Al margen de los índices de recidiva globales expresados en el punto anterior, a nivel individual es necesario conocer el riesgo de reincidencia. La difusión de los casos de abuso sexual, en especial de menores, alertan a la población y hacen necesario conocer el riesgo si lo hubiere.

La peligrosidad es un concepto jurídico que es necesario definir en este contexto. Qué es ser un delincuente peligroso y cómo se evalúa este aspecto.

6.1 Concepto

Existen dos conceptos, la peligrosidad social y la peligrosidad criminal. La primera hace referencia a la mayor o menor probabilidad de que un sujeto cometa un delito, la segunda, por su parte, habla de la mayor o menor readaptabilidad a la vida social de un sujeto que ya delinquió. Por tanto, la peligrosidad criminal tiene a su vez dos caras, por un lado la objetiva, o delitos ya cometidos, y la subjetiva, o delitos que se espera que cometa. (34,35) Podemos hablar también de la peligrosidad penitenciaria, como inadaptación a la convivencia y régimen de vida ordenada en prisión, que condiciona la clasificación del grado penitenciario en el que cumple condena el delincuente. En este apartado nos referiremos a la peligrosidad criminal.

El concepto es complejo, porque establece una categoría basándose en una probabilidad subjetiva, la de reincidencia.(36) Su uso real es principalmente para establecer medidas de rehabilitación y reinserción social.

La idea es muy importante, ya que condiciona también las condenas, como forma de protección de la sociedad del que delinque y tiene que ver en la aplicación de medidas de seguridad.

6.2 Evaluación de la peligrosidad

La evaluación de la peligrosidad se hace intentando averiguar los rasgos de personalidad, y estudiando el *modus operandi*, para poder ayudar al agresor en su propio medio y tomar medidas al respecto.

Jurídicamente es distinto, puesto que la determinación de peligrosidad supondrá decidir entre medidas cautelares de libertad y prisión provisional o acordar medidas de prohibición de aproximación y comunicación, así como libertad vigilada, los permisos penitenciarios o la libertad condicional. Las técnicas de prevención en violencia sexual tienden a sobreestimar la peligrosidad, puesto que al ser un delito poco frecuente es más difícil de predecir. (37)

En la valoración es importante del mismo modo, examinar la naturaleza, gravedad y patrones o modelos de los crímenes, así como las características de los criminales y las circunstancias que los rodean.

Será necesario en este punto el informe de un experto, bien médico forense, bien psiquiatra o neurólogo, de cara a estimar el daño cerebral si lo hubiere, y no solo cognitivo, sino también emocional y conductual, tanto del imputado como de la víctima. (38)

6.2.1 Métodos predictivos

Los métodos predictivos de riesgo son el juicio clínico y los métodos actariales. El juicio clínico es la valoración de un profesional, teniendo en cuenta antecedentes y datos recabados en la persona que se examina, los métodos actariales son de carácter estadístico. De esta forma se intenta predecir la actuación futura de la persona, algo que en esencia es muy difícil de averiguar.

6.2.1.1 Juicio clínico

Este tipo de evaluación se basa en el juicio subjetivo de profesionales dedicados al juicio predictivo, como psiquiatras, psicólogos, trabajadores

sociales o médicos forenses y establecen un pronóstico en base a su experiencia y orientación teórica. El especialista se forma una opinión a través de los datos recabados y elabora una prognosis sobre el futuro comportamiento criminal. (37)

No existe una forma establecida de realizar este peritaje, por lo que es eminentemente discrecional para el perito que lo realiza, por lo que la variabilidad interoperator es alta. Existe tendencia a la sobreestimación de la peligrosidad, pudiendo observarse índices de falsos positivos superiores al 54%. (37)

El diagnóstico se aborda a través de dos tareas, el examen psicológico y la encuesta social.

El examen psicológico consta de una exploración psiquiátrica exhaustiva, a través de una entrevista personal, que dividiremos en tres partes:

1. Psicobiografía La historia individual en todos sus aspectos, con el objetivo de conocer el grado de integración y el historial delictivo en contexto.
2. Examen psicopatológico: antecedentes psiquiátricos, personales y familiares.
3. Estudio de actitudes sociales: relación con la sociedad y futuro personal.

En cuanto a la aplicación de tests psicométricos, estudiaremos en profundidad la inteligencia del sujeto, la personalidad, la impulsividad, la agresividad y la ansiedad.

A la par, utilizamos la encuesta social, que permite conocer la influencia del medio en el origen del delito y esclarecer la historia personal del sujeto. Esta tarea a menudo es complicada por la falta de contexto a la que el perito se enfrenta en una entrevista. (35)

6.2.1.2 Método actuarial

Merece la pena hablar algo más del método actuarial. Las escalas estadísticas que se utilizan se realizan siguiendo a individuos del grupo de interés, en este caso, agresores sexuales, en diferentes escenarios, ya sean arrestados, convictos, nuevos, conocidos... Este seguimiento permite establecer unas

variables predictoras que permiten establecer quién, con mayor probabilidad, tiene más riesgo de cometer un nuevo delito.

El uso continuado de este método permite ponderar qué variables tienen más peso que otras y dar un mayor peso a este método, que elimina en parte la subjetividad del juicio clínico. Este método ha sido sometido a estudio y se han obtenido buenos resultados. (39,40)

En España, en concreto, se utilizan adaptadas a las características propias de la población las escalas HCR-20, VRAG, PCL-R, SARA, EPV, SVR-20 y SAVRY. Actualmente no se centran tanto en delincuencia sexual, sino como herramienta para evaluar la peligrosidad de cara a conceder permisos y cambios en el grado penitenciario. (37)

6.2.1.3 Limitaciones

Los métodos predictivos no se usan por separado, sino de forma complementaria, para acercarse lo máximo posible a la realidad. Las limitaciones del juicio clínico son fácilmente inferibles, puesto que existen múltiples condicionantes en el momento de la entrevista y en sí la personalidad humana es muy compleja de evaluar. Es posible, por ejemplo que una persona sólo sea peligrosa en determinadas circunstancias (tras ingerir alcohol, o en situaciones sociales determinadas) o que se comporte puntualmente de forma disruptiva. (35)

El método actuarial, por su parte, utiliza métodos estadísticos aprobados para un grupo social concreto, con rasgos culturales comunes, aspecto que también puede ser fuente de inexactitud. (35)

Aún con todo, la peligrosidad real es muy difícil de estimar. La *American Psychiatric Association* oficialmente no confía en predicciones sobre peligrosidad, y considera que especialmente estas pruebas periciales no deberían admitirse en juicios que contemplan la pena de muerte. (41)

Al ser el término peligroso ambiguo, y la predicción tan inexacta, habitualmente se atribuye esta cualidad dependiendo de la clasificación tipológica de los rasgos observados, según aparezcan en personas peligrosas o en sujetos normales. En concreto podemos destacar la nocividad del acto, contemplando

agresividad e indiferencia afectiva, y la inintimidabilidad, interpretada como ausencia de autocontrol y que contempla el egocentrismo y la labilidad afectiva. A todo esto se une la adaptación social del sujeto, y de ello se obtiene una tipología aproximada del sujeto peligroso. (35)

Capacidad criminal	Adaptabilidad social	Resultado
Alta	Muy alta	Estado peligroso grave (delincuencia económica). También delincuente psicópata normalizado.
Alta	Media-baja	Criminal profesional
Baja	Muy baja	Estado peligroso menos grave pero marginal (posible mayor riesgo de comisión de delitos)
Baja	Alta	Delincuente ocasional o pasional.

Tabla 4(37)

7. Medidas legales de protección social

En las dos últimas décadas se ha experimentado un endurecimiento de las leyes contra los agresores sexuales, en sucesivas reformas, aumentando las penas y castigando nuevas conductas. Esta tendencia puede haber estado motivada por la cobertura por los medios de casos de agresiones sexuales a niños, que inquietan a los ciudadanos. (42)

7.1 Libertad vigilada

Como respuesta a la situación de alarma social, con la reforma de la LO 5/2010 de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del CP. Se establece la libertad vigilada postpenitenciaria como medida de seguridad.

Se establece junto con la condena y se cumple después de que termine ésta, pudiendo dilatarse de 5 a 10 años si el delito se considera grave y de 1 a 5 años si se trata de uno o más delitos menos graves. Su imposición es obligatoria para el Juez o Tribunal en los casos previstos. (2)

En una reforma de 1995 se eliminaron todas las medidas de seguridad que ampliaban las condenas, pero después se entendió que para ciertos delitos como los abusos sexuales eran necesarias, puesto que sin ellas, se aplicaban penas mucho mayores. Ha sido profundamente criticado, por quienes lo consideran una ampliación de la condena y en el lado opuesto, por no ser lo suficientemente dura, al no ser una pena custodiada. (42)

Este control consiste en once reglas de conducta de un catálogo cerrado que atañen a diversos derechos y libertades entre las cuales elige el juzgado, según considere que son más apropiadas(42):

- a) La obligación de estar siempre localizable mediante aparatos electrónicos que permitan su seguimiento permanente.
- b) La obligación de presentarse periódicamente en el lugar que el Juez o Tribunal establezca.
- c) La de comunicar inmediatamente, en el plazo máximo y por el medio que el Juez o Tribunal señale a tal efecto, cada cambio del lugar de residencia o del lugar o puesto de trabajo.
- d) La prohibición de ausentarse del lugar donde resida o de un determinado territorio sin autorización del Juez o Tribunal.
- e) La prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.
- f) La prohibición de comunicarse con la víctima, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.
- g) La prohibición de acudir a determinados territorios, lugares o establecimientos.
- h) La prohibición de residir en determinados lugares
- i) La prohibición de desempeñar determinadas actividades que puedan ofrecerle o facilitarle la ocasión para cometer hechos delictivos de similar naturaleza.

j) La obligación de participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación sexual u otros similares.

k) la obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico.

A pesar de ser una pena impuesta en el momento de la sentencia, se perfila en el momento de salir de prisión, de acuerdo a la evolución del interno dentro de la misma. Puede considerarse innecesaria, y modificarse en el curso de su cumplimiento de acuerdo a la actividad del delincuente, estas medidas se relacionan con el principio de proporcionalidad. (42)

Esta medida está sujeta al principio de revisabilidad periódica, lo que implica que el Juez de Vigilancia penitenciaria está obligado al menos una vez al año a plantear el mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida. (2)

Si el penado incumple las normas de la libertad vigilada, el Juez o Tribunal podrán modificar las prohibiciones impuestas. Si el incumplimiento fuera reiterado, se juzgará un presunto delito tipificado en el artículo 468 del código penal, que establece en este caso, la vuelta a prisión de 6 meses a un año. (2)

La evaluación de la peligrosidad ha suscitado controversia en relación a las medidas de seguridad, ya que no existen medios empíricos de medida, y debido a los falsos negativos que han producido reincidencias y alarma social, se tiende a sobreestimar esta peligrosidad. Por esto, el riesgo no se calcula adecuadamente, lo que puede afectar a la legitimidad de la medida de seguridad. (42)

En la práctica, tampoco está estipulado quién ha de hacerse cargo del agresor en cuanto a supervisión, ni quién tiene que evaluar su evolución. Se considera que el éxito de esta medida depende en gran medida de la infraestructura prevista a tal efecto.(42)

7.2 Otras medidas

Además de la libertad vigilada, se implantaron otras medidas, tales como la medida de protección de la infancia, que obliga a quien trabaja con menores a no tener antecedentes de agresión sexual, que duran vigentes 30 años. (42)

También se creó el artículo 129 bis, que permite pedir muestras de ADN para que formen parte de una base de datos en caso de ser responsable de crímenes serios. Estas medidas establecen un alto nivel de control sobre los delincuentes sexuales. (42)

En Estados Unidos, se lleva a cabo desde finales de los años 40 registros de los agresores sexuales, de forma que se pone a disposición de la población esta información como medida preventiva. En la década de los 90 esta ley estableció 3 niveles, según la peligrosidad.

El nivel I (riesgo moderado) sólo permite a las autoridades conocer los datos de los agresores. El nivel II (riesgo medio) permite a organizaciones de interés general conocer datos de los agresores. Finalmente, el nivel III (riesgo elevado) permite a cualquier ciudadano estar informado. (43)

En España, el Real Decreto 110/2015 del 11 de diciembre, propone la creación de un Registro Central de Delincuentes Sexuales. Tiene un carácter de apoyo a la Administración de justicia, como sistema de información único no público.

Abarca todo el territorio español y comprende toda la información relativa al agresor (identidad, perfil genético y medidas de seguridad impuestas) condenado por sentencia firme por delitos contra la libertad e indemnidad sexuales.

Su objetivo no es estigmatizar al condenado, sino proporcionar información a las autoridades para evitar la reincidencia.

8. Conclusiones

1. La génesis del agresor sexual podría comenzar en la infancia y está fuertemente condicionada por el medio. Las relaciones interpersonales anormales, la hipersexualización, la soledad o el rechazo o la baja autoestima pueden llevar a la incapacidad de establecer relaciones afectivas sanas. Los

agresores sexuales comienzan su carrera delictiva por lo general a una edad temprana.

2. Las alteraciones del contenido del pensamiento facilitan la ruptura con las normas sociales establecidas y facilitan la consecución del acto. Las distorsiones cognitivas validan el comportamiento y las desconexiones morales desplazan el sentimiento de culpa.
3. A pesar de que los trastornos mentales graves no son frecuentes en el agresor sexual, los trastornos afectivos, de ansiedad, de control de impulsos, de la conducta alimentaria y las toxicomanías son muy frecuentes.
4. El tratamiento de los agresores sexuales ha experimentado muchas variaciones a lo largo de la historia, la castración química anula algunos componentes del acto agresivo sexual pero no se ha demostrado si esto supone una reducción clara de las recidivas.
5. La rehabilitación psiquiátrica mediante la terapia cognitivo conductual se fundamenta en una evaluación psiquiátrica y un trabajo continuado de autoevaluación y trabajo de las carencias y necesidades de los agresores. Establece mecanismos de actuación y ayuda a afrontar los desencadenantes que los llevan a delinquir, creando una nueva conciencia de sí mismos, y para con el medio. Se han discutido actualizaciones y modificaciones al tratamiento que lo conviertan en un método más individual, para que sea capaz de abordar las necesidades de cada persona.
6. La terapia cognitivo conductual ha demostrado su efectividad, disminuyendo las tasas de reincidencia en diversos estudios.
7. La evaluación de la peligrosidad criminal de los agresores se ayuda de juicio clínico y de métodos estadísticos. La complejidad de su aplicación lleva a la posible sobreestimación de la posibilidad de recaídas.
8. El sistema se centra más en la prevención en cuanto a control post-prisión que en la terapia y ayuda del interno. No existen tratamientos institucionalizados después del periodo de prisión.

9. Anexo – Legislación, penas y otras medidas

El código penal expresa en el título VIII en los capítulos I y II la legislación relativa a las agresiones y abusos sexuales. (Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre del Código Penal. Última actualización publicada el 28/04/2015.)

TITULO VIII

Delitos contra la libertad sexual

CAPITULO I

De las agresiones sexuales

Artículo 178.

El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, será castigado como culpable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cuatro años.

Artículo 179.

Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal, introducción de objetos o penetración bucal o anal, la pena será de prisión de seis a doce años.

Artículo 180.

Las anteriores conductas serán castigadas con las penas de prisión de cuatro a diez años para las agresiones del artículo 178, y de doce a quince años para las del artículo 179, cuando concurre cualquiera de las siguientes circunstancias:

1.ª Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.

2.ª Cuando los hechos se cometan por tres o más personas actuando en grupo.

3.ª Cuando la víctima sea una persona especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación.

4.^a Cuando el delito se cometía, prevaliéndose de su relación de parentesco, por ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza, por adopción o afines de la víctima.

5.^a Cuando el autor haga uso de medios especialmente peligrosos susceptibles de producir la muerte o cualquiera de las lesiones previstas en los artículos 149 y 150, sin perjuicio de la pena que pudiera corresponder por la muerte o lesiones causadas.

Si concurriesen dos o más de las anteriores circunstancias, las penas previstas en este artículo se impondrán en su mitad superior.

CAPITULO II

De los abusos sexuales

Artículo 181.

1. *El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad sexual de otra persona, será castigado como culpable de abuso sexual con la pena de multa de doce a veinticuatro meses.*

2. *En todo caso, se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten:*

1.^º *Sobre menores de doce años.*

2.^º *Sobre personas que se hallen privadas de sentido o abusando de su trastorno mental.*

En estos casos, se impondrá la pena de prisión de seis meses a dos años.

3. *Cuando el consentimiento se obtenga prevaliéndose el culpable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima se impondrá la pena de multa de seis a doce meses.*

Artículo 182.

Cuando el abuso sexual consista en acceso carnal, introducción de objetos o

penetración bucal o anal, la pena será de prisión de cuatro a diez años en los casos de falta de consentimiento, y de uno a seis años en los de abuso de superioridad.

Las penas señaladas en el párrafo anterior se impondrán en su mitad superior en cualquiera de los casos siguientes:

1.º Cuando el delito se cometiera, prevaleciéndose de su relación de parentesco, por ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, de la víctima.

2.º Cuando la víctima sea persona especialmente vulnerable por razón de su edad, enfermedad o situación.

Artículo 183.

El que, interviniendo engaño, cometiere abuso sexual con persona mayor de doce años y menor de dieciséis, será castigado con la pena de multa de doce a veinticuatro meses.

Cuando el abuso consista en acceso carnal, introducción de objetos o penetración bucal o anal, la pena será de prisión de seis meses a tres años.

CAPÍTULO III

DEL ACOSO SEXUAL

Artículo 184.

1. El que solicitare favores de naturaleza sexual, para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, continuada o habitual, y con tal comportamiento provocare a la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante, será castigado, como autor de acoso sexual, con la pena de prisión de tres a cinco meses o multa de seis a 10 meses.

2. Si el culpable de acoso sexual hubiera cometido el hecho prevaleciéndose de una situación de superioridad laboral, docente o jerárquica, o con el anuncio

expreso o tácito de causar a la víctima un mal relacionado con las legítimas expectativas que aquélla pueda tener en el ámbito de la indicada relación, la pena será de prisión de cinco a siete meses o multa de 10 a 14 meses.

3. Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, la pena será de prisión de cinco a siete meses o multa de 10 a 14 meses en los supuestos previstos en el apartado 1, y de prisión de seis meses a un año en los supuestos previstos en el apartado 2 de este artículo.

Otras penas accesorias:

- **Trabajo en beneficio de la comunidad:** programas de educación sexual como contenido material de la pena de trabajo en beneficio de la comunidad. Este tipo de pena se contempla de la siguiente forma:
 - a) En primer lugar, una forma sustitutiva de cumplimiento material de la responsabilidad personal subsidiaria –art. 53.1-II CP.
 - b) En segundo lugar, un imperativo legal sustitutivo de la pena de prisión imponible cuando fuere inferior a tres meses –art. 71.2 CP.
 - c) Y finalmente, una regla de conducta judicialmente imponible caso de suspensión de la ejecución de las penas de prisión –art. 84.1.3^a CP-, desapareciendo como forma sustitutiva de ejecución autónoma diferenciada de la suspensión, una vez derogado el art. 88 CP.
- **Penas complementarias de cumplimiento postprisional como instrumento de control de la peligrosidad criminal del reo:** , reguladas en el art. 57 CP. En su apartado 1 tras la reforma de la LO 1/2015, “*los jueces o tribunales, en los delitos de homicidio, aborto, lesiones, contra la libertad, de torturas y contra la integridad moral, trata de seres humanos, contra la libertad e indemnidad sexuales, la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico, atendiendo a la gravedad de los hechos o al peligro que el delincuente represente,*

podrán acordar en sus sentencias la imposición de una o varias de las prohibiciones contempladas en el artículo 48, por un tiempo que no excederá de diez años si el delito fuera grave, o de cinco si fuera menos grave.” (penas ya descritas en apartados anteriores de la revisión)

- **Privación de patria potestad y ciertas inhabilitaciones:** Conforme al inciso primero del art. 192.3 CP “*el juez o tribunal podrá imponer razonadamente, además, la pena de privación de la patria potestad o la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de los derechos de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento, por el tiempo de seis meses a seis años, y la pena de inhabilitación para empleo o cargo público o ejercicio de la profesión u oficio, por el tiempo de seis meses a seis años.*”
- **Imposición imperativa de penas de inhabilitación de profesión u oficio que conlleve contacto regular y directo con menores de edad a condenados por delitos de abusos y agresiones sexuales contra menores de 16 años y relativos a la prostitución y corrupción de menores.**

10. Bibliografía

- (1) Martínez Jarreta MB. Agresión, abuso y acoso sexual en víctimas adultas. In: Rodríguez Calvo MS, editor. *La violencia contra la mujer y otras víctimas vulnerables* Valencia: Tirant Lo Blanch; 2015. p. 77-158.
- (2) Fernández Arévalo L. *Delincuencia sexual: respuestas penales*. 2018; Available at: https://www.fiscal.es/fiscal/PA_WebApp_SGNTJ_NFIS/descarga/L%20Fern%C3%A1ndez%20Ar%C3%A9valo.pdf?idFile=2ac8289d-c706-4584-9192-66db07bdbb47. Accessed 05/08, 2018.
- (3) Domenech del Río I, Sirvent García del Valle, E. Non-partner sexual violence against women in Spain: lifetime prevalence, perpetrators and consequences on mental health. *J Public Health* 2017;39(4):738-744.
- (4) Gobierno de España. Ministerio del Interior. 2018; Available at: <http://www.interior.gob.es/es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/anuarios-y-estadisticas>. Accessed 05/08, 2018.
- (5) Maniglio R. The Role of Parent–Child Bonding, Attachment, and Interpersonal Problems in the Development of Deviant Sexual Fantasies in Sexual Offenders. *Trauma Violence Abuse* 2012;13(2):83-96.
- (6) Noguerol V. *Agresiones Sexuales*. 1st ed. Madrid: Síntesis; 2005.
- (7) Marshall WL, Barbaree HE. An Integrated Theory of the Etiology of Sexual Offending. In: Marshall WL, editor. *Handbook of Sexual Assault* New York: Springer Science+Business Media; 1990. p. 257-275.
- (8) Campbell JA, Walker RJ, Egede LE. Associations Between Adverse Childhood Experiences, High-Risk Behaviors, and Morbidity in Adulthood. *Am J Prev Med* 2016;50(3):344-352.
- (9) Valencia OL, Labrador MA, del Rosario Peña M. Características demográficas y psicosociales de los agresores sexuales. *Diversitas* 2010;6(2).
- (10) Valencia OL, Andreu JM, Mínguez P, Labrador MA. Nivel de reincidencia en agresores sexuales bajo tratamiento en programas de control de la agresión sexual. *Psicopatología clínica legal y forense* 2008;8:7-18.
- (11) Martínez Catena A, Redondo S. Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual. *Anuario de Psicología Jurídica* 2016;26:19-29.
- (12) Diamond M, Jozifkova E, Weiss P. Pornography and Sex Crimes in the Czech Republic. *Arch Sex Behav* 2011;40:1037-1043.

- (13) Petrucci I, Simonelli C, Barbaranelli C, Grilli S, Tripodi MF, D'Urso G. Moral Disengagement Strategies in Sex Offenders. *Psychiatry, psychology and law* 2016;24(3):470-480.
- (14) Seidel EM, Melitta Pfäbigan D, Keckes K, Wucherer AM, Jahn T, Lamm C, et al. Emphatic competencies in violent offenders. *Psychiatry Research* 2013;210:1168-1175.
- (15) Andrés-Pueyo A. Delincuencia sexual, trastorno mental y peligrosidad. *Rev Esp Med Legal* 2013;39(1):1-2.
- (16) Becerra-García JA, García-León A. Trastorno mental en los agresores sexuales: estudio descriptivo de una muestra española. *Rev Esp Med Legal* 2012;39(1):3-6.
- (17) Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin* 2006;126(12):445-451.
- (18) Marshall WL. Agresores sexuales. Barcelona: Ariel; 2001.
- (19) Redondo Illescas S. ¿Sirve el tratamiento para rehabilitar a los delincuentes sexuales? *Revista Española de Investigación Criminológica* 2006;4(6):1-22.
- (20) Dambacher F, Schuhmann T, Lobbestael J, Arntz A, Brugman S, Sack AT. Reducing proactive aggression through non-invasive brain stimulation. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2015;10(10):1303-1309.
- (21) Fuss J, Auer MK, Biedermann SV, Briken P, Hacke W. Deep brain stimulation to reduce sexual drive. *J Psychiatry Neurosci* 2015;40(6):429-431.
- (22) Forsberg L, Douglas T. Anti-libidinal interventions in sex offenders: medical or correctional? *Med Law Rev* 2017;24(4):453-473.
- (23) Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Dennis JA, Duggan C. Pharmacological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;Issue 2(Art. No.: CD007989).
- (24) Rice EM, Grant TH. Is androgen deprivation therapy effective in the treatment of sex offenders. *Psychol Public Policy Law* 2011;17(2):315-332.
- (25) Brunetti M, Babiloni C, Ferretti A, Del Gratta C, Merla A, Olivetti Berardinelli M, et al. Hypothalamus, sexual arousal and psychosexual identity in human males: a functional magnetic resonance imaging study. *Eur J Neurosci* 2008;27:2922-2927.

- (26) Rivera González G, Romero Quintana MC, Labrador Muñoz MA, Serrano Sáiz J. El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario. Madrid: Ministerio del Interior; 2006.
- (27) Ward T, Purvis M, Devilly G. Relapse prevention: Theory and Practice. In: McIvor G, Kemshall H, editors. Managing Sex Offender Risk London: Jessica Kingsley Publishers; 2004. p. 179-203.
- (28) García Diez C, Montes Alcaraz A, Soler Iglesias C. EVALUACIÓN, TRATAMIENTO Y GESTIÓN DEL RIESGO DE DELINCUENTES SEXUALES. PROPUESTAS PARA UNA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO. IPSE-ds 2015;8:53-66.
- (29) Boer DP, Wilson RJ, Gauthier CM, Hart SD. Assessing risk of sexual violence: Guidelines for clinical practice. In: Webster CD, Jackson MA, editors. Impulsivity: Theory, assessment and treatment New York: Guilford Press; 1997. p. 326-342.
- (30) Höing M. European Handbook. COSA, Circles of Support and Accountability. 2^a ed. Breda: Colofon; 2014.
- (31) Redondo Illescas S, Garrido Genovés V. Efficacy of a psychological treatment for sex offenders. Psicothema 2008;20(1):4-9.
- (32) Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. J Exp Criminol 2005;1:117-146.
- (33) Martínez-Catena A, Redondo S. Psychological treatment and therapeutic change in incarcerated rapists. Eur J Psychol Appl Legal Context 2017;9:41-49.
- (34) Ferri E. Principios de Derecho Criminal. Delincuente y delito en la Ciencia, en la Legislación y en la Jurisprudencia. Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales 1933;16(65):682-682.
- (35) Villanueva Cañas E, Valenzuela Garach A. La prognosis criminal. In: Villanueva Cañas E, editor. Medicina legal y toxicología. 6th ed. Barcelona: Elsevier; 2004. p. 1085-1093.
- (36) Serrano Gómez A. Ley de peligrosidad y rehabilitación social. ADPCP 1974;27(2).
- (37) Marco Francia MP. La peligrosidad criminal y las técnicas de prevención de riesgos. Especial referencia a la delincuencia sexual peligrosa. ADPCP 2016;69:277-320.
- (38) Naharro M, Soler J, Falcone D. El rol del neuropsicólogo forense en los tribunales. In: Jarne A, Aliaga A, editors. Manual de neuropsicología forense. De la clínica a los tribunales Barcelona: Herder; 2010. p. 13-45.

- (39) Janus E, Prentky R. Forensic use of actuarial risk assessment with sexual offenders: Accuracy, admissibility and accountability. *American Criminal Law Review* 2003;40(4):1443-1499.
- (40) Monahan J. Structured risk assessment of violence. In: Simon RI, editor. *Textbook of violence assessment and management* London: American Psychiatric Publishing Inc; 2010. p. 17.
- (41) Fisher J. Presenting neuropsychological findings, opinions, and testimony to the criminal court. In: Denney R, Sullivan J, editors. *Clinical neuropsychology in the criminal forensic setting* New York: The Guilford Press; 2008. p. 349-390.
- (42) Martínez Garay L, Correcher Mira J. Legal Constraints on the Indeterminate Control of 'Dangerous' Sex Offenders in the Community: The Spanish Perspective. *Erasmus L Rev* 2016;2:109-119.
- (43) Robles Planas R. "Sexual Predators". *Estrategias y límites del Derecho penal de la peligrosidad*. *InDret* 2007;4:1-25.
- (44) Cadena Serrano FA. LOS DELITOS DE AGRESIÓN SEXUAL A MENORES DE 16 AÑOS DEL ARTÍCULO 183.2 Y 3 CP. SUBTIPOS L AGRAVADOS DEL ARTÍCULO 183.4 CP. EL DELITO DEL ARTÍCULO 183 BIS CP. 2018; Available at: https://www.fiscal.es/fiscal/PA_WebApp_SGNTJ_NFIS/descarga/Ponencia%20Fidel%20Cadena%20Serrano.pdf?idFile=57089dea-0317-41d8-b310-34507a24067e. Accessed 05/11, 2018.