

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS AGRESORES SEXUALES EN LA PRISIÓN DE BRIANS

Santiago Redondo
Juan Carlos Navarro
Marian Martínez
Eulalia Luque
Antonio Andrés

Los agresores sexuales siempre han constituido un grupo de delincuentes especialmente censurados socialmente. La importancia del bien jurídico contra el que atentan unido a la distorsionada imagen que se transmite a la sociedad sobre las características personales de este grupo de individuos hacen especialmente valiosos los estudios empíricos sobre este tema.

Los autores del trabajo que presentamos, que pertenecen al Grupo de Estudios Avanzados en Violencia de la Universidad de Barcelona, ponen sobre la mesa reveladores datos sobre la efectividad del tratamiento realizado con estos sujetos, y la notable reducción de su reincidencia que provoca.

La modificación de las distorsionadas creencias de los agresores, el aumento de la empatía y la prevención de la recaída, se han mostrado instrumentos eficaces, que hacen posible la recuperación de un alto porcentaje de sujetos que no vuelven a delinquir una vez fuera de prisión.

Introducción

En España se creó y se empezó a aplicar en 1996 el primer programa específico para delincuentes sexuales, denominado Programa de Control de la Agresión Sexual (SAC), en las prisiones de Quatre Camins y Brians en la provincia de Barcelona. La investigación que se presenta en este informe se ha realizado con agresores sexuales, tratados y no tratados, del centro penitenciario Brians.

Objetivos y componentes del programa

Este programa es de orientación cognitivo-conductual y los objetivos terapéuticos generales del programa son los siguientes:

1. Favorecer un análisis más realista de las actividades delictivas por parte de los sujetos.
2. Mejorar sus capacidades y habilidades de relación personal.
3. Mejorar sus posibilidades de reinserción y de no reincidir.

Los grupos tratados se componen de 10 a 15 individuos. El programa se desarrolla en tres formatos y niveles de intervención:

1. Nivel individual: para la realización de la evaluación inicial de los sujetos y, a lo largo del desarrollo del programa,

para el seguimiento y la motivación de cada uno de ellos.

2. Nivel grupal: es el núcleo principal de la intervención, en el que se trabaja mediante los módulos antes mencionados.

3. Intervención y seguimiento en el exterior; una vez que el sujeto accede nuevamente a la comunidad, de modo supervisado (salidas programadas), restringido (permisos de salida de unos días o régimen abierto) o autónomo (libertad condicional y libertad definitiva).

El objetivo fundamental de esta investigación es evaluar la eficacia del tratamiento descrito de los agresores sexuales, una vez que ha sido tratado un número amplio de sujetos y que ha transcurrido el tiempo suficiente para poder efectuar un seguimiento razonable de su comportamiento en la sociedad.

Nuestra hipótesis principal es la siguiente: los sujetos que han completado el tratamiento (Grupo de tratamiento) obtendrán resultados significativamente mejores en las variables dependientes evaluadas (menor reincidencia sexual, no sexual y total, y menor gravedad de los delitos que puedan cometer) que los sujetos que no han recibido tratamiento (Grupo de control).



METODOLOGÍA

La población total de agresores sexuales que han cumplido condena en el Centro Penitenciario Brians, desde la inauguración de este centro en mayo de 1991 hasta el 31 de diciembre de 2002, es de 346 sujetos, que en conjunto son autores de más de 770 delitos sexuales (con un promedio de 2,23 delitos sexuales por sujeto). También son responsables de más de 630 delitos no sexuales. De esta población total se han extraído y seleccionado los grupos objeto de esta investigación: uno tratado ($n = 49$) y otro control ($n = 74$) de los que se ha efectuado un seguimiento (una vez liberados y reintegrados a la comunidad) a lo largo de un periodo promedio de 3 años y 8 meses.

Esta investigación es un estudio retrospectivo realizado mediante un diseño de grupo de control no equivalente, es decir, no seleccionado al azar. No obstante se han tomado diversas medidas de depuración metodológica para erradicar los sesgos más importantes que podrían amenazar la homogeneidad y equivalencia de los grupos. Como resultado de ello, los grupos pueden considerarse equivalentes.

Para la recogida de los datos se ha creado una plantilla de codificación de variables, que incorpora una estructura de cuatro grandes categorías: A) variable independiente (aplicación vs. no aplicación del tratamiento), B) variables moduladoras (demográficas, de carrera criminal, tipos de víctimas, variables clínicas, etc.), y C) variables criterio o dependientes (distintos parámetros de reincidencia). En total se han analizado 51 variables.

Esta primera hipótesis se matiza con una segunda hipótesis complementaria: los efectos positivos esperables del tratamiento, que por definición opera sobre la modificación de factores dinámicos de riesgo (hábitos y valores delictivos, distorsiones y justificaciones, falta de empatía, estilo de vida desestructurado, etc.), serán modulados a partir de las restantes variables estáticas de riesgo, tales como el historial delictivo previo del sujeto, la

menor edad, la versatilidad delictiva, el tipo de víctimas a las que agrede o su posible perfil psicopático. Todos estos factores estáticos son inherentes al sujeto o a su pasado, por lo que, aunque tienen un efecto potenciador del riesgo de reincidencia, no pueden ser alterados por la intervención terapéutica. Así pues, se espera encontrar que la eficacia del tratamiento no sea unívoca, sino mayor o menor en función de la menor o mayor presencia

en cada sujeto de factores de riesgo estáticos (inalterables).

Resultados

Eficacia del tratamiento

Los resultados más importantes de esta investigación, en relación con su principal objetivo, son los siguientes:

De los 49 sujetos integrantes del grupo de tratamiento han reincidido en delitos sexuales, a lo largo de un periodo de seguimiento de cuatro años, 2 sujetos (4,1% de la

Ingredientes terapéuticos, fundamentos y objetivos del Programa de Control de la Agresión Sexual (SAC)

Módulos o ingredientes terapéuticos	Fundamentos	Objetivos
Distorsiones cognitivas (reestructuración) (44 sesiones)	Terapia cognitiva de Beck y otras aportaciones sobre pensamientos automáticos y erróneos	Reestructurar la percepción y distorsiones del sujeto sobre el hecho delictivo, sus propios deseos y su percepción de las mujeres, niños, violencia, etc.
Mecanismos de defensa (15 sesiones)	Técnicas de neutralización de Matza y terapia de realidad de Glasser	Erradicar el uso de justificaciones y promover la responsabilización sobre su propia conducta
Conciencia emocional (18 sesiones)	Educación en autoexploración emocional	Aumentar la conciencia y el repertorio emocional del sujeto
Empatía con las víctimas (27 sesiones)	Trabajo de Marshall sobre sensibilización hacia el dolor y emociones ajenas; técnica role taking de Platt	Enseñar a reconocer emociones y sentimientos de otras personas (víctimas), y aumentar su capacidad de empatía
Prevención de recaídas (17 sesiones)	Pithers y Laws a partir de Marlat y Gordon (en alcohólicos)	Mejorar la capacidad para anticipar y romper las cadenas de precursores (cognitivos, fisiológicos, emocionales, conductuales y ambientales) de sus delitos
Estilo de vida positivo (17 sesiones)	Técnicas psicoeducativas y modelado estructurado de Goldstein	Mejorar su planificación de vida y sus hábitos y rutinas cotidianas

muestra) y en delitos no sexuales 1 sujeto (2,0%), lo que suma una reincidencia total de 3 sujetos (6,1%). Frente a ello, de los 74 integrantes del grupo control, durante un periodo de seguimiento de tres años y medio, 13 sujetos (el 18,2% de la muestra) han reincidido en delitos sexuales y 10 más en delitos no sexuales (13,6%), lo que suma un total de 23 sujetos reincidentes (el 31,8%). Todas estas diferencias entre los grupos resultan estadísticamente significativas.

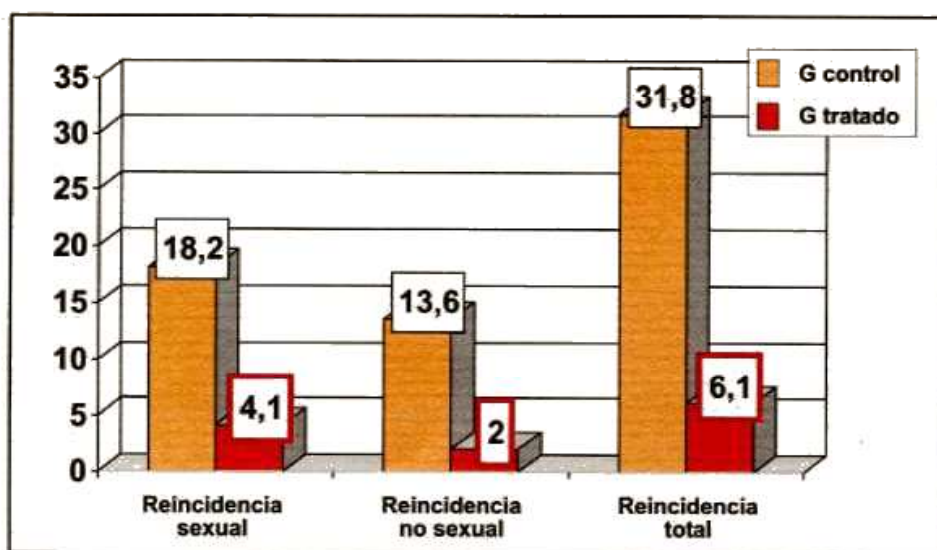
En las otras dos variables

criterio evaluadas (gravedad de la reincidencia, evaluada de 1 a 4 puntos en función de la violencia del delito, y tiempo que los sujetos tardan en reincidir) no se han producido diferencias significativas entre los reincidentes sexuales de uno y otro grupo. Pese a ello, los reincidentes tratados cometieron delitos de menor gravedad y violencia (con una puntuación media de 1,3 sobre 4) respecto a los controles (cuya puntuación fue de 2,8 sobre 4). Sin embargo, los sujetos tratados que reincidieron lo

hicieron antes (al año y medio) que los de control (a los dos años).

Estos resultados confirman en esencia la hipótesis principal de esta investigación, a saber: el tratamiento cognitivo-conductual aplicado con los agresores sexuales en la prisión de Brians es eficaz. El tratamiento logra reducir la reincidencia sexual en un 14,1%, que resulta de la diferencia entre la tasa del Grupo control, que es de 18,2%, y la del Grupo tratado, que es del 4,1%.

Comparaciones entre grupo de agresores sexuales tratado y el grupo de control en sus porcentajes de reincidencia sexual, reincidencia no sexual y reincidencia total



Eficacia y Variables Moduladoras

Reincidencia sexual

Una vez conocidas las tasas de reincidencia sexual del grupo de tratamiento, el siguiente paso ha sido explorar, con independencia del grupo de pertenencia de los sujetos, las posibles interacciones entre reincidencia/no reincidencia sexual y las diversas variables moduladoras consideradas en el estudio. Del análisis bivariado de la reincidencia sexual (para una muestra total de 123 sujetos, suma de los 49 sujetos tratados más los 74 del grupo control), se encontró capacidad explicativa de la reincidencia sexual en 26 variables.

Los datos obtenidos confirman en buena medida la segunda hipótesis formulada, ya que al analizar las características de los sujetos no reincidentes (con independencia de que hayan sido tratados o no) y las características de los sujetos reincidentes (tratados o no) aparecen interacciones relevantes con factores de riesgo fundamentalmente estáticos o inmodificables. En concreto, los reincidentes cometieron su primer delito siendo más jóvenes y han cometido más delitos sexuales, tienen carreras criminales más prolongadas, trayectorias laborales y personales más inestables, presentan un mayor

abuso de drogas, y un mayor porcentaje de ellos puntúan en psicopatía y en otras variables de riesgo. Muy probablemente todos estos factores estáticos de riesgo están jugando un papel decisivo, con independencia del influjo del tratamiento, en la prolongación de sus carreras criminales.

Modelo multivariable explicativo de la reincidencia sexual

A partir de la comparación entre no reincidentes y reincidentes se ha intentado discernir qué variables pueden tener un mayor peso explicativo, y también predictivo, de la reincidencia sexual.

Para ello, se ha realizado un análisis mediante regresión logística para determinar el modelo multivariable que más y mejor ajusta los datos.

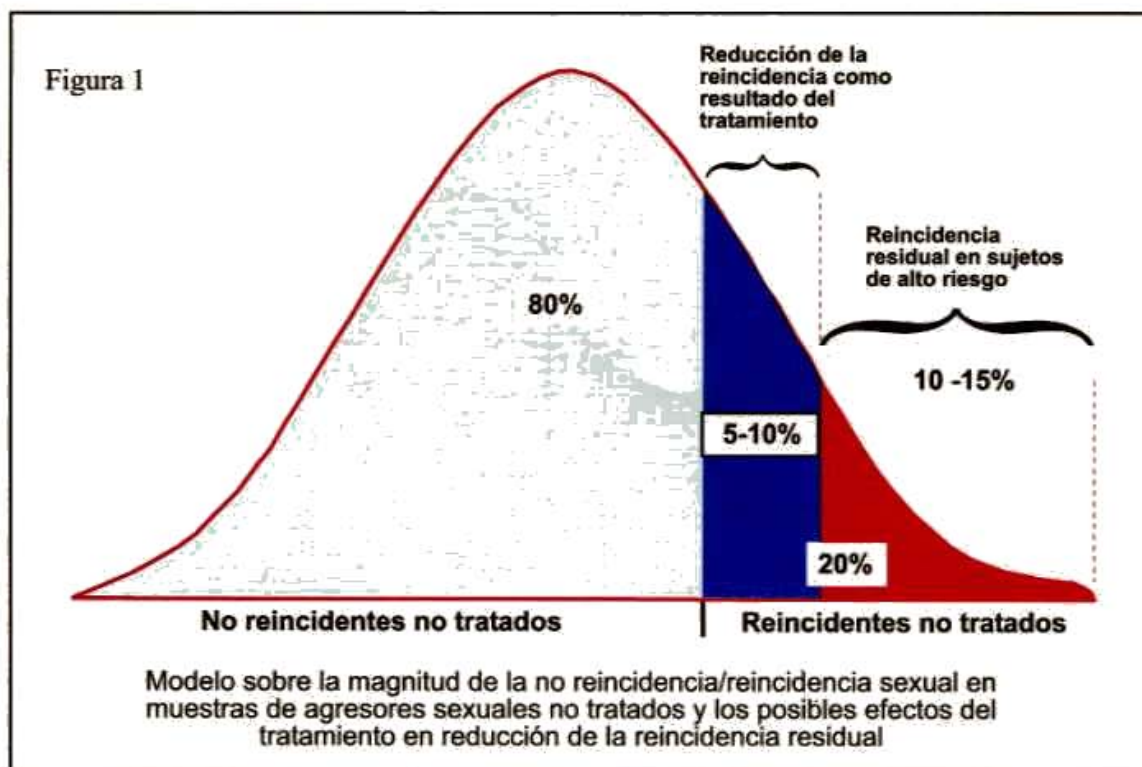
En función de los resultados obtenidos, el modelo seleccionado, que incluye únicamente dos variables (en concreto, que los sujetos puntúen o no en el factor Irresponsable de la escala de psicopatía de Hare -Hare, 2000-, y que hayan realizado o no Tratamiento), clasifica correctamente al 60% de los reincidentes sexuales y al 96,1% de los no reincidentes sexuales. En otras palabras, en nuestro estudio la sola consideración de dos fac-

tores, uno estático -la "irresponsabilidad" del sujeto- y otro dinámico -la influencia del tratamiento- dan cuenta de una gran parte de la variabilidad observada entre los sujetos en cuanto a su futura probabilidad de reincidencia.

Conclusiones y Discusión

En la figura número 1, se representa la distribución de la reincidencia en las muestras de agresores sexuales no tratados: de acuerdo con la investigación internacional alrededor del 80% no reinciden, mientras que acaban reincidiendo en torno a un

20%. ¿Qué sucede si se aplica un tratamiento como el aquí presentado? Lo que sucede es que el tratamiento puede rebajar en 5%-10% la tasa de reincidentes esperables (20%), es decir puede reducirla a la mitad. Pese a todo, resta un porcentaje residual de 10%-15%, de sujetos de alto riesgo, que probablemente van a acabar reincidiendo a pesar de haber participado en el tratamiento. Estos sujetos suelen corresponderse con aquellos que presentan el peor pronóstico en factores estáticos de riesgo, tales como la menor edad y el inicio temprano en la delincuencia.



El modelo de la figura es teórico, y representa lo que los estudios evaluativos suelen encontrar, sin tratamiento y cuando se aplica tratamiento. Nuestros datos en este estudio son, en principio, algo más optimistas, ya que el ahorro en reincidencia sexual, como resultado del tratamiento, es del 14,1% (sobre una reincidencia base del grupo control del 18,2%) y

una reincidencia residual (sujetos tratados que, pese a todo, reinciden) del 4,1%.

En conclusión, consideramos que el estudio aquí presentado constituye un esfuerzo concienzudo y pionero en España en un tema de alta relevancia social como es el de la evaluación sistemática de la eficacia del tratamiento de los

agresores sexuales. Los primeros resultados obtenidos sugieren una considerable potencia terapéutica del tratamiento cognitivo-conductual que se viene aplicando. Sin embargo, estos resultados iniciales sólo constituyen una primera aproximación que esperamos sirva de punto de referencia para futuras investigaciones en este campo.