

EL TRATAMIENTO DE LOS AGRESORES SEXUALES EN PRISIÓN: PROMESAS Y DIFICULTADES DE UNA INTERVENCIÓN NECESARIA

THE TREATMENT OF INCARCERATED SEX OFFENDERS: PROMISES AND DIFFICULTIES OF A NECESSARY INTERVENTION

Óscar Herrero*

Fecha de Recepción: 26-10-2007

Fecha de Aceptación: 08-02-2008

RESUMEN

Desde el año 2005 se desarrolla en las prisiones españolas el Programa para el Control de la Agresión Sexual de Garrido y Beneyto (1996) en su versión más reciente. En el presente artículo se analiza la relevancia de esta intervención mediante la revisión de la literatura reciente sobre agresión sexual y de la experiencia clínica en su aplicación. Los contenidos del programa siguen plenamente vigentes en la literatura especializada, y se los considera aspectos nucleares de la agresión sexual. Se concluye que, pese a sus dificultades, la intervención psicológica con los agresores sexuales encarcelados es un programa necesario.

PALABRAS CLAVE: Agresión sexual, Tratamiento de agresores sexuales.

* Centro Penitenciario de Cáceres.

ABSTRACT

Since 2005, the latest version of the Sexual Assault Control program from Garrido and Beneyto (1996) is being delivered in the Spanish prisons. In the present article, the relevance of this intervention is analysed, through the review of the recent publications and the clinical experience in the program. The elements included in the program are present in the literature, and are considered central to the concept of sexual assault. It is concluded that, in spite of its difficulties, the intervention with incarcerated sex offenders is necessary.

KEY WORDS: Sexual assault, Sex offender treatment.

Introducción

Desde el año 2005 un número creciente de profesionales del tratamiento penitenciario está impartiendo el programa de intervención psicológica con los agresores sexuales encarcelados. En algunos centros este trabajo se inició bastante antes con la aplicación pionera del Programa para el Control de la Agresión Sexual (PCAS) de Garrido y Beneyto (1996). El programa que arranca en 2005 es una versión revisada del PCAS (que llamaré PCAS-R para distinguirlo del trabajo original). En esta revisión, realizada por un equipo de psicólogos del Cuerpo Técnico Superior de Instituciones Penitenciarias, se practicaron las modificaciones que recomendaba la experiencia clínica en la aplicación del PCAS. El objetivo del presente trabajo no es valorar la efectividad del PCAS-R. Son los datos estadísticos los que habrán de cuantificar el cambio logrado en los internos y la eficacia en la reducción de la reincidencia. Ahora que los primeros grupos en iniciar el PCAS-R se encuentran cercanos a concluir, y que la intervención con agresores sexuales es cuestionada públicamente, surge la necesidad de valorar el trabajo realizado. Este artículo busca realizar una reflexión desde la revisión de la literatura y la experiencia clínica en la aplicación del PCAS-R que permita responder a varias cuestiones: (a) ¿Están vigentes en la literatura sobre agresión sexual los aspectos que aborda el PCAS-R? ¿Qué relevancia se les atribuye? (b) ¿Qué dificultades encuentran los profesionales para su aplicación? (c) ¿Qué aspectos relevantes de la agresión sexual y su trata-

miento quedan fuera del alcance del PCAS-R?

El artículo se organiza en distintas secciones. Inicialmente se describen las diferencias existentes entre PCAS y PCAS-R. Tras esto se analizan los módulos más relevantes del PCAS-R. En tercer lugar se señalan algunas cuestiones relevantes que no contempla el PCAS-R. Por último se presentan unas conclusiones.

PCAS y PCAS-R

El PCAS-R incorpora una serie de modificaciones con respecto al PCAS, aunque en esencia se abordan los mismos contenidos. La evaluación inicial de ambas versiones difiere de forma importante. El PCAS incluía una serie de escalas para medir aspectos relacionados con la agresión sexual (parafilias, distorsiones cognitivas, actitudes hacia la mujer, fantasías), tests de competencia situacional, autorregistro y autobiografías. En el caso del PCAS-R el diseño de la evaluación y posterior análisis de datos se ha encargado a un equipo de expertos académicos de la Universidad de Barcelona. Esta evaluación se ha concretado en una amplia batería de escalas a partir de las cuales se refinó un instrumento único que servirá para medir el cambio terapéutico de los participantes. Además, se han incluido tests sobre los contenidos de varios módulos, que se aplican al principio y al final de su desarrollo.

El PCAS-R está compuesto de los siguientes módulos: Relajación, análisis de la historia personal, introducción a

las distorsiones cognitivas, conciencia emocional, comportamientos violentos, mecanismos de defensa, empatía con la víctima, distorsiones cognitivas, educación sexual, estilo de vida positivo y modificación del impulso sexual. La estructura del PCAS-R y algunos de sus contenidos presentan diferencias con respecto al PCAS. Las autobiografías de los internos pasan de ser una técnica de evaluación a constituir buena parte del nuevo módulo de análisis de la historia personal, que abre el programa. Igualmente se ha incluido un módulo sobre conductas violentas y una introducción a las distorsiones cognitivas. El entrenamiento en relajación es un contenido transversal durante todo el programa, y se ha de practicar al final de las sesiones. El PCAS arrancaba directamente con el módulo de mecanismos de defensa, desde la idea de que la aceptación del delito es el requisito imprescindible para avanzar en el tratamiento. Poco después, tras el módulo de conciencia emocional, se abordaba la empatía con la víctima. La estructura del PCAS forzaba un inicio más agresivo para los internos. En el caso del PCAS-R el avance es más progresivo y se concede un mayor tiempo para el cambio.

También se han incorporado materiales nuevos para el libro del interno, y se recomiendan películas recientes para su análisis y comentario.

Por lo demás, los contenidos esenciales y enfoque teórico del programa son los mismos. PCAS y PCAS-R son programas cognitivos y conductuales de prevención de recaídas, grupales, intensos y prolongados.

Análisis de la historia personal

¿En qué momento comienza a hacerse un individuo vulnerable a cometer una agresión sexual? Los intentos de responder a esta cuestión se han fijado en diferentes puntos del ciclo vital, aunque las experiencias en la infancia y la primera juventud parecen ser cada vez más relevantes. El desarrollo sexual de los agresores parece ser precoz, se muestran promiscuos desde edades tempranas y expresan una actitud positiva hacia la vida sexual impersonal (Merrill, Thomsen, Gold y Milner, 2001; Abbey, McAuslan, y Ross, 1998). En muchos casos está presente la experiencia del abuso sexual infantil. Algunos logros evolutivos, como un apego seguro o el desarrollo eficaz de la capacidad de empatizar con otros pueden estar también afectados (Covell y Scalora, 2002; Ward, Keeman y Hudson, 2000). Abbey, Parkhill, Beshears, Clinton y Zawacki, (2006) estudiando una muestra comunitaria encontraron que durante la juventud el comportamiento antisocial, el abuso de alcohol, una actitud sexualmente dominante y la presión del grupo de iguales para mantener relaciones sexuales se relacionaban de forma significativa (con correlaciones entre .17 y .29) aunque moderada con la agresión sexual adulta. El módulo de análisis de la historia personal explora distintos momentos evolutivos de los participantes principalmente a través de la realización de autobiografías. Se analiza la historia familiar, social, sexual y delictiva de los internos. Se pretende que a través de este módulo sean conscientes de aquellos factores de su pasado que han podido influir en su comportamiento

sexualmente abusivo. Para el terapeuta este primer bloque del programa permite acumular una cantidad importante de información sobre los participantes y buscar en sus biografías factores de riesgo como los recogidos en la literatura. Un momento crítico es el de la autobiografía delictiva, donde los participantes han de contar los delitos que han cometido durante su vida, incluyendo la agresión sexual que les ha traído a prisión. Es el primer contacto con la agresión y una oportunidad clave para el terapeuta. En este punto se recoge información acerca del grado de aceptación de la responsabilidad personal en el delito, así como de la presencia de negaciones parciales o totales de los hechos, o de distorsiones cognitivas sobre la implicación del agresor o de la víctima. Es también un momento emocionalmente intenso para los participantes, y la actitud del terapeuta debe de ser de refuerzo de la sinceridad. Es conveniente evitar las confrontaciones con la realidad, aunque las distorsiones cognitivas sean muy evidentes. Este problema habrá de abordarse en módulos posteriores.

Quizás el aspecto más importante de este módulo es que es el primero del programa. Durante estas sesiones iniciales deberá de dedicarse especial atención a la creación de un clima de trabajo positivo, fomentar la comunicación entre los participantes, resaltar la necesidad de confidencialidad y establecer unas normas para el trabajo en grupo. Las primeras reacciones defensivas de los internos pueden aparecer ya en este módulo. Hablar de la vida personal delante de extraños es una experiencia por la que muchos de ellos no han pasa-

do nunca. Abrir la intimidad delante de otros internos es un comportamiento muy amenazante en prisión.

Conciencia emocional y empatía con la víctima

Habitualmente se describe a los agresores sexuales como personas con fuertes dificultades emocionales (Ward y cols., 2000). Su capacidad para identificar sus emociones y las de los demás es muy pobre. Tienden a no verse afectados por las reacciones emotivas de otras personas, y sus relaciones personales son superficiales. Ante situaciones estresantes se centran en la emoción que experimentan y no generan estrategias efectivas para la resolución del problema (Looman, Abracen, DiFazio y Mailliet, 2004). El PCAS-R dedica dos módulos a la vida emocional de los participantes: conciencia emocional y empatía con la víctima.

El módulo de conciencia emocional persigue que los participantes sean más conscientes de sus propias emociones, que aprendan a clasificarlas en positivas y negativas, y entiendan la relación entre emoción y pensamiento. Es un módulo que se imparte sin excesiva dificultad y que prepara el camino para abordar más tarde la empatía con la víctima.

De una forma muy general puede entenderse la empatía como la capacidad para entender y compartir el estado emocional de otra persona. Se considera que esta capacidad se distribuye en la población y que las personas nos pode-

mos diferenciar unas de otras en nuestra capacidad empática. Dentro de la literatura criminológica la empatía es un concepto de importancia más que notable. Se considera que aquellas personas que cometen conductas antisociales son menos empáticas que aquellas que no delinquen. En el caso concreto de la delincuencia violenta la relevancia atribuida a este concepto es aún mayor. Mayoritariamente, los programas de intervención con delincuencia general y violenta incluyen módulos orientados a aumentar la capacidad empática de los participantes. Pero pese a esto, la literatura empírica sobre empatía y delincuencia arroja resultados complejos que matizan esta relación.

Una primera cuestión importante es que la empatía se ha entendido como un proceso cognitivo (pensar sobre las emociones de los demás) o emocional (contagiarse de las emociones de otra persona). Jolliffe y Farrington (2004) realizaron un meta-análisis a partir de 35 estudios que exploraban la relación entre empatía y delincuencia. Los autores ofrecen la magnitud de la diferencia en empatía entre los grupos de agresores y no agresores en términos de tamaños del efecto (d). Este estadístico refleja la diferencia entre la media de los dos grupos comparados. Un tamaño del efecto menor de .2 es considerado pequeño, mientras que un tamaño del efecto de .5 es considerado medio, y a partir de .8 es considerado grande (Cohen, 1988). Considerados todos los estudios en conjunto, la relación entre empatía y delincuencia era negativa ($d = -0.28$). Los estudios sobre empatía cognitiva obtenían un tamaño del efecto

negativo ($d = -0.48$), mientras que los trabajos sobre empatía afectiva obtenían un tamaño del efecto mucho menor ($d = -0.11$). La diferencia entre ambos tamaños del efecto resultó significativa, por lo que los autores concluyen que la empatía cognitiva está claramente más relacionada con la delincuencia que la afectiva. Estos resultados se replicaban al considerar exclusivamente los trabajos realizados con agresores sexuales.

Otro moderador importante en los estudios sobre empatía y agresión sexual es si la empatía se entiende como un rasgo estable o como el resultado de la interacción situacional entre individuo y ambiente. Smallbone, Wheaton y Hourigan (2007) señalan que la literatura sobre empatía general en agresores sexuales ofrece resultados inconsistentes. Algunos estudios encuentran menor capacidad empática en muestras de agresores y abusadores de menores frente a controles, mientras que otros no encuentran diferencias. Marshall, Hudson, Jones, y Fernández (1995) señalaban en su revisión de este tema la necesidad de plantear estudios sobre empatía centrada en la víctima, más que en la empatía como capacidad general.

El PCAS-R aborda la empatía desde un punto de vista cognitivo, lo que parece ser un acierto a la luz de la literatura revisada. Se les ofrece a los internos abundante información acerca de las consecuencias físicas y psicológicas de la agresión sexual. Los participantes han de plantearse también cómo será la vida de sus víctimas pasados unos años desde la agresión. Se extiende el concepto de víctima hasta los familiares y

amigos de la persona directamente agredida. Los internos también tienen que analizar los sentimientos de estas víctimas secundarias. Aunque se analizan principalmente los sentimientos de las víctimas, el entrenamiento en empatía del PCAS-R aborda la empatía como una capacidad que se expresa de forma deficiente en los agresores y que afecta a sus relaciones personales en general, no solamente a su conducta sexualmente agresiva. Este punto es contradictorio con la evidencia que apunta a un déficit en la empatía centrada en la víctima. Por lo tanto, dentro de las dimensiones cognitivo-emocional y rasgo-estado que se describían más arriba, puede considerarse que el PCAS-R se ubica en el espacio cognitivo-rasgo. Aunque técnicamente parece ser lo más apropiado, el enfoque cognitivo para el trabajo de la empatía permite que para algunos internos este módulo se reduzca a un esfuerzo puramente intelectual, sin que se aprecie una vivencia más profunda del daño causado. En otros casos ocurre lo contrario, y la reflexión sobre las consecuencias de la agresión se traduce finalmente en reacciones emocionales intensas durante el desarrollo de las sesiones. La culpa puede aparecer en algunos de los participantes. Al igual que cualquier otra emoción, la culpabilidad puede tener una consecuencia positiva si se reconduce adecuadamente. Una forma de abordar estas emociones pasa por una intervención cognitiva en la que se enfatizan la aceptación incondicional de uno mismo, la irracionalidad de aplicar etiquetas globales para definir a una persona, la conveniencia de juzgar los actos cometidos y no a ellos mismos, y sobre todo la oportu-

nidad de cambiar y no repetir el daño cometido.

Por último, es imprescindible que el terapeuta se forme acerca de las consecuencias psicológicas de la agresión sexual y de los traumas violentos en general. Los profesionales de la intervención con delincuentes podemos tener mucha información sobre agresores, pero al adentrarnos en el mundo de la víctima vemos su complejidad y se puede hacer patente nuestra falta de experiencia directa con este campo.

Distorsiones cognitivas y mecanismos de defensa

Los primeros en señalar la presencia en los delincuentes sexuales de afirmaciones que apoyaban las conductas sexualmente agresivas fueron Abel, Becker y Cunningham-Rathner (1984). A este tipo de pensamientos los denominaron distorsiones cognitivas. Aunque este trabajo pionero se centró en abusadores de menores, actualmente existe una amplia evidencia de la existencia de este tipo de pensamientos en agresores de personas adultas. Son en definitiva afirmaciones que excusan, explican, justifican o minimizan el comportamiento sexualmente abusivo. Se incluyen ideas sobre la falta de control y la inevitabilidad de la agresión, la peligrosidad y hostilidad de las demás personas, la necesidad de poder y reafirmación, la intencionalidad sexual infantil, la minimización del daño o la necesidad de sexo de las mujeres (Polaschek y Ward, 2002; Polaschek y Gannon, 2004; Beech, Ward y Fisher, 2006). Este tipo

de cogniciones es considerado uno de los elementos centrales de la agresión sexual.

El PCAS-R distingue las distorsiones cognitivas de otro tipo de pensamientos auto protectores a los que denomina mecanismos de defensa. La distinción entre ambos tipos de pensamientos es arbitraria, pero se considera que ha de comenzarse el trabajo cognitivo por los mecanismos de defensa, que son básicamente formas de negación. Posteriormente, superada esa negación, en el módulo de distorsiones cognitivas se pueden abordar otro tipo de creencias erróneas y errores de pensamiento más elaborados. Esta distinción apenas aparece en la literatura, y el término que se emplea de forma consensuada es el de distorsión cognitiva.

El módulo de mecanismos de defensa introduce a los internos en la idea de que ciertos pensamientos acerca de la agresión se mantienen como forma de proteger la propia identidad psicológica. Estos mecanismos mentales niegan la comisión de la agresión, su alcance o la responsabilidad sobre ella. Durante el desarrollo de las sesiones, el mecanismo básico que utiliza el terapeuta es la confrontación con los hechos a través de distintos ejercicios. La reacción de los participantes suele ser defensiva y perciben las sesiones como un ataque. En este módulo es imprescindible que los responsables del programa se mantengan firmes en su postura y señalen las discrepancias entre los relatos de los internos y los hechos recogidos en las sentencias. La constancia permite que al final del módulo muchas negaciones

desaparezcan. En el último ejercicio los internos han de generar pensamientos alternativos a su negación, introduciendo de esta forma una versión sencilla de las técnicas cognitivas que se emplearán más adelante.

El PCAS-R incluye dos módulos dedicados a la identificación y modificación de distorsiones cognitivas. El primero de ellos, una introducción al tema, plantea las distorsiones como operaciones cognitivas o errores de pensamiento (minimización, inferencia arbitraria, negación), de manera análoga a lo propuesto por Beck y sus colaboradores para problemas como la depresión, la drogodependencia o la ira. El módulo central de distorsiones cognitivas retoma el problema de una forma diferente, explicando las distorsiones como creencias excesivamente rígidas acerca de los demás, el mundo y uno mismo. Este módulo parece más cercano a la teoría racional emotiva de Ellis. El terapeuta, y los internos, han de saber integrar estas dos perspectivas para conseguir una visión coherente del problema. Una forma de organizar estos contenidos es entender que las distorsiones implican distintos momentos en el procesamiento de la información, de tal forma que se manifiestan en procesos mentales y en las creencias y esquemas resultantes (Burn y Brown, 2006; Ward, Keenan y Hudson, 2000).

En algunos casos el terapeuta puede identificar claramente pensamientos distorsionados en los internos de su grupo, pero puede encontrarse también con individuos cuyas creencias acerca de mujeres o niños no encajan dentro de la definición de distorsión cognitiva, sino

que se acercan bastante a la racionalidad. Algunos trabajos recientes comienzan a señalar que las distorsiones cognitivas no suponen siempre creencias profundas y estables en los agresores. Pueden tratarse también de errores de pensamiento transitorios o centrados en una situación, de tal forma que aunque un individuo muestre pensamientos distorsionados sobre su delito no los mantiene acerca de las mujeres, los niños o los comportamientos sexualmente coercitivos en general (Gannon y Polaschek, 2005; Ward, Gannon y Keown, 2006). El interno puede sentirse ajeno ante afirmaciones como las presentes en la escala de Abel y Becker, y es preciso que se descienda a las cogniciones concretas sobre su caso personal para poder evidenciar los posibles errores de pensamiento. De otra manera, el interno puede percibir que el terapeuta no está siendo capaz de comprender adecuadamente una parte de su experiencia personal.

En conjunto, los módulos de mecanismos de defensa y distorsiones cognitivas suponen un fuerte ataque a la interpretación que el interno hace de su agresión. Pese a todo, existen pensamientos muy resistentes al cambio. Las distorsiones cognitivas serán un molesto compañero de viaje a lo largo de todo el programa, y el terapeuta habrá de estar atento a la reaparición de pensamientos que ya creía superados.

Prevención de recaídas

El PCAS-R es en esencia un programa de prevención de recaídas. Se dedica un

esfuerzo considerable a que los internos identifiquen los estímulos internos y externos que pueden llevarles a una situación de alto riesgo de reincidencia. Posteriormente se trabajan las habilidades de afrontamiento adecuadas que les permitan evitar la recaída (Laws, 2000). El PCAS-R no es el único programa de este tipo, y existen experiencias dentro de este mismo enfoque para agresores adultos, adolescentes y abusadores de menores (Marshall, 2000; Ward, Hudson y Keenan, 2000; Hudson y Ward, 2000). Durante el desarrollo de este módulo los internos han de encajar su propia agresión en el esquema de recaída que propone el programa. Este esquema fluye desde la abstinencia, a las situaciones de alto riesgo propiciadas por decisiones aparentemente irrelevantes, al fallo cognitivo y dependiendo de cómo se afronte el efecto de la violación de la abstinencia, a la recaída. Los ejercicios a desarrollar potencian el análisis del comportamiento abusivo de cada uno de los participantes, que ha de descomponer minuciosamente su agresión en los distintos elementos del proceso de recaída. Este esfuerzo supone para algunos de ellos una dificultad importante. La tarea es compleja por sí misma, y no hay que olvidar que se están analizando conductas que en la mayoría de los casos sucedieron hace años, a veces bajo el efecto de sustancias o en un estado emocional alterado.

Entre los factores de riesgo considerados, el alcohol y las drogas, junto con la pornografía destacan en la literatura.

De acuerdo con datos extraídos de muestras comunitarias de víctimas y

agresores, y de grupos de agresores encarcelados, el alcohol está presente en cerca del 50% de las agresiones sexuales (Abbey, Zawacki, Back, Clinto y McAuslan, 2004). Aquí se incluye el consumo de alcohol por parte de la víctima, del agresor o de ambos. Es importante resaltar que este tipo de estudios no precisan la cantidad de alcohol ni el grado de intoxicación. También ha de señalarse que son datos procedentes de muestras norteamericanas, y la transculturalidad de esta cuestión permanece aún sin investigar. Pero de alguna manera estas cifras permiten adivinar la relevancia que el alcohol puede tener en la agresión sexual. La relación entre ambos puede articularse por diversas vías. Por una parte, la capacidad desinhibitoria del alcohol, en conjunto con otras variables personales y situacionales, puede hacer más probable el comportamiento sexualmente agresivo de un hombre ya vulnerable a esta conducta (Ullman, 2003). Abbey y cols. (2004) resaltan como el alcohol afecta a los procesos cognitivos de alto nivel, de tal forma que las personas que han bebido pueden prestar menos atención a las claves inhibitorias de la agresión sexual, tal y como la preocupación por las consecuencias futuras, la moralidad o la empatía con la víctima. La cantidad de alcohol ingerida por el agresor tienden a relacionarse positivamente con la agresividad empleada en el asalto (Abbey, Clinton-Sherrod, McAuslan, Zawacki y Buck, 2003).

El PCAS-R ofrece distintas estrategias cognitivas y conductuales para la prevención de recaídas y el manejo de situaciones de alto riesgo. Cuando el

alcohol está presente en la agresión de alguno de los participantes, este factor ha de abordarse con estrategias conductuales (como el control de estímulos o la evitación), cognitivas o proporcionando normas básicas de bebida controlada. Pero el terapeuta ha de estar atento a la interpretación que el interno hace del papel del alcohol en su agresión. Frecuentemente el hecho de estar bajo los efectos de alcohol o drogas se utiliza como una defensa que permita restar responsabilidad personal en los hechos. Eliminar esta interpretación ha de ser un objetivo del programa. Esto no significa negar que el alcohol sea un estímulo de alto riesgo, sino buscar una interpretación lo más ajustada posible a la realidad acerca de su importancia en el delito cometido. En los casos en los que exista historia de dependencia alcohólica, habrá de plantearse una derivación a un programa de drogodependencias.

La relación entre pornografía y agresión sexual es compleja y controvertida. En general se considera que la exposición a pornografía propicia creencias favorables a los comportamientos sexualmente violentos, aunque no está claro si esto sucede de igual forma en agresores de personas adultas y de menores. También se ha propuesto que la asociación entre masturbación y pornografía violenta favorece el interés sexual por conductas sexualmente agresivas (Seto, Maric y Barbaree, 2001). Otra posible vía que vincula pornografía y agresión sexual es el nivel de *arousal* sexual alcanzado con su uso. Davis, Norris, George, Martell y Herman (2006) encontraron en una muestra comunita-

ria de 84 hombres que la probabilidad autoinformada de implicarse en un comportamiento sexualmente coercitivo estaba relacionada con su nivel de excitación tras leer una historia en la que una mujer mostraba inicialmente rechazo a mantener una relación sexual, tras lo que era agredida. En una de las condiciones reaccionaba con sufrimiento ante la agresión, y en la otra con placer. La mitad de los participantes tenían que consumir alcohol previamente a escuchar la historia. El mayor nivel de excitación (y la mayor probabilidad de comportarse como el hombre de la historia) se dio en aquellos participantes que habían consumido alcohol y que leían la historia en la que la mujer consentía a la agresión.

Si bien pornografía y agresión parecen estar relacionadas, es difícil establecer la dirección de esa relación. El uso de pornografía puede ser un elemento causal de la violencia sexual, o ser consecuencia de la vulnerabilidad del individuo a las conductas sexualmente coercitivas. Vega y Malamuth (2007) estudiaron una muestra de 102 estudiantes universitarios varones, a los que clasificaron como de alto o bajo riesgo de agresión sexual dependiendo de sus puntuaciones en una batería de instrumentos relacionados con la hostilidad interpersonal y sexual. Además se les aplicaba una encuesta en la que se evaluaba la historia de comportamientos sexualmente agresivos. El consumo de pornografía contribuía a predecir la presencia de estas conductas únicamente en aquellos participantes considerados de alto riesgo. Seto et. al. (2001) concluyen lo mismo de su revi-

sión del tema. Dado que los usuarios del PCAS-R ya han cometido de hecho una agresión sexual, parece pertinente abordar el tema de la pornografía con ellos, aunque habitualmente manifiestan un bajo interés (real o fingido) en este tipo de material. Con todo, es probable que el papel de la exposición a pornografía en los comportamientos sexualmente violentos evolucione en los próximos años. Hasta tiempos muy recientes, acceder a material pornográfico era expuesto, caro y para algunos contenidos difícil y peligroso. Con la aparición de Internet esta situación ha cambiado. Actualmente se puede conseguir casi cualquier tipo de material en cuestión de minutos, de forma anónima y en la mayoría de los casos gratuita. La mayor disponibilidad de este material puede tener en el futuro un efecto significativo en su relación con la agresión sexual. Personas vulnerables a cometer una agresión e interesadas en consumir pornografía podrán exponerse a cantidades mayores de este material con muy bajo coste. El papel de la pornografía se hará más patente y la naturaleza de su relación con las conductas sexualmente agresivas estará más definida.

Modificación del impulso sexual

Parece lógico pensar que un comportamiento sexual desviado se corresponde con una preferencia sexual también desviada. Cuando este planteamiento se ha intentado contrastar con datos empíricos los resultados han sido complejos y el método para evaluar la preferencia sexual influye intensamente

en los datos recogidos (Kalmus y Beech, 2005). La plestismografía de pene parece ser la técnica más indicada para distinguir entre agresores y no agresores, aunque una proporción importante de personas se clasifican erróneamente con estos métodos. Es decir, que existen agresores que no muestran un patrón desviado de excitación y personas que no han cometido una agresión pero que se excitan ante estímulos desviados (como la descripción de una violación).

El módulo de modificación del impulso sexual entrena a los participantes en dos técnicas: condicionamiento encubierto y parada de pensamiento. Con el condicionamiento encubierto se busca que las fantasías desviadas de los participantes dejen de tener capacidad de excitación sexual. Para ello se asocian mediante ejercicios de imaginación con estímulos aversivos (cosas que les producen asco o miedo). La parada de pensamiento persigue ayudar a los participantes a frenar las fantasías o pensamientos asociados con la agresión.

El formato grupal dificulta la aplicación de este módulo, especialmente de la técnica de condicionamiento encubierto. No se pueden dedicar las sesiones a repetir los numerosos ensayos necesarios, interno por interno. Por lo tanto se tiene que confiar en la motivación de los participantes para realizar estos ejercicios solos. Dado su carácter aversivo algunos internos se mostrarán poco inclinados a realizar los ensayos. Es también complejo valorar su efectividad, dado el carácter privado del impulso sexual.

Algunas limitaciones

El terapeuta

El PCAS-R proporciona extensas descripciones de las características de los agresores y de qué tipo de comportamientos y respuestas cabe esperar encontrar en ellos. Por el contrario, el papel del terapeuta está prácticamente ausente. Dos son los elementos que resultan de mayor interés con respecto al profesional encargado de desarrollar el programa: (a) el estilo terapéutico y (b) su desgaste emocional.

¿Cómo han de conducir las sesiones los terapeutas? ¿Es más efectivo un estilo directivo u otro más flexible? Drapeau (2005) señala que los terapeutas más valorados por los agresores a su cargo son aquellos que se muestran honestos, respetuosos, accesibles y que no juzgan a los participantes. Los casos en los que se produce una confrontación entre participante y terapeuta (algo muy común) no han de tomarse como una resistencia al tratamiento, sino una reacción emocional intensa ante un tema sensible para el interno. Por lo tanto, la mejor respuesta del terapeuta es mantenerse firme sin caer también en la confrontación personal. Los participantes incluidos en su estudio valoraban intensamente la capacidad para hacer mantener el orden y las normas del programa sin caer en un autoritarismo excesivo. Otro aspecto valorado era el respeto de la estructura y objetivos planteados inicialmente para el programa. A la vez que los participantes valoraban la autoridad bien aplicada, parecen considerar positivo un margen de autonomía que

les permita tomar decisiones durante el programa (especialmente las referentes a iniciarlo y continuar en terapia). Creo que las personas que estén aplicando el PCAS-R estarán de acuerdo con estos planteamientos. En las primeras sesiones del programa, cuando el grupo aún está en formación, apenas hay comunicación entre los internos, que tienden a dirigirse exclusivamente al terapeuta. Con el avance del programa, los internos comienzan a hablar entre ellos y a analizar sus aportaciones. En este punto es cuando hay que valorar la necesidad de mantener la estructura de la sesión o permitir un cierto debate. Un exceso de directividad o laxitud es valorado negativamente por los participantes.

Existe un interés creciente por los efectos que tiene la intervención con agresores sexuales en el bienestar psicológico del terapeuta. Si bien las consecuencias personales de trabajar con víctimas están bien caracterizadas, los efectos de trabajar con agresores han sido objeto hasta la fecha de un número limitado de estudios. Ennis y Kadambi (2007) señalan como una parte de los profesionales que trabajan con agresores sexuales pueden experimentar embotamiento emocional, pesimismo con respecto a los efectos de su trabajo, sensación de vulnerabilidad a la violencia, hipervigilancia, o sobreprotección a sus hijos. La exposición crónica a contenidos violentos, la hostilidad de los clientes y los sentimientos de rechazo hacia ellos, la responsabilidad ante el fracaso del tratamiento y el doble papel terapéutico y forense contribuyen a este malestar personal. Pese a todo esto, la mayoría de los profesionales parece afrontar de manera

efectiva estos estresores (Ennis y Horne, 2003). Entre los elementos protectores más efectivos se encuentran la formación continuada, la supervisión clínica y el apoyo de compañeros implicados en la misma tarea. Los profesionales implicados en la aplicación del PCAS-R no contamos actualmente con un sistema de supervisión clínica que permita consultar sobre casos o situaciones de difícil abordaje. Tener la sensación de no saber manejar una situación o desarrollar algún aspecto del programa puede ser fuente de estrés. En un futuro sería positivo que se estudiase la posibilidad de designar a los terapeutas con mayor experiencia como referentes a los que consultar. El elemento de apoyo más importante con el que se cuenta es el trabajo en equipo. Es muy poco recomendable afrontar el PCAS-R en solitario. Algunos módulos con alta carga emocional, como mecanismos de defensa o empatía con la víctima, pueden ser verdaderos calvarios para un profesional que los afronte sin ayuda. La confrontación de los internos con los hechos y las reacciones defensivas que esto suscita se manejan más efectivamente cuando acude más de un profesional al grupo, y su impacto emocional es menor. Tras cada sesión, el mero hecho de hablar sobre lo ocurrido permite ventilar emociones y descargar tensión. El trabajo en equipo ayuda también a solucionar dudas técnicas y aporta múltiples soluciones ante cualquier problema. Los equipos que se están creando en las prisiones son mayoritariamente multiprofesionales, con la participación de psicólogos, trabajadores sociales y educadores. Esto es también una fuente de enriquecimiento del trabajo.

Las diferencias individuales

El PCAS-R no tiene en cuenta las diferencias individuales, si bien existen evidencias de que los agresores sexuales como grupo muestran una alta prevalencia de trastornos de personalidad (Cheshire, 2004). Por ejemplo, Madsen, Parsons y Grubin (2006) diagnosticaron distintos trastornos de personalidad (principalmente antisocial) en 21 de los 44 (48%) abusadores de menores que estudiaron. En el caso de la psicopatía, los estudios hasta la fecha encuentran tasas de este trastorno en agresores sexuales que oscilan entre el 12% y el 40% (Knight y Quay, 2006).

La presencia de este tipo de rasgos de personalidad supone una dificultad significativa para el desarrollo de una intervención psicológica. Un alto nivel de impulsividad o de ansiedad hace menos probable que los participantes apliquen las técnicas cognitivas o de evitación que se trabajan en el programa. La tendencia a la atribución externa y la falta de autocrítica hacen poco probable que asuman la responsabilidad de sus actos. Su profunda pobreza emocional y las deficiencias en empatía de los psicópatas difícilmente responderán a los ejercicios que plantean los módulos de empatía y conciencia emocional del PCAS-R. El módulo dedicado a comportamientos violentos aborda estas conductas como reacciones expresivas, si bien los psicópatas tienden a mostrar una conducta violenta de carácter instrumental (Porter y Woodworth, 2006). Este tema no es irrelevante en la medida en la que la mayoría de los agresores que asesinan

a sus víctimas parecen mostrar rasgos psicopáticos (Meloy, 2000).

Las personalidades antisociales suponen un enorme reto para la intervención con delincuentes. No es sencillo adaptar el PCAS-R a estos perfiles. Algunas posibilidades futuras pasan por plantear itinerarios individuales dentro del programa, de tal forma que algunos internos no pasen por algunos módulos. El campo de la comorbilidad entre drogodependencia y trastornos de personalidad ha sido objeto de especial atención durante los últimos años, quizás deban de comenzar a adaptarse las intervenciones con delincuentes sexuales a la presencia de estos trastornos.

Con respecto a la inteligencia, existe evidencia de diferencias en CI entre agresores sexuales y otros grupos. Cantor, Blanchard, Robichaud y Christensen (2005) realizaron un meta-análisis a partir de los trabajos publicados en los que se evaluaba CI en muestras de agresores. Los agresores sexuales en conjunto obtenían un CI medio menor que otros delincuentes. Al considerar el tipo de agresión cometida, los agresores de personas adultas no obtuvieron un CI significativamente distinto de los delincuentes no sexuales. Los abusadores de menores mostraban un CI menor que los agresores de adultos y por lo tanto también menor que el resto de los delincuentes. La edad de la muestra también resultó ser significativa. Los agresores más jóvenes obtuvieron un CI medio menor que los agresores de más edad. La inteligencia es un elemento que modera el aprovechamiento de cualquier intervención psicológica. Frente a

esto, el PCAS-R es una intervención compleja, en la que los participantes han de comprender conceptos a veces muy abstractos desde los que analizar su propio comportamiento. Difícilmente podemos hacer a nuestros agresores más inteligentes, pero estos datos resaltan la necesidad de cuidar los aspectos pedagógicos del programa y ser conscientes de las dificultades de comprensión que pueden surgir con la progresiva complejidad de los contenidos del PCAS-R.

Un nuevo reto: la pornografía infantil en Internet

Durante los últimos años la pornografía infantil ha pasado de ser un tema bastante desconocido a recibir una notable atención por parte de la sociedad. Son comunes las noticias en las que anuncia la detención de redes de individuos que producían, coleccionaban o intercambiaban estos materiales. Indudablemente la irrupción de Internet en la vida doméstica ha facilitado el acceso y distribución de contenidos pornográficos. La respuesta policial y judicial a este comportamiento se ha traducido en un número creciente de personas encarceladas a causa de la difusión de pornografía infantil.

¿Es el PCAS-R una intervención adecuada para estas personas? No hay que olvidar que buena parte de quienes poseen y distribuyen pornografía infantil no la producen, es decir, que no han abusado necesariamente de un niño en la vida real. ¿Es apropiado intervenir con ellos de la misma forma que se

hace con agresores sexuales en sentido estricto? Quayle y Taylor (2003) identifican una serie de motivos subyacentes al uso de pornografía infantil. La razón más común es la de obtener activación sexual con fines masturbatorios. Se valoran especialmente colecciones de fotografías del mismo niño que se incian con imágenes no sexuales del niño vestido en una actitud normal, y que progresivamente se acercan a escenas que finalmente recogen el abuso sexual de la víctima. Se valora especialmente que el niño no muestre gestos de sufrimiento y que aparezca feliz en todas las imágenes. Otro motivo habitual es el mero placer de coleccionar. Los medios de comunicación transmiten habitualmente con sorpresa el enorme número de fotos encontradas en los ordenadores de los detenidos en operaciones contra redes de pornografía. Para estas personas coleccionar largas series de fotografías es un objetivo con un enorme valor motivacional. Tienden a quitarle importancia a las consecuencias que estas fotografías tienen para los niños y se refieren a ellas como si fuesen cromos o cualquier otro tipo de coleccionable. El intercambio de este material remite a otro motivo relevante, el establecimiento de relaciones personales a través de Internet. Dentro de las redes de pornografía las personas implicadas adquieren una nueva identidad y un estatus social dependiendo de la calidad de sus colecciones y de lo completas que sean. Es también una forma de evitar la vida real, de escapar a las frustraciones y dificultades diarias. Por último, muchas de estas personas sostienen que utilizar este tipo de pornografía les permite satisfacer sus fanta-

sías sin recurrir al abuso de un niño real, por lo que son un tipo de terapia.

A primera vista parece que el uso de pornografía infantil es un problema complejo con algunos rasgos distintivos con respecto a la agresión o abuso sexual. De los motivos recogidos por Taylor y Quayle (2003), emerge claramente un interés sexual desviado. Estas personas muestran un *arousal* sexual significativo ante las imágenes de niños. Alrededor de estas imágenes, la persona parece organizar una red de creencias distorsionadas sobre el alcance del daño causado al niño y sobre la intencionalidad sexual de este. La preferencia por fotos de niños sonrientes es una clara evidencia de esto. Además, con la implicación sexual con estas imágenes se está evitando el mal mayor de una agresión real. Estos pensamientos favorecen el no experimentar sentimientos empáticos hacia las personas recogidas en las fotografías o en los vídeos. La pornografía se vuelve además una forma de afrontar el malestar emocional y de establecer nuevas relaciones desde una identidad distinta.

Se puede concluir que en estas personas aparece un impulso sexual desviado, distorsiones cognitivas, dificultades para manejar las emociones negativas y falta de empatía. Muchos de los contenidos del PCAS-R pueden ser útiles para intervenir con este problema. Con todo, no hay que olvidar que se trata de personas que dedicaban una cantidad significativa de tiempo en la búsqueda y visión de este material, y que se implicaban psicológicamente de una forma intensa con él. Su motivación por mantener esta

conducta y la red de cogniciones que la defienden pueden ser muy intensas, quizás más que las de un agresor convencional. Es preciso intervenir con estos internos, y muchos de los contenidos del PCAS-R serán útiles, pero la adaptación a la complejidad psicológica de estos delitos es imprescindible si se quiere llegar a una intervención eficaz.

Otras posibilidades: El modelo de las "buenas vidas"

Aunque la efectividad de los programas de prevención de recaídas parece ser cada vez más clara, algunos autores han señalado deficiencias en este modelo. Ward y Gannon (2006) señalan que centrar la atención en los factores de riesgo y las técnicas de afrontamiento es un objetivo necesario pero no suficiente. El tratamiento debería de incluir también la promoción de comportamientos positivos junto con técnicas de manejo del riesgo. Además, los modelos de prevención de recaídas no tienen en cuenta el contexto del agresor o las variables ecológicas en su proceso de rehabilitación. Estas personas se incluyen en un contexto social y cultural que ha de tenerse en cuenta. Como alternativa plantean un modelo teórico de intervención distinto, el modelo de las "buenas vidas" (*Good Lives Model*). Para estos autores, los agresores, al igual que todas las personas, buscan de forma natural una serie de objetivos primarios que cubran necesidades básicas de los humanos. Los autores destacan entre estos valores la supervivencia, conocimiento, excelencia en el trabajo, independen-

cia, paz interior, amistad, inclusión en una comunidad, espiritualidad, felicidad y creatividad. Este conjunto de objetivos y valores se engloba dentro del concepto de identidad narrativa. Estas narrativas incluirán las vivencias pasadas y las expectativas para el futuro (Ward y Marshall, 2006). La agresión sexual refleja formas no efectivas y socialmente inaceptables de perseguir estos objetivos. Por lo tanto, el tratamiento se orienta hacia el entrenamiento en habilidades que permitan al agresor buscar estos objetivos de manera efectiva y no violenta (Ward, Mann y Gannon, 2006; Ward, Vess, Collie y Gannon, 2006).

A día de hoy supone una propuesta muy teórica, pendiente de materializarse en iniciativas clínicas concretas. Pero supone un complemento interesante para las intervenciones basadas en la prevención de recaídas. El PCAS-R aborda en cierta medida estas cuestiones principalmente en los módulos de estilo de vida positivo y educación sexual.

Conclusiones

En este artículo se ha revisado la vigencia de los contenidos del PCAS-R en la literatura actual sobre agresión sexual, y se han analizado las dificultades y limitaciones que los terapeutas encuentran en su aplicación.

Los contenidos principales del PCAS-R están presentes en la producción científica reciente sobre agresión sexual, y se considera que constituyen el núcleo del problema. Ward y Gannon (2006) resal-

tan como principales manifestaciones de las dificultades psicológicas de los agresores sexuales los problemas para regular las emociones, las creencias que apoyan la agresión, problemas de empatía e intereses sexuales desviados. Todos estos aspectos los aborda el PCAS-R a lo largo de sus módulos. Los programas de prevención de recaídas son la forma de intervención más generalizada en los países que desarrollan programas para agresores sexuales, y parece ser la más eficaz (Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy y Quinsey, 2002).

Para los profesionales encargados de su aplicación, el PCAS-R es un programa complejo que requiere una implicación personal significativa. La duración del programa es elevada, se trabajan temas sensibles que en ocasiones suscitan reacciones hostiles, implica exponerse de forma crónica a contenidos violentos y se asumen mayores responsabilidades al tener que informar de la evolución de los internos a la Junta de Tratamiento y a distintas instancias judiciales. Al tratarse de un paquete de intervenciones estándar no todos los módulos resultan igual de pertinentes para todos los internos, y hay que esforzarse por adaptar los distintos ejercicios a las circunstancias del grupo.

La fidelidad de los internos tiende a ser alta, y los abandonos no son comunes. Los ejercicios entre sesiones suelen realizarse con un éxito razonable. Tras las reticencias iniciales las sesiones de tratamiento se convierten en un entorno en el que trabajar contenidos muy personales y a veces difíciles de hacer comprender a otras personas. Las reacciones

de los internos al programa son muy diversas. Algunos participantes tienen problemas para comprender los contenidos y se pierden en un mar de conceptos psicológicos. Existen también personas para las que el programa es solamente un instrumento para intentar obtener determinados beneficios penitenciarios. Otros aprovechan la oportunidad de comprender mejor su comportamiento pasado y afrontar el futuro con mayores garantías de no volver a dañar a nadie.

Con todas sus dificultades, el PCAS-R es una respuesta seria a un problema tan grave como el de qué hacer con los agresores sexuales encarcelados. Por encima de posturas ideológicas, la revisión de la literatura nos dice que esta intervención apunta a los objetivos más apropiados. Los resultados de experien-

cias similares hacen que tengamos esperanza en su futuro.

Ennis y Kadambi (2007) señalan que junto a los problemas derivados para el terapeuta por intervenir con agresores sexuales, existen también beneficios. El principal es la sensación de estar realizando un trabajo útil para la comunidad. No debemos olvidar que el objetivo último del PCAS-R es reducir la reincidencia sexual y por lo tanto evitar que más personas sean víctimas de agresiones en el futuro. Las evaluaciones de este tipo de programas indican una reducción de la reincidencia de entre el 8% y el 14% (Hanson y cols., 2002; Marshall, 2001). Ningún sistema penitenciario avanzado puede permitirse el lujo de ignorar el enorme sufrimiento humano que está por detrás de estas cifras.

REFERENCIAS

- Abel, G. G., Becker, J. V., & Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, 7, 189-103.
- Abbey, A., McAuslan, P., Zawacki, T., Clinton, A.M. & Buck, P.O. (1998). Sexual assault perpetration by college men: The role of alcohol, misperception of sexual intent, and sexual beliefs and experiences. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 167-195.
- Abbey, A., Clinton-Sherrod, A. M., McAuslan, P., Zawacki, T., & Buck, P. O. (2003). The relationship between the quantity of alcohol consumed and the severity of sexual assaults committed by college men. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 813-833.
- Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P.O., Clinton, A. M., & McAuslan, P. (2004). Sexual assault and alcohol consumption: what do we know about their relationship and what types of research are still needed? *Aggression and Violent Behavior*, 9, 271-303.
- Abbey, A., Parkhill, M.R., BeShears, R., Clinton-Sherrod, A.M. & Zawacki, T. (2006) Cross-Sectional predictors of sexual assault perpetration in a community sample of single African American and Caucasian men. *Aggressive Behavior*, 32, 54-67.
- Beech, A. R.; Ward, T., & Fisher, D. (2006). The identification of sexual and violent motivations in men who assault women: Implication for treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 12, 1635-1653.
- Burn, M. F., & Brown, S. (2006). A review of the cognitive distortions in child sex offenders: An examination of the motivations and mechanisms that underlie the justification for abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 225-236.
- Cantor, J. M., Blanchard, R., Robichaud, L. K., & Christensen, B. K. (2005). Quantitative reanalysis of aggregate data on IQ in sexual offenders. *Psychological Bulletin*, 131, 4, 555-568.
- Cheshire, J. D. (2004). Review, critique, and synthesis of personality theory in motivation to sexually assault. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 633-344.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Covell, C.N., Scalora, M.J. (2002). Empathic deficits in sexual offenders: An integration of affective, social and cognitive constructs. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 251-270.
- Drapeau, M. (2005). Research on the processes involved in treating sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 2, 117-125.
- Ennis, L., & Horne, S. (2003). Predicting psychological distress in sex offender therapist. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 2, 149-157.
- Ennis, L., & Kadambi, M. A. The Impact and Rewards of Providing Sex Offender Treatment. (en prensa). En B. K. Schwartz (Ed.), *The Sex Offender, Volume 6*.
- Garrido, V., & Beneyto, M. J. (1996). *El control de la agresión sexual. Un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión y en la comunidad*. Valencia: Cristóbal Serrano Villalba.
- Gannon, T. A., & Polaschek, D. L. L. (2005). Do child molesters deliberately fake good on cognitive distortion questionnaires? An information processing based investigation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 183-200.

El tratamiento de los agresores sexuales en prisión: promesas y dificultades de una intervención necesaria

- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A., Marques, J., Murphy, W., & Quinsey, V. V. et al. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 169-194.
- Hudson, S. M. & Ward, T. (2000). Adolescent sexual offenders: Assessment and treatment. En C. R. Hollin (Ed.) *Handbook of offender assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 441-476.
- Kalmus, E., & Beech, A. R. (2005). Forensic assessment of sexual interest: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 193-217.
- Knight, R. A. & Guay, J. P. (2006). The role of psychopathy in sexual coercion against women, en C.J. Patrick (Ed.) *Handbook of Psychopathy*. New York: Guilford.
- Laws, D. R. (2000). Relapse prevention: Reconceptualization and revision. En C. R. Hollin (Ed.) *Handbook of offender assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Looman, J., Abracen, J., DiFazio, R., & Maillet, G. (2004). Alcohol and drug abuse among sexual and non-sexual offenders: Relationship to intimacy deficits and coping strategy. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 177-190.
- Madsen, L., Parsons, S., & Grubin, D. (2006). The relationship between the five-factor model and DSM personality disorder in a sample of child molesters. *Personality and Individual Differences*, 40, 227-236.
- Marshall, W. L. (2000). Adult sexual offenders against women. . En C. R. Hollin (Ed.) *Handbook of offender assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Marshall, W. L. (2001). *Agresores sexuales*. Barcelona: Ariel.
- Meloy, J. R. (2000). The nature and dynamics of sexual homicide: An integrative review. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 1, 1-22.
- Merrill, L.L., Thomsen, C.J., Gold, S.R., & Milner, J.S. (2001). Childhood abuse and preilitary sexual assault in male navy recruits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 252-261.
- Ministerio del Interior (2006). *El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario (Manual del terapeuta)*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Polaschek, D. L. L., & Gannon, T. A. (2004). The implicit theories of rapists: What convicted offenders tell us. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 299-315.
- Polaschek, D. L. L. & Ward, T. (2002). The implicit theories of potential rapists: What our questionnaires tell us. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 385-406.
- Porter, S., & Woodworth, M. (2006). Psychopathy and aggression, en C.J. Patrick (Ed.) *Handbook of Psychopathy*. New York: Guilford.
- Seto, M. C., Maric, A. & Barbaree, H. (2001) The role of pornography in the etiology of sexual aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 35-53.
- Smallbone, S. W., Weathon, J., & Hourigan, D. (2007). Trait empathy and criminal versatility in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 15, 1, 49-60.
- Taylor, M., & Quayle, E. (2003). *Child pornography: An Internet crime*. Hove: Brunner- Routledge.
- Ullman, S. E. (2003). A critical review of field studies on the link of alcohol and adult sexual assault in women. *Aggression and Violent Behavior*, 3, 471-486.

- Vega, V., & Malamuth, N. M. (2007). Predicting sexual aggression: The role of pornography in the context of general and specific risk factors. *Aggressive Behavior*, 33, 104-117.
- Ward, T., Hudson, S. M., & Keenan, T. R. (2000). The assessment and treatment of sexual offenders against children. . En C. R. Hollin (Ed.) *Handbook of offender assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ward, T., Keenan, T., & Hudson, S. M. (2000). Understanding cognitive, affective, and intimacy deficits in sexual offenders: A developmental perspective. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 1, 41-62.
- Ward, T., Gannon, T. & Keown, K. (2006) Beliefs, values, and action: The Judgment model of cognitive distortions in sexual offenders. *Violent and Aggressive Behavior*, 11, 4, 323-340.
- Ward, T. & Marshall, B. (2006) Narrative identity and offender rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 10, 10, 1-20.
- Ward, T. & Gannon, T. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 77-94.
- Ward, T., Mann, R., & Gannon, T. (2006). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 1, 87-107.
- Ward, T., Vess, J., Collie, R.M., & Gannon, T. (2006). Risk management or goods promotion: The relationship between approach and avoidance goals in treatment for sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 4, 378-393.