

# **10 anys de tractament dels agressors sexuals**

**Joan Carles Navarro**  
**Psicòleg C.P. Brians**

<b><u>1. INTRODUCCIÓ, CONTEXT HISTÒRIC I DESENVOLUPAMENT</u></b>	<b>3</b>
<b><u>2. EL TRACTAMENT DELS AGRESSORS SEXUALS AL LLARG DEL TEMPS</u></b>	<b>5</b>
2.1 CONSIDERACIONS SOBRE EL TRACTAMENT DIFERENCIAL DELS AGRESSORS SEXUALS	6
2.1.1 LA COMPOSICIÓ DELS GRUPS DE TRACTAMENT	6
2.1.2 LA NECESSÀRIA INDIVIDUALITZACIÓ DEL TRACTAMENT	7
2.1.3 LA NECESSÀRIA LONGITUDINALITAT DEL TRACTAMENT	8
<b><u>3. ELS REPTES DE FUTUR EN EL TRACTAMENT DELS DELINQÜENTS SEXUALS</u></b>	<b>10</b>
3.1 DEPARTAMENTS ESPECIALITZATS	10
3.2 LLENGUATGES COMPARTITS... OBJECTIUS COMPARTITS ?	10
3.3 SEGUIMENT I SUPERVISIÓ EXTERNS	12
<b><u>4. CONSIDERACIONS FINALS</u></b>	<b>13</b>

## ***1. Introducció, context històric i desenvolupament***

Aviat es faran deu anys des que per primer cop varem implementar els programes de tractament específics per delinqüents sexuals. En aquest temps, la situació penitenciària ha canviat força, i amb ella, els programes de tractament que s'han anat aplicant.

Fa deu anys érem encara hereus dels programes de fases progressives, que classificaven els interns en funció del seu comportament dins de la presó. Fins aquells moments havien complert la seva funció principal d'ordenar la vida interior dels centres, ja que es partia d'una situació molt conflictiva en la dècada anterior. Un cop assolit aquest objectiu, però, davant d'unes circumstàncies més afavoridores, es va plantejar la necessitat de desenvolupar programes que tractessin de forma més profunda els dèficits concrets que presentaven els interns, diferenciant-los en quant a les seves tipologies delictives i/o a l'etiologia subjacent als delictes comesos. Així, en aquest temps s'han anat desenvolupant programes de tractament específic com el de delictes sexuals (SAC), delictes violents (DEVI), delictes de violència domèstica (VIDO), però també programes de toxicomanies de diferents nivells i altres tendents a preparar als subjectes per enfrontar-se a la vida en llibertat (preparació de permisos...). No pretenc construir un llistat exhaustiu, sinó més aviat il·lustrar el canvi d'orientació que representa aquest subtil però real canvi de model. En la meua opinió, aquest canvi va comportar algunes millores respecte la situació anterior, però també algunes dificultats afegides. En primer lloc, permet donar millor compliment al manament constitucional d'orientació de les penes privatives de llibertat cap a la reinserció social dels condemnats, així com en quant als principis que la llei marca com orientadors del tractament. En segon lloc, a banda de la vessant normativa de la qüestió, dota de sentit teleològic la intervenció dels equips tècnics dels centres penitenciaris, donant més sentit a la nostra denominació com "*equips de tractament*". En tercer lloc, afavoreix que els interns treballin les causes de la seva conducta delictiva, la seva millora personal en les àrees deficitàries, una millor assumpció de la responsabilitat en els fets, i suposem i esperem, una millor adaptació a la vida en llibertat. Tot això no es gratuït i presenta com a contrapunt algunes dificultats, com ara la complicada adaptació dels programes de classificació interior en els centres (resolta amb diferent grau d'èxit a cada lloc i agreujada per l'actual massificació), la necessària formació i especialització dels equips tècnics (que es troba permanentment en vies de solució), i potser l'accentuació del distanciament entre les funcions de règim i tractament en els centres (circumstància aquesta mai resolta del tot). Aquest repàs no pretén, de nou, ser omnicomprensiu, i es ben segur que cadascú de vosaltres podria trobar altres elements de debat. De tota manera, tot i que aquest debat és important que es produeixi, escapa als objectius d'aquesta comunicació.

El canvi de perspectiva que s'ha produït ha vingut donat, en la meua opinió, per l'adaptació continua a la realitat quotidiana que ens hem anat trobant, i tots hem col·laborat a fer-lo efectiu, encara sense adonar-nos que caminaven en cap direcció concreta. A tall d'exemple, l'any 1995 ningú no creia possible que es poguessin implementar programes grupals de tractament específic per delinqüents sexuals a presó. A l'any 2005 ningú no creuria que es poguessin deixar de fer. D'adaptació a la realitat quotidiana en el tractament dels delinqüents sexuals al llarg d'aquests deu anys és del que parlaré a continuació.

## 2. El tractament dels agressors sexuals al llarg del temps

Com és ben sabut, sota la denominació d'agressor sexual trobem un conjunt d'individus veritablement heterogeni, amb pocs elements comuns excepte la seva tipologia delictiva (i és aquest un criteri exclusivament jurídic). Aquest fet, juntament amb la perillositat social que poden arribar a representar en els casos més greus fa que constitueixin un dels grans reptes als que s'enfronten els sistemes penals -penitenciaris arreu del món. Existeixen en la bibliografia moltes tipologies que tracten de posar ordre a tal complexitat, però la majoria resulten poc útils respecte dels paràmetres en que nosaltres ens movem: el tractament i l'avaluació de la perillositat. A continuació adjunto una taula que tracta de fer una classificació tipològica que ens ha resultat d'utilitat i els riscos de reincidència (i la imminència d'aquests riscos) per aquests interns<sup>1</sup>. Després tractaré d'explicar com ens hem mogut en aquests aspectes al llarg del temps.

### Riscos associats a les tipologies

	<b>Risc</b>	<b>Termini</b>
1.- Trastorns de la personalitat:		
- Trastorn psicopàtic:	molt alt	curt
- Trastorn sàdic	molt alt	curt
- Trastorn antisocial	mig	mig
- Trastorn límit	mig	curt
2.- Agressors sexuals en sèrie	molt alt	mig
3.- Agressors sexuals situacionals	baix	llarg
4.- Agressors de menors	molt alt	curt
5.- Abusadors de menors	baix / mig / alt	llarg
6.- Paidòfils	alt	mig

<sup>1</sup> Els riscos es descriuen únicament en quant la reincidència en agressió sexual i la seva possible gravetat.

## 2.1 Consideracions sobre el tractament diferencial dels agressors sexuals

### 2.1.1 La composició dels grups de tractament

En un context de recursos limitats, optimitzar-los és una necessitat. Quan parlem de gestió de recursos públics esdevé una obligació. En el nostre àmbit, això s'ha de fer compatible amb l'obtenció d'uns resultats gairebé garantits. Traslladat al tema que ens ocupa, tal reflexió es concreta en la necessitat de posar un més gran esforç en els subjectes que així ho requereixen, atenent la perillositat que poden representar. Aquest esforç suplementari al llarg del temps s'ha concretat en tres solucions, no necessàriament antagòniques entre si: 1) agrupar els interns per nivell de risc, 2) agrupar els interns per subtipologies, i 3) realitzar un seguiment més perllongat i intens en la fase post - grupal.

En quant a la primera solució, si bé presenta l'avantatge de poder fer grups de tractament d'una durada més curta pels subjectes de baix risc, té també alguns inconvenients importants. En primer lloc, en quant a la seva composició, restarà integrat majoritàriament per subjectes que hagin comès delictes dins de l'àmbit familiar (ja que són els que en principi presenten un risc de reincidència més baix); les seves víctimes acostumen a ser menors de sexe femení que es trobaven sota la seva custòdia. Constituir un grup amb aquestes característiques comportarà importants dificultats amb l'assumpció dels delictes i en el treball de les distorsions cognitives, ja que el risc de retroalimentació i aliances entre interns augmenta. Paral·lelament, el grup compost per subjectes d'alt risc continuarà una elevada proporció de subjectes amb trastorn psicopàtic i s'acabarà de completar amb agressors en sèrie, agressors de menors i paidòfils. Un grup com aquest serà francament difícil de tractar<sup>2</sup>. D'una banda, restarà sota els vaivens que provoquin les manipulacions dels subjectes psicopàtics<sup>3</sup> (competint entre si, amb aliances entre ells, tractant de instrumentalitzar els altres membres del grup...). D'altra banda, s'obstaculitzarà l'aprofundiment (imprescindible) en els casos dels agressors de menors, ja que aquests acostumen a presentar nivells d'autoestima molt baixos que interfereixen amb la seva capacitat d'enfrontar situacions de tensió (i es retraurien).

Agrupar els interns per subtipologies resol alguns dels problemes enunciats però en planteja altres de nous. Els grups composts per agressors de dones adultes restaria balancejat respecte del nivell de risc inicial dels

<sup>2</sup> Recordem que segons nombrosos estudis científics els tractaments inadequats del subjectes amb perfil psicopàtic *els empitjora*, és a dir, fa que els seus delictes siguin més greus.

<sup>3</sup> Nosaltres recomanem no incloure més d'un subjecte d'aquest perfil per grup, per tal de controlar adequadament els seus intents de manipulació.

interns, però no pas respecte els trastorns de personalitat, atès que la majoria d'ells formaria part d'aquest grup. Respecte dels grups d'agressors de menors, es facilitaria aprofundir en les circumstàncies dels delictes i en els dèficits específics dels individus, però no en altres qüestions que acostumen a aparèixer lligats a aspectes de personalitat y habilitats de base, com ara la capacitat d'interactuar amb els altres com adult<sup>4</sup>. Alhora, complica l'abordatge dels respectius mecanismes de defensa i les distorsions cognitives més idiosincràtiques de cada grup.

Finalment, qualsevol composició de grups que no es faci partint dels nivells de risc dels subjectes implica que aquells que presentin un risc més baix es veuran sotmesos a una intervenció més profunda de la que probablement precisen. Malgrat tot, això no és necessàriament negatiu, el programa de tractament ha de preveure simultaniejar els contactes amb el medi extern quan els riscos són assumibles, i això es pot fer gairebé des de l'inici en els casos de baix risc. D'aquesta manera no resulten perjudicats en quant a evolució penitenciària i alhora serveix d'estímul per la resta d'interns. Segons la nostra experiència, els grups que millor funcionen són els que combinen interns amb subtipologies i factors etiològics diversos, ja que aquesta mateixa diversitat afavoreix el debat i facilita el contrast.

### 2.1.2 La necessària individualització del tractament

En aquest apartat he començat parlant de la heterogeneïtat que com a grup presenten els agressors sexuals. Això vol dir, en conseqüència, que els dèficits que per cada un d'ells es troba a la base de l'etiologia delictiva són diferents, i que per tant les necessitats tractamentals també ho són. A tall d'exemple, el perfil d'un agressor en sèrie de dones adultes desconegudes que té trets psicopàtics no s'assembla gens al d'un abusador de menors coneguts. El programa de tractament s'ha d'aplicar de forma suficientment flexible com per atendre les peculiaritats dels interns i partint d'aquestes. Continuant amb el cas del subjecte amb perfil psicopàtic, és sabut que treballar amb ell qüestions com l'empatia o la consciència emocional no pot donar resultats positius (són aspectes en els quals no pot millorar), i al contrari, pot empitjorar el seu quadre.

Per tal de facilitar la tasca en el sentit enunciat, cal que l'equip de tractament formuli allò que podríem denominar una *hipòtesi del mecanisme del delicte*. Es tracta que s'enuncii de manera tan clara com sigui possible quin és el procés pel qual el subjecte ha esdevingut agressor sexual i que necessitats del subjecte tracta de satisfer el delicte. Dit d'altra manera, *entendre* per què comet

---

<sup>4</sup> En els grups es treballen de manera implícita, no formal, molts aspectes que tenen relació directa amb l'etiologia delictiva, com ara habilitats socials, gestió del conflicte, prendre consciència dels propis processos i capacitat de compartir-los amb els altres, recerca d'ajut quan és necessari...

agressions sexuals. La hipòtesi inicial que es planteja s'ha d'anar validant a mesura que el tractament avança i es disposa de més informació sobre el subjecte, fent les modificacions que s'escaiguin. El tractament s'ha d'articular en funció d'aquesta definició d'etiologia.

En aquest mateix sentit, una de les més importants funcions del terapeuta consisteix en que l'intern identifiqui els factors que formen part d'aquest mecanisme i aprengui a anticipar els seus efectes, que millori la seva capacitat d'autoconsciència.

### 2.1.3 La necessària longitudinalitat del tractament

Arribats a aquest punt convé reflexionar al voltant del concepte *perillositat*, associat als subjectes, que en aquest mateix escrit s'ha fet servir com a sinònim d'intern de risc amb ànim comparatiu. En l'actualitat la tendència generalitzada a la bibliografia és de substituir la noció de perillositat per la de risc de que determinades característiques d'una persona interaccionin amb un context donat i donin com a resultat que decideixi cometre una agressió sexual. El risc no és únicament del subjecte sinó de la interacció subjecte - circumstàncies. La diferència fonamental entre ambdós conceptes és la estaticitat<sup>5</sup> del primer (qui és perillós atenent variables estàtiques d'avaluació sempre ho continuarà sent). La nova perspectiva implica la consideració que qui és perillós en un determinat context pot no ser-ho en absolut en un altre. Aquest fet té conseqüències al definir com ha de ser el tractament que s'apliqui, ja que implica que s'ha de tenir present quin són els escenaris plausibles de risc. Es a dir, que no és suficient tractar els dèficits de l'intern, sinó que s'ha de vetllar perquè un cop que tingui contacte amb el medi extern no és reproduïxin les circumstàncies que derivaren en la comissió del delictes (o altres similars), i restar atents per prendre les mesures d'intervenció adequades en cas que es detecti que els riscos es poden estar incrementant. Per tot això, i derivant-se també del punt anterior, hi ha interns que presenten característiques que pressuposen una probabilitat de reincidència elevada, que precisen d'una intervenció més intensa i extensa que la que merament es desenvolupa a l'interior del centre penitenciari. Els riscos no són estables en el temps, s'incrementen i minven en funció de les circumstàncies vitals del subjecte.

Al llarg del temps i també en funció de les possibilitats dels centres, s'ha optat per dues solucions de seguiment: 1) fer derivacions en funció del moment evolutiu del subjecte, i 2) fer el seguiment del cas de forma longitudinal, es a dir pel mateix equip de tractament al llarg de tot el procés.

---

<sup>5</sup> La perillositat dels subjectes s'ha valorat tradicionalment per criteris actuàrials, considerant variables que no poden evolucionar amb el temps, com número de delictes, tipus de delictes, intensitat de l'agressió, escalada en els delictes, edat de la primera agressió,...



En la meua opinió, la primera solució, tot i que per la nostra estructura organitzativa és la més fàcil d'adoptar, presenta importants mancances en el cas dels subjectes d'alt risc. Perquè una derivació funcionés de forma adequada seria necessari que tots els intervinents en el procés disposin d'informació suficient sobre el subjecte i sobre les peculiaritats del tractament dels agressors sexuals, que comparteixin els instruments de valoració de risc, que coneguin els escenaris possibles de risc i les mesures a prendre si detecten que els riscos es poden estar incrementant. Alhora, l'intern hauria d'estar disposat a col·laborar amb tots els professionals que trobi en aquest procés. Si considerem que en molts centres els interns canvien de departament (i de professionals) en accedir a permisos i quan passen a tercer grau, que després canvien a un centre semiobert o obert, i després accediran a la llibertat condicional, tenim com a resultat fins a sis equips de tractament diferents que seqüencialment treballaran amb ell. La probabilitat que totes les condicions esmentades es compleixin per garantir una bona supervisió i seguiment és escassa.

La segona solució, que el mateix equip intervingui en totes les fases, des del punt de vista tractamental és la més adequada, però requereix sovint un grau de voluntarietat dels professionals difícil de mantenir a llarg termini. El fet de conceptualitzar el risc de la manera feta, vol dir que una part important de la intervenció s'ha de realitzar en el medi obert si es volen minimitzar els riscos de reincidència, ja que es tracta de la fase en que s'han de generalitzar els aprenentatges i aplicar les habilitats apreses, alhora que es controla i supervisa que els estresors de la vida quotidiana no desestabilitzen al subjecte fins al punt que pugui contemplar com desitjable el fet de cometre una nova agressió sexual. Quan es tracta d'interns pels quals el risc de reincidència és elevat, és recomanable que els professionals que realitzen la supervisió i el seguiment coneguin el cas amb la suficient profunditat com per detectar els més mínims senyals que facin pensar que el risc es pugui estar incrementant. Tanmateix, parlem de processos que s'haurien de desenvolupar amb la suficient antelació a la llibertat definitiva, per tal que els canvis adquireixin consistència quan encara els subjectes depenen d'alguna manera de la institució. No fer-ho suposarà incrementar els riscos quan ja estiguin en llibertat definitiva.

Són molts els temes que es podrien continuant repassant, però de nou queden fora dels objectius i el temps disponible per aquesta comunicació. No voldria acabar, però, sense enunciar breument els que crec que són els nostres reptes futurs, com institució, en el tractament dels agressors sexuals.

### ***3. Els reptes de futur en el tractament dels delinqüents sexuals***

#### **3.1 Departaments especialitzats**

Treballar amb agressors sexuals comporta un grau de responsabilitat i complexitat elevats que requereix un coneixement expert per part dels professionals que ho facin. És difícil compaginar l'esforç formatiu i de dedicació que això representa per als professionals amb la resta d'obligacions que tenen habitualment assignades.

Per l'organització també seria útil disposar d'una unitat de referència per al tractament de delinqüents sexuals, no només per aplicar tractaments, sinó també per formar nous professionals, supervisar valoracions de risc i contrastar evolucions en el tractament en altres centres.

El tractament es potencia directament en estar realitzat per professionals experts que poden dedicar-hi integrament la seva jornada laboral sense la dispersió que suposa haver d'atendre la gran diversitat d'un mòdul ordinari. Alhora s'assoleixen els beneficis de la longitudinalitat ja descrits.

I pels interns, representa disposar d'un departament de referència al que acudir en situacions de crisi, sabent que seran degudament atesos per personal especialitzat.

Creo que en la futura obertura de nous equipaments s'hauria de comptar amb la possibilitat de disposar de tals departaments.

#### **3.2 Llenguatges compartits... objectius compartits ?**

Parteixo de la base que en el fons tots els que treballem en el sistema penal – penitenciari compartim un mateix objectiu: el d'evitar nous delictes i noves víctimes. D'altra banda, a aquest objectiu compartit cal afegir-hi que la Constitució marca que les penes privatives de llibertat restaran orientades cap a la reeducació i la reinserció social dels condemnats. Jutges i tribunals, serveis centrals i centres penitenciaris, advocats i fiscals compartim aquests principis,

però sovint discrepem en els mètodes. No és fàcil determinar quin nivell de risc concret s'assumeix amb una determinada mesura, i encara més quan més distant es troba l'òrgan decisor de la persona avaluada. Aquest problema augmenta si prenem en consideració que avaluadors i òrgans decisoris acostumen a tenir formacions diferents i per tant elements, instruments de valoració i llenguatges diferents. Què cal avaluar, però? Segons quines siguin les variables que es considerin rellevants els resultats poden ser molt diferents. Segons quins siguin els objectius de la valoració, també. No és el mateix valorar el risc de conflictitat a l'interior del centre, que per una sortida puntual, que per permisos o per adaptació futura a la vida en llibertat. No és el mateix considerar el cas des d'un punt de vista psicològic, criminològic, social o judicial. Alhora, avaluacions i tractament no sempre caminen de la mà, i per tant no és fàcil determinar els avenços d'un intern o grup un cop ha transcorregut un procés terapèutic. En aquest mateix sentit, tant pot donar-se que el judici de l'avaluador (si és el mateix professional que ha impartit el tractament) estigui contaminat per proximitat, com que ho estigui el de l'òrgan decisor per excés de llunyania. Adoptar un mateix mètode, contrastable en qualsevol moment i per qualsevol intervinent en el procés, es fa imprescindible.

En l'actualitat la ciència proveeix dels elements suficients d'anàlisi com per poder determinar quines haurien de ser les variables i els mètodes d'estudi dels casos en agressió sexual: **els protocols d'avaluació de risc**. Que els diferents estaments comparteixin els mateixos protocols només pot aportar avantatges:

- En formació i ensinistrament: per entendre raonablement i de forma suficientment àmplia els problemes professionals i legals que es relacionen amb la valoració del risc de violència sexual. L'objectiu és de facilitar els coneixements bàsics per millor entendre, avaluar, comunicar i gestionar el risc de violència sexual
- En el tractament, lligant els processos d'avaluació inicial – tractament – avaluació de tractament - seguiment i supervisió - reavaluacions successives, en un únic procés continuïtat i coherent al llarg del temps. Alhora permet no només l'avaluació dels subjectes i la gestió del risc, sinó també l'avaluació de programes
- Hem argumentat prèviament que l'objectiu últim de la valoració de risc, és preventiu. Un bon procediment ha d'acomplir també alguns objectius secundaris. Per exemple, ha d'oferir resultats consistents i replicables. És a dir, que diferents avaluadors han d'obtenir resultats similars quan avaluen alhora la mateixa persona. És poc probable que decisions poc fiables o inconsistents puguin ser de cap utilitat pràctica. A més, un bon procediment d'avaluació ha de ser obert i transparent. Dit d'una

altra manera, els avaluadors són responsables de les decisions que prenen, per la qual cosa ha de ser important per ells fer tan explícit com sigui possible el fonament de les decisions. Un procés de valoració transparent permet als agressors i als altres interessats sotmetre a discussió les opinions que es fan servir per definir els seus destins. La transparència protegeix també a l'avaluador si un agressor reincideix malgrat que es fes una bona valoració de risc, ja que podrà demostrar que es van seguir els procediments estandaritzats o adequats.

- En control de qualitat: per donar resposta a una qüestió important entorn la seva correcció, s'ha equivocat l'avaluador en considerar adequadament o reconèixer els factors de risc? Disposar d'un mateix mètode permet revisar el procés pel qual es va arribar a una conclusió, en la qual es basaren decisions futures, afegint garanties d'objectivitat
- Per la revisió d'incidents crítics: independentment de l'experiència dels avaluadors, la qualitat de les avaluacions de risc, i la intensitat de la planificació de la gestió de risc, alguns agressors sexuals reincidirán. Això és inevitable atenent la naturalesa dinàmica del risc i la complexitat dels éssers humans. Davant successos crítics es dona un desig comprensible d'aprendre tot el que es pugui de l'experiència i alhora determinar si es va aplicar la intervenció adequada al cas. Un dels problemes en aquests casos és el de la visió retrospectiva, és a dir, que tot és percebut com més probable després que hagi succeït. Disposar d'un protocol estandaritzat permet una visió objectiva i neutral del que raonablement s'havia de fer, saber, o comunicar.

En resum, crec que compartir un mateix llenguatge i un mateix mètode avaluatiu, que estigui basat en el coneixement científic actual sobre el que cal prendre en consideració en els casos d'agressors sexuals, pot afavorir la reducció de moltes de les limitacions i contradiccions que el nostre sistema presenta en l'actualitat.

### 3.3 Seguiment i supervisió externs

Els programes de tractament per agressors sexuals que tenen èxit donen una gran importància a la gestió del risc quan els subjectes es troben en contacte amb la comunitat. Aquest constitueix un punt clau per reduir la reincidència a llarg termini en els casos més complicats. I és alhora un dels aspectes que com organització ens resta per resoldre. La perspectiva ha de ser

una mica més àmplia que la merament penitenciària, ja que els riscos van més enllà del compliment definitiu de la condemna. Ja ens ha passat en algun cas de veure com un intern que per diverses circumstàncies presenta un risc molt elevat de reincidència en delictes sexuals es troba pròxim al compliment definitiu i no disposem d'eines que ens puguin ajudar a gestionar el risc. I també, en l'altre extrem, que persones que no estan a presó ens demanin ajut per evitar arribar-hi i no disposem de llocs on adreçar-los. La nostra experiència és que molts subjectes quan aconseguen entendre el sentit més terapèutic del tractament continuen col·laborant amb ell molt més enllà de la data de llibertat definitiva, i aquesta possibilitat ha d'oferir-la el nostre sistema de manera estructurada, molt més enllà del voluntarisme dels professionals implicats.

#### *4. Consideracions finals*

En aquesta comunicació he volgut destacar alguns aspectes que considero d'importància quan es treballa amb delinqüents sexuals, partint del limitat temps de que disposava. Molts altres temes podrien haver estat triats, molts d'ells potser més importants que aquests. El treball amb delinqüents sexuals demana altes dosis d'implicació i professionalitat, capacitat de prendre distància terapèutica i objectivitat. Les decisions que es prenen sovint representen una gran responsabilitat per qui les adopta i per això mateix reclamen un alt grau de fonamentació. A aquesta fonamentació s'ha d'arribar mitjançant un protocol estructurat que compti amb un ampli reconeixement sobre la seva validesa i fiabilitat, i ha de ser comunicat amb un llenguatge compartit per tots els intervinents. Quan les mesures de tractament no són adequades al cas o no s'entenen pels òrgans decisoris, el que surt perjudicat és el tractament i en conseqüència augmentarà el risc.

En la meua opinió, ens hem d'acostumar a la idea que la societat ens confia la gestió del risc que certes persones poden representar. Això vol dir saber diferenciar els nivells de risc, proposar les mesures adequades a aquests nivells, i intervenir-hi per reduir-los. Aquest és un rol eminentment tècnic que exigeix altes dosis d'especialització i professionalitat, i és el nostre gran repte. Després de deu anys de tractament en delinqüents sexuals, estem preparats per enfrontar-lo.