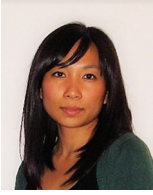

Tècniques i programes de tractament de la delinqüència en joves i adults infractors

PID_00264550

Thuy Nguyen Vo

Temps mínim de dedicació recomanat: 5 hores



**Thuy Nguyen Vo**

Psicòloga forense i criminòloga. Treballa com a investigadora en el Grup d'Estudis Avançats sobre Violència (GEAV) de la Universitat de Barcelona. La seva activitat investigadora i la seva trajectòria professional se centren en l'avaluació, predicció i gestió de la violència sexual. Ha col·laborat en la traducció, adaptació i validació de diversos protocols de valoració del risc com l'RSVP, el RisCanvi o el RVD-BCN. Actualment és professora col·laboradora de la UOC, terapeuta de programes formatius sobre educació sexual en l'àmbit de mesures penals alternatives i supervisora de casos. A més, també és coordinadora de Cercles de Suport i Responsabilitat i responsable tècnica de PrevenSI, tots dos programes centrats en la prevenció de la violència sexual des de diferents perspectives. Així mateix, participa com a formadora en diversos cursos dirigits a diferents professionals procedents de l'àmbit de la justícia.

L'encàrrec i la creació d'aquest recurs d'aprenentatge UOC han estat coordinats per la professora: Rocío Pina Ríos

Primera edició: setembre de 2019
© Thuy Nguyen Vo
Tots els drets reservats
© d'aquesta edició, FUOC, 2019
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realització editorial: FUOC

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit del titular dels drets.

Índex

Objectius.....	5
1. Necessitats terapèutiques dels delinqüents i tècniques de tractament.....	7
1.1. Models teòrics d'intervenció amb delinqüents i necessitats terapèutiques	7
1.2. Models específics centrats en la rehabilitació dels delinqüents	11
1.3. Necessitats terapèutiques dels delinqüents	12
1.4. Tècniques d'intervenció	15
2. Programes de tractament per a delinqüents adults.....	19
2.1. Tractaments en presons i en penes i mesures alternatives per a delinqüents adults	19
2.2. Programes específics d'intervenció	20
2.2.1. Conductes addictives	22
2.2.2. Conductes violentes	26
2.2.3. Dones	39
2.2.4. Altres col·lectius	40
2.2.5. Altres programes	43
3. Programes de tractament per a infractors juvenils: intervenció educativa i terapèutica.....	44
3.1. Intervenció en justícia juvenil	47
3.2. Programes de tractament per a infractors juvenils	49
4. Rehabilitació, reinserció i integració social.....	53
4.1. L'avaluació de l'efectivitat del tractament amb delinqüents	53
4.1.1. Efectivitat dels tractaments amb delinqüents adults	56
4.1.2. Efectivitat dels tractaments amb infractors juvenils	57
4.2. Reincidència, desistiment delictiu i reintegració	59
Bibliografia.....	61

Objectius

Els objectius que aconseguireu una vegada hàgiu estudiat els continguts d'aquest mòdul de «Tècniques i programes de tractament de la delinqüència en joves i adults infractors» de l'assignatura *Predicció, prevenció i tractament de la conducta delictiva* són:

1. Conèixer els models teòrics que sustenten la intervenció amb delinqüents.
2. Identificar quines són les necessitats terapèutiques específiques que presenten els delinqüents joves i adults, i els factors protectors.
3. Conèixer les tècniques d'intervenció que solen utilitzar-se en la rehabilitació de delinqüents i que formen part de la majoria de programes de tractament.
4. Poder descriure els aspectes genèrics i específics dels programes de tractament per a infractors joves i adults que es duen a terme a la presó i en la comunitat.
5. Definir els aspectes essencials que maximitzen l'efectivitat dels tractaments amb delinqüents.
6. Valorar els resultats sobre l'eficàcia del tractament en la reducció de la reincidència i la reinserció social.

1. Necessitats terapèutiques dels delinqüents i tècniques de tractament

1.1. Models teòrics d'intervenció amb delinqüents i necessitats terapèutiques

La intervenció amb delinqüents ha anat evolucionant al llarg del temps conforme al nivell de desenvolupament i la capacitat explicativa dels models emergents per a comprendre l'etiologia i el manteniment de la conducta delictiva i antisocial. Així doncs, cada aproximació teòrica ha anat determinant quins són els objectius prioritaris que han de regir la intervenció amb aquest col·lectiu.

En aquest apartat es resumiran els models teòrics d'intervenció psicològica que s'han anat aplicant històricament amb els delinqüents i, posteriorment, es descriuran els models centrats específicament en la rehabilitació i reinserció d'acord amb la classificació de Redondo (2017):

1) **Models psicoanalítics o psicodinàmics.** Des d'aquesta perspectiva, es concep la conducta delictiva (i altres conductes desviades o patològiques) com un conjunt de símptomes perceptibles de conflictes interns i inconscients que experimenta un subjecte. Per tant, la intervenció ha de centrar-se en la resolució d'aquests problemes subjacents i no en la seva expressió¹. Fins als anys setanta, els programes educatius i de teràpia grupal i individual amb delinqüents seguien els principis i models psicodinàmics. No obstant això, aquestes intervencions solien limitar-se a casos concrets, i l'absència d'avaluacions empíriques sistemàtiques que en confirmessin l'eficàcia en la reducció de la reincidència en van motivar l'abandó progressiu (Redondo, 2017).

⁽¹⁾En aquest cas, la conducta delictiva constituiria un símptoma manifest d'aquest conflicte, i no el problema en si mateix.

2) **Models conductuals.** Les tècniques basades en els principis de l'aprenentatge, és a dir, en l'adquisició i el manteniment de la conducta mitjançant els principis del condicionament clàssic i operant, van començar a incorporar-se durant els anys seixanta i setanta en les intervencions aplicades en el context institucional per a la modificació de la conducta dels interns (Milan, 2004). Dins de les tècniques conductuals, una de les més utilitzades en els programes de rehabilitació és l'economia de fitxes (Ayllon i Azrin, 1968). Les tècniques conductuals utilitzades se centrarien, bàsicament, en dos principis:

Les teories d'Eysenck i de Burgess i Akers

Dues de les teories més influents sobre la conducta delictiva basada en els principis de l'aprenentatge i el condicionament són la teoria de la personalitat delictiva d'Eysenck (1964) i la teoria de l'aprenentatge social de Burgess i Akers (1966).

- La reducció de conductes inadequades associant-les amb una conseqüència negativa o desagradable per al subjecte (p. ex. l'obertura d'un expedient disciplinari o una sanció per mala conducta penitenciària).

- El desenvolupament de patrons de comportament alternatius i incompatibles amb la conducta delictiva que són reforçats mitjançant contingències positives (p. ex. més temps d'oci per la manifestació de conductes prosocials).

No obstant això, una de les crítiques principals que han rebut els programes d'intervenció basats exclusivament en els models conductuals és que, a pesar que milloren l'ajust intrainstitucional i modifiquen la conducta dels delinqüents, aquests efectes no són permanents ni generalitzables quan aquests fan la transició a la comunitat (Milan, 2004).

3) Models humanístic-existencials. Tenen l'origen en els anys seixanta i posen l'accent en la importància de l'aliança terapèutica amb el pacient com a element vehicular del tractament mitjançant un enfocament centrat en el present (l'«aquí i ara») i el desenvolupament del creixement personal (p. ex. autonomia personal, responsabilitat social, autorealització, cerca de sentit i orientació cap a metes). Des de la perspectiva d'aquest moviment, s'entén que la conducta humana està determinada per la percepció que té una persona de si mateixa i del món.

Encara que es van dur a terme algunes experiències d'intervenció amb delinqüents de base humanista entre els anys seixanta i setanta, com per exemple la teràpia de realitat de Glasser (1975), dirigida a fomentar la responsabilitat individual, la pròpia naturalesa del seu enfocament n'ha dificultat l'anàlisi empírica de l'eficàcia (Redondo, 2017).

4) Models cognitivoconductuals. A diferència de la perspectiva purament conductual, aquests models parteixen de la idea que la conducta és més complexa que la simple associació d'estímul, respostes i conseqüències, i que el comportament també està determinat pels pensaments i les emocions que l'acompanyen. D'aquesta manera, s'assumeix que l'objectiu del tractament és modificar els dèficits cognitius (p. ex. creences, valors o estils de pensament) i emocionals que condueixen als delinqüents a actuar de manera il·lícita, alhora que se'ls proporcionen estratègies o habilitats alternatives per a resoldre els problemes de manera prosocial. Des d'aquesta perspectiva, s'estableix que la conducta s'aprèn a través de tres vies: el condicionament clàssic o operant, la imitació de models i l'aprenentatge social.

Els principis bàsics que guien els programes i tècniques basats en la teràpia cognitivoconductual són els següents (Mitchell, Tafrate i Hogan, 2018):

- El tractament ha de centrar-se tant en la conducta com en les cognicions. Per tant, han de modificar-se totes dues, atès que s'influeixen de manera recíproca.

- Ha de focalitzar-se en la modificació de les cognicions disfuncionals que precedeixen de manera immediata l'alteració emocional i conductual.
- La intervenció està orientada al desenvolupament i la promoció de les capacitats i habilitats necessàries que afavoreixen l'ajust psicosocial de l'individu i fomenten la flexibilitat psicològica (p. ex. l'obertura a noves maneres d'afrontar els problemes o la cerca activa de canvis).
- És necessari individualitzar el tractament i les sessions, que són actives i cooperatives, i es duen a terme de manera estructurada i organitzada (protocol·lització).
- Incorpora tasques intersessions específiques i estructurades per a facilitar la consolidació i generalització de les habilitats adquirides.

Dos dels programes cognitivoconductuals més utilitzats per al tractament de la conducta antisocial són la *moral reconnection therapy* (MRT, Little i Robinson, 1986) i la teràpia de raonament i rehabilitació (R&R, Ross i Fabiano, 1985). El punt en comú d'aquest tipus de programes és que tots persegueixen que el delinqüent adquireixi més consciència dels processos de pensament que promouen el seu comportament antisocial (Mitchell *et al.*, 2018).

En l'actualitat, els programes i tècniques basats en els models cognitivoconductuals estan presents en un gran nombre de programes de rehabilitació. Així mateix, han demostrat un grau més alt d'eficàcia i eficiència en la reducció de la reincidència enfront d'altres alternatives d'intervenció (Butler, Chapman, Froman i Beck, 2006; Lipsey i Cullen, 2007, Mallender i Tierney, 2016), com veurem més endavant quan ens centrem en l'avaluació dels programes de tractament amb delinqüents.

5) Models sistèmics. Es basen en la teoria general de sistemes (TGS) de Von Bertalanffy (1968), que concep l'individu com un organisme obert, en relació i interdependència constant amb altres sistemes propers (en aquest cas, grups d'individus) que s'influeixen recíprocament. El model ecològic de Bronfenbrenner (1979) parteix de la mateixa idea que la TGS i entén que la causa del comportament disfuncional o problemàtic és el resultat d'un dèficit en algun d'aquests sistemes (microsistema, mesosistema, exosistema i macrosistema) o d'un conflicte entre ells. Els models sistèmics parteixen d'una visió integradora i multicausal de la realitat, en la qual cobren especial importància les relacions i la comunicació entre els seus grups.

Per tant, el model de teràpia sistèmica se centra a identificar i comprendre els patrons disfuncionals de comportament d'un conjunt de persones i, posteriorment, a modificar aquestes dinàmiques relacionals mitjançant l'enfortiment de vincles per a aconseguir un equilibri. Un dels exponents principals de rehabilitació amb delinqüents basat en aquest enfocament és la teràpia multi-

sistèmica (MST) amb infractors juvenils (Henggeler i Borduin, 1990; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland i Cunningham, 1998), que veurem més endavant

6) Model de canvi terapèutic. Segons Redondo (2017, p. 64), el canvi terapèutic «hace referencia a aquel proceso de crecimiento y mejora personal que podría tener lugar en un sujeto como resultado de su participación en un tratamiento» i implica tot un seguit de modificacions cognitives, emocionals o conductuals. Així mateix, aquesta evolució no es produeix de manera lineal, sinó que experimenta avanços i reculades al llarg del temps. Des d'aquesta perspectiva, per a aconseguir la resocialització i la reintegració social dels delinqüents, és necessari que aquests estiguin motivats per a implicar-se activament en aquest procés de canvi. Una de les propostes teòriques de referència per a l'anàlisi dels processos de canvi per mitjà de la intervenció és el model transteòric de Prochaska i DiClemente (1982). Els autors d'aquest model conceben tres dimensions interrelacionades implicades en el canvi terapèutic:

a) Estadis de canvi. Constitueixen els moments o etapes temporals pels quals progressa un individu al llarg del procés de canvi:

i) precontemplació;

ii) contemplació;

iii) preparació per a l'acció;

iv) acció;

v) manteniment, i

vi) finalització.

b) Processos de canvi. Fan referència a les accions o mecanismes que la persona posa en marxa en cada estadi per progressar en el seu procés de canvi. Es poden categoritzar com a processos experiencials (canvis en la manera de pensar i de sentir sobre la conducta problema) o comportamentals (canvis en la conducta problema o l'ambient).

c) Nivells de canvi. Hi ha cinc nivells interrelacionats sobre els quals s'ha d'intervenir:

i) situacional;

ii) cognitiu;

iii) interpersonal;

iv) de canvi en el sistema familiar, i

v) de canvi en els conflictes interpersonals.

En el context de la rehabilitació amb delinqüents, és habitual trobar resistències en els participants, com també altres circumstàncies contextuais i socials que dificulten el canvi de conducta. És per això que la intervenció també ha d'incloure programes orientats a afavorir la motivació al canvi i a la participació en el tractament, tant a l'inici com al llarg d'aquest. Actualment, molts dels programes de rehabilitació que es duen a terme a la presó i en la comunitat inclouen tècniques d'entrevista motivacional i un pla motivacional individualitzat (Instituciones Penitenciarias, 2018; Iturbe, Civit, Martínez-Catena, Muro i Nguyen, 2016).

1.2. Models específics centrats en la rehabilitació dels delinqüents

Dos dels models més influents sobre els quals se sustenten actualment les intervencions amb delinqüents són el model de risc-necessitat-responsivitat (RNR; Andrews i Bonta; 1994, 2016) i el model de bones vides (Good Lives Model o GLM, Ward i Brown, 2004; Ward i Gannon, 2006; Ward i Stewart, 2003).

D'una banda, el model de R-N-R (Andrews i Bonta; 1994, 2016) assenyala que les intervencions eficaces han de seguir tres principis bàsics: risc, necessitat i responsivitat.

En contraposició, el GLM (Ward i Brown, 2004; Ward i Gannon, 2006; Ward i Stewart, 2003) parteix de la idea que totes les persones, inclosos els delinqüents, mostren una predisposició a buscar determinats béns primaris (estats mentals, característiques personals o experiències) que condueixen a la satisfacció i el benestar personal. En el cas dels delinqüents, l'estratègia que duen terme per obtenir aquests objectius o béns es consideraria errònia o inadequada, i la intervenció hauria de centrar-se a proporcionar a aquests individus els coneixements, habilitats, oportunitats i recursos necessaris per a poder satisfer les seves necessitats de manera prosocial.

Un altre model rellevant dins de l'àmbit de la rehabilitació i la reinserció és el del desistiment (Farral i Calverley, 2006; Maruna i Toch, 2003; McNeill, 2009). Des de la perspectiva d'aquest model, es concep el desistiment com un procés global pel qual la persona va passant per diverses etapes o fases en les quals pren decisions i duu a terme accions que l'allunyen del delictes. En lloc de centrar-se en les necessitats criminògenes, es focalitza en els factors que condueixen els delinqüents a l'abandó de la carrera criminal. Segons McNeill (2009), hi ha tres factors implicats en el procés de desistiment que emergeixen del mateix individu i del seu entorn:

- **Transició en la identitat narrativa del subjecte.** Es basa en la idea que la motivació per a arribar a un estil de vida prosocial s'aconsegueix mitjançant l'esforç d'un individu per entendre les raons per les quals va cometre els delictes, integrar la seva història delictiva dins de la seva biografia i desenvolupar una percepció més positiva de si mateix (Maruna i Toch, 2003).
- **Desenvolupament del capital humà.** Els delinqüents presenten una sèrie de dèficits que de vegades dificulten la consecució de determinats objectius o l'obtenció de determinats béns utilitzant estratègies o mitjans lícits. És per això que l'aprenentatge i el desenvolupament de noves habilitats i competències prosocials permetrà a l'individu moure's amb èxit en diferents situacions i minimitzar els factors de risc dinàmics estables (McNeill, 2009).
- **Desenvolupament del capital social.** La construcció d'una xarxa social de qualitat, en la qual es compti amb suport sociofamiliar i l'accés a recursos comunitaris, es converteix en un factor protector per als delinqüents que permet cobrir necessitats personals, emocionals i materials.

A tall de resum, podríem dir que el model RNR ha permès identificar els factors de risc empíricament relacionats amb la conducta delictiva, ha incorporat mètodes i tècniques efectives per a modifica-la i ha posat en relleu la necessitat d'estructurar i sistematitzar el tractament, com també la importància d'individualitzar-lo.

D'altra banda, el model GLM ha aportat una visió integral de la intervenció centrant-se en les característiques individuals, socials i contextuals dels delinqüents, desenvolupant les seves aptituds i capacitats.

El model de desistiment concep el tractament com un element més que afavoreix el procés de canvi d'un subjecte i assumeix que al llarg d'aquest procés poden produir-se «recaigudes» (reincidència delictiva).

1.3. Necessitats terapèutiques dels delinqüents

L'avaluació integral i exhaustiva mitjançant diverses tècniques i instruments constitueix el punt de partida per a identificar les necessitats específiques de tractament dels infractors. L'obtenció d'aquesta informació és la que permetrà ajustar el tractament que millor s'adapti al perfil del subjecte.

Un dels aspectes que no hem d'oblidar sobre els programes de tractament és que la intervenció tendeix a centrar-se en la conducta delictiva específica de la persona (com podria ser el cas de la violència sexual o contra la parella), però la realitat és que els perfils i les necessitats que presenta poden arribar a

ser molt heterogenis, fins i tot dins d'una mateixa tipologia delictiva (Davis i Archer, 2010; Marshall i Marshall, 2011; Robertiello i Terry, 2007; Ward i Gannon, 2006).

Tal com assenyalen Cullen i Gendreau (1989), el primer principi de la intervenció amb delinqüents és que ha de centrar-se en el canvi dels factors que se saben predictors de la delinqüència i la reincidència. Des del punt de vista del model R-N-R d'Andrews i Bonta (1994, 2016), aquestes necessitats correspondrien als factors de risc dinàmics o, en paraules dels mateixos autors, a les «necessitats criminògenes». Després d'una revisió exhaustiva sobre els predictors i l'eficàcia dels tractaments en l'àmbit penitenciari, els autors van concloure que hi havia quatre grans factors de risc empíricament relacionats amb la conducta delictiva, als quals se sumarien quatre variables que constituïrien els «vuit centrals» i que afegirien capacitat predictiva al seu model integrador del comportament delictiu. Aquests vuit factors de risc centrals són els que es resumeixen en la taula 1.

Factors de risc

Actualment, els resultats derivats de la recerca empírica han permès identificar un gran nombre de factors de risc. Així mateix, les diferents revisions sistemàtiques i metanàlisis que s'han dut a terme reflecteixen de manera consistent l'existència de diverses categories o àrees en què aquests es poden agrupar (Bonta, Law i Hanson, 1998; Cottle, Llegeix i Heilbrun, 2001; Gendreau, Little i Goggin, 1996; Mann, Hanson i Thornton, 2010) i que en termes generals coincideixen amb els vuit factors centrals proposats per Andrews i Bonta (2016).

Taula 1. Els vuit factors de risc centrals de la conducta delictiva (Andrews i Bonta, 1994, 2016)

Factor de risc	Descripció	Objectiu del canvi
Els «quatre grans»		
Història de conducta antisocial	Inici precoç i participació continuada en nombrosos i diversos comportaments antisocials en diferents contextos. Inclou els expedients disciplinaris, arrests en edat primerenca, incompliment de mesures, etc.	Encara que el passat no es pot modificar, es poden promoure conductes alternatives al delictes, i expectatives d'autoeficàcia per a enfrontar-se a situacions de risc.
Patró de personalitat antisocial	Trets i factors de personalitat com la cerca de sensacions, poc autocontrol, impulsivitat, hostilitat, baixa empatia, conducta problemàtica en la infància, problemes econòmics, problemes per a mantenir una feina estable, personalitat psicopàtica.	Desenvolupar habilitats i estratègies d'autocontrol, maneig de la ira i resolució de problemes.
Cognicions antisocials	Actituds, valors, creences i racionalitzacions que reforcen o justifiquen la conducta delictiva; estats emocionals i cognitius d'ira, ressentiment o rebel·lia; identificació amb el rol de delinqüent; actituds negatives envers el sistema judicial, etc.	Modificar actituds i gestionar estats emocionals.

Font: adaptació pròpia a partir d'Andrews i Bonta (2016)

Factor de risc	Descripció	Objectiu del canvi
Vincles i xarxes anti-socials	Relacions properes amb altres delinqüents i manca de vincles o xarxes prosocials; reforçament social immediat de la conducta delictiva.	Reduir l'associació amb persones antisocials i promoure les relacions prosocials.
Els «quatre moderats» o complementaris		
Família i parella	Insatisfacció marital o conflictes de parella, escassetat de recursos, falta de cohesió o mala qualitat de les relacions amb els pares/cuidadors o altres familiars propers en combinació amb expectatives neutrals o favorables al delicte.	Reducció del conflicte, construcció de relacions positives, millorar la vigilància i la supervisió.
Escola i treball	Baixos nivells de rendiment i satisfacció escolar o laboral, inestabilitat laboral.	Fomentar el rendiment, la implicació, les recompenses i la satisfacció acadèmica o laboral.
Temps lliure i d'oci	Baixos nivells d'implicació i satisfacció en activitats prosocials.	Fomentar la implicació, les recompenses i la satisfacció.
Abús de substàncies	Abús d'alcohol o de drogues. Els problemes actuals de consum abusiu o dependència representen un major risc que la història prèvia d'abús.	Reduir el consum de substàncies tòxiques i els suports personals i socials que promouen la conducta orientada al seu consum, proporcionar conductes alternatives al seu consum.

Font: adaptació pròpia a partir d'Andrews i Bonta (2016)

Recordem que, des del model de bones vides i des del model del desistiment, es recalca la importància de potenciar també els factors protectors. Per desgràcia, la recerca ha tendit a centrar-se més en la identificació i l'anàlisi dels factors de risc i encara són necessaris més estudis longitudinals centrats en l'examen dels factors que redueixen el risc del comportament delictiu. La taula 2 recull, a tall de resum, els factors protectors principals identificats fins ara (Borum, Bartel i Forth, 2003; de Vogel, de Ruiter, Bouman i de Vries Robbé, 2007; Webster, Martin, Brink, Nicholls i Desmarais, 2009).

Taula 2. Factors protectors de la conducta antisocial

Factors interns	<ul style="list-style-type: none"> • Afecció segura en la infància • Autocontrol • Capacitats o habilitats per a afrontar situacions problemàtiques • Competència social • Conductes d'autocura física i psicològica • Intel·ligència elevada • Empatia
Factors motivacionals	<ul style="list-style-type: none"> • Adherència a la medicació • Adherència a les normes / actitud positiva envers l'autoritat • Capacitat de gestió financera • Compromís amb l'escola o la feina • Implicació en activitats d'oci prosocials • Motivació envers el tractament • Objectius vitals / orientació cap al futur

Factors protectors

Els factors protectors redueixen la probabilitat de dur a terme comportaments delictius en individus que poden estar exposats a factors de risc o no.

Lectures recomanades

Es poden consultar els treballs dels autors següents citats en les referències per a obtenir una visió integradora dels factors principals de risc i de protecció de la delinqüència juvenil: Edwards, Schoenwald, Henggeler i Stroher, 2001; Farrington, Loeber i Ttofi, 2012; Redondo, 2017.

Factors externs

- Condicions òptimes de convivència / residència
- Control extern / mesures judicials
- Disposició de recursos materials
- Recepció d'atenció professional
- Xarxa social / relacions de suport prosocial
- Relacions íntimes

1.4. Tècniques d'intervenció

Les tècniques que s'han anat incorporant als diferents programes de rehabilitació s'han desenvolupat a partir dels models teòrics que hem vist prèviament i un objectiu concret sobre la base d'unes necessitats detectades prèviament. A grans trets, les bases teòriques dels programes de rehabilitació amb delinqüents descansen sobre dos models psicològics: el conductual i el cognitiu (Robinson i Crow, 2009). No obstant això, no podem obviar la influència d'altres perspectives que també han tingut un paper destacat en el desenvolupament d'algunes intervencions en aquest context, com és la perspectiva sistèmica en la intervenció amb delinqüents juvenils. Atès que l'exposició i el desenvolupament de cada tècnica superen els propòsits d'aquest mòdul, a continuació (taula 3) es presentaran esquemàticament les tècniques conductuals i cognitives més rellevants. Per a una anàlisi més detallada, recomanem la lectura del manual de Redondo (2017) o d'altres d'específics sobre tècniques de modificació de conducta.

Lectures recomanades

Dos manuals de referència, a més del de Redondo (2017) són:

V. E. Caballo (Comp.). (2015). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

F. J. Labrador (Coord.). (2016). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

Taula 3. Resum de tècniques conductuals i cognitives més rellevants

Tècnica	Descripció
Model conductual	
Reforçament	Constitueix el procediment bàsic per a augmentar la probabilitat que aparegui una conducta i consisteix a presentar o retirar de manera immediata un estímul després d'emetre una resposta. <i>Reforçament positiu</i> : és la introducció d'un estímul (generalment gratificant) o reforçador positiu immediatament després d'una conducta. <i>Reforçament negatiu</i> : consisteix a eliminar o retirar un estímul (normalment, aversiu o desagradable) o reforçador negatiu després de dur a terme un comportament.
Emmotllament	Reforçar petites aproximacions a un comportament desitjat. Sol utilitzar-se per a facilitar l'aprenentatge de noves conductes complexes que requereixen diversos passos.
Encadenament	Introduir una conducta desitjable dins d'una baula o cadena de comportaments que condueixen a una conseqüència gratificant (reforçador positiu).
Extinció	Suprimir sistemàticament els reforçadors que mantenen una conducta, amb l'objectiu de reduir-la o eliminar-la.

Tècnica	Descripció
Aïllament	Retirar l'individu durant un breu període de temps d'un context o situació en què els reforçadors estan disponibles o bé restar en un lloc on els reforçadors han estat temporalment retirats. No és recomanable per la seva escassa eficàcia i efectes contraproductius.
Cost de resposta	Retirar algun reforçador gratificant després de dur a terme una conducta inadequada (o que es vol disminuir o eliminar). Es diferencia de l'extinció en el fet que el reforçador que es retira no és necessàriament el que manté la conducta que volem modificar. Aquesta tècnica també és coneguda com a <i>càstig negatiu</i> . No és recomanable per la seva escassa eficàcia i efectes contraproductius.
Entrenament en comportaments alternatius	Generar repertoris de conductes alternatives i incompatibles amb les conductes que es desitgen eliminar i que, al seu torn, permetin obtenir reforçadors similars.
Control d'estímuls	Presentació d'estímuls que informen el subjecte que determinades conductes provocaran unes conseqüències específiques (aparició o retirada de reforçadors).
Programes de reforçament	Reforçament de freqüència o intensitat variables d'una conducta. Reforçament continu: cada conducta va seguida d'un reforç (és útil per a ensenyar nous comportaments). Reforçament intermitent: la conducta és reforçada solament algunes de les vegades en les quals apareix (és útil per a mantenir comportaments a llarg termini).
Contracte conductual	Acords consensuats entre el participant i el terapeuta en els quals s'assumeixen una sèrie de compromisos amb els quals es reforcen les conductes i els èxits o objectius pactats.
Modelatge de conducta	Imitar una conducta executada per un model mitjançant l'observació. Resulta útil per a adquirir comportaments que no estan presents en el repertori d'un subjecte. Es consolida mitjançant processos de reforçament.
Modelatge encobert	Modelatge de conducta mitjançant l'ús de la imaginació
Sensibilització encoberta	Imaginar una conducta indesitjable seguida d'una conseqüència negativa o aversiva.
Autoreforçament encobert	Executar amb la imaginació una conducta desitjable seguida d'un reforçador (conseqüència gratificant).
Economia de fitxes	Es tracta d'un sistema de reforçament en el qual s'administren fitxes o punts com a reforç simbòlic immediat a conductes desitjables i que posteriorment poden canviar-se per reforços materials, socials, personals o activitats desitjables.
Assaig conductual	Practicar o reproduir una conducta nova a partir d'instruccions durant les sessions terapèutiques.

Tècnica	Descripció
Relaxació	Entrenament utilitzant diverses tècniques per a reduir l'ansietat (respiració controlada, entrenament en relaxació, dessensibilització sistemàtica, exposició, inundació, prevenció de resposta).
Autoobservació	Atendre intencionadament a la presència o absència de la pròpia conducta per a registrar-la posteriorment amb l'objectiu de facilitar un <i>feedback</i> continu dels canvis de conducta i promoure l'autocontrol.
Exposició	Exposició directa gradual a estímuls o situacions temudes per a afavorir l'habitució, l'extinció i el canvi d'expectatives.
Model cognitiu	
Entrenament atribucional	Canviar atribucions (procés d'explicació de les causes d'un esdeveniment o una conducta pròpia o dels altres) desadaptatives per altres de més adequades i constructives que promouguin estats emocionals i expectatives positius.
Reestructuració cognitiva	Identificar i substituir els pensaments disfuncionals o erronis (distorcions cognitives) implicats en la conducta problemàtica per uns altres de més adaptatius o positius.
Entrenament en solució de problemes	Ensenyar a reconèixer i definir els problemes i els sentiments associats per a generar, posteriorment, possibles solucions, valorar-ne les conseqüències i seleccionar-ne una per a posar-la en pràctica.
Desenvolupament moral i de valors / Adopció de perspectiva social	Desenvolupar valors i un raonament més madur, que permeti adoptar diverses perspectives i opcions de resposta a partir de l'avaluació de les seves conseqüències a curt, mitjà i llarg termini. Adoptar la perspectiva social i confrontar el sistema de creences mitjançant exercicis de reflexió i discussió.
Model cognitivoconductual	
Dessensibilització sistemàtica	Aproximació successiva, mitjançant imatges, a estímuls estressants en combinació amb tècniques de relaxació (resposta antagònica) que inhibeixin progressivament la resposta d'ansietat.
Autocontrol / autoregulació	Conjunt de tècniques dirigides a disminuir conductes que combina les fases següents: 1) Autoobservació i autoregistre de la pròpia conducta 2) Control d'estímuls associats a la conducta problemàtica 3) Entrenament en conductes alternatives incompatibles 4) Contracte conductual 5) Autoreforç 6) Administració del temps (planificació i gestió del temps diari) 7) Autoinstruccions

Tècnica	Descripció
Inoculació de l'estrès	Conjunt de tècniques centrades a proporcionar estratègies i recursos per a afrontar l'estrès. Se centra en el desenvolupament d'habilitats cognitives (reestructuració cognitiva, autoreforç i resolució de problemes), el control de l'activació emocional (relaxació, entrenament en identificació de senyals de tensió, dessensibilització sistemàtica i autoinstruccions), habilitats conductuals (anàlisi funcional de la conducta, exposició, modelatge i assaig de conducta) i habilitats d'afrontament.
Entrenament en habilitats socials	Ensenyament de diverses habilitats que afavoreixen les relacions prosocials i la resolució de problemes. Consta de cinc passos: 1) instruccions sobre els passos necessaris per a dur a terme la conducta desitjada; 2) modelatge; 3) assaig conductual; 4) reforçament positiu i retroalimentació; 5) pràctica en situacions reals.
Tractament de la ira	Conjunt de tècniques per al control dels estats emocionals intensos o d'ira/enuig que combina l'educació (sobre la ira i l'agressió), reestructuració cognitiva, autoinstruccions, relaxació, modelatge i <i>role-playing</i> (entrenament en conductes d'afrontament, comunicació i assertivitat), i pràctica en imaginació i en el context real.
Generalització i manteniment de millores terapèutiques	Traslladar els comportaments, habilitats i competències adquirits durant el tractament al context diari mitjançant la intervenció en diferents àmbits i fins i tot per a conductes diverses, utilitzant programes de reforçament intermitent, entrenament en habilitats socials en múltiples contextos, la inclusió d'estímul familiars o quotidians, conseqüències naturals en contextos determinats, modelatge, control d'estímul, autoobservació i autocontrol.
Prevenió de recaigudes	Combinació de tècniques específiques (fantasies i assajos de recaiguda, decisions aparentment irrelevantes i cadenes cognitivoconductuals) i tècniques cognitivoconductuals (autoobservació, entrenament en habilitats d'afrontament, reestructuració cognitiva, autoinstruccions, etc.) per a afrontar situacions d'alt risc de reincidència.

2. Programes de tractament per a delinqüents adults

2.1. Tractaments en presons i en penes i mesures alternatives per a delinqüents adults

Tal com indica l'art. 25.2 de la Constitució espanyola i l'art. 59 de la LOGP 1/1979, les penes privatives de llibertat i les mesures de seguretat estan orientades a la reeducació i la reinserció social dels penats. Aquest objectiu és el que persegueixen els tractaments que es duen a terme dins de la presó mitjançant un ampli ventall d'intervencions orientades a (art. 110 RD 190/1996 del Reglament penitenciari):

- Desenvolupar les aptituds i capacitats tècniques i professionals dels interns, enriquir-ne els coneixements i compensar les seves manques.
- Abordar els factors de risc que han influït en el comportament delictiu i millorar les seves capacitats mitjançant programes i tècniques de caràcter psicosocial.
- Potenciar i facilitar els contactes amb l'exterior mitjançant els recursos comunitaris per a la reinserció.

Seguint els principis del model R-N-R d'Andrews i Bonta (1994, 2016), la intensitat de la intervenció ha de ser conforme al nivell de risc que presenta el subjecte, centrar-se en la modificació de les seves necessitats criminògenes i ajustar-se a les característiques personals. Així mateix, els tractaments i programes dirigits als delinqüents han d'estar basats en l'evidència científica (intervenció sobre els factors de risc empíricament relacionats amb la conducta delictiva), ser estandarditzats i comprensius (disposar de manuals perfectament estructurats i amb una durada suficient), aplicar-se amb integritat (seguint els principis que estableix el manual o protocol) per a garantir-ne l'efectivitat, disposar dels recursos humans i materials necessaris i ser susceptibles de sotmetre's a una avaluació de la seva eficàcia (International Association for Correctional and Forensic Psychology, 2010). Així mateix, la participació en un programa de tractament és de caràcter voluntari, per la qual cosa la negativa a participar-hi no ha de comportar conseqüències penals o penitenciàries per a l'intern.

Els tractaments penitenciaris abasten un ampli ventall d'activitats:

- Educatives (ensenyament obligatori i infantil, unitats educatives, mestres, biblioteques, disposició de literatura, premsa i ordinadors personals)
- Formació professional i ocupacional
- Activitats socioculturals i esportives

Regulació del tractament penitenciari

El tractament penitenciari es troba regulat en el títol III (arts. 59 a 72) de la Llei Orgànica 1/1979, de 26 de setembre, general penitenciària, i en el títol V (arts. 113 a 131) del Reial Decret 190/1996, de 9 de febrer, del Reglament Penitenciari.

Qualsevol tractament que es duu a terme als centres penitenciaris ha de regir-se pels principis bàsics que estableix l'art. 62 LOGP.

- Sortides programades
- Comunitat terapèutica
- Programes d'intervenció especialitzada

De vegades, les mesures i sancions penals imposades no impliquen necessàriament l'ingrés a la presó i es poden complir en la mateixa comunitat amb l'objectiu de reparar el dany causat a la societat de manera constructiva, mitjançant treballs en benefici de la comunitat, participació en programes de tractament o el pagament de multes, entre altres.

No obstant això, és important assenyalar que, si bé la intervenció que es duu a terme en l'àmbit de les penes i mesures alternatives a la presó es regeix pels mateixos principis que s'han exposat fins ara, presenta algunes particularitats. A diferència dels tractaments que es duen a terme a la presó, les intervencions són **de compliment obligat** (en tractar-se d'una mesura penal) i permeten una major **generalització** dels aprenentatges adquirits en l'entorn de l'individu. La **gestió del risc** dels participants ha de ser permanent per part dels professionals. Així mateix, han de donar **continuitat**, ser **coherents** i **consistents** amb les intervencions que s'han dut a terme en règim tancat en els casos que han passat prèviament per un centre penitenciari.

Per als objectius de mòdul, ens centrarem específicament a desenvolupar els programes que s'orienten al tractament de diversos col·lectius (joves, dones, drogodependents, etc.) i la intervenció especialitzada de diverses tipologies delictives. En primer lloc, ens centrarem a descriure els programes específics que es troben disponibles en el nostre context i, posteriorment, farem un breu repàs per altres programes de rehabilitació disponibles.

2.2. Programes específics d'intervenció

A Espanya, els programes d'intervenció disponibles s'han desenvolupat en funció de les variables següents:

- la tipologia delictiva,
- la situació penal i
- les característiques de cada individu (necessitats criminògenes).

Alguns han estat dissenyats per a complir-se en la comunitat com a mesura penal alternativa, mentre que altres es duen a terme dins dels centres penitenciaris.

En concret, actualment disposem de programes específics per a les conductes antinormatives o antisocials següents (Instituciones Penitenciarias, s/d):

- Delictes violents
- Violència domèstica
- Violència de gènere
- Violència sexual
- Delictes mediambientals, ecològics i altres
- Delictes contra la seguretat viària
- Consum de substàncies tòxiques
- Malaltia mental
- Joves
- Joc patològic
- Dones
- Persones estrangeres

Els programes actuals d'intervenció especialitzada s'han desenvolupat per a l'abordatge específic de diferents tipologies delictives, entre les quals destaquen les que inclouen un component violent en la seva execució. Com comprovarem més endavant, alguns dels objectius que persegueixen i les tècniques utilitzades són comuns entre els diferents programes. Així mateix, també convergeixen en els aspectes següents (Ballano, Suárez, Pérez i Herrera, 2015; Medina, 2012; Redondo, 2017):

- 1) Se centren a modificar els factors de risc psicosocials associats a la conducta delictiva (necessitats criminògenes), amb l'objectiu d'eradicar-la i reduir el risc de reincidència.
- 2) Adopten un enfocament psicoterapèutic cognitivoconductual.
- 3) S'apliquen en un format grupal, amb sessions individuals intercalades. No obstant això, la majoria dels programes permeten l'aplicació individual en cas necessari.
- 4) Són d'elevada intensitat (sessions amb una freqüència diària) i de llarga durada (entre sis i dotze mesos aproximadament).
- 5) Solen incloure una fase inicial d'avaluació i motivació per al canvi, una segona fase d'intervenció centrada en la conducta delictiva específica i els elements que hi tenen un paper rellevant, i una última fase de seguiment.
- 6) Generalment, les sessions d'intervenció s'organitzen en tres parts:

Prevenió secundària i terciària

Mentre que les intervencions que es duen a terme a la presó responen a estratègies de prevenió terciària, els programes que s'executen en l'àmbit de les penes i mesures alternatives constitueixen exemples de prevenió secundària.

a) presentació que s'inicia amb la reflexió sobre la sessió anterior i la seva revisió,

b) desenvolupament centrat en l'exposició psicoeducativa i exercicis terapèutics i

c) finalització o tancament amb un repàs de les idees clau, a més de la descripció d'exercicis intersessions i del preludi de la sessió següent.

7) Disposen de manuals que estableixen la població a la qual va dirigida, els objectius de tractament, el desenvolupament de les unitats d'intervenció amb les tècniques i els exercicis proposats, els materials necessaris per a dur-los a terme i com avaluar els resultats.

8) Les dinàmiques i exercicis que solen utilitzar-se per a treballar els continguts de cada sessió se centren, generalment, en el següent:

- visionat i anàlisi de contingut audiovisual,
- comentari de textos,
- debats i discussions guiades,
- anàlisi de notícies reals,
- redacció d'autobiografies,
- treball en parelles,
- *role-playing*,
- dilemes morals,
- exercicis individuals d'anàlisi personal,
- tècniques d'autocontrol emocional i conductual,
- dinàmiques per a treballar continguts en imaginació i
- altres tècniques de modificació de conducta cognitivoconductuals.

9) Generalment, són aplicats per equips de professionals multidisciplinaris (psicòlegs, educadors socials, juristes criminòlegs i treballadors socials, entre altres) dins dels centres penitenciaris.

2.2.1. Conductes addictives

Atès que el consum de drogues constitueix un dels factors de risc empíricament relacionats amb la conducta delictiva, resulta d'especial rellevància la intervenció sobre les persones que presenten una problemàtica de drogodependència. En l'àmbit internacional, els programes més habituals centrats en el tractament del consum de substàncies són (Bahr, Masters i Taylor, 2012):

- La teràpia cognitivoconductual
- El control de contingències (reforçament de conductes positives)
- Les comunitats terapèutiques

- Els tribunals de drogues (programes especialitzats que combinen el tractament de desintoxicació amb altres mesures judicials com les analítiques o la supervisió intensiva)
- El tractament farmacològic (p. ex. amb metadona, naltrexona, topiramato o buprenorfina, entre els més habituals)
- Els camps d'entrenament basats en el règim militar i la disciplina estricta
- El programa de dotze passos (p. ex. Alcohòlics Anònims, Narcòtics Anònims, Cocainòmans Anònims)

No obstant això, segons els experts, els més efectius són (Weeks, Moser, Wheatley i Matheson, 2013):

- a) els que estan basats en els models d'intervenció cognitivoconductual i de l'aprenentatge social;
- b) els que s'ajusten al model risc-necessitat-responsivitat;
- c) els que incorporen tècniques motivacionals;
- d) els que s'apliquen de manera íntegra;
- e) els que combinen altres intervencions complementàries;
- f) els que inclouen una fase de manteniment o seguiment.

Els tractaments per a abordar les conductes addictives han de ser de caràcter multidisciplinari, psicoeducatiu, social i de control. Estan orientats tant a la prevenció com al tractament del consum i han de garantir el seguiment posterior mitjançant els recursos comunitaris després de la sortida de l'intern de presó. A continuació, i a tall d'exemple, especifiquem alguns dels programes presents als centres penitenciaris espanyols.

Alcoholisme

L'objectiu principal dels programes per al tractament de l'alcoholisme a les presons espanyoles se centra, d'una banda, a ensenyar al subjecte a identificar el desig intens de consum (*craving*) i els factors que incrementen el risc de consum d'alcohol i, d'altra banda, a dotar-lo d'una major capacitat d'autocontrol i d'habilitats d'afrontament de situacions de consum potencial.

Per a això es realitza un programa psicoeducatiu en format grupal de prop de deu sessions dut a terme per equips multidisciplinaris.

El programa s'estructura en tres mòduls:

- **Informació.** Centrada a proporcionar a l'usuari coneixements sobre l'addicció a l'alcohol i els seus efectes a curt i llarg termini sobre la salut.
- **Motivació per al canvi.** Es focalitza a incrementar o potenciar la determinació del subjecte a comprometre's amb el tractament i deixar de consumir.
- **Entrenament en habilitats d'afrontament.** En què es desenvolupen les habilitats i estratègies per a afrontar situacions de risc de consum d'alcohol mitjançant tècniques cognitivoconductuals (autocontrol per a la gestió del *craving*, entrenament en habilitats socials i solució de problemes per al manteniment de l'abstinència i prevenció de recaigudes).

Drogodependències

Igual que en altres països, a Espanya, els programes orientats al tractament de les conductes addictives persegueixen diversos objectius que determinen el tipus d'intervenció que es duu a terme amb els interns amb aquesta problemàtica. Com a primera prioritat, se cerca prevenir l'inici en el consum de drogues i la pràctica de conductes de risc. En cas que aquest consum ja s'hagi produït, es persegueix la prevenció i la reducció de riscos i danys associats a aquest. La tercera prioritat se centra a aconseguir mantenir períodes d'abstinència que afavoreixin el reajustament personal i social. Finalment, es vol potenciar la integració social mitjançant el desenvolupament d'habilitats i recursos d'afrontament en els usuaris drogodependents una vegada es trobin en llibertat.

Les intervencions disponibles als centres penitenciaris es focalitzen en dos tipus de destinataris. D'una banda, hi ha programes destinats a tota la població reclusa i, d'altra banda, programes terapèutics i de reinserció centrats en consumidors actius o que es troben en procés de deshabitació. Sense ànim de ser exhaustius, descriurem breument cadascun d'aquests programes:

- **Programa de prevenció i educació per a la salut**
 - **Programes d'educació per a la salut:** se centra a dotar els interns de més coneixements sobre les drogues i els seus efectes amb l'objectiu de reduir la probabilitat que s'iniciïn en el consum de substàncies. Addicionalment, vol promoure un estil de vida saludable i instaurar habilitats i competències per a afrontar situacions de consum potencial i millorar la integració social.
 - **Mediació en salut:** accions preventives centrades a millorar la informació i fomentar la sensibilització en matèria de drogodependències i salut pública entre els mediadors (funcionaris i altres professionals que treballen als centres penitenciaris) perquè exerceixin com a agents

promotors de formació i acció per a altres interns que actuaran com a agents de salut amb el col·lectiu específic de consumidors de drogues.

- **Programa de reducció de danys i riscos**
 - **Programa d'intercanvi de xeringues (PIX):** es persegueix reduir el risc de contagi i transmissió de malalties pel consum de substàncies per via injectada, facilitant als usuaris equips d'injecció estèril.
 - **Programa de manteniment amb metadona (PMM):** reducció de danys i riscos mitjançant la dispensació d'un tractament farmacològic substitutiu (metadona) de l'opiàci que genera la dependència.
- **Programa de suport psicosocial a interns en PMM:** intervencions centrades en l'atenció psicològica i social de les persones que es troben en tractament amb metadona.
- **Programes orientats a l'abstinència**
 - **Programes lliures de droga (PLD).** Està pensat per als interns que mostren una bona evolució i disposen d'habilitats i recursos personals adequats per a aconseguir i mantenir la conducta abstinent. Hi ha dues modalitats d'intervenció: ambulatoria /centre de dia i mòdul terapèutic. El programa de deshabitució consta de tres fases. La primera fase, de **desintoxicació**, se centra a eliminar la dependència física que genera la substància mitjançant el tractament farmacològic per a evitar l'aparició dels símptomes associats a la síndrome d'abstinència. La segona fase, de **deshabitució**, persegueix eliminar la dependència psicològica i social de la substància. Per a això, es combina la supervisió mèdica amb la intervenció centrada en l'àrea psicològica, social, educativa i ocupacional. En aquesta etapa té un paper destacat la família de l'intern, ja que exerceix un doble rol: d'una banda, representa un element de suport durant tot el procés de deshabitució i, d'altra banda, constitueix el vincle exterior per a la propera sortida i reintegració social. En l'àmbit personal, es treballa des de la perspectiva de la prevenció de recaigudes per a dotar l'usuari d'habilitats i estratègies d'afrontament adequades que li permetin mantenir l'abstinència i un estil de vida saludable. L'última fase, d'**inserció social**, s'executa quan s'ha aconseguit mantenir l'abstinència de manera continuada i se centra en la prevenció de recaigudes psicològiques i en el manteniment de l'estil de vida saludable. Per a això és important que l'intern sigui derivat a recursos comunitaris externs i, si pot ser, que disposi de vincles i suport familiar.
- **Programes de preparació per a la vida en llibertat.** Estan dirigits als interns que participen en programes de tractament i que sortiran en llibertat en un termini de nou a dotze mesos. Es dissenya un itinerari d'inserció individualitzat a partir dels recursos personals i socials dels quals disposa l'intern i es treballen de manera grupal i individual, amb l'objectiu de pre-

parar-ne la sortida a l'exterior de manera progressiva i acompanyada i la reincorporació al context social i familiar.

2.2.2. Conductes violentes

Violència general

Els tractaments que tenen com a objectiu la reducció i prevenció del comportament violent adopten, generalment, un enfocament psicosocial basat en el model cognitivoconductual, orientat al desenvolupament de les capacitats i els recursos dels interns. La majoria dels programes, tant en l'àmbit internacional com nacional, inclouen tècniques per a l'autoregulació emocional, el desenvolupament d'habilitats interpersonals o de resolució de problemes i la modificació de cognicions o creences. És habitual que incloguin de manera freqüent intervencions centrades en el control de la ira o en l'entrenament d'habilitats cognitives (Mitchell *et al.*, 2018).

Alguns exemples de programes internacionals d'aquest tipus són el *Resolve* o el *Self Change Programme (SCP)*, que es duen a terme al Regne Unit, o el *Regional Health Centre (Pacific) Intensive Programme for Violent Offenders* aplicat al Canadà.

A Espanya, els interns que han estat condemnats per delictes violents en general (diferents de la violència sexual, de gènere o familiar) constitueixen els destinataris finals del *Programa d'Intervenció en Conductes Violentes (PICOVI)*, Agudo *et al.*, 2017). No obstant això, si ja hi ha un altre tractament específic per a la conducta violenta que presenta un subjecte (p. ex. violència sexual), aquest programa serà el de referència en aquest cas.

DEVI a Catalunya

A Catalunya, l'anàleg al PICOVI seria el *Programa d'Intervenció per a Delinqüents Violents (DEVI)*, Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, 2011), que actualment es troba en revisió (Redondo, 2017). Mentre que en alguns centres penitenciaris es creen grups de tractament per al DEVI, en altres, els interns resideixen en unitats de vida específiques per a participar en el programa. Així mateix, hi ha una versió adaptada del programa per als interns més joves (denominat JUVI) i per a la població reclusa femenina (Sotsdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat, 2011).

Els objectius generals que persegueixen aquest tipus de programes són (Agudo *et al.*, 2017):

- Promoure el reconeixement de la conducta violenta i motivar cap al canvi.
- Estimular el desenvolupament d'habilitats (cognitives, emocionals i conductuals) per a reconèixer i afrontar pensaments distorsionats associats al comportament violent.
- Capacitar els interns en autoregulació emocional i estratègies d'afrontament adaptatives alternatives a la violència.

- Fomentar un estil de vida i valors prosocials.

El PICOVI és un programa psicoeducatiu i terapèutic que es pot aplicar tant en format grupal com individual. Es compon de vuit unitats interrelacionades que se centren en els aspectes següents:

- 1) Promoció de la **motivació** per al canvi del comportament violent i establiment d'objectius ajustats i realistes.
- 2) Definició i identificació de la **conducta violenta** i anàlisi crítica.
- 3) Promoció de la consciència, identificació, expressió i gestió emocional.
- 4) Detecció, invalidació i substitució d'esquemes, **pensaments i creences errònies i disfuncionals** relacionats amb la conducta delictiva.
- 5) Desenvolupament i promoció de l'empatia i el **raonament moral**.
- 6) Desenvolupament de **valors, metes prosocials** i canvi personal.
- 7) Entrenament en estratègies positives d'afrontament (autoregulació emocional, reestructuració cognitiva, afrontament i habilitats socials).
- 8) Manteniment, generalització, **prevenció de recaigudes i estil de vida positiu**.

En l'àmbit de les mesures penals alternatives, el *Programa d'Intervenció, Sensibilització i Reeducació en Competències Socials* conegut com a PROBECO (Ballano *et al.*, 2015) és el de referència per a aquest tipus de delictes. No obstant això, és necessari aclarir que el PROBECO no constitueix una intervenció concebuda específicament per a persones els delictes de les quals incloguin necessàriament un component violent contra les persones. De fet, també és aplicable a delictes d'altres tipologies, com els comesos contra el medi ambient, el maltractament animal, delictes econòmics o delictes patrimonials, entre els més destacats.

Els usuaris derivats al PROBECO són persones condemnades per diversos delictes, entre els quals hi ha els violents (exceptuant els sexuals, de gènere, en l'àmbit familiar o contra la seguretat del trànsit), a treballs en benefici de la comunitat o a la submissió a programes de tractament com a condició de la suspensió o substitució de la pena.

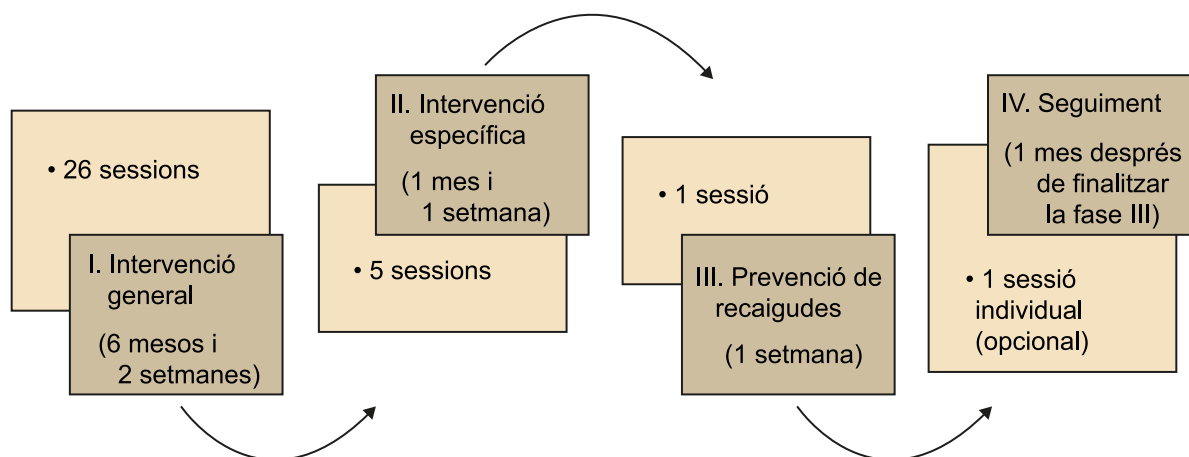
Els objectius terapèutics del PROBECO són:

- Eliminar el comportament delictiu i reduir el risc de reincidència dels usuaris.

- Intervenir sobre les necessitats criminògenes empíricament relacionades amb la delinqüència general i les específiques dels delictes violents, del maltractament animal i delictes mediambientals.
- Promoure l'adherència al tractament i el desenvolupament d'habilitats i valors prosocials.

Per a això, el programa s'estructura en quatre fases amb diferents itineraris, la durada total de les quals és de nou mesos a compte d'una sessió setmanal. La fase d'intervenció general és comuna a tots els participants, mentre que l'específica ofereix quatre possibles itineraris en funció de la tipologia delictiva. Després de la fase d'intervenció específica, es duu a terme una sessió centrada en la prevenció de recaigudes i una altra sessió dirigida al seguiment i evolució de cada participant. L'organització i durada del programa segueix l'esquema de la figura 1.

Figura 1. Estructura i durada del PROBECO



Font: elaboració pròpia a partir de Ballano *et al.* (2015)

L'esquema que presentem en les taules resumeix els mòduls i objectius del programa (taula 4), estructurat segons les quatre fases que el componen.

Taula 4. Mòduls i objectius del PROBECO

I. Intervenció general (comuna)	
Mòdul	Objectius
Caracterització del comportament delictiu	Assumpció de la responsabilitat personal dels delictes; anàlisi de la motivació delictiva; avaluació de la motivació al canvi
Autoregulació emocional	Promoció de la consciència, identificació, expressió i gestió emocional; anàlisi de la relació entre pensament, emoció i conducta; anàlisi i afrontament de l'ansietat i la ira
Creences que sustenten el comportament delictiu	Detecció, invalidació i substitució d'esquemes, pensaments i creences errònies i disfuncionals relacionats amb la conducta delictiva; anàlisi de la seva influència sobre els estats emocionals i la conducta; entrenament en reestructuració cognitiva

Personalitat i comportament delictiu	Foment i desenvolupament de l'autoestima i l'empatia; control de la impulsivitat; entrenament en presa de decisions i resolució de problemes
Habilitats socials bàsiques	Anàlisi de la comunicació i desenvolupament de tècniques de comunicació eficaces; resolució de conflictes interpersonals i entrenament en assertivitat
Dilemes morals	Identificació, desenvolupament i expressió de valors prosocials; crítica i autocrítica constructives

II. Intervenció específica

Altres delictes: Mòdul I. Estil de vida positiu	Maltractament animal: Mòdul II. Prevenció del maltractament animal	Delictes violents: Mòdul III. Reducció de comportaments violents	Delictes contra el medi ambient: Mòdul IV. Sensibilització mediambiental: reducció del comportament antiecològic il·legal
<ul style="list-style-type: none"> Promoció de l'estil de vida positiu i prosocial Identificació d'àrees deficitàries Desenvolupament d'habilitats d'afrontament adaptatives 	<ul style="list-style-type: none"> Conscienciació sobre el maltractament animal i la legislació bàsica que el regula Desenvolupament i modelatge d'actituds, valors i conductes positives envers els animals Reestructuració cognitiva i increment de l'empatia envers els animals Assumpció de la responsabilitat Adquisició de pautes de relació positives i promoció de la tinença responsable d'animals de companyia 	<ul style="list-style-type: none"> Reflexió, definició i identificació de la violència i l'agressió, els seus tipus i les conseqüències associades Reflexió i anàlisi crítica sobre l'efecte de les substàncies i la seva relació amb la violència Assumpció de la responsabilitat delictiva Increment de la motivació al canvi Anàlisi sobre la modificació de comportaments i desenvolupament de la conducta prosocial 	<ul style="list-style-type: none"> Conscienciació mediambiental i el rol de l'ésser humà en la seva deterioració Reestructuració cognitiva de les distorsions sobre el medi ambient Assumpció de la responsabilitat delictiva Promoció de valors i actituds respectuoses amb el medi ambient

III. Prevenció de recaigudes

- Exposició i anàlisi cognitiva, emocional i conductual del procés de recaiguda de les conductes problemàtiques; identificació i presa de consciència de situacions de risc; entrenament en estratègies d'afrontament adaptatives
- Identificació i presa de consciència de situacions de risc
- Entrenament en estratègies d'afrontament adaptatives

IV. Seguiment (opcional)

- Avaluació i seguiment de l'eficàcia del programa (anàlisi de l'evolució i dificultats de l'usuari en posar en pràctica les habilitats apreses)

Violència domèstica

Com passa amb els programes dirigits a l'abordatge de la violència general, les intervencions centrades en el tractament dels interns que compleixen condemna per haver exercit qualsevol tipus de violència intrafamiliar entenen que aquest comportament, a més d'apòcrif, és el resultat d'una sèrie de dèficits interpersonals. Per aquesta raó, parteixen del model cognitivoconductual per modificar els comportaments, emocions, processos cognitius i actituds que afavoreixen aquest tipus de violència. Un exemple d'això seria el *Domestic and Family Violence Intervention Program* (DFVIP) dels serveis penitenciaris australians.

A Espanya, en l'àmbit de les mesures penals alternatives, el Programa d'Intervenció enfront de la Violència Familiar, denominat *Trobada* (Secretaria General d'Institucions Penitenciàries, 2017), és el de referència per a l'abordatge psicoterapèutic i educatiu de tres tipus de violència domèstica:

- En la relació de parella (exceptuant la violència de gènere –per tant inclou les dones que han agredit a les seves parelles o exparelles del sexe masculí, com també violència entre parelles del mateix gènere—).
- Envers menors d'edat: maltractament infantil i adolescent.
- En les relacions adultes: paternofilial, filioparental, pares grans o dependents, entre germans.

El programa *Trobada* té com a objectius (Secretaria General d'Institucions Penitenciàries, 2017):

- Eliminar les conductes violentes i reduir el risc de reincidència.
- Intervenir sobre els factors de risc dinàmics específics i empíricament relacionats amb la violència intrafamiliar.
- Promoure l'adherència i predisposició al tractament mitjançant un enfocament positiu.
- Instaurar pautes de funcionament psicològic adequades i millorar la qualitat de les relacions personals i familiars.
- Potenciar els factors de protecció i de resiliència que afavoreixen el benestar i l'adaptació psicosocial.

A diferència d'altres programes, està concebut per a aplicar en format individual, no obstant això, es pot adaptar per a la seva aplicació grupal i té una durada total de deu mesos.

El programa s'estructura en tres fases:

1) Fase d'avaluació i motivació: centrada a facilitar i augmentar la motivació al canvi, vèncer possibles resistències i crear un pla motivacional ajustat a cadascun dels participants (Pla Motivacional Individualitzat o PMI).

2) Fase d'Intervenció: consta d'una part comuna centrada a intervenir sobre els factors de risc dinàmics dels participants mitjançant l'explicació dels aspectes generals de la violència familiar, la millora de l'autoestima o l'entrenament en tècniques de resolució de conflictes, entre altres, i una part específica enfocada a treballar tres tipus de violència familiar:

a) dones que han agredit a les seves parelles o violència entre parelles del mateix gènere,

b) violència ascendent (filioparental) i

c) violència descendent.

3) **Fase de seguiment:** consta d'una sessió per a avaluar l'evolució dels canvis i per a determinar el nivell de consecució i manteniment dels objectius marcats en el PMI.

Violència de gènere

Els programes dirigits al tractament dels homes que exerceixen violència contra les seves parelles o exparelles es van desenvolupar inicialment durant els anys setanta als Estats Units, amb desenvolupaments posteriors al Canadà, el Regne Unit i Austràlia durant la dècada següent. Les intervencions més comunes en el context internacional són les que se sustenten en el model cognitivoconductual amb perspectiva de gènere (Banks, Kini i Babcock, 2013). En el pla teòric, assumeixen que la violència de gènere és causada per les distorsions cognitives sobre les relacions de parella i els dèficits per a l'expressió i el processament adequat de les emocions. La metodologia del model cognitivoconductual se centra, generalment, en l'entrenament d'habilitats interpersonals, de relaxació i control de la ira, i altres tècniques cognitives per a la modificació de creences disfuncionals (Banks *et al.*, 2013). Addicionalment, als Estats Units, aquest model coexisteix amb una altra aproximació psicoeducativa de base feminista coneguda com el *Model Duluth* (Pence i Paymar, 1993), centrada a promoure relacions més equitatives en les relacions de parella mitjançant la modificació de les cognicions que sustenten i promouen el sistema patriarcal.

Des d'un punt de vista global, els objectius que solen abordar-se en aquest tipus de programes són (Rothman, Butchart i Cerdà, 2003):

- relacions de parella;
- resolució de conflictes;
- masculinitat;
- creences i tradicions culturals;
- maneig de la ira;
- habilitats parentals;
- efectes i conseqüències de la violència de gènere;
- influència del consum de drogues o alcohol;
- sexualitat.

En el cas d'Espanya, entre el 2001 i el 2002 van començar a aplicar-se els primers programes de tractament específic per a presos condemnats per la comissió de delictes de violència de gènere. Actualment, els programes de referència per al tractament de les conductes violentes exercides contra la parella o exparella són el *Programa d'Intervenció per a Agressors* (PRIA, Ministeri de l'Interior, 2010, 2011) i el *Programa d'Intervenció per a Agressors de Violència de Gènere en Mesures Alternatives* (PRIMA-MA, Ministeri de l'Interior, 2015).

Els **destinatari**s del PRIA són persones nacionals o estrangeres condemnades a penes privatives de llibertat per la comissió de delictes de violència de gènere contra les seves parelles o exparelles que no presentin dificultats rellevants que impedeixin el seguiment del programa (com, per exemple, trastorn mental greu, consum actiu de substàncies o discapacitat intel·lectual).

El PRIA s'aplica, generalment, seguint un format grupal (encara que es pot aplicar individualment, en funció del cas), amb sessions setmanals de dues hores i mitja, durant un període comprès entre sis i dotze mesos. Aquestes intervencions grupals s'intercalen amb altres intervencions individuals i exercicis entre sessions. El programa bàsic consta de vint-i-cinc sessions aproximadament, mentre que l'intensiu arriba a cinquanta sessions.

El PRIA-MA (Programa d'intervenció per a agressors de violència de gènere en mesures alternatives) s'aplica en el context comunitari i és el resultat de la revisió, actualització i adaptació del PRIA original, i està dirigit a persones que han estat condemnades per delictes de violència contra la parella (o exparella) que han de complir una mesura penal alternativa.

Com a novetats rellevants, el PRIA-MA va introduir nous enfocaments teòrics basats en els models R-N-R (Andrews i Bonta, 1994, 2016) i de Bones Vides (Ward i Brown, 2003). Així mateix, inclou una fase específica prèvia d'avaluació i motivació al canvi, com també instruments psicòmètrics per a l'avaluació del canvi terapèutic pre i postintervenció.

Tant el PRIA, com el PRIA-MA són programes que adopten un enfocament psicoterapèutic cognitivoconductual. No obstant això, el PRIA-MA també incorpora la perspectiva de gènere mitjançant una intervenció educativa. Tots dos programes tenen com a objectiu general l'eradicació de qualsevol tipus d'actituds, creences i comportaments sexistes o violents exercits contra la parella o exparella, i la prevenció de la reincidència en aquest tipus de delictes, mitjançant la modificació dels factors de risc, la promoció de la igualtat i el desenvolupament d'una nova representació de la masculinitat i de rols de parella més prosocials.

Els continguts d'aquests programes s'organitzen en unitats o mòduls d'intervenció que persegueixen els objectius següents descrits en la taula 5, alguns compartits i altres d'específics (Ministeri de l'Interior, 2010, 2015).

Taula 5. Mòduls i objectius del PRIA i PRIA-MA

	Unitat/Mòdul	Objectius
Comuns en el PRIA i el PRIA-MA	Presentació i motivació al canvi*	Presentació general; establiment de normes, objectius i compromisos; promoció de la motivació al canvi i l'adherència terapèutica

* Mentre que en el PRIA s'inclou com una unitat d'intervenció, en el PRIA-MA constitueix una fase pròpia (Fase I. Avaluació i motivació) i prèvia a la fase d'intervenció.

	Unitat/Mòdul	Objectius
	Identificació i expressió d'emocions	Promoció de la consciència, identificació, expressió i gestió emocional; anàlisi funcional de la conducta; reflexió sobre l'amor romàntic, els seus mites i la dependència emocional
	Distorsions cognitives i creences irracionals	Detecció, invalidació i substitució d'esquemes, pensaments i creences errònies i disfuncionals relacionats amb els rols de gènere i l'ús de la violència (reestructuració cognitiva)
	Gènere i violència de gènere	Exposició i anàlisi de la perspectiva de gènere; promoció de relacions igualitàries mitjançant el canvi d'actituds
	Empatia	Desenvolupament i promoció de l'empatia envers els altres i envers la víctima
	Violència i control de la ira	Coneixement del cicle de la violència i de la relació entre drogues/alcohol i violència; identificació dels senyals d'alarma (emocionals, cognitius i conductuals) associats a l'escalada de violència i de les conseqüències negatives; entrenament en autocontrol i gestió de la ira
	Violència psicològica	Anàlisi funcional de la violència psicològica, les seves tipologies i conseqüències; desenvolupament d'habilitats assertives i de resolució de conflictes
	Menors	Conscienciació de la victimització produïda sobre els fills dins de la violència de gènere i eradicació del patró de maltractament contra ells; identificació d'estils d'inclinació i la seva influència sobre els menors; adquisició i promoció dels interessos i benestar dels menors, les habilitats parentals positives i d'inclinació segura
	Prevenió de recaigudes	Identificació i revisió dels factors de risc; anàlisi del procés general de recaiguda i la seva aplicació pràctica en el cas particular; entrenament en habilitats d'afrontament adaptatives
Específics del PRIA	Assumpció de la responsabilitat i mecanismes de defensa	Admissió del delictes de violència de gènere com a autor dels fets a partir d'un relat ajustat lliure d'excuses, justificacions o atribucions externes

* Mentre que en el PRIA s'inclou com una unitat d'intervenció, en el PRIA-MA constitueix una fase pròpia (Fase I. Avaluació i motivació) i prèvia a la fase d'intervenció.

	Unitat/Mòdul	Objectius
	Agressió i coerció sexual en la parella	Reconeixement i anàlisi de justificacions sobre la violència sexual; promoció de les relacions sexuals sanes
Específics del PRIA-MA	Foment de l'autoestima	Promoció d'una autoestima ajustada que faciliti l'adaptació biopsicosocial
	Noves masculinitats	Anàlisi crítica de la identitat masculina, estereotips i creences basades en el model tradicional i construcció d'una nova masculinitat
	Gelosia	Detecció de pensaments i conductes de gelosia desadaptatius o patològics; anàlisi crítica de l'amor romàntic, la inclinació, l'autoestima i la dependència emocional; reestructuració cognitiva i desenvolupament de pautes equitatives i respectuoses
	Relacions sanes	Identificació i anàlisi de tipus de relacions (sanes vs. tòxiques o dependents), expectatives errònies i distorsions cognitives; desenvolupament d'emocions, sexualitat positiva i habilitats comunicatives assertives

* Mentre que en el PRIA s'inclou com una unitat d'intervenció, en el PRIA-MA constitueix una fase pròpia (Fase I. Avaluació i motivació) i prèvia a la fase d'intervenció.

Delictes sexuals

L'impacte i l'alarma que genera la violència sexual han motivat el desenvolupament i proliferació de programes de tractament específics per a reduir el risc de reincidència i promoure el desistiment dels delinqüents sexuals. En les últimes dècades, s'han desenvolupat diversos models i tècniques a diferents països (Lösel i Schmucker, 2005):

- psicoteràpia;
- teràpia de conducta clàssica;
- cirurgia o castració;
- medicació reductora de l'impuls sexual;
- tractament cognitivoconductual.

No obstant això, l'evidència empírica assenyala que els tractaments més utilitzats i efectius són els basats en el model cognitivoconductual que persegueixen la modificació de conductes i cognicions, i el desenvolupament d'habilitats i recursos. En aquesta línia, Marshall i els seus col·laboradors van desenvolupar un tractament pioner, aplicat inicialment al Canadà (Marshall, Anderson i Fernández, 1999; Marshall i Fernández, 1997), que constitueix el programa de referència per a la majoria dels tractaments aplicats posteriorment a la resta del món. Els components més comuns de la intervenció cognitivoconductual

inclouen l'autoregulació sexual i general, la millora dels dèficits de relacions interpersonals i íntimes, el desenvolupament de l'empatia envers la víctima, la modificació de les distorsions cognitives, l'anàlisi del procés del delictes i els factors de risc, com també l'assumpció de la responsabilitat i la prevenció de recaigudes (Yates, 2013).

L'aplicació del primer programa integral i estructurat de tractament específic per a delinqüents sexuals a la presó es va iniciar a Espanya el 1996 amb el Programa de Control de l'Agressió Sexual (SAC) creat originalment per Garrido i Beneyto (1996). Després de la seva aplicació inicial en dos centres penitenciaris de Catalunya, aquest programa es va adaptar per a ser aplicat a la resta de presons espanyoles sota el títol de «El control de l'agressió sexual: programa d'intervenció en el medi penitenciari» o PCAS (Rivera, Romero, Labrador i Serrano, 2006).

Programa d'intervenció específica en l'àmbit de la violència sexual

El Programa d'intervenció específica en l'àmbit de la violència sexual (anteriorment conegut com a SAC) aplicat a les presons catalanes presenta una estructura i un contingut bastant similars, no obstant això, podem observar certes particularitats (Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat, 2011):

- 1) Es divideix en diversos nivells o subprogrames d'intervenció: motivacional, bàsic o intensiu, seguiment i atenció externa.
- 2) Permet als interns que han seguit el programa SAC, fins i tot trobant-se en llibertat definitiva, continuar el tractament a l'exterior mitjançant trobades en grups d'intervenció dins del medi social.
- 3) Des del 2009, el SAC pot complementar-se amb un programa de tractament farmacològic mitjançant l'administració d'inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina (o altres medicaments psicoactius) o d'inhibidors de la producció de la testosterona.

Es tracta d'un programa molt intensiu, amb sessions d'unes tres hores realitzades dues vegades per setmana i una durada aproximada de nou a onze mesos. A més, per a poder accedir al programa, els interns han de complir una sèrie de requisits (Rivera *et al.*, 2006):

- participació voluntària,
- ser home,
- estar complint condemna per delictes sexuals,
- trobar-se proper a la progressió a règim obert (tercer grau o llibertat condicional) o gaudir de permisos de sortida habitualment,
- tenir entre divuit i seixanta anys,
- no tenir causes pendents,
- presentar un nivell d'intel·ligència adequat (quocient intel·lectual superior a 80), i saber llegir i escriure,
- no patir cap trastorn mental o malaltia física que interfereixi en la seva participació en el programa.

Els objectius principals del programa són (Garrido i Beneyto, 1996):

- Afavorir una anàlisi més realista de la pròpia conducta delictiva en els participants
- Millorar les seves capacitats i habilitats de relació personal
- Promoure les oportunitats de reinserció i de desistiment

El PCAS es divideix en dues fases diferents: l'avaluació i el tractament. La fase d'avaluació es duu a terme abans i després de la fase de tractament, i se centra a analitzar el funcionament sexual i les preferències sexuals desviades (conducta sexual), l'ajust i les competències socials (funcionament social), i les creences i actituds que justifiquen o promouen els delictes sexuals (distorsions cognitives) dels participants en el programa. La fase de tractament es distribueix en diversos mòduls centrats en la modificació, mitjançant l'aplicació de diverses tècniques, dels factors de risc específics d'aquesta tipologia delictiva. Els mòduls i objectius es resumeixen en la taula 6.

Taula 6. Mòduls i objectius del PCAS

Mòdul	Objectius
Entrenament en relaxació	Aprenentatge i pràctica progressiva en tècniques de relaxació com a estratègia d'afrontament
Anàlisi de la història personal	Anàlisi crítica i identificació d'experiències vitals que influeixen en el comportament actual
Distorsions cognitives	Detecció, invalidació i substitució d'esquemes, pensaments i creences errònies i disfuncionals relacionats amb la violència sexual; reestructuració cognitiva
Consciència emocional	Promoció de la consciència, identificació, expressió i gestió emocional; anàlisi de la relació entre pensament, emoció i conducta
Comportaments violents	Reflexió, definició i identificació de la violència, factors i conseqüències associades; anàlisi funcional de la conducta
Mecanismes de defensa	Reflexió i confrontació de les excuses o accions utilitzades per a justificar el delicte; reconeixement de la pròpia conducta delictiva
Empatia envers la víctima	Desenvolupament i promoció de l'empatia envers els altres i envers la víctima; responsabilització davant el delicte
Estil de vida positiu	Millora de les habilitats i hàbits que fomentin un equilibri físic i mental, a més d'un estil de vida saludable (estil de vida positiu, administració del temps, alimentació i exercici) en el medi social del subjecte
Educació sexual	Adquisició de coneixements fiables i veraçs sobre la sexualitat; desenvolupament d'actituds positives; destrucció de mites i tabús; comprensió global de la sexualitat
Modificació de l'impuls sexual	Desenvolupament de recursos i estratègies per a l'afrontament d'impulsos i desitjos sexuals desviats
Prevenició de recaigudes	Aprenentatge del model cognitivoconductual del procés de recaiguda i la seva aplicació pràctica en el cas particular; identificació de factors de risc; detecció de decisions aparentment irrelevants; entrenament en habilitats d'afrontament adaptatives

Des de 2015, Espanya disposa d'un programa psicoeducatiu per a l'abordatge terapèutic de les persones que han de complir una mesura penal alternativa per la comissió d'un delictes de possessió o distribució de pornografia infantil. Aquest programa, denominat «Fora de la Xarxa» (Herrero, Negredo, Lila, García, Pedrón i Terrers, 2015) és el fruit de la revisió i anàlisi d'altres programes similars i de la literatura empírica disponible sobre els usuaris d'imatges abusives de menors en la Xarxa. Els objectius que persegueix aquest programa de tractament són (Herrero *et al.*, 2015):

- Afavorir l'adherència i predisposició al tractament mitjançant un enfocament positiu d'aquest.
- Intervenir en els factors de risc dinàmics característics dels usuaris de pornografia infantil.
- Instaurar pautes de funcionament psicològic adequades en els aspectes relacionats amb la pornografia infantil.
- Reduir el risc de reincidència, com també d'una escalada delictiva cap a l'abús real de menors.

El programa es divideix en sessions grupals i individuals, la durada total de les quals és de deu mesos. Com hem vist en altres programes específics, consta de tres fases:

1) Fase d'avaluació i motivació: centrada a facilitar i augmentar la motivació al canvi, vèncer possibles resistències i crear un pla motivacional ajustat a cadascun dels participants (Pla Motivacional Individualitzat o PMI).

2) Fase d'intervenció: modificació de les necessitats criminògenes dels participants mitjançant vuit mòduls terapèutics (experiències vitals, anàlisi funcional de la conducta, autoregulació emocional, educació sexual, empatia, reestructuració cognitiva, entrenament en habilitats socials, autoestima, modificació de l'impuls sexual desviat i prevenció de recaigudes).

3) Fase de seguiment: es duu a terme una sessió individual amb l'objectiu de revisar l'evolució dels canvis efectuats, i determinar el nivell de consecució i manteniment dels objectius marcats en el PMI.

Delictes contra la seguretat viària

A diversos països del món, els programes d'intervenció per a les persones que han comès delictes contra la seguretat viària s'apliquen des dels anys vuitanta (Slootmans, Martensen, Kluppels i Meesmann, s/d). A partir de l'evidència que assenyala que el simple càstig no és efectiu per a la reducció de la reincidència en aquest tipus d'infraccions (Blom, Bergman i Wartna, 2011; Elvik i Christensen, 2007), es fa patent la necessitat de complementar-lo amb una

aproximació psicològica que abordi el problema. La majoria d'aquests programes es duen a terme en format grupal, i en alguns casos són sessions individuals pre i posttractament. L'objectiu que persegueixen és que els participants adoptin actituds i comportaments més segurs a la carretera i operen en cinc àrees (Niringiyimana i Brion, 2018): educació, sanció, monitoratge, avaluació i tractament. Molts dels programes es dirigeixen als individus que han comès delictes contra la seguretat en el trànsit sota la influència de les substàncies tòxiques (principalment alcohol) i són de dos tipus:

- Educatius, centrats en el desenvolupament de nous coneixements sobre determinats temes relacionats amb la conducta al volant per a promoure el canvi d'actituds i la percepció del risc (p. ex. riscos de la conducció sota els efectes de les substàncies i la pròpia conducta imprudent, conseqüències associades, impacte de l'alcohol i altres substàncies sobre l'organisme, etc.).
- Psicològics, que emfatitzen el canvi conductual a partir del desenvolupament d'habilitats i recursos d'afrontament davant situacions de risc des de la perspectiva cognitivoconductual.

En alguns casos, els programes combinen totes dues modalitats, adopten un enfocament psicoeducatiu i es complementen amb altres mesures, com els dispositius de bloqueig encès del vehicle o proves per a la recuperació de la llicència de conducció (Niringiyimana i Brion, 2018).

Actualment, a Espanya no es disposa de cap programa marc de tractament especialitzat dins dels centres penitenciaris per a la rehabilitació dels interns condemnats per delictes contra la seguretat viària. No obstant això, el fet que aquest tipus d'infractors tendeixin a ingressar a la presó amb condemnes curtes o molt curtes indica la necessitat de disposar d'una intervenció ràpida i intensiva que permeti promoure un canvi actitudinal i conductual que reduïxi el risc de reincidència delictiva. El programa es troba en fase de disseny (Ministeri de l'Interior – Secretaria General tècnica, s/d Sotsdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat, 2011) i hauria d'incloure, dins dels objectius específics, els següents: l'augment de la responsabilització sobre la conducta delictiva, el coneixement del propi comportament de conducció i els factors de risc associats, el desenvolupament de recursos que promoguin la presa de decisions adaptatives, l'augment de la sensibilització i l'empatia envers les víctimes i les conseqüències associades als accidents de trànsit.

En l'àmbit de les penes i mesures alternatives, el Programa d'Intervenció Psicoeducativa en Seguretat Viària (PROSEVAL) és l'indicat per als condemnats per delictes contra la seguretat del trànsit. Actualment, el desenvolupament del PROSEVAL té com a destinataris les persones condemnades a més de seixanta jornades de TBC i els qui han estat sotmesos a la suspensió de penes privatives de llibertat amb l'obligació de participar en un programa específic de tractament per a la seva tipologia delictiva (Instituciones Penitenciarias, 2017).

L'objectiu que persegueix el programa és augmentar la seguretat viària mitjançant la rehabilitació dels conductors amb la sensibilització i el canvi cognitiu, emocional i conductual.

Es tracta d'un programa d'intervenció psicoeducativa de 74 hores que es distribueix en sessions setmanals durant aproximadament vuit mesos. Consta d'una primera fase educativa que es duu a terme durant els dos primers mesos i d'una segona fase terapèutica durant els sis mesos restants.

Els continguts de la fase educativa es divideixen en quatre grans blocs:

- 1) sensibilització,
- 2) factors de risc,
- 3) promoció de valors,
- 4) habilitats i recursos d'afrontament.

Entre els objectius específics que persegueix la fase educativa trobaríem els següents: la sensibilització enfront de la sinistralitat viària, l'increment de la influència de la pròpia conducta viària sobre la societat, o la promoció de la motivació al canvi, entre altres.

La fase psicoterapèutica té com a objectiu la modificació d'emocions, pensaments, creences, actituds i comportaments antisocials en el trànsit mitjançant l'ús de tècniques cognitivoconductuals.

Finalment, es duu a terme una sessió final de seguiment per a determinar l'eficàcia del programa.

2.2.3. Dones

Atesa la seva baixa representació dins de la població penitenciària, l'oferta de programes de tractaments específics per a les dones internes a la presó és escassa. No obstant això, l'evidència empírica assenyala que les dones presenten una sèrie de necessitats criminògenes (p. ex. major taxa de delictes no violents, de problemes relacionats amb el consum de substàncies i d'història de victimització prèvia en la infància) i patrons de carrera delictiva diferents dels seus homòlegs masculins, fet que justifica el desenvolupament de programes concrets per a aquesta població (Bloom i Covington, 1998; Cortoni i Gannon, 2013). En l'àmbit internacional, el Canadà constitueix un exemple pioner en el desenvolupament de programes per a dones delinqüents. Així, algunes d'aquestes experiències centrades en la intervenció amb la població penitenciària femenina són (Loinaz, 2016):

- a) el tractament enfocat en el processament dels esdeveniments traumàtics i el desenvolupament d'habilitats d'afrontament;
- b) programes generals d'entrenament de diverses habilitats de competència social, regulació emocional i autosuficiència;
- c) programes especialitzats per a dones amb problemes de consum de substàncies o que han comès delictes violents (inclosos els sexuals o contra la parella).

En el context penitenciari espanyol, disposen de dos programes dirigits a aquest col·lectiu (Instituciones Penitenciarias, 2018). El primer és el programa «*Ser dona*», centrat en la prevenció i el tractament de la violència de gènere mitjançant el desenvolupament de la independència i l'autonomia personal de les internes, proveint-les de recursos i habilitats. Per a això, el programa s'estructura a través de les unitats següents (Instituciones Penitenciarias, 2018): construcció de les identitats de gènere, autoestima, sexualitat, relacions de parella i mites de l'amor romàntic, violència de gènere, habilitats de competència social, prevenció i recursos.

El segon és el Programa d'intervenció amb mares, dirigit a internes amb fills, que es focalitza a garantir el benestar cognitiu i emocional dels menors, com també a facilitar les relacions maternofilials positives, permetent que es desenvolupin en diverses unitats situades dins del centre penitenciari: unitats dependents, unitats de mares, escoles infantils, mòdul familiar i unitats externes de mares.

2.2.4. Altres col·lectius

A continuació tractarem d'altres col·lectius i la intervenció en aquests:

1) **Trastorns mentals.** L'objectiu principal de la intervenció amb delinqüents que pateixen un trastorn mental és reduir la problemàtica conductual, cognitiva i emocional associada a la malaltia. A causa de les característiques cròniques dels trastorns mentals més greus, és necessari que el tractament (Hodgins, 2004):

- a) sigui de llarga durada;
- b) inclogui múltiples components centrats a promocionar l'autonomia i l'adaptació social;
- c) estigui adequadament coordinat amb els serveis socials, i
- d) permeti la derivació posterior a recursos comunitaris després del compliment de la condemna.

Lectura recomanada

Podeu trobar una extensa revisió del tema en l'article d'I. Loinaz (2016). Cuando «el» delincuente es «ella»: intervención con mujeres violentas. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 41-50.

Aquests tractaments solen ser de tipus farmacològic o psicològic, o bé la combinació de tots dos. En determinats casos, la intervenció pot consistir en l'internament d'aquestes persones en comunitats terapèutiques o hospitals psiquiàtrics penitenciaris.

Com passa en altres països, a Espanya, després de l'avaluació i el diagnòstic posterior, l'objectiu de la intervenció amb persones que pateixen una malaltia mental és reduir o millorar la simptomatologia associada al trastorn per a disminuir el risc de reincidència delictiva mitjançant el Programa d'Atenció Integral a Malalts Mentals (PAIEM). Es tracta d'una intervenció integral, que emfatitza la pràctica d'activitats terapèutiques i ocupacionals duta a terme per un equip multidisciplinari de professionals.

2) Interns discapacitats. Hi ha diverses experiències internacionals en matèria de rehabilitació que han adaptat alguns programes de tractament a les característiques i necessitats pròpies dels presos amb discapacitat intel·lectual o del desenvolupament. Aquestes intervencions utilitzen tècniques cognitivoconductuals centrades en l'entrenament de l'autoregulació emocional, reestructuració cognitiva, reducció de l'activació i entrenament en habilitats interpersonals (Lindsay i Taylor, 2008). Entre tots, destaquen els dirigits a la conducta violenta, els delictes sexuals o actes sexuals inadequats i els relacionats amb els comportaments incendiàries. A Espanya, el Programa d'Intervenció amb Interns amb Discapacitat té com a objectius la detecció primerenca de casos de discapacitat intel·lectual, física o sensorial per a facilitar l'adequació de les instal·lacions, condicions i programes a les seves necessitats específiques. Es dirigeixen a treballar terapèuticament les àrees següents (Institucions Penitenciàries, 2018): personal (adquisició o consolidació d'hàbits de vida sana i autonomia personal), psicosocial-relacional (habilitats socials, sortides terapèutiques, entrenament emocional, estimulació cognitiva i educació en valors), familiar (promoció de les comunicacions i relacions familiars, recursos socials i suport extern), educativa (adquisició de coneixements bàsics) i laboral (amb programes ocupacionals). També disposen de mesures assistencials i altres intervencions sanitàries.

3) Prevenció de suïcidis. Atès que el risc de suïcidi en la població penitenciària és significativament més elevat que en la població general (Fazel, Grann, Kling i Hawton, 2011), alguns països han desenvolupat programes integrals per a detectar i avaluar els interns que presenten una probabilitat més elevada de conductes autolítiques i suïcides i intervenir-hi. Generalment, es duen a terme avaluacions inicials en el moment de l'ingrés a la presó (atès que molts casos es produeixen durant aquesta etapa) i supervisions contínues al llarg de la seva estada al centre penitenciar per a detectar situacions de risc (p. ex. davant canvis de situacions interpersonals, familiars o penitenciaris). Per a això, el personal tècnic i els funcionaris reben formació específica, que es complementa amb la inclusió d'interns de suport que s'encarreguen d'identificar els casos de més risc i de donar-ne l'alerta (Lasko i Posick, 2016).

El context penitenciari espanyol també disposa d'un programa d'aquest tipus, que vol prevenir les conductes suïcides en grups de risc i detectar interns que presentin problemes associats a comportaments autolesius per a engegar pautes d'intervenció per a la seva vigilància, tractament i sanitat mitjançant protocols d'intervenció específics.

4) Adults joves. En general, els programes destinats a joves delinqüents se centren a millorar els dèficits interpersonals i de resolució de conflictes responsables de l'inici i el manteniment de la conducta antisocial, modificar els processos cognitius implicats i millorar les pautes de comunicació i interacció entre els diferents contextos (principalment la família) en els quals es mouen. Per a això, recorren a tècniques basades en el model cognitivoconductual i a la teràpia familiar sistèmica.

En el cas d'Espanya, els delinqüents d'entre divuit i vint-i-cinc anys disposen d'un programa específic d'intervenció centrat en el desenvolupament d'habilitats de pensament que els permetin moure's d'una manera més ajustada en l'àmbit personal i social. Així mateix, els proporciona educació intensiva i la capacitat necessària per a la seva inserció laboral. La part comuna de la intervenció inclou les àrees següents: formació acadèmica, esportiva-recreativa, laboral i cultural, higienicosanitària, oci i temps lliure, sociofamiliar i preparació per a la vida en la comunitat. La part específica es duu a terme mitjançant el programa de pensament prosocial en versió curta per a joves (Alba *et al.*, 2005b) que cerca reduir el risc de reincidència delictiva mitjançant el desenvolupament d'habilitats, actituds i valors utilitzant tècniques cognitives.

5) Estrangers. Atès que les persones estrangeres que es troben privades de llibertat poden presentar necessitats socials i personals específiques, l'objectiu del tractament ha de centrar-se, no solament a promoure'n l'adaptació durant l'estada a la presó, sinó també a facilitar-ne la reintegració social una vegada siguin alliberats, independentment que restin al territori on van ser empresonats o que tornin als països d'origen. En la mateixa línia, el *Programa d'Intervenció amb Interns Estrangers* (Instituciones Penitenciarias, s/d) que es duu a terme a les presons espanyoles té com a objectiu facilitar la integració de les persones estrangeres en l'àmbit penitenciari i, posteriorment, en la societat. Els programes generals se centren a proporcionar-los formació i educació, mentre que els programes específics cerquen fomentar el seu desenvolupament personal i la integració social. Com a objectius específics persegueixen reduir l'aïllament, superar les barreres lingüístiques, proporcionar una educació integral, facilitar informació jurídica i valors democràtics i respectar la diversitat mitjançant activitats culturals obertes.

6) Altres addiccions. A més dels programes específics sobre conductes addictives relacionades amb les substàncies descrits més amunt, les presons espanyoles també disposen d'intervencions concretes en l'addicció al tabac des d'un enfocament educatiu, psicosocial i conductual. De la mateixa manera, disposen d'un Programa Específic de Joc Patològic (Instituciones Penitenciari-

as, 2017) per a tractar els problemes de ludopatia mitjançant l'ús de tècniques cognitivoconductuals (exposició, control de resposta, habilitats d'afrontament i autocontrol).

2.2.5. Altres programes

Finalment, podem recordar altres programes:

- **Programes d'acolliment i motivació.** Se centren a establir el contacte inicial entre l'intern que ingressa a la presó i els professionals encarregats del seu tractament i la seva salut (educadors, treballadors socials, psicòlegs i metges) per a establir intervencions sanitàries o farmacològiques inicials o mantenir el tractament iniciat prèviament a l'exterior. Així mateix, després de l'avaluació inicial i l'elaboració del pla individualitzat de tractament (PIT), s'ofereix a l'intern informació sobre els programes d'intervenció disponibles als quals pot incorporar-se de manera voluntària.
- **Programes lúdics i recreatius.** Proporcionen a l'intern activitats alternatives per a ocupar el temps d'oci i adquirir o millorar determinades competències o habilitats personals.
D'una banda, les activitats socioculturals se centren en la creació (tallers d'expressió artística i de comunicació) o difusió cultural (intercanvi d'experiències amb la comunitat) i la formació i motivació (de desenvolupament d'actituds prosocials).
D'altra banda, les activitats esportives poden ser recreatives (de desenvolupament d'interessos esportius propis), competitives (promoció d'activitats físiques federades i campionats o tornejos interns i entre centres) i de formació i motivació esportiva (creació d'escoles esportives).
Aquests programes poden servir com a complement o suport a un altre tipus d'intervencions terapèutiques.

3. Programes de tractament per a infractors juvenils: intervenció educativa i terapèutica

Una de les premisses de les quals hem de partir quan parlem de la intervenció amb joves és que el seu comportament antisocial i delictiu té un origen multicausal. Per tant, l'enfocament que ha d'adoptar-se per a la prevenció de la delinqüència juvenil ha de centrar-se a intervenir sobre diverses àrees de funcionament del jove. Així doncs, disposem d'intervencions primerenques dirigides a modificar alguns factors de risc que promouen l'inici de les carreres delictives.

Exemples d'aquests programes són els dirigits a millorar els dèficits familiars i de criança, com els programes d'entrenament a pares o les visites d'ajuda domiciliària per a famílies en risc; o amb nens en risc mitjançant l'entrenament en habilitats socials o d'estimulació intel·lectual (Redondo, 2017). En relació amb els adolescents, també hi ha programes d'intervenció escolar, laboral i comunitària. No obstant això, la intervenció amb els joves que cometes actes antisocials ha de ser integral, és a dir, centrar-se en la modificació de múltiples factors de risc per a ser efectius i, igual que ocorre en el cas dels delinqüents adults, ha d'ajustar-se a les característiques del jove al qual va dirigit (individualització). En aquest cas, els tractaments multimodals i integradors que intervenen sobre aspectes individuals, familiars i comunitaris són els que mostren més eficàcia (Schaeffer i Borduin, 2005).

La teràpia multisistèmica constitueix un dels programes de tractament de referència en el cas dels infractors juvenils (MST; Henggeler i Borduin, 1990; Henggeler *et al.*, 1998) i ha demostrat la seva eficàcia en la reducció de la reincidència a curt i llarg termini (Schaefer i Borduin, 2005). No obstant això, tal com assenyalen Boxer i Frick (2008), de vegades, les característiques de l'MST en dificulten l'aplicació en determinats contextos (p. ex. en joves interns) perquè impliquen la participació activa de diversos sistemes comunitaris (p. ex. pares i escola).

L'MST constitueix un programa de tractament intensiu basat en la intervenció familiar i comunitària que se centra en la modificació de múltiples factors de risc associats a la conducta antisocial dels menors i joves. Es va desenvolupar inicialment en els anys setanta com un model de tractament integral basat en l'evidència empírica. El fonament teòric de l'MST sustenta la seva explicació de la conducta en la teoria de l'ecològica social de Bronfenbrenner (1979) i els sistemes familiars pragmàtics (Minuchin, 1974). Des d'aquesta perspectiva, consideren que els diferents sistemes (família, escola, amistats i comunitat) amb els quals interacciona el menor influeixen sobre la qualitat del seu desenvolupament.

lupament i el seu comportament. D'aquesta manera, els comportaments problemàtics del jove s'inicien i es mantenen per les transaccions problemàtiques intra i intersistemes. Per tant, la intervenció se centra a modificar aquestes interaccions recíproques dins de la família, i entre la família i altres sistemes (p. ex. família i escola) en el context natural del jove, la família i els serveis de la comunitat. El desenvolupament i la implementació de la intervenció s'ajusten a les necessitats específiques del menor i la seva família. Així mateix, la conceptualització del problema conductual del menor es guia per nou principis (Edwards *et al.*, 2001, Redondo, 2017):

- 1) L'objectiu principal de l'avaluació és comprendre l'encaix entre els problemes identificats i els seus contextos sistèmics més amplis.
- 2) Els contactes terapèutics emfatitzen els aspectes positius i utilitzen les forces sistèmiques com a palanques de canvi.
- 3) Les intervencions estan dissenyades per a promoure la conducta responsable i disminuir la irresponsable entre els membres de la família.
- 4) Les intervencions estan centrades en el present i orientades a l'acció, abordant problemes específics i ben definits.
- 5) Les intervencions es dirigeixen a seqüències de conductes intra i intersistemes que mantenen els problemes identificats.
- 6) Les intervencions són evolutivament apropiades i s'ajusten a les necessitats de desenvolupament del jove.
- 7) Les intervencions estan dissenyades de manera que requereixen esforços diaris o setmanals per part dels membres de la família.
- 8) S'avalua de manera contínua l'eficàcia del tractament des de múltiples perspectives i els terapeutes assumeixen la responsabilitat de superar les barreres que dificulten la consecució de resultats.
- 9) Les intervencions es dissenyen per a promoure la generalització del tractament i el manteniment del canvi terapèutic a llarg termini, enfortint els recursos que siguin necessaris per a atendre les necessitats dels membres de la família en múltiples contextos sistèmics.

L'MST utilitza tot un ventall de tècniques d'eficàcia empírica provada, entre les quals s'inclouen les cognitivoconductuals i altres aproximacions psicoterapèutiques pragmàtiques i centrades en el problema. Les sessions es duen a terme en el context natural del menor (casa, escola, llocs d'oci, etc.) i tenen una durada aproximada de tres a cinc mesos. El terapeuta es fa càrrec d'entre

quatre i sis famílies i manté contactes intensius (de vegades diaris) amb elles i els menors. Així mateix, rep una extensa formació i disposa de supervisions i suport clínic.

Una altra de les teràpies familiars amb un suport empíric extens que es duen a terme amb joves delinqüents és el *Tractament Multidimensional de Teràpia Familiar* (MTFC; Chamberlain, 2003). Es tracta d'un programa creat originalment en el context americà que s'ha anat expandint al llarg d'altres països europeus. Està dirigit als menors que presenten problemes greus de criança (maltractament o negligència) i les seves famílies, com també problemes conductuals, de delinqüència juvenil o trastorn mental que requereixen un nivell de suport i supervisió elevat. Disposa de subprogrames específics adaptats a l'etapa evolutiva del menor (Chamberlain i Smith, 2003; Fisher, Burraston i Pears, 2005): nens en edat preescolar (3-5 anys), edat escolar (6-12 anys) i adolescents (12-18 anys). Està pensat perquè els menors en acolliment familiar i els que provenen de justícia juvenil puguin continuar vivint en la seva pròpia comunitat i ser atesos en un context familiar real, amb pares d'acolliment que han estat específicament entrenats per a això. Al seu torn, els pares biològics o cuidadors del menor també reben entrenament en habilitats parentals similars a les que rep el nen en l'entorn d'acolliment, amb l'objectiu de garantir la coherència de les mateixes pràctiques educatives i de criança que permetin l'ajust psicosocial del menor en l'àmbit familiar i escolar a llarg termini. L'MTFC s'encarrega del següent (Fisher i Gilliam, 2012):

- Reclutar i formar els pares d'acolliment
- Proporcionar serveis per als pares d'acolliment durant el programa:
 - Desenvolupar el pla de tractament inicial diari i individualitzat
 - Identificar problemes específics
 - Proporcionar supervisió i suport diari telefònic, mitjançant grups de suport setmanals i en situacions d'emergència
 - Proporcionar suport conductual al centre educatiu del menor
- Facilitar serveis per als menors:
 - Programes de maneig de conducta dividits en nivells ajustats a l'edat del menor i en funció del grau d'autonomia i assumpció de responsabilitats assolides. Per a això recorren a tècniques cognitivoconductuals, com per exemple l'economia de fitxes, control d'estímuls, reforçament, entrenament en resolució de problemes i altres habilitats pro-socials.
- Proveir de serveis per als pares biològics i altres recursos d'ubicació a llarg termini:

- Formació en habilitats parentals i de conducta similars a les de la llar d'acolliment
- Suport i supervisió fins a aconseguir l'estabilitat del menor a la llar

L'MTFC parteix de la premissa que els tractaments que es duen a terme en el context familiar i comunitari són més efectius a llarg termini per a la reducció i prevenció de les alteracions conductuals dels joves i per això constitueix una alternativa a les intervencions que es duen a terme en contextos més restrictius.

3.1. Intervenció en justícia juvenil

Tal com assenyala l'Oficina de les Nacions Unides (2013), les intervencions que es duen a terme amb els joves que han comès delictes han de tenir en compte una sèrie d'aspectes clau per a maximitzar-ne l'eficàcia (UNODC, 2013):

- Adoptar una perspectiva evolutiva que tingui en compte les diferents etapes vitals de desenvolupament del menor.
- Incloure el paper actiu de l'entorn familiar, escolar i comunitari.
- Ser principalment de naturalesa educativa i centrats en les pròpies necessitats i circumstàncies que envolten aquests menors infractors.
- Promoure l'aplicació de mesures alternatives i programes de llibertat anticipada enfront de l'internament.
- Aplicar l'internament com a últim recurs i el menor temps possible.

A Espanya, per exemple, els programes de tractament i intervencions educatives específiques amb aquests joves es poden classificar en diverses categories, que combinen múltiples activitats i incideixen sobre diversos factors de risc. El quadre elaborat per Redondo (2017) sintetitza de manera molt completa aquestes intervencions (taula 7).

Taula 7. Activitats i intervencions disponibles en el sistema de justícia juvenil espanyol

Teoria de la intervenció	Activitats desenvolupades	Factors de risc relacionats amb les intervencions
Activitats educatives i escolars	Cursos de neoelectors i d'alfabetització Cursos de formació reglada Tallers d'alfabetització i castellà per a estrangers Tallers d'escriptura Taller de foment de la lectura Taller de noves tecnologies	Dèficit en habilitat lectora Baix rendiment acadèmic Desvinculació/fracàs escolar Absentisme escolar Abandó de l'escola secundària

Edat de responsabilitat penal a Espanya

A Espanya, l'edat de responsabilitat penal en els menors se situa entre els catorze i els divuit anys (Llei de responsabilitat penal del menor, 5/2000) i les mesures que es poden imposar als menors infractors, a més de perseguir un objectiu sancionador, han de complir una finalitat educativa.

Teoria de la intervenció	Activitats desenvolupades	Factors de risc relacionats amb les intervencions
Activitats prelaborals i laborals	Tallers prelaborals i cursos de formació ocupacional Programa d'experiències professionals per a l'ocupació Programa d'orientació i inserció laboral Tallers de tècniques de cerca d'ocupació Habilitats socials específiques per a l'ocupació Plans ocupacionals	Dèficit en aspiracions laborals Inestabilitat laboral Desocupació freqüent
Activitats d'educació psicossocial	Capacitació domèstica Programa «Estalvia't la presó» Prevenció de la violència de gènere Relacions interpersonals Educació afectivosexual Prevenció de la violència familiar Educació maternal Seguretat viària Prevenció de drogodependències Prevenció de conductes violentes Prevenció de conductes xenòfobes Cura d'animals Dilemes morals i valors	Hostilitat i irritabilitat Impulsivitat Propensió a mentir i enganyar Assetjament a altres Baixes habilitats interpersonals Falta d'empatia/altruisme Locus de control extern Creences i actituds antisocials Dèficit de raonament moral Dèficit en <i>role-taking</i> i <i>role-playing</i> Autoestima/autoconcepte baixos
Intervencions psicoterapèutiques i tractaments	Programa específic per a la prevenció del maltractament familiar Tractament del consum de substàncies tòxiques Programa de maneig de l'agressivitat Programa de maneig de la hiperactivitat Programa de control d'impulsos i habilitats socials Programa específic per a delictes d'agressió sexual Programa específic per a delictes de violència familiar Programa específic per a menors sotmesos a mesures de llarga durada per delictes greus i de gran alarma social Programa de tractament basat en el sistema de crèdits positius/negatius Programa de mediació i resolució de conflictes Programa de gestió del risc de reincidència	Mateixos factors de risc anteriors quan estan consolidats

Teoria de la intervenció	Activitats desenvolupades	Factors de risc relacionats amb les intervencions
Activitats i intervencions en salut i trastorns mentals	Educació per a la salut: primers auxilis, hàbits higiènics i dietètics, creences sobre el consum de tabac, alcohol i altres drogues Revisions mèdiques Tramitació de targetes sanitàries Tractament de patologies físiques del menor Tractament de prevenció de trastorns mentals Trastorns sexuals Taller de prevenció del VIH	Problemes d'atenció Trastorn d'estrès posttraumàtic Esquizofrènia Tendències suïcides Dèficit d'atenció amb hiperactivitat
Activitats d'oci i temps lliure	Programa d'optimització del temps d'oci Temps lliure organitzat (activitats culturals, esportives, socialitat, etc.) i no organitzat (limitacions en horaris, amistats, llocs, etc.) Taller d'educació física i esportiva Visites a diferents sales d'oci i festes Relació amb el grup Jocs i lectura	Pocs amics Amics delinqüents Pertinença a banda juvenil Tendència a l'avorriment Cerca de noves experiències i sensacions
Activitats i intervencions amb els menors i les seves famílies	Promoure la implicació de la família Programa de suport familiar Programa d'atenció a conductes violentes dins de l'àmbit familiar Sessions dissenyades per a la millora de les relacions paternofiliales i maternofiliales Intervenció amb grups de pares i mares Programa d'entrenament a pares i mares Intervenció sobre les relacions familiars Expressió de les emocions i sentiments	Baixos ingressos familiars Dependència social Famílies monoparentals Famílies nombroses i incompetència parental Tensió Desacord familiar Conflicte entre pares i fills Maltractament infantil Criança inconsistent/punitiva/abandó/rebuig

Font: Redondo (2017)

3.2. Programes de tractament per a infractors juvenils

Com passa amb els delinqüents adults, hi ha intervencions dirigides a joves dissenyades per al tractament de conductes antisocials específiques. En l'àmbit internacional, disposem de programes especialitzats per a l'abordatge dels temes següents (Hoge, Guerra i Boxer, 2008):

- la conducta violenta;
- l'activitat il·lícita derivada de la pertinença a bandes o grups delictius;
- la violència sexual;
- els infractors amb problemes de consum de substàncies, salut mental o victimitzacions traumàtiques prèvies;
- els joves amb necessitats educatives especials, i

- les dones.

Molts d'aquests programes inclouen tècniques conductuals i cognitivoconductuals, encara que el desitjable seria que també incorporessin la participació activa de la família com un element clau de la intervenció per a maximitzar-ne l'eficàcia (Guerra, Kim i Boxer, 2008).

Quant als programes de tractament per a delinqüents juvenils a Espanya, disposem d'intervencions específiques per a l'abordatge de diverses conductes antisocials i necessitats terapèutiques, amb els manuals o guies d'aplicació respectius (Agència de la Comunitat de Madrid per a la Reeducació i Reinserció del Menor Infractor, 2018; Redondo, 2017):

1) Programes genèrics

Aquest tipus de programes combinen les sessions grupals i individuals i se centren a dotar els joves d'habilitats, recursos i actituds prosocials mitjançant el seu entrenament utilitzant diverses tècniques i activitats (autocontrol, pensament autocrític, habilitats socials, habilitats de resolució de problemes interpersonals, raonament crític, prevenció del consum de substàncies, enfortiment de l'entorn familiar, etc.) perquè puguin moure's de manera competent en diversos contextos i situacions socials. A Espanya, destaquen els següents:

- *Programa de pensament prosocial* (Alba *et al.*, 2005; Garrido i López, 2005).
- *Programa de desenvolupament personal i competència social* (Sánchez i Alonso, 2008).
- *Taller d'habilitats socials* (Franco *et al.*, 2008).
- *Educació en valors* (Franco *et al.*, 2008).
- *Programa central de tractament educatiu i terapèutic per a menors infractors* (Graña i Rodríguez, 2011).
- *Intervenció terapèutica amb delinqüents juvenils* (Intervenció terapèutica amb delinqüents juvenils; Cerdà *et al.*, en preparació).

2) Violència contra la parella

- *Programa de violència en la relació de parella* (VIOPAR; Agència per a la Reeducació i Reinserció del Menor Infractor, 2010). Es tracta d'un programa específic per a la intervenció amb menors que han exercit violència contra la parella. Es desenvolupa en format grupal i individual per mitjà de set mòduls centrats en els temes següents: identificació i expressió emocional, modificació de distorsions cognitives, maneig de la ira, habilitats de comunicació i de relació. Addicionalment, inclou sessions d'intervenció familiar per a la detecció de dinàmiques intergeneracionals violentes en la família del menor i la seva modificació mitjançant l'entrenament en estratègies de relació i resolució de conflictes alternatius a la violència. Així

mateix, preveu la intervenció en parella per a valorar el paper que exerceix la violència dins de la dinàmica relacional.

3) Infractors sexuals juvenils

- *Programa educatiu i terapèutic per a agressors sexuals juvenils* (Redondo, Pérez, Martínez, Benedicto, Roncero i León, 2012). Les trenta-cinc sessions de què consta aproximadament aquest programa es duen a terme en format grupal i individual i se centren en la reducció del risc de reincidència sexual mitjançant la modificació de les necessitats terapèutiques dels joves que han comès delictes de naturalesa sexual. Intervenien sobre el desenvolupament de l'autoestima, de l'educació sexual, d'habilitats per a les relacions afectives, la modificació de les distorsions cognitives, l'autocontrol emocional i la modificació de l'impuls sexual, l'empatia i la solidaritat envers la víctima i la prevenció de recaigudes.

4) Violència filioparental

- *Tractament educatiu i terapèutic per maltractament familiar ascendent* (González-Álvarez *et al.*, 2013). Es tracta d'un programa grupal i individual que combina la intervenció amb el menor, els pares i el nucli familiar més ampli per reduir les conductes violentes i millorar les interaccions familiars. Els mòduls dels quals es compon se centren en el següent: foment de la motivació al canvi, conceptualització de la conducta violenta, actituds i distorsions cognitives, gestió emocional i empatia, entrenament en conductes alternatives a la violència (habilitats de comunicació i solució de problemes) i prevenció de recaigudes.

5) Consum de substàncies tòxiques

- *Programa «ENLLAÇ» d'intervenció en el consum de drogues* (Agència per a la Reeducació i Reinserció del Menor Infractor i CES Projecte Home, 2011). Es tracta d'un model d'intervenció per a prevenir el consum de substàncies psicoactives en menors que es troben en centres d'execució de mesures judicials d'internament en centres i cerca, mitjançant una intervenció educativoterapèutica, el desenvolupament maduratiu mitjançant l'abordatge de les conductes de risc associades al consum dels menors. El contingut dels mòduls s'estructura a partir del model transteòric de Prochaska i DiClemente centrat en la motivació al canvi, la caracterització de la conducta de consum, la presa de consciència i les estratègies de prevenció.
- *Prevenció del consum de drogues* (Franco *et al.*, 2008). Es tracta d'un programa flexible, la durada i intervenció del qual s'ajusta a les necessitats terapèutiques de cada usuari (menors i joves de centres de dia) mitjançant la intervenció psicoeducativa sobre l'efecte de les substàncies en el sistema

nerviós central, les estratègies de prevenció i la gestió de l'oci i el temps lliure.

6) Seguretat viària

- *Educació i seguretat viària* (Franco *et al.*, 2008). Programa de durada variable i adaptat a les necessitats de menors i joves usuaris de centres de dia que han dut a terme conductes infractores contra la seguretat viària. Els sis mòduls sobre els quals gira la intervenció són els següents: llicències, permisos de conducció i assegurança obligatòria; senyals de trànsit; normes de circulació; seguretat viària; prevenció i primers auxilis; publicitat i conducció.

7) Bandes juvenils

- *Programa per a la intervenció amb menors vinculats a agrupacions juvenils de carrer o bandes llatines* (Agència per a la Reeducació i Reinserció del Menor Infractor, en preparació). Aquest programa vol prevenir nous comportaments violents intergrupals i fomentar el procés de canvi, intervenint sobre els factors de risc associats a l'acostament o vinculació a grups violents.

8) Menors amb fills

- *Programa de paternitat responsable* (PARES; Agència per a la Reeducació i Reinserció del Menor Infractor, 2010). Dirigit a menors adolescents que tenen fills o seran pares pròximament i estan complint algun tipus de mesura judicial d'internament en règim semiobert i obert. Té com a objectiu educar i proporcionar recursos i habilitats adequades per al desenvolupament d'una paternitat responsable i la integració del rol de pare dins del seu projecte vital.
- *Programa d'atenció a mares gestants o amb fills menors de tres anys* (Agència per a la Reeducació i Reinserció del Menor Infractor, s/d). Intervenció especialitzada dirigida a menors embarassades o mares de fills menors de tres anys. Té com a objectiu el desenvolupament de les capacitats parentals per a la cura dels fills, l'assumpció de responsabilitats i l'entrenament de les habilitats necessàries per a la inserció social i laboral després del compliment de la mesura d'internament.

9) Trastorn mental

- *Programa Terapèutic per Salut Mental* (Agència per a la Reeducació i Reinserció del Menor Infractor, s/d). Té com a finalitat atendre a menors i joves infractors amb alteracions psíquiques o perceptives que representin una alteració greu de la consciència de la realitat i afectin significativament una o més àrees de funcionament.

4. Rehabilitació, reinserció i integració social

4.1. L'avaluació de l'efectivitat del tractament amb delinqüents

Entre els anys cinquanta i seixanta, la reclusió dels delinqüents s'assentava sobre l'ideal de la rehabilitació, essent la presó el context que els permetria rebre el tractament i la intervenció terapèutica adequats per a la «cura» de la seva conducta delictiva (Jeglic i Calkins, 2018). Durant els anys setanta, el model de rehabilitació dels delinqüents es va veure fortament qüestionat per la recerca empírica que assenyalava la ineficàcia dels programes de tractament a la presó per a la reducció de la reincidència (Martinson, 1974). No obstant això, la constatació de l'absència d'estudis empírics metodològicament sòlids fins aleshores (Lipton, Martinson i Wilks, 1975) va impulsar durant els anys vuitanta i noranta el desenvolupament d'una major recerca metodològicament més robusta entorn de l'avaluació de l'eficàcia dels tractaments (Lösel, 2001; McGuire, 2013). L'obtenció d'evidències més sòlides a favor de l'eficàcia d'algunes intervencions i la inclusió de tècniques estadístiques més complexes han permès identificar quin tipus de programes i tractaments són els més adequats per a abordar les diferents expressions de la conducta antisocial, com també les necessitats terapèutiques que presenten els delinqüents.

Quan parlem d'eficàcia o *efectivitat* (termes que la Real Acadèmia Espanyola defineix de la mateixa manera, entesa com «la capacitat d'aconseguir l'efecte que es desitja o s'espera») del tractament en termes criminològics, ens referim al grau en què un programa d'intervenció assoleix els objectius de promoure el desistiment i la reintegració social dels delinqüents mitjançant el canvi i la millora personal (Redondo, 2017).

Indicadors

Segons Redondo (2017), a l'hora d'avaluar una intervenció terapèutica, hi ha tres indicadors diferents:

- **Eficàcia:** obtenció, mitjançant el tractament, d'efectes o resultats positius en condicions ideals d'avaluació (p. ex. experiments).
- **Efectivitat:** assoliments, com a resultat d'un tractament, d'efectes favorables en condicions reals (p. ex. en mesures comunitàries) que són susceptibles de generalització a altres situacions o contextos.
- **Eficiència:** capacitat d'una intervenció d'obtenir resultats positius tenint en compte els costos que implica.

Generalment, el tractament s'avalua mitjançant dos dissenys experimentals:

- **Intersubjectes:** tots els participants en un mateix tractament són avaluats al llarg del temps, generalment abans de la intervenció (pre) per a establir la línia base, i després (post) de la intervenció per a valorar els canvis registrats en comparació amb la línia base (p. ex. mesurar el grau en què un subjecte ha modificat determinades actituds o cognicions antisocials després d'aplicar la tècnica de reestructuració cognitiva).
- **Intersubjectes o intergrups:** es configuren grups de subjectes similars que solament difereixen en l'aplicació o no aplicació del tractament i es comparen posteriorment. El conjunt de subjectes que participa en un tractament determinat és denominat *grup experimental* o *grup de tractament*, mentre que el conjunt de subjectes que no ha rebut aquesta intervenció és conegut com a *grup de control* (p. ex. comparar les taxes de reincidència entre delinqüents sexuals que han participat en el programa específic i els que no hi han participat).

Una de les mesures més utilitzades per a avaluar l'eficàcia dels tractaments és la taxa de reincidència, entesa com la reiteració delictiva o la tornada a l'activitat criminal posterior a la intervenció. No obstant això, és imprescindible definir clarament quin tipus de reincidència s'està registrant, ja que la seva quantificació o mesurament depèn de la font d'informació que s'hagi consultat. Així mateix, cada tipus de reincidència s'ha d'aproximar més o menys al coneixement de la reincidència real. Seguint Capdevila *et al.* (2015), podem trobar diversos tipus de reincidència, entre els quals el primer és el més ajustat a la taxa real i l'últim, el menys proper:

- **Per autoinculpació:** comissió de nous delictes declarats pels propis autors dels fets.
- **Policial:** segona o posterior detenció policial d'una mateixa persona per presumptes fets delictius.
- **Penal:** segon o processament posterior d'una mateixa persona per presumptes fets delictius.
- **Judicial:** segona o condemna posterior d'una mateixa persona.
- **Penitenciària:** segon o ingrés posterior a la presó d'una mateixa persona per presumptes fets delictius.
- **Jurídica:** segon o posterior processament d'una mateixa persona per presumptes fets delictius del mateix títol del Codi penal.

Així mateix, l'ús de la reincidència com a indicador de l'eficàcia d'un tractament pot implicar alguns problemes metodològics, entre els quals destaquen els següents (Redondo, 2017):

- Les seves diferents mesures no són equiparables i dificulten la comparació de resultats.
- L'estimació real de la reincidència és complicada, ja que els estudis solen basar-se en fonts oficials, per la dificultat que implica obtenir informació sobre delinqüència autoinformada.
- Els temps relativament curts de seguiment solament informen de la taxa de reincidència durant aquest període, i deixen fora la reiteració delictiva que es comet després de la seva finalització.
- Les tipologies delictives que de base ja presenten una taxa baixa (p. ex. la delinqüència sexual) dificulten l'establiment de conclusions estadística-ment significatives perquè redueixen la potència estadística.
- És un indicador que no proporciona informació sobre altres processos de reintegració social del subjecte que poden haver resultat reeixits.

En definitiva, seria adequat poder incorporar altres mesures complementàries a la reincidència, centrades en la reintegració social i el desistiment (p. ex. inici i manteniment de l'activitat laboral, ampliació de la xarxa social, inici d'una relació sentimental, participació en activitats d'oci prosocials, etc.), que permetin determinar el grau d'eficàcia de les intervencions.

Els resultats sobre l'avaluació de l'efectivitat dels programes poden obtenir-se per mitjà d'estudis primaris independents i específics (p. ex., determinar l'eficàcia del programa de tractament específic per a infractors sexuals juvenils) i de revisions sistemàtiques d'estudis o metanàlisis (McGuire, 2013). En relació amb la metanàlisi, entesa com un conjunt de tècniques estadístiques que s'utilitzen per a resumir i integrar les dades provinents de diversos estudis primaris previs (entre els quals, generalment trobem molta heterogeneïtat metodològica), s'ha convertit en un dels procediments més utilitzats en el camp de la psicologia i la criminologia (Lipsey i Cullen, 2007; Smith, Gendreau i Swartz, 2009; Wilson, 2001).

Segons McGuire (2013) i Redondo (2017), és possible maximitzar l'efectivitat dels tractaments i, per tant, reduir el risc de reincidència si es combinen els elements o bones pràctiques següents en la intervenció amb delinqüents:

- Tenen en compte el model risc-necessitat-responsivitat.
- Es focalitzen en múltiples riscos i necessitats criminògenes. Això implica l'aplicació d'una intervenció multimodal que combini diverses tècniques que permetin l'abordatge integral dels subjectes, de manera que contribueixi a una millora personal i social global.

- Se sustenten en un model conceptual o teòric de la conducta delictiva amb suport empíric.
- S'apliquen amb integritat. És a dir, la metodologia i el material aplicat durant la intervenció s'estructura en forma de programes, amb manuals i guies estandarditzades ben definides que permeten replicar o reproduir els procediments en cada sessió.
- Els terapeutes disposen de les habilitats i la formació necessàries per a dur-los a terme.
- Incorporen tècniques concretes que permeten la generalització a diferents contextos i la prevenció de recaigudes.

4.1.1. Efectivitat dels tractaments amb delinqüents adults

Al llarg dels anys, s'han dut a terme centenars d'estudis sobre l'efecte que tenen diversos tractaments en la conducta delictiva de subjectes adults i joves mitjançant programes comunitaris o institucionals. Encara que en general s'obté una disminució mitjana de la reincidència del 10% gràcies a la intervenció, alguns estudis han registrat reduccions que assoleixen el 40% (Lipsey i Cullen, 2007).

A partir d'una revisió actualitzada duta a terme per Redondo (2017), en la qual es resumeixen 42 metanàlisis o revisions sistemàtiques a partir de 1.248 programes de tractament, s'observa que les grandàries de l'efecte que proporcionen els tractaments per a delinqüents adults són molt heterogènies, oscil·lant entre valors de 0 i 49 (d de Cohen = 0,00 – 0,49) punts de diferència.

Estadístic d de Cohen

Per a determinar el grau mitjà d'eficàcia d'un conjunt de tractaments, les metanàlisis solen utilitzar una sèrie d'estadístics que ens informen de la grandària de l'efecte. Un dels valors més utilitzats per a quantificar o mesurar la relació entre dues variables o la magnitud de la diferència entre dos grups és l'estadístic d de Cohen, també conegut com a *diferència de mitjanes estandarditzades*. L'estadístic d de Cohen representa el nombre de desviacions estàndard que separen a dos grups en comparació. En general, es considera que els valors d propers o inferiors a 0,20 indiquen una grandària de l'efecte petit, una d propera a 0,50 correspondria a un efecte mitjà o moderat i finalment una d igual o superior a 0,8 equivaldria a un efecte elevat o gran (Cohen, 1988). Aquest estadístic, al costat del coeficient de correlació r_{xy} de Pearson, l'Odds Ràtio i el coeficient phi, és un dels més utilitzats en els estudis de metanàlisis (Loinaz, 2017).

A partir d'aquestes dades, podem concloure que els tractaments per a delinqüents violents produeixen una grandària de l'efecte petita; els dirigits a delinqüents sexuals, maltractadors de parella i infractors drogodependents tenen un efecte entre petit i moderat; les intervencions amb delinqüents que pateixen trastorns mentals o de personalitat (exceptuant la psicopatia) obtenen grandàries de l'efecte molt variables, entre petites i molt elevades. Solament

els tractaments que s'han dut a terme amb delinqüents psicòpates es mostren ineficaços per a reduir la reincidència o produir guanys terapèutics en aquests subjectes.

Com ja hem comentat, els diversos programes d'intervenció i les tècniques utilitzades parteixen de diferents models o perspectives teòriques que podrien afectar-ne l'eficàcia en el tractament amb delinqüents. Del que no hi ha dubte és que un dels resultats que sistemàticament s'han trobat per mitjà de l'avaluació de l'efectivitat dels programes terapèutics amb delinqüents, tant amb adults com amb joves, és que les teràpies basades en les tècniques conductuals i cognitivoconductuals són les que produeixen els millors resultats (McGuire, 2013). Així mateix, ofereixen bons resultats altres intervencions fonamentades en l'aprenentatge social, l'entrenament en habilitats socials, les intervencions educatives, la mediació i els programes de tutories (Redondo, 2017).

De les modalitats d'intervenció disponibles, les sustentades en el càstig o en mesures punitives s'han mostrat ineficaços de manera recurrent, fins i tot han arribat a ser perjudicials i han augmentat el risc de reincidència (Lipsey i Cullen, 2007; McGuire, 2013).

4.1.2. Efectivitat dels tractaments amb infractors juvenils

En general, les metanàlisis que s'han dut a terme amb delinqüents juvenils han estat més nombroses que les que s'han dut a terme amb adults (Lipsey i Cullen, 2007). No obstant això, molts programes dirigits al tractament dels problemes conductuals en joves constitueixen estratègies precoces de prevenció (primària o secundària) i són pocs els programes que s'han mostrat efectius centrats en els menors que ja han tingut un contacte amb el sistema judicial (Greenwood, 2005). Entre els que han mostrat més efectivitat en la reducció de la reincidència en delinqüents juvenils trobem la teràpia multisistèmica (MST; Henggeler *et al.*, 1998), la teràpia familiar funcional (FFT; Alexander & Parsons, 1973) i el tractament multidimensional de teràpia familiar (MTFC; Chamberlain, 2003), els quals requereixen la implicació de la família en el procés d'intervenció amb delinqüents juvenils (Guerra *et al.*, 2008). Així mateix, un altre programa de tractament prometedori és l'entrenament per a la substitució de l'agressió (ART; Goldstein i Glick, 1987), centrat en el desenvolupament d'habilitats prosocials, d'autocontrol i valors morals.

Si ens centrem en els menors d'edat que han comès actes antisocials punibles, la revisió de Redondo (2017) de les 38 metanàlisis amb 2.852 programes d'intervenció també assenyala mitjanes d'eficàcia molt variables, que van des de l'absència d'eficàcia amb valors de -1 fins a una reducció de 34 punts de la reincidència. Quant a l'eficàcia del tractament en funció de la tipologia delictiva, la reducció mitjana és de 7 punts ($r = 0,07$) en delinqüents juvenils violents; mentre que la reducció en els infractors sexuals juvenils que han participat en

un programa de tractament se situa entre els 10 i els 26 punts ($r = 0,10 - 0,26$). A partir d'aquests valors, s'observa que la grandària de l'efecte en el cas dels tractaments específics per a delinqüents violents i sexuals és més aviat petita.

Per a determinar la grandària de l'efecte a partir del coeficient de correlació de Pearson, s'estableix que els valors r propers o inferiors a 0,10 indiquen una grandària de l'efecte petita, una r propera a 0,30 equival a un efecte mitjà o moderat, mentre que un valor igual o superior a 0,50 es tradueix en un efecte elevat o gran.

Quan es té en compte el context en el qual es produeix la intervenció, Redondo (2017) conclou que els tractaments més eficaços són els que es duen a terme en la comunitat, seguits dels aplicats en contextos institucionals. D'acord amb els models d'intervenció basats en els models sistèmics, aquest resultat indica que la intervenció amb menors infractors ha de tenir en compte tots els contextos o sistemes amb els quals interaccionen els joves i que la conducta antisocial s'ha d'abordar de manera integral.

Entre els programes centrats en els joves (i no des d'una perspectiva multisistèmica), els més efectius són els que combinen diverses tècniques cognitivo-conductuals, entre les quals destaquen les que intervenen en les àrees següents (Guerra *et al.*, 2008):

- autocontrol cognitiu,
- maneig de la ira,
- resolució de problemes interpersonals,
- adopció de la perspectiva social,
- empatia,
- raonament moral i
- canvi d'actituds i creences.

No obstant això, està demostrat que les intervencions que solament se centren en la modificació d'una única àrea (p. ex. tractament exclusiu del maneig de la ira) són menys efectives que els programes cognitivoconductuals dirigits a múltiples objectius terapèutics (Tolan i Guerra, 1994).

Finalment, l'evidència empírica assenyalava que els components essencials dels programes de tractament amb delinqüents juvenils han de considerar els aspectes següents per a augmentar-ne l'efectivitat (Guerra *et al.*, 2008):

- Les intervencions han d'estar molt ben estructurades.
- Han d'incorporar components cognitius relacionats amb el desenvolupament d'habilitats específiques.
- Han d'implicar la participació de la família.
- Es dirigeixen a múltiples necessitats terapèutiques i són integrals.

4.2. Reincidència, desistiment delictiu i reintegració

L'objectiu principal de la intervenció amb delinqüents és la rehabilitació i la reintegració social efectiva de les persones que han comès delictes. Aquesta reintegració constitueix tant un esdeveniment com un procés. D'una banda, des que implica la posada en llibertat d'un reclus és un esdeveniment. D'altra banda, és un procés atès que aquest s'inicia abans de la sortida de la institució (centre penitenciari o d'un altre tipus) i continua durant la seva transició en la comunitat, amb totes les dificultats o necessitats que aquesta situació implica per a un exreclus o exdelinquent (Maruna, Immarigeon i LeBel, 2004).

Així mateix, no podem obviar dos conceptes diferents però relacionats amb aquesta reintegració: el desistiment i la reincidència delictiva. Mentre que el desistiment s'entén com el procés que manté l'estat continuat d'absència de comissió de delictes, la reincidència es conceptualitza com el reinici de la carrera delictiva per la comissió, després d'un període de temps, d'un nou delictes quan ja se n'ha comès un altre (Bushway, Brame i Paternoster, 2004; Maruna *et al.*, 2004). Anys enrere, tots dos conceptes constituïen mesures complementàries, ja que l'aparició de l'un implicava l'absència de l'altre (el delinqüent que reincideix no desisteix). No obstant això, els estudis de reincidència solen centrar-se a registrar la seva ocurrencia al llarg d'un període relativament curt de temps (prop de cinc anys), mentre que els estudis sobre desistiment (més escassos i menys desenvolupats que els centrats en la reincidència) es focalitzen en el procés d'abandó de la carrera criminal (pel qual la propensió a l'activitat delictiva va canviant al llarg de la trajectòria vital fins a aproximar-se a zero) i no tant en termes absoluts d'absència de delictes en un període de temps concret (Laub, Nagin, i Sampson 1998; Laub i Sampson 2001; Maruna, 2001).

Des d'una perspectiva psicològica positiva, com és el cas del model de bones vides (Ward i Stewart, 2003), s'emfatitza la promoció dels factors protectors i del benestar psicològic com a elements positius efectius que també redueixen del risc de reincidència i promouen el desistiment. En aquest sentit, es parteix de la idea que els factors de risc i de protecció no constitueixen els pols oposats d'un continu, ja que l'absència d'un no implica la presència de l'altre i, de fet, pot donar-se la presència de tots dos en un mateix subjecte (p. ex. disposar tant d'amistats antisocials com de vincles prosocials). Per tant, en lloc de centrar-nos solament en els dèficits que presenta un individu, també hem d'identificar-ne les fortaleses i capacitats per a potenciar-les, amb l'objectiu de promoure la consecució de béns primaris de manera prosocial. Recordem a més que, des del model del desistiment (Farral i Calverley, 2006; Maruna i Toch, 2003; McNeill, 2009), la reintegració social efectiva també depèn d'altres tres factors: la transició de la identitat narrativa del subjecte, el desenvolupament del capital humà i el desenvolupament del capital social. En la matei-

xa línia, altres autors assenyalen que el procés de reintegració del delinqüent també podria beneficiar-se de dos elements bàsics presents en la comunitat: el control social informal i el suport social (Bazemore i Erbe, 2004).

En resum, podem concloure que la majoria d'estudis sobre l'eficàcia del tractament amb delinqüents s'ha dut a terme al Canadà, als Estats Units i a Europa. A pesar que la conclusió principal de les diferents metanàlisis indica que el seu efecte és limitat o parcial, no podem negar que la seva efectivitat és significativa en la reducció de la reincidència en comparació amb els grups de control que no han participat en cap tipus d'intervenció. En termes generals, podem dir que el tractament produeix una reducció de prop del 10% per a taxes base de reincidència general del 50% (Goggin, 2018; Redondo, Sánchez-Meca i Garrido, 2002). Així mateix, l'evidència també indica que aquests resulten eficients des del punt de vista de cost-benefici, ja que implica costos econòmics més baixos per al sistema de justícia penal (McGuire, 2013). La influència de diversos factors i el disseny metodològic dels estudis centrats en l'avaluació influeixen sobre els resultats. No obstant això, s'observa que les intervencions cognitivoconductuals centrades en l'entrenament de noves habilitats (conductuals, emocionals i cognitives) solen mostrar més eficàcia relativa (Redondo, 2017). Encara que el tractament ha tendit a focalitzar-se en la intervenció sobre els factors de risc o dèficits dels delinqüents (adoptant una perspectiva negativa del subjecte), obviant fins a fa alguns anys els factors protectors o les fortaleses, és clar que aquestes variables també exerceixen un rol rellevant en el procés de reintegració social i desistiment delictiu.

Bibliografia

Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor (2018). *Memoria 2017* [document en línia] <<http://www.madrid.org/es/transparencia/memorias-actividad-anual-2017-agencia-reeducacion-y-reinsercion-del-menor-infractor>>

Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor (s/d). *Programa de atención a madres gestantes o con hijos menores de tres años*. Madrid: Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.

Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor (s/d). *Programa terapéutico por salud mental*. Madrid: Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.

Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor (2010). *Programa de paternidad responsable (PARES)*. Madrid: Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.

Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor (2010). *Programa de violencia en la relación de pareja (VIOPAR)*. Madrid: Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.

Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor. «Programa para la intervención con menores vinculados a agrupaciones juveniles de calle y/o bandas latinas». Madrid: Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.

Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor; Fundación Centro Español de Solidaridad – Proyecto Hombre (2011). *Programa de prevención indicada ENLACE: Guía de intervención*. Madrid: Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.

Alba, J. L.; Garrido, V.; López, M. J., et al. (2005). «El programa del pensamiento prosocial. Versión corta para jóvenes». *Manual de intervención educativa en readaptación social*, 2, 95-489.

Alexander, J. F.; Parsons, B. V. (1973). «Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism». *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 219-225.

Andrews, D. A.; Bonta, J. (1994). *The psychology of criminal conduct* (1a. ed.). Cincinnati, Ohio: Anderson.

Andrews, D. A.; Bonta, J. (2016). *The psychology of criminal conduct* (6a. ed.). Cincinnati, Ohio: Anderson.

Ayllon, T.; Azrin, N. (1968). *The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation*. Nova York: Appleton-Century-Crofts.

Ballano, E.; Suárez, A.; Pérez, S.; Herrera, M. J. (2015). *PROBECO: Programa de intervención, sensibilización y reeducación en competencias sociales*. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.

Bahr, S. J.; Masters, A. L.; Taylor, B. M. (2012). «What works in substance abuse treatment programs for offenders?». *The Prison Journal*, 92(2), 155-174.

Banks, J.; Kini, S.; Babcock, J. (2013). «Interventions that work to stop intimate partner violence». A: L. A. Craig; L. Dixon; T. A. Gannon (eds.). *What Works in Offender Rehabilitation: An Evidence-Based Approach to Assessment and Treatment* (pp. 159-172). West Sussex: John Wiley & Sons.

Bazemore, G.; Erbe, C. (2004). «Reintegration and restorative justice: towards a theory and practice of informal social control and support». A: S. Maruna; R. Immarigeon (eds.). *After crime and punishment. Pathways to offender rehabilitation* (pp. 27-56). Oregon: Willan.

Bertalanffy, L. von (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. Nova York: George Braziller.

Blom, M.; Bregman, I. M.; Wartna, B. S. J. (2011). *Geregistreerde verkeerscriminaliteit in kaart: een kwantitatief beeld van achtergrondkenmerken en de recidive van geregistreerde verkeersdelinquenten in Nederland*. Den Haag: WODC.

- Bloom, B. E.; Covington, S. S. (1998, novembre). *Gender-specific programming for female offenders: what is and why is important?* Ponència presentada en la 50a. Reunión Anual de la Sociedad Americana de Criminología, Washington DC.
- Bonta, J.; Law, M.; Hanson, K. (1998). «The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis». *Psychological bulletin*, 123(2), 123.
- Borum, R.; Bartel, P.; Forth, A. (2003). *Manual for the structured assessment of violence risk in youth*. Tampa, FL: Universidad del Sur de Florida.
- Boxer, P.; Frick, P. J. (2008). *Treatment of violent offenders*. A: R. D. Hoge; N. G. Guerra; P. Boxer (eds.). *Treating the juvenile offender* (pp. 147-170). Nova York: Guilford.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Burguess, R. L.; Akers, R. L. (1966). «A differential association-reinforcement theory of criminal behavior». *Social Problems*, 14, 128-147.
- Bushway, S.; Brame, R.; Paternoster, R. (2004). «Connecting desistance and recidivism: measuring changes in criminality over the lifespan». A: S. Maruna; R. Immarigeon (eds.). *After crime and punishment. Pathways to offender rehabilitation* (pp. 85-102). Oregon: Willan.
- Butler, A. C.; Chapman, J. E.; Forman, E. M.; Beck, A. T. (2006). «The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses». *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Caballo, V. E. (comp.) (2015). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Capdevila, M.; Blanch, M.; Ferrer, M., et al. (2015). *Tasa de reincidencia penitenciaria 2014*. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (CEJFE).
- Cerdà, M.; Clavaguera, T.; González, J., et al. «Programme de préparation à la liberation pour mineurs». Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Chamberlain, P. (2003). *Treating Chronic Juvenile Offenders: Advances Made Through the Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model*. Washington, DC.: American Psychological Association.
- Chamberlain, P.; Smith, D. K. (2003). «Antisocial behavior in children and adolescents: The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care model». En: A. E. Kazdin; J. R. Weisz (eds.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 282-300). Nova York: The Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2a. ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Consejo de Europa (2012). *Draft commentary on the Recommendation Concerning Foreign Prisoners* [document en línia] <<https://rm.coe.int/16806f943f>>
- Cortoni, F.; Gannon, T. A. (2013). «What works with female sexual offenders». A: L. A. Craig; L. Dixon; T. A. Gannon (eds.). *What Works in Offender Rehabilitation: An Evidence-Based Approach to Assessment and Treatment* (pp. 271-284). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Cottle, C. C.; Lee, R. J.; Heilbrun, K. (2001). «The prediction of criminal recidivism in juveniles: A meta-analysis». *Criminal Justice and Behavior*, 28(3), 367-394.
- Cullen, F. T.; Gendreau, P. (1989). «The effectiveness of correctional rehabilitation: Reconsidering the "nothing works" debate». A: L. Goodstein; D. L. MacKenzie (eds.). *Law, society, and policy. The American prison: Issues in research and policy* (vol. 4, pp. 23-44). Nova York: Plenum Press.
- Davis, K. M.; Archer, R. (2010). «A critical review of objective personality inventories with sex offenders». *Journal of Clinical Psychology*, 66(12), 1254-1280.
- Edwards, D. L.; Schoenwald, S. K.; Henggeler, S. W.; Stroher, K. B. (2001). «A multilevel perspective on the implementation of multisystemic therapy (MST): attempting dissemination with fidelity». A: G. A. Bernfeld; D. P. Farrington; A. W. Leschied. *Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programmes* (pp. 97-120). West Sussex: John Wiley & Sons.

Elvik, R.; Christensen, P. (2007). «The deterrent effect of increasing fixed penalties for traffic offences: The Norwegian experience». *Journal of Safety Research*, 38, 689-695.

Eysenck, H. J. (1964). *Crime and personality*. Londres: Routledge i Kegan Paul.

Farrall, S.; Calverley, A. (2006). *Understanding desistance from crime. Theoretical directions in resettlement and rehabilitation*. Londres: Open University Press.

Farrington, D. P.; Loeber, R.; Ttofi, M. M. (2012). «Risk and protective factors for offending». A: B. C. Welsh; D. P. Farrington (eds.). *The Oxford handbook of crime prevention* (pp. 46-69). Nova York: Oxford University Press.

Fazel, S.; Grann, M.; Kling, B.; Hawton, K. (2011). «Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 191-195.

Fisher, P. A.; Burraston, B.; Pears, K. (2005). «The early intervention foster care program: Permanent placement outcomes from a randomized trial». *Child Maltreatment*, 10(1), 61-71.

Fisher, P. A.; Gilliam, K. S. (2012). «Multidimensional treatment foster care: An alternative to residential treatment for high risk children and adolescents». *Psychosocial Intervention*, 21(2), 195-203.

Franco, J. F.; Scansetti, W.; Crespo, C., et al. (2008). *Programación de las actividades socioeducativas de los centros de día para menores y jóvenes con medidas judiciales en medio abierto*. Madrid: Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.

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*. València: Cristóbal Serrano Villalba.

Garrido, V.; López, M. J. (2005). *Manual de intervención educativa en readaptación social* (vol. I i II). València: Tirant lo Blanch.

Gendreau, P.; Little, T.; Goggin, C. (1996). «A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works!». *Criminology*, 34(4), 575-608.

Glasser, W. (1975). *Reality therapy: A new approach to psychiatry*. Nova York: Harper & Row.

Goggin, C. (2018). «Principles of effective intervention with incarcerated offenders». A: J. Wooldredge; P. Smith (eds.). *The Oxford Handbook of Prisons and Imprisonment* (pp. 425-453). Regne Unit: Oxford University Press.

Goldstein, A. P.; Glick, B. (1987, t. e.). *Agresion replacement training: a comprehensive intervention for aggressive youth*. Illinois: Champaign.

González-Álvarez, M.; García-Vera, M. P.; Graña, J. L., et al. (2013). *Programa de tratamiento educativo y terapéutico por maltrato familiar ascendente*. Madrid: Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.

Graña, J. L.; Rodríguez, M. J. (2010). *Programa central de tratamiento educativo y terapéutico para menores infractores*. Madrid: Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.

Greenwood, P. W. (2005). *Changing lives: Delinquency prevention as crime-control policy*. Chicago: University of Chicago Press.

Guerra, N.; Kim, T. E.; Boxer, P. (2008). «What works: best practices with juvenile offenders». A: R. D. Hoge; N. G. Guerra; P. Boxer (eds.). *Treating the juvenile offender* (pp. 79-102). Nova York: The Guilford Press.

Henggeler, S. W.; Borduin, C. M. (1990). *Family Therapy and Beyond: A Multisystemic Approach to Treating the Behavior Problems of Children and Adolescents*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Henggeler, S. W.; Schoenwald, S. K.; Borduin, C. M., et al. (1998). *Treatment manuals for practitioners. Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Nova York: Guilford Press.

Herrero, O.; Negro, L.; Lila, M., et al. (2015). *Fuera de la Red: Programa de Intervención frente a la delincuencia sexual con menores en la Red*. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.

Hodgins, S. (2004). «Offenders with major mental disorders». A: C. R. Hollin (ed.). *The Essential Handbook of Offender Assessment and Treatment* (pp. 219-238). Hoboken: John Wiley & Sons.

Hoge, R. D.; Guerra, N. G.; Boxer, P. (2008). *Treating the juvenile offender*. Nova York: The Guilford Press.

Instituciones Penitenciarias (2017). ENCUENTRO. *Programa de intervención frente a la violencia familiar en medidas alternativas* [programa en línea] <<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/PenasyMedidasAlternativas/programas/encuentro.html>>

Instituciones Penitenciarias (2018). PRIA-MA. *Programa de intervención para agresores de violencia de género en medidas penales alternativas* [programa en línea] <<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/PenasyMedidasAlternativas/programas/priama.html>>

Instituciones Penitenciarias (2017). *Programa de juego patológico* [programa en línea] <<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/juegopatologico.html#c1>>

Instituciones Penitenciarias (2017). PROSEVAL. *Programa de intervención psicoeducativa en seguridad vial* [programa en línea] <<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/PenasyMedidasAlternativas/programas/proseval.html>>

Instituciones Penitenciarias (s/d). *Programas específicos de intervención*. [programa en línea] <<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/>>

International Association for Correctional and Forensic Psychology (2010). «Standards for psychology services in jails, prisons, correctional facilities, and agencies». *Criminal Justice and Behavior*, 37(7), 749-808.

Iturbe, N.; Civit, N.; Martínez-Catena, A., et al. (2016). *La motivación al cambio de los agresores de pareja que realizan un programa formativo: Aplicación piloto del Plan de Intervención Motivacional (PIM)*. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.

Jeglic, E. L.; Calkins, C. (eds.) (2018). *New frontiers in offender treatment. The translation of evidence-based practices to correctional settings*. Cham: Springer.

Labrador, F. J. (coord.) (2016). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

Lasko, E.; Posick, C. (2016). «Psychological prison programs». A: C. M. Hilinski-Rosick; J. P. Walsh (eds.). *Issues in Corrections: Research, Policy and Future Prospects* (pp. 135-154). Maryland: Lexington Books.

Laub, J. H.; Nagin, D. S.; Sampson, R. J. (1998). «Good marriages and trajectories of change in criminal offending». *American Sociological Review*, 63, 225-238.

Laub, J. H.; Sampson, R. J. (2001). «Understanding desistance from crime». *Crime and Justice: A Review of Research*, 28, 1-69.

Lindsay, W. R.; Taylor, J. L. (2008). «Assessment and treatment of offenders with intellectual and developmental disabilities». A: K. Sothill; P. Rogers; M. Dolan (eds.). *Handbook on Forensic Mental Health* (pp. 328-350). Collumpton: Willan.

Lipsey, M. W.; Cullen, F. T. (2007). «The effectiveness of correctional rehabilitation: a review of systematic reviews». *Annual Review of Law and Social Science*, 3, 297-320.

Lipton, D.; Martinson, R.; Wilks, J. (1975). *The Effectiveness of Correctional Treatment*. Nova York: Praeger.

Little, G. L.; Robinson, K. D. (1986). *How to escape your prison: A moral reconation therapy workbook*. Memphis, TN: Eagle Wing Books.

Loinaz, I. (2016). «Cuando "el" delincuente es "ella": intervención con mujeres violentas». *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 41-50.

Loinaz, I. (2017). *Manual de valoración del riesgo de violencia. Metodología y ámbitos de aplicación*. Madrid: Pirámide.

Lösel, F. (2001). «Evaluating the effectiveness of correctional programs: bridging the gap between research and practice». A: G. A. Bernfeld; D. P. Farrington; A. W. Leschied (eds.).

Offender rehabilitation in practice. Implementing and evaluating effective programs (pp. 67-96). West Sussex: John Wiley & Sons.

Lösel, F.; Schmucker, M. (2005). «The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis». *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.

Mann, R. E.; Hanson, R. K.; Thornton, D. (2010). «Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors». *Sexual Abuse*, 22(2), 191-217.

Mallender, J.; Tierney, R. (2016). «Economic Analyses». A: D. Weisburd; D. P. Farrington; C. Gill (eds.). *What Works in Crime Prevention and Rehabilitation* (pp. 291-309). Nova York: Springer.

Marshall, W. L.; Anderson, D.; Fernández, Y. M. (1999). *Cognitive Behavioral Treatment of Sexual Offenders*. Chichester: Wiley.

Marshall, W. L.; Fernández, Y. M. (1997). «Enfoques cognitivo-conductuales para las parafilias: el tratamiento de la delincuencia sexual». En: V. Caballo (ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1, pp. 299-331). Madrid: Siglo XXI.

Marshall, W. L.; Marshall, L. E. (2011). «The future of sexual offender treatment programs». A: D. P. Boer; R. Eher; L. A. Craig, et al. (eds.). *International perspectives on the assessment and treatment of sexual offenders: Theory, practice and research* (pp. 683-703). Chichester: John Wiley & Sons.

Martinson, R. (1974). «What works? Questions and answers about prison reform». *The Public Interest*, 35, 22-54.

Maruna, S. (2001). *Making good: How ex-convicts reform and build their lives*. Washington, DC: American Psychological Association.

Maruna, S.; Immarigeon, R.; LeBel, T. P. (2004). «Ex-offender reintegration: theory and practice». A: S. Maruna; R. Immarigeon (eds.). *After crime and punishment. Pathways to offender rehabilitation* (pp. 85-102). Oregon: Willan.

Maruna, S.; Toch, H. (2003). *Making good: How ex-convicts reform and rebuild their lives*. Washington, DC: American Psychological Association.

McNeill, F. (2009). «What works and what's just?». *European Journal of Probation*, 1(1), 21-40.

McGuire, J. (2013). «What Works' to reduce re-offending. 18 years on». A: L. A. Craig; L. Dixon; T. A. Gannon (eds.). *What Works in Offender Rehabilitation: An Evidence-Based Approach to Assessment and Treatment* (pp. 20-49). West Sussex: John Wiley & Sons.

Medina, P. M. (2013). *Evaluación de la eficacia de los programas psicológicos de tratamiento penitenciario*. Premio Victoria Kent 2012. Madrid: Ministerio del Interior.

Milan, M. A. (2004). «Behavioural approaches to correctional management and rehabilitation». A: C. R. Hollin (ed.). *The Essential Handbook of Offender Assessment and Treatment* (pp. 47-62). Hoboken: John Wiley & Sons.

Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, DT.: Harvard University Press.

Oficina de las Naciones Unidas (2013). *Guía de introducción a la prevención de la reincidencia y la reintegración social de delincuentes*. Nova York: Naciones Unidas.

Mitchell, D.; Tafrate, R. C.; Hogan, T. (2018). «Cognitive behavioral therapy in forensic treatment». A: E. L. Jeglic; C. Calkins (eds.). *New frontiers in offender treatment. The translation of evidence-based practices to correctional settings* (pp. 57-84). Cham: Springer.

Niringiyimana, M.; Brion, M. (2018). «Rehabilitation and reintegration of traffic offenders». Research report no. 2018-T-04-SEN. Brussel-les: Vias Institute – Knowledge Centre Road Safety.

Pence, E.; Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth model*. Nova York: Springer.

Pérez-Lozao, M.; Arenas, C. (coords.) (2006). *Intervención sobre drogas en centros penitenciarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

- Prochaska, J. O.; Di Clemente, C. C. (1982). «Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change». *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288.
- Redondo, S. (2017). *Evaluación y tratamiento de delincuentes. Jóvenes y adultos*. Madrid: Pirámide.
- Redondo, S.; Pérez, M.; Martínez, M., et al. (2012). *Programa Educativo y Terapéutico para Agresores Sexuales Juveniles*. Madrid: Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.
- Redondo, S.; Sánchez-Meca, J.; Genovés, V. G. (2002). «Los programas psicológicos con delincuentes y su efectividad: la situación europea». *Psicothema*, 14(suplement), 164-173.
- Rivera, G.; Romero, M. C.; Labrador, M. A.; Serrano, J. (2006). *El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Robertiello, G.; Terry, K. J. (2007). «Can we profile sex offenders? A review of sex offender typologies». *Aggression and Violent Behavior*, 12, 508-518.
- Robinson, W.; Crow, I. (2009). *Offender rehabilitation. Theory, research and practice*. Londres: SAGE.
- Ross, R. R.; Fabiano, E. A. (1985). *Time to think: A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*. Johnson City, TN: Institute of Social Sciences and Arts.
- Ross, R. R.; Fabiano, E. A.; Ross, R. D. (1986). *Reasoning and rehabilitation: A handbook for teaching cognitive skills*. Ottawa, ON: T3 Associates.
- Rothman, E. F.; Butchart, A.; Cerdá, M.; Organización Mundial de la Salud (2003). *Intervening with perpetrators of intimate partner violence: A global perspective*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Sánchez, A.; Alonso, M. S. (2008). *La intervención educativo-formativa en los centros de internamiento para la ejecución de medidas judiciales de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.
- Schaeffer, C. M.; Borduin, C. M. (2005). «Long-term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 445-453.
- Slotmans, F.; Martensen, H.; Kluppels, L.; Meesmann, U. (s/d). *Rehabilitation courses as alternative measure for drunk driving offenders* [document en línia] <https://www.roadsafety-dss.eu/assets/data/pdf/synopses/Rehabilitation_courses_as_alternative_measure_for_drunk_driving_offenders_13062017_pending_approval.pdf>
- Smith, P.; Gendreau, P.; Swartz, K. (2009). «Validating the principles of effective intervention: asystematic review of the contributions of meta-analysis in the field of corrections». *Victims and Offenders*, 4, 148-169.
- Subdirección General de Programas de Rehabilitación y Sanidad (2011). *El model de rehabilitació a les presons catalanes*. Barcelona: Grup Artyplan-Artympres.
- Tolan, P. H.; Guerra, N. G. (1994). *What works in reducing adolescent violence: An empirical review of the field*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence, University of Colorado.
- UNODC – Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013). *Guía de introducción a la prevención de la reincidencia y la reintegración social de delincuentes*. Nova York: Oficina de las Naciones Unidas.
- Vogel, V. de; Ruiters, C. de; Bouman, Y.; Vries Robbé, M. de (2009). *Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk*. Utrecht: Forum Educatief.
- Ward, T.; Brown, M. (2004). «The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation». *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257.
- Ward, T.; Gannon, T. A. (2006). «Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders». *Aggression and violent behavior*, 11(1), 77-94.

Ward, T.; Stewart, C. (2003). «Criminogenic needs and human needs: A theoretical model». *Psychology, Crime & Law*, 9(2), 125-143.

Webster, C. D.; Martin, M. L.; Brink, J., *et al.* (2009). *Manual for the short-term assessment of risk and treatability (START) (Version 1.1)*. Coquitlam: British Columbia Mental Health & Addiction Services.

Weeks, J. R.; Moser, A. E.; Wheatley, M.; Matheson, F. (2013). «What works in reducing substance-related offending?». A: L. A. Craig; L. Dixon; T. A. Gannon (eds.). *What Works in Offender Rehabilitation: An Evidence-Based Approach to Assessment and Treatment* (pp. 237-254). Regne Unit: John Wiley & Sons.

Yates, P. M. (2013). «Treatment of sexual offenders: Research, best practices, and emerging models». *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(3-4), 89-95.

Legislació

Constitución española. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de desembre de 1978, núm. 311, pp. 29313-29424.

Ley orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 239, pp. 23180-23186.

Real decreto 190/1996, de 9 de febrero, de Reglamento Penitenciario. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 40, pp. 5380-5435.

