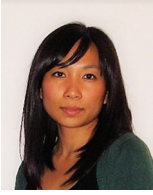

Técnicas y programas de tratamiento de la delincuencia en jóvenes y adultos infractores

PID_00264548

Thuy Nguyen Vo

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 6 horas



**Thuy Nguyen Vo**

Psicóloga forense y criminóloga. Trabaja como investigadora en el Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV) de la Universidad de Barcelona. Su actividad investigadora y su trayectoria profesional se centran en la evaluación, predicción y gestión de la violencia sexual. Ha colaborado en la traducción, adaptación y/o validación de diversos protocolos de valoración del riesgo como el RSVP, el RisCanvi o el RVD-BCN. Actualmente es profesora colaboradora de la UOC, terapeuta de programas formativos en educación sexual en el ámbito de medidas penales alternativas y supervisora de casos. A su vez, también es coordinadora de Círculos de Apoyo y Responsabilidad y responsable técnica de PrevenSI, ambos programas centrados en la prevención de la violencia sexual desde diferentes perspectivas. Así mismo, participa como formadora en diversos cursos dirigidos a diferentes profesionales provenientes del ámbito de la justicia.

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por la profesora: Rocío Pina Ríos

Primera edición: septiembre 2019
© Thuy Nguyen Vo
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2019
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita del titular de los derechos.

Índice

Objetivos.....	5
1. Necesidades terapéuticas de los delincuentes y técnicas de tratamiento.....	7
1.1. Modelos teóricos de intervención con delincuentes y necesidades terapéuticas	7
1.2. Modelos específicos centrados en la rehabilitación de los delincuentes	11
1.3. Necesidades terapéuticas de los delincuentes	13
1.4. Técnicas de intervención	15
2. Programas de tratamiento para delincuentes adultos.....	19
2.1. Tratamientos en prisiones y en penas y medidas alternativas para delincuentes adultos	19
2.2. Programas específicos de intervención	20
2.2.1. Conductas adictivas	22
2.2.2. Conductas violentas	26
2.2.3. Mujeres	40
2.2.4. Otros colectivos	41
2.2.5. Otros programas	43
3. Programas de tratamiento para infractores juveniles: intervención educativa y terapéutica.....	45
3.1. Intervención en justicia juvenil	48
3.2. Programas de tratamiento para infractores juveniles	50
4. Rehabilitación, reinserción e integración social.....	54
4.1. La evaluación de la efectividad del tratamiento con delincuentes	54
4.1.1. Efectividad de los tratamientos con delincuentes adultos	57
4.1.2. Efectividad de los tratamientos con infractores juveniles	58
4.2. Reincidencia, desistimiento delictivo y reintegración	60
Bibliografía.....	63

Objetivos

Los objetivos que alcanzaréis una vez trabajados los contenidos de este módulo de «Técnicas y programas de tratamiento de la delincuencia en jóvenes y adultos infractores» de la asignatura *Predicción, prevención y tratamiento de la conducta delictiva* son:

1. Conocer los modelos teóricos que sustentan la intervención con delincuentes.
2. Identificar cuáles son las necesidades terapéuticas específicas que presentan los delincuentes jóvenes y adultos, así como los factores protectores.
3. Conocer las técnicas de intervención que suelen utilizarse en la rehabilitación de delincuentes y que forman parte de la mayoría de programas de tratamiento.
4. Poder describir los aspectos genéricos y específicos de los programas de tratamiento existentes para infractores jóvenes y adultos que se llevan a cabo en prisión y en la comunidad.
5. Definir los aspectos esenciales que maximizan la efectividad de los tratamientos con delincuentes.
6. Valorar los resultados sobre la eficacia del tratamiento en la reducción de la reincidencia y la reinserción social.

1. Necesidades terapéuticas de los delincuentes y técnicas de tratamiento

1.1. Modelos teóricos de intervención con delincuentes y necesidades terapéuticas

La intervención con delincuentes ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, conforme al nivel de desarrollo y la capacidad explicativa de los modelos emergentes para comprender la etiología y el mantenimiento de la conducta delictiva y antisocial. Así pues, cada aproximación teórica ha ido determinando cuáles son los objetivos prioritarios que deben regir la intervención con este colectivo.

En este apartado se resumirán los modelos teóricos de intervención psicológica que se han ido aplicando históricamente con los delincuentes y, posteriormente, se describirán aquellos centrados específicamente en su rehabilitación y reinserción de acuerdo a la clasificación realizada por Redondo (2017):

1) **Modelos psicoanalíticos o psicodinámicos.** Desde esta perspectiva, se concibe la conducta delictiva (y otras conductas desviadas o patológicas) como síntomas perceptibles de conflictos internos e inconscientes que experimenta un sujeto. Por lo tanto, la intervención debe centrarse en la resolución de dichos problemas subyacentes y no en su expresión¹. Hasta los años setenta, los programas educativos y de terapia grupal e individual con delincuentes seguían los principios y modelos psicodinámicos. No obstante, dichas intervenciones solían limitarse a casos concretos y la ausencia de evaluaciones empíricas sistemáticas que respaldasen su eficacia en la reducción de la reincidencia motivaron su abandono progresivo (Redondo, 2017).

⁽¹⁾En este caso, la conducta delictiva constituiría un síntoma manifiesto de dicho conflicto, y no el problema en sí mismo.

2) **Modelos conductuales.** Las técnicas basadas en los principios del aprendizaje, esto es, la adquisición y el mantenimiento de la conducta mediante los principios del condicionamiento clásico y operante comenzaron a incorporarse durante los años 60 y 70 a las intervenciones aplicadas en el contexto institucional para la modificación de la conducta de los internos (Milan, 2004). Dentro de las técnicas conductuales, una de las más utilizadas en los programas de rehabilitación es la economía de fichas (Ayllon y Azrin, 1968). Las técnicas conductuales utilizadas se centrarían, básicamente, en dos principios:

Les teorías de Eysenck y de Burgess y Akers

Dos de las teorías más influyentes sobre la conducta delictiva basada en los principios del aprendizaje y el condicionamiento son la Teoría de la Personalidad Delictiva de Eysenck (1964) y la Teoría del Aprendizaje Social de Burgess y Akers (1966).

- La reducción de conductas inadecuadas mediante su asociación con una consecuencia negativa o desagradable para el sujeto (p. ej. la apertura de un expediente disciplinario o una sanción por mala conducta penitenciaria).

- El desarrollo de patrones de comportamiento alternativos e incompatibles con la conducta delictiva que son reforzados a través de contingencias positivas (p. ej. mayor tiempo de ocio por la manifestación de conductas prosociales).

No obstante, una de las principales críticas que han recibido los programas de intervención basados exclusivamente en los modelos conductuales es que, a pesar de que mejoran el ajuste intrainstitucional y modifican la conducta de los delincuentes, dichos efectos no son permanentes ni generalizables cuando estos realizan la transición a la comunidad (Milan, 2004).

3) Modelos humanístico-existenciales. Tienen su origen en los años sesenta y hacen hincapié en la importancia de la alianza terapéutica con el paciente como elemento vehicular del tratamiento a través de un enfoque centrado en el presente (el «aquí y ahora») y el desarrollo del crecimiento personal (p. ej. autonomía personal, responsabilidad social, autorrealización, búsqueda de sentido y orientación hacia metas). Desde la perspectiva de este movimiento, se entiende que la conducta humana está determinada por la percepción que tiene una persona de sí misma y del mundo.

Aunque se llevaron a cabo algunas experiencias de intervención con delincuentes de base humanista entre los años sesenta y setenta, como por ejemplo la terapia de realidad de Glasser (1975) dirigida a fomentar la responsabilidad individual, la propia naturaleza de su enfoque ha dificultado el análisis empírico de su eficacia (Redondo, 2017).

4) Modelos cognitivo-conductuales. A diferencia de la perspectiva puramente conductual, dichos modelos parten de la idea de que la conducta es más compleja que la simple asociación de estímulos, respuestas y consecuencias, y que el comportamiento también está determinado por los pensamientos y las emociones que lo acompañan. De esta manera, se asume que el objetivo del tratamiento es modificar los déficits cognitivos (p. ej. creencias, valores o estilos de pensamiento) y emocionales que conducen a los delincuentes actuar de manera ilícita, a la vez que se les proporcionan estrategias o habilidades alternativas para resolver los problemas de manera prosocial. Desde esta perspectiva, se establece que la conducta se aprende a través de tres vías: El condicionamiento clásico u operante; La imitación de modelos y; El aprendizaje social.

Los principios básicos que guían los programas y técnicas basados en la terapia cognitivo-conductual son (Mitchell, Tafrate y Hogan, 2018):

- El tratamiento ha de centrarse tanto en la conducta como en las cogniciones. Por lo tanto, deben modificarse ambas, dado que se influyen de manera recíproca.

- Debe focalizarse sobre la modificación de las cogniciones disfuncionales que preceden de manera inmediata a la alteración emocional y conductual.
- La intervención está orientada al desarrollo y la promoción de las capacidades y habilidades necesarias que favorecen el ajuste psicosocial del individuo y fomenta la flexibilidad psicológica (p. ej. la apertura a nuevas formas de afrontar los problemas o la búsqueda activa de cambios).
- Es necesario individualizar el tratamiento y las sesiones, que son activas y cooperativas, llevándose a cabo de manera estructurada y organizada (protocolización).
- Incorpora tareas intersesiones específicas y estructuradas para facilitar la consolidación y generalización de las habilidades adquiridas.

Dos de los programas cognitivo-conductuales más utilizados para el tratamiento de la conducta antisocial son la *Moral Recondition Therapy* (MRT, Little y Robinson, 1986) y la terapia de razonamiento y rehabilitación (R&R, Ross y Fabiano, 1985). El punto en común de este tipo de programas es que todos persiguen que el delincuente adquiera una mayor conciencia de los procesos de pensamiento que promueven su comportamiento antisocial (Mitchell *et al.*, 2018).

En la actualidad, los programas y técnicas basados en los modelos cognitivo-conductuales están presentes en un gran número de programas de rehabilitación. Asimismo, han demostrado un mayor grado de eficacia y eficiencia en la reducción de la reincidencia frente a otras alternativas de intervención (Butler, Chapman, Froman y Beck, 2006; Lipsey y Cullen, 2007, Mallender y Tierney, 2016), como veremos más adelante cuando nos centremos en la evaluación de los programas de tratamiento con delincuentes.

5) Modelos sistémicos. Se basan en la teoría general de sistemas (TGS) de von Bertalanffy (1968) que concibe al individuo como un organismo abierto, en constante interrelación e interdependencia con otros sistemas próximos (en este caso, grupos de individuos) que se influyen recíprocamente. El modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) parte de la misma idea que la TGS y entiende que la causa del comportamiento disfuncional o problemático es el resultado de un déficit en alguno de estos sistemas (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema) o un conflicto entre ellos. Los modelos sistémicos parten de una visión integradora y multicausal de la realidad, en el que cobran especial importancia las relaciones y la comunicación entre sus grupos.

Por lo tanto, el modelo de terapia sistémica se centra en identificar y comprender los patrones disfuncionales de comportamiento de un conjunto de personas y, posteriormente, modificar dichas dinámicas relacionales a través del fortalecimiento de vínculos para alcanzar un equilibrio. Uno de los mayores

exponentes de rehabilitación con delincuentes basado en este enfoque es la terapia multisistémica (MST) con infractores juveniles (Henggeler y Borduin, 1990; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland y Cunningham, 1998) que veremos más adelante

6) Modelo de cambio terapéutico. Según Redondo (2017, p. 64), el cambio terapéutico «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» e implica toda una serie de modificaciones a nivel cognitivo, emocional y/o conductual. Asimismo, dicha evolución no se produce de manera lineal, sino que sufre avances y retrocesos a lo largo del tiempo. Bajo esta perspectiva, para poder alcanzar la resocialización y la reintegración social de los delincuentes, es necesario que estos se encuentren motivados para implicarse activamente en dicho proceso de cambio. Una de las propuestas teóricas de referencia para el análisis de los procesos de cambio a través de la intervención es el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1982). Los autores de dicho modelo conciben tres dimensiones interrelacionadas implicadas en el cambio terapéutico:

a) Estadios de cambio. Constituyen los momentos o etapas temporales por los que va progresando un individuo a lo largo del proceso de cambio:

i) precontemplación;

ii) contemplación;

iii) preparación para la acción;

iv) acción;

v) mantenimiento, y

vi) finalización.

b) Procesos de cambio. Hacen referencia a las acciones o mecanismos que pone en marcha la persona en cada estadio para ir progresando en su proceso de cambio. Pueden ser categorizadas como procesos experienciales (cambios en la forma de pensar y sentir sobre la conducta problema) o comportamentales (cambios realizados sobre la conducta problema o el ambiente).

c) Niveles de cambio. Están configurados por cinco niveles interrelacionados sobre los que se debe intervenir:

i) situacional;

ii) cognitivo;

- iii) interpersonal;
- iv) cambio en el sistema familiar, y
- v) cambio en los conflictos interpersonales.

En el contexto de la rehabilitación con delincuentes, es habitual hallar resistencias en los participantes, así como otras circunstancias contextuales y sociales que dificultan el cambio de conducta. Es por ello que la intervención también debe incluir programas orientados a favorecer la motivación al cambio y a la participación en el tratamiento, tanto al inicio como a lo largo del mismo. Actualmente, muchos de los programas de rehabilitación que se llevan a cabo en la prisión y en la comunidad incluyen técnicas de entrevista motivacional y un plan motivacional individualizado (Instituciones Penitenciarias, 2018; Iturbe, Civit, Martínez-Catena, Muro y Nguyen, 2016).

1.2. Modelos específicos centrados en la rehabilitación de los delincuentes

Dos de los modelos más influyentes sobre los que se sustentan actualmente las intervenciones con delincuentes son el modelo de riesgo-necesidad-responsividad (RNR; Andrews y Bonta; 1994, 2016) y el modelo de buenas vidas (Good Lives Model o GLM, Ward y Brown, 2004; Ward y Gannon, 2006; Ward y Stewart, 2003).

Por un lado, el modelo de R-N-R (Andrews y Bonta; 1994, 2016) señala que las intervenciones eficaces deben seguir tres principios básicos: riesgo, necesidad y responsividad.

En contraposición, el GLM (Ward y Brown, 2004; Ward y Gannon, 2006; Ward y Stewart, 2003) parte de la idea de que todas las personas, incluidos los delincuentes, muestran una predisposición a buscar determinados bienes primarios (estados mentales, características personales o experiencias) que conducen a la satisfacción y el bienestar personal. En el caso de los delincuentes, la estrategia llevada a cabo para obtener alcanzar dichos objetivos o bienes se considerarían erróneas o inadecuadas y la intervención debería centrarse en proporcionar a estos individuos los conocimientos, habilidades, oportunidades y recursos necesarios para poder satisfacer sus necesidades de manera prosocial.

Otro modelo relevante dentro del ámbito de la rehabilitación y la reinserción es el del desistimiento (Farral y Calverley, 2006; Maruna y Toch, 2003; McNeill, 2009). Desde la perspectiva de este modelo, se concibe el desistimiento como un proceso global por el que la persona va pasando a través de varias etapas o fases en las que va tomando decisiones y realizando acciones que lo alejan del delito. En lugar de centrarse en las necesidades criminógenas, se focaliza

en los factores que conducen a los delincuentes al abandono de la carrera criminal. Según McNeill (2009), existen tres factores implicados en el proceso de desistimiento que emergen del propio individuo y de su entorno:

- **Transición en la identidad narrativa del sujeto.** Se basa en la idea de que la motivación para la consecución de un estilo de vida prosocial se logra mediante el esfuerzo que realiza un individuo por entender las razones por las cuales cometió sus delitos, integrar su historia delictiva dentro de su biografía y desarrollar una percepción más positiva de sí mismo (Maruna y Toch, 2003).
- **Desarrollo del capital humano.** Los delincuentes presentan una serie de déficits que en ocasiones dificultan la consecución de determinados objetivos o la obtención de determinados bienes a través de estrategias o medios no ilícitos. Es por ello por lo que el aprendizaje y desarrollo de nuevas habilidades y competencias prosociales permitirá al individuo desenvolverse con éxito en distintas situaciones y minimizar los factores de riesgo dinámicos estables (McNeill, 2009).
- **Desarrollo del capital social.** La construcción de una red social de calidad, en la que se cuente con apoyo sociofamiliar y el acceso a recursos comunitarios se convierten en factores protectores para los delincuentes que permiten cubrir necesidades personales, emocionales y materiales.

A modo de resumen, podríamos decir que el modelo RNR ha permitido identificar los factores de riesgo empíricamente relacionados con la conducta delictiva, ha incorporado métodos y técnicas efectivas para su modificación y ha puesto de relieve la necesidad de estructurar y sistematizar el tratamiento, así como la importancia de su individualización.

Por otro lado, el modelo GLM ha aportado una visión integral de la intervención centrándose en las características individuales, sociales y contextuales de los delincuentes, desarrollando sus aptitudes y capacidades.

El modelo de desistimiento concibe el tratamiento como un elemento más que favorece el proceso de cambio que está realizando un sujeto y asume que a lo largo del mismo pueden producirse «recaídas» (reincidencia delictiva).

1.3. Necesidades terapéuticas de los delincuentes

La evaluación integral y exhaustiva a través de diversas técnicas e instrumentos constituye el punto de partida para identificar las necesidades específicas de tratamiento de los infractores. La obtención de dicha información es la que permitirá posteriormente ajustar el tratamiento que mejor se adapte al perfil del sujeto.

Uno de los aspectos que no debemos olvidar acerca de los programas de tratamiento es que la intervención tiende a centrarse en la conducta delictiva específica de la persona (como podría ser el caso de la violencia sexual o contra la pareja), pero la realidad es que los perfiles y las necesidades que presentan pueden llegar a ser muy heterogéneos, incluso dentro de una misma tipología delictiva (Davis y Archer, 2010; Marshall y Marshall, 2011; Robertiello y Terry, 2007; Ward y Gannon, 2006).

Tal y como señalan Cullen y Gendreau (1989), el primer principio de la intervención con delincuentes es que debe centrarse en el cambio de los factores que se saben predictores de la delincuencia y la reincidencia. Desde el punto de vista del modelo R-N-R de Andrews y Bonta (1994, 2016), dichas necesidades corresponderían a los factores de riesgo dinámicos o, en palabras de los propios autores, las «necesidades criminógenas». Tras una revisión exhaustiva sobre los predictores y la eficacia de los tratamientos en el ámbito penitenciario, los autores concluyeron la existencia de cuatro grandes factores de riesgo empíricamente relacionados con la conducta delictiva, a los que se suman otras cuatro variables que constituyen los «ocho centrales» y que añaden capacidad predictiva a su modelo integrador del comportamiento delictivo. Estos ocho factores de riesgo centrales son los que se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Los ocho factores de riesgo centrales de la conducta delictiva (Andrews y Bonta, 1994, 2016).

Factor de riesgo	Descripción	Objetivo del cambio
Los «cuatro grandes»		
Historia de conducta antisocial	Inicio precoz y participación continuada en numerosos y diversos comportamientos antisociales en diferentes contextos. Incluye los expedientes disciplinarios, arrestos a edad temprana, quebrantamiento de medidas, etc.	Aunque el pasado no puede ser modificado, se pueden promover conductas alternativas al delito, así como expectativas de autoeficacia para el afrontamiento de situaciones de riesgo.
Patrón de personalidad antisocial	Rasgos y factores de personalidad como la búsqueda de sensaciones, bajo autocontrol, impulsividad, hostilidad, baja empatía, conducta problemática en la infancia, problemas económicos, problemas para mantener un trabajo estable, personalidad psicopática.	Desarrollar habilidades y estrategias de autocontrol, manejo de la ira y resolución de problemas.

Fuente: adaptación propia a partir de Andrews y Bonta (2016)

Factores de riesgo

Actualmente, los resultados derivados de la investigación empírica han permitido identificar un gran número de factores de riesgo. Asimismo, las diferentes revisiones sistemáticas y/o meta-análisis llevados a cabo reflejan de manera consistente la existencia de diversas categorías o áreas en que estos pueden ser agrupados (Bonta, Law y Hanson, 1998; Cottle, Lee y Heilbrun, 2001; Gendreau, Little y Goggin, 1996; Mann, Hanson y Thornton, 2010) y que en términos generales coinciden con los ocho factores centrales propuestos por Andrews y Bonta (2016).

Factor de riesgo	Descripción	Objetivo del cambio
Cogniciones antisociales	Actitudes, valores, creencias y racionalizaciones que apoyan o justifican la conducta delictiva; estados emocionales y cognitivos de ira, resentimiento y/o rebeldía; identificación con el rol de delincuente; actitudes negativas hacia el sistema judicial, etc.	Modificar actitudes y gestionar estados emocionales.
Vínculos y redes antisociales	Relaciones cercanas con otros delincuentes y carencia de vínculos o redes prosociales; reforzamiento social inmediato de la conducta delictiva.	Reducir la asociación con pares antisociales y promover las relaciones prosociales.
Los «cuatro moderados» o complementarios		
Familia y/o pareja	Insatisfacción marital o conflictos de pareja, escasez de recursos, falta de cohesión o mala calidad de las relaciones con los padres/cuidadores u otros familiares cercanos en combinación con expectativas neutras o favorables al delito.	Reducción del conflicto, construcción de relaciones positivas, mejorar la vigilancia y la supervisión.
Escuela y/o trabajo	Bajos niveles de rendimiento y satisfacción escolar y/o laboral, inestabilidad laboral.	Fomentar el rendimiento, la implicación, las recompensas y la satisfacción académica y/o laboral.
Tiempo libre y/o de ocio	Bajos niveles de implicación y satisfacción en actividades prosociales.	Fomentar la implicación, las recompensas y la satisfacción.
Abuso de sustancias	Abuso de alcohol y/o drogas. Los problemas actuales de consumo abusivo o dependencia suponen un mayor riesgo que la historia previa de abuso.	Reducir el consumo de sustancias tóxicas y los apoyos personales y sociales que promueven la conducta orientada al consumo, proporcionar conductas alternativas al consumo.

Fuente: adaptación propia a partir de Andrews y Bonta (2016)

Recordemos que desde el modelo de buenas vidas y desde el modelo del desistimiento, se recalca la importancia de potenciar también los factores protectores. Por desgracia, la investigación ha tendido a centrarse más en la identificación y el análisis de los factores de riesgo y aún son necesarios un mayor número de estudios longitudinales centrados en el examen de los factores que reducen el riesgo del comportamiento delictivo. La tabla 2 recoge, a modo de resumen, los principales factores protectores identificados hasta el momento (Borum, Bartel y Forth, 2003; de Vogel, de Ruiter, Bouman y de Vries Robbé, 2007; Webster, Martin, Brink, Nicholls y Desmarais, 2009).

Lecturas recomendadas

Se pueden consultar los trabajos de los siguientes autores citados en las referencias para obtener una visión integradora de los principales factores de riesgo y de protección de la delincuencia juvenil: Edwards, Schoenwald, Henggeler y Stroher, 2001; Farrington, Loeber y Tfofi, 2012; Redondo, 2017.

Factores protectores

Los factores protectores reducen la probabilidad de llevar a cabo comportamientos delictivos en individuos que pueden estar o no expuestos a factores de riesgo.

Tabla 2. Factores protectores de la conducta antisocial

Factores internos	<ul style="list-style-type: none"> • Apego seguro en la infancia • Autocontrol • Capacidades o habilidades de afrontamiento ante situaciones problemáticas • Competencia social • Conductas de autocuidado físico y psicológico • Elevada inteligencia • Empatía
Factores motivacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia a la medicación • Adherencia a las normas / Actitud positiva hacia la autoridad • Capacidad de gestión financiera • Compromiso con la escuela / trabajo • Implicación en actividades de ocio prosociales • Motivación hacia el tratamiento • Objetivos vitales / Orientación hacia el futuro
Factores externos	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones óptimas de convivencia / residencia • Control externo / Medidas judiciales • Disposición de recursos materiales • Recepción de atención profesional • Red social / Relaciones de apoyo prosocial • Relaciones íntimas

1.4. Técnicas de intervención

Las técnicas que se han ido incorporando a los diferentes programas de rehabilitación se han desarrollado a partir de los modelos teóricos que hemos visto previamente y persiguen cubrir un objetivo concreto en base a unas necesidades detectadas previamente. A grandes rasgos, las bases teóricas de los programas de rehabilitación con delinquentes descansan sobre dos modelos psicológicos: el conductual y el cognitivo (Robinson y Crow, 2009). No obstante, no podemos obviar la influencia de otras perspectivas que también han jugado un papel destacado en el desarrollo de algunas intervenciones en este contexto, como es la perspectiva sistémica en la intervención con delinquentes juveniles. Dado que la exposición y el desarrollo de cada técnica superan los propósitos de este módulo, a continuación (tabla 3) se presentarán esquemáticamente las técnicas conductuales y cognitivas más relevantes. Para un análisis más detallado, recomendamos la lectura del manual de Redondo (2017) u otros específicos sobre técnicas de modificación de conducta.

Tabla 3. Resumen de técnicas conductuales y cognitivas más relevantes

Técnica	Descripción
Modelo conductual	
Reforzamiento	Constituye el procedimiento básico para aumentar la probabilidad de aparición de una conducta y consiste en presentar o retirar de manera inmediata un estímulo tras la emisión de una respuesta. <i>Reforzamiento positivo</i> : es la introducción de un estímulo (generalmente gratificante) o reforzador positivo, inmediatamente después de una conducta. <i>Reforzamiento negativo</i> : consiste en la eliminación o retirada de un estímulo (normalmente aversivo o desagradable) o reforzador negativo, tras llevar a cabo un comportamiento.

Lecturas recomendadas

Otros dos manuales de referencia, además del de Redondo (2017) son:

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.

Técnica	Descripción
Moldeamiento	Reforzar pequeñas aproximaciones a un comportamiento deseado. Suele utilizarse para facilitar el aprendizaje de nuevas conductas complejas que requieren varios pasos.
Encadenamiento	Introducir una conducta deseable dentro de un eslabón o cadena de comportamientos que conducen a una consecuencia gratificante (reforzador positivo).
Extinción	Suprimir sistemáticamente los reforzadores que mantienen una conducta, con el objetivo de reducirla o eliminarla.
Tiempo fuera	Retirar al individuo durante un breve periodo de tiempo de un contexto o situación en el que están disponibles los reforzadores o bien permanecer en un lugar donde los reforzadores han sido temporalmente retirados. No son recomendables por su escasa eficacia y efectos contraproducentes.
Coste de respuesta	Retirar algún reforzador gratificante tras la emisión de una conducta inadecuada (o que se pretende disminuir o eliminar). Se diferencia de la extinción en que el reforzador que se retira no tiene por qué ser necesariamente el que mantiene la conducta que pretendemos modificar. También es conocida como castigo negativo. No son recomendables por su escasa eficacia y efectos contraproducentes.
Entrenamiento en comportamientos alternativos	Generar repertorios de conductas alternativas e incompatibles con las conductas que se desean eliminar y que a su vez permitan obtener reforzadores similares.
Control de estímulos	Presentación de estímulos que informan al sujeto de que la emisión de determinadas conductas irá aparejada a unas consecuencias específicas (aparición o retirada de reforzadores).
Programas de reforzamiento	Reforzamiento variable en frecuencia o intensidad de una conducta. Reforzamiento continuo: cada emisión de una conducta va seguida de un refuerzo (es útil para enseñar nuevos comportamientos). Reforzamiento intermitente: la conducta es reforzada solo en algunas de las ocasiones en las que aparece (es útil para mantener comportamientos a largo plazo).
Contrato conductual	Acuerdos consensuados entre el participante y el terapeuta en los que se asumen una serie de compromisos a través del cual se refuerzan las conductas y los logros u objetivos pactados.
Modelado de conducta	Imitar una conducta ejecutada por un modelo a través de la observación. Resulta útil para la adquisición de comportamientos que no están presentes en el repertorio de un sujeto. Se afianza mediante procesos de reforzamiento.
Modelado encubierto	Modelado de conducta mediante el uso de la imaginación
Sensibilización encubierta	Representar en imaginación una conducta indeseable seguida de una consecuencia negativa o aversiva.

Técnica	Descripción
Autorreforzamiento encubierto	Ejecutar a través de la imaginación una conducta deseable acompañada posteriormente de un reforzador (consecuencia gratificante).
Economía de fichas	Se trata de un sistema de reforzamiento en el que se administran fichas o puntos como refuerzo simbólico inmediato a conductas deseables y que posteriormente pueden cambiarse por refuerzos materiales, sociales, personales o actividades deseables.
Ensayo conductual	Practicar o reproducir una conducta nueva a partir de instrucciones durante las sesiones terapéuticas.
Relajación	Entrenamiento a través de diversas técnicas para reducir la ansiedad (respiración controlada, entrenamiento en relajación, desensibilización sistemática, exposición, inundación, prevención de respuesta).
Autoobservación	Atender intencionadamente a la presencia o ausencia de la propia conducta, para registrar posteriormente su emisión con el objetivo de facilitar un <i>feedback</i> continuo de los cambios de conducta y promover el autocontrol.
Exposición	Exposición directa gradual a estímulos o situaciones temidas para favorecer la habituación, la extinción y el cambio de expectativas.
Modelo cognitivo	
Entrenamiento atribucional	Cambiar atribuciones (proceso de explicación de las causas de un evento o una conducta propia o de los demás) desadaptativas por otras más adecuadas y constructivas que promuevan estados emocionales y expectativas positivos.
Reestructuración cognitiva	Identificar y sustituir los pensamientos disfuncionales o erróneos (distorsiones cognitivas) implicados en la conducta problemática por otros más adaptativos o positivos.
Entrenamiento en solución de problemas	Enseñar a reconocer y definir los problemas y los sentimientos asociados para, posteriormente, generar posibles soluciones, valorar sus consecuencias y seleccionar una de ellas para ponerla en práctica.
Desarrollo moral y de valores / Adopción de perspectiva social	Desarrollar valores y un razonamiento más maduro, que permita adoptar diversas perspectivas y opciones de respuesta a partir de la evaluación de sus consecuencias a corto, medio y largo plazo. Adoptar la perspectiva social y confrontar el sistema de creencias mediante ejercicios de reflexión y discusión.
Modelo cognitivo-conductual	
Desensibilización sistemática	Aproximación sucesiva, a través de imágenes, a estímulos estresantes en combinación con técnicas de relajación (respuesta antagónica) que inhiban progresivamente la respuesta de ansiedad.

Técnica	Descripción
Autocontrol / autorregulación	Conjunto de técnicas dirigidas a disminuir conductas que combina las siguientes fases: 1) Autoobservación y autorregistro de la propia conducta; 2) Control de estímulos asociados a la conducta problemática; 3) Entrenamiento en conductas alternativas incompatibles; 4) Contrato conductual; 5) Autorrefuerzo; 6) Administración del tiempo (planificación y gestión del tiempo diario); 7) Autoinstrucciones.
Inoculación del estrés	Conjunto de técnicas centradas en proporcionar estrategias y recursos para el afrontamiento del estrés. Se centra en el desarrollo de habilidades cognitivas (reestructuración cognitiva, autorrefuerzo y resolución de problemas), control de la activación emocional (relajación, entrenamiento en identificación de señales de tensión, desensibilización sistemática y autoinstrucciones), habilidades conductuales (análisis funcional de la conducta, exposición, modelado y ensayo de conducta) y habilidades de afrontamiento.
Entrenamiento en habilidades sociales	Enseñanza de diversas habilidades que favorecen las relaciones prosociales y la resolución de problemas. Consta de cinco pasos: 1) instrucciones sobre los pasos necesarios para llevar a cabo la conducta deseada; 2) modelado; 3) ensayo conductual; 4) reforzamiento positivo y retroalimentación; 5) práctica en situaciones reales.
Tratamiento de la ira	Conjunto de técnicas para el control de los estados emocionales intensos o de ira/enfado que combina la educación (sobre la ira y la agresión), reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, relajación, modelado y <i>role-playing</i> (entrenamiento en conductas de afrontamiento, comunicación y asertividad) y práctica en imaginación y en el contexto real.
Generalización y mantenimiento de mejoras terapéuticas	Trasladar los comportamientos, habilidades y competencias adquiridos durante el tratamiento al contexto diario a través de la intervención en diferentes ámbitos e incluso para conductas diversas, mediante el uso de programas de reforzamiento intermitente, entrenamiento en habilidades sociales en múltiples contextos, la inclusión de estímulos familiares o cotidianos, consecuencias naturales en contextos determinados, modelado, control de estímulos, autoobservación y autocontrol.
Prevención de recaídas	Combinación de técnicas específicas (fantasías y ensayos de recaída, decisiones aparentemente irrelevantes y cadenas cognitivo-conductuales) y técnicas cognitivo-conductuales (autoobservación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, etc.) para el afrontamiento de situaciones de alto riesgo de reincidencia.

2. Programas de tratamiento para delincuentes adultos

2.1. Tratamientos en prisiones y en penas y medidas alternativas para delincuentes adultos

Tal y como indica el art. 25.2 de la Constitución española y el art. 59 de la LO 1/1979 LOGP, las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad están orientadas a la reeducación y la reinserción social de los penados. Dicho objetivo es el que persiguen los tratamientos que se llevan a cabo dentro de prisión a través de un amplio abanico de intervenciones orientadas a (art. 110 RD 190/1996 del Reglamento Penitenciario):

- Desarrollar las aptitudes y capacidades técnicas y profesionales de los internos, enriquecer sus conocimientos y compensar sus carencias.
- Abordar los factores de riesgo que han influido en su comportamiento delictivo y mejorar sus capacidades mediante programas y técnicas de carácter psicosocial.
- Potenciar y facilitar los contactos con el exterior a través de los recursos comunitarios para su reinserción.

Siguiendo los principios del Modelo R-N-R de Andrews y Bonta (1994, 2016), la intensidad de la intervención debe ser acorde al nivel de riesgo que presenta el sujeto, centrarse en la modificación de sus necesidades criminógenas y ajustarse a las características personales. Asimismo, los tratamientos y programas dirigidos a los delincuentes deben estar basados en la evidencia científica (intervención sobre los factores de riesgo empíricamente relacionados con la conducta delictiva), ser estandarizados y comprensivos (contar con manuales altamente estructurados y con una duración suficiente), aplicarse con integridad (siguiendo los principios que establece el manual o protocolo) para garantizar su efectividad, contar con los recursos humanos y materiales necesarios y ser susceptibles de someterse a una evaluación de su eficacia (International Association for Correctional and Forensic Psychology, 2010). Asimismo, la participación en un programa de tratamiento es de carácter voluntario, por lo que la negativa a participar no llevará aparejada consecuencias penales o penitenciarias para el interno.

Los tratamientos penitenciarios abarcan un amplio abanico de actividades:

Regulación del tratamiento penitenciario

El tratamiento penitenciario se encuentra regulado en el Título III (Arts. 59 a 72) de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, así como en el Título V (arts. 113 a 131) del Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, del Reglamento Penitenciario.

Cualquier tratamiento que se lleva a cabo en los centros penitenciarios debe regirse por los principios básicos establecidos en el art. 62 LOGP.

- Educativas (enseñanza obligatoria e infantil, unidades educativas, maestros, bibliotecas, disposición de literatura, prensa y ordenadores personales)
- Formación profesional y ocupacional
- Actividades socioculturales y deportivas
- Salidas programadas
- Comunidad terapéutica
- Programas de intervención especializada

En ocasiones, las medidas y sanciones penales impuestas no implican necesariamente el ingreso en prisión y pueden ser cumplidas en la propia comunidad con el objetivo de reparar el daño causado a la sociedad de forma constructiva, a través de trabajos en beneficio de la comunidad, participación en programas de tratamiento o el pago de multas, entre otras.

No obstante, es importante señalar que, si bien la intervención que se lleva a cabo en el ámbito de las penas y medidas alternativas a la prisión se rige por los mismos principios que se han expuesto hasta el momento, presenta algunas particularidades. A diferencia de los tratamientos que se realizan en prisión, las intervenciones son de **obligado cumplimiento** (al tratarse de una medida penal) y permiten una mayor **generalización** de los aprendizajes adquiridos en el propio entorno del individuo. La **gestión del riesgo** de los participantes debe ser permanente por parte de los profesionales. Asimismo, deben dar **continuidad**, ser **coherentes** y **consistentes** con las intervenciones que se han llevado a cabo en régimen cerrado en aquellos casos que han pasado previamente por un centro penitenciario.

Para los objetivos de módulo, nos centraremos específicamente en desarrollar aquellos programas que se orientan al tratamiento de diversos colectivos (jóvenes, mujeres, drogodependientes, etc.) y la intervención especializada de diversas tipologías delictivas. En primer lugar, nos centraremos en describir los programas específicos que se encuentran disponibles en nuestro contexto y, posteriormente, realizaremos un breve repaso por otros programas de rehabilitación disponibles.

2.2. Programas específicos de intervención

En España, los programas de intervención disponibles se han desarrollado en función de las siguientes variables:

- la tipología delictiva,
- la situación penal y
- las características de cada individuo (necesidades criminógenas).

Algunos de ellos han sido diseñados para su cumplimiento en la comunidad como medida penal alternativa, mientras que otros se llevan a cabo dentro de los centros penitenciarios.

En concreto, actualmente contamos con programas específicos para las siguientes conductas antinormativas o antisociales (Instituciones Penitenciarias, s. f.):

- Delitos violentos
- Violencia doméstica
- Violencia de género
- Violencia sexual
- Delitos medioambientales, ecológicos y otros
- Delitos contra la seguridad vial
- Consumo de sustancias tóxicas
- Enfermedad mental
- Jóvenes
- Juego patológico
- Mujeres
- Personas extranjeras

Los programas actuales de intervención especializada se han desarrollado para el abordaje específico de distintas tipologías delictivas, entre las que destacan aquellas que incluyen un componente violento en su ejecución. Como comprobaremos más adelante, algunos de los objetivos que persiguen y las técnicas utilizadas son comunes entre los diferentes programas. Asimismo, también convergen en los siguientes aspectos (Ballano, Suárez, Pérez y Herrera, 2015; Medina, 2012; Redondo, 2017):

- 1) Se centran en modificar los factores de riesgo psicosociales asociados a la conducta delictiva (necesidades criminógenas), con el objetivo de erradicarla y reducir el riesgo de reincidencia.
- 2) Adoptan un enfoque psicoterapéutico cognitivo-conductual.
- 3) Se aplican en un formato grupal, con sesiones individuales intercaladas. No obstante, la mayoría de los programas permiten su aplicación a nivel individual en caso necesario.
- 4) Son de elevada intensidad (sesiones con una frecuencia diaria) y de larga duración (entre 6 y 12 meses aproximadamente).
- 5) Suelen incluir una fase inicial de evaluación y motivación al cambio, una segunda fase de intervención centrada en la conducta delictiva específica y los elementos que juegan un papel relevante en su comisión, y una última fase de seguimiento.

Prevención secundaria y terciaria

Mientras que las intervenciones que se llevan a cabo en prisión responden a estrategias de prevención terciaria, los programas que se ejecutan en el ámbito de las penas y medidas alternativas constituyen ejemplos de prevención secundaria.

6) Generalmente, las sesiones de intervención se organizan en tres partes:

- a) presentación que se inicia con la reflexión y revisión de la sesión anterior,
- b) desarrollo centrado en la exposición psicoeducativa y ejercicios terapéuticos y
- c) finalización o cierre con un repaso de las ideas clave, así como la descripción de ejercicios inter-sesiones y del prelude de la siguiente sesión.

7) Disponen de manuales que establecen la población a la que va dirigida, los objetivos de tratamiento, el desarrollo de las unidades de intervención con las técnicas y los ejercicios propuestos, los materiales necesarios para llevarlos a cabo y cómo evaluar los resultados.

8) Las dinámicas y ejercicios que suelen utilizarse para trabajar los contenidos de cada sesión se centran, generalmente, en:

- visionado y análisis de contenido audiovisual,
- comentario de textos,
- debates y discusiones guiadas,
- análisis de noticias reales,
- redacción de autobiografías,
- trabajo en parejas,
- *role-playing*,
- dilemas morales,
- ejercicios individuales de análisis personal,
- técnicas de autocontrol emocional y conductual,
- dinámicas para trabajar contenidos en imaginación y
- otras técnicas de modificación de conducta cognitivo-conductuales.

9) Generalmente son aplicados por equipos de profesionales multidisciplinares (psicólogos, educadores sociales, juristas-criminólogos, trabajadores sociales, entre otros) dentro de los centros penitenciarios.

2.2.1. Conductas adictivas

Dado que el consumo de drogas constituye uno de los factores de riesgo empíricamente relacionados con la conducta delictiva, resulta de especial relevancia la intervención sobre las personas que presentan una problemática de drogodependencia. A nivel internacional, los programas más habituales centrados en el tratamiento del consumo de sustancias son (Bahr, Masters y Taylor, 2012):

- La terapia cognitivo-conductual
- El control de contingencias (reforzamiento de conductas positivas)
- Las comunidades terapéuticas

- Los tribunales de drogas (programas especializados que combinan el tratamiento de desintoxicación con otras medidas judiciales como las analíticas o la supervisión intensiva)
- El tratamiento farmacológico (p. ej. con metadona, naltrexona, topiramato o buprenorfina, entre los más habituales)
- Los campos de entrenamiento basados en el régimen militar y la disciplina estricta
- El programa de doce pasos (p. ej. Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Cocainómanos Anónimos)

No obstante, según los expertos, los más efectivos son aquellos que (Weeks, Moser, Wheatley y Matheson, 2013):

- a) están basados en los modelos de intervención cognitivo-conductual y del aprendizaje social;
- b) se ajustan al modelo riesgo-necesidad-responsividad;
- c) incorporan técnicas motivacionales;
- d) se aplican de manera íntegra;
- e) combinan otras intervenciones complementarias;
- f) incluyen una fase de mantenimiento o seguimiento.

Los tratamientos llevados a cabo para el abordaje de las conductas adictivas deben ser de carácter multidisciplinar, psicoeducativo, social y de control. Están orientados tanto a la prevención como al tratamiento del consumo y deben garantizar el seguimiento posterior a través de los recursos comunitarios tras la salida del interno de prisión. A continuación, y a modo de ejemplo, especificamos algunos de los programas presentes en los centros penitenciarios españoles.

Alcoholismo

El objetivo principal de los programas para el tratamiento del alcoholismo en las prisiones españolas se centra, por un lado, en enseñar al sujeto a identificar el deseo intenso de consumo (*craving*) y los factores que incrementan en riesgo de consumo de alcohol y, por otro lado, dotarle de una mayor capacidad de autocontrol y de habilidades de afrontamiento ante situaciones de consumo potencial.

Para ello se realiza un programa psicoeducativo en formato grupal de unas diez sesiones llevado a cabo por equipos multidisciplinarios.

El programa se estructura en tres módulos:

- **Información.** Centrada en proporcionar al usuario conocimientos sobre la adicción al alcohol y sus efectos a corto y largo plazo sobre la salud.
- **Motivación para el cambio.** Se focaliza en incrementar o potenciar la determinación del sujeto para comprometerse con el tratamiento y dejar de consumir.
- **Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.** Donde se desarrollan las habilidades y estrategias para el afrontamiento de situaciones de riesgo de consumo de alcohol mediante técnicas cognitivo-conductuales (auto-control para la gestión del *craving*, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas para el mantenimiento de la abstinencia y prevención de recaídas).

Drogodependencias

Al igual que en otros países, en España, los programas orientados al tratamiento de las conductas adictivas persiguen varios objetivos que determinan el tipo de intervención que se lleva a cabo con los internos con dicha problemática. Como primera prioridad, se pretende prevenir el inicio en el consumo de drogas y la práctica de conductas de riesgo. En caso de que dicho consumo ya se haya producido, lo que se persigue es la prevención y la reducción de riesgos y daños asociados a este. La tercera prioridad se centra en lograr mantener periodos de abstinencia que favorezcan el reajuste personal y social. Finalmente, se pretende potenciar la integración social a través del desarrollo de habilidades y recursos de afrontamiento en los usuarios drogodependientes una vez se encuentren en libertad.

Las intervenciones disponibles en los centros penitenciarios se focalizan en dos tipos de destinatarios. Por un lado, programas destinados a toda la población reclusa y, por otro lado, programas terapéuticos y de reinserción centrados en consumidores activos o que se encuentran en proceso de deshabitación. Sin ánimo de ser exhaustivos, describiremos brevemente cada uno de estos programas:

- **Programa de prevención y educación para la salud.**
 - **Programas de educación para la salud:** se centra en dotar a los internos de mayores conocimientos sobre las drogas y sus efectos con el objetivo de reducir la probabilidad de que se inicien en el consumo de sustancias. Adicionalmente, pretende promover un estilo de vida saludable e instaurar habilidades y competencias para afrontar situaciones de consumo potencial y mejorar la integración social.
 - **Mediación en salud:** acciones preventivas centradas en mejorar la información y fomentar la sensibilización en materia de drogodepen-

dencias y salud pública entre los mediadores (funcionarios/as y otros profesionales que trabajan en los centros penitenciarios) para que ejerzan como agentes promotores de formación y acción a otros internos que actuarán como Agentes de Salud con el colectivo específico de consumidores de drogas.

- **Programa de reducción de daños y riesgos.**
 - **Programa de intercambio de jeringuillas (PIJ):** se persigue reducir el riesgo de contagio y transmisión de enfermedades por el consumo de sustancias por vía inyectada, facilitando a los usuarios equipos de inyección estéril.
 - **Programa de mantenimiento con metadona (PMM):** reducción de daños y riesgos a través de la dispensación de un tratamiento farmacológico sustitutivo (metadona) del opiáceo que genera la dependencia.
- **Programa de apoyo psicosocial a internos en PMM:** intervenciones centradas en la atención psicológica y social de las personas que se encuentran en tratamiento con metadona.
- **Programas orientados a la abstinencia.**
 - **Programas libres de droga (PLD).** Está pensado para los internos que muestran una buena evolución y disponen de habilidades y recursos personales adecuados para alcanzar y mantener la conducta abstinentes. Cuenta con dos modalidades de intervención: ambulatoria /centro de día y módulo terapéutico. El programa de deshabitación consta de tres fases. La primera fase de **desintoxicación** se centra en eliminar la dependencia física que genera la sustancia mediante el tratamiento farmacológico para evitar la aparición de los síntomas asociados síndrome de abstinencia. La segunda fase de **deshabitación** persigue eliminar la dependencia psicológica y social de la sustancia. Para ello, se combina la supervisión médica con la intervención centrada en el área psicológica, social, educativa y ocupacional. En esta etapa juega un papel destacado la familia del interno ya que ejerce un doble rol: por un lado, representa un elemento de apoyo durante el todo proceso de deshabitación y, por otro lado, constituye el vínculo exterior para su próxima salida y reintegración social. A nivel personal, se trabaja desde la perspectiva de la prevención de recaídas para dotar al usuario de habilidades y estrategias de afrontamiento adecuadas que le permitan mantener la abstinencia y un estilo de vida saludable. La última fase de **inserción social** se ejecuta cuando se ha logrado mantener la abstinencia de manera continuada y se centra en la prevención de recaídas a nivel psicológico y el mantenimiento del estilo de vida saludable. Para ello es importante que el interno sea derivado a recursos comunitarios externos y, a ser posible, que cuente con vínculos y apoyo familiar.

- **Programas de preparación para la vida en libertad.** Están dirigidos a los internos que participan en programas de tratamiento y que saldrán en libertad en un plazo de 9 a 12 meses. Se diseña un itinerario de inserción individualizado a partir de los recursos personales y sociales de los que dispone el interno y se trabajan a nivel grupal e individual, con el objetivo de preparar su salida al exterior de manera progresiva y acompañada y su reincorporación al contexto social y familiar.

2.2.2. Conductas violentas

Violencia general

Aquellos tratamientos que tienen como objetivo la reducción y prevención del comportamiento violento adoptan, generalmente, un enfoque psicosocial basado en el modelo cognitivo-conductual, orientado al desarrollo de las capacidades y los recursos de los internos. La mayoría de los programas existentes, tanto a nivel internacional como nacional, incluyen técnicas para la autorregulación emocional, el desarrollo de habilidades interpersonales o de resolución de problemas y la modificación de cogniciones o creencias. Es habitual que incluyan de manera frecuente intervenciones centradas en el control de la ira o en el entrenamiento de habilidades cognitivas (Mitchell *et al.*, 2018).

Algunos ejemplos de programas internacionales de este tipo son el *Resolve* o el *Self Change Programme* (SCP) que se llevan a cabo en el Reino Unido o el *Regional Health Centre (Pacific) Intensive Programme for Violent Offenders* aplicado en Canadá.

En España, los internos que han sido condenados por la comisión de delitos violentos en general (diferentes a la violencia sexual, de género o familiar), constituyen los destinatarios finales del *Programa de Intervención en Conductas Violentas* (PICOVI, Agudo *et al.*, 2017). No obstante, si ya existe otro tratamiento específico para tratar la conducta violenta que presenta un sujeto (p. ej. violencia sexual), dicho programa será el de referencia en ese caso.

DEVI en Catalunya

En Cataluña, el análogo al PICOVI sería el *Programa de Intervención para Delincentes Violentos* (DEVI, Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya, 2011) que actualmente se encuentra en revisión (Redondo, 2017). Mientras que en algunos centros penitenciarios se crean grupos de tratamiento para el DEVI, en otros los internos residen en unidades de vida específicas para participar en el programa. Asimismo, existe una versión adaptada del programa para los internos más jóvenes (denominado JUVI) y para la población reclusa femenina (Subdirección General de Programas de Rehabilitación y Sanidad, 2011).

Los objetivos generales que persiguen este tipo de programas son (Agudo *et al.*, 2017):

- Promover el reconocimiento de la conducta violenta y motivar hacia el cambio.

- Estimular el desarrollo de habilidades (cognitivas, emocionales y conductuales) para reconocer y afrontar pensamientos distorsionados asociados al comportamiento violento.
- Capacitar a los internos en autorregulación emocional y estrategias de afrontamiento adaptativas alternativas a la violencia.
- Fomentar un estilo de vida y valores prosociales.

El PICOVI es un programa psicoeducativo y terapéutico que permite su aplicación tanto en formato grupal como individual. Se compone de ocho unidades interrelacionadas que se centran en los siguientes aspectos:

- 1) Promoción de la **motivación** al cambio del comportamiento violento y establecimiento de objetivos ajustados y realistas.
- 2) Definición e identificación de la **conducta violenta** y análisis crítico.
- 3) Promoción de la conciencia, identificación, expresión y gestión emocional.
- 4) Detección, invalidación y sustitución de **esquemas, pensamientos y creencias erróneas y disfuncionales** relacionados con la conducta delictiva.
- 5) Desarrollo y promoción de la **empatía y el razonamiento moral**.
- 6) Desarrollo de **valores, metas prosociales** y cambio personal.
- 7) Entrenamiento en estrategias positivas de afrontamiento (autorregulación emocional, reestructuración cognitiva, afrontamiento y habilidades sociales).
- 8) Mantenimiento, generalización, **prevención de recaídas y estilo de vida positivo**.

En el ámbito de las medidas penales alternativas, el *Programa de Intervención, Sensibilización y Reeducación en Competencias Sociales* conocido como PROBECO (Ballano *et al.*, 2015) es el de referencia para este tipo de delitos. Sin embargo, es necesario aclarar que el PROBECO no constituye una intervención concebida específicamente para personas cuyos delitos incluyan necesariamente un componente violento contra las personas. De hecho, también es aplicable a delitos de otras tipologías, como los cometidos contra el medio ambiente, por maltrato animal, económicos o patrimoniales, entre los más destacados.

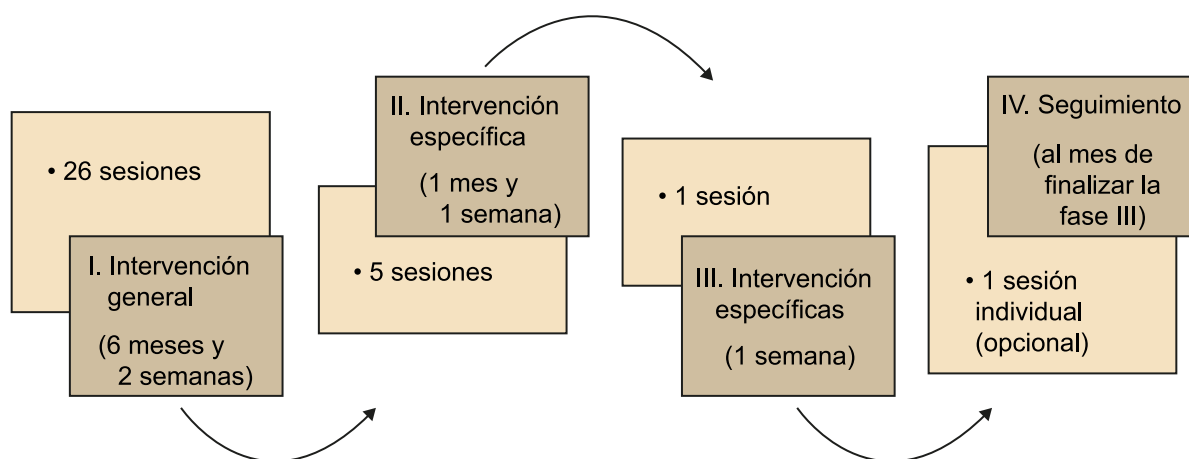
Los usuarios derivados al PROBECO son personas condenadas por la comisión de diversos delitos, entre ellos los violentos (exceptuando los sexuales, de género, en el ámbito familiar o contra la seguridad del tráfico), a trabajos en beneficio de la comunidad o al sometimiento a programas de tratamiento como condición de la suspensión o sustitución de la pena.

Los objetivos terapéuticos del PROBECO son:

- Eliminar el comportamiento delictivo y reducir el riesgo de reincidencia de los usuarios.
- Intervenir sobre las necesidades criminógenas empíricamente relacionadas con la delincuencia general y las específicas de los delitos violentos, del maltrato animal y delitos medioambientales.
- Promover la adherencia al tratamiento y el desarrollo de habilidades y valores prosociales.

Para ello, el programa se estructura en cuatro fases con diferentes itinerarios, cuya duración total es de nueve meses a cuenta de una sesión semanal. La fase de Intervención general es común a todos los participantes, mientras que la específica ofrece cuatro posibles itinerarios en función de la tipología delictiva. Tras la fase de intervención específica, se lleva a cabo una sesión centrada en la prevención de recaídas y otra sesión dirigida al seguimiento y evolución de cada participante. La organización y duración del programa sigue el esquema de la figura 1.

Figura 1. Estructura y duración del PROBECO



Fuente: elaboración propia a partir de Ballano *et al.* (2015)

El esquema que presentamos en las tablas resume los módulos y objetivos del programa (tabla 4 y tabla 5), estructurado según las cuatro fases que la componen.

Tabla 4. Módulos y objetivos del PROBECO

I. Intervención general (común)			
Módulo		Objetivos	
Caracterización del comportamiento delictivo		Asunción de la responsabilidad personal de los delitos; análisis de la motivación delictiva; evaluación de la motivación al cambio	
Autorregulación emocional		Promoción de la conciencia, identificación, expresión y gestión emocional; análisis de la relación entre pensamiento, emoción y conducta; análisis y afrontamiento de la ansiedad y la ira	
Creencias que sustentan el comportamiento delictivo		Detección, invalidación y sustitución de esquemas, pensamientos y creencias erróneas y disfuncionales relacionados con la conducta delictiva; análisis de su influencia sobre los estados emocionales y la conducta; entrenamiento en reestructuración cognitiva	
Personalidad y comportamiento delictivo		Fomento y desarrollo de la autoestima y la empatía; control de la impulsividad; entrenamiento en toma de decisiones y resolución de problemas	
Habilidades sociales básicas		Análisis de la comunicación y desarrollo de técnicas de comunicación eficaces; resolución de conflictos interpersonales y entrenamiento en asertividad	
Dilemas morales		Identificación, desarrollo expresión de valores prosociales; crítica y autocrítica constructivas	
II. Intervención específica			
Otros delitos: Módulo I. Estilo de vida positivo	Maltrato animal: Módulo II. Prevención del maltrato animal	Delitos violentos: Módulo III. Reducción de comportamientos violentos	Delitos contra el medio ambiente: Módulo IV. Sensibilización medioambiental: reducción del comportamiento antiecológico ilegal
<ul style="list-style-type: none"> Promoción del estilo de vida positivo y prosocial Identificación de áreas deficitarias Desarrollo de habilidades de afrontamiento adaptativas 	<ul style="list-style-type: none"> Concienciación sobre el maltrato animal y la legislación básica que lo regula Desarrollo y modelado de actitudes, valores y conductas positivas hacia los animales Reestructuración cognitiva e incremento de la empatía hacia los animales Asunción de la responsabilidad Adquisición de pautas de relación positivas y promoción de la tenencia responsable de animales de compañía 	<ul style="list-style-type: none"> Reflexión, definición e identificación de la violencia y la agresión, sus tipos y las consecuencias asociadas Reflexión y análisis crítico sobre el efecto de las sustancias y su relación con la violencia Asunción de la responsabilidad delictiva Incremento de la motivación al cambio Análisis sobre la modificación de comportamientos y desarrollo de la conducta prosocial 	<ul style="list-style-type: none"> Concienciación medioambiental y el rol del ser humano sobre su deterioro Reestructuración cognitiva de las distorsiones en torno al medio ambiente Asunción de la responsabilidad delictiva Promoción de valores y actitudes respetuosas con el medio ambiente

Tabla 5. Módulos y objetivos del PROBECO (continuación)

III. Prevención de recaídas
<ul style="list-style-type: none"> Exposición y análisis cognitivo, emocional y conductual del proceso de recaída de las conductas problemáticas; identificación y toma de conciencia de situaciones de riesgo; entrenamiento en estrategias de afrontamiento adaptativas Identificación y toma de conciencia de situaciones de riesgo Entrenamiento en estrategias de afrontamiento adaptativas
IV. Seguimiento (opcional)
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación y seguimiento de la eficacia del programa (análisis de la evolución y dificultades del usuario al poner en práctica las habilidades aprendidas)

Violencia doméstica

Al igual que ocurre con los programas dirigidos al abordaje de la violencia general, las intervenciones centradas en el tratamiento de los internos que cumplen condena por haber ejercido cualquier tipo de violencia intrafamiliar entienden que dicho comportamiento, además de aprendido, es el resultado de una serie de déficits interpersonales. Por esta razón, parten del modelo cognitivo-conductual para modificar aquellos comportamientos, emociones, procesos cognitivos y actitudes que favorecen este tipo de violencia. Un ejemplo de ello sería el *Domestic and Family Violence Intervention Program* (DFVIP) de los servicios penitenciarios australianos.

En España, en el ámbito de las medidas penales alternativas, el Programa de Intervención frente a la Violencia Familiar, denominado *Encuentro* (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2017), es el de referencia para el abordaje psicoterapéutico y educativo de tres tipos de violencia doméstica:

- En la relación de pareja (exceptuando la violencia de género –por lo tanto incluye a las mujeres que han agredido a sus parejas o exparejas del sexo masculino, así como violencia entre parejas del mismo género—).
- Hacia menores de edad: maltrato infantil y adolescente.
- En las relaciones adultas: paterno-filial, filioparental, padres mayores o dependientes, entre hermanos.

El programa *Encuentro*, tiene como objetivos (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2017):

- Eliminar las conductas violentas y reducir el riesgo de reincidencia.
- Intervenir sobre los factores de riesgo dinámicos específicos y empíricamente relacionados con la violencia intrafamiliar.
- Promover la adherencia y predisposición al tratamiento mediante un enfoque positivo.
- Instaurar pautas de funcionamiento psicológico adecuadas y mejorar la calidad de las relaciones personales y familiares.
- Potenciar los factores de protección y de resiliencia que favorecen el bienestar y la adaptación psicosocial.

A diferencia de otros programas, está concebido para realizarse en formato individual, no obstante, puede ser adaptado para su aplicación grupal y tiene una duración total de diez meses.

El programa se estructura en tres fases:

1) **Fase de evaluación y motivación:** centrada en facilitar y aumentar la motivación al cambio, vencer posibles resistencias y crear un plan motivacional ajustado a cada uno de los participantes (Plan Motivacional Individualizado o PMI).

2) **Fase de Intervención:** consta de una parte común centrada en intervenir sobre los factores de riesgo dinámicos de los participantes a través de la explicación de los aspectos generales de la violencia familiar, la mejora de la autoestima o el entrenamiento en técnicas de resolución de conflictos, entre otros, y una parte específica enfocada a trabajar tres tipos de violencia familiar:

a) mujeres que han agredido a sus parejas o violencia entre parejas del mismo género,

b) violencia ascendente (filio-parental) y

c) violencia descendente.

3) **Fase de seguimiento:** consta de una sesión para evaluar la evolución de los cambios realizados, así como para determinar el nivel de consecución y mantenimiento de los objetivos marcados en el PMI.

Violencia de género

Los programas dirigidos al tratamiento de los hombres que ejercen violencia contra sus parejas o exparejas se desarrollaron inicialmente durante los años setenta en Estados Unidos, con desarrollos posteriores en Canadá, el Reino Unido y Australia durante la siguiente década. Las intervenciones más comunes en el contexto internacional son las que se sustentan sobre el modelo cognitivo-conductual con perspectiva de género (Banks, Kini y Babcock, 2013). A nivel teórico, asumen que la violencia de género es causada por las distorsiones cognitivas sobre las relaciones de pareja y los déficits para la expresión y el procesamiento adecuado de las emociones. La metodología del modelo cognitivo-conductual se centra, generalmente, en el entrenamiento de habilidades interpersonales, de relajación y control de la ira, así como otras técnicas cognitivas para la modificación de creencias disfuncionales (Banks *et al.*, 2013). Adicionalmente, en Estados Unidos este modelo coexiste con otra aproximación psicoeducativa de base feminista conocida como el *Modelo Duluth* (Pence y Paymar, 1993), centrada en promover relaciones más equitativas en las relaciones de pareja a través de la modificación de las cogniciones que sustentan y promueven el sistema patriarcal.

A nivel global, los objetivos que suelen abordarse en este tipo de programas son (Rothman, Butchart y Cerdá, 2003):

- relaciones de pareja;
- resolución de conflictos;

- masculinidad;
- creencias y tradiciones culturales;
- manejo de la ira;
- habilidades parentales;
- efectos y consecuencias de la violencia de género;
- influencia del consumo de drogas y/o alcohol;
- sexualidad.

En el caso de España, entre 2001 y 2002 comenzaron a aplicarse los primeros programas de tratamiento específico para presos condenados por la comisión de delitos de violencia de género. Actualmente, los programas de referencia para el tratamiento de las conductas violentas ejercidas contra la pareja o expareja son el *Programa de Intervención para Agresores* (PRIA, Ministerio del Interior, 2010, 2011) y el *Programa de Intervención para Agresores de Violencia de Género en Medidas Alternativas* (PRIA-MA, Ministerio del Interior, 2015).

Los **destinatarios** del PRIA son personas nacionales o extranjeras condenadas a penas privativas de libertad por la comisión de delitos de violencia de género contra sus parejas o exparejas que no presenten dificultades relevantes que impidan el seguimiento del programa (como por ejemplo, trastorno mental grave, consumo activo de sustancias o discapacidad intelectual).

El PRIA se aplica siguiendo, generalmente, un formato grupal (aunque puede ser aplicado a nivel individual, en función del caso), con sesiones semanales de dos horas y media, durante un periodo comprendido entre los seis y los doce meses. Dichas intervenciones grupales se intercalan con otras individuales y ejercicios entre sesiones. El programa básico consta de 25 sesiones aproximadamente, mientras que el intensivo alcanza las 50 sesiones.

El PRIA-MA (Programa de intervención para agresores de violencia de género en medidas alternativas) se aplica en el contexto comunitario y es el resultado de la revisión, actualización y adaptación del PRIA original y está dirigida a personas que han sido condenadas por delitos de violencia contra la pareja (o expareja) que deben cumplir una medida penal alternativa.

Como novedades relevantes, el PRIA-MA introdujo nuevos enfoques teóricos basados en los modelos R-N-R (Andrews y Bonta, 1994, 2016) y de Buenas Vidas (Ward y Brown, 2003). Asimismo, incluye una fase específica previa de evaluación y motivación al cambio, así como instrumentos psicométricos para la evaluación del cambio terapéutico pre y postintervención.

Tanto el PRIA, como el PRIA-MA son programas que adoptan un enfoque psicoterapéutico cognitivo-conductual. No obstante, el PRIA-MA también incorpora la perspectiva de género a través de una intervención educativa. Ambos programas tienen como objetivo general la erradicación de cualquier tipo de actitudes, creencias y comportamientos sexistas y/o violentos ejercidos contra la pareja o expareja, así como la prevención de la reincidencia en este tipo de

delitos, a través de la modificación de los factores de riesgo, la promoción de la igualdad y el desarrollo de una nueva representación de la masculinidad y de roles de pareja más prosociales.

Los contenidos de estos programas se organizan en unidades o módulos de intervención que persiguen los siguientes objetivos descritos en la tabla 6, algunos compartidos y otros específicos (Ministerio del Interior, 2010, 2015).

Tabla 6. Módulos y objetivos del PRIA y PRIA-MA

	Unidad / Módulo	Objetivos
Comunes en el PRIA y el PRIA-MA	Presentación y motivación al cambio*	Presentación general; establecimiento de normas, objetivos y compromisos; promoción de la motivación al cambio y la adherencia terapéutica
	Identificación y expresión de emociones	Promoción de la conciencia, identificación, expresión y gestión emocional; análisis funcional de la conducta; reflexión sobre el amor romántico, sus mitos y la dependencia emocional
	Distorsiones cognitivas y creencias irracionales	Detección, invalidación y sustitución de esquemas, pensamientos y creencias erróneas y disfuncionales relacionados con los roles de género y el uso de la violencia (reestructuración cognitiva)
	Género y violencia de género	Exposición y análisis de la perspectiva de género; promoción de relaciones igualitarias a través del cambio de actitudes
	Empatía	Desarrollo y promoción de la empatía hacia los demás y hacia la víctima
	Violencia y control de la ira	Conocimiento del ciclo de la violencia y de la relación entre drogas/alcohol y violencia; identificación de las señales de alarma (emocionales, cognitivas y conductuales) asociadas a la escalada de violencia y de las consecuencias negativas; entrenamiento en autocontrol y gestión de la ira
	Violencia psicológica	Análisis funcional de la violencia psicológica, sus tipologías y consecuencias; desarrollo de habilidades asertivas y de resolución de conflictos

* Mientras que en el PRIA se incluye como una unidad de intervención, en el PRIA-MA constituye una fase propia (Fase I. Evaluación y motivación) y previa a la fase de intervención.

	Unidad / Módulo	Objetivos
	Menores	Concienciación de la victimización producida sobre los hijos dentro de la violencia de género y erradicación del patrón de maltrato hacia ellos; identificación de estilos de apego y su influencia sobre los menores; adquisición y promoción de los intereses y bienestar de los menores, las habilidades parentales positivas y de apego seguro
	Prevención de recaídas	Identificación y revisión de los factores de riesgo; análisis del proceso general de recaída y su aplicación práctica en el caso particular; entrenamiento en habilidades de afrontamiento adaptativas
Específicos del PRIA	Asunción de la responsabilidad y mecanismos de defensa	Admisión del delito de violencia de género como autor de los hechos a partir de un relato ajustado libre de excusas, justificaciones o atribuciones externas
	Agresión y coerción sexual en la pareja	Reconocimiento y análisis de justificaciones sobre la violencia sexual; promoción de las relaciones sexuales sanas
Específicos del PRIA-MA	Fomento de la autoestima	Promoción de una autoestima ajustada que facilite la adaptación biopsicosocial
	Nuevas masculinidades	Análisis crítico de la identidad masculina, estereotipos y creencias basadas en el modelo tradicional y construcción de una nueva masculinidad
	Celos	Detección de pensamientos y conductas de celos desadaptativos o patológicos; análisis crítico del amor romántico, el apego, la autoestima y la dependencia emocional; reestructuración cognitiva y desarrollo de pautas equitativas y respetuosas
	Relaciones sanas	Identificación y análisis de tipos de relaciones (sanas vs. tóxicas o dependientes), expectativas erróneas y distorsiones cognitivas; desarrollo de emociones, sexualidad positiva y habilidades comunicativas asertivas

* Mientras que en el PRIA se incluye como una unidad de intervención, en el PRIA-MA constituye una fase propia (Fase I. Evaluación y motivación) y previa a la fase de intervención.

Delitos sexuales

El impacto y la alarma que genera la violencia sexual han motivado el desarrollo y proliferación de programas de tratamiento específicos para reducir el riesgo de reincidencia y promover el desistimiento de los delincuentes sexuales. En las últimas décadas, se han desarrollado diversos modelos y técnicas en diferentes países (Lösel y Schmucker, 2005):

- psicoterapia;
- terapia de conducta clásica;
- cirugía o castración;
- medicación reductora del impulso sexual;
- tratamiento cognitivo-conductual.

No obstante, la evidencia empírica señala que los tratamientos más utilizados y efectivos son los basados en el modelo cognitivo-conductual que persiguen la modificación de conductas y cogniciones, así como el desarrollo de habilidades y recursos. En esta línea, Marshall y sus colaboradores desarrollaron un tratamiento pionero, aplicado inicialmente en Canadá (Marshall, Anderson y Fernández, 1999; Marshall y Fernández, 1997) que constituye el programa de referencia para la mayoría de los tratamientos aplicados posteriormente en el resto del mundo. Los componentes más comunes de la intervención cognitivo-conductual incluyen la autorregulación sexual y general, la mejora de los déficits de relaciones interpersonales e íntimas, el desarrollo de la empatía hacia la víctima, la modificación de las distorsiones cognitivas, el análisis del proceso del delito y los factores de riesgo, así como la asunción de la responsabilidad y la prevención de recaídas (Yates, 2013).

La aplicación del primer programa integral y estructurado de tratamiento específico para delincuentes sexuales en prisión se inició en España en 1996 con el Programa de Control de la Agresión Sexual (SAC) creado originalmente por Garrido y Beneyto (1996). Tras su aplicación inicial en dos centros penitenciarios de Cataluña, dicho programa se adaptó para ser administrado en el resto de prisiones españolas bajo el título de «El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario» o PCAS (Rivera, Romero, Labrador y Serrano, 2006).

Programa de Intervención Específica en el ámbito de la Violencia Sexual

El *Programa de Intervención Específica en el ámbito de la Violencia Sexual* (anteriormente conocido como SAC) administrado en las prisiones catalanas presenta una estructura y contenido bastante similar, no obstante, podemos observar ciertas particularidades (Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat, 2011):

- 1) Se divide en varios niveles o subprogramas de intervención: motivacional, básico o intensivo, seguimiento y atención externa.
- 2) Permite a los internos que han realizado el programa SAC, incluso encontrándose en libertad definitiva, continuar su tratamiento en el exterior a través de encuentros en grupos de intervención dentro del medio social.
- 3) Desde 2009, el SAC puede complementarse con un *Programa de tratamiento farmacológico* mediante la administración de inhibidores selectivos de la recaptación de la sero-

tonina (u otros medicamentos psicoactivos) o de inhibidores de la producción de la testosterona.

Se trata de un programa muy intensivo, con sesiones de unas tres horas realizadas dos veces por semana y una duración aproximada de nueve a once meses. Además, los internos deben cumplir una serie de requisitos para poder acceder al programa (Rivera *et al.*, 2006):

- participación voluntaria,
- ser varón,
- estar cumpliendo condena por delitos sexuales,
- encontrarse próximo a la progresión a régimen abierto (tercer grado o libertad condicional) o disfrutar de permisos de salida habitualmente,
- tener entre 18 y 60 años,
- no tener causas pendientes,
- presentar un nivel de inteligencia adecuado (cociente intelectual superior a 80), así como saber leer y escribir,
- no padecer ningún trastorno mental o enfermedad física que interfiera sobre su participación en el programa.

Los objetivos principales del programa son (Garrido y Beneyto, 1996):

- Favorecer un análisis más realista de la propia conducta delictiva en los participantes
- Mejorar sus capacidades y habilidades de relación personal
- Promover sus oportunidades de reinserción y de desistimiento

El PCAS se divide en dos fases diferentes: la evaluación y el tratamiento. La fase de evaluación se lleva a cabo antes y después de la fase de tratamiento, y se centra en analizar el funcionamiento sexual y las preferencias sexuales desviadas (conducta sexual), el ajuste y las competencias sociales (funcionamiento social) y las creencias y actitudes que justifican o promueven los delitos sexuales (distorsiones cognitivas) de los participantes en el programa. La fase de tratamiento se distribuye en diversos módulos centrados en la modificación, a través de la aplicación de diversas técnicas, de los factores de riesgo específicos de esta tipología delictiva. Los módulos y objetivos se resumen en la tabla 7.

Tabla 7. Módulos y objetivos del PCAS

Módulo	Objetivos
Entrenamiento en relajación	Aprendizaje y práctica progresiva en técnicas de relajación como estrategia de afrontamiento
Análisis de la historia personal	Análisis crítico e identificación de experiencias vitales que influyen sobre el comportamiento actual
Distorsiones cognitivas	Detección, invalidación y sustitución de esquemas, pensamientos y creencias erróneas y disfuncionales relacionados con la violencia sexual; reestructuración cognitiva

Módulo	Objetivos
Conciencia emocional	Promoción de la conciencia, identificación, expresión y gestión emocional; análisis de la relación pensamiento, emoción y conducta
Comportamientos violentos	Reflexión, definición e identificación de la violencia, factores y consecuencias asociadas; análisis funcional de la conducta
Mecanismos de defensa	Reflexión y confrontación de las excusas o acciones utilizados para justificar el delito; reconocimiento de la propia conducta delictiva
Empatía hacia la víctima	Desarrollo y promoción de la empatía hacia los demás y hacia la víctima; responsabilización ante el delito
Estilo de vida positivo	Mejora de las habilidades y hábitos que fomenten un equilibrio físico y mental, así como un estilo de vida saludable (estilo de vida positivo, administración del tiempo, alimentación y ejercicio) en el medio social del sujeto
Educación sexual	Adquisición de conocimientos fiables y veraces sobre la sexualidad; desarrollo de actitudes positivas; destrucción de mitos y tabúes; comprensión global de la sexualidad
Modificación del impulso sexual	Desarrollo de recursos y estrategias para el afrontamiento de impulsos y deseos sexuales desviados
Prevención de recaídas	Aprendizaje del modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída y su aplicación práctica en el caso particular; identificación de factores de riesgo; detección de decisiones aparentemente irrelevantes; entrenamiento en habilidades de afrontamiento adaptativas

Desde 2015, España dispone de un programa psicoeducativo para el abordaje terapéutico de las personas que han de cumplir una medida penal alternativa por la comisión de un delito de posesión y/o distribución de pornografía infantil. Dicho programa, denominado «Fuera de la Red» (Herrero, Negredo, Lila, García, Pedrón y Terreros, 2015) es el fruto de la revisión y análisis de otros programas similares y de la literatura empírica disponible sobre los usuarios de imágenes abusivas de menores en la red. Los objetivos que persigue este programa de tratamiento son (Herrero *et al.*, 2015):

- Favorecer la adherencia y predisposición al tratamiento a través de un enfoque positivo del mismo.
- Intervenir sobre los factores de riesgo dinámicos característicos de los usuarios de pornografía infantil.
- Instaurar pautas de funcionamiento psicológico adecuadas en aquellos aspectos relacionados con la pornografía infantil.
- Reducir el riesgo de reincidencia, así como de una escalada delictiva hacia el abuso real de menores.

El programa se divide en sesiones grupales e individuales, cuya duración total es de 10 meses. Como hemos visto en otros programas específicos, consta de tres fases:

1) Fase de evaluación y motivación: centrada en facilitar y aumentar la motivación al cambio, vencer posibles resistencias y crear un plan motivacional ajustado a cada uno de los participantes (Plan Motivacional Individualizado o PMI).

2) Fase de intervención: modificación de las necesidades criminógenas de los participantes a través de ocho módulos terapéuticos (experiencias vitales, análisis funcional de la conducta, autorregulación emocional, educación sexual, empatía, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, autoestima, modificación del impulso sexual desviado y prevención de recaídas).

3) Fase de seguimiento: se lleva a cabo una sesión individual con el objetivo de revisar la evolución de los cambios realizados, y determinar el nivel de consecución y mantenimiento de los objetivos marcados en el PMI.

Delitos contra la seguridad vial

En varios países del mundo, los programas de intervención para las personas que han cometido delitos contra la seguridad vial llevan aplicándose desde los años ochenta (Slootmans, Martensen, Kluppels y Meesmann, s. f.). A partir de la evidencia que señala que el simple castigo no es efectivo para la reducción de la reincidencia en este tipo de infracciones (Blom, Bergman y Wartna, 2011; Elvik y Christensen, 2007), se hace patente la necesidad de complementarla con una aproximación psicológica que aborde el problema. La mayoría de estos programas se llevan a cabo en formato grupal, y en algunos casos son sesiones individuales pre y postratamiento. El objetivo que persiguen es que los participantes adopten actitudes y comportamientos más seguros en la carretera y operan sobre cinco áreas (Niringiyimana y Brion, 2018): educación, sanción, monitorización, evaluación y tratamiento. Muchos de los programas existentes se dirigen a los individuos que han cometido delitos contra la seguridad en el tráfico bajo la influencia de las sustancias tóxicas (principalmente alcohol) y son de dos tipos:

- Educativos, centrados en el desarrollo de nuevos conocimientos sobre determinados temas relacionados con la conducta al volante para promover el cambio de actitudes y la percepción de riesgo (p. ej. riesgos de la conducción bajo los efectos de las sustancias y la propia conducta imprudente, consecuencias asociadas, impacto del alcohol y otras sustancias sobre el organismo, etc.).

- Psicológicos, que enfatizan el cambio conductual a partir del desarrollo de habilidades y recursos de afrontamiento ante situaciones de riesgo desde la perspectiva cognitivo-conductual.

En algunos casos, los programas combinan ambas modalidades, adoptando un enfoque psicoeducativo y se complementan con otras medidas, como los dispositivos de bloqueo encendido del vehículo o pruebas para la recuperación de la licencia de conducción (Niringiyimana y Brion, 2018).

En España actualmente no se dispone de ningún programa marco de tratamiento especializado dentro de los centros penitenciarios para la rehabilitación de los internos condenados por delitos contra la seguridad vial. No obstante, el hecho de que este tipo de infractores tiendan a ingresar en prisión con condenas cortas o muy cortas indica la necesidad de disponer de una intervención rápida e intensiva que permita promover un cambio actitudinal y conductual que reduzca el riesgo de reincidencia delictiva. El programa se encuentra en fase de diseño (Ministerio del Interior – Secretaría General técnica, s. f., Subdirección General de Programas de Rehabilitación y Sanidad, 2011) y debería incluir, dentro de sus objetivos específicos: el aumento de la responsabilización sobre la conducta delictiva, el conocimiento de la propio comportamiento de conducción y los factores de riesgo asociados, el desarrollo de recursos que promuevan la toma de decisiones adaptativas, el aumento de la sensibilización y la empatía hacia las víctimas y las consecuencias asociadas a los accidentes de tráfico.

En el ámbito de las penas y medidas alternativas, el Programa de Intervención Psicoeducativa en Seguridad Vial (PROSEVAL) es el indicado para los condenados por delitos contra la seguridad del tráfico. Actualmente, el desarrollo del PROSEVAL tiene como destinatarios a las personas condenadas a más de sesenta jornadas de TBC y a quienes han sido sometidos a la suspensión de penas privativas de libertad bajo la obligación de participar en un programa específico de tratamiento para su tipología delictiva (Instituciones Penitenciarias, 2017).

El objetivo que persigue el programa es aumentar la seguridad vial mediante la rehabilitación de los conductores a través de la sensibilización y el cambio cognitivo, emocional y conductual.

Se trata de un programa de intervención psicoeducativo de 74 horas que se distribuye en sesiones semanales durante aproximadamente ocho meses. Consta de una primera fase educativa que se lleva a cabo durante los dos primeros meses y de una segunda fase terapéutica durante los seis meses restantes.

Los contenidos de la fase educativa se dividen en cuatro grandes bloques:

1) sensibilización,

- 2) factores de riesgo,
- 3) promoción de valores,
- 4) habilidades y recursos de afrontamiento.

Entre los objetivos específicos que persigue la fase educativa encontraríamos: la sensibilización frente a la siniestralidad vial, el incremento de la influencia de la propia conducta vial sobre la sociedad, o la promoción de la motivación al cambio, entre otros.

La fase psicoterapéutica tiene como objetivo la modificación emociones, pensamientos, creencias, actitudes y comportamientos antisociales en el tráfico mediante el uso de técnicas cognitivo-conductuales.

Finalmente, se lleva a cabo una sesión final de seguimiento para determinar la eficacia del programa.

2.2.3. Mujeres

Dada su baja representación dentro de la población penitenciaria, la oferta de programas de tratamientos específicos para las mujeres internas en prisión es escasa. Sin embargo, la evidencia empírica señala que las mujeres presentan una serie de necesidades criminógenas (p. ej. mayor tasa de delitos no violentos, de problemas relacionados con el consumo de sustancias y de historia de victimización previa en la infancia) y patrones de carrera delictiva diferentes a sus homólogos masculinos, hechos que justifica el desarrollo de programas concretos para esta población (Bloom y Covington, 1998; Cortoni y Gannon, 2013). A nivel internacional, Canadá constituye un ejemplo pionero en el desarrollo de programas para mujeres delincuentes. Así, algunas de estas experiencias centradas en la intervención con la población penitenciaria femenina son (Loinaz, 2016):

- a) el tratamiento enfocado en el procesamiento de los eventos traumáticos y el desarrollo de habilidades de afrontamiento;
- b) programas generales de entrenamiento de diversas habilidades de competencia social, regulación emocional y autosuficiencia;
- c) programas especializados para mujeres con problemas de consumo de sustancias o que han cometido delitos violentos (incluidos los sexuales y/o contra la pareja).

En el contexto penitenciario español, contamos con dos programas dirigidos a este colectivo (Instituciones Penitenciarias, 2018). El primero de ellos es el programa «*Ser mujer*», centrado en la prevención y el tratamiento de la violencia de género a través del desarrollo de la independencia y la autonomía

Lectura recomendada

Podéis encontrar una extensa revisión del tema en el artículo de I. Loinaz (2016). Cuando «el» delincuente es «ella»: intervención con mujeres violentas. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 41-50.

personal de las internas, proveyéndolas de recursos y habilidades. Para ello, el programa se estructura a través de las siguientes unidades (Instituciones Penitenciarias, 2018): construcción de las identidades de género, autoestima, sexualidad, relaciones de pareja y mitos del amor romántico, violencia de género, habilidades de competencia social, prevención y recursos.

El segundo es el Programa de intervención con madres, dirigido a internas con hijos, que se focaliza en garantizar el bienestar cognitivo y emocional de los menores, así como en facilitar las relaciones maternofiliales positivas, permitiendo que se desenvuelvan en varias unidades ubicadas dentro del centro penitenciario: unidades dependientes, unidades de madres, escuelas infantiles, módulo familiar y unidades externas de madres.

2.2.4. Otros colectivos

A continuación trataremos otros colectivos y su intervención:

1) Trastornos mentales. El objetivo principal de la intervención con delinquentes que padecen un trastorno mental es reducir la problemática conductual, cognitiva y emocional asociada a la enfermedad. Debido a las características crónicas de los trastornos mentales más graves, es necesario que el tratamiento (Hodgins, 2004):

a) sea de larga duración;

b) incluya múltiples componentes centrados en promocionar la autonomía y la adaptación social;

c) esté adecuadamente coordinado con los servicios sociales, y

d) permita su posterior derivación a recursos comunitarios tras el cumplimiento de la condena.

Dichos tratamientos suelen ser de tipo farmacológico o psicológico, o bien la combinación de ambos. En determinados casos, la intervención puede consistir en el internamiento de estas personas en comunidades terapéuticas u hospitales psiquiátricos penitenciarios.

Al igual que ocurre en otros países, en España, tras la evaluación y el diagnóstico posterior, el objetivo de la intervención con personas que padecen una enfermedad mental es reducir o mejorar la sintomatología asociada al trastorno para disminuir el riesgo de reincidencia delictiva a través del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM). Se trata de una intervención integral, que enfatiza la práctica de actividades terapéuticas y ocupacionales llevada a cabo por un equipo multidisciplinar de profesionales.

2) Internos discapacitados. Existen diversas experiencias internacionales en materia de rehabilitación que han adaptado algunos programas de tratamiento a las características y necesidades propias de los presos con discapacidad intelectual o del desarrollo. Dichas intervenciones utilizan técnicas cognitivo-conductuales centradas en el entrenamiento de la autorregulación emocional, reestructuración cognitiva, reducción de la activación y entrenamiento en habilidades interpersonales (Lindsay y Taylor, 2008). Entre todos ellos, destacan los dirigidos a la conducta violenta, los delitos sexuales o actos sexuales inapropiados y los relacionados con los comportamientos incendiarios. En España, el Programa de Intervención con Internos con Discapacidad tiene como objetivos la detección temprana de casos de discapacidad intelectual, física y/o sensorial para facilitar la adecuación de las instalaciones, condiciones y programas a sus necesidades específicas. Se dirigen a trabajar terapéuticamente las áreas (Instituciones Penitenciarias, 2018): personal (adquisición y/o consolidación de hábitos de vida sana y autonomía personal), psicosocial-relacional (habilidades sociales, salidas terapéuticas, entrenamiento emocional, estimulación cognitiva y educación en valores), familiar (promoción de las comunicaciones y relaciones familiares, recursos sociales y apoyo externo), educativa (adquisición de conocimientos básicos) y laboral (a través de programas ocupacionales). También disponen de medidas asistenciales y otras intervenciones sanitarias.

3) Prevención de suicidios. Dado que el riesgo de suicidio en la población penitenciaria es significativamente más elevada que en la población general (Fazel, Grann, Kling y Hawton, 2011), algunos países han desarrollado programas integrales para detectar, evaluar e intervenir sobre los internos que presentan una probabilidad más elevada de conductas autolíticas y suicidas. Generalmente, se llevan a cabo evaluaciones iniciales en el momento del ingreso en prisión (dado que muchos casos se producen durante esta etapa), así como supervisiones continuas a lo largo de su estancia en el centro penitenciario para detectar situaciones de riesgo potencial (p. ej. ante cambios de situaciones interpersonales, familiares o penitenciarias). Para ello, el personal técnico y los funcionarios reciben formación específica, que se complementa con la inclusión de internos de apoyo que se encargan de identificar y alertar de los casos de mayor riesgo (Lasko y Posick, 2016).

El contexto penitenciario español también dispone de un programa de este tipo, que pretende prevenir las conductas suicidas en grupos de riesgo, así como detectar internos que presenten problemas asociados a comportamientos autolesivos para poner en marcha pautas de intervención para su vigilancia, tratamiento y sanidad a través de protocolos de intervención específicos.

4) Adultos jóvenes. En general, los programas destinados a jóvenes delinquentes se centran en mejorar los déficits interpersonales y de resolución de conflictos responsables del inicio y mantenimiento de la conducta antisocial, modificar los procesos cognitivos implicados, así como mejorar las pautas de

comunicación e interacción entre los diferentes contextos (principalmente la familia) en los que se desarrollan. Para ello, recurren a técnicas basadas en el modelo cognitivo-conductual y a la terapia familiar sistémica.

En el caso de España, los delincuentes de entre 18 y 25 años disponen de un programa específico de intervención centrado en el desarrollo de habilidades de pensamiento que les permitan desenvolverse de una manera más ajustada a nivel personal y social. Asimismo, les proporcionan educación intensiva y la capacitación necesaria para su inserción laboral. La parte común de la intervención abarca las áreas: formación académica, deportivo-recreativa, laboral y cultural, higiénico-sanitaria, ocio y tiempo libre, sociofamiliar y preparación para la vida en la comunidad. La parte específica se lleva a cabo a través del programa de pensamiento prosocial versión corta para jóvenes (Alba *et al.*, 2005b) que pretende reducir el riesgo de reincidencia delictiva a través del desarrollo de habilidades, actitudes y valores mediante técnicas cognitivas.

5) Extranjeros. Dado que las personas extranjeras que se encuentran privadas de libertad pueden presentar necesidades sociales y personales específicas, el objetivo del tratamiento debe centrarse, no solo en promover su adaptación durante su estancia en prisión, sino también facilitar su reintegración social una vez sean liberados, independientemente de que permanezcan en el territorio donde fueron encarcelados o regresen a sus países de origen. En la misma línea, el *Programa de Intervención con Internos Extranjeros* (Instituciones Penitenciarias, s. f.) que se lleva a cabo en las prisiones españolas tiene como objetivo facilitar la integración de las personas extranjeras en el ámbito penitenciario y, posteriormente, en la sociedad. Los programas generales se centran en proporcionarles formación y educación, mientras que los programas específicos pretenden fomentar su desarrollo personal y la integración social. Como objetivos específicos persiguen: reducir el aislamiento, superar las barreras lingüísticas, proporcionar una educación integral, facilitar información jurídica y valores democráticos y respetar la diversidad mediante actividades culturales abiertas.

6) Otras adicciones. Además de los programas específicos sobre conductas adictivas relacionadas con las sustancias descritos más arriba, las prisiones españolas también cuentan con intervenciones concretas para intervenir sobre la adicción al tabaco desde un enfoque educativo, psicosocial y conductual. De igual modo, disponen de un Programa Específico de Juego Patológico (Instituciones Penitenciarias, 2017) para tratar los problemas de ludopatía mediante el uso de técnicas cognitivo-conductuales (exposición, control de respuesta, habilidades de afrontamiento y autocontrol).

2.2.5. Otros programas

Por último, podemos recordar otros programas:

- **Programas de acogida y motivación.** Se centran en establecer el contacto inicial entre el interno que ingresa en prisión y los profesionales encargados de su tratamiento y su salud (educadores, trabajadores sociales, psicólogos y médicos) para establecer intervenciones sanitarias o farmacológicas iniciales o mantener el tratamiento iniciado previamente en el exterior. Asimismo, tras la evaluación inicial y la elaboración del plan individualizado de tratamiento (PIT), se le ofrece al interno información sobre los programas de intervención disponibles a los que puede incorporarse de forma voluntaria.
- **Programas lúdicos y recreativos.** Proporcionan al interno actividades alternativas para ocupar el tiempo de ocio y adquirir o mejorar determinadas competencias o habilidades personales.
Por un lado, las actividades socioculturales se centran en la creación (talleres de expresión artística y de comunicación) o difusión cultural (intercambio de experiencias con la comunidad) y la formación y motivación (de desarrollo de actitudes prosociales).
Por otro lado, las actividades deportivas pueden ser recreativas (de desarrollo de intereses deportivos propios), competitivas (promoción de actividades físicas federadas y campeonatos o torneos internos y entre centros) y de formación y motivación deportiva (creación de escuelas deportivas). Dichos programas pueden servir como complemento o apoyo a otro tipo de intervenciones terapéuticas.

3. Programas de tratamiento para infractores juveniles: intervención educativa y terapéutica

Una de las premisas de las que debemos partir cuando hablamos de la intervención con jóvenes es que su comportamiento antisocial y delictivo tiene un origen multicausal. Por lo tanto, el enfoque que debe adoptarse para la prevención de la delincuencia juvenil debe centrarse en intervenir sobre diversas áreas de funcionamiento del joven. Así pues, contamos con intervenciones tempranas dirigidas a modificar algunos factores de riesgo que promueven el inicio de las carreras delictivas.

Ejemplos de dichos programas son los dirigidos a mejorar los déficits familiares y de crianza, como los programas de entrenamiento a padres o las visitas de ayuda domiciliaria para familias en riesgo; o con niños en riesgo a través del entrenamiento en habilidades sociales o de estimulación intelectual (Redondo, 2017). Con relación a los adolescentes, también contamos con programas de intervención escolar, laboral y comunitaria. No obstante, la intervención con los jóvenes que cometen actos antisociales debe ser integral, es decir, centrarse en la modificación de múltiples factores de riesgo para ser efectivos y, al igual que ocurre en el caso de los delincuentes adultos, debe ajustarse a las características del joven al que va dirigido (individualización). En este caso, los tratamientos multimodales e integradores que intervienen sobre aspectos individuales, familiares y comunitarios son los que muestran una mayor eficacia (Schaeffer y Borduin, 2005).

La terapia multisistémica constituye uno de los programas de tratamiento de referencia en el caso de los infractores juveniles (MST; Henggeler y Borduin, 1990; Henggeler *et al.*, 1998) y ha demostrado su eficacia en la reducción de la reincidencia a corto y largo plazo (Schaefer y Borduin, 2005). No obstante, tal y como señalan Boxer y Frick (2008), las características de la MST a veces dificultan su aplicación en determinados contextos (p. ej. en jóvenes internados) porque implican la participación activa de diversos sistemas comunitarios (p. ej. padres y escuela).

La MST constituye un programa de tratamiento intensivo basado en la intervención familiar y comunitaria que se centra en la modificación de múltiples factores de riesgo asociados a la conducta antisocial de los menores y jóvenes. Fue desarrollada inicialmente en los años setenta como un modelo de tratamiento integral basado en la evidencia empírica. El fundamento teórico de la MST sustenta su explicación de la conducta sobre la teoría de la ecológica social de Bronfenbrenner (1979) y los sistemas familiares pragmáticos (Minuchin, 1974). Desde esta perspectiva, consideran que los diferentes sistemas (fa-

milia, escuela, amistades, comunidad) con los que interacciona el menor influyen sobre la calidad de su desarrollo y su comportamiento. De esta manera, los comportamientos problemáticos del joven se inician y mantienen por las transacciones problemáticas intra e intersistemas. Por lo tanto, la intervención se centra en modificar dichas interacciones recíprocas dentro de la familia, así como entre la familia y otros sistemas (p. ej. familia y escuela) en el contexto natural del joven, la familia y los servicios de la comunidad. El desarrollo y la implementación de la intervención se ajustan a las necesidades específicas del menor y su familia. Asimismo, la conceptualización del problema conductual del menor se guía por nueve principios (Edwards *et al.*, 2001, Redondo, 2017):

- 1) El objetivo principal de la evaluación es comprender el encaje entre los problemas identificados y sus contextos sistémicos más amplios.
- 2) Los contactos terapéuticos enfatizan los aspectos positivos y utilizan las fuerzas sistémicas como palancas de cambio.
- 3) Las intervenciones están diseñadas para promover la conducta responsable y disminuir la irresponsable entre los miembros de la familia.
- 4) Las intervenciones están centradas en el presente y orientadas a la acción, abordando problemas específicos y bien definidos.
- 5) Las intervenciones se dirigen a secuencias de conductas intra e inter-sistemas que mantienen los problemas identificados.
- 6) Las intervenciones son evolutivamente apropiadas y se ajustan a las necesidades de desarrollo del joven.
- 7) Las intervenciones están diseñadas de manera que requieren esfuerzos diarios o semanales por parte de los miembros de la familia.
- 8) Se evalúa de manera continua la eficacia del tratamiento desde múltiples perspectivas y los terapeutas asumen la responsabilidad de superar las barreras que dificultan la consecución de resultados.
- 9) Las intervenciones se diseñan para promover la generalización del tratamiento y el mantenimiento del cambio terapéutico a largo plazo, fortaleciendo los recursos que sean necesarios para atender las necesidades de los miembros de la familia en múltiples contextos sistémicos.

La MST utiliza todo un abanico de técnicas de probada eficacia empírica, entre las que se incluyen las cognitivo-conductuales y otras aproximaciones psicoterapéuticas pragmáticas y centradas en el problema. Las sesiones se llevan a cabo en el contexto natural del menor (casa, escuela, lugares de ocio, etc.) y tiene una duración aproximada de tres a cinco meses. El terapeuta se hace

cargo de entre cuatro y seis familias y mantiene contactos intensivos (a veces diarios) con ellas y los menores. Asimismo, recibe extensa formación y cuenta con supervisiones y apoyo clínico.

Otra de las terapias familiares con extenso apoyo empírico que se llevan a cabo con jóvenes delincuentes es el *Tratamiento Multidimensional de Terapia Familiar* (MTFC; Chamberlain, 2003). Se trata de un programa creado originalmente en el contexto americano, que se ha ido expandiendo a lo largo de otros países europeos. Está dirigido a aquellos menores y sus familias que presentan graves problemas de crianza (maltrato o negligencia), así como problemas conductuales, delincuencia juvenil y/o trastorno mental que requieren un elevado nivel de apoyo y supervisión. Cuenta con subprogramas específicos adaptados a la etapa evolutiva del menor (Chamberlain y Smith, 2003; Fisher, Burraston y Pears, 2005): niños en edad preescolar (3-5 años), escolar (6-12 años) y adolescentes (12-18 años). Está pensado para que los menores en acogimiento familiar y aquellos que provienen de justicia juvenil puedan seguir viviendo en su propia comunidad y ser atendidos en un contexto familiar real, con padres de acogida que han sido específicamente entrenados para ello. A su vez, los padres biológicos o cuidadores del menor también reciben entrenamiento en habilidades parentales similares a las que recibe el niño en el entorno de acogida, con el objetivo de garantizar la coherencia de las mismas prácticas educativas y de crianza que permitan el ajuste psicosocial del menor a nivel familiar y escolar a largo plazo. El MTFC se encarga de (Fisher y Gilliam, 2012):

- Reclutar y formar a los padres de acogida
- Proporcionar servicios para los padres de acogida durante el programa:
 - Desarrollar el plan de tratamiento inicial diario e individualizado
 - Identificar problemas específicos
 - Proporcionar supervisión y apoyo diario telefónico, mediante grupos de apoyo semanales y en situaciones de emergencia
 - Proporcionar apoyo conductual al centro educativo del menor
- Facilitar servicios para los menores:
 - Programas de manejo de conducta dividido por niveles ajustados a la edad del menor y en función del grado de autonomía y asunción de responsabilidades alcanzadas. Para ello recurren a técnicas cognitivo-conductuales, como por ejemplo la economía de fichas, control de estímulos, reforzamiento, entrenamiento en resolución de problemas y de otras habilidades prosociales.
- Proveer servicios para los padres biológicos y otros recursos de ubicación a largo plazo:

- Formación en habilidades parentales y de conducta similares a las del hogar de acogida
- Apoyo y supervisión hasta lograr la estabilidad del menor en el hogar

El MTFC parte de la premisa de que los tratamientos que se llevan a cabo en el contexto familiar y comunitario son más efectivos a largo plazo para la reducción y prevención de las alteraciones conductuales de los jóvenes y por ello constituye una alternativa a las intervenciones que se llevan a cabo en contextos más restrictivos.

3.1. Intervención en justicia juvenil

Tal y como señala la Oficina de las Naciones Unidas (2013), las intervenciones que se llevan a cabo con aquellos jóvenes que han cometido delitos deben tener en cuenta una serie de aspectos clave para maximizar su eficacia (UNODC, 2013):

- Adoptar una perspectiva evolutiva que tenga en cuenta las diferentes etapas vitales de desarrollo del menor.
- Incluir el papel activo del entorno familiar, escolar y comunitario.
- Ser principalmente de naturaleza educativa y centrados en las propias necesidades y circunstancias que rodean a estos menores infractores.
- Promover la aplicación de medidas alternativas y programas de libertad anticipada frente al internamiento.
- Aplicar el internamiento como último recurso y el menor tiempo posible.

En España, por ejemplo, los programas de tratamiento e intervenciones educativas específicas con estos jóvenes se pueden clasificar en varias categorías, que combinan múltiples actividades e inciden sobre diversos factores de riesgo. El cuadro elaborado por Redondo (2017) sintetiza de manera muy completa dichas intervenciones (tabla 8).

Edad de responsabilidad penal en España

En España, la edad de responsabilidad penal en los menores se sitúa entre los 14 y los 18 años (Ley de Responsabilidad Penal del Menor, 5/2000) y las medidas que se les pueden imponer a los menores infractores, además de perseguir un objetivo sancionador, deben cumplir una finalidad educativa.

Tabla 8. Actividades e intervenciones disponibles en el sistema de justicia juvenil español

Teoría de la intervención	Actividades desarrolladas	Factores de riesgo relacionados con las intervenciones
Actividades educativas y escolares	Cursos de neolectores y de alfabetización Cursos de formación reglada Talleres de alfabetización y castellano para extranjeros Talleres de escritura Taller de fomento de la lectura Taller de nuevas tecnologías	Déficit en habilidad lectora Bajo rendimiento académico Desvinculación/fracaso escolar Absentismo escolar Abandono de la escuela secundaria
Actividades prelaborales y laborales	Talleres prelaborales y cursos de formación ocupacional Programa de experiencias profesionales para el empleo Programa de orientación e inserción laboral Talleres de técnicas de búsqueda de empleo Habilidades sociales específicas para el empleo Planes ocupacionales	Déficit en aspiraciones laborales Inestabilidad laboral Desempleo frecuente
Actividades de educación psicossocial	Capacitación doméstica Programa «Ahórrate la cárcel» Prevención de la violencia de género Relaciones interpersonales Educación afectivo-sexual Prevención de la violencia familiar Educación maternal Seguridad vial Prevención de drogodependencias Prevención de conductas violentas Prevención de conductas xenófoba Cuidado de animales Dilemas morales y valores	Hostilidad e irritabilidad Impulsividad Propensión a mentir y engañar Acoso a otros Bajas habilidades interpersonales Falta de empatía/altruismo Locus de control externo Creencias y actitudes antisociales Déficit de razonamiento moral Déficit en <i>role-taking</i> y <i>role-playing</i> Autoestima/autoconcepto bajos
Intervenciones psicoterapéuticas y tratamientos	Programa específico para la prevención del maltrato familiar Tratamiento del consumo de sustancias tóxicas Programa de manejo de la agresividad Programa de manejo de la hiperactividad Programa de control de impulsos y habilidades sociales Programa específico para delitos de agresión sexual Programa específico para delitos de violencia familiar Programa específico para menores sometidos a medidas de larga duración por delitos graves y de gran alarma social Programa de tratamiento basado en el sistema de créditos positivos / negativos. Programa de mediación y resolución de conflictos Programa de gestión del riesgo de reincidencia	Mismos factores de riesgo anteriores cuando están consolidados

Teoría de la intervención	Actividades desarrolladas	Factores de riesgo relacionados con las intervenciones
Actividades e intervenciones en salud y trastornos mentales	Educación para la salud: primeros auxilios, hábitos higiénicos y dietéticos, creencias sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Revisiones médicas Tramitación de tarjetas sanitarias Tratamiento de patologías físicas del menor Tratamiento de prevención de trastornos mentales Trastornos sexuales Taller de prevención del VIH	Problemas de atención Trastorno de estrés posttraumático Esquizofrenia Tendencias suicidas Déficit de atención con hiperactividad
Actividades de ocio y tiempo libre	Programa de optimización del tiempo de ocio Tiempo libre organizado (actividades culturales, deportivas, sociabilidad, etc.) y no organizado (limitaciones en horarios, amistades, lugares, etc.) Taller de educación física y deportiva Visitas a diferentes salas de ocio y fiestas Relación con el grupo Juegos y lectura	Pocos amigos Amigos delincuentes Pertenencia a banda juvenil Tendencia al aburrimiento Búsqueda de nuevas experiencias y sensaciones
Actividades e intervenciones con los menores y sus familias	Promover la implicación de la familia Programa de apoyo familiar Programa de atención a conductas violentas dentro del ámbito familiar Sesiones diseñadas para la mejora de las relaciones paterno/materno-filiales Intervención con grupos de padres y madres Programa de entrenamiento a padres y madres Intervención sobre las relaciones familiares Expresión de las emociones y sentimientos	Bajos ingresos familiares Dependencia social Familias monoparentales Familias numerosas e incompetencia parental Tensión Desacuerdo familiar Conflicto entre padres e hijos Maltrato infantil Crianza inconsistente/punitiva/abandono/rechazo

Fuente: Redondo (2017)

3.2. Programas de tratamiento para infractores juveniles

Al igual que ocurre con los delincuentes adultos, existen intervenciones dirigidas a jóvenes diseñadas para el tratamiento de conductas antisociales específicas. A nivel internacional, disponemos de programas especializados para el abordaje de (Hoge, Guerra y Boxer, 2008):

- la conducta violenta;
- la actividad ilícita derivada de la pertenencia a bandas o grupos delictivos;
- la violencia sexual;
- los infractores con problemas de consumo de sustancias, salud mental y/o victimizaciones traumáticas previas;

- los jóvenes con necesidades educativas especiales, y
- las mujeres.

Muchos de ellos incluyen técnicas conductuales y cognitivo-conductuales, aunque lo deseable sería que también incorporaran la participación activa de la familia como un elemento clave de la intervención para maximizar su eficacia (Guerra, Kim y Boxer, 2008).

En cuanto a los programas de tratamiento para delincuentes juveniles en España, disponemos de intervenciones específicas para el abordaje de diversas conductas antisociales y necesidades terapéuticas, con sus respectivos manuales o guías de aplicación (Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor, 2018; Redondo, 2017):

1) Programas genéricos

Este tipo de programas combinan las sesiones grupales e individuales y se centran en dotar a los jóvenes de habilidades, recursos y actitudes prosociales mediante su entrenamiento a través de diversas técnicas y actividades (autocontrol, pensamiento autocrítico, habilidades sociales, habilidades de resolución de problemas interpersonales, razonamiento crítico, prevención del consumo de sustancias, fortalecimiento del entorno familiar, etc.) para que puedan desenvolverse de manera competente en diversos contextos y situaciones sociales. En España, destacan los siguientes:

- *Programa de pensamiento prosocial* (Alba *et al.*, 2005; Garrido y López, 2005).
- *Programa de desarrollo personal y competencia social* (Sánchez y Alonso, 2008).
- *Taller de habilidades sociales* (Franco *et al.*, 2008).
- *Educación en valores* (Franco *et al.*, 2008).
- *Programa central de tratamiento educativo y terapéutico para menores infractores* (Graña y Rodríguez, 2011).
- *Intervención terapéutica con delincuentes juveniles* (Intervenció terapèutica amb delinqüents juvenils; Cerdà *et al.*, en preparación).

2) Violencia contra la pareja

- *Programa de violencia en la relación de pareja* (VIOPAR; Agencia para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor, 2010). Se trata de un programa específico para la intervención con menores que han ejercido violencia contra la pareja. Se desarrolla en formato grupal e individual a través de siete módulos centrados en: identificación y expresión emocional, modificación de distorsiones cognitivas, manejo de la ira, habilidades de comunicación y relación. Adicionalmente, incluye sesiones de intervención familiar para la detección de dinámicas intergeneracionales violentas en la familia del menor y su modificación a través del entrenamiento en estrategias de relación y resolución de conflictos alternativos a la violencia.

Asimismo, contempla la intervención en pareja para valorar el papel que ejerce la violencia dentro de la dinámica relacional.

3) Infractores sexuales juveniles

- *Programa educativo y terapéutico para agresores sexuales juveniles* (Redondo, Pérez, Martínez, Benedicto, Roncero y León, 2012). Las 35 sesiones de las que consta aproximadamente este programa se llevan a cabo en formato grupal e individual y se centran en la reducción del riesgo de reincidencia sexual mediante la modificación de las necesidades terapéuticas de los jóvenes que han cometido delitos de naturaleza sexual. Intervienen sobre el desarrollo de: la autoestima, educación sexual, habilidades para las relaciones afectivas, modificación de las distorsiones cognitivas, autocontrol emocional y modificación del impulso sexual, empatía y solidaridad hacia la víctima y prevención de recaídas.

4) Violencia filioparental

- *Tratamiento educativo y terapéutico por maltrato familiar ascendente* (González-Álvarez *et al.*, 2013). Se trata de un programa grupal e individual que combina la intervención con el menor, los padres y el núcleo familiar más amplio para reducir las conductas violentas y mejorar las interacciones familiares. Los módulos de los que se compone se centran en: fomento de la motivación al cambio, conceptualización de la conducta violenta, actitudes y distorsiones cognitivas, gestión emocional y empatía, entrenamiento en conductas alternativas a la violencia (habilidades de comunicación y solución de problemas) y prevención de recaídas.

5) Consumo de sustancias tóxicas

- *Programa «ENLACE» de intervención en el consumo de drogas* (Agencia para la Reeduación y Reinserción del Menor Infractor y CES Proyecto Hombre, 2011). Se trata de un modelo de intervención para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en menores que se encuentran en centros de ejecución de medidas judiciales de internamiento en centros y persigue, mediante una intervención educativo-terapéutica, el desarrollo madurativo mediante el abordaje de las conductas de riesgo asociadas al consumo de los menores. El contenido de los módulos se estructura a partir del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente centrado en: motivación al cambio, caracterización de la conducta de consumo, toma de conciencia y estrategias de prevención.
- *Prevención del consumo de drogas* (Franco *et al.*, 2008). Se trata de un programa flexible, cuya duración e intervención se ajusta a las necesidades terapéuticas de cada usuario (menores y jóvenes de centros de día) a través de la intervención psicoeducativa sobre: el efecto de las sustancias sobre

el sistema nervioso central, las estrategias de prevención y la gestión del ocio y el tiempo libre.

6) Seguridad vial

- *Educación y seguridad vial* (Franco *et al.*, 2008). Programa de duración variable y adaptado a las necesidades menores y jóvenes usuarios de centros de día que realizado conductas infractoras contra la seguridad vial. Los seis módulos sobre los que gira la intervención son: licencias, permisos de conducción y seguro obligatorio; señales de tráfico; normas de circulación; seguridad vial; prevención y primeros auxilios; publicidad y conducción.

7) Bandas juveniles

- *Programa para la intervención con menores vinculados a agrupaciones juveniles de calle y/o bandas latinas* (Agencia para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor, en preparación). Dicho programa pretende prevenir nuevos comportamientos violentos intergrupales y fomentar el proceso de cambio, interviniendo sobre los factores de riesgo asociados al acercamiento o vinculación a grupos violentos.

8) Menores con hijos

- *Programa de paternidad responsable* (PARES; Agencia para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor, 2010). Dirigido a menores adolescentes que tienen hijos o serán padres próximamente y están cumpliendo algún tipo de medida judicial de internamiento en régimen semiabierto y abierto. Tiene como objetivo educar y proporcionar recursos y habilidades adecuadas para el desarrollo de una paternidad responsable y la integración del rol de padre dentro de su proyecto vital.
- *Programa de atención a madres gestantes o con hijos menores de tres años* (Agencia para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor, s. f.). Intervención especializada dirigida a menores embarazadas y/o madres de hijos menores de tres años. Tiene como objetivo el desarrollo de las capacidades parentales para el cuidado de sus hijos, la asunción de responsabilidades y el entrenamiento de las habilidades necesarias para su inserción social y laboral tras el cumplimiento de la medida de internamiento.

9) Trastorno mental

- *Programa Terapéutico por Salud Mental* (Agencia para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor, s. f.). Tiene como fin atender a menores y jóvenes infractores con alteraciones psíquicas o perceptivas que supongan una alteración grave de la conciencia de la realidad y afecten significativamente a una o más áreas de funcionamiento.

4. Rehabilitación, reinserción e integración social

4.1. La evaluación de la efectividad del tratamiento con delincuentes

Entre los años cincuenta y sesenta, la reclusión de los delincuentes se asentaba sobre el ideal de la rehabilitación, siendo la prisión el contexto que les permitiría recibir el tratamiento y la intervención terapéutica adecuados para la «cura» de su conducta delictiva (Jeglic y Calkins, 2018). Durante los años setenta, el modelo de rehabilitación de los delincuentes se vio fuertemente cuestionado por la investigación empírica que señalaba la ineficacia de los programas de tratamiento en prisión para la reducción de la reincidencia (Martinson, 1974). No obstante, la constatación de la ausencia de estudios empíricos metodológicamente sólidos hasta ese momento (Lipton, Martinson y Wilks, 1975) impulsó durante los años ochenta y noventa el desarrollo de una mayor investigación metodológicamente más robusta en torno a la evaluación de la eficacia de los tratamientos (Lösel, 2001; McGuire, 2013). La obtención de evidencias más sólidas a favor de la eficacia de algunas intervenciones, y la inclusión de técnicas estadísticas más complejas, han permitido identificar qué tipo de programas y tratamientos son los más adecuados para abordar las diferentes expresiones de la conducta antisocial, así como las necesidades terapéuticas que presentan los delincuentes.

Cuando hablamos de *eficacia* o *efectividad* (términos que la Real Academia Española define de la misma manera, entendida como «la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera») del tratamiento en términos criminológicos, nos estamos refiriendo al grado en que un programa de intervención logra alcanzar los objetivos de promover el desistimiento y la reintegración social de los delincuentes mediante el cambio y la mejora personal (Redondo, 2017).

Indicadores

Según Redondo (2017), podemos diferenciar tres indicadores diferentes a la hora de evaluar una intervención terapéutica:

- **Eficacia:** obtención, mediante el tratamiento, de efectos o resultados positivos en condiciones ideales de evaluación (p. ej. experimentos).
- **Efectividad:** logros obtenidos, como resultado de un tratamiento, de efectos favorables en condiciones reales (p. ej. en medidas comunitarias) que es susceptible de generalización a otras situaciones o contextos.
- **Eficiencia:** capacidad de una intervención de obtener resultados positivos teniendo en cuenta los costes que implica.

Generalmente, la evaluación del tratamiento se realiza a través de dos diseños experimentales:

- **Intersujetos:** todos los participantes en un mismo tratamiento son evaluados a lo largo del tiempo, generalmente antes (pre) para establecer la línea base y después (post) de la intervención para valorar los cambios registrados en comparación con la línea base (p. ej. medir el grado en que un sujeto ha modificado determinadas actitudes o cogniciones antisociales tras la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva).
- **Intersujetos o intergrupos:** se configuran grupos de sujetos similares que solo difieren en la aplicación / no aplicación del tratamiento y se comparan posteriormente. Los sujetos que participan en un tratamiento determinado son denominados grupo experimental o grupo tratamiento, mientras que los que no han recibido dicha intervención son conocidos como grupo control (p. ej. comparar las tasas de reincidencia entre delincuentes sexuales que han participado en el programa específico y los que no lo han realizado).

Una de las medidas más utilizadas para evaluar la eficacia de los tratamientos es la tasa de reincidencia, entendida como la reiteración delictiva o el retorno a la actividad criminal, posterior a la intervención. No obstante, resulta imprescindible definir claramente qué tipo de reincidencia se está registrando, pues su cuantificación o medida dependerá del origen de la fuente de información que se haya consultado. Asimismo, cada tipo de reincidencia se aproximará más o menos al conocimiento de la reincidencia real. Siguiendo a Capdevila *et al.* (2015), podemos encontrar varios tipos de reincidencia, siendo la primera la más ajustada a la tasa real y la última, la menos cercana:

- **Por autoinculpación:** comisión de nuevos delitos declarados por los propios autores de los hechos
- **Policial:** segunda o posterior detención policial de una misma persona por presuntos hechos delictivos
- **Penal:** segundo o procesamiento posterior de una misma persona por presuntos hechos delictivos
- **Judicial:** segunda o condena posterior de una misma persona
- **Penitenciaria:** segundo o ingreso posterior a prisión de una misma persona por presuntos hechos delictivos
- **Jurídica:** segundo o posterior procesamiento de una misma persona por presuntos hechos delictivos del mismo título del Código penal

Asimismo, el uso de la reincidencia como indicador de la eficacia de un tratamiento puede implicar algunos problemas metodológicos, entre los que destacan (Redondo, 2017):

- Sus diferentes medidas no son equiparables y dificultan la comparación de resultados.
- La estimación real de la reincidencia es complicada puesto que los estudios suelen basarse principalmente en fuentes oficiales, por la dificultad que implica obtener información sobre delincuencia autoinformada.
- Los tiempos relativamente cortos de seguimiento solo informan de la tasa de reincidencia durante ese periodo, dejando fuera la reiteración delictiva que se comete tras su finalización.
- Las tipologías delictivas que de base ya presentan una tasa baja (p. ej. la delincuencia sexual) dificultan el establecimiento de conclusiones estadísticamente significativas porque reducen la potencia estadística.
- Es un indicador que no proporciona información sobre otros procesos de reintegración social del sujeto que pueden haber resultado exitosos.

En definitiva, sería adecuado poder incorporar otras medidas complementarias a la reincidencia, centradas en la reintegración social y el desistimiento (p. ej. inicio y mantenimiento de la actividad laboral, ampliación de la red social, inicio de una relación sentimental, participación en actividades de ocio prosociales, etc.) que permitan determinar el grado de eficacia de las intervenciones.

Los resultados sobre la evaluación de la efectividad de los programas pueden obtenerse a través de estudios primarios independientes y específicos (p. ej. determinar la eficacia del programa de tratamiento específico para infractores sexuales juveniles) y de revisiones sistemáticas de estudios o metaanálisis (McGuire, 2013). Con relación al metaanálisis, entendido como un conjunto de técnicas estadísticas que se utilizan para resumir e integrar los datos provenientes de diversos estudios primarios realizados previamente (entre los que generalmente encontramos mucha heterogeneidad a nivel metodológico), se ha convertido en uno de los procedimientos más utilizados en el campo de la psicología y la criminología (Lipsey y Cullen, 2007; Smith, Gendreau y Swartz, 2009; Wilson, 2001).

Según McGuire (2013) y Redondo (2017), es posible maximizar la efectividad de los tratamientos, y por lo tanto, reducir el riesgo de reincidencia si se combinan los siguientes elementos o buenas prácticas en la intervención con delincuentes:

- Tienen en cuenta el modelo riesgo-necesidad-responsividad.

- Se focalizan en múltiples riesgos y necesidades criminógenas. Esto implica la aplicación de una intervención multimodal que combine diversas técnicas que permitan el abordaje integral de los sujetos, contribuyendo a una mejora personal y social global.
- Se sustentan sobre un modelo conceptual o teórico de la conducta delictiva que cuenta apoyo empírico.
- Se aplican con integridad. Esto es, que la metodología y el material aplicado durante la intervención se estructure en forma de programas, con manuales y guías estandarizadas bien definidas que permitan replicar o reproducir los procedimientos en cada sesión.
- Los terapeutas disponen de las habilidades y la formación necesaria para llevarlos a cabo.
- Incorporan técnicas concretas que permitan la generalización a diferentes contextos y la prevención de recaídas.

4.1.1. Efectividad de los tratamientos con delincuentes adultos

A lo largo de los años, se han llevado a cabo cientos de estudios sobre el efecto que tienen diversos tratamientos sobre la conducta delictiva en sujetos adultos y jóvenes a través de programas comunitarios o institucionales. Aunque en general se obtiene una disminución promedio de la reincidencia del 10 % a través de la intervención, algunos estudios han registrado reducciones que alcanzan el 40 % (Lipsey y Cullen, 2007).

A partir de una revisión actualizada realizada por Redondo (2017), en la que se resumen 42 metaanálisis o revisiones sistemáticas a partir de 1.248 programas de tratamiento, se observa que los tamaños del efecto que proporcionan los tratamientos para delincuentes adultos son muy heterogéneos, oscilando entre valores de 0 y 49 (d de Cohen = 0,00 – 0,49) puntos de diferencia.

Estadístico d de Cohen

Para determinar el grado promedio de eficacia de un conjunto de tratamientos, los metaanálisis suelen utilizar una serie de estadísticos que nos informan del tamaño del efecto. Uno de los valores más utilizados para cuantificar o medir la relación entre dos variables o la magnitud de la diferencia entre dos grupos es el estadístico d de Cohen o también conocido como diferencia de medias estandarizadas. El estadístico d de Cohen representa el número de desviaciones estándar que separan a dos grupos en comparación. En general, se considera que los valores d cercanos o inferiores a 0,20 indican un tamaño del efecto pequeño, una d próxima a 0,50 correspondería a un efecto mediano o moderado y finalmente una d igual o superior a 0,8 equivaldría a un efecto elevado o grande (Cohen, 1988). Este estadístico, junto al coeficiente de correlación r_{xy} de Pearson, el Odds Ratio y el coeficiente Phi, es uno de los más utilizados en los estudios de metaanálisis (Loínaz, 2017).

A partir de estos datos, podemos concluir que los tratamientos para delincuentes violentos producen un tamaño del efecto pequeño; los dirigidos a delincuentes sexuales, maltratadores de pareja e infractores drogodependientes poseen un efecto entre pequeño y moderado; las intervenciones con delincuentes que padecen trastornos mentales y/o de personalidad (exceptuando la psicopatía) obtienen tamaños del efecto muy variables, entre pequeños y muy elevados. Solamente los tratamientos que se han llevado a cabo con delincuentes psicópatas se muestran ineficaces para reducir la reincidencia o producir ganancias terapéuticas en estos sujetos.

Como ya hemos comentado, los diversos programas de intervención y las técnicas utilizadas parten de diferentes modelos o perspectivas teóricas que podrían afectar a la eficacia obtenida en el tratamiento con delincuentes. De lo que no cabe duda, es que uno de los resultados que sistemáticamente se han hallado a través de la evaluación de la efectividad de los programas terapéuticos con delincuentes, tanto con adultos como con jóvenes, es que las terapias basadas en las técnicas conductuales y cognitivo-conductuales son las que producen los mejores resultados (McGuire, 2013). Asimismo, ofrecen buenos resultados otras intervenciones fundamentadas en el aprendizaje social, el entrenamiento en habilidades sociales, las intervenciones educativas, la mediación y los programas de tutorías (Redondo, 2017).

De las modalidades de intervención disponibles, aquellas sustentadas en el castigo o en medidas punitivas se han mostrado ineficaces de manera recurrente, llegando incluso a ser perjudiciales y aumentando el riesgo de reincidencia (Lipsey y Cullen, 2007; McGuire, 2013).

4.1.2. Efectividad de los tratamientos con infractores juveniles

En general, los metaanálisis llevados a cabo con delincuentes juveniles han sido más numerosos que los que se han realizado con adultos (Lipsey y Cullen, 2007). No obstante, muchos programas dirigidos al tratamiento de los problemas conductuales en jóvenes constituyen estrategias precoces de prevención (primaria o secundaria) y son pocos los programas que se han mostrado efectivos centrados en los menores que ya han tenido un contacto con el sistema judicial (Greenwood, 2005). Entre los que han mostrado una mayor efectividad en la reducción de la reincidencia en delincuentes juveniles encontramos la terapia multisistémica (MST; Henggeler *et al.*, 1998), la terapia familiar funcional (FFT; Alexander & Parsons, 1973) y el tratamiento multidimensional de terapia familiar (MTFC; Chamberlain, 2003), los cuales requieren la implicación de la familia en el proceso de intervención con delincuentes juveniles (Guerra *et al.*, 2008). Asimismo, otro programa de tratamiento prometedor es el entrenamiento para la sustitución de la agresión (ART; Goldstein y Glick, 1987), centrado en el desarrollo de habilidades prosociales, de autocontrol y valores morales.

Si nos centramos en los menores de edad que han cometido actos antisociales punibles, la revisión de Redondo (2017) de los 38 metaanálisis con 2852 programas de intervención señala también promedios de eficacia muy variables, que van desde la ausencia de eficacia con valores de -1 hasta una reducción de 34 puntos de la reincidencia. En cuanto a la eficacia del tratamiento en función de la tipología delictiva, la reducción promedio es de 7 puntos ($r = 0,07$) en delincuentes juveniles violentos; mientras que la reducción en los infractores sexuales juveniles que han participado en un programa de tratamiento se sitúa entre los 10 y los 26 puntos ($r = 0,10 - 0,26$). A partir de estos valores, se observa que el tamaño del efecto en el caso de los tratamientos específicos para delincuentes violentos y sexuales es más bien pequeño.

Para determinar el tamaño del efecto a partir del coeficiente de correlación de Pearson, se establece que los valores r cercanos o inferiores a 0,10 indican un tamaño del efecto pequeño, una r próxima a 0,30 equivale a un efecto mediano o moderado, mientras que un valor igual o superior a 0,50 se traduce en un efecto elevado o grande.

Cuando se tiene en cuenta el contexto en el que se produce la intervención, Redondo (2017) concluye que los tratamientos más eficaces son los que se llevan a cabo en la comunidad, seguidos de los aplicados en contextos institucionales. Este resultado indica, en consonancia con los modelos de intervención basados en los modelos sistémicos, que la intervención con menores infractores debe tener en cuenta todos los contextos o sistemas con los que interactúan los jóvenes y que el abordaje de la conducta antisocial debe realizarse de manera integral.

Entre los programas centrados en los jóvenes (y no desde una perspectiva multisistémica), los más efectivos son los que combinan diversas técnicas cognitivo-conductuales, entre los que destacan aquellas que intervienen sobre las siguientes áreas (Guerra *et al.*, 2008):

- autocontrol cognitivo,
- manejo de la ira,
- resolución de problemas interpersonales,
- adopción de la perspectiva social,
- empatía,
- razonamiento moral y
- cambio de actitudes y creencias.

No obstante, está demostrado que las intervenciones que solo se centran en la modificación de una única área (p. ej. tratamiento exclusivo del manejo de la ira) son menos efectivas que los programas cognitivo-conductuales dirigidos a múltiples objetivos terapéuticos (Tolan y Guerra, 1994).

Finalmente, la evidencia empírica señala que los componentes esenciales de los programas de tratamiento con delincuentes juveniles deben considerar los siguientes aspectos para aumentar su efectividad (Guerra *et al.*, 2008):

- Las intervenciones deben ser altamente estructuradas.

- Deben incorporar componentes cognitivos relacionados con el desarrollo de habilidades específicas.
- Implicar la participación de la familia.
- Se dirigen a múltiples necesidades terapéuticas y son integrales.

4.2. Reincidencia, desistimiento delictivo y reintegración

El objetivo principal de la intervención con delincuentes es la rehabilitación y la reintegración social efectiva de las personas que han cometido delitos. Dicha reintegración constituye tanto un evento como un proceso. Por un lado, es un evento en tanto que implica la puesta en libertad de un recluso. Por otro lado, es un proceso dado que este se inicia antes de su salida de la institución (centro penitenciario o de otro tipo) y continúa durante su transición en la comunidad, con todas las dificultades o necesidades que esta situación implica para un exrecluso o exdelincuente (Maruna, Immergreen y LeBel, 2004).

Asimismo, no podemos obviar dos conceptos diferentes pero relacionados con dicha reintegración, como son el desistimiento y la reincidencia delictiva. Mientras que el desistimiento se entiende como el proceso que mantiene el estado continuado de ausencia de comisión delictiva, la reincidencia se conceptualiza como el reinicio de la carrera delictiva por la comisión, tras un periodo de tiempo, de un nuevo delito cuando ya se ha cometido previamente otro (Bushway, Brame y Paternoster, 2004; Maruna *et al.*, 2004). Años atrás, ambos conceptos constituían medidas complementarias, pues la aparición de uno implicaba la ausencia del otro (el delincuente que reincide no es desistente). No obstante, los estudios de reincidencia suelen centrarse en registrar su ocurrencia a lo largo de un periodo relativamente corto de tiempo (alrededor de cinco años), mientras que los estudios sobre desistimiento (más escasos y menos desarrollados que los centrados en la reincidencia) se focalizan en el proceso de abandono de la carrera criminal (por el cual la propensión a actividad delictiva va cambiando a lo largo de la trayectoria vital hasta aproximarse a cero) y no tanto en términos absolutos de ausencia de delito en un periodo de tiempo concreto (Laub, Nagin, y Sampson 1998; Laub y Sampson 2001; Maruna, 2001).

Desde una perspectiva psicológica positiva, como es el caso del modelo de buenas vidas (Ward y Stewart, 2003), se enfatiza la promoción de los factores protectores y del bienestar psicológico como elementos positivos efectivos que también reducen del riesgo de reincidencia y promueven el desistimiento. En este sentido, se parte de la idea de que los factores de riesgo y de protección no constituyen los polos opuestos de un continuo, pues la ausencia de uno no implica la presencia del otro y, de hecho, puede darse la presencia de ambos en un mismo sujeto (p. ej. disponer tanto de amistades antisociales como de vínculos prosociales). Por lo tanto, en lugar de centrarnos solamente en los dé-

ficits que presenta un individuo, también debemos identificar sus fortalezas y capacidades para potenciarlas, con el objetivo de promover la consecución de bienes primarios de manera prosocial. Adicionalmente, recordemos que, desde el modelo del desistimiento (Farral y Calverley, 2006; Maruna y Toch, 2003; McNeill, 2009), la reintegración social efectiva también depende de otros tres factores: la transición de la identidad narrativa del sujeto, el desarrollo del capital humano y del capital social. En la misma línea, otros autores señalan que el proceso de reintegración del delincuente podría beneficiarse también de dos elementos básicos presentes en la comunidad: el control social informal y el apoyo social (Bazemore y Erbe (2004).

En resumen, podemos concluir que la mayoría de estudios realizados sobre la eficacia del tratamiento con delincuentes se ha llevado a cabo en Canadá, Estados Unidos y Europa. A pesar de que la conclusión principal de los diferentes metaanálisis indica que su efecto es limitado o parcial, no podemos negar que su efectividad es significativa en la reducción de la reincidencia en comparación con grupos control que no han participado en ningún tipo de intervención. En términos generales, podemos decir que el tratamiento produce una reducción de alrededor del 10 % para tasas base de reincidencia general del 50 % (Goggin, 2018; Redondo, Sánchez-Meca y Garrido, 2002). Asimismo, la evidencia también indica que estos resultan eficientes desde el punto de vista de coste-beneficio, implicando menores costes económicos para el sistema de justicia penal (McGuire, 2013). La influencia de diversos factores y el diseño metodológico de los estudios centrados en la evaluación influyen sobre los resultados obtenidos. No obstante, se observa que las intervenciones cognitivo-conductuales centradas en el entrenamiento de nuevas habilidades (conductuales, emocionales y cognitivas) suelen mostrar una mayor eficacia relativa (Redondo, 2017). Aunque el tratamiento ha tendido a focalizarse en la intervención sobre los factores de riesgo o déficits de los delincuentes (adoptando una perspectiva negativa del sujeto), obviando hasta hace unos años los factores protectores o las fortalezas, está claro que estas variables también ejercen un rol relevante en el proceso de reintegración social y desistimiento delictivo.

Bibliografía

Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (2018). *Memoria 2017* [documento en línea] <<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 Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (s. f.). *Programa de atención a madres gestantes o con hijos menores de tres años*. Madrid: Agencia para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor.

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

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

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

Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación 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 Reeducación y Reinserción del Menor Infractor.

Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación 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 Reeducación y Reinserción del Menor Infractor.

Alba, J. L.; Garrido, V.; López, M. J., et al. (2005). «El programa del pensamiento pro-social. Versión corta para jóvenes». *Manual de intervención educativa en readaptación social* (n.º 2, págs. 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* (n.º 81, págs. 219-225).

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

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

Ayllon, T.; Azrin, N. (1968). *The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation*. Nueva 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* (vol. 92, n.º 2, págs. 155-174).

Banks, J.; Kini, S.; Babcock, J. (2013). «Interventions that work to stop intimate partner violence». En: L. A. Craig; L. Dixon; T. A. Gannon (eds.). *What Works in Offender Rehabilitation: An Evidence-Based Approach to Assessment and Treatment* (págs. 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». En: S. Maruna; R. Immerigeon (eds.). *After crime and punishment. Pathways to offender rehabilitation* (págs. 27-56). Oregon: Willan.

Bertalanffy, L. von (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. Nueva 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, noviembre). *Gender-specific programming for female offenders: what is and why is important?* Ponencia presentada en la 50.ª 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* (vol. 123, n.º 2, pág. 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*. En: R. D. Hoge; N. G. Guerra; P. Boxer (eds.). *Treating the juvenile offender* (págs. 147-170). Nueva York: Guilford.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.

Burgess, R. L.; Akers, R. L. (1966). «A differential association-reinforcement theory of criminal behavior». *Social Problems* (n.º 14, págs. 128-147).

Bushway, S.; Brame, R.; Paternoster, R. (2004). «Connecting desistance and recidivism: measuring changes in criminality over the lifespan». En: S. Maruna; R. Immarigeon (eds.). *After crime and punishment. Pathways to offender rehabilitation* (págs. 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* (vol. 26, n.º 1, págs. 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* (págs. 282-300). Nueva York: The Guilford Press.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2.ª ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Consejo de Europa (2012). *Draft commentary on the Recommendation Concerning Foreign Prisoners* [documento en línea] <<https://rm.coe.int/16806f943f>>

Cortoni, F.; Gannon, T. A. (2013). «What works with female sexual offenders». En: L. A. Craig; L. Dixon; T. A. Gannon (eds.). *What Works in Offender Rehabilitation: An Evidence-Based Approach to Assessment and Treatment* (págs. 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* (vol. 28, n.º 3, págs. 367-394).

Cullen, F. T.; Gendreau, P. (1989). «The effectiveness of correctional rehabilitation: Reconsidering the "nothing works" debate». En: L. Goodstein; D. L. MacKenzie (eds.). *Law, society, and policy. The American prison: Issues in research and policy* (vol. 4, págs. 23-44). Nueva York: Plenum Press.

Davis, K. M.; Archer, R. (2010). «A critical review of objective personality inventories with sex offenders». *Journal of Clinical Psychology* (vol. 66, n.º 12, págs. 1254-1280).

- Edwards, D. L.; Schoenwald, S. K.; Henggeler, S. W.; Stroher, K. B.** (2001). «A multi-level perspective on the implementation of multisystemic therapy (MST): attempting dissemination with fidelity». En: G. A. Bernfeld; D. P. Farrington; A. W. Leschied. *Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programmes* (págs. 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* (vol. 38, págs. 689-695).
- Eysenck, H. J.** (1964). *Crime and personality*. Londres: Routledge y 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». En: B. C. Welsh; D. P. Farrington (eds.). *The Oxford handbook of crime prevention* (págs. 46-69). Nueva 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* (vol. 46, n.º 3, págs. 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* (vol. 10, n.º 1, págs. 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* (vol. 21, n.º 2, págs. 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 Reeducación 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*. Valencia: Cristóbal Serrano Villalba.
- Garrido, V.; López, M. J.** (2005). *Manual de intervención educativa en readaptación social* (vol. I y II). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Gendreau, P.; Little, T.; Goggin, C.** (1996). «A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works!». *Criminology* (vol. 34, n.º 4, págs. 575-608).
- Glasser, W.** (1975). *Reality therapy: A new approach to psychiatry*. Nueva York: Harper & Row.
- Goggin, C.** (2018). «Principles of effective intervention with incarcerated offenders». En: J. Wooldredge; P. Smith (eds.). *The Oxford Handbook of Prisons and Imprisonment* (págs. 425-453). Reino Unido: Oxford University Press.
- Goldstein, A. P.; Glick, B.** (1987, t. e.). *Aggression 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 Reeducación 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 Reeducación 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». En: R. D. Hoge; N. G. Guerra; P. Boxer (eds.). *Treating the juvenile offender* (págs. 79-102). Nueva 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*. Nueva 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». En: C. R. Hollin (ed.). *The Essential Handbook of Offender Assessment and Treatment* (págs. 219-238). Hoboken: John Wiley & Sons.

Hoge, R. D.; Guerra, N. G.; Boxer, P. (2008). *Treating the juvenile offender*. Nueva 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. f.). *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* (vol. 37, n.º 7, págs. 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». En: C. M. Hilinski-Rosick; J. P. Walsh (eds.). *Issues in Corrections: Research, Policy and Future Prospects* (págs. 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* (vol. 63, págs. 225-38).

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

Lindsay, W. R.; Taylor, J. L. (2008). «Assessment and treatment of offenders with intellectual and developmental disabilities». En: K. Soothill; P. Rogers; M. Dolan (eds.). *Handbook on Forensic Mental Health* (págs. 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* (vol. 3, págs. 297-320).

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

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

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

Loïnaz, 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». En: G. A. Bernfeld; D. P. Farrington; A. W. Leschied (eds.). *Offender rehabilitation in practice. Implementing and evaluating effective programs* (págs. 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* (vol. 1, págs. 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* (vol. 22, n.º 2, págs. 191-217).

Mallender, J.; Tierney, R. (2016). «Economic Analyses». En: D. Weisburd; D. P. Farrington; C. Gill (eds.). *What Works in Crime Prevention and Rehabilitation* (págs. 291-309). Nueva 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 parrifias: el tratamiento de la delincuencia sexual». En: V. Caballo (ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1, págs. 299-331). Madrid: Siglo XXI.

Marshall, W. L.; Marshall, L. E. (2011). «The future of sexual offender treatment programs». En: 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* (págs. 683-703). Chichester: John Wiley & Sons.

Martinson, R. (1974). «What works? Questions and answers about prison reform». *The Public Interest* (vol. 35, págs. 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». En: S. Maruna; R. Immarigeon (eds.). *After crime and punishment. Pathways to offender rehabilitation* (págs. 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* (vol. 1, n.º 1, págs. 21-40).

McGuire, J. (2013). «What Works' to reduce re-offending. 18 years on». En: L. A. Craig; L. Dixon; T. A. Gannon (eds.). *What Works in Offender Rehabilitation: An Evidence-Based Approach to Assessment and Treatment* (págs. 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». En: C. R. Hollin (ed.). *The Essential Handbook of Offender Assessment and Treatment* (págs. 47-62). Hoboken: John Wiley & Sons.

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

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

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

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

Pence, E.; Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth model*. Nueva 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* (vol. 19, n.º 3, págs. 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 Reeducación 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* (vol. 14, suplemento, págs. 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* (vol. 12, págs. 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 Reeducación 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* (vol. 73, págs. 445-453).

Slotmans, F.; Martensen, H.; Kluppels, L.; Meesmann, U. (s. f.). *Rehabilitation courses as alternative measure for drunk driving offenders* [documento en línea] <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: a systematic review of the contributions of meta-analysis in the field of corrections». *Victims and Offenders* (vol. 4, págs. 148-169).

SubdireccióGeneral de Programes de Rehabilitació 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*. Nueva York: Oficina de las Naciones Unidas.

Vogel, V. de; Ruiter, 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* (vol. 10, n.º 3, págs. 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* (vol. 11, n.º 1, págs. 77-94).

Ward, T.; Stewart, C. (2003). «Criminogenic needs and human needs: A theoretical model». *Psychology, Crime & Law* (vol. 9, n.º 2, págs. 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?». En: L. A. Craig; L. Dixon; T. A. Gannon (eds.). *What Works in Offender Rehabilitation: An Evidence-Based Approach to Assessment and Treatment* (págs. 237-254). Reino Unido: John Wiley & Sons.

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

Legislación

Constitución española. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 1978, n.º 311, págs. 29313-29424.

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

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

