

El tractament dels delinqüents

Vicente Garrido Genovés
Almudena González García

PID_00202639



Els textos i imatges publicats en aquesta obra estan subjectes –llevat que s'indiqui el contrari– a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 Espanya de Creative Commons. Podeu copiar-los, distribuir-los i transmetre'ls públicament sempre que en citeu l'autor i la font (FUOC. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya), no en feu un ús comercial i no en feu obra derivada. La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

Índex

Introducció	5
Objectius	6
1. La política basada en l'evidència	7
2. L'assoliment del desistiment en el delicte	9
3. Tècniques de tractament cognitivoconductuals	10
3.1. La teràpia cognitivoconductual	10
3.2. La cerca dels ingredients més efectius	13
4. El tractament dels delinqüents juvenils internats (crònics i violents)	16
5. Tractament dels delinqüents que abusen de les drogues	18
5.1. L'abús de substàncies, els trastorns de personalitat i la violència	18
5.2. Els programes de tractament	20
6. Programes per a la inserció laboral d'exdelinqüents	22
7. La tècnica de l'entrevista motivacional	24
8. El tractament dels psicòpates	27
8.1. Què és un psicòpata?	27
8.2. Psicòpates juvenils?	28
8.3. El tractament dels psicòpates	30
8.4. Línies prometedores que cal seguir amb els delinqüents psicòpates	32
9. La relació terapèutica amb el delinqüent juvenil	34
9.1. Pas 1. Comunicar suport	34
9.2. Pas 2. Empatitzar amb la posició del jove o validar-la	34
9.3. Pas 3. Reforçar la realitat o la veritat de la situació	35
9.4. El control de la conducta: una reflexió	36
10. Conclusions	38
Activitats	41

Bibliografia.....	42
--------------------------	-----------

Introducció

Aquest mòdul s'ocupa del tractament dels delinqüents, dels seus diferents programes, de les seves limitacions i dels seus èxits. També hi incloem un apartat dedicat als delinqüents psicòpates, considerats moltes vegades incurables o incorregibles.

Hem volgut que les pàgines que hi ha tot seguit continguin tant aspectes amplis sobre el tractament i els àmbits d'aplicació com aspectes més concrets sobre com es fa un tractament, i per a això hi hem inclòs elements específics de certes estratègies que es poden enquadrar en les tècniques cognitivoconductuals, ja que la investigació és concloent a l'hora d'assenyalar la seva superioritat en diferents àmbits i tipus de delinqüents.

No obstant això, no podem presentar un catàleg de tipus o estratègies de tractament d'acord amb les escoles o modalitats terapèutiques, ja que això implicaria assenyalar solament unes generalitats poc clarificadores, o bé entrar en un detallisme que esgotaria l'espai de què disposem.

Sí que ens ha semblat important, però, dedicar unes pàgines a comentar la relació terapèutica més idònia entre un educador o professional del tractament i els delinqüents juvenils, perquè és en aquest sector de la delinqüència on es fa servir més el tractament i on es poden obtenir més resultats, ja que és més fàcil produir canvis de comportament abans que la personalitat es consolidi.

Hi hem inclòs unes reflexions finals –que són aplicables en realitat a tota l'assignatura– sobre l'escissió que hi ha entre els resultats de la investigació i la política criminal. Això és visible particularment a Espanya, però es tracta d'un fenomen internacional. Els científics socials amb vocació aplicada haurien de tenir entre les seves prioritats posar remei a aquesta divisió.

Objectius

Després d'haver estudiat el mòdul heu de ser capaços d'assolir els objectius d'aprenentatge següents:

1. Saber en què consisteix el corrent anomenat *intervenció basada en l'evidència* i com orienta la investigació més actual sobre l'efectivitat del tractament.
2. Valorar les característiques dels programes efectius en diferents àmbits, incloent-hi la delinqüència en general i la delinqüència acompanyada del consum de drogues.
3. Descriure aspectes genèrics d'algunes de les estratègies cognitivoconductuals que s'esmenten.
4. Conèixer els resultats del tractament en l'àmbit específic de la delinqüència juvenil.
5. Definir els punts essencials de la relació terapèutica entre l'educador (entès en un sentit ampli) i el delinqüent juvenil.
6. Valorar les dificultats i limitacions en el tractament dels delinqüents psicòpates, tant adults com joves, i conjuminar algunes de les línies prometedores que apareixen en l'actualitat.
7. Plantejar les causes que produeixen l'actual escissió entre la investigació en criminologia en matèria de prevenció (en un sentit ampli) del delictes i la política criminal que es fa efectiva.

1. La política basada en l'evidència

En els últims anys assistim al desenvolupament en la criminologia aplicada del moviment anomenat *política basada en l'evidència*, que té la finalitat de generar un corpus de coneixement que, fonamentat en una investigació metodològicament rigorosa, permeti establir quins són els tractaments efectius disponibles per als diversos tipus de delinqüents, i també les circumstàncies en què s'han d'implementar per a resultar eficaços.

En aquest mòdul considerarem sinònims els termes *efectiu* i *eficaç*, si bé, com assenyala Redondo (2008), es poden distingir tots dos entre si, i també en relació amb un altre, *eficiència*. D'aquesta manera, un programa és eficaç si, en condicions ideals d'avaluació, produeix resultats positius (validesa interna del programa); en canvi, parlem d'un programa efectiu quan observem que la intervenció té èxit en les situacions ordinàries en què es produeix com a pràctica de treball consolidada (una institució o la comunitat), la qual cosa ratifica que l'aplicació del programa es pot generalitzar (validesa externa) al camp en què ha de resultar útil i productiu. Finalment, el programa és eficient quan els assoliments que té compensen els inconvenients i les despeses que causa quan s'aplica (aquest camp cada vegada està més en expansió: l'estudi dels costos i beneficis dels programes).

Per desgràcia, en l'actualitat, l'àmbit de tractament dels delinqüents no té una investigació tan extensa per a poder filar prim tenint en compte aquests diferents conceptes, si bé es treballa en cadascun. Com tindrem oportunitat de veure en aquest mòdul, encara som en la fase d'elaborar tractaments que, en situacions reals d'aplicació –cosa que rares vegades permet el control ideal de totes les possibles variables estranyes–, resulten efectius, entenent per això, generalment com a criteri més vàlid i emprat, la disminució de la reincidència delictiva. Sens dubte, però, aquesta diferència entre eficaç i efectiu és rellevant, com prova la investigació que assenyala que, quan l'investigador elabora per vegada primera un programa en un context com a projecte de demostració, i ell i el seu equip s'impliquen directament en la implementació i avaluació, els resultats són més positius que quan la gestió del programa descansa únicament en els professionals responsables, per l'ús que se'n fa en els serveis de tractament, d'aplicar-los (Lipsey, Landenberger i Wilson, 2007).

Per a reprendre la idea inicial, això és, *l'evidence-based approach*, en podem resumir la naturalesa fonamental si l'entendem com l'esforç portat a terme en els últims anys per generar coneixements amb la investigació mitjançant revisions sistemàtiques –promogudes principalment per una organització acadèmica creada a aquest efecte, la col·laboració Campbell (Campbell Group in Crime and Justice)– en la cerca de programes efectius. Mitjançant un estudi exhaustiu de la metodologia disponible sobre un tòpic qualsevol de la prevenció del de-

licte (la revisió sistemàtica), s'arriba a derivar una sèrie de conclusions l'abast de les quals depèn de la qualitat de les investigacions originals que componen la revisió final (Farrington i Petrosino, 2001). Una estratègia essencial en moltes de les revisions sistemàtiques és la metanàlisi, que permet quantificar en una unitat comuna (anomenada *mida de l'efecte*) els resultats obtinguts en les investigacions originals que componen la revisió sistemàtica.

Com a convenció, s'arriba a decidir si un mètode d'intervenció determinat ha arribat a un estatus d'efectiu, prometedor o no efectiu en la consecució dels objectius de prevenció, d'acord amb les dades disponibles en el moment de la revisió (vegeu Sherman, Farrington, Walsh i MacKenzie, 2002).

Amb el plantejament de l'evidència, es considera que la prevenció del delictes es pot situar dins del model de salut pública, en el qual hi ha un tractament recomanable per a cada dolència o, almenys, un de preferible si es compara amb els altres. Les intervencions s'han d'ajustar als factors de risc i de protecció que presenten les persones o els escenaris que seran objecte d'aquestes intervencions.

2. L'assoliment del desistiment en el delicte

Al costat d'aquest moviment de cerca de l'evidència per a orientar la presa de decisions polítiques sobre quins han de ser els tractaments que cal impulsar i quins s'han de deixar estar per falta de resultats positius contrastats, hi ha un altre corrent d'investigació que ens fa l'efecte que té una gran importància per a entendre el moment actual en el tractament de la delinqüència. Ens referim als estudis que busquen descobrir quins són els factors que resulten rellevants a l'hora d'explicar el **procés de desistiment o abandonament d'una carrera delictiva** (o trajecte de la vida d'una persona en el qual continua activa com a delinqüent), que ja hem comentat en el primer mòdul de l'assignatura.

Aquest moviment és clarament compatible amb la investigació basada en l'evidència. Mitjançant els estudis sobre desistiment accedim a la caixa negra del canvi psicològic, al qual és difícil arribar mitjançant les metanàlisis, regides necessàriament per l'obtenció de valors mitjans, encara que s'intentin parcialitzar els resultats d'acord amb diverses variables moderadores (edat i antecedents dels subjectes, durada i tipus del tractament, etc.).

Com sigui que aquest mòdul tracta singularment sobre el tractament dels delinqüents i les tècniques i programes més rellevants, l'hem vertebrat seguint els estudis actuals sobre l'efectivitat que tenen. No obstant això, volem repetir aquí la importància d'atendre les investigacions sobre el desistiment del delicte en la tasca que tenen d'entendre el que passa des del punt de vista experiencial en les persones que ho aconsegueixen, cosa que va més enllà de l'anàlisi de les tècniques emprades en el tractament.

3. Tècniques de tractament cognitivoconductuals

Hi ha diversos estudis a Europa i als Estats Units que han demostrat que els tractaments o tècniques cognitivoconductuals (d'ara endavant, TCC) són els més eficaços en la reducció de la reincidència dels delinqüents, tant juvenils com adults. Així, Pearson i altres (2002) van fer una metanàlisi de seixanta-nou estudis originals, que incloïen tècniques cognitivoconductuals i tècniques exclusivament conductuals (com el contracte de contingències i l'economia de fitxes). Els resultats van mostrar que els TCC eren més efectius que els exclusivament conductuals, i així aconseguïen una reducció mitjana de la reincidència entorn del 30%, si es compara amb els grups de control. De la mateixa manera, una altra metanàlisi que va examinar l'efecte de vint investigacions sobre TCC aplicats en grups de delinqüents va trobar una reducció de la reincidència del 20% al 30% més gran en els grups tractats que en els grups de control. Unes altres metanàlisis fetes per Lipsey i el seu grup (Lipsey, Chapman i Landenberger, 2001; Lipsey i Landenberger, 2005), que van incloure un control més gran en variables diverses (com el disseny emprat i l'exigència de comprovar la meta d'un canvi cognitiu com a element inclusiu del programa en la revisió), no van fer sinó tornar a certificar que els programes basats en TCC reduïen d'una manera significativa la reincidència dels delinqüents.

En l'àmbit dels estudis fets a Europa, Redondo, Sánchez-Meca i Garrido (2002) van trobar el mateix resultat general de més eficàcia dels programes cognitivoconductuals, si bé també van demostrar que eren útils els programes d'educació i conductuals: "Así, se observa que los programas terapéuticos que enseñan a los delincuentes nuevos modos de pensamiento y de valoración de su propia realidad y nuevas habilidades de vida [...] suelen lograr una mayor eficacia" (Redondo, 2008, pàg. 276).

3.1. La teràpia cognitivoconductual

La teràpia cognitivoconductual es basa en l'assumpció que els dèficits i distorsions cognitius característics dels delinqüents són patrons de pensament apresos. En efecte, en l'actualitat coneixem bé la manera típica distorsionada que presenten els delinqüents, en què les **actituds autojustificatòries**, la **interpretació errònia de les claus socials**, la **projecció o desplaçament de la culpa als altres**, el **deficient raonament moral** i els **esquemes mentals de dominació i autoindulgència** constitueixen, entre altres elements, filtres de percepció de la realitat que faciliten la comissió de delictes al mateix temps que obstaculitzen una vida responsable (per exemple: Garrido, 1993; Redondo, 2008; Yochelson i Samenow, 1976).

D'aquesta manera, els delinqüents solen percebre determinades situacions benignes o neutrals com si fossin amenaces personals, i en el seu comportament mostren la urgència d'obtenir una gratificació immediata, de manera que confonen els desitjos amb autèntiques necessitats. D'altra banda, com a conseqüència del que hem exposat, també és habitual trobar que molts d'aquests delinqüents adopten la posició de víctimes, com s'observa quan es consideren injustament perseguits per la justícia i tractats per la societat, la qual cosa fa difícil que considerin que la seva pròpia conducta antisocial va ser un element rellevant que els va portar a enfrontar-se a tots aquests problemes legals i socials.

Basant-se en aquesta investigació, els TCC cerquen, precisament, corregir aquestes maneres desadaptades de pensar. Per això, en els seus programes estructurats persegueixen, entre altres metes, que els subjectes tractats adquireixin responsabilitat sobre els seus actes i aprenguin a considerar que els seus comportaments antisocials són el producte dels estils de pensament i de les decisions que van precedir la comissió dels delictes.

El primer pas és habitualment l'autoregistre de pensaments i decisions, i sobre la base de la comprensió personal de la manera com un pensa i actua, es procedeix amb diferents teràpies dirigides a un doble objectiu:

- a) Tècniques de reestructuració cognitiva orientades a fer que el delinqüent corregeixi les distorsions cognitives ("jo no vaig tenir la culpa que la dona forcéssim i es ferís amb el ganivet").
- b) Tècniques per a l'aprenentatge d'habilitats cognitives que estiguin subdesenvolupades en el subjecte (com el judici moral i el control de la ira).

Els TCC generalment inclouen l'entrenament en habilitats cognitives, el control de la ira (*anger management*) i diversos elements complementaris relacionats amb les habilitats socials, el desenvolupament moral i la prevenció de la recaiguda (vegeu la taula 1).

Taula 1. Alguns programes de TCC representatius (elaboració pròpia)

Entrenament d'habilitats cognitives	Control de la ira	Altres components
<ul style="list-style-type: none"> • Solució de problemes interpersonals (uns passos habituals són recollir informació, elaborar solucions alternatives i avaluar les conseqüències). • Pensament abstracte. • Raonament crític. • Perspectiva social. • Pensament causal. • Planificació. • Establiment de metes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se centra a fer que el subjecte es fixi en els seus patrons de pensaments automàtics associats als accessos de còlera. • Després assaja diverses estratègies per a valorar què hi ha de veritat en aquests pensaments "a cop calent", al mateix temps que aprèn tècniques de control corporal (relaxació). • Finalment, aprèn a substituir aquestes idees per altres de més realistes i adaptades, en les quals s'exclou la resposta violenta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Els programes que fan servir TCC varien en l'èmfasi. Així, hi ha programes que se centren a fer que el delinqüent assumeixi la responsabilitat dels seus delictes (perquè en culpa altres persones o la víctima), o que desenvolupi l'empatia envers la víctima (i corregir així la seva tendència a minimitzar el mal causat). • Uns altres components que se solen fer servir són l'entrenament en habilitats socials, el desenvolupament del judici moral mitjançant dilemes, i la prevenció de la recaiguda.

Un dels exemples més característics de programes que fan servir TCC és el de **raonament i rehabilitació**, de Ross i Fabiano (1985). Organitzat entorn de diferents mòduls que inclouen exercicis sobre diverses habilitats cognitives, com pensament creatiu, solució de problemes interpersonals, raonament crític, habilitats socials, raonament moral i control de la ira, constitueix fins avui un dels programes més avaluats i que presenta més èxit en la disminució de la reincidència dels delinqüents. En concret, els principals elements d'aquest programa són els següents:

- 1) L'avaluació dels dèficits cognitius i de les habilitats d'interacció dels participants.
- 2) L'aprenentatge d'habilitats.
- 3) La identificació de problemes interpersonals.
- 4) La cerca d'alternatives de solució.
- 5) El control d'emocions com la ira.
- 6) El raonament crític, que ensenya a ser reflexiu sobre un mateix i sobre els altres.
- 7) El desenvolupament de valors, que convida a posar-se en el lloc d'altres persones i resoldre dilemes morals.
- 8) Les habilitats de negociació com a alternativa a la confrontació i la violència.
- 9) El pensament creatiu, que ajuda a pensar formes diferents de la violència per a afrontar els problemes.
- 10) La utilització de tècniques, com les discussions de grups, el modelatge, la retroacció, el reforç social i la instrucció. Es pot treballar a escala individual, però també és important el treball grupal i l'exposició a situacions socials per a posar en pràctica el que s'aprèn durant el programa.

Un altre exemple de programes que fan servir TCC és l'elaborat per Goldstein i Glick (1987), anomenat **entrenament en substitució de l'agressió**, que comprèn tres mòduls o tècniques: habilitats socials, control de la ira i raonament o educació moral. A continuació detallem la idea general que hi ha al darrere del tractament d'habilitats socials, que és probablement un dels més emprats arreu del món en la intervenció amb delinqüents.

Amb les habilitats socials es vol elevar el nivell de capacitat dels joves per a relacionar-se amb els altres de manera eficaç. Seguint els treballs de Bandura (1973) sobre la importància dels models per a adquirir conductes socials, en aquesta tècnica es mostra un procediment estructurat per a aprendre diferents habilitats. El procediment que se segueix és el següent:

- 1) Un model (educador) ensenya una habilitat, és a dir, comportaments eficaços per a aconseguir una determinada interacció social (per exemple, demanar un favor).
- 2) Els alumnes del grup practiquen aquesta habilitat, posant exemples personals (joc de rol o *role playing*).
- 3) Els altres alumnes i el monitor donen retroacció (*feedback*) als practicants de l'habilitat –que es diuen *actors* i *coactors*, en funció de si donen protagonisme a la persona que està mostrant l'ús de l'habilitat (els actors) o donen suport a fer que la situació i aquesta habilitat es duguin a terme en el joc de rol (els coactors).
- 4) Es proporcionen oportunitats perquè l'aprenentatge es generalitzi en el temps (manteniment) i a altres contextos reals de la vida del subjecte (transferència).

Finalment, una de les estratègies més emprades en els últims anys és la **prevenció de les recaigudes**, dissenyada de bon principi per al tractament d'alcohòlics i drogoaddictes (Marlatt i Gordon, 1985), però adaptat aviat per a delinqüents violents i sexuals.

3.2. La cerca dels ingredients més efectius

Així, doncs, com hem tingut oportunitat de llegir en aquestes pàgines, hi ha una investigació abundant que mostra que els TCC redueixen de manera efectiva la reincidència dels delinqüents quan han complert les condemnes. No obstant això, hi ha una gran variabilitat en els percentatges de reincidència mostrats pels diferents programes cognitivoconductuals, de tal manera que es fa necessari **saber què és el que fa que alguns programes d'aquesta orientació terapèutica siguin més efectius que d'altres**. Aquesta és la pregunta a què van intentar contestar Mark W. Lipsey, Nana A. Landenberger i Sandra J. Wilson (2007) mitjançant una revisió sistemàtica feta per al Campbell Group in Crime and Justice; és a dir: quins factors fan que unes intervencions cognitivoconductuals siguin més eficaces que d'altres?

Els autors van revisar cinquanta-vuit estudis en què s'avaluava l'eficàcia del tractament cognitivoconductual fent servir majoritàriament un disseny experimental amb selecció a l'atzar, al costat d'un petit grup que incloïa altres dissenys amb grup de control. La variable dependent va ser la reincidència, i el temps mitjà de seguiment dels delinqüents en la comunitat va ser d'un any. Tots els estudis originals es van fer als Estats Units, el Canadà, el Regne Unit i Nova Zelanda, i es van publicar entre els anys 1980 i 2004.

Tots els programes de TCC incloïen sessions estructurades, la majoria de les quals d'una durada inferior a les vint setmanes. Aproximadament la meitat dels programes es van implementar als centres penitenciaris, i l'altra meitat a la comunitat, com a part de les condicions establertes en la seva llibertat condicional o en el seu programa de reingrés a la comunitat (*transitional after-*



Mark W. Lipsey

care). Els professionals que estaven a càrrec del tractament tenien antecedents laborals diversos, però n'hi havia de bastant inexperts i que havien rebut un entrenament poc exigent en les tècniques dels TCC.

Els resultats dels programes van assenyalar que, de mitjana, els TCC aconseguien una reducció del 25% si es compara amb els grups no tractats (mitjana de reincidència dels grups de control: .40; mitjana de reincidència dels grups de tractament: .30; una diferència de .10 equival al 25% de .40). No obstant això, els programes més efectius aconseguien una mitjana de reincidència de .19 en els grups de tractament, és a dir, una reducció entorn del 50% de la reincidència registrada en els grups de control.

Què explicava aquesta diferència? Pel que fa al principal objectiu d'aquesta revisió sistemàtica –esbrinar quins factors en la implementació explicaven el grau d'efectivitat dels programes–, els resultats van mostrar que **les variables següents s'associaven amb un resultat més bo:**

- incloure en els grups de tractament delinqüents amb alt risc de reincidència,
- emprar les tècniques de la solució de problemes interpersonals i de control de la ira, i
- aplicar el programa amb gran integritat (és a dir, amb pocs abandonaments dels participants, una bona formació en els terapeutes i portant a terme el programa amb fidelitat a la seva filosofia).

D'altra banda, fer servir tècniques de modificació de conducta (com economia de fitxes) i estratègies perquè els delinqüents s'aproximessin a l'efecte dels seus delictes en les víctimes es va associar amb una reducció més baixa de la reincidència.

És interessant fer ressaltar que, potser al contrari del que es podria imaginar, els delinqüents de més alt risc resulta que són els que es beneficien més dels programes. No obstant això, d'acord amb els principis de la intervenció efectiva d'Andrews i Bonta (2002), aquest fet és un d'aquells ingredients de l'efectivitat: per a aquests autors, els resultats més bons s'aconsegueixen quan s'intervé amb delinqüents que presenten un risc més gran de reincidir, atès que aquests subjectes tenen moltes necessitats que necessiten atenció, les anomenades *necessitats criminògenes* (com les actituds i els valors procriminals), i per això es veuran més afectats pels programes de tractament eficaços, que segons la seva opinió són de naturalesa cognitivoconductual (més endavant tornarem a parlar sobre aquest punt).

Finalment, s'ha de destacar que no hi va haver diferències en l'efectivitat mitjana entre dues variables que *a priori* podrien marcar diferències rellevants en els percentatges finals de reincidència: l'edat dels subjectes (és a dir, ser delin-

qüent juvenil o adult no va afectar el resultat) i el lloc d'implementació del programa (tampoc no va marcar diferències que el programa es fes en reclusió o a la comunitat: llibertat condicional o semblants).

4. El tractament dels delinqüents juvenils internats (crònics i violents)

Precisament, dues de les característiques analitzades en la revisió sistemàtica de Lipsey i altres (2007) (estar tancat mentre es rep el programa d'intervenció, i ser un delinqüent juvenil amb una carrera delictiva consolidada) van ser el principal focus d'interès de la revisió sistemàtica feta per Garrido i Morales (2007). L'atenció prestada als delinqüents juvenils crònics està del tot justificada: hi ha nombrosos estudis que mostren que entorn del 15% dels delinqüents juvenils són responsables de prop del 80% de tots els delictes comesos a aquesta edat. Aquests joves, que cometen nombrosos delictes, entre els quals hi ha sovint delictes de violència i el consum de drogues, tenen per tant una alta probabilitat de tornar al centre d'internament o a la presó si no es fa alguna cosa sobre aquest tema mentre compleixen les condemnes.

En la revisió sistemàtica feta pels autors es van incloure trenta estudis originals, que representaven 6,658 delinqüents compresos entre els dotze i els vint-i-un anys, als quals es va aplicar un programa de tractament fet almenys en un 50% en situació d'internament. Per a ser inclòs en la revisió sistemàtica, almenys la meitat de la mostra havia d'englobar delinqüents crònics o "seriosos", concepte que es referia a haver comès tres delictes o més o un delictes greu contra les persones.

Els programes de tractament d'aquests trenta estudis representaven diversos tipus d'intervenció: n'hi havia de psicològics, de formatius i vocacionals, i d'ambientals, és a dir, que generaven espais que fomentaven i reforçaven el comportament prosocial.

La reincidència es va avaluar en els estudis revisats mitjançant informes oficials, és a dir, provinents de la policia i dels serveis correccionals. La durada mitjana del seguiment en llibertat dels subjectes va ser de trenta-un mesos.

Els resultats obtinguts van ser modestos però esperançadors. Si atenem aquest efecte dels programes sobre tots els tipus de delictes, els delinqüents juvenils tractats reincideixen un 6% menys que els grups de control. I si considerem els delictes més greus, aquest benefici puja fins a un 9% menys de reincidència. Aquests valors poden semblar escassos, però sens dubte comporten un estalvi important en termes de diners i dany emocional per a l'Estat i les víctimes, respectivament.

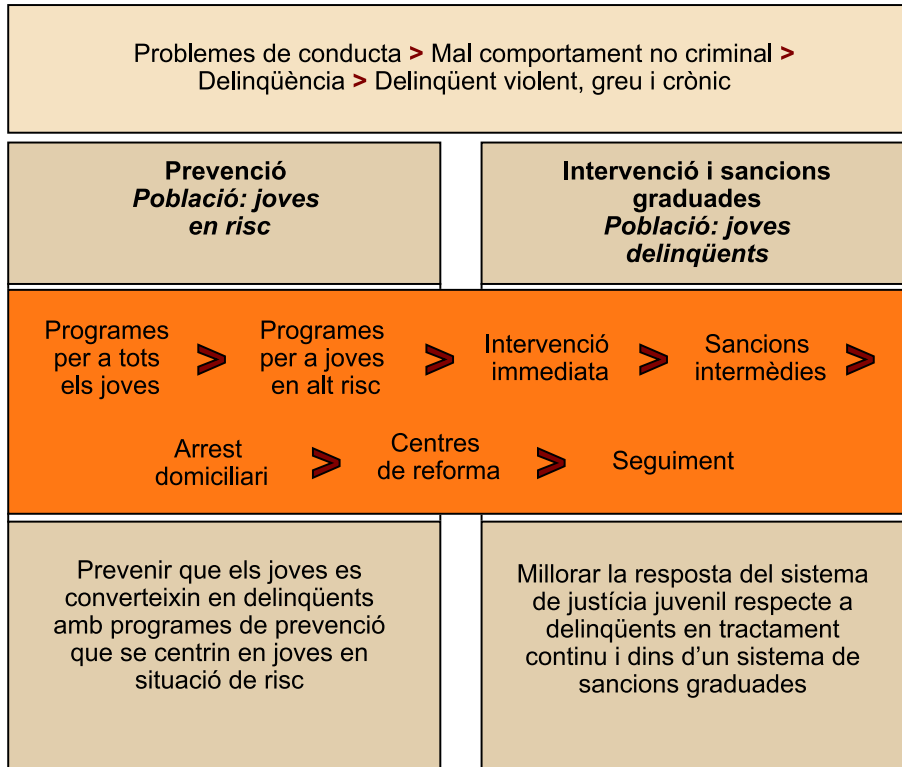
Quins programes van mostrar que eren més efectius? Els de naturalesa cognitivoconductual van tornar a destacar per sobre dels altres, particularment si incloïen diversos focus d'intervenció (és a dir, diversos aspectes del comportament personal i social i de l'àmbit cognitivoemocional del subjecte). Per con-



Interior d'una presó de menors a Llatinoamèrica

trast, els programes que se centraven principalment a millorar el grau educatiu i el rendiment escolar no van mostrar millores significatives. Tampoc no van demostrar efectivitat les intervencions centrades en teràpia individual o teràpia de grup.

Figura 1. Estratègia global per a la intervenció amb els delinqüents juvenils



Font: Howell i altres (2009)

Finalment, en la figura 1 veiem el model dissenyat per Howell per a orientar els sistemes de justícia juvenils en el maneig i la intervenció dels joves delinqüents. Les dues files de fletxes s'han d'interpretar com una de sola, que comença en programes per a tots els joves i acaba en seguiment, ja que narra l'evolució de les mesures d'intervenció des de la prevenció fins a la intervenció. Per això, en la primera de les parts d'aquesta figura, veiem que aquesta intervenció comença, en la prevenció, amb els problemes de conducta, mentre que els centres de reforma i els programes de seguiment es dirigeixen als joves amb violència crònica o greu.

5. Tractament dels delinqüents que abusen de les drogues

La relació que hi ha entre abús de drogues i delinqüència és molt important: els delinqüents que consumeixen drogues tenen moltes més dificultats de rehabilitar-se, perquè als problemes habituals que han de solucionar per viure de manera integrada (com una feina i un context prosocial) s'hi afegeixen els derivats de l'addicció psíquica o física i els efectes perniciosos que implica sobre la salut mental.

5.1. L'abús de substàncies, els trastorns de personalitat i la violència

Entre tots els trastorns mentals, el consum abusiu de substàncies destaca per la forta associació que té amb el delicte, i en particular amb el delicte violent. Per exemple, els individus amb aquest únic diagnòstic cometen de dotze a setze vegades més actes de violència que els subjectes diagnosticats d'esquizofrènia o de trastorn bipolar (Swanson i altres, 1990). No obstant això, el fet habitual és que l'abús de substàncies aparegui al costat d'altres diagnòstics, en particular al costat del grup B dels trastorns de personalitat, i dins d'aquest grup, del trastorn antisocial de la personalitat. De fet, el trastorn antisocial de la personalitat i el precursor en la infància d'aquest trastorn –el trastorn dissociat o *conduct disorder*– mostren una correlació molt forta amb el consum de substàncies, particularment amb l'alcohol (Heltzer i Pryzbeck, 1988). Uns altres dos quadres que també se solen associar al consum de substàncies i al trastorn antisocial de la personalitat són l'ansietat i els trastorns depressius –però no amb la psicopatia (vegeu més endavant)– (O'Connor i altres, 1998).

Un important estudi longitudinal que va provar la relació que hi ha entre el trastorn antisocial de la personalitat, el consum abusiu de substàncies i els trastorns depressius el van fer McGue i Iacono (2005). Aquests autors van partir de la base teòrica següent. Hi ha diverses línies d'evidència que suggereixen que la relació que hi ha entre els problemes de conducta en la infantesa i la patologia adulta és el resultat de **mecanismes de risc generals**, en lloc de mecanismes específics. En primer lloc, hi ha una forta concurrència d'indicadors múltiples de problemes de conducta en l'adolescència, la qual cosa implica l'existència d'una dimensió subjacent genèrica de problemes de conducta. En segon lloc, de manera semblant, hi ha una evidència creixent que la forta comorbiditat que hi ha entre nombrosos trastorns psiquiàtrics i l'abús de drogues pot ser el resultat d'una o més dimensions subjacents de la salut mental. I finalment, hi ha almenys un indicador de problema de conducta en l'adolescència (ús precoç de l'alcohol, abans dels quinze anys) que està associat amb molts pro-

bles en l'edat adulta, és a dir, és un factor general de risc: ens referim a problemes com trastorn antisocial de la personalitat, alcoholisme i abús de drogues (McGue i altres, 2001).

En aquesta investigació, els autors examinen si l'associació entre els problemes de conducta i l'ús de substàncies en l'edat adulta i altres trastorns es deu a un mecanisme de risc general, de tal manera que els problemes de conducta en l'adolescència també eleven el risc per a diferents trastorns en l'edat adulta, o si al contrari es tracta d'un mecanisme específic, de manera que un problema de conducta s'associa amb un trastorn que està relacionat clínicament amb aquesta conducta (cosa que passaria si, per exemple, el consum d'alcohol en l'adolescència es relacionés amb el consum d'alcohol en l'edat adulta).

McGue i Iacono van entrevistar 578 homes i 674 dones que tenien disset anys (bessons idèntics, encara que en aquesta investigació no es va valorar el caràcter hereditari de les conductes avaluades), i els van preguntar el grau de participació i l'edat d'inici (abans i després dels quinze anys) en les conductes següents: consum d'alcohol, consum de drogues, consum de tabac, contactes amb la policia i relacions sexuals. Els participants també van completar una entrevista clínica estructurada a aquests disset anys, i després als vint (seguiment de tres anys).

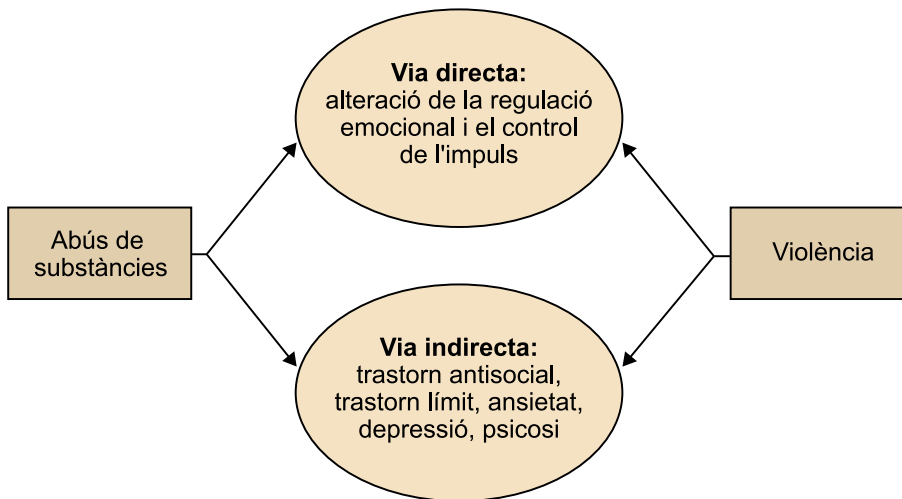
Els autors van trobar que els problemes de conducta en l'adolescència, especialment quan apareixen abans de fer quinze anys, estan associats amb un risc incrementat de presentar dependència del tabac, abús i dependència de l'alcohol i abús o dependència de les drogues en l'edat adulta. D'altra banda, a més d'aquests quadres relacionats específicament amb els predictors en l'adolescència, es va observar un risc més gran de desenvolupar dos trastorns diferents, com són el trastorn de personalitat antisocial i una depressió més gran, quan els joves tenien vint anys. Per tant, cadascun dels cinc problemes de conducta avaluats en l'adolescència es va relacionar amb cadascun dels cinc diagnòstics investigats al cap de tres anys.

Aquesta relació va ser especialment important en el cas dels diagnòstics d'abús de substàncies i trastorn antisocial de la personalitat, amb valors d'*odds ratios* que superaven generalment el 4,0. Així, entre els homes que van informar que havien participat en quatre dels cinc problemes abans de fer quinze anys, les taxes de diagnòstic d'abús de substàncies i de trastorn antisocial de la personalitat van excedir el 80% quan van arribar als vint anys, mentre que solament es va arribar a un 30% en el cas del trastorn depressiu. Com a conclusió, els autors van aportar una evidència important, que els problemes de conducta en els joves obeeixen a mecanismes de risc generals que es concreten en diagnòstics diversos en l'edat adulta.

L'abús de substàncies pot incrementar el risc de violència mitjançant diferents mecanismes, tal com es veu en la figura 2. El primer mecanisme és directe: el consum de substàncies provoca desajustaments en la capacitat que té

l'individu de controlar les emocions i la impulsivitat. Són els efectes químics de la droga (per exemple, depressors del sistema nerviós central), per tant, els que indueixen el subjecte a la violència perquè alteren la seva competència social a l'hora de front a les dificultats o els conflictes interpersonals. El segon mecanisme és indirecte, mitjançant la potenciació dels símptomes característics d'altres trastorns, com el trastorn antisocial de la personalitat o el trastorn límit de la personalitat.

Figura 2. Dues vies de relació entre abús de substàncies i violència



Font: elaboració pròpia

5.2. Els programes de tractament

Per això té importància la revisió sistemàtica elaborada per Mitchell, Wilson i MacKenzie (2006), que van avaluar els efectes de quatre tipus de tractaments aplicats a delinqüents consumidors de drogues empresonats. La mesura d'eficàcia considerada dels programes va ser la disminució de la reincidència en el delicte i en el consum de drogues.

Els quatre tipus de tractament analitzats van ser els següents:

a) Comunitat terapèutica: unitats especialitzades dins de la presó en les quals els participants tenen una alta responsabilitat en el manteniment de les regles de convivència. En aquests llocs hi ha un equip de professionals que fan servir un estil de suport i de confrontació perquè els interns assimilïn canvis importants en la manera de pensar i actuar.

b) Aconsellament (*counselling*): una varietat de programes (cognitius, alcohòlics anònims i les seves variacions en l'abús de drogues, educació compensatòria, habilitats de vida, etc.) que fan servir formats de teràpia grupal i individual.

c) **Camps militars** (*boot camps*): centres on els delinqüents són tractats a la manera d'un programa d'entrenament militar, amb predomini d'exercicis físics i tasques amb plena obediència als comandaments (hi pot haver complements de teràpia psicològica o aconsellament).

d) **Manteniment amb substituïts de drogues**: es fa servir medicació opiàcia sintètica per a evitar consumir la droga, com el cas de l'administració de metadona.

La revisió de Mitchell i el seu grup va prendre en consideració una gran varietat de delinqüents empresonats, incloent-hi homes i dones, joves i adults, i delinqüents violents i no violents. Es van avaluar 66 estudis originals, que incloïen un total de 165,000 delinqüents, la majoria dels quals es van fer als Estats Units.

Els autors van trobar que, en conjunt, els programes aconseguïen reduir la reincidència entre un 28% i un 35%, és a dir, aproximadament en un cinquè. No obstant això, van aparèixer diferències notables entre els efectes d'aquests quatre tipus de tractament. Les **comunitats terapèutiques** van mostrar l'eficàcia més gran, ja que la millora en la reincidència i l'abús de drogues s'aconsegueix amb independència del tipus de subjecte tractat (home o dona, adult o jove, tipus de delictes) i d'altres variables de la intervenció (per exemple, si l'internament és seguit o no per un període de seguiment en la comunitat, o si la durada del programa és superior o inferior a noranta dies).

Els programes d'aconsellament també van ser efectius, però els estudis originals tenien un disseny metodològic menys adequat. A més, es va observar una reducció en la reincidència delictiva, però no en l'abús de les drogues. D'altra banda, els programes no van resultar efectius en subjectes joves, o quan s'aplicava en grups compostos d'homes i dones.

Finalment, les experiències derivades dels camps militars no van ser positives ni per a la reincidència ni per a la recaiguda en les drogues, igual que els resultats dels programes de substitució de droga, si bé en aquest últim cas les dades no van ser tan clares, perquè solament es van poder analitzar cinc estudis originals amb una mostra petita.

Una conclusió important d'aquesta revisió és que –amb l'excepció de les comunitats terapèutiques– els programes per al tractament de delinqüents empresonats que abusen de les drogues no sembla que aconseguïen aquesta reducció del consum, encara que sí que influeixen en la disminució de la reincidència delictiva. D'altra banda, és clar que en aquest camp queda pendent molta investigació, com es demostra en comprovar que la gran majoria dels estudis originals revisats pels autors era d'una data posterior a 1996, malgrat que la investigació prenia en consideració els treballs publicats des de 1980.

6. Programes per a la inserció laboral d'exdelinqüents

El fet de disposar d'una feina estable és un predictor crític de l'èxit a deixar enrere la delinqüència quan el subjecte surt de la presó. En efecte, una feina satisfactòria el posa en contacte amb noves xarxes socials i li facilita un estil de vida convencional, una cosa essencial en el procés de desistiment del delictes (Sampson i Laub, 2003). No obstant això, els programes que serveixen per a obtenir una feina sembla que solament són efectius quan l'exreclús està realment motivat per treballar. En aquest sentit, la investigació que presentem tot seguit posa en relleu que els programes habituals per a trobar feina no solen produir aquest canvi motivacional.

La veritat és que els exreclusos no solen tenir gaires habilitats laborals, i això, si se suma a la condició d'haver estat "hostes" a la presó, fa realment difícil trobar una feina i, per tant, mantenir-se a si mateixos i a les seves famílies. Per no parlar d'altres necessitats que també poden ser rellevants, com problemes de drogues i alcohol o patologies de personalitat o mentals. Quan aquest és el cas, aquests problemes han de ser atesos convenientment abans que el subjecte pugui trobar o mantenir amb un mínim de garanties una feina.

Visher, Winterfield i Coggeshall (2006) van fer una revisió sistemàtica i van definir com a objectiu del seu estudi "avaluar els efectes dels programes dissenyats per a incrementar les probabilitats d'obtenir una ocupació mitjançant activitats de formació laboral i de cerca de feina, dels subjectes que han sortit fa poc de la presó, i tot això amb la meta de millorar laboralment i reduir la reincidència" (pàg. 6). Ara bé, com sigui que hi havia un nombre escàs d'estudis que s'ocupessin d'aquest objectiu d'investigació, Visher i altres (2006) van ampliar el seu àmbit incloent-hi els estudis que analitzaven els efectes de programes de formació laboral o de cerca de feina sobre individus que havien estat arrestats, condemnats o empresonats per haver comès un delictes. És a dir, ja no es tractava solament d'exreclusos, sinó de delinqüents que pot ser que ni tan sols haguessin estat condemnats (però sí arrestats).

Els autors van mesurar l'èxit del programa en termes de reincidència (un nou arrest o condemna, i fins i tot delinqüència autoinformada). En total es van avaluar vuit estudis independents, el primer dels quals es va implementar el 1971 i l'últim el 1994: tots havien de tenir un grup de tractament i un altre de control amb assignació dels subjectes a l'atzar. En aquests vuit estudis hi van participar més de sis mil subjectes més grans de setze anys, amb un període de seguiment entre sis i trenta-sis mesos.

Els resultats van ser decebedors:

“Aquests vuit estudis van trobar efectes escassos o solament modestos en la disminució de la reincidència dels exdelinqüents que van participar en els programes laborals. En alguns d'aquests estudis els subjectes dels grups experimentals van mostrar una reincidència més petita que els subjectes control, però la diferència no va ser estadísticament significativa” (pàg. 13).

Què va poder originar aquests resultats decebedors? Els autors van assenyalar que es van tractar d'investigacions molt heterogènies, tant en termes del temps en què es van fer (amb diferències de fins a vint-i-cinc anys) i en la naturalesa de les intervencions, que incloïen programes de preparació per a l'ocupació ben diferents (n'hi havia que constaven d'educació bàsica), com en l'edat dels subjectes que componien els tractaments (des dels setze o disset anys fins entorn dels quaranta). Finalment, els exdelinqüents també tenien antecedents delictius molt variats.

Per això, els autors assenyalen que és possible que un estudi que tingués en compte un nombre més gran de treballs analitzats (no solament vuit) permetria trobar resultats més positius si això possibilités analitzar els efectes del tractament en grups més homogenis de subjectes, tant pel que fa a les característiques (per exemple, l'edat o els antecedents penals) com al tipus d'intervenció duta a terme.

Malgrat aquest nombre escàs d'estudis avaluats, els autors van fer una meta-anàlisi, i van trobar que les diferències en els resultats eren escasses entre els grups tractats i els grups de control: els primers van mostrar una taxa de reincidència del 44,2%, mentre que els segons van arribar a un valor del 45,7%, una diferència no significativa.

Com a conclusió, Visher i altres (2006) assenyalen la importància d'investigar en un futur pròxim quin pot ser l'efecte de programes d'un espectre més ampli que els que s'han avaluat fins ara, és a dir, programes que no es limitin a donar cursos de formació o d'ajuda per trobar una feina, sinó que també es preocupin d'oferir formació continuada després d'haver trobat la feina, que es cuidin abans de necessitats primàries com l'educació bàsica i habilitats de vida (viure de manera autònoma), que ofereixin ajuda eficaç en problemes d'alcohol i drogues i patologies psíquiques, i que ofereixin assistència d'una manera més directa i en estreta vinculació amb els ocupadors.

7. La tècnica de l'entrevista motivacional

En els últims vint anys s'han popularitzat entre els estudiosos del tractament dels delinqüents els anomenats *tres principis del tractament efectiu* (Andrews i Bonta, 2002), que, en poques paraules, plantegen el següent: la màxima efectivitat en un programa d'intervenció amb delinqüents s'obté quan el tractament s'orienta als subjectes de risc més alt, se centra a influir sobre les necessitats – objectius – que tenen més relació amb la conducta delictiva (com les actituds procriminals, l'abús de substàncies o les companyies antisocials) i s'ajusten a les característiques, capacitats i circumstàncies dels individus tractats, ja que incrementa així la motivació dels subjectes per continuar-hi i accelera el seu aprenentatge.

Hi ha una important investigació que assenyala (encara que amb certes discrepàncies pel que fa al principi del risc) que els programes que respecten aquests principis són més efectius (és a dir, disminueixen més la reincidència) que no pas els que no els tenen en compte (Andrews i Dowden, 2005). Són els següents:

a) Principi del risc: assumeix que es requereixen nivells més elevats d'intervenció en els casos de més risc. La intervenció intensiva es reserva per als casos de més risc perquè responen millor així que aplicant una intervenció menys intensiva, mentre que els casos de baix risc responen tan bé o més bé amb una intervenció mínima. El principi del risc proporciona, per tant, una connexió entre les necessitats criminògenes i el nivell d'intervenció que s'ha de proporcionar.

b) Principi de les necessitats: el principi de les necessitats es resumeix en el fet que els objectius de l'assistència programada han de ser els adequats per a resoldre les necessitats criminògenes del delinqüent. Aquestes necessitats són les característiques que, quan experimenten una modificació, obtenen canvis en la probabilitat de reincidència, o dit d'una altra manera, si es té com a meta la reducció d'aquesta probabilitat, l'assistència més efectiva és la que redueix les necessitats criminògenes, les quals, per tant, s'estableixen com a objectius intermedis de la intervenció. Les necessitats són factors de risc dinàmic, favorables al canvi, que, si s'aconsegueixen modificar, tindran com a conseqüència la reducció de l'activitat antisocial futura. Les actituds antisocials, el desenvolupament de relacions amb iguals antisocials i les relacions deficientes amb els pares són algunes de les necessitats criminògenes identificades en aquest model. El principi de les necessitats indica que el focus de la intervenció s'ha de centrar en aquest tipus de factors de risc (dinàmics).

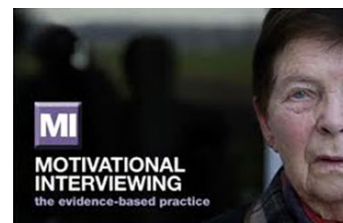
c) **Principi de la capacitat de resposta (o de responsivitat):** es refereix a les habilitats i als estils d'aprenentatge dels delinqüents i a la necessitat de considerar-los factors de protecció o recursos, que poden servir per a moderar l'impacte dels factors de risc. Els factors implicats en la capacitat de resposta són els que no estan necessàriament relacionats amb l'activitat delictiva però que són rellevants pel que fa a la manera com reaccionen els joves als diferents tipus d'intervenció. Vegem exemples de factors que s'inclouen en la capacitat de resposta: nivells alts de maduresa emocional, l'estil d'aprenentatge (per exemple: verbal i no verbal), el suport efectiu dels adults, les habilitats lectores, l'autoestima, l'ansietat i la motivació per al tractament. El principi de la capacitat de resposta assumeix que aquests factors s'han de tenir en compte quan es vol dissenyar el millor programa d'intervenció.

L'entrevista motivacional és una estratègia que podem enquadrar com a útil per a implementar el principi de la capacitat de resposta, ja que busca motivar el subjecte perquè s'impliqui en programes de tractament que, finalment, s'espera que l'ajudaran a canviar el comportament. Es tracta d'una qüestió crucial, ja que voler participar en un programa de tractament i estar-s'hi són passos ineludibles abans d'aconseguir canviar la conducta. McMurrin i Theodosi (2007) van conduir una metanàlisi de programes cognitivoconductuals amb delinqüents amb un disseny metodològic exigent, i van trobar que els individus que deixaven el tractament reincidien més que els que l'acabaven i, cosa que encara és pitjor, van veure que els que deixaven el tractament van reincidir més que els subjectes als quals no s'havia ofert el tractament.

Encara que l'entrevista motivacional (d'ara endavant, EM) va ser elaborada per Miller i Rollnick (1991) per a fomentar la voluntat de canvi de consumidors d'alcohol i drogues, en els últims anys també s'ha fet servir amb delinqüents amb el propòsit general de facilitar el canvi de comportament. D'altra banda, com que hi ha molts delinqüents que també consumeixen alcohol i drogues, es tracta d'una extensió d'un camp a l'altre que sembla natural.

Diguem, en poques paraules, que l'EM vol que el subjecte (de manera individual o en grup) formuli expressions de canvi, provocades per l'ús del professional de tècniques de relació terapèutica, com expressió de l'empatia, clarificar el que s'ha escoltat, demanar aclariments, evitar sermonejar sobre la importància que el subjecte canviï, i particularment ocupar-se de l'ambivalència que tot subjecte mostra davant un canvi rellevant a la seva vida per a enfortir el seu compromís amb el canvi.

McMurrin (2009) va dur a terme una revisió sistemàtica a fi de clarificar quin ha estat l'ús de l'EM en delinqüents; en particular, l'efectivitat a motivar envers el canvi, a retenir els individus dins del programa sense deixar-lo i, finalment, com a estratègia de canvi directe, és a dir, com a agent actiu de la disminució de la reincidència dels delinqüents.



L'entrevista motivacional se suma a la filosofia de la pràctica basada en l'evidència.

Per a aquesta finalitat va revisar dinou estudis originals, i va observar que l'EM s'aplicava més amb programes de tractament de l'addicció, encara que també van aparèixer aplicacions amb maltractadors, amb delinqüents de trànsit i delinqüents comuns. Aquesta varietat va impedir l'ús d'una metanàlisi i, per tant, l'obtenció de conclusions sòlides que recolzessin en dades quantificables. No obstant això, algunes de les conclusions generals rellevants van ser les següents:

1) Pel que fa a l'objectiu de retenir els participants d'un programa de tractament (i evitar per tant que l'abandonin abans no s'acabi), els resultats semblen prometedors en els casos de tractaments de drogodependents, però no quan els subjectes són agressors de dones. Ara per ara, l'ús de tècniques conductuals, com el reforç material de l'assistència i un esquema de contingència pel qual el participant va essent reforçat si continua en el tractament, sembla que és superior a l'EM.

2) Quant a fomentar la motivació per al canvi (i aconseguir així que el subjecte es decideixi a començar a fer passos per modificar la conducta negativa), l'evidència indica que l'EM és una estratègia útil. El problema és que aquesta motivació –mesurada generalment mitjançant inventaris, que avalua el trànsit del subjecte d'una etapa a una altra en la determinació d'arribar a implicar-se en el canvi– no sempre es relaciona amb el canvi mateix.

3) Finalment, pel que fa a l'EM com a inductora directa del canvi, els efectes són ara per ara equívocs: hi ha resultats positius i negatius en els programes d'atenció a drogodependents, mentre que els efectes amb agressors de dones no van ser significatius. Una possible explicació –apunta McMurrin– és que tant els programes usats en els grups de control com el grup d'EM aconseguissin tots dos disminuir la reincidència, la qual cosa tindria com a conseqüència que l'EM no es mostraria superior a les activitats fetes amb els subjectes amb els quals es comparava.

Com a conclusió, l'autora assenyala que cal aprofundir en la definició precisa de la tècnica que implica l'EM, ja que és molt probable que s'estiguin fent aplicacions anomenades genèricament *d'EM* però que en realitat incloguin variacions molt substancials, si no definitivament incorrectes. També recomana que s'elabori més la teoria de base sobre la qual sustenta la tècnica, la qual cosa comporta avançar en un coneixement de la psicologia de la motivació sobre el qual es pugui refinar la seva aplicació pràctica.

8. El tractament dels psicòpates

Si bé el tractament dels delinqüents és motiu de controvèrsia –tot i que hem vist que les investigacions de les últimes dues dècades són clarificadores sobre el que funciona i no funciona–, el cas es complica molt més quan ens ocupem del tractament del delinqüent més persistent i violent: el psicòpata.

En part, les dificultats provenen de l'àmbit del significat del concepte de *psicòpata* i per això mateix del mesurament. Uns altres problemes són si podem parlar de psicòpates quan ens referim a nens o joves, i en quina mesura en podem esperar una més bona resposta al tractament si es compara amb les intervencions portades a terme amb adults. Finalment, hem de considerar els resultats obtinguts fins ara en el tractament tant dels psicòpates juvenils com dels adults i si aquests tractaments o intervencions poden progressar en el futur.



Robert Hare

8.1. Què és un psicòpata?

Una de les definicions de *psicopatia* més acceptades en l'actualitat és la que ofereix Cooke i el seu equip (Cooke i Michie, 2001), que conforma una constel·lació amb tres dimensions importants:

1) **Un estil interpersonal arrogant i manipulador**, que defineix un individu amb retòrica o encant superficial, amb un sentit desmesurat de l'autovàlua, que estafa, manipula i enganya els altres.

2) **Una experiència afectiva deficient**, caracteritzada per la falta de sentiments de culpa, insensibilitat emocional, falta d'empatia, afecte superficial i el fracàs en l'acceptació de la responsabilitat de les pròpies accions (negació de les acusacions, excuses, etc.).

3) **Un estil de comportament irresponsable i impulsiu** que implica característiques com tendència a l'avorriment, cerca d'excitació, incapacitat per a establir metes a llarg termini, impulsivitat i un estil de vida parasitari (deutes, incapacitat per a mantenir una feina, etc.).

Per la seva banda, Robert Hare (2003) hi va afegir una altra faceta: **la conducta antisocial o delictiva**.

Les primeres descripcions de psicopatia juvenil les podem trobar en diversos estudis de cas únic presentats per Hervey Cleckley el 1941 (Cleckley, última edició de 1976), en el seu clàssic llibre *La máscara de la cordura* (*The Mask of Sanity*), encara que sense entrar a fons en les experiències infantils descrites dels subjectes que investiga. En els casos d'adolescents psicòpates que va presentar, va intentar demostrar l'existència del mateix tipus de trets que atribuïa als

adults, la qual cosa va contribuir a la hipòtesi que els adolescents amb trets de psicopatia són incapaços d'apreciar el sentit i el significat del comportament humà i, per això, no experimenten emocions amb la mateixa profunditat i riquesa que els no psicòpates. Tampoc no fan ús del contingut afectiu en el seu llenguatge i altres funcions cognitives, com les altres persones. Cleckley va suggerir que quan són adults aquest dèficit afectiu profund queda amagat per les expressions verbals apreses que proporcionen una "màscara de seny". Va especular sobre la dificultat del processament de l'emoció durant l'adolescència en els individus amb psicopatia i la consegüent multitud de dèficits subtils del processament emocional, mentre que els altres joves són sensibles i es fan més capacitats en el reconeixement i la resposta a les emocions.

8.2. Psicòpates juvenils?

En els últims anys, hi ha hagut investigadors clínics i professionals de diversos àmbits que han demostrat un interès creixent per l'aplicació del constructe de psicopatia en els joves, en part, per la utilitat que té per a predir el desenvolupament d'un estil de comportament agressiu i violent (Hare i Newman, 2008). Tal com passa en la majoria dels trastorns diagnosticats en l'edat adulta, es creu que la síndrome psicopàtica consisteix en un conjunt estable de trets de personalitat, actituds i comportaments desadaptatius que tenen l'origen en la infància. Tot això s'ha acompanyat d'un extens debat sobre la validesa d'aquest constructe (vegeu Silva, 2008).

Basant-se en això, els estudis amb poblacions delinqüents es van anar consolidant sobre un supòsit bàsic fonamental: els comportaments exhibits pels psicòpates adults, quan els manifesten els joves, poden identificar un petit grup de delinqüents que continuaran mantenint comportaments antisocials greus i freqüents en l'edat adulta (Morales, 2010).

Una gran part del cos empíric sobre psicopatia en joves i adolescents s'ha construït al llarg de diversos fronts (Silva, 2008):

1) El desenvolupament d'instruments dissenyats especialment per a avaluar el constructe en aquestes franges d'edat, al darrere del qual hi ha aquesta pregunta: la psicopatia, es pot avaluar de manera fiable i vàlida en aquests grups d'edat?

2) La identificació de trets psicopàtics que es corresponen amb la nosologia dels trastorns disruptius de la conducta proposats en el DSM (Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals). La pregunta ara és la següent: la identificació dels trets de psicopatia en nens i joves, pot ajudar a identificar amb precisió un subgrup d'aquests nens i joves que evolucionaran cap a la psicopatia en l'edat adulta?

En l'especificació de la síndrome tal com es defineix en l'escala de psicopatia de Hare revisada (PCL-R, *psychopathy checklist - revised*; Hare, 2003), s'hi ha posat un gran èmfasi. L'adopció generalitzada de la PCL com a criteri reconegut per a mesurar la psicopatia ha contribuït sens dubte a la consistència de les troballes empíriques oposades al llarg de l'última dècada.

Actualment es considera que la psicopatia està relativament ben validada en poblacions forenses d'homes adults, i l'evidència sobre la validesa de construcció en tant que mesurat per la PCL-R inclou l'associació significativa amb la violència, la reincidència, el consum de drogues, altres trastorns de la personalitat, anomalies psicopatològiques, i amb dèficits d'actuació en contextos específics com l'evitació passiva –aprendre a escapar-se d'un estímul aversiu–, la modulació de la resposta –canviar una resposta ineficaç per una de més adaptada quan canvia la situació– i el processament emocional –fracàs a discriminar entre estímuls agradables i desagradables.

Igual que amb població adulta, en els joves s'ha trobat una evidència important que relaciona la psicopatia i el comportament delictiu. D'acord amb algunes revisions, les característiques principals en què es troben diferències entre joves psicòpates i no psicòpates vinculats al sistema de justícia es poden resumir de la manera següent:

- Comencen la conducta antisocial de més petits, tant la violenta com la no violenta, amb uns dos anys de diferència comparats amb joves sense trets psicopàtics.
- Cometen més delictes i de més gravetat.
- Abandonen amb més probabilitat els esforços d'intervenció correccional i no hi tenen tants èxits.
- S'involucren en més problemes durant la institucionalització.

Aquestes característiques i la seva persistència associades amb els trets de personalitat s'han relacionat al llarg de la història amb el fracàs en el tractament. Els joves amb característiques psicopàtiques són una part nuclear del grup dels delinqüents amb carreres delictives cròniques i violentes. L'avaluació del tractament amb aquesta població també resulta crítica, atès que representen l'extrem del comportament delictiu en adolescents.

No obstant això, una lectura crítica d'aquests treballs exigeix que aquest supòsit sigui confirmat en investigacions longitudinals, perquè hi ha determinades característiques dels psicòpates adults (com la cerca de sensacions i la irresponsabilitat) que són característiques temporals (això és, transitòries) en l'adolescència (Silva, 2008), i no tots els joves qualificats de psicòpates mantenen aquest diagnòstic quan arriben a l'edat adulta (Salekin i altres, 2010).

8.3. El tractament dels psicòpates

Tradicionalment s'ha considerat els psicòpates com a intractables. La seva definició com a persones que no aprenen de l'experiència (perquè no obtenen retroacció emocional en termes dels efectes dels seus actes en els altres, ja que no es posarien en el lloc de les persones a les quals fan mal –absència d'empatia– i serien poc receptius davant la por del càstig), la seva capacitat per a manipular i enganyar, el seu desig de no avorrir-se i viure experiències de risc i el seu narcisisme exagerat els farien clients poc inclinats a implicar-se en una relació terapèutica amb la voluntat genuïna de canviar i abandonar les seves conductes perniciosos.

En efecte, les primeres revisions sobre l'efectivitat en la intervenció dels delinqüents psicòpates consideraven que aquesta intervenció era ineficaç, o fins i tot contraproduent, ja que el psicòpata tractat podria aprendre habilitats cognitives i socials que el farien més hàbil per a enganyar els professionals de la intervenció i fins i tot per a cometre nous delictes amb més habilitat.

Investigació d'Olver i Wong

En aquesta investigació, Olver i Wong (2009) van examinar la resposta de 135 delinqüents sexuals (entre els quals hi havia psicòpates) al tractament durant un període de seguiment de deu anys. Van trobar una reducció significativa en reincidència violenta i sexual en els delinqüents psicòpates que van acabar satisfactòriament el tractament.

En els últims deu anys, però, aquesta tendència sembla que està canviant. Els estudis moderns de Salekin (Salekin, 2002; Salekin i altres, 2010) indiquen que hi ha nous programes d'intervenció, tant en delinqüents juvenils com adults, que han obtingut resultats molt més prometedors. En el cas dels delinqüents psicòpates adults, de l'anàlisi que fan de vuit programes de tractament fets entre els anys 1990 i 2009, conclouen el següent (Salekin i altres, 2010, pàg. 248):

“Els resultats del tractament oscil·len entre dolents o lleugerament i moderadament bons. No obstant això, no sabem si la mala resposta al tractament significa que, en el cas d'alguns estudis, no hi va haver cap mena de millora o que simplement els subjectes psicòpates no van millorar tant [...]. En dos dels estudis més ben dissenyats hi ha almenys un horitzó d'esperança en el sentit que un seguit de subjectes tractats van obtenir una millora significativa. En dos estudis més, però, igualment ben dissenyats, els resultats van ser negatius, de manera que és clar que cal fer la investigació suficient per a determinar quins són els mètodes que donen resultats positius i negatius”.

D'altra banda –continuen comentant Salekin i altres (2010)–, cal assenyalar també que cap de les intervencions dutes a terme amb psicòpates adults va ser dissenyada específicament per a aquest tipus de subjectes, la qual cosa s'ha de sumar al fet que la majoria (cinc de vuit) d'aquelles intervencions van presentar problemes metodològics rellevants.

Pel que fa al tractament dels delinqüents juvenils psicòpates (que inclou també un estudi amb nens preadolescents que ja mostraven un comportament agressiu i desafiador), els autors conclouen això (pàg. 255):

“[...] cinc dels cinc programes d'intervenció revisats van trobar que la psicopatia s'associava significativament amb conductes pertorbadores de l'ordre en les unitats on els tractaven. No obstant això, pel que fa al progrés en la intervenció, sis dels vuit estudis avaluats van indicar que els psicòpates es van beneficiar del tractament o bé no es van comportar pitjor que els joves no psicòpates. Aquests resultats suggereixen que els joves amb psicopatia poden oferir més problemes a l'hora de manejar-los que els que no presenten aquesta condició, però també que poden millorar si reben un tractament adequat [vegeu el quadre adjunt]”.

Probablement el programa elaborat per Caldwell i altres (2006) és el més representatiu a l'hora de significar que el tractament efectiu dels delinqüents juvenils psicòpates té un futur esperançador. Aquests autors van fer una investigació amb 151 joves ($n = 56$ en el grup tractat i $n = 85$ en el grup de comparació) que van puntuar més de 27 en la PCL: YV, és a dir, que es podien considerar amb trets psicopàtics importants. Els investigadors esmentats van aplicar un tractament cognitivoconductual basat en la teoria del desafiament, que proposa trencar la cadena d'imposició de sancions i el subsegüent augment de la rebel·lió per part dels joves, la qual cosa normalment es tradueix en l'increment de la freqüència, persistència o serietat de la conducta criminal.

El programa de Caldwell

La seva utilització del model de descompressió emfatitza la resposta positiva dels joves: se'ls dóna protagonisme i beneficis a mesura que abandonen els desafiaments i no veuen la seva conducta de rebel·lió com la que espera d'ells la institució.

Com a alternativa a aquesta manera normal de procedir en resposta als joves violents institucionalitzats, el programa va fer servir un model anomenat *de descompressió*, que té l'objectiu d'enfortir els rols i les expectatives convencionals dels joves, en comptes d'incidir en el càstig que els esperava cada vegada que actuessin desafiant les normes. Dit d'una altra manera, en el programa, els terapeutes estaven pendents de reforçar positivament cada actitud i comportament orientat en un sentit positiu, al mateix temps que es rebaixava l'amenaça d'una sanció com a advertència d'un possible futur mal comportament.

Al cap d'un període de seguiment de dos anys, el 56% ($n = 31$) dels joves que van rebre el tractament van reincidir, comparats amb el 73% ($n = 62$) dels que eren al grup de comparació (la qual cosa va ser significativa des del punt de vista estadístic). A més, hi va haver una clara relació entre el tractament i la reincidència violenta subsegüent. Solament el 18% ($n = 10$) de joves tractats es van involucrar en nous actes de violència en la comunitat, comparats amb el 36% ($n = 31$) dels casos de comparació. Els joves del grup de comparació van tenir prop de dues vegades més probabilitat de reincidir violentament que els que van rebre el tractament.

Malgrat que no va tenir un efecte significatiu sobre la reincidència general, el tractament va predir clarament una taxa més baixa i lenta de reincidència violenta en aquests joves. A més, una altra dada rellevant va ser que la probabilitat d'actes violents en la comunitat, una vegada alliberats i després de dos anys de seguiment, va ser aproximadament del 16% per al grup tractat i del 37% per al grup de comparació.

En relació amb la falta d'efecte en la reincidència general, els autors van explicar que els delictes menors no violents (principalment contra la propietat i de drogues) es poden explicar més per les circumstàncies a les quals tornen els joves (per exemple, el veïnat o la seva situació socioeconòmica) que no pas per característiques personals associades a la psicopatia. El programa de tractament es va dirigir específicament a reduir l'agressivitat interpersonal, i també la reincidència seriosa i violenta, i aquest objectiu es va aconseguir clarament (Salekin, 2002).

8.4. Línies prometedores que cal seguir amb els delinqüents psicòpates

Salekin i altres (2010) fan les propostes següents per al desenvolupament futur dels delinqüents psicòpates:

1) El rebuig dels psicòpates de ser tractats s'ha de considerar un problema de tipus tècnic; hi ha altres subjectes que no estan gaire inclinats a acudir a teràpia i no per això són inhàbils per a canviar, com, per exemple, els consumidors de drogues.

2) Podem dir el mateix sobre l'argument de no tractar els psicòpates perquè són manipuladors i saben enganyar. Cal considerar aquest fet com un objectiu de la investigació, i veure en quina mesura aquesta habilitat és en realitat un impediment insalvable o simplement un fet més que dificulta (però no impedeix) el tractament.

3) Cal tenir en compte quina és la definició de *psicòpata* que està fent servir l'investigador, i també la teoria sobre els dèficits i les característiques que presenta, a fi de valorar adequadament el tractament. Per exemple, hi ha investigadors que posen més èmfasi en el tractament dels aspectes de conducta (delinqüència i vida irresponsable) que de personalitat, mentre que n'hi ha d'altres que fan el contrari (s'ocupen més de modificar l'aspecte afectiu i interpersonal del trastorn). Això comporta que hi ha diferències en l'èmfasi del que vol dir realment presentar una psicopatia.

4) El tractament no hauria de fixar com a únic criteri d'èxit la reincidència. Encara que en tota intervenció amb delinqüents aquest resultat és el més rellevant, desatendre altres criteris d'èxit més intermedis com cessar de consumir drogues, deixar de buscar feina o no voler millorar la relació amb la família pot dificultar el progrés en el disseny dels esforços per tractar el psicòpata, perquè és possible que l'èxit últim (no reincidir) passi necessàriament per arribar a les metes esmentades.

5) Cal esforçar-se per obtenir els ingredients crítics en l'èxit dels programes d'intervenció. Per exemple, Salekin va trobar que la comunitat terapèutica era menys efectiva que les estratègies dinàmiques (orientades cap a la introspecció o *insight*) i cognitivoconductuals en els psicòpates. Per quina raó passa, ai-

xò? Per què hi ha teràpies que són millors que d'altres per a superar determinats dèficits dels psicòpates? Ara per ara, els millors candidats per a ser considerats ingredients possiblement efectius en el tractament dels psicòpates són l'entrenament en control cognitiu i en la presa de decisions, i també en la regulació emocional.

6) Adoptar una visió realista i progressiva en el disseny i els objectius de les intervencions: "Una meta realista en el tractament dels subjectes que presenten trets de psicopatia no implicaria intentar eradicar tots els símptomes d'aquesta psicopatia alhora, sinó més aviat aconseguir un progrés gradual a mesura que s'aplica la teràpia, reconeixent que hi haurà segurament algunes reculades en el camí" (pàg. 261).

9. La relació terapèutica amb el delinqüent juvenil

En el seu llibre de 1989, *I Hate You; Don't Leave Me* ('T'odio; no em deixis'), Kreisman i Straus van recomanar l'ús de tres passos, una aproximació estructurada anomenada *SER* (*SET; support, empathy, truth*) a l'hora de comunicar-nos amb clients diagnosticats de trastorns de personalitat límit. Aquesta perspectiva, elaborada pel personal del centre mèdic de Sant Louis, es pot adaptar per a ajudar-nos a relacionar-nos amb persones que presenten problemes de conducta resistents, en concret, joves que fan demandes poc raonables o presenten conflictes a l'hora d'expressar emocions de manera constructiva, la qual cosa és habitual en els delinqüents juvenils. L'estructura ens pot ajudar a mantenir-nos fermes i reduir les nostres pròpies defenses mentre intentem redirigir la plèthora d'emocions dels joves en conflicte (por, solitud, sentiments d'incomprensió, i pèrdua de control). A més, podem fer servir els passos per a reforçar i establir límits i fer complir les conseqüències.

9.1. Pas 1. Comunicar suport

El primer pas del model es representa per la *S* de suport. La majoria de nosaltres, independentment del nostre grau de pertorbació emocional, hi ha vegades que ens trobem insuportables i ens sentim sols. Aquest tipus de joves no tenen ningú amb qui compartir aquests moments, el seu bot salvavides s'enfonsa i, des de la seva perspectiva, a ningú no li importa, i encara menys als adults. Senten com si ignoréssim la seva situació, com si desconeguéssim del tot els seus problemes, o com si estiguéssim massa enfeinats en les nostres coses per a preocupar-nos d'ells. Sovint, aquestes percepcions són errònies, i per això ens incumbeix com a professionals la tasca de continuar mostrant una nova perspectiva enfront d'aquesta visió d'abandonament. Per tant, sovint és un bon punt de partida oferir una declaració personal del cas: "Juan, de veritat que estic preocupat per tu, i ara m'agradaria saber què ha passat" (suport).

Hi ha molts joves antisocials que estan desacostumats a legitimar aquestes expressions d'interès personal. Per tant, pot ser que les rebutgin en aquell moment, però si aquesta expressió de preocupació del subjecte és genuïna sens dubte tindrà valor en la relació, encara que al principi la reacció del jove suggereixi una altra cosa.

9.2. Pas 2. Empatitzar amb la posició del jove o validar-la

Després d'oferir suport, és important que intentem comunicar la nostra comprensió sobre la situació del jove i el que sent; el pas de la *E* ve a continuació. Ja hem parlat de la importància de l'empatia. El millor moment per a intentar comprendre és quan tenim la necessitat de confrontar. Ara bé, és fàcil validar –o empatitzar amb– algú que sent o pensa les mateixes coses que nosaltres,

però és extremament difícil empatitzar amb algú que contínuament ens desafia o ens demana coses poc raonables. Així, després d'haver ofert una declaració de suport, ens cal focalitzar la nostra energia a sentir realment i entendre els sentiments i les perspectives del jove. Llavors hem d'intentar comunicar aquesta comprensió amb una breu declaració empàtica: “Veig que estàs ben fart d'haver de tornar a passar per tot això” (per exemple, un nou ingrés en un centre).

9.3. Pas 3. Reforçar la realitat o la veritat de la situació

Aquest últim pas representa **la veritat o la realitat** (la R). Empatitzar no significa –diguem-ho una altra vegada– acceptar la validesa de la conducta del subjecte. No ajudem ningú si neguem la realitat de viure en un món amb problemes, conseqüències i limitacions. Justificar i excusar els nois solament serveix per a confondre'ls. És típic en els professionals o en els pares dels joves agafar el camí més fàcil i acceptar les seves excuses, en lloc de mantenir-se fermes o ensenyar-los responsabilitats. Cal que trobem la manera de refermar la vàlua del jove al mateix temps que li transmetem de manera clara les nostres expectatives. Quan confrontem aquest tipus de joves, és important que els transmetem que els acceptem com són però que volem que millorin. Els hem d'explicar que entenem que poden haver passat per moltes dificultats i que algunes persones no els han ajudat com potser ho haurien d'haver fet, però que sempre és més fàcil canviar la nostra conducta que la dels altres. Una declaració efectiva i vertadera (o realista) comunica al jove el que podem fer o no com a educadors, però que, al final, l'únic responsable, el qui decideix, és el jove. Així, doncs, el model SER és un procés estructurat per a mostrar preocupació i comprensió mentre l'educador ensenya i modela una conducta responsable.

Com es duu a terme la “declaració realista”? Hem d'evitar el sarcasme i els aires de superioritat: hem de mirar de satisfer les necessitats del jove. A continuació indiquem exemples adequats i inadequats d'aquest tercer pas del model de confrontació SER:

- Adequat: “Si tries escapar-te, hauré de trucar a la policia”.
- Inadequat: “Et prohibeixo que t'escapis” (no assenyalava les conseqüències; no apunta la decisió del subjecte).
- Adequat: “Aquestes són les regles, i espero que les respectaràs”.
- Inadequat: “Si no fas les coses a la meua manera, te n'hauràs d'anar d'aquí” (lluita de poder).
- Adequat: “Tinc problemes per a seguir-te. Calma't, si us plau, i així et podré ajudar”.
- Inadequat: “Quan et poses així no et pot ajudar ningú” (és un missatge “tu”, no mostra implicació ni direcció en l'ajuda).

- Adequat: “Aquesta cadira on estàs assegut costa 100 euros, i si l’aixafes caldrà substituir-la”.
- Inadequat: “Si aixafes aquesta cadira n’hauràs de pagar una de nova” (és una frase punitiva; implica un cost més alt per a la relació).

9.4. El control de la conducta: una reflexió

Solament podem controlar el que fem nosaltres; ens podem controlar a nosaltres mateixos. Aquesta idea és una de les grans asseveracions de la moderna teràpia de la realitat, i aquest principi té diferents ramificacions en la manera com interaccionem amb els joves antisocials.

Malauradament, pensar que podem controlar la conducta dels altres i fins i tot canviar-la forma part de les nostres idees socials més fermes. Per aquesta raó, sovint no reconeixem fins a quin punt resulta fútil tot això (Glasser, 1998), i per desgràcia aquesta idea és habitual en els educadors; per això normalment obtenen reaccions contràries dels joves quan intenten canviar-los. D'altra banda, no tenim mai present que els éssers humans som éssers capaços de triar, i aquestes tries són les que ens permeten establir canvis.

La investigació amb grups d'iguals indica que donar poder als joves disruptius té un efecte recíproc. Els programes que respecten l'autonomia dels joves tendeixen a tenir més joves receptius a l'autoritat legítima dels adults. I és irònic que aquests programes que reconeixen les limitacions sobre el control dels altres tendeixen a estar més ben controlats, perquè el jove comparteix el tractament dels professionals i hi dóna suport (Brendtro i Brokenleg, 1996). Aquestes filosofies sobre el control són vàlides per a qualsevol lloc en què es treballi amb menors.

En el llibre *La teoria de la elecció*, Glasser (1998) va assenyalar que el fet de pensar que podem controlar els altres, inclosos els joves delinqüents, i la idea que els altres ens poden controlar són dos dels precursors primaris de la misèria humana. Aquestes idees desmantellen el procés terapèutic i perpetuen cicles destructius i expectatives no realistes. Per tant, en les àrees en què el canvi és volgut, hi ha dues solucions vàlides: 1) canviar el que un vol (la meta) i 2) canviar l'estratègia per a aconseguir això que es vol. Glasser (1998) va fer servir aquesta filosofia per a descriure per què funciona l'amistat, a diferència de la manera habitual de tractar les nostres famílies o parelles, a les quals intentem canviar contínuament perquè no ens facin enfadar o per resoldre els problemes que tinguem. En canvi, a un bon amic li respectem les eleccions; l'agafem o el deixem, tal com és.

Per a il·lustrar la naturalesa del control, Glasser estén el significat de la conducta amb les tradicionals conductes d'acció. La nostra conducta total està composta de quatre components: **accions, pensaments, sentiments i fisiologia**. Cadascun d'aquests components acompanya sempre els altres. Tenim un control directe sobre les nostres accions i, una mica menys, sobre els nostres pensaments, però en tenim molt poc sobre els nostres sentiments i la nostra fisiologia. Per tant, hem de focalitzar la major part de les nostres energies en les àrees en què tenim un control directe.

Glasser (1998) va fer servir una metàfora d'un cotxe per a explicar aquesta teoria de la conducta total. Les dues rodes de davant (actuar i pensar) són les úniques sobre les quals tenim control, encara que en conduir el cotxe, inevitablement, tirarem de les de darrere (els sentiments i la fisiologia).

A causa de l'èmfasi en les accions i en els pensaments, la teràpia de la realitat sovint està mal representada com un acostament que ignora el paper que exerceixen els nostres sentiments. Glasser (1998) va afirmar que tota conducta és un intent per sentir-se més bé. No mirem mai de fer coses que ens facin sentir malament. Per tant, la majoria dels terapeutes de la realitat presten una atenció especial als sentiments dels joves. No obstant això, és més probable que ajudin els joves a sentir-se més bé facilitant un procés que condueix a actuar i pensar més bé i que, per tant, millora els sentiments.

Ara bé, els educadors hàbils també són flexibles en les aplicacions. Reconeixen que de vegades els joves necessiten compartir les seves històries i els seus sentiments. La quantitat d'atenció que prestem als sentiments depèn de la situació i de l'estil preferit del professional. No obstant això, prendre's el temps necessari per a fer una **escolta empàtica** sol ser el millor primer pas per a abordar una situació. D'aquesta manera reduïrem el nombre de malentesos i serem més capaços d'involucrar els joves en un procés d'interrelació d'ajuda honest en què puguin explorar com els seus pensaments i les seves conductes els ajuden –o no– a aconseguir el que volen.



El terapeuta William Glasser

10. Conclusions

Ara assenyalarem algunes de les conclusions més rellevants d'aquest mòdul, al mateix temps que exposarem algunes consideracions finals que ens sembla que són interessants per a la investigació i l'actuació pràctica futures.

1) D'entrada, sembla clar que disposem de programes que tenen èxit en el tractament dels delinqüents, i que les tècniques més prometedores són de tipus cognitivoconductual.

2) En aquest viatge en què s'ha embarcat la moderna criminologia aplicada de trobar els programes més efectius per als diferents tipus de delinqüents en els moments i circumstàncies del seu pas pel sistema de justícia criminal, hi ha hagut troballes importants, però també és evident la importància de la feina que queda per fer. Per exemple, hem vist que les comunitats terapèutiques són l'opció més bona per a tractar els delinqüents convictees que abusen de les drogues, però quan analitzem els programes que es fan servir per a trobar una feina i tenir una vida integrada en la societat, les dades ens diuen que, ara per ara, no hi ha cap de les intervencions que sigui particularment efectiva.

3) Una altra qüestió singular és la de motivar els delinqüents. Atès que hi ha molts subjectes que no acaben un programa de tractament, i que aquesta circumstància es relaciona amb més males xifres de reincidència, com podem disminuir la magnitud d'aquest problema? D'una banda, tècniques com l'entrevista motivacional, encara que han aixecat molta expectació fa pocs anys, no sembla que siguin gaire útils més enllà de l'ús que se'n fa amb delinqüents que abusen de les drogues. En l'actualitat no sabem gaires tècniques útils sobre això, a banda de l'ús d'incentius d'acord amb cert esquema de reforçament.

4) No obstant això, aquest cas il·lustra la importància de sumar els esforços de la política basada en l'evidència amb els derivats de la investigació sobre el desistiment en el delicte. En aquests últims, mitjançant estudis de cas de mostres diverses, busquem esbrinar la gènesi i el desenvolupament de les preses de decisions que van fer els individus que van abandonar el delicte o es troben en aquest procés del final de la seva carrera delictiva. D'aquesta manera, podem comprendre, per exemple, per què els estudis quantitius ens diuen que els programes per a trobar feina sembla que no funcionen, quan sabem que aquest fet és crucial en la reinserció d'un exdelinqüent. Si es tracta de saber quan està realment motivat un delinqüent per canviar i aprofitar la feina que li ha proporcionat una agència, cal analitzar precisament què fa que

l'individu en particular arribi a tenir aquesta actitud o canvi cognitiu, que faci que no vulgui continuar cometent delictes, i que, en contraposició amb això, ara s'incardini en una nova perspectiva o escenari vital (Maruna i altres, 2004).

5) Aquesta és la raó per la qual Petersilia (2004) reivindica l'ús de la reintegració com a criteri d'èxit superior al de reincidència: juntament amb les dades sobre si el delinqüent comet nous delictes, cal esbrinar de quina manera el subjecte ha aconseguit instaurar (o refer) vincles significatius amb la societat convencional, o, en paraules de Sampson i Laub (1993), ser acceptat dins del control social informal de la seva comunitat.

6) El tractament dels delinqüents psicòpates s'ha de plantejar com un objectiu específic d'investigació, en particular en el cas dels delinqüents juvenils, ja que tenim resultats prometedors.

7) Cal introduir la política d'intervenir basant els resultats en la màxima evidència disponible. La taula següent mostra de quina manera el Regne Unit exhorta a fer aquesta tasca i com exigeix que tot programa de tractament compleixi una sèrie de requisits abans de ser aprovat.

Taula 2. Criteris per a l'acreditació de programes de tractament en subjectes en llibertat condicional i a les presons del Regne Unit

Model de canvi	El programa s'ha de basar en un model teòric clar fonamentat en l'evidència que expliqui com es proposa tenir impacte sobre els factors relacionats amb la conducta delictiva.
Factors de risc dinàmics	El contingut del programa ha d'identificar els factors relacionats amb el comportament delictiu especificats en el model i que si es canvien s'aconseguirà una reducció del comportament delictiu. A més, els continguts del programa han de reflectir aquests objectius.
Rang o quantitat d'objectius als quals va dirigit el programa	El programa ha d'especificar la quantitat d'objectius als quals va dirigit i les interrelacions d'aquests objectius.
Mètodes efectius	Els mètodes de canvi que es fan servir en el programa han de tenir suport empíric pel que fa a l'efectivitat i coordinar-se de manera adequada.
Orientat a habilitats	Per a capacitar els delinqüents a evitar activitats criminals i mantenir grans efectes en estudis de resultats. Les habilitats a què es dirigeixi el programa han d'explicar les relacions amb el risc de reincidència i la reducció d'aquest risc.
Intensitat, seqüència i durada	El nombre d'hores de contacte, la manera en què es duran a terme les sessions i la durada total del programa han de ser adequats en vista de l'evidència disponible, els objectius i continguts dels programes i el nivell de risc dels grups dels delinqüents als quals s'aplicarà el programa.
Selecció dels participants	S'ha d'especificar clarament la població de delinqüents a la qual es dirigirà el programa. S'ha de disposar de procediments realistes d'identificació i selecció d'aquesta població i per a l'exclusió dels no adequats.
Compromís i participació	Es refereix al principi de responsivitat o de capacitat de resposta, s'ha de descriure com es comprometrà i motivarà els delinqüents a prendre part en el programa i a adherir-s'hi.

Maneig de cas	S'ha d'especificar si hi haurà un professional o persona encarregada de vigilar el pla individual de tractament inclòs en la sentència dels delinqüents.
Monitoratge del procés	Com es farà el monitoratge i quins sistemes s'establiran per a revisar el programa i fer els ajustos que es considerin necessaris.
Avaluació	Els programes han d'incloure mesures que s'hagin pres en les avaluacions tant de l'impacte a curt termini com a llarg termini.

Font: McGuire (2001, pàg. 38), Morales i Garrido (2010)

Activitats

1. Esbrineu si als centres de menors als quals teniu accés es fa servir algun mètode de tractament, i descriviu-lo.
2. Feu el mateix pel que fa a les presons que siguin a la vora d'on residiu o treballeu.
3. Quins obstacles més importants considereu que tenen en l'actualitat els exreclusos per a reinserir-se? Com es podrien eliminar o almenys reduir?
4. Quines formes de prevenció (en un sentit ampli: primària, secundària o terciària) faríeu servir per a lluitar contra el crim organitzat?
5. Feu un petit assaig sobre la presència de les drogues en les presons i de quina manera s'intenta lluitar contra aquest problema. Estudieu també els programes per a drogoaddictes a les presons a Espanya o en alguna presó en particular a la qual pugueu tenir accés.

Bibliografia

Bibliografia recomanada

Currie, E. (2007). "Against marginality: arguments for a public criminology". *Theoretical Criminology* (núm. 11, pàg. 175-190).

Un article important per a la discussió sobre investigació criminològica i política criminal.

Garrido, V. (1993). *Técnicas de tratamiento de los delincuentes*. Madrid: Ramón Areces.

Malgrat la data de publicació, inclou un catàleg de tècniques descrites amb detall que el fan particularment útil.

Garrido, V. (2006). *Manual de intervención educativa en readaptación social*. València: Tirant lo Blanch.

Tracta de noves tècniques d'intervenció amb delinqüents juvenils, i hi ha uns quants capítols sobre la delinqüència en general i el tractament.

Glasser, W. (1979). *La terapia de la realidad*. Madrid: Narcea.

Un clàssic, sempre interessant de llegir i reflexionar.

Lipsey, M. W. i altres (2010). *Improving the Effectiveness of Juvenile Justice Programs: A New Perspective on Evidence-Based Practice*. Washington: Georgetown University.

Un estudi molt detallat sobre la manera de gestionar el risc amb els objectius de tractament, i sobre els passos que ha de respectar tot sistema de justícia juvenil per a ser respectuós amb la perspectiva basada en l'evidència de la criminologia actual.

Redondo, S. (2008). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Pirámide.

Imprescindible.

Salekin, R. T.; Worley, C. W.; Grimes, R. D. (2010). "Treatment of psychopathy: a review and brief introduction to the mental model approach for psychopathy". *Behavioral Sciences and the Law* (núm. 28, pàg. 235-266).

Una revisió crítica de l'estat de la qüestió. Molt clarificador.

Referències bibliogràfiques

Andrews, D. A.; Bonta, J. (2002). *The psychology of criminal conduct* (3a. ed.). Cincinnati, Ohio: Anderson.

Caldwell, M.; Skemm, J.; Salekin, R.; Van Rybroek, G. (2006). "Treatment response of adolescent offenders with psychopathy features: a two-year follow-up". *Criminal Justice and Behavior* (vol. 33, pàg. 571-596).

Cooke, D. J.; Michie, C. (2001). "Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model". *Psychological Assessment* (vol. 13, pàg. 171-188).

Farrington, D. P.; Petrosino, A. (2001). "The Campbell Collaboration Crime and Justice Group". *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences* (vol. 578, pàg. 35-49).

Garrido, V. (1993). *Técnicas de tratamiento para delincuentes*. Madrid: Ramón Areces.

Garrido, V.; Morales, L. A. (2007). *Serious (violent and chronic) juvenile offenders: A systematic review of treatment effectiveness in secure corrections. The Campbell Collaboration*. Enllaç d'Internet: http://www.campbellcollaboration.org/crime_and_justice/index.php

Glasser, W. (1998). *La teoría de la elección*. Barcelona: Grijalbo.

Goldstein, A. P.; Glick, B. (1987). *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, Illinois: Research Press.

Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist- Revised manual* (2a. ed.). Toronto: Multi-Health Systems.

Lipsey, M. W.; Chapman, G.; Landenberger, N. A. (2001). "Cognitive-behavioral programs for offenders". *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* (vol. 578, pàg. 144-157).

Lipsey, M. W.; Landenberger, N. (2006). "Cognitive-behavioral interventions". A: B. C. Welsh; D. P. Farrington (eds.). *Preventing crime: What works for children, offenders, victims and places* (pàg. 57-71). Dordrecht: Springer.

Lipsey, M. W.; Landenberger, N.; Wilson, S. (2007). *Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. The Campbell Collaboration*. Enllaç d'Internet: http://www.campbellcollaboration.org/crime_and_justice/index.php

Marlatt, G. A.; Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nova York: Guilford.

Maruna, S.; Immarigeon, R.; Lebel, T. P. (2004). "Ex offender reintegration: Theory and practice". A: S. Marunna; R. Immarigeon (eds.). *After crime and punishment* (pàg. 3-26). Portland, Oregon: William.

McMurran, M.; Theodisi, E. (2007). "Is offender treatment non-completion associated with increased reconviction over no treatment?". *Psychology, Crime and Law* (vol. 13, pàg. 333-343).

Miller, W. R.; Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (1a. ed.). Nova York: Guilford.

Mitchell, O.; Wilson, D.; MacKenzie, D. (2006). *The effectiveness of incarceration drug treatment on criminal behaviour. The Campbell Collaboration*. Enllaç d'Internet: http://www.campbellcollaboration.org/crime_and_justice/index.php

Morales, L. A. (2010). *Revisión sistemática de la efectividad del tratamiento de los delincuentes juveniles en delincuentes serios institucionalizados*. Tesi doctoral. Universitat Autònoma de Madrid.

Pearson, F. S.; Lipton, D. S.; Cleland, C. M.; Yee, D. S. (2002). "The effects of behavioral/cognitive-behavioral programs on recidivism". *Crime and Delinquency* (vol. 48, pàg. 476-496).

Petersilia, J. (2004). "What works in prisoner reentry? Reviewing and questioning the evidence". *Federal Probation* (vol. 68, pàg. 4-8).

Redondo, S. (2008). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Pirámide.

Redondo, S.; Sánchez-Meca, J.; Garrido, V. (2002). "Programas psicológicos con delincuentes y su efectividad. La situación europea". *Psicothema* (vol. 14, supl., pàg. 164-173).

Ross, R. R.; Fabiano, E. (1985). *Time to think: A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*. Johnson City: Institute of Social Sciences and Arts.

Salekin, R. T. (2002). "Psychopathy and therapeutic pessimism: clinical lore or clinical reality?". *Clinical Psychology Review* (vol. 22, pàg. 79-112).

Salekin, R. T.; Worley, C. W.; Grimes, R. D. (2010). "Treatment of psychopathy: A review and brief introduction to the mental model approach for psychopathy". *Behavioral Sciences and the Law* (núm. 28, pàg. 235-266).

Sampson, R. J.; Laub, J. (1993). *Crime in the making: Pathways and turning points through life*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Silva, T. (2008). *La medición de la psicopatía en el contexto del sistema de justicia juvenil en España*. Tesi doctoral. Universitat de València.

Sherman, L.; Farrington, D.; Welsh, B.; MacKienzie, D. (eds.) (2002). *Evidence-based crime prevention*. Nova York: Routledge.

Visher, C. A.; Winterfield, L.; Coggeshall, M. B. (2006). "Systematic review of non-custodial employment programs: Impact on recidivism rates of ex-offenders". *Campbell Systematic Reviews* (1. DOI: 10.4073/csr.2006.1).

Yochelson, S.; Samenow, S. E. (1976). *The criminal personality*. Vol. I: *A profile for change*.
Nova York: Aronson.