

# Intervención y tratamiento de delincuentes en prisión y medidas alternativas

Colección:  
*Criminología - Manuales*

---

Coordinadores:  
CRISTINA RECHEA ALBEROLA  
ANTONIO ANDRÉS PUEYO  
ANDREA GIMÉNEZ-SALINAS FRAMIS



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.

# Intervención y tratamiento de delincuentes en prisión y medidas alternativas

Laura Negredo López  
Meritxell Pérez Ramírez



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**  
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Laura Negredo López  
Meritxell Pérez Ramírez

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.  
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid  
Teléfono: 91 593 20 98  
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-9171-397-5  
Depósito Legal: M. 25.515-2019

Impreso en España - Printed in Spain

# Índice

PRÓLOGO por D. Ángel Luis Ortiz González .....	11
--	----

## PARTE I

### *Contexto internacional de la intervención con delincuentes*

1. EL TRATAMIENTO CON DELINCUENTES EN EL MEDIO PENITENCIARIO .....	15
Objetivos .....	15
1.1. El origen de la prisión y su desarrollo actual .....	15
1.2. Historia del tratamiento de los delincuentes .....	18
1.2.1. <i>De la visión clásica del castigo al positivismo y auge del tratamiento</i> .....	19
1.2.2. <i>La crisis del ideal rehabilitador</i> .....	20
1.3. La rehabilitación en el contexto penitenciario .....	22
1.3.1. <i>Programas de rehabilitación en prisión</i> .....	23
1.4. Conclusiones .....	34
Actividad .....	34
2. TEORÍAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN EL MEDIO PENITENCIARIO .....	35
Objetivos .....	35
2.1. Evolución de los modelos teóricos en la intervención penitenciaria ..	35
2.1.1. <i>Modelos conductuales</i> .....	36
2.1.2. <i>Modelos cognitivo-conductuales</i> .....	37
2.1.3. <i>Modelos sistémicos</i> .....	39

2.1.4. Modelo de cambio terapéutico y motivación al cambio .....	41
2.2. Técnicas de intervención con delincuentes .....	43
2.2.1. Reestructuración cognitiva .....	44
2.2.2. Control emocional de la ira .....	45
2.2.3. Resolución de problemas interpersonales .....	47
2.3. Conclusiones .....	48
Actividad .....	49
3. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN CON DELINCUENTES EN MEDIDAS ALTERNATIVAS A LA PRISIÓN .....	51
Objetivos .....	51
3.1. Contextualización y origen de las medidas alternativas .....	51
3.2. Tipos de sanciones y medidas comunitarias .....	55
3.2.1. Fase previa al juicio .....	56
3.2.2. Las sanciones comunitarias .....	57
3.2.3. Fase posterior a la pena de prisión .....	59
3.2.4. Una medida que puede usarse en todas las fases del sistema judicial: los medios telemáticos .....	60
3.3. La intervención en la comunidad .....	62
3.4. Conclusiones .....	65
Actividades .....	67
4. MODELOS TEÓRICOS Y EJEMPLOS DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON DELINCUENTES .....	69
Objetivos .....	69
4.1. Modelos teóricos de la intervención en el ámbito comunitario .....	69
4.1.1. Modelo de riesgo-necesidades-responsividad .....	69
4.1.2. Modelo de desistimiento .....	72
4.1.3. Modelo de las buenas vidas .....	75
4.2. Ejemplos de programas en intervención comunitaria .....	79
4.2.1. Los tribunales de tratamiento de drogas .....	80
4.2.2. Los programas comunitarios para delincuentes sexuales en Reino Unido .....	83
4.2.3. Un ejemplo de intervención tras la vida en prisión: Programa Círculos de Apoyo y Responsabilidad .....	86
4.3. Conclusiones .....	88
Actividades .....	89

## PARTE II

*Intervención y tratamiento penitenciario en España*

5. MARCO GENERAL DE LA INTERVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO PENITENCIARIO EN ESPAÑA ....	93
Objetivos .....	93
5.1. La realidad penitenciaria hoy en números .....	93
5.2. Elementos básicos del sistema penitenciario .....	98
5.2.1. <i>La vida en los centros penitenciarios</i> .....	99
5.2.2. <i>El cumplimiento penitenciario en la comunidad</i> .....	105
5.2.3. <i>El personal penitenciario</i> .....	110
5.2.4. <i>El tercer sector</i> .....	111
5.3. Principios generales de la intervención y el tratamiento penitenciario .....	112
5.3.1. <i>Principios básicos del tratamiento penitenciario</i> .....	113
5.3.2. <i>Principios específicos del tratamiento en penas y medidas alternativas</i> .....	115
5.4. Conclusiones .....	116
Actividades .....	117
6. LA INTERVENCIÓN PENITENCIARIA MULTIDISCIPLINAR .....	119
Objetivos .....	119
6.1. Evolución histórica de la intervención en el ámbito penitenciario .....	119
6.2. Intervención con drogodependientes .....	121
6.2.1. <i>Programa de prevención y educación para la salud</i> .....	123
6.2.2. <i>Programa de intercambio de jeringuillas</i> .....	124
6.2.3. <i>Programa de tratamiento con metadona</i> .....	125
6.2.4. <i>Programa de deshabitación</i> .....	126
6.2.5. <i>Programa de reincorporación social</i> .....	128
6.2.6. <i>Contextos de aplicación</i> .....	128
6.2.7. <i>Alternativas a la prisión</i> .....	130
6.3. Intervención con personas con enfermedad mental .....	130
6.3.1. <i>Programa marco de atención integral a enfermos mentales</i> .....	132
6.3.2. <i>Plan integral de atención a personas con trastorno mental y adicciones</i> .....	135
6.4. Otros programas de intervención en el medio penitenciario .....	136
6.4.1. <i>Programa de prevención de suicidios</i> .....	136
6.4.2. <i>Intervención con internos en departamentos de régimen cerrado</i> ....	138
6.4.3. <i>Resolución dialogada de conflictos</i> .....	141
6.4.4. <i>Terapia asistida con animales</i> .....	143
6.4.5. <i>Intervención en medio abierto</i> .....	145
6.5. Conclusiones .....	146
Actividad .....	147

7. LA INTERVENCIÓN PENITENCIARIA CON COLECTIVOS ESPECÍFICOS .....	149
Objetivos .....	149
7.1. Intervención con personas con discapacidad intelectual .....	149
7.1.1. Programa de intervención con penados con discapacidad intelectual ...	150
7.1.2. Departamento de atención especializada .....	152
7.2. Intervención con extranjeros .....	153
7.2.1. Programa de intervención con internos extranjeros .....	154
7.3. Intervención con mujeres .....	156
7.3.1. Programa de acciones para la igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito penitenciario .....	158
7.3.2. Programa Sermujer.eS .....	160
7.4. Intervención con jóvenes .....	163
7.4.1. Programa de Pensamiento Prosocial .....	165
7.5. Conclusiones .....	167
Actividad .....	168
8. PROGRAMAS PSICOLÓGICOS PENITENCIARIOS PARA AGRESORES SEXUALES Y AGRESORES DE GÉNERO .....	169
Objetivos .....	169
8.1. El tratamiento psicológico en el contexto penitenciario español .....	169
8.2. Programas de tratamiento para delincuentes sexuales .....	174
8.2.1. Características y factores de riesgo de la delincuencia sexual .....	175
8.2.2. Programa para el control de la agresión sexual .....	179
8.2.3. Programa de intervención frente a la delincuencia sexual con menores en la red .....	183
8.3. Programas de tratamiento para agresores de género .....	185
8.3.1. Características y factores de riesgo de la violencia de género .....	186
8.3.2. Programas de intervención para agresores de violencia de género ...	187
8.4. Conclusiones .....	192
Actividad .....	192
9. PROGRAMAS PSICOLÓGICOS PENITENCIARIOS DE NUEVA GENERACIÓN .....	195
Objetivos .....	195
9.1. Programas de tratamiento para la violencia familiar .....	195
9.1.1. Factores de riesgo de la violencia familiar .....	196
9.1.2. Programa de intervención para la violencia familiar .....	197
9.2. Programas de tratamiento para delincuentes viales .....	200
9.2.1. Programa de intervención psicoeducativa en seguridad vial: Programa Proseval .....	202

9.3. Programas de tratamiento para delitos de odio .....	205
9.3.1. <i>Características psicológicas de las personas que cometen delitos de odio</i> .....	206
9.3.2. <i>Programa Diversidad: intervención psicoterapéutica para personas condenadas por delitos de odio o discriminación</i> .....	206
9.4. Programas para el tratamiento de otras tipologías delictivas .....	209
9.4.1. <i>Probeco: Programa de intervención, sensibilización y reeducación en competencias sociales</i> .....	210
9.4.2. <i>Picovi: Programa de intervención en conductas violentas</i> .....	213
9.5. Conclusiones .....	215
Actividades .....	215

### PARTE III

#### *Evaluación de la eficacia y nuevos retos de intervención*

10. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON DELINCUENTES .....	221
Objetivos .....	221
10.1. Evaluación de la eficacia de la intervención .....	221
10.1.1. <i>Concepto y fases de la evaluación</i> .....	223
10.1.2. <i>Diseños de evaluación</i> .....	225
10.1.3. <i>Instrumentos de evaluación</i> .....	226
10.1.4. <i>Resultados de la evaluación</i> .....	227
10.1.5. <i>Calidad de la intervención</i> .....	230
10.1.6. <i>Evaluación económica</i> .....	230
10.1.7. <i>Metaanálisis</i> .....	231
10.2. Programas de tratamiento eficaces con delincuentes .....	232
10.2.1. <i>Educación, formación profesional y trabajo en prisión</i> .....	234
10.2.2. <i>Programas para drogodependientes</i> .....	234
10.2.3. <i>Programas para personas con enfermedad mental</i> .....	236
10.2.4. <i>Programas para personas con discapacidad intelectual</i> .....	236
10.2.5. <i>Programas con delincuentes sexuales</i> .....	237
10.2.6. <i>Programas con agresores de pareja</i> .....	239
10.2.7. <i>Programas para mujeres</i> .....	241
10.2.8. <i>Programas para preparar la vuelta a la comunidad</i> .....	242
10.3. Principios de la intervención efectiva con delincuentes .....	243
10.4. Conclusiones .....	245
Actividad .....	245

11. VALORACIÓN DEL RIESGO DE DELINCUENTES .....	247
Objetivos .....	247
11.1. Valoración del riesgo .....	247
11.1.1. <i>Valoración del riesgo y peligrosidad</i> .....	248
11.1.2. <i>Método clínico vs. actuarial</i> .....	249
11.1.3. <i>Juicio profesional estructurado</i> .....	251
11.1.4. <i>Capacidad predictiva de los instrumentos de valoración del riesgo</i> .....	252
11.1.5. <i>Contextos de aplicación de la valoración del riesgo</i> .....	255
11.2. Riesgo y desistimiento delictivo .....	256
11.3. Conclusiones .....	258
Actividad .....	258
12. FUTURO DE LA INTERVENCIÓN CON DELINCUENTES .....	261
Objetivos .....	261
12.1. Nuevos retos teóricos en el tratamiento con delincuentes .....	261
12.1.1. <i>Psicología positiva</i> .....	262
12.1.2. <i>Terapias de tercera generación</i> .....	263
12.2. Iniciativas novedosas en la intervención con delincuentes .....	264
12.2.1. <i>El tratamiento del terrorismo yihadista</i> .....	264
12.2.2. <i>Justicia restaurativa</i> .....	270
12.3. Futuro de la evaluación del riesgo e implementación de la intervención en prisión y medidas alternativas .....	274
12.3.1. <i>La gestión del riesgo</i> .....	275
12.3.2. <i>Gestión del riesgo y coordinación institucional</i> .....	276
12.3.3. <i>Acreditación de programas</i> .....	277
12.4. Conclusiones .....	278
Actividad .....	281
BIBLIOGRAFÍA .....	283

### Contenidos digitales



Anexos web:

- Anexo capítulo 4: Instrumentos internacionales que regulan las penas y medidas alternativas.
- Anexo capítulo 5.

Referencias bibliográficas.

# 2

## *Teorías y técnicas de intervención en el medio penitenciario*

### **Objetivos**

El tratamiento de los delincuentes tuvo su origen en los postulados positivistas que consideraban que la reacción ante el delito debía ser el tratamiento y la adecuación del castigo a las características individuales del infractor. No obstante, la intervención en el medio penitenciario ha ido evolucionando a medida que lo ha hecho el conocimiento sobre los modelos teóricos en los que se basa. A partir de la comprensión de las causas y el origen de la conducta criminal, se han diseñado programas de intervención acordes a las necesidades y déficits detectados por dichas teorías. Por ello, en este capítulo se explican los modelos teóricos que han mostrado mayor efectividad para reducir la reincidencia delictiva de los penados. A continuación se describen sucintamente las principales técnicas terapéuticas, en la línea de los modelos de intervención eficaces, que se utilizan actualmente para trabajar los objetivos terapéuticos de casi cualquier intervención con delincuentes.

### **2.1. Evolución de los modelos teóricos en la intervención penitenciaria**

Las diferentes teorías sobre la etiología o las causas de la delincuencia, es decir, sobre por qué los delincuentes se comportan de manera antisocial, conducen a planteamientos distintos sobre lo que debería hacerse para reducir la criminalidad (Crow, 2001). En este sentido, las distintas aproximaciones teóricas en la intervención penitenciaria han partido de una teoría explícita sobre por qué los delincuentes reinciden que, a su vez, ha determinado la teoría implícita subyacente al tratamiento de los mismos. Por este motivo, la intervención penitenciaria ha ido cambiando a medida que también evolucionaban los modelos teóricos que sustentan el tratamiento de los internos.

Hasta la década de 1970, el tratamiento de los delincuentes estaba dominado por los métodos que seguían los principios psicodinámicos o modelos psicoanalíticos (Hollin,

2001; Redondo, 2017). En esta época se aplicaban de forma generalizada programas educativos, terapia grupal e individual para los internos. Sin embargo, los estudios de eficacia de este tipo de programas han sido muy limitados y con una metodología preferentemente cualitativa, y se han ceñido mayoritariamente al estudio de casos o discusiones teóricas (Mulay, Kelly y Cain, 2017). En general, el tratamiento de orientación psicodinámica con delincuentes (por ejemplo, tratamientos no directivos o terapias basadas en conversar con el paciente para que este entienda su problemática) no ha sido respaldado por los estudios de eficacia (Goggin, 2018).

Esta perspectiva teórica pronto fue sustituida por los modelos basados primero en el cambio terapéutico de los patrones de conducta y, posteriormente, centrados en las cogniciones y las emociones de los delincuentes. Actualmente, los programas de tratamiento cognitivo-conductuales dominan la intervención penitenciaria, y es muy residual la orientación psicodinámica. Recientemente también se han incorporado nuevas propuestas teóricas al tratamiento en prisión, como los modelos sistémicos o la psicología positiva.

A continuación se desarrollarán los modelos con una orientación más psicológica, ya que se aplicaron en primer lugar en la intervención en prisión. Los modelos de corte más criminológico, sobre los factores de riesgo de conducta criminal y el desistimiento de la misma, se abordarán de forma amplia en el capítulo 4 del presente manual, al hilo de su desarrollo posterior, más vinculado a las medidas alternativas a la prisión.

### *2.1.1. Modelos conductuales*

Durante los años sesenta y setenta surgieron los modelos conductuales que utilizaron la modificación de la conducta (principalmente mediante las técnicas de recondicionamiento y el uso de contingencias) para favorecer el cambio en los internos y fomentar el desarrollo y adquisición de pautas de comportamiento más apropiadas. Las estrategias empleadas para dicho cambio de los patrones de conducta antisocial suelen distinguirse tradicionalmente en: 1) estrategias para eliminar una conducta y 2) estrategias para construir una alternativa de comportamiento (McGuire, 2002). Las primeras presuponen que el comportamiento problemático, es decir, la conducta criminal, será suprimido si se establece una relación entre este y una consecuencia negativa para el delincuente. Por otro lado, el segundo tipo de estrategias se basa en la propuesta de que la reducción de la reincidencia delictiva se alcanzará ofreciendo al interno un nuevo repertorio de conductas que sean incompatibles y sustituyan a la conducta criminal.

Para ello, la prisión debía constituir un sistema altamente estructurado de refuerzos y acciones disciplinarias para administrar consecuencias inmediatas al comportamiento de los internos (Gendreau, Listwan, Kuhns y Exum, 2014). La modificación de su conducta se produciría al reforzar los comportamientos positivos mediante premios (como

mayor libertad de movimiento en prisión o contactos con el exterior) y reducir ciertos privilegios cuando no era adecuada.

Esta perspectiva teórica incluía técnicas como el contrato conductual, el coste de respuesta (con sanciones), el tiempo fuera o las terapias aversivas (especialmente para casos de agresores sexuales) dentro de sus propuestas de intervención con delinquentes. Pero, de lejos, la economía de fichas fue el método más utilizado y actualmente aún puede encontrarse en la mayoría de los centros penitenciarios del mundo (como complemento a los programas de intervención). Este sistema utiliza fichas/puntos que pueden ganarse por buen comportamiento y que posteriormente se intercambian por refuerzos tangibles (como dinero, comida, etc.), actividades deseables (deporte, actividades de ocio, TV, etc.) o refuerzos sociales (felicitaciones, aprobación, etc.).

Otro de los programas más extendidos en esta época, desde una perspectiva más humanista, fue la terapia de realidad, desarrollada por Glaser (1965). Esta intervención, dirigida a desarrollar la responsabilidad de los presos, implicó a los internos en el “aquí y ahora” de cara a aprender formas más adaptativas de satisfacer sus necesidades. Este tipo de intervención, por tanto, no se centraba en el comportamiento o eventos del pasado del sujeto, como el psicoanálisis, sino que ponía el foco de la intervención en el presente del interno. Este debía rechazar, en primer lugar, su conducta delictiva previa para aprender nuevos comportamientos responsables y, así, cambiar su forma actual de comportarse e interactuar con el resto de personas.

No obstante, el conductismo más radical pronto fue criticado porque, aunque se producía una cierta mejoría en la adaptación del interno al centro, el cambio de comportamiento que tenía lugar dentro de la prisión no se solía generalizar cuando el interno cumplía su pena y regresaba al mundo real. De hecho, los estudios de eficacia no han encontrado que los programas puramente conductuales tengan un efecto positivo en la conducta de los internos que se prolongue en el tiempo más allá del final de la intervención (Pearson, Lipton, Cleland y Yee, 2002). Además, los modelos conductuales son excesivamente coercitivos y los castigos que se aplicaban en alguno de los programas desarrollados podían llegar a ser arbitrarios o incluso ir en contra de los derechos de los reclusos (Bartol y Bartol, 2012).

### 2.1.2. Modelos cognitivo-conductuales

Posteriormente a la terapia puramente conductual surgieron los modelos cognitivos que se centraron en cambiar las creencias y el estilo de pensamiento que habían llevado a los internos a actuar de forma antisocial. En este campo fueron pioneros los trabajos de los psicólogos norteamericanos Samuel Yochelson y Stanton Samenow (1976, 1977), que identificaron un “patrón de pensamiento”, claramente utilitarista e irresponsable, que sería característico de la gran mayoría de delinquentes. Dichos autores consideraban que

“los delincuentes piensan como delincuentes”, es decir, que los individuos antisociales poseerían patrones de pensamiento distintos a los de las personas prosociales.

Basados en la teoría del aprendizaje social, estos modelos cognitivos plantearon además que el comportamiento se podía aprender no solo a través del condicionamiento, sino también mediante el modelado de conducta o la imitación. Esta teoría presupone que la conducta criminal se aprende mediante la interacción con otras personas significativas del entorno del individuo, principalmente la familia y los amigos, pero también la escuela y otros colectivos. Estos grupos primarios representan el contexto social donde la persona no solo recibe definiciones favorables o desfavorables de la conducta antisocial, sino también modelos que imitar en relación con dicho comportamiento. El aprendizaje por imitación resulta, sobre todo, muy relevante en la adquisición de la conducta criminal.

A continuación, la conducta ejercida por el individuo es reforzada diferencialmente por dichos grupos primarios mediante recompensas o castigos, los cuales pueden estar vinculados a una conducta alternativa (Akers *et al.*, 1979). De este modo, se adquiere, mantiene o cesa el comportamiento antisocial. Es decir, ante una conducta que infringe las normas, la familia y los amigos pueden mostrar una reacción a favor (recompensa) o en contra (castigo) de dicho comportamiento. Los individuos se forman expectativas acerca de los refuerzos (directos o indirectos) que pueden suceder a su conducta. Dichas consecuencias positivas o negativas esperadas propiciarían o inhibirían el inicio, mantenimiento o finalización del comportamiento antisocial (Bernard *et al.*, 2010).

Por tanto, los denominados modelos cognitivo-conductuales asumen que las emociones y el comportamiento de las personas estarían condicionados por las creencias y los pensamientos y que otros factores, como los sucesos familiares, situacionales, etc., tendrían un menor peso en el comportamiento criminal (Gideon y Sung, 2011). En consecuencia, el tratamiento de los delincuentes pasó a centrarse en cambiar la forma en que estos pensaban y sentían, en lugar de intentar cambiar sus relaciones sociales o circunstancias externas.

Desde esta perspectiva teórica, se proponía a los internos una revisión de las creencias y asunciones que les habrían llevado a delinquir para que, de esta forma, desarrollaran una mayor consciencia de su comportamiento con el objetivo de que asumieran la responsabilidad de sus actos (Bartol y Bartol, 2012). Una vez conseguido el reconocimiento del delito cometido, se enseñaría a los internos mejores estrategias para la toma de decisiones y habilidades sociales con el fin de ayudarlos a resolver sus problemas de forma prosocial, en lugar de violenta o antisocial.

Los programas de tratamiento basados en los principios de la teoría cognitivo-conductual se expandieron rápidamente durante los años ochenta y noventa (Hollin, 2001). Uno de los programas pioneros y más implementados a nivel internacional fue el de razonamiento y rehabilitación (R&R), desarrollado originalmente por Ross y

Fabiano (1985), que parte de la premisa de que los delincuentes presentan déficits cognitivos y de competencia social debido a dificultades y problemas de socialización que se habrían producido durante su infancia. El objetivo de este programa, por tanto, es corregir dichos déficits mejorando las habilidades de resolución de conflictos, desarrollando la teoría de la mente o una mejor comprensión de los estados mentales del otro, fomentando el pensamiento crítico y el autocontrol y alentando los valores prosociales de los internos. Para ello, utiliza un amplio abanico de técnicas (*role-playing*, modelado, dinámicas de razonamiento y discusión), así como presentaciones audiovisuales, juegos o incluso puzzles (Lasko y Posick, 2017).

Cabe destacar que, en general, las intervenciones con delincuentes basadas en el modelo cognitivo-conductual han conseguido las mejores tasas de eficacia en cuanto a la reducción de la reincidencia. Tal reducción puede alcanzar entre un 20% o un 30% cuando se compara el grupo de tratamiento con el grupo control (Landenberger y Lipsey, 2005). Además, en términos económicos, este tipo de intervenciones obtiene los mejores índices de efectividad de la inversión, generando beneficios que superan ampliamente los costes iniciales del programa (Mallender y Tierney, 2016). La eficacia y el impacto de estos programas para cada tipología delictiva se desarrollarán ampliamente en el capítulo 10 de este manual.

### 2.1.3. Modelos sistémicos

Los modelos sistémicos se basan en la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1979) y en los modelos de sistemas familiares. El principio básico de estos modelos es que la conducta humana sería el resultado de la interacción entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos donde vive y se relaciona (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Por tanto, el comportamiento humano estaría determinado por las múltiples interacciones entre la persona (microsistema) y el ambiente social, o sistemas en los que esta se desarrolla, compuesto por el mesosistema, el exosistema y el macrosistema (ver figura 2.1).

El mesosistema o sistema más próximo al individuo estaría conformado por la familia, el grupo de iguales, la escuela y el vecindario, así como por otros contextos comunitarios más amplios en los que estos se encuentran integrados. La conducta problemática se originaría entonces a causa de un déficit en uno de estos sistemas (en el cuadro 2.1 se presentan ejemplos de déficits según el sistema de que se trate) o un conflicto entre los mismos como, por ejemplo, en la relación entre la familia y la escuela. Por consiguiente, la terapia sistémica intervendría sobre los déficits en cada uno de los sistemas con el objetivo de buscar una solución global a la conducta problemática, así como para fortalecer los vínculos entre los distintos sistemas sociales en que la vida de la persona se desarrolla.

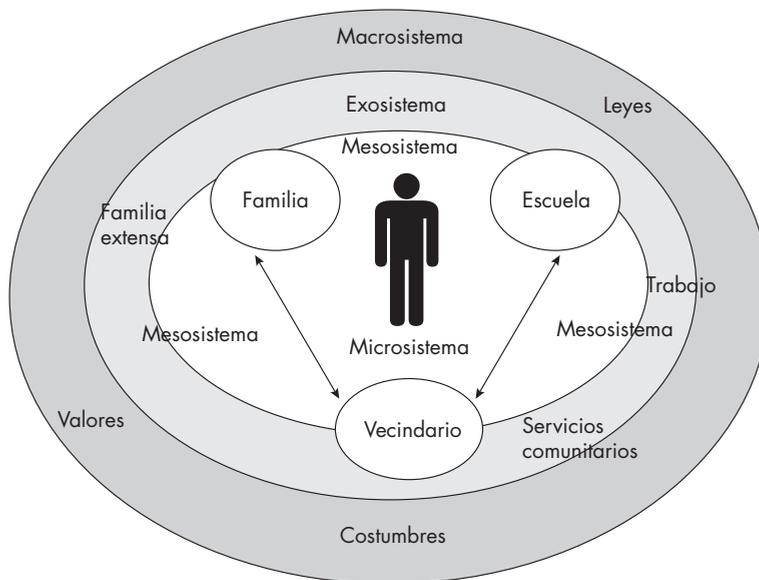


FIGURA 2.1. Modelo ecológico de Bronfenbrenner

Estos modelos teóricos surgieron como reacción a la falta de conceptualización teórica subyacente a la intervención familiar que se estaba llevando a cabo en los servicios de justicia juvenil durante los años noventa (Gideon y Sung, 2011). Aunque los programas con delincuentes juveniles se dirigían a todo el contexto familiar, raramente intervenían sobre las causas conocidas de la delincuencia juvenil. Surgió entonces la terapia multisistémica para adolescentes con comportamientos antisociales graves (Henggeler *et al.*, 2009). Según esta perspectiva teórica, para que los programas con delincuentes juveniles fueran efectivos el tratamiento debía adaptarse a las necesidades y capacidades del individuo, su familia y su entorno social (escuela, barrio, etc.) y, desde una perspectiva holística, trabajar de forma simultánea con los múltiples determinantes de la conducta antisocial juvenil. Además, la intervención tenía que proporcionarse en múltiples contextos (familiar, comunitario, etc.) para asegurar la generalización de los aprendizajes y, de esta forma, producir cambios terapéuticos más estables.

Los resultados de los múltiples estudios, que se han realizado a lo largo de treinta años, sobre la eficacia de la terapia multisistémica (en múltiples contextos y con diferentes poblaciones de jóvenes antisociales) avalan su eficacia para mejorar las relaciones familiares entre dichos jóvenes y sus familias, para que disminuyan sus problemas de comportamiento y para producir una reducción sustancial en la reincidencia de los delincuentes juveniles una vez finalizada la intervención (Henggeler, 2012).

CUADRO 2.1. *Déficits según cada sistema*

<i>Individuo</i>	<i>Familia</i>	<i>Escuela</i>	<i>Vecindario</i>
– Bajas capacidades verbales	– Falta de supervisión parental	– Fracaso escolar	– Alta movilidad residencial
– Falta de valores prosociales	– Disciplina inefectiva	– Abandono escolar	– Baja cohesión comunitaria
– Síntomas psiquiátricos	– Ausencia de calidez afectiva	– Grupo de iguales antisocial	– Subculturas desviadas
– Atribución de intenciones hostiles a los otros	– Conflictos familiares	– Pobre ambiente escolar	
	– Modelos parentales desviados (abuso de sustancias o criminalidad)		

#### 2.1.4. *Modelo de cambio terapéutico y motivación al cambio*

Los distintos modelos teóricos que se han explicado anteriormente comparten una misma finalidad: el cambio terapéutico de los sujetos incluidos en una intervención. Dicho cambio podría definirse como aquel proceso de crecimiento y mejora personal que tendría lugar en una persona como resultado de su participación en un tratamiento determinado.

Uno de los modelos teóricos más utilizados para la comprensión del cambio de los individuos fruto de una intervención es el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (Prochaska y DiClemente, 1992, 2005). Estos autores describen una serie de estadios de cambio que definen como los momentos temporales por los cuales transcurriría una persona a lo largo del proceso terapéutico completo (Redondo, 2017). En el cuadro 2.2 se presenta de forma esquemática cada uno de los estadios de cambio propuestos por este modelo.

Los profesionales que trabajan en el ámbito de la intervención con delincuentes conocen de primera mano las dificultades asociadas al cambio terapéutico, ya que las personas, y particularmente los delincuentes, suelen ser muy reacias a cambiar su modo de hacer las cosas. Además, incluso cuando están dispuestas a cambiar, en muchas ocasiones el camino no suele ser recto, sino que es frecuente que se produzcan baches, atajos o callejones sin salida que implican volver a retomar y reconducir la intervención. Por este motivo, los estadios de cambio anteriormente descritos no acostumbran a seguir un orden cronológico fijo, ya que el proceso de cambio no es lineal y una persona que avanza hacia la finalización del cambio puede pasar de un estadio a otro, avanzando en algunos momentos y retrocediendo en otros, a lo largo de periodos de tiempo bastante prolongados.

CUADRO 2.2. *Estadios de cambio del modelo de Prochaska y DiClemente*

Precontemplación	Es la fase previa a que el sujeto constate que tiene un problema y que, por tanto, desee cambiarlo.
Contemplación	El individuo toma conciencia de sus dificultades y empieza a plantearse el cambio.
Preparación para la acción	El sujeto ya ha decidido afrontar su problema y ya ha realizado alguna acción de cambio.
Acción	El sujeto ha empezado el cambio de su propio comportamiento y empieza a lograr éxitos al respecto.
Mantenimiento	El sujeto ha logrado una permanencia temporal (de un mínimo de seis meses) de las modificaciones producidas y utiliza estrategias para prevenir las posibles recaídas.
Finalización	El sujeto considera estabilizados los logros y da por concluido el proceso de resolución de su problema.

Fuente: extraído de Redondo, 2017

Un ejemplo claro de esta evolución es el proceso de deshabituación que siguen los adictos a sustancias. Es difícil que una persona con un problema de drogodependencia siga un proceso lineal de cambio: inicio del tratamiento, abandono del consumo, finalización de la intervención y mantenimiento de los logros conseguidos. En este tipo de problemáticas, como también en el tratamiento con agresores sexuales, lo habitual es que durante el tratamiento se produzcan abandonos, recaídas en el consumo, reinicio de la intervención, periodos de abstinencia más o menos prolongados, así como algún caso de reincidencia delictiva, con lo que el proceso volvería a empezar.

Además, un elemento fundamental para el cambio terapéutico es la motivación para dicho cambio que manifiesta la persona. Esta motivación es el grado en que una persona desea modificar su comportamiento y, en el caso de los delincuentes, desistir de su conducta criminal. En el ámbito de la intervención criminológica, la motivación al cambio no suele constituir una condición previa para acceder al tratamiento, sino que se considera un objetivo más de la propia intervención.

En los programas para delincuentes, la predisposición al cambio de los participantes suele ser heterogénea. En el caso del tratamiento en prisión puede que la motivación sea algo superior, ya que participar en un programa es totalmente voluntario. Sin embargo, en el contexto de medidas penales alternativas, donde la asistencia al tratamiento es obligatoria, la motivación de los sujetos suele ser bastante escasa. Además, cabe recordar que el mero hecho de participar en un programa no garantiza que se comience a cambiar, pues muchos delincuentes, como dicen ellos mismos, simplemente “calientan la silla”.

La motivación genuina o intrínseca es, sin embargo, un ingrediente imprescindible para que se produzca el cambio terapéutico. Si los participantes en el programa solo sienten rechazo o su motivación es totalmente extrínseca, o bien esperan algún tipo de beneficio secundario, la terapia difícilmente podrá tener un impacto positivo en su conducta.

Por lo tanto, enfocar la intervención en este contexto sobre el eje de la motivación al cambio debería constituir un objetivo prioritario, sobre todo al inicio, pero también durante todo el tratamiento (Redondo, 2017). Con este objetivo se han desarrollado la entrevista motivacional y el plan motivacional individualizado, que se incluyen ya en algunos de los programas para delincuentes que actualmente se llevan a cabo en las prisiones. No se debe olvidar que una baja motivación está relacionada con una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento y, a su vez, el número de abandonos precoces de la intervención se vincula a una mayor probabilidad de reincidencia delictiva.

## **2.2. Técnicas de intervención con delincuentes**

Las técnicas de intervención con delincuentes constituyen las actuaciones concretas mediante las cuales se pretende producir el cambio terapéutico en algún aspecto del penado para que este mejore su comportamiento en general y deje de delinquir. En el cuadro 2.3 se presentan, a modo de resumen, los modelos teóricos explicados y la relación con las estrategias de cambio terapéutico y las técnicas asociadas a dichas propuestas teóricas.

Como puede verse, el profesional dispone de un amplio abanico de técnicas terapéuticas con las que conseguir los objetivos del tratamiento. Estas técnicas son comunes a todos los programas de intervención y se utilizarán unas u otras en función de los objetivos específicos de cada programa. Sin embargo, en el tratamiento con delincuentes destacan aquellas que inciden de forma particular en la reestructuración del pensamiento, el control emocional y la enseñanza de nuevos patrones de comportamiento prosocial, elementos imprescindibles en la mayoría de los programas de intervención. Por este motivo, se explicarán a continuación de forma breve solo tres ejemplos paradigmáticos (para una revisión en profundidad de las técnicas de intervención con delincuentes, véase Redondo, 2017). Por razones didácticas, se van a ir describiendo las técnicas de forma sucesiva. En la práctica diaria de los profesionales que trabajan con delincuentes, muchas de ellas se aplican de forma combinada y, en algunos casos, simultáneamente. Por ejemplo, si un módulo de un tratamiento está orientado a trabajar el manejo de las emociones, es posible que a raíz de alguna de las dinámicas o ejercicios planteados los participantes puedan manifestar sus pensamientos distorsionados en relación con la ira o el uso de la violencia. El profesional, lógicamente, no va a esperar al módulo de distorsiones cognitivas para intervenir sobre dichos pensamientos, sino que, aunque el módulo sea de regulación emocional, también podrá trabajar los pensamientos erróneos que vayan apareciendo. En resumen, las técnicas explicadas constituyen la caja de herra-

mientas del profesional, el cual, a lo largo de la intervención, puede recurrir a una u otra en función de la evolución del grupo o del sujeto, según sea terapia grupal o individual.

CUADRO 2.3. *Modelos teóricos y técnicas de intervención*

<i>Modelo teórico</i>	<i>Estrategias y técnicas</i>
Modelo psicodinámico	Terapia del entorno, psicoterapia, catarsis.
Modelo conductual	Reforzamiento, extinción, control de estímulos, modelado conductual, economía de fichas, coste de respuesta, tiempo fuera, ensayo conductual, contrato conductual, relajación, autoobservación del arousal de ira, exposición.
Modelo cognitivo	Entrenamiento atribucional, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, razonamiento ético, adopción de perspectiva social.
Modelo cognitivo-conductual	Autoinstrucciones, habilidades de afrontamiento, autocontrol y control emocional, entrenamiento en habilidades sociales, aumento de la autoestima y la autoeficacia, desarrollo de asertividad, inoculación de estrés, <i>role-playing</i> , relajación, habilidades de solución de problemas sociales.
Modelo sociocognitivo	Resolución de problemas interpersonales, resolución de conflictos, discusión de dilemas, juego cooperativo, ayuda entre iguales y apoyo social, desarrollo de autoeficacia en respuestas asertivas vs. agresivas, entrenamiento atribucional sobre claves sociales, habilidades pro-sociales, modelado de conductas alternativas.

Fuente: elaboración propia a partir de Paz y Carrasco (2006)

### 2.2.1. *Reestructuración cognitiva*

A mediados de los años setenta, Aarón Beck, un psiquiatra norteamericano y exponente de la terapia cognitiva, propuso que los pensamientos automáticos, que surgen de forma veloz y breve ante una situación, inflúan en las emociones y la conducta de las personas. Por tanto, muchos problemas de conducta y perturbaciones psicológicas podrían deberse a errores de pensamiento —a esto lo llamó, posteriormente, distorsiones cognitivas—, y si esos pensamientos disfuncionales eran modificados, entonces los pacientes mejoraban en sus problemáticas.

Además de los pensamientos automáticos, que son más accesibles a la consciencia, esta propuesta teórica incluía las creencias intermedias y los esquemas cognitivos básicos o creencias centrales, ubicados en un nivel más profundo de introspección (Beck, 2003). Dichas creencias centrales constituyen estructuras generales de pensamiento que dan sentido a las situaciones y eventos de la vida. Estos esquemas cognitivos básicos ayudan

a interpretar la realidad y conforman la identidad personal. A partir de ellos se generan las creencias intermedias, que incluyen reglas de comportamiento, actitudes personales y presunciones sobre situaciones o personas. Los pensamientos automáticos se desencadenarían con base en dichas creencias intermedias.

Partiendo de estos supuestos teóricos, la técnica de reestructuración cognitiva pretende ayudar a los sujetos a percatarse de cómo construyen e interpretan de forma errónea algunas situaciones relacionadas con la interacción en distintos contextos sociales. Además, un aspecto esencial de esta técnica es que el sujeto sea consciente de la interdependencia entre sus estructuras de pensamiento distorsionado, sus emociones excesivas y sus comportamientos delictivos.

Esta técnica se desarrolla en cuatro etapas (Redondo, 2017):

1. *Etapa educativa*: el terapeuta enseña al sujeto el modelo cognitivo de análisis, anteriormente descrito, que utilizará para identificar e interpretar sus problemas de comportamiento.
2. *Etapa de entrenamiento en autoobservación y autorregistro*: el usuario lleva a cabo un registro periódico donde, después de autoobservarse, anota las secuencias de: 1) situaciones, 2) pensamientos automáticos y 3) emociones vinculadas.
3. *Primera fase de aplicación*: mediante un procedimiento de cuestionamiento socrático, se examinan y someten a “prueba de realidad” los pensamientos automáticos y otras creencias del sujeto. La finalidad de este examen es que el individuo comience a cuestionar su propias distorsiones cognitivas a partir de las evidencias y datos más realistas hacia los que el terapeuta orienta su atención.
4. *Segunda fase de aplicación*: se empiezan a identificar los patrones de pensamiento que constituyen los esquemas básicos o creencias centrales del individuo. El objetivo es reconocer la relación entre estos esquemas y la conducta problemática para, posteriormente, transformar dichos esquemas en creencias más socialmente adaptadas.

Una vez identificadas las distorsiones cognitivas asociadas con la problemática de la persona, se pueden utilizar distintas estrategias para modificar dichos pensamientos, como la reatribución de la responsabilidad o el cuestionamiento de la evidencia que sustenta las distorsiones cognitivas, entre otras.

### 2.2.2. *Control emocional de la ira*

El control de la ira es una de las técnicas más ampliamente utilizadas en la intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de la conducta agresiva. La ira es una reacción afectiva que surge ante determinados estímulos. Existe una enorme variabilidad entre

sujetos respecto a los estímulos o situaciones que les producen ira. Por tanto, ante un mismo hecho, las personas reaccionan de forma diferente, algunas de ellas sintiendo ira y otras no.

Cabe matizar, no obstante, que la ira es una emoción normal y que, de hecho, es sano sentir ira ya que moviliza a la acción. Además, es evidente que esta reacción iracunda no siempre provoca agresión, pero en algunas ocasiones puede desencadenar la conducta agresiva. Por otro lado, en ausencia de ira también se pueden producir agresiones y conductas ilícitas de carácter más frío y planificado. Por este motivo, las técnicas para el control de la ira no tienen por qué dirigirse a todos los delincuentes, ni siquiera a todos los que hayan realizado delitos violentos.

Las formas predominantes del tratamiento para la ira, desde los años setenta, han sido las terapias basadas en inoculación de estrés y, más concretamente, su adaptación por parte de Raymond W. Novaco en 1975. Además, varias intervenciones para el control de la ira se han basado en la teoría cognitivo-social y usan procedimientos cognitivo-conductuales con el objetivo de modificar los aspectos cognitivos relacionados con la experiencia de la ira. Las variables o mediadores cognitivos involucrados con la reacción iracunda de una persona son los procesos atribucionales, la percepción sesgada de determinadas situaciones sociales y las deficientes habilidades de solución de problemas sociales.

La intervención que desarrolló Novaco consta de tres fases:

1. Primera fase: se utiliza el reencuadre cognitivo, es decir, ver las situaciones problemáticas desde otras perspectivas e interpretaciones posibles; se inicia el entrenamiento en relajación, y se trabaja con el modelado y *role-playing* para mejorar el afrontamiento con las situaciones problemáticas.
2. Segunda fase: se continúa con el desarrollo de habilidades de relajación para facilitar la utilización de respuestas alternativas en las situaciones que producen ira.
3. Tercera fase: también llamada fase de ensayo, el usuario es expuesto a situaciones provocadoras de ira durante las sesiones, utilizando imágenes o *role-playing*. Mediante la exposición se pretende reducir el nivel de la activación emocional ante dichas situaciones. Esta línea de tratamiento puede ser complementada con técnicas alternativas, como el entrenamiento en resolución de problemas, el manejo de conflictos y el entrenamiento en habilidades sociales.

Los componentes esenciales que suelen incluirse en todo entrenamiento para el control de la ira son los siguientes (Redondo, 2017):

1. Educación sobre la relación entre ira y agresión.
2. Autorregistro de la frecuencia e intensidad de la ira y las situaciones donde suelen producirse las explosiones.