



Programa Compartim de gestió del coneixement

III Jornada dels Psicòlegs dels Centres Penitenciaris de Catalunya

Document de treball de la Comunitat de pràctica dels
Psicòlegs dels Centres Penitenciaris de Catalunya

Indicadors de canvi en el tractament psicològic penitenciari



Barcelona

3 de desembre de 2008



INDICADORS DE CANVI EN EL TRACTAMENT PSICOLÒGIC PENITENCIARI

Document de treball de la comunitat de bones practiques dels psicòlegs dels centres penitenciaris del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya

1. INTRODUCCIÓ

Quant ens plantejarem quins eren els temes interessants a tractar per la comunitat de practiques i gestió del coneixement en el curs 2008, el grup de psicòlegs/es de les presons de Catalunya assenyalarem, entre d'altres, dos inquietuds o necessitats que consideràvem de primer ordre i que tenen molt a veure amb les funcions i objectius del nostre treball en el tractament de les persones que delinqueixen, la discussió i estudi dels quals haurien de confluïr en la recerca d'excel·lència i un millor rendiment en la tasca que estem fent.

Així en la revisió de les necessitats que es considerava tractar per tal d'optimitzar la nostre feina ens adonàvem de dos tasques que ens calia resoldre:

1) tenir al nostre abast un conjunt de tècniques psicològiques efectives d'intervenció en l'àmbit general de la teràpia i que fos aplicable en els presos. Aquest banc de tècniques hauria de recollir i actualitzar els avanços en la intervenció psicoterapèutica



dels últims anys, i tanmateix la experiència acumulada i bones practiques del tècnics en les seves intervencions en el tractament de persones que han delinquit. Es considerava, a mes, que els programes marc amb els que contàvem no cobrien, a hores d'ara, aquests aspectes, i que s'havien quedat restringits a una visió potser excessivament determinista i ancorada dins d'un marc cognitiu-conductual, sentíem doncs que calia transcendir-los, potser completar-los, tot i reconèixer la importància i impacte en el moment de la seva elaboració i aplicació en el àmbit de la nostre feina.

2) comptar, a mes, amb instruments suficientment fiables però no excessivament complexes que permetin dilucidar la eficàcia o validesa del que estem fent. Es a dir, que els individus canvien a traves de les tècniques d'intervenció que estem utilitzant, adoptant sobre tot actituds mes prosocials des de els marges de la antisocialitat en què es troben i que aquestes tècniques tenen un autèntic sentit, que es relaciona amb els objectius del tractament de cada individu, no aliè o merament imposat, que els ajuda en la elaboració d'un guio de vida en la que construeixen una realitat que satisfà els seus interessos de forma raonable i en el que compten tanmateix amb els dels altres, si mes no per les necessitats ecològiques que compren tota interrelació entre les persones.

Tanmateix érem conscients de les dificultats de tota avaluació, que be pot decantar-se en termes d'un excessiu control; a la fi, pensàvem, impracticable – entre altres raons, per les dificultats i heterogeneïtats metodològiques i la manca de temps en la que el tècnic/a embarcat en altres demandes, ha de fer front - o be en apreciacions i sobre interpretacions de criteri clínic, que no sempre atenen a la multifactorialitat de la realitat



i els seus canvis que pretenen avaluar- essent, per exemple, que tendim a sobresaturar “falsos positius”, per allò del que preveiem/temem pot passar, i a vegades “falsos negatius” per un excés de confiança en el criteri de que les persones canvien - amb totes les conseqüències d'ambivalència que te per el tractament i les pròpies actituds per el canvi dels individus a qui es tracta – que finalment es descreuen o no confien en les propostes terapèutiques que se'ls hi fa, en detriment del seu compromís en el tractament -.

El tractament penitenciari compren una sèrie d'intervencions i metodologies psicològiques que es dirigeixen tant en els individus i els grups com al ambient de la presó on es troben, de forma que es facilitin processos de canvi adaptatius que millorin la convivència i la competència psicosocial entre i intraindividus. Cal, a més, que aquests processos de canvi es generalitzin als contextos socials de on provenen aquestes persones amb un intent de operativitat que redueixi el risc de reincidència en comportaments antisocials.

Tot i això, considerem que podem trobar similituds entre el tractament psicològic en el medi penitenciari i els components i objectius de la psicoteràpia, si es que entenem a aquesta última, com ens diu Wolberg (1977), “com un tractament realitzat amb mitjans psicològics, de problemes de naturalesa emocional, en el que un tècnic entrenat estableix una relació amb una persona amb l'objecte de: 1) suprimir, modificar o pal·liar els símptomes existents; 2) intervenir en les pautes distorsionades de conducta



i 3) promoure el creixement i desenvolupament positiu de la personalitat” (citat per Feixas i Miro, 1993).

De fet els objectius de tota condemna, i per tant del tractament penitenciari, son els de rehabilitar aquells dèficit personals/ socials en el individu que han ocasionat la seva disfunció psicosocial i procurar la seva reinserció en el medi extern, el que suposa doncs tant el pal·liar els motius de la seva desadaptació com promoure el seu creixement/ millora com persones inserides en la societat. Tanmateix sabem que si be els continguts i objectius del tractament penitenciari i la psicoteràpia en general coincideixen, no ho fan tan en la demanda o en la motivació per el tractament que uns i altres manifesten, on les persones que estan preses es troben quasi impel·lides a ser tractades, orientades sovint per les mateixes condicions de la execució de la pena, mentre que els pacients que trobem en una consulta psicològica normalment cerquen aquest tractament, conscients, sovint, de la seva responsabilitat i necessitat de canvi. Això evidentment afectarà en el tipus de vincle que s'estableix entre el terapeuta i el usuari en qüestió i sobre tot en els processos terapèutics que es donin, que tindrem que tenir sempre en compte.

Quant fem referència a la eficàcia de les tècniques psicològiques que utilitzem per promoure canvis en les actituds, coneixements, emocions, motivacions i conductes dels interns a qui tractem, qui suposadament, en la seva majoria, reuneixen una sèrie de característiques personals i socials – o culturals- que faciliten el que expressin conductes antisocials o transgressores que han dificultat la seva adaptació a les normes de la convivència amb els altres, motiu per el qual es troben en presó, em de



parlar dels “indicadors de canvi” o, en el nostre cas, en quins aspectes i com es modifiquen aquells factors que entenem propicien la conducta delictiva de forma que s’observa una millora en el subjecte que respon així als objectius fixats per el tractament, essent que en general s’afronta mes adequadament al estrès i adopta actituds mes prosocials (Rutter, Guiller i Hagell; 2000).

En aquest sentit podríem dir que hi ha dues perspectives generals de mesura dels indicadors de canvi: 1) una mes molar que atendria als canvis succeïts en diversos trets i característiques del individu, que d’una situació de dèficit o descontrol, a traves de aprenentatges i ensinistraments oportuns, passa a un estadi mes resolutiu, quant no, en el nostre cas, evitant mes conductes transgressores, essent que ha incorporat capacitats o habilitats perquè això sigui així i; 2) d’altre mes molecular que atén sobretot al continuo de processos cognitiu-emocionals a través dels quals les persones, incorporant noves narratives o prenen consciencia dels seus propis recursos, en la relació terapèutica que estableixen, son mes efectives a l’hora trobar solucions als seus conflictes o “estar- en- el- mon”.

Ambdós perspectives en el moment de valorar el canvi no son necessariament contradictòries - i en el millor dels casos haurien de ser en complementaries -: la primera faria mes referència al control- es dona, o no, tal o qual tret ara resolutiu- i la segona te mes a veure amb la situació/relació terapèutica que coadjuva a que la persona tractada s’insereixi en aquesta actitud de canvi apel·lant a la seva responsabilitat i compromís en relació a si mateix i els altres i prenen conte dels



processos que es donen en la situació terapèutica que facilita o no el canvi (Feixas, en comunicació personal, 2008).

Si bé mesurar el canvi des de una perspectiva molar sembla més abordable i potser pràctic – doncs podem observar d'una forma suficientment precisa si una persona ha millorat, per exemple, en les seves habilitats de comunicació o de resolució de conflictes o si té més capacitat per la regulació de les seves emocions-, pensem que tanmateix perdem molta informació rellevant sobre la semàntica d'aquest canvi en la persona a qui tractem- si és que realment podem confirmar que aquest canvi no respon més a altres desitjabilitats de la persona que poc tenen a veure amb els objectius del tractament-. Així la perspectiva molecular, quelcom més difícil de mesurar però que em d'atendre, doncs és el camí en el que està la persona en direcció a les metes del tractament que s'han fixat, ens parlarà del procés, del discurs o narrativa particular en que es va donant aquest canvi i que va obrint pas, gracies també a la intervenció terapèutica, a actituds cada vegada més resolutives i integradores – pensem, per exemple, en les dificultats d'avaluar la responsabilitat del individu a l'hora prendre consciència del seu problema o dels sentiments de penediment o intents de reparació, del ajust de creences i valors o de les competències actitudinals per afrontar situacions de risc-.

Val a dir que som conscients del terreny pantanós en el que ens estem introduint quant pretenem parlar sobre aquets tema, quelcom on, en el estat actual de la investigació que intenta determinar de quina millor forma avaluar els indicadors de canvi, es



barregen des de qüestions metodològiques i de procediment fins ideològiques o de filosofia de la intervenció. Això tanmateix faria referència al canvi de perspectiva que s'està produint en les ciències del comportament en les últimes dècades, que de postures unilaterals poc més que de causa- efecte - que en el nostre àmbit afecta tant a la comprensió de la delinqüència com al seu tractament -, esta adoptant cada vegada més una visió constructivista o de causalitat circular i dinàmica, on la conducta no sols ve explicada per la forma en que el individu respon a la realitat a la que s'enfronta sinó tanmateix per com viu i construeix aquesta realitat des de on s'hi relaciona i va trobant o no alternatives per adaptar-s'hi (Nardone, Watzlawick, 2000).

Si més no ens agradaria poder oferir un mapa integrador que ens ajudi a comprendre el estat del art de la qüestió, els seus obstacles i possibilitats, com poder conduir-nos per ella i llançar una primera proposta o apunt – que haurà d'anar-se concretitzant en el temps i a lo millor en futurs projectes de investigació- per mesurar aquest canvi que respongui lo més adequadament a la realitat a la que tractem i les seves necessitats.

2. SOBRE L'AVALUACIÓ I EL TRACTAMENT PENITENCIARI

Tot i que no es fàcil resumir el conjunt de intervencions que fem en aquest àmbit – i que demana probablement altre document que ho especifiqui doncs tant es que s'han difós (o confós) com sobredimensionat -, dos de les funcions fonamentals dels psicòlegs als centres penitenciaris son l'*avaluació* i el *tractament* dels presos que compleixen condemna per delictes tipificats en el codi penal; essent que aquests



delictes en general els podem categoritzar com atemptats, mes o menys greus i persistents, contra les persones i/o contra la propietat.

L'avaluació en el medi penitenciari, des de tecnologies i instruments psicològics que cerquen l'evidència empírica, pretén dilucidar quins son els factors bio- psico- socials que predisposen a la aparició i manteniment dels comportaments transgressors, entenen que no hi ha una causa- efecte lineal i si una constel·lació de factors que interactuen i son interdependents, on han de tenir-se en compte les característiques individuals del individu (com el temperament i les aptituds), les condicions del aprenentatge social (com la cultura, les creences, els modelatges i els processos de identificació), les experiències d'aquest (des de on construeix la seva realitat i les perspectives- reacció davant d'aquesta) i el context i situacions en que es donen (que permeten la oportunitat de que el delicte ocorre).

Com ens diu en Redondo (2008) "el tractament psicològic pretén produir canvis en els comportaments i habilitats de les persones, en els seus sistemes de pensament o d'elaboració del mon que els envolta, en les seves emocions i sentiments, que afavoreixi un millor ajust de la persona en la seva relació amb hom mateix, els demes i el mon en general".

En particular, seguint les indicacions d'aquest autor, el tractament en les presons pretén promoure canvis en aquelles conductes, cognicions i emocions de la persona que de forma insistent l'han portat a cometre delictes, oferint-li noves habilitats de vida, de elaborar i afrontar el seu mon i unes estructures emocionals mes ajustades



que evitin la agressió i siguin més empàtiques amb les necessitats i realitat dels altres, amb l'objectiu de que es generalitzi més enllà de les condicions del empresonament.

Així el tractament penitenciari es fonamenta en el paradigma de la rehabilitació: l'ajust del comportament des de un patró delictiu o antisocial a d'altre més respectuós amb la llei o prosocial (McGuire, 2001; citat per Redondo, 2008).

En síntesis els problemes amb els que s'afrenta el psicòleg en les presons i que probablement en algun moment haurà d'avaluar i tractar, són: 1) la violència: essent aquesta, en totes les seves formes, normalment el motiu d'ingrés en la presó però també el estil transaccional habitual dins d'aquest medi; 2) la presonització: que suposa l'assumpció d'un rol cognitiu i comportamental delictiu o antisocial que arrela al individu en actituds coercitives o transgressores per tal de satisfer els seus interessos; 3) la reincidència: que posa en entredit l'aspecte punitiu de la condemna, els mateixos objectius de la rehabilitació i obliga encara a la necessitat i esforç d'establir estratègies socioeducatives que la redueixin; i 4) la evidència de que hi ha persones que per les seus dèficit o carències en les característiques personals (com trastorns de la personalitat, malalties psiquiàtriques, dèficits en el intel·lecte o greus mancances en la seva socialització i desenvolupament cognitiu-emocional) estan abocades a una fricció i desadaptació psicosocial persistent, el que obliga, especialment, a tenir cura de detectar-los/avaluar-los i tractar-los de una forma diferencial i oportuna (Redondo, 1998).



Hi ha dos pressupòsits bàsics a tenir en compte de la necessitat d'aquest tractament a les persones que estan preses: 1) des de una perspectiva moral i social s'entén que les persones que delinqueixen, de oferir-se –lis les condicions i estratègies adequades, canvien i poden incrementar les seves oportunitats d'assolir un futur millor i absent de conductes transgressores; 2) des de una perspectiva científica la aplicació d'aquest tractament incideix i modifica aquells factors personals i de influència social (dinàmics) que afavoreixen el comportament antisocials i coopera en reduir el risc de reincidència en fets delictius (Andrews i Bonta, 2006; Redondo, 2008).

3. SOBRE ELS PROGRAMES DE TRACTAMENT EN EL MEDI PENITENCIARI

Els programes de tractament en les presons estan dirigits fonamentalment a modificar el comportament delictiu i a reduir la seva reincidència. De fet s'entén cada vegada més que els programes específics de tractament – com poden ser els de la violència- el que pretenen es gestionar el risc de reincidència futura en fets delictius (Pueyo, 2005).

En aquest sentit en els últims anys s'han elaborat diversos qüestionaris – com el HCR-20 i la SARA- que permeten recollir de forma actuarial diversa informació pertinent en relació a aquells factors en la història del individu, en la història prèvia de violència envers altres o entorn familiar, en les variables clíniques/ ajust psicosocial o en els hàbits d'afrontament a les situacions de conflicte, que en la investigació sobre la delinqüència



violenta s'ha trobat que de estar presents, mes o menys resolts, i de no pal·liar-se incideixen de forma significativa en un augment en les possibilitats de reincidir. Aquestes guies o protocols d'avaluació pensem que tanmateix ajuden als tècnics no només en la seva avaluació del risc de que es doni aquesta reincidència, sinó a poder prendre decisions i mesures per tal de poder gestionar aquesta eventualitat, influint, doncs, necessàriament, en la individualització i especificitat del tractament que es considera més oportú per la persona en qüestió; es a dir, "que es el que s'ha de saber i es ineludible tractar" de algú per tal de ajudar-lo a evitar nous comportaments de transgressió en vers els altres (Webster, Douglas, Eaves i Hart, 1997; A. Pueyo i Hilterman, 2005).

Aquest comportament delictiu ve afavorit per tres factors: 1) característiques personals (com impulsivitat, pobre control conductual, baixa empatia, etc) en combinació amb la experiència i els aprenentatges; 2) motivació actual o de necessitat criminògena (com les creences favorables al delictes, les addiccions, la manca de suport social o de estratègies de autocontrol) i 3) la oportunitat o situacions que tempten per cometre el delictes (Redondo, 2008).

Tanmateix, com ens indica A. Pueyo (en comunicació personal, 2006) "el comportament delictiu, com per exemple la violència, te a veure amb un individu que vol quelcom, si a mes se li suma que es tracta d'una persona que es especialment impulsiva, inestable emocionalment i manifesta algun trastorn de la personalitat llavors hi haurà més predisposició a que el comportament delictiu, la violència, es doni.



Els programes de tractament psicològic en les presons, i que responen a allò que fa el psicòleg quant atén als presos, estan dirigits doncs a una sèrie d'àrees en la personalitat, l'aprenentatge social, les circumstàncies i entorn dels individus que s'ha trobat, quant no estan prou integrades o desenvolupades, incideixen en la manifestació de comportaments antisocials; com poden ser: la assumpció de la responsabilitat, la capacitat en la regulació emocional, la empatia, les competències en resolució de conflictes o habilitats socials, el ajust a creences i valors prosocials i les problemàtiques específiques de la persona que coadjuven a la seva desadaptació (com poden ser, entre d'altres, la toxicomania, el trastorns de la personalitat i els trastorns de la afectivitat).

Hi ha factors més susceptibles de canviar o modificar-se a través del tractament – tot allò que es correspon en general al caràcter o aprenentatge- en funció de les contingències que s'estableixin i incloent la prevenció de les situacions de risc o oportunitats de delinquir, d'altres que formaran part del acerb o història de la persona són més estàtics i difícils de modificar (com el temperament, el context social de l'aprenentatge, experiències traumàtiques, edat de inici al delinquir, episodis previs de violència, etc.). Si bé és cert que el passat no pot modificar-se, l'esforç del tractament penitenciari es dirigeix a aquells factors dinàmics que expliquen la narrativa del èxit en l'adaptació del individu a si mateix, amb els altres i el món en general.

Podríem definir, doncs, el canvi terapèutic, que determina també quins són els seus objectius, com un procés de millora personal essent aquest resultat de un tractament.



Aquest estarà dirigit a provocar canvis en la forma de pensar d'un individu, en les seves actituds, en les reaccions emocionals i sentiments en relació als altres, en els seus comportaments i hàbits. Com resultat final del procés terapèutic s'espera que la persona tractada resolgui, o millori substancialment els problemes que el van portar al tractament – i en el nostre cas a la presó-.

En relació als programes que utilitzem per promoure canvis en les actituds i comportament dels individus em de tenir en compte el que Labrador (1986) ens indica sobre quins són els elements compartits per les diverses psicoteràpies que faciliten aquest canvi i que podem considerar com uns primers indicadors o objectius a satisfer per el tractament que pretenem establir:

- millora de les expectatives del individu sobre que la teràpia pot ajudar-lo a resoldre el seu problema
- la pròpia interrelació terapèutica
- totes les psicoteràpies regeneren en la persona tractada una nova perspectiva sobre si mateixa i sobre el món que l'envolta, extingint alguna de les distorsions cognitives que solen presentar.
- el individu adquireix noves experiències que li ofereixen la possibilitat de reorganitzar les seves conductes, emocions i cognicions.



- faciliten el contacte directe amb la realitat de manera que la persona pot contrastar les seves percepcions errònies sobre aquesta i provar les seves possibilitats per resoldre les situacions problemàtiques

Tanmateix Lambert i Bergin (1994) han diferenciat tres tipus de factors comuns en les psicoteràpies i que apareixen de forma seqüencial en els processos de canvi terapèutic: 1) factors de recolzament, entre els que es troben elements com la reducció de tensió en el individu, restablir relacions positives i de confiança i l'aliança terapèutica; 2) factors de aprenentatge, aquells relacionats amb la transmissió al subjecte de noves expectatives i nous elements cognitius i emocionals i la millora de la seva motivació i 3) factors de acció, on s'inclouen tots aquells elements pràctics de regulació de la conducta, de desenvolupament de noves habilitats i posar-les en practica.

Diversos estudis i metanàlisis confirmen que els programes cognitiu-conductuals (Redondo, 2008) son els mes efectius a l'hora de produir canvis tant en les cognicions com en les emocions i reduir el comportament antisocial. Com ens indiquen Vennard, Sugg i Hedderman (1997) aquests programes son mes efectius quant: 1) es seleccionen com objectius factors que contribueixen a la gènesis de la conducta delictiva; 2) s'utilitzen mètodes de treball actius i participatius en la solució de problemes; 3) la intensitat i duració del programa de intervenció s'ajusta al risc futur de delinquir i; 4) es prenen mesures per garantir que els programes terapèutics funcionen realment de la manera que es pretén.



Tanmateix en Redondo (2008) fent un ampli recull de diversos estudis que avaluen i promouen la efectivitat dels programes de intervenció ens indica que els principals elements que caracteritzen un programa efectiu son:

- es fonamenten en una base teòrica solida que permet tant la explicació del comportament antisocial com dels factors rellevants que faciliten la seva prevenció.
- son estructurats i directius
- entrenen als subjectes en habilitats i hàbits prosocials
- promouen la reestructuració del seu pensament, actituds i valors
- tenen un major temps de aplicació, una major intensitat i una major integritat en la administració de tots i cadascun dels ingredients que els componen
- son polifacètics, incorporant diverses tècniques i ingredients dirigits als diversos factors de risc dinàmics, a nivell personal, familiar i social
- avaluar els nivells de risc dels subjectes permet planificar la intensitat dels tractaments. un major risc implica programes mes intensius
- es important la formació dels terapeutes, que siguin entrenats de manera especifica en les tècniques que s'utilitzaran en el programa
- elaboració de manuals estandarditzats per assegurar l'avaluació comparativa i guien el treball terapèutic
- incorporar estratègies especifices de generalització a la comunitat com el treballar els possibles escenaris de conflicte en els mòduls de prevenció de recaigudes.



Si bé és cert que els programes de intervenció cognitiu-conductuals han resultat els més efectius a l'hora de provocar canvis si més no per les seves capacitats heurístiques i de contrast, seguint el paradigma científic, i perquè ens aporten una visió pràctica i operativa en la nostra intervenció; no hauríem de oblidar altres plantejaments o models teòrics que més enllà del "que" o "com" treballar per provocar aquests canvis, ofereixen un "para que" tant o més important per la persona que realitza el tractament, que ha de resoldre també el seu conflicte d'"estar - en el - mon", oferint-li un sentit o finalitat integrativa, en si mateix, als altres i al món en general, al seu procés de rehabilitació, doncs es "personalitza" des de els seus components "existencials" diferencials, el que pot augmentar precisament la seva motivació en el tractament i que hauria de ser també un dels objectius teleològics - o el "para què"- a resoldre per aquest.

En aquest sentit considerem d'interès la definició de la psicoteràpia – i per extensió el tractament psicològic- que des de la perspectiva constructivista ens fa en Neimeyer (1998): "es tracta d'un intercanvi, d'una negociació de significats interpersonals".

Per aquest autor, raonant sobre tot el que implica el tractament psicològic i que suposa sempre. a la fi, la relació entre dues persones, el objectiu de tota psicoteràpia (de tot programa de intervenció, diem) es articular, elaborar i revisar aquelles construccions que realitza la persona a qui es tracta per organitzar la seva experiència i actes. Cal esmentar que en el plantejament constructivista s'emfatitza especialment el procés psicoterapèutic, incloent que el terapeuta ha de comprendre el món experiencial del qui tracta, les bases dialògiques i discursives de la seva interacció i les contribucions



de tots dos en la investigació mútua per tal de construir aquesta realitat adaptativa. Tanmateix aquests aspectes reflexan la necessitat humana de relació, de connexió i de mutualitat de significat i que tot i que som essers únics cerquem a través del llenguatge una base comú on establir el pont intersubjectiu entre els nostres mons. Tot i que la psicoteràpia- i els programes d'intervenció- entesa en aquest termes pot tenir molts objectius concrets diferents, a un nivell general tots ells impliquen el acompanyar a la persona tractada per crear un mapa de les construccions, molts cops desarticulades, en les que la persona està emocionalment immersa i que defineixen el que ella veu com recursos d'acció viables i estendre o suplir aquestes construccions per ampliar el nombre de mons possibles on poder habitar – i compartir-los socialitzadament amb els altres- (Mahoney, Neimeyer, 1998).

Som conscients de les dificultats de traslladar de manera prou operativa aquests continguts del que implica la psicoteràpia a les nostres intervencions amb les persones que han delinquit i es troben en la presó. Certament no és aquí el moment de dilucidar sobre la etiologia del comportament antisocial, reforçat o no per les contingències del empresonament, però, com ja s'ha indicat, molts dels factors predisposants a la delinqüència tenen a veure amb el caràcter- com element que ha de modular aquells factors més temperamentals- i l'aprenentatge social, que està íntimament lligat a les contingències del ambient on es dona, i és en aquests aspectes on un procés psicoterapèutic que atengui a les diferències individuals i sigui social i positivament construït té sentit plantejar-se per arribar a portar a terme un programa de tractament estructurat, aplicable i metodològicament vàlid.



4. LA NECESSITAT DE MESURAR EL CANVI

Entenem que son diverses les raons per les que es important mesurar el canvi en aquells factors del individu i el seu entorn que propicien la conducta delictiva: 1) a nivell metodològic per poder validar la efectivitat dels programes amb els que intervenim; 2) en relació a la mateixa practica la bondat dels programes psicològics que utilitzem es basen en poder valorar els canvis específics i de millora que succeeixen, a través de la implementació del programa terapèutic, en aquells factors que incideixen en que l'individu delinqueix o no s'ajusta a les pròpies demandes adaptatives; 3) des de una perspectiva de la evolució de la persona en las terapèutica establerta poder saber en quin moment del tractament es troba aquesta ens permet reorientar, si es cau, el seu tractament en funció de les necessitats i possibilitats que es detectin, 4) altre raó, i no menys important, vinculada a la higiene mental del tècnic (Feixas, en comunicació personal, 2008), es poder tenir mes garanties de que allò que es fa realment te un sentit i serveix per tal de optimitzar el procés de rehabilitació del interns a qui tracta.

Quant parlem dels processos de canvi que es donen durant la psicoteràpia o la intervenció psicològica i en general durant quelcom canvi o millora de comportaments problemàtics independentment es realitzi o no una intervenció terapèutica; em de fer inevitablement referència al Model transteòric de Prochaska i Diclemente (1992).



Aquests autors identifiquen tres dimensions d'anàlisi:

1. estadis de canvi:

- pre – contemplació, previ a que el subjecte s'adoni del problema i vulgui canviar-lo
- contemplació, moment en el que el subjecte es fa conscient de les seves dificultats i comença a plantejar-se un canvi
- preparació per l'acció moment en el que el subjecte ha decidit afrontar la dificultat i ha realitzat algun intent de canvi
- acció, el subjecte ha iniciat el canvi en el seu comportament i ha aconseguit algun èxit
- manteniment, període en el que el subjecte ha assolit una permanència temporal dels canvis – mínim sis mesos- i utilitza estratègies per prevenir recaigudes
- finalització, el subjecte dona per estabilitzats els seus èxits de canvi i considera ha acabat el procés de resolució del problema.

2. processos de canvi

- conscienciació o millora de la informació sobre el problema o un mateix



- alleugeriment per dramatització o experimentació i expressió de sentiments sobre els problemes i les seves possibles solucions
- reavaluació ambiental o millora sobre el coneixement sobre les interaccions e influència entre els propis problemes i l'entorn que a un l'envolta
- autorevaluació o reconsideració dels propis sentiments i pensaments sobre el problema
- autoalliberació o compromís per l'acció i creença en la pròpia capacitat per millorar
- alliberació social o generació de noves alternatives no problemàtiques
- control de contingències que inclou el heteroreforçament i el autoreforçament
- relacions d'ajuda o millora de la obertura o confiança en els altres en relació als problemes
- contracondicionament o substitució del problema per altres conductes alternatives no problemàtiques
- control de estímuls o identificació i prevenció dels estímuls discriminadors que promouen els comportaments problemàtics

3. nivells de canvi

Fan referència a la complexitat i heterogeneïtat del comportament humà on en el cas de donar-se un comportament problemàtic aquest no es dona de forma aïllada sinó



dins d'una xarxa de conductes, pensaments i emocions que interactuen a l'hora amb diversos contextos i confluent o interrelacionant-se tanmateix amb comportaments no problemàtics que formen part també de la vida del subjecte.

Prochaska i Diclemente (1984) van identificar cinc nivells de canvi jeràrquicament ordenats: canvi situacional, canvi cognitiu, canvi interpersonal, canvi en el sistema familiar i canvi en els conflictes interpersonals. Es fa necessari que la psicoteràpia operi sobre els diversos nivells interrelacionats amb el comportament problemàtic i no sols en algun dels nivells esmentats com fan la majoria de teràpies. El fet de que els diversos nivells siguin interdependents promouen que de donar-se un canvi en un d'ells incideixi en la resta.

La idea central del model transteoric es que les persones a l'hora de canviar i millorar algun aspecte important de les seves vides, passen, de manera general i universal, per tota una sèrie de moments i processos de canvi. Aquests moments de canvi es donen independentment de que el subjecte ho faci de forma autònoma com si ho fa a través de una teràpia. El que es rellevant es que aquests estadis de canvi es donin com condició per l'assoliment i èxit terapèutic.

El que ens interessa del model transterapeutic es que ens permet en primer lloc conèixer l'evolució i disposició dels subjectes per el canvi i millora terapèutica; i en segon lloc, el coneixement del seu concret estadi de canvi pot facilitar un ajust subjecte - tractament.



Una de les preocupacions freqüents dels professionals a l'hora de plantejar un programa terapèutic en les persones preses es la motivació real d'aquestes en relació a buscar un canvi en les seves vides, si mes no en aquelles actituds o comportaments que els han portat a delinquir. Sembla que es aquí on fonamentalment es diferencien els qui estan presos - que d'alguna manera es veuen obligats a ser tractats doncs sovint es un pas previ a obtenir altres beneficis penitenciaris - dels qui en el carrer conscients del seu malestar acudeixen a un professional perquè confien que a través d'una psicoteràpia se'ls ajudarà a trobar solucions als conflictes en el que es troben. Això tanmateix diferencia el estil de demanda de les persones que podem trobar en un centre penitenciari de les que acudeixen en un gabinet psicològic, però també es cert que ambdues es mouen per interessos que el professional haurà de saber comprendre i gestionar per tal de dirigir-los a les necessitats del seu tractament.

Tot i que podem valorar que la motivació de quelcom que esta pres no es prou sincera, que no hi ha un compromís profund per el canvi, doncs, sembla, sempre preponderant els seus interessos egotistes e immediats (com sortir de permís o evitar responsabilitzar-se de certes conseqüències de la seva conducta) sobre les seves necessitats de rehabilitació o un futur en que eviti nous comportaments delictius; tampoc hauríem de pensar que el fet de realitzar un programa no li serveix per res. Probablement en el transcurs del temps, i de mantenir-se en la teràpia o el seguiment i orientacions del tècnic de referència, adquirirà certs coneixements i a la fi actituds que



facilitaran processos de canvi en la seva narrativa personal, maduració del jo i estil de afrontament davant si mateix i els altres.

De fet, com es diu, “es millor un tractament que cap tractament” (o “un mal pacte a ningun pacte”) i tot i que la seva motivació sigui interessada o manipuladora, el cert es que els índex de risc en reincidència son mes baixos en aquells presos que han seguit un programa que en els altres que no n’han seguit cap (Gillis i Grant, 1999).

5. PERSPECTIVES EN LA MESURA DELS INDICADORS DE CANVI

Com ens diuen en Feixas i Miro (1993) la aplicació de la metodologia científica a la psicoteràpia – i per extensió en tot tractament psicològic penitenciari- presenta força complexitat. El control experimental es difícil de aconseguir en aquest àmbit per diversos motius: 1) el numero de variables que intervenen en el procés terapèutic es considerable. A mes de les del terapeuta i les de la persona tractada, estan les de la interacció i les que es consideren derivades del mètode terapèutic, afegint a mes les del ambient tant característic com es el de la presó ; 2) en relació a la resposta, o possibles variables dependents, no es fàcil dilucidar quins tipus de variables son les mes rellevants per avaluar el canvi terapèutic. De fet la resposta a aquesta qüestió varia segons el model terapèutic des de el que es parteixi; 3) una vegada s’han definit les variables independents la seva manipulació resulta tanmateix difícil, escollint-se



moltes vegades procediments d'assignació ; 4) la operacionalitat i quantificació de les variables suposa un problema moltes vegades mal resolt.

Davant aquestes dificultats han sorgit dues grans línees de investigació que no persegueixen els mateixos objectius i utilitzen procediments diferents: 1) *la investigació de resultats* , derivada del mètode científic, essent el seu propòsit fonamental respondre a les preguntes sobre la efectivitat del tractament/ terapèutica utilitzada, fent a mes estudis comparatius entre diversos models. En síntesi considera variables dependents referides al resultat de la teràpia; 2) *la investigació de processos* que intenta respondre a la pregunta: que es lo específicament terapèutic de la psicoteràpia?, a traves del anàlisis dels elements que es donen en el contacte terapèutic. S'orienta al estudi dels processos de la persona tractada, les actuacions del terapeuta i les interaccions entre ambdós que produeixen canvi, un canvi que s'observarà en el resultat final de la teràpia

Així, doncs, existeix un grau important de desacord entre els estudis realitzats en quant a les mesures a utilitzar per l'avaluació del canvi terapèutic.

En Lambert (1991), al comentar les dades procedents de múltiples revisions, ens informa que dels 348 estudis publicats entre 1983 i 1989, en les mes prestigioses revistes especialitzades, es van utilitzar un total de 1.430 mesures de canvi, de les quals 840 no mes s'havien utilitzat una vegada. Si la revisió de les mesures de canvi es limita a un trastorn, per exemple, la agorafòbia, de un total de 106 estudis apareixen 98 mesures de canvi – ens preguntem quantes mesures hauria d'incloure la empatia o



la escrupolositat davant la emissió de conductes transgressores- . El mateix autor ens indica que les diferències entre les puntuacions de resultat positiu probablement estan mes en funció de la aplicació de diverses definicions d'èxit que dels diferents tractament utilitzats.

Segons la revisió històrica de la mesura del canvi terapèutic d'en Feixas i Miro (1993), al començament la avaluació del resultat terapèutic es realitzava en base a les impressions del terapeuta. Posteriorment en Knight (1941) proposa una primera sistematització dels resultats a traves de una escala de cinc punts en la que els terapeutes apreciaven el canvi dels seus pacients. Poc després apareixen les mesures basades en l'autoinforme del usuari. En un principi es tracta de puntuacions de millora o valoracions genèriques de la teràpia. Mes tard comprenen tot un conjunt de tests estructurats de la personalitat que s'administren abans i després del tractament. Per tal de pal·liar els problemes i esbiaixos de les dades autoinformades en un intent d'objectivització, s'inclouen els judicis d'experts, a mes de la avaluació directa del canvi conductual. També s'han utilitzat indicadors fisiològics de millora i dades procedents del medi natural del usuari. En un últim estadi, tot i que es indubtable la influencia de la orientació teòrica del investigador a l'hora de elegir el tipus de mesura, cada vegada mes, augmenten instruments presumiblement atèorics, com mesures de la execució d'un rol, llistes de conductes i símptomes i mesures de observació directe.

Al considerar la qüestió de les mesures de canvi en psicoteràpia, en Lambert, Shapiro i Bergin (citat per Feixas, 1993) arriben a aquestes conclusions :



- el canvi es multidimensional. Es il·lusòria la idea d'una mesura general de canvi, essent que es constata que hi ha diversos aspectes a avaluar, alguns d'ells indiquen canvi i altres no.
- Es necessita un marc conceptual sistematitzador. La mesura del canvi es una qüestió que implica necessàriament una referència teòrica que faciliti el organitzar els tipus de mesures a utilitzar.
- Son desitjables criteris de resultat individualitzats tot i ser difícils de utilitzar de forma efectiva. Donada la variabilitat individual es desitjable el disseny individualitzat de la mesura de canvi en lloc de aplicar a tots els individus de una determinada categoria diagnòstica la mateixa bateria, però això provoca problemes metodològics sovint determinants.
- Les mesures de avaluació del resultat haurien de proporcionar dades clínicament rellevants.

La perspectiva actual de la investigació sobre el procés psicoterapèutic es centra en el estudi dels mecanismes de canvi. Com ens indica Greenberg (1986), al estudiar el canvi el procés es vincula a algun tipus de resultat. El investigador es centra tant en els punts inicials i finals del tractament com en la identificació dels processos que han conduït al canvi entre aquests dos punts. Es així que la investigació del procés es converteix en el estudi dels mecanismes de canvi.

Des de aquesta perspectiva son diverses les tendències en la investigació del procés de canvi:



- investigació del procés terapèutic a través del anàlisi de contingut
- estudi de les condicions facilitadores
- estudi de la implicació del client
- estudi de la aliança terapèutica
- la contextualització de les unitats de anàlisi
- estudi dels successos de canvi terapèutic i el anàlisi de les tasques
- recerca de variables integradores: el model genèric

Es considera que la investigació de processos es un objectiu de estudi interessant per el desenvolupament de la teoria sobre el canvi i la psicoteràpia (o el tractament psicològic). Així la investigació sobre els processos ajuda a una major especificació psicològica dels problemes que s'amaguen sota l'etiqueta diagnòstica. Per exemple algú que esta patint un trastorn depressiu o mostra comportaments violents, ho pot estar expressant per diversos motius: pèrdua d'un esser significatiu, baixa autoestima, problemes de integració o identificació amb el grup de referència, conflictes de parella, manca de habilitats socials i de comunicació, dificultat per expressar emocions o per una combinació d'aquests conflictes o altres. Això tanmateix suposa un intent de comprensió dels determinants del trastorn i dels mecanismes de canvi.

Així, com ens indica Arkowitz (1989) el coneixement del problema desadaptatiu de la persona a qui tractem ens aporta informació sobre que es el que no va be, però es a



traves de la comprensió adequada del procés psicoterapèutic que podem endevinar com produir el canvi

6. LA NOSTRA PROPOSTA PER MESURAR EL CANVI

L'indicador més vàlid per mesurar el grau de rehabilitació dels interns (i per tant, la eficàcia dels programes d'intervenció) és la seva **taxa de reincidència**. El problema és que la reincidència només es coneix *a posteriori*, quan el individu ja ha quedat en llibertat. Per tant calen indicadors que es puguin mesurar *a priori*, abans que l'intern abandoni la presó, i precisament per avaluar la conveniència de deixar que surti. L'indicador que compleix aquest propòsit és el **risc de reincidència**, que s'avalua a través de diferents indicadors específics com l'agressivitat, la impulsivitat, l'empatia, etc. Millorar cadascun d'aquests aspectes és també, com és lògic, l'objectiu de les intervencions psicològiques als centres penitenciaris.

Per avaluar el canvi és necessari disposar de mesures abans i després del tractament (avaluació multimesura), però per poder estar raonablement segurs de que els canvis observats en cada individu són deguts a les intervencions hem de disposar, a més a més, de mesures contínues al llarg d'aquestes intervencions (punts temporals múltiples de mesura). Donada la situació d'internament, sembla factible obtenir aquestes mesures. En canvi, hi ha altres limitacions com l'elevada variabilitat entre els interns tant a les seves capacitats cognitives i verbals, com a la seva comprensió de les llengües en que estan redactats els qüestionaris (prop del 40% dels interns són



estrangers, mentre que els instruments normalment s'apliquen en castellà) i també en altres factors com l'atenció o la motivació a l'hora d'omplir aquestes proves.

Per tal de dissenyar una estratègia d'avaluació adequada, s'ha de trobar la manera de fer compatible el rigor metodològic (avaluació multimesura amb punts temporals múltiples) amb la realitat del medi en que es treballa i les característiques de les persones avaluades. Sembla convenient aplicar un principi extret de la pràctica clínica, que és el d'aplicar instruments simples i breus, amb mesures relacionades amb els objectius de les intervencions, realitzant avaluacions freqüents, i utilitzant múltiples fonts d'informació.

Un instrument que s'adapta força bé a aquests propòsits i que es fa servir en contextos clínics europeus és el qüestionari CER (en anglès, CORE; Barkham, Mellor-Clark, Connell i Cahill, 2006). El CER té versions de 34, 18, 10 i 5 ítems que avaluen quatre dimensions: *Funcionament* (social), *Benestar/malestar subjectiu*, *Problemes* (síntomes) i *Risc* (tant d'autolesió com d'agressió a tercers). Aquesta última escala és potser la més interessant de cara a l'avaluació en medis penitenciaris, tot i que les altres també tenen una gran rellevància donada la relació existent entre el malestar psicològic i la conducta delictiva.

Per aquest motiu hem seleccionat la versió breu de 10 ítems, però afegint 3 ítems més de l'escala de Risc que formen part de versions més llargues però no estan inclosos a la forma abreujada. També hem substituït dos ítems de l'escala de Problemes, que estava sobrerrepresentada, per dos de Benestar, escala que no compta amb cap ítem



en aquesta versió del CER. Obtenim, per tant, un qüestionari de 13 ítems amb preguntes sobre les diferents àrees de l'estat psíquic i emocional dels interns, amb un èmfasi especial en el risc de violència. Aquesta versió adaptada per nosaltres l'hem anomenada CER-P-13, fent referència a l'àmbit penitenciari (P) a què va destinat i al nombre d'ítems (13).

A més d'aquest qüestionari, i integrat a continuació d'aquest, n'hem creat un altre anomenat QUAC (Qüestionari d'Avaluació del Canvi). El QUAC¹ segueix el format del CER en tant que es tracta d'un llistat de 14 afirmacions, que en aquest cas són específiques per avaluar les habilitats treballades a cada mòdul d'intervenció (2 ítems per cada mòdul, a excepció del mòdul 8 que degut a la seva diversitat inherent d'objectius es deixa de banda), amb les que l'intern ha d'expressar el seu grau d'acord o desacord, obtenint una puntuació de 0 a 4 en cadascun.

Per altra banda, els professionals encarregats dels mòduls d'intervenció hauran d'omplir un formulari que hem creat també a aquest efecte, l'ESEPI (Escala de Seguiment de l'Evolució en els Programes d'Intervenció), per tal d'avaluar als interns en relació als objectius de cadascun dels mòduls a través d'indicadors concrets. Finalment, tota aquesta informació s'ha de completar amb tota la informació disponible per part de la institució sobre el comportament de cada intern, els permisos obtinguts, els trencaments de condemna, etc.

¹ Tant el QUAC com la resta d'instruments esmentats s'inclouen als annexos, al final d'aquest document.



Totes les mesures s'han de fer simultàniament per tal de poder establir comparacions entre elles i per complementar la informació obtinguda amb els diferents mètodes (per exemple, per detectar possibles intents d'engany per part dels interns als qüestionaris autoaplicats). Quant al període o interval de mesura, la opció recomanada és la de recollir totes les mesures un cop per setmana, tot i que també es pot fer cada dues setmanes si es considera més viable. En tot cas, aquesta proposta pretén proporcionar una avaluació bastant complerta de l'intern des de diversos angles. El màxim nivell d'informació és el que s'obté de comparar totes aquestes dades tot estudiant en quin moment es produeixen els canvis en relació a la impartició dels mòduls del programa.

Sembla important incloure també una reflexió sobre la validesa de la informació recollida amb el mètode proposat, i en particular sobre la dels qüestionaris. Hem fet canvis als instruments utilitzats i n'hem creat d'altres nous. És important advertir de que aquestes operacions només són vàlides en funció dels objectius que perseguim. Totes aquestes adaptacions s'han fet per obtenir la màxima informació en el medi en què ens movem, el coneixement del qual ens ha portat dissenyar i modificar els instruments fins a adequar-los als nostres objectius i a la viabilitat de la seva aplicació. Això correspon a la etapa inicial en què ens trobem, a la voluntat d'introduir mesures de canvi quan no s'estan fent servir en absolut. Tant el procediment com els instruments s'hauran de posar a prova i anar-se adaptant a la realitat del medi abans de considerar-los completament vàlids i útils. També ens plantegem, en una etapa posterior, fer estudis de validació dels instruments per complir amb els estàndards de correcció psicomètrica. Però donat l'estat actual de la qüestió considerem, en primer lloc, que qualsevol mesura sistemàtica és un avenç; i, en segon lloc, que resulta més



convenient comptar amb uns instruments “fets a mida” per als nostres propòsits que no utilitzar-ne d'altres dissenyats per professionals amb contextos i objectius diferents als nostres.

Una altra qüestió important és la constatació de que no n'hi ha prou amb avaluar estats, sinó que cal atendre també als processos de canvi. El fet de tenir punts de mesura múltiples i freqüents és un pas en aquesta direcció, però en el fons segueix sent una mesura d'estats cada vegada més propers entre ells. Per poder avaluar els processos de canvi cal observar-los en el mateix moment en què s'estan produint. L'escenari més adient en aquest cas és observar les reaccions (expressions emocionals, verbalitzacions, comportaments) dels interns durant els mòduls. Per exemple, si s'està treballant el fet de posar-se en el lloc de l'altre, caldria observar si l'intern es comporta de forma coherent amb el sentiment d'empatia o si al menys fa un esforç per canviar el seu estil habitual de relació (p. ex., mostrant-se comprensiu en una situació on inicialment es mostrava prepotent). Evidentment, en aquests casos cal diferenciar entre els esforços per canviar i els destinats a complaure els professionals. Tot i que pot resultar molt difícil fer aquesta distinció, també és cert que aquí influeix tot el treball previ del professional en transmetre que l'objectiu dels exercicis és experimentar determinades situacions o sensacions, en comptes de plantejar-los com una situació formal d'avaluació. A més, a les tècniques que faciliten l'expressió emocional o que plantegen situacions relacionals és més difícil fingir que davant un qüestionari amb preguntes directes. Aquí també esdevé molt important la comparació de resultats entre les diferents modalitats per detectar possibles incoherències o canvis “per art de màgia” que resultin poc creïbles.



Tot això planteja una reflexió necessària sobre la inevitabilitat del judici clínic dels professionals: tota la informació que recollim són indicadors de canvi, que han de ser agafats com a fonts d'informació més o menys fiables –però mai conclusives– a l'hora de prendre decisions sobre persones i casos concrets. És el professional qui haurà d'integrar tota aquesta informació i emetre un judici clínic, que estarà influenciat però no determinat per les dades recollides.



7. BIBLIOGRAFIA

Andrews, D. i Bonta, J. (2006). *The psychology of Criminal Conduct* (4a ed.).
Cincinnati, EUA: Anderson Publishing Co.

Arkowitz, H. (1989). The role of Theory in Psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8 (1), 8-16.

Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J. i Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6 (1), 3-15.

Blackburn, R. (1994). The psychology of criminal conduct. *Theory, research, and practice*, 16, 252-260.

Feixas, G. i Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

Feixas, G (2007). *Teràpies psicològiques*. Barcelona: UOC

Gillis, C. A. i Grant, B. A. (1999). *Day parole outcome, criminal history and other predictors of successful sentence completion. Research Report R-83*. Ottawa (Canadà): Correctional Service of Canada.

Greenberg, L. (1986). La investigación sobre el proceso de cambio. *Revista de Psicoterapia*, 1 (4), 57-71.

Knight, R. P. (1941). Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 98, 434-446.



- Labrador, F. J. (1986). Controversia sobre una posible convergencia entre los distintos acercamientos terapéuticos o de intervención. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 4, 259-302.
- Lambert, M. J. (1991). Introduction to psychotherapy research. En L. E. Butler y M. Crago (comps.). *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (1-11). Washington, DC: APA.
- Lambert, M. J. i Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. A A. E. Bergin y S. L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 143-189). Nueva York: Wiley.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A. i Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy research. En D. K. Freedheim (comp.). *History of psychotherapy: A century of change* (360-390). Washington, DC: APA.
- Neimeyer, R.A. i Mahoney, M.J. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- Pueyo, A.A. i Hilterman, E. (2005). *HCR-20: Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos*. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona
- Pueyo, A.A.(2006). Topologías de personalidad y delito. Master de criminología y psicología forense. Universitat de Barcelona
- Prochaska, J. O. i DiClemente, C. C. (1984). *The Trans-theoretical approach: Crossing traditional boundaries of change*. Homewood: Dow Jones/Irwin.



- Prochaska, J. O. i DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. A M. Hersen, R. M. Eisler i P.M. Miller (eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184-214). Sycamore, Illinois, EUA: Sycamore Press.
- Redondo Illescas, S. (1998). *Desviacio, delinquencia i control social*. Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. Centre de Estudis Jurídics i Formació Especialitzada
- Redondo Illescas, S. (2008). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Pirámide.
- Rutter, M., Giller, H. i Hagell, A. (2000). *La conducta antisocial de los jóvenes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Vennard, J., Sugg, D. i Hedderman, C. (1997) The use of the cognitive behavioural approaches with offenders: messages from the research. *Changing offenders' attitudes and behaviour: what works* (investigación num. 171 del Ministerio del Interior), Londres, HMSO.
- Watzlawick, P. i Nardone, G. (2000). *Terapia Breve Estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós
- Wolberg, L. R. (1977). *The technique of psychotherapy* (3ª ed.). N. York: Grune & Stratton.