



# Márjorie Kisner Mira

Atención Psicológica y Rehabilitación de la  
Población Carcelaria y Pospendada

**DOCUMENTO DE TRABAJO**

**NÚMERO 4**

**MODELO INTEGRAL VALIDADO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA  
PARA LA REINTEGRACIÓN DE POSPENADOS EN MEDELLÍN**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÁRJORIE KISNER MIRA**

**REALIZADO POR:**

Erika Solange Imbett Vargas

Eliana Zapata Ruiz

Daniela Giraldo Garcés

Maria Antonia Giraldo Rojas

Olga Ramírez Zapata

Andrés Felipe Ramírez Arango

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ITM**

**MEDELLÍN- COLOMBIA**

**2025**

## **RECONOCIMIENTO AL EQUIPO DE VALIDACIÓN PROFESIONAL**

Este modelo fue validado mediante un proceso participativo con profesionales expertos en psicología clínica y acompañamiento a población pospenada en Medellín. El equipo de validación incluyó psicólogos, y profesionales jurídicos vinculados a programas de reinserción social, quienes aportaron ajustes sustantivos para fortalecer la viabilidad, seguridad y rigor del modelo.

El proceso de validación se desarrolló a través de revisión documental, discusión en talleres focales y consenso sobre protocolos de seguridad clínica, ética y psicosocial. Se reconoce su aporte en la construcción colectiva de un modelo más seguro, integral y ajustado a las necesidades del contexto local.

El acompañamiento psicosocial a población pospenada constituye un reto en contextos atravesados por violencia estructural, exclusión social y estigmatización (Aguilar, 2020). En Medellín, el diseño de modelos integrales de intervención ha buscado responder a estas problemáticas mediante estrategias clínicas, comunitarias y de empleabilidad.

El equipo investigador del Proyecto “Marjorie Kisner Mira” expresan su reconocimiento y gratitud al grupo de profesionales que participaron en la validación del Modelo Integral de Intervención Psicológica para la Reintegración de Pospanados en Medellín.

Su conocimiento, compromiso ético y aporte interdisciplinar fueron fundamentales para garantizar la solidez técnica, la pertinencia social y la seguridad del modelo. El proceso de validación se desarrolló mediante espacios de revisión documental, talleres focales y discusiones de consenso, donde se fortalecieron los componentes clínicos, comunitarios y de articulación institucional del modelo.

Agradecemos de manera especial la participación de los siguientes profesionales, cuyo trabajo riguroso y compromiso con la construcción de paz y la atención psicosocial han contribuido de manera decisiva a la consolidación de este modelo:

**Psicólogas validadoras:**

Sandra María Arango Arango.

Marcela Higuera Morales.

Yeraldine Osorio Uribe.

**Equipo jurídico de apoyo a la validación:**

Mary Luz González Muñoz

Óscar Andrés Gallego Giraldo

José María Castaño Aristizábal

Ana María Núñez Herrera

**Coordinador del Componente Jurídico:**

Guillermo Alonso Benavídez García

A todos ellos, nuestro reconocimiento por su aporte a la construcción colectiva de un modelo integral, éticamente responsable y ajustado a las realidades del acompañamiento psicosocial en contextos de reintegración y pospenalidad en Medellín.

El presente documento recoge el Modelo Integral de Intervención Psicológica, ajustado tras un proceso de validación profesional que permitió identificar vacíos y proponer mejoras relacionadas con la evaluación clínica, la articulación interinstitucional y la seguridad del equipo de trabajo.

## **Introducción**

La construcción y validación del Modelo Integral de Intervención Psicológica para la Reintegración de Pospenados en Medellín representa uno de los logros más significativos del Proyecto Marjorie Kisner Mira, tanto por su impacto técnico como por su relevancia ética y social. Este resultado sintetiza la investigación aplicada orientada a responder a una problemática estructural en el país, que no es otra, que, la fragilidad de los procesos de reintegración social en contextos marcados por la violencia, el estigma y la insuficiencia de marcos institucionales de protección.

La literatura internacional coincide en que la atención psicosocial a personas privadas de la libertad o recientemente excarceladas requiere modelos integrales, interdisciplinarios y sostenibles, que integren dimensiones clínicas, comunitarias y de empleabilidad (Coyle, 2005; OMS, 2014). Sin embargo, en América Latina y particularmente en Colombia persisten vacíos en la articulación entre las políticas penitenciarias, los programas de reinserción y los dispositivos clínicos de acompañamiento. Estos vacíos se traducen en reincidencia, exclusión y deterioro del bienestar mental tanto de los pospenados como de los profesionales que los atienden (Aguilar, 2020; Montero, 2019).

En este contexto, la validación profesional del modelo adquiere un valor estratégico, no solo consolida un instrumento técnico de intervención, sino que formaliza un protocolo de protección y seguridad clínica y ocupacional que antes no existía en el territorio. El proceso de validación realizado mediante revisión documental, talleres focales y consenso interdisciplinario entre psicólogos, trabajadores sociales y juristas vinculados a programas de reinserción permitió fortalecer la pertinencia cultural y la viabilidad operativa del modelo, asegurando su coherencia con los enfoques de derechos humanos, diferencial y territorial (ONU, 2016, 2017).

El resultado obtenido no se limita a una propuesta teórica: constituye una herramienta de gestión pública y de salud mental que articula evaluación clínica (HCR-20, START, LS/CMI), intervención psicoterapéutica (TCC, ACT, círculos restaurativos), seguimiento longitudinal de 24 meses y mecanismos de autocuidado del equipo. Esta integralidad, validada con expertos locales, convierte el modelo en un referente técnico para Medellín y potencialmente para otras ciudades latinoamericanas que enfrentan desafíos similares en materia de reinserción social.

Por todo ello, la validación del modelo representa un producto académico consolidado y un aporte ético y político al legado del proyecto Marjorie Kisner Mira: reivindicar la importancia de garantizar condiciones seguras y dignas para los profesionales psicosociales y para las personas que, tras haber estado privadas de la libertad, buscan reconstruir sus vidas en contextos atravesados por la violencia estructural y la negligencia institucional.

### **Diagnóstico Integral Personalizado y Evaluación Clínica**

**Objetivo:** Identificar el estado emocional, cognitivo, social y clínico del pospenado (a). El diagnóstico incluye entrevistas semiestructuradas e incorpora una evaluación clínica preliberatoria externa realizada por un psicólogo clínico y un psiquiatra, ajenos al INPEC. Adicionalmente, se contemplan herramientas de evaluación de riesgo como el HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997), el START (Webster et al., 2009) y el LS/CMI (Andrews, Bonta & Wormith, 2004).

### **Intervención Psicoterapéutica Individual y Grupal**

**Objetivo:** Abordar afectaciones emocionales y fortalecer la resiliencia y la toma de decisiones.

El modelo aplica Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia de Aceptación y Compromiso y Círculos de Diálogo Restaurativo. Se incorpora un protocolo formal de manejo de crisis que detalla rutas frente a episodios de descompensación mental, conductas agresivas o riesgo suicida, así como mecanismos de protección y acompañamiento para el equipo psicosocial (Montero, 2019).

## **Fase de Transición Penitenciaria-Postpenitenciaria**

**Objetivo:** Garantizar continuidad entre las acciones de preparación intramuros y el proceso postpenitenciario.

Se incluyen talleres facilitados directamente por el equipo postpenitenciario durante los últimos meses de reclusión, lo cual fortalece el vínculo anticipado con el beneficiario y permite planificar su reintegración de manera integral (Coyle, 2005).

## **Entrenamiento en Habilidades para la Vida y Empleabilidad**

**Objetivo:** Fortalecer competencias básicas para la autonomía y la reintegración laboral. Los contenidos incluyen comunicación asertiva, finanzas personales, manejo del tiempo y preparación para entrevistas laborales. Se promueven alianzas con empresas inclusivas y el sector productivo para garantizar oportunidades reales de inserción (CEPAL, 2018).

## **Red de Apoyo Social, Comunitario y de Salud Mental**

**Objetivo:** Reconstruir vínculos de pertenencia comunitaria y garantizar acceso a servicios de salud mental.

El modelo incorpora convenios con EPS, IPS y redes públicas de salud mental, lo cual permite derivar con prioridad a pospenados que presentan cuadros clínicos graves o consumo problemático de sustancias (OMS, 2014).

## **Seguimiento y Evaluación Continua**

**Objetivo:** Monitorear avances y prevenir recaídas. Se utilizan escalas de resiliencia y bienestar, entrevistas familiares y con empleadores, así como evaluación de logros individuales.

La duración del seguimiento es de hasta 24 meses, lo que asegura continuidad y permite intervenir oportunamente en casos de riesgo (Sarason, 1981)

## **Duración y frecuencia estimada de cada componente del modelo**

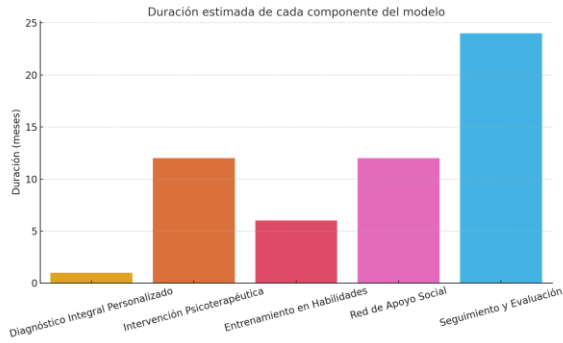


Ilustración 1 Duración estimada por cada componente

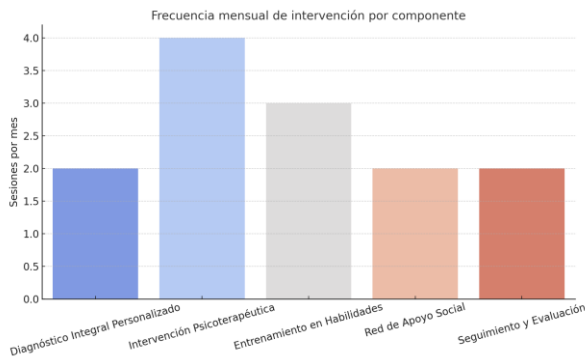


Ilustración 2 Frecuencia mensual de intervención por componente

### Aspectos Éticos y Consentimiento Informado

Se establece un formato de consentimiento informado específico, que garantiza el respeto por la confidencialidad de la información clínica y psicosocial. El consentimiento se otorga de manera voluntaria e informada por cada beneficiario, asegurando un equilibrio entre derechos individuales y deberes institucionales (APA, 2017).

### Enfoques Transversales del Modelo

El modelo tiene un enfoque diferencial (género, etnia, orientación sexual, discapacidad), un enfoque de derechos humanos (dignidad, no revictimización) y un enfoque territorial (articulación con barrios y comunas de Medellín). Se refuerza la protección institucional y la seguridad del equipo profesional (ONU, 2016).

## Matriz DOFA del Modelo Integral Validado de Intervención Psicológica para la Reintegración de Pospenados en Medellín

<p><b>Fortalezas (F)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo integral clínico, psicosocial y comunitario.</li> <li>• Protocolos de manejo de crisis. Fase de transición penitenciaria-pospenitenciaria.</li> <li>• Herramientas diagnósticas estandarizadas y estructuradas.</li> <li>• Enfoque diferencial, territorial y de DDHH.</li> <li>• Convenios con EPS e IPS. Seguimiento a 24 meses.</li> </ul>	<p><b>Oportunidades (O)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamiento nacional e internacional disponible.</li> <li>• Apoyo de políticas locales de justicia restaurativa.</li> <li>• Vinculación de universidades y ONG.</li> <li>• Interés creciente en protocolos de seguridad ocupacional.</li> <li>• Redes comunitarias para reconciliación territorial.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inestabilidad política y administrativa.</li> <li>• Violencia estructural y exclusión social.</li> <li>• Rotación frecuente de funcionarios.</li> <li>• Reformas legislativas restrictivas.</li> <li>• Resistencia comunitaria a la reinserción.</li> </ul>
<p><b>Debilidades (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta demanda de personal especializado.</li> <li>• Dependencia de convenios interinstitucionales.</li> <li>• Complejidad de coordinación intersectorial.</li> <li>• Persistencia del estigma social.</li> </ul>	<p><b>Amenazas (A)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere recursos financieros altos.</li> </ul>
<p><b>Fortalezas (F)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo integral clínico, psicosocial y comunitario.</li> </ul>	<p><b>Oportunidades (O)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamiento nacional e internacional disponible.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Protocolos de manejo de crisis. Fase de transición penitenciaria-pospenitenciaria.</li> <li>● Herramientas diagnósticas estandarizadas y estructuradas.</li> <li>● Enfoque diferencial, territorial y de DDHH.</li> <li>● Convenios con EPS e IPS. Seguimiento a 24 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoyo de políticas locales de justicia restaurativa.</li> <li>● Vinculación de universidades y ONG.</li> <li>● Interés creciente en protocolos de seguridad ocupacional.</li> <li>● Redes comunitarias para reconciliación territorial.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inestabilidad política y administrativa.</li> <li>● Violencia estructural y exclusión social.</li> <li>● Rotación frecuente de funcionarios.</li> <li>● Reformas legislativas restrictivas.</li> <li>● Resistencia comunitaria a la reinserción.</li> </ul>
<b>Debilidades (D)</b>	<b>Amenazas (A)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Alta demanda de personal especializado.</li> <li>● Dependencia de convenios interinstitucionales.</li> <li>● Requiere recursos financieros altos.</li> <li>● Complejidad de coordinación intersectorial.</li> <li>● Persistencia del estigma social.</li> </ul>	

### **Cruce Estratégico DOFA**

<b>FO (Fortalezas + Oportunidades)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Usar la evidencia científica y protocolos de seguridad como factor diferenciador para acceder a fondos internacionales.</li> <li>● Potenciar convenios con universidades y ONG para ampliar cobertura y sostenibilidad.</li> </ul>
<b>FA (Fortalezas + Amenazas)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Respaldar la legitimidad del modelo con su base académica y clínica.</li> </ul>

- Utilizar protocolos de seguridad y justicia restaurativa frente a resistencias comunitarias y violencia estructural.

#### **DO (Debilidades + Oportunidades)**

- Superar limitaciones de personal y recursos mediante cooperación técnica y financiamiento internacional.
- Aprovechar redes comunitarias para reducir estigma laboral y social.

#### **DA (Debilidades + Amenazas)**

- Crear mecanismos de gobernanza interinstitucional con protocolos escritos que trasciendan la rotación política.
- Diseñar campañas educativas para reducir estigmatización y promover convivencia.

#### **Conclusiones Estratégicas de la Matriz DOFA**

1. El modelo validado fortalece su sostenibilidad mediante convenios en salud y protocolos de seguridad, pero requiere voluntad política y recursos financieros.
2. La fase de transición penitenciaria-pospenitenciaria es una innovación clave que puede ser referente nacional.
3. El principal desafío sigue siendo la estigmatización y resistencia social, lo cual exige campañas comunitarias y alianzas.
4. La viabilidad del modelo depende de un sistema de gobernanza interinstitucional sólido.
5. Su implementación efectiva permitirá reducir reincidencia y proteger al equipo profesional, consolidando un enfoque humano y sostenible.

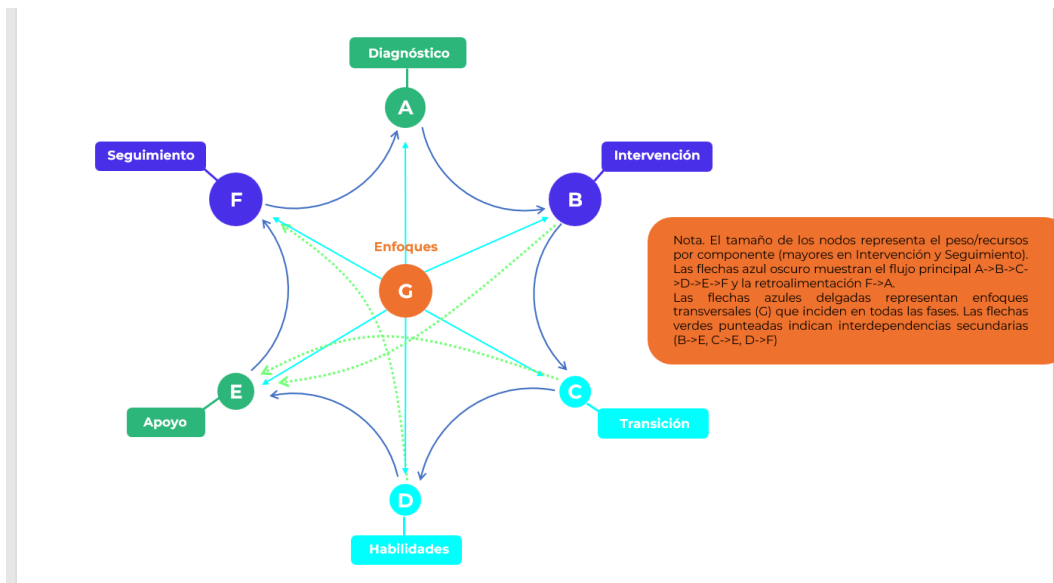


Ilustración 3 Diagrama de arcos del Modelo Integral Validado de Intervención para Pospensados.

**Nota.** El tamaño de los nodos representa el peso/recursos por componente (mayores en Intervención y Seguimiento). Las flechas azul oscuro muestran el flujo principal A→B→C→D→E→F y la retroalimentación F→A.

Las flechas azules delgadas representan enfoques transversales (G) que inciden en todas las fases. Las flechas verdes punteadas indican interdependencias secundarias (B→E, C→E, D→F).

### 11.1. ¿Qué representa cada elemento visual?

- Nodos (A–G): los siete componentes del modelo.
- Tamaño del nodo = peso/recursos que demanda o concentra esa fase (mayores: B Intervención y F Seguimiento; medios: A Diagnóstico, E Apoyo, G Enfoques; menores: C Transición, D Habilidades).
- Flechas azul oscuro (grosor 6/4): flujo principal del proceso (A→B→C→D→E→F) y retroalimentación (F→A).

- Grosor mayor (A→B y E→F): tramos críticos donde se concentran decisiones clínicas y de continuidad terapéutica.
- Flechas azules (delgadas): enfoques transversales (G) que atraviesan todas las fases (diferencial, DDHH, territorial, seguridad del equipo).
- Flechas verdes punteadas: interdependencias secundarias que no son secuenciales, pero sí frecuentes y estratégicas (B→E, C→E, D→F).

## **11.2. Lectura del flujo (qué sucede en cada tramo)**

- Diagnóstico Integral y Evaluación Clínica → B. Intervención del tamizaje y la evaluación estructurada (entrevistas, BDI/STAI/MCMI, y riesgo HCR-20, START, LS/CMI) se toma la decisión terapéutica inicial.
- Tramo crítico: define intensidad, modalidad y protocolos de manejo de crisis.
- B. Intervención Psicoterapéutica → C. Transición. La intervención (TCC, ACT, círculos restaurativos) prepara el puente intramuros pospenitenciario y activa el protocolo de crisis para proteger a usuarios y equipo.
- C. Transición → D. Habilidades
- Talleres preliberatorios y vínculo anticipado con el equipo pospenitenciario abren paso al entrenamiento en competencias para la autonomía (comunicación, finanzas, manejo del tiempo, empleabilidad).
- D. Habilidades → E. Apoyo
- La formación se ancla en redes familiares, pares, comunidad y se asegura el acceso a servicios de salud mental vía convenios con EPS/IPS y red pública.
- E. Apoyo → F. Seguimiento
- Tramo crítico: la calidad de las redes y la puerta de entrada a salud mental determinan la continuidad y la prevención de recaídas.
- F. Seguimiento → A. Diagnóstico (retroalimentación)
- El monitoreo (hasta 24 meses) usa escalas de resiliencia/bienestar y entrevistas, y retroalimenta el diagnóstico cuando hay cambios clínicos, riesgos o hitos biográficos.

## **Conexiones transversales (G → todos)**

- **G. Enfoques Transversales** (diferencial, derechos humanos, territorial, **seguridad del equipo**) **inciden en cada fase**: diseño del consentimiento informado; prevención de revictimización; ajustes razonables por género, etnia, orientación, discapacidad; criterios territoriales; y salvaguardas operativas (alertas, duplas, rutas de derivación, bitácoras, evaluación de riesgo para profesionales).
- **4) Interdependencias secundarias (verdes punteados)**
- **B → E**: la intervención clínica/familiar activa de inmediato redes **de apoyo** y derivaciones a salud mental.
- **C → E**: la **transición** anticipa acuerdos con familia/comunidad/servicios, reduciendo la brecha al egreso.
- **D → F**: el logro en **habilidades** se traduce en indicadores de **seguimiento** (adhesión, empleabilidad, permanencia educativa).

#### **Mapeo con los objetivos del modelo (resumen operativo)**

- **A Diagnóstico**: identificar estado emocional, cognitivo, social y clínico; usar HCR-20, START, LS/CMI; evaluación preliberatoria **externa** (psicología/psiquiatría).
- **B Intervención**: abordar afectaciones, fortalecer resiliencia y toma de decisiones; TCC, ACT, restaurativo; **protocolo de crisis** con salvaguardas para el equipo.
- **C Transición**: continuidad intramuros–pospenitenciario; talleres y vínculo anticipado con el beneficiario.
- **D Habilidades**: autonomía y empleabilidad (comunicación, finanzas, tiempo, entrevistas).
- **E Apoyo**: redes familiares/pares/comunitarias; **convenios EPS/IPS** y red pública de salud mental.
- **F Seguimiento**: monitoreo 24 meses, escalas de resiliencia/bienestar, entrevistas con familia/empleadores; intervención oportuna ante riesgo.
- **G Enfoques**: diferencial, DDHH, territorial y **seguridad del equipo** en todo el ciclo.

#### **Cómo usar el diagrama en gestión y evaluación**

- A Diagnóstico: identificar estado emocional, cognitivo, social y clínico; usar HCR-20, START, LS/CMI; evaluación preliberatoria externa (psicología/psiquiatría).
- B Intervención: abordar afectaciones, fortalecer resiliencia y toma de decisiones; TCC, ACT, restaurativo; protocolo de crisis con salvaguardas para el equipo.
- C Transición: continuidad intramuros–pospenitenciario; talleres y vínculo anticipado con el beneficiario.
- D Habilidades: autonomía y empleabilidad (comunicación, finanzas, tiempo, entrevistas).
- E Apoyo: redes familiares/pares/comunitarias; convenios EPS/IPS y red pública de salud mental.
- F Seguimiento: monitoreo 24 meses, escalas de resiliencia/bienestar, entrevistas con familia/empleadores; intervención oportuna ante riesgo.
- G Enfoques: diferencial, DDHH, territorial y seguridad del equipo en todo el ciclo.
- **Conexiones G→\***: auditar incorporación de enfoques (p. ej., % de consentimientos informados completos; % de sesiones con evaluación de riesgos al equipo; % de ajustes diferenciales documentados).
- **Secundarias (verdes):**
- B→E = tasa de derivación efectiva a red comunitaria/salud mental.
- C→E = % de usuarios con red activada **antes** del egreso.
- D→F = % de metas de empleabilidad/autonomías incorporadas al plan de seguimiento.

El proceso de validación del Modelo Integral de Intervención Psicológica para la Reintegración de Pospanados en Medellín no solo permitió comprobar su coherencia técnica y aplicabilidad, sino que abrió un espacio de reflexión crítica sobre los límites y alcances de la práctica psicosocial en contextos marcados por la violencia estructural. Desde una perspectiva de análisis, este resultado pone de

manifiesto que la reintegración no puede ser entendida únicamente como un proceso individual de adaptación, sino como un fenómeno social profundamente condicionado por las desigualdades históricas, la precariedad institucional y los estigmas que persisten sobre la población pospenada.

La evidencia empírica y la literatura especializada en justicia restaurativa y salud mental comunitaria (Coyle, 2005; Montero, 2019; OMS, 2014) coinciden en que los programas de reinserción tienden a fracasar cuando no logran articularse con redes de apoyo comunitario ni generar condiciones reales de sostenibilidad emocional, social y económica. En ese sentido, el modelo validado ofrece una innovación sustantiva al integrar dimensiones clínicas (evaluación y terapia basada en evidencia), sociales (redes comunitarias y acompañamiento en empleabilidad) e institucionales (protocolos de seguridad, gobernanza intersectorial y autocuidado del equipo profesional). Esta triple articulación responde a la necesidad de superar los enfoques asistencialistas y avanzar hacia una praxis psicosocial crítica, informada por el trauma y centrada en los derechos humanos.

La reflexión derivada del proceso de validación pone en evidencia, además, la urgencia de reconocer a los profesionales psicosociales como actores expuestos a altos niveles de vulnerabilidad emocional y física. Tal como lo demostró el caso de Marjorie Kisner Mira —referente ético y empírico de este proyecto—, la ausencia de políticas de protección institucional no solo pone en riesgo la vida de quienes acompañan los procesos de reinserción, sino que también compromete la calidad, continuidad y eficacia de la atención ofrecida. En este sentido, el modelo validado asume una posición política y ética: el bienestar del profesional es condición indispensable para la sostenibilidad del acompañamiento psicosocial.

Otro eje de análisis relevante es el carácter participativo del proceso de validación. La inclusión de profesionales del derecho, la psicología clínica, la salud mental comunitaria y el trabajo social permitió construir un consenso interdisciplinario sobre los protocolos de atención y seguridad. Este enfoque

dialógico y colaborativo materializa los principios de la psicología comunitaria latinoamericana, que plantea la co-construcción del conocimiento como una vía de emancipación frente a la hegemonía de modelos foráneos de intervención (Montero, 2019). Así, la validación se convierte no solo en un proceso técnico, sino en un ejercicio de resistencia epistemológica y de afirmación territorial.

Finalmente, el análisis de las condiciones estructurales que enmarcan la pospenalidad en Medellín —desigualdad, desempleo, fragmentación del tejido social y estigmatización— permite comprender que la reintegración no es un fin, sino un proceso continuo que exige políticas públicas integrales. El modelo validado ofrece, por tanto, una hoja de ruta para articular esfuerzos entre el sistema penitenciario, las redes de salud mental, las instituciones educativas y las comunidades receptoras, avanzando hacia una justicia restaurativa con enfoque de salud mental y derechos humanos (ONU, 2016; APA, 2017).

En suma, este resultado encarna el espíritu del Proyecto Marjorie Kisner Mira: producir conocimiento útil y éticamente comprometido, capaz de transformar prácticas institucionales y de proteger tanto a los beneficiarios como a los profesionales que acompañan su reinserción. La validación del modelo no marca un cierre, sino el inicio de una nueva etapa: la de su implementación territorial, su monitoreo longitudinal y su consolidación como referente latinoamericano en la intervención psicosocial con población Pospenada.

## Referencias

- Aguilar, J. (2020). *Psicología comunitaria y exclusión social*. **Revista Latinoamericana de Psicología**, **52**(1), 23–35. <https://doi.org/10.14349/rfp.2020.v52.n1.3>
- American Psychological Association (APA). (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC: Author.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2004). *The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI)*. Toronto: Multi-Health Systems.

- Coyle, A. (2005). *A Human Rights Approach to Prison Management: Handbook for Prison Staff*. London: International Centre for Prison Studies.
- CEPAL. (2018). *Inclusión laboral de poblaciones vulnerables en América Latina*. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Figley, C. R. (Ed.). (2002). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Montero, M. (2019). *Psicología comunitaria: Principios y aplicaciones*. México: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Salud mental y derechos humanos*. Ginebra: OMS.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2016). *Manual sobre la justicia restaurativa: Programas y prácticas*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2017). *Rehabilitación y reintegración social de personas privadas de libertad*. Oficina contra la Droga y el Delito (UNODC).
- Sarason, S. B. (1981). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence (Version 2)*. Vancouver: Simon Fraser University.
- Webster, C. D., Martin, M. L., Brink, J., Nicholls, T. L., & Middleton, C. (2009). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)*. Hamilton, Ontario: St. Joseph's Healthcare.
- Wilson, J. P., & Drozdek, B. (Eds.). (2004). *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims*. New York: Brunner-Routledge.