Generalitat de Catalunya
Centre d'Estudis Jurídics
i Formació Especialitzada

Ausiàs Marc, 40 - 08010 Barcelona
Tel. 93 207 31 14 - Fax 93 207 67 47
www.cejfe.cat

Àmbit social i criminològic

Ajuts a la investigació 2014

La motivació al canvi dels agressors de parella que realitzen un programa formatiu:

Disseny d'un Pla d'Intervenció Motivacional

Autores

Ana Martínez Catena, Núria Civit Bel, Núria Iturbe Ferré, Alba Muro Marquina i Thuy Nguyen Vo

Any 2015

La motivació al canvi dels agressors de parella que realitzen un programa formatiu:

Disseny d'un Pla d'Intervenció Motivacional

Ana Martínez Catena
Núria Civit Bel
Núria Iturbe Ferré
Alba Muro Marquina
Thuy Nguyen Vo

El Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada ha editat aquesta recerca respectant el text original dels autors, que en són responsables de la correcció lingüística.

Les idees i opinions expressades en la recerca són de responsabilitat exclusiva dels autors, i no s'identifiquen necessàriament amb les del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

Avís legal

Aquesta obra està subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 No adaptada de Creative Commons el text complet de la qual es troba disponible a http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.ca

Així doncs, es permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública del material, sempre que se citi l'autoria del material i el Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (Departament de Justícia) i no se'n faci un ús comercial ni es transformi per generar obra derivada.

Índex

1. Introducció 5

2. Breu marc teòric 7

2.1 La motivació pel canvi en el tractament amb delinqüents 7

2.2. El Model Transteòric de Prochaska i DiClemente 10

3. Objectius 13

4. Metodologia 14

4.1. Procediment 14

4.2 Participants 17

4.3 Instruments 18

5. Resultats 20

5.1 Revisió bibliogràfica exhaustiva 20

5.1.1 Resultats quantitatius derivats de la revisió exhaustiva 20

5.1.2 Resultats qualitatius derivats de la revisió exhaustiva 22

5.1.3 Conclusions rellevants pel disseny del programa motivacional 39

5.2 Pla d'Intervenció Motivacional 40

1. Què és el Pla d'Intervenció Motivacional (PIM)? 42

2. Fonamentació teòrica del PIM 42

3. Estructura, contingut i desenvolupament del PIM 44

4. El paper del professional: característiques i estratègies 49

5. Indicacions per l'avaluació de l'eficàcia 51

6. Manual del terapeuta 52

7. Quadernet d'activitats 82

MÒDUL 1. Hi ha alguna cosa que vulgui canviar? 86

MÒDUL 2. Hi ha alguna cosa que m'ajudi a canviar? 89

MÒDUL 3. Mapa de Ruta 93

MÒDUL 4. No tornar a l'inici. 95

4.1 Exercici: Factors de risc 95
4.2 Exercici: Desenvolupant noves opcions i plans..... 97
6. Conclusions i Propostes 98
7. Limitacions..... 101
8. Referències bibliogràfiques..... 103
9. Annexos..... 116
9.1. Referències bibliogràfiques de la revisió exhaustiva..... 116
9.2. Referències bibliogràfiques de la revisió de tècniques terapèutiques 123
9.3. Escales d'avaluació..... 126

1. Introducció

En l'actualitat es disposa d'un ampli ventall d'intervencions terapèutiques que tenen la seva aplicació pràctica dins de diferents contextos. Entre elles es troben els Programes Formatius en matèria de violència domèstica, els quals són intervencions específiques de reeducació i/o tractament psicològic que proporcionen a l'usuari una sèrie de coneixements facilitadors per a la reinserció a la comunitat. Els seus principals objectius són apropar el subjecte a les conseqüències dels seus actes, tant des de l'àmbit judicial, com des de la repercussió que aquests tenen per a altres individus o grups (víctimes, persones properes, grups de pertinença, etc.), i aportar elements que proporcionin maneres de fer diferents que possibilitin la recerca de solucions alternatives.

L'estudi que es presentarà tot seguit constitueix una continuació de la recerca *Anàlisi de la motivació al canvi en subjectes que han realitzat un programa formatiu en violència domèstica* de 2013 (Civit, Iturbe, Martínez-Catena, Muro, i Nguyen Vo, 2013). En aquest estudi es va avaluar la motivació pel canvi en una mostra d'agressors de parella que realitzava un programa formatiu en matèria de violència domèstica a Girona, en comparació amb una mostra d'agressors de parella que no va rebre cap intervenció terapèutica. Tanmateix, l'objectiu secundari de l'estudi va ser explorar l'existència de diferents perfils psicopatològics d'agressors de parella a la mostra. Com a principals resultats d'aquesta recerca es va veure que els subjectes no es trobaven motivats per iniciar un canvi terapèutic abans de l'inici del programa formatiu, i tampoc milloraven en la seva motivació després de la seva realització. En segon terme, atenent a les característiques clíniques de personalitat dels subjectes, es van identificar tres perfils etiquetats temptativament com a realistes, moderats i negadors, i que van mostrar certes similituds amb els perfils obtinguts en altres estudis internacionals (Chambers i Wilson, 2007). La principal conclusió que es va derivar d'aquest estudi va ser que els subjectes no estaven motivats per a la realització del programa formatiu, la qual cosa podia interferir amb l'eficàcia del PF, tal i com suggereix la bibliografia científica.

Per aquests motius en aquest estudi: *La motivació al canvi dels agressors de parella que realitzen un programa formatiu: Disseny d'un Pla d' Intervenció Motivacional* es pretén aprofundir en els resultats obtinguts en l'anterior projecte i, així, aportar una nova eina de millora. En aquest estudi es presenta un pla d'intervenció dirigit a impulsar la motivació al canvi en subjectes sotmesos a un programa formatiu en matèria de violència domèstica com a mesura penal alternativa. La finalitat del programa motivacional és maximitzar l'eficàcia dels programes formatius en violència domèstica que s'apliquen a Catalunya per a afavorir la reinserció dels agressors.

2. Breu marc teòric

2.1 La motivació pel canvi en el tractament amb delinqüents

Molts professionals creuen que el comportament delictiu és una conducta natural de la societat (Chambliss, 1997; Hulsman, 1997) i que, per tant, canviar-la és, clarament, una tasca difícil. Partint d'aquesta idea es consideraria que els delinqüents són un grup resistent al tractament (Alexander, Robbins, i Sexton, 2000), especialment degut als aspectes motivacionals (Krause, 1966). Tractar als subjectes que no volen canviar o que no participen en el tractament de manera voluntària genera frustració per a tots els individus immersos en la situació terapèutica, tant clients com a professionals.

Però, sens dubte, un dels principals objectius de la societat i dels especialistes implicats en el control i la gestió de la delinqüència és aconseguir la rehabilitació i reinserció dels agressors en la comunitat (Hollin i Palmer, 2009). Per assolir aquest objectiu global és necessari que es produeixi en l'individu un procés complex anomenat canvi terapèutic (Redondo i Martínez-Catena, 2011; Redondo, 2008), que normalment es veurà facilitat per un tractament psicològic. El canvi terapèutic és un procés dificultós on es produeixen tota una sèrie de modificacions, de tipus cognitiu, emocional, actitudinal i conductual en els individus que reben el tractament (Redondo, 2008) i que conduiran a que aquests no tornin a reincidir en el delicte.

Un dels elements que s'han destacat com a facilitadors del canvi terapèutic és que l'individu compti amb una motivació genuïna vers aquest canvi (Andrews i Bonta, 2010; Barbaree i Marshall, 2006; Harkins i Beech, 2007; Hollin i Palmer, 2009; Tierney i McCabe, 2002; Tierney i Mccabe, 2004). Entesa com la probabilitat que té una persona de començar, continuar i mantenir un procés de modificació del seu comportament (Miller, 1985). Malgrat això, la motivació ha estat un component del procés rehabilitador poc explorat i treballat fins a la

última dècada, especialment pel que fa al camp de la delinqüència (Day, Gerace, Wilson, i Howells, 2008).

Afortunadament, es constata que la motivació s'ha considerat en els principals models de la rehabilitació de delinqüents, com és el cas del model amb més èxit en l'actualitat nomenat model de Risc-Necessitats-Responsivitat (R-N-R) de Andrews i Bonta (2010). Aquesta teoria rehabilitadora posa de relleu que per aconseguir els millors resultats d'eficàcia d'un tractament, aquest ha d'incloure tres aspectes: en primer lloc, s'ha de dirigir a subjectes d'alt risc (principi de risc); en segon, ha de centrar-se en les seves principals necessitats criminogèniques (principi de necessitats); i per últim, el tractament s'ha d'individualitzar en funció de les característiques personals i situacionals dels individus (principi de responsivitat) (Andrews i Bonta, 2010; Andrews i Dowden, 2007).

Específicament, el principi de responsivitat pot referir-se a dos tipus de factors: els externs a l'individu i els interns. Pel que fa a les variables externes al delinqüent, a tenir en compte per l'aplicació del tractament, s'han posat de relleu factors com les habilitats del terapeuta i les seves característiques, la baixa qualitat de la relació terapèutica o la inadequació del contingut del programa de tractament. En quant als factors interns es destaca: les característiques sociodemogràfiques dels delinqüents (sexe, edat, ètnia, etc.), la seva capacitat intel·lectual i les estratègies cognitiu-conductuals que utilitzen, el nivell educatiu i les seves capacitats lecto-escriptores, l'estat d'ànim, la presència de trastorns mentals i, finalment, la motivació pel canvi de conducta (McMurran, 2009).

Tanmateix, la segona teoria de la rehabilitació més rellevant de l'actualitat, tot i que fonamentada en la Psicologia humanístico-existencialista dels anys setanta, el Model de les vides satisfactòries de Ward (2002) també considera en la seva formulació els aspectes motivacionals com a disposició indispensable. A grans trets aquest model de rehabilitació considera que per reinserir a l'individu en la societat cal dotar-lo de les eines que siguin

necessàries per a que visqui una vida més satisfactòria. Per això la disposició per a la rehabilitació per part de l'agressor és una pre-condició necessària pel tractament (Gannon, Terriere, i Leader, 2012; Ward i Mann, 2004; Ward, Vess, Collie, i Gannon, 2006).

Com pot derivar-se de l'exposat amb anterioritat, l'estudi científic del fenomen delictiu i, en concret, de la violència domèstica, que s'ha desenvolupat durant les últimes dècades, ha generat un ampli coneixement sobre les seves característiques pròpies del fenomen i de les principals parts implicades, la víctima i l'agressor. Els resultats d'aquests estudis han permès aprofundir en la topografia del desenvolupament del delicte, les principals característiques de personalitat o psicopatològiques, de víctimes i agressors, etc., atès que són aspectes tradicionalment més fàcils d'avaluar i d'atendre en l'aplicació dels tractaments (Browne, 1989; Echeburúa i Fernández-Montalvo, 2009; Echeburúa i Redondo, 2010). En canvi, els factors motivacionals presenten major dificultat de conceptualització i avaluació, fet que ha condicionat la recerca i l'avanç en aquest camp (Civit et al., 2013).

Tot i això, una revisió dels estudis existents sobre motivació al canvi i tractament, que es comentarà aquí molt breument[1], permet concloure que existeix una correlació positiva entre un nivell més elevat de motivació al canvi i major eficàcia terapèutica (August i Flynn, 2007; Bowen i Gilchrist, 2004; de Oliveira Júnior i Malbergier, 2003; Pelissier, 2007; Terry, 2001; Tierney i McCabe, 2002). Tanmateix, s'ha trobat que el nivell de motivació està també relacionat positivament amb l'adherència al tractament (Arce, Fariña, i Suárez, 2005; Callaghan et al., 2005; Chang i Saunders, 2002; Daly, Power, i Gondolf, 2001; Scott i Wolfe, 2003) i amb una menor probabilitat d'abandonament prematur de la intervenció (Eckhardt, Babcock, i Homack, 2004; Pelissier, 2007). I finalment, alguns estudis han posat de relleu la necessitat d'adaptació del tractament als nivells motivacionals de l'individu (Clarke i Carter, 2000;

[1] Per una revisió més ampliada sobre els aspectes teòrics de la motivació al canvi, la seva relació amb el tractament en delinqüència així com sobre els estudis relacionats amb els agressors de parella es recomana Civit et al. (2013)

Eckhardt, Babcock, i Homack, 2004; Hanson, 2000; citats en Tierney i McCabe, 2004)**.**

En definitiva, pel que es refereix al tractament dels agressors de parella s'ha establert una relació positiva entre l'èxit del programa i que els individus siguin conscients del seu problema, assumeixin la seva responsabilitat, i estiguin motivats per participar i finalitzar la intervenció (Echeburúa i Amor, 2010; Helton, 2011; Jewell i Wormith, 2010).

2.2. El Model Transteòric de Prochaska i DiClemente

És d'especial interès per aquest estudi la formulació teòrica sobre motivació al canvi proposada per Prochaska i DiClemente, a partir del 1982, el Model Transteòric de canvi (Casey, Day, i Howells, 2005; Prochaska, Velicer, DiClemente, i Fava, 1988). Tot i que s'ha d'esmentar que a la bibliografia científica hi ha altres conceptualitzacions teòriques sobre la motivació pel canvi (Bandura, 1977; Becker, 1974; Fishbein i Ajzen, 2010; Glanz, Rimer, i Viswanath, 2008; Mullan i Westwood, 2010; Plotnikoff et al., 2010; R. W. Rogers, 1975; Rosenstock, 1974; Schunk i Pajares, 2004).

El model transteòric integra tres dimensions interrelacionades (Prochaska, DiClemente, i Norcross, 1992): estadis de canvi, processos de canvi i nivells de canvi, que a continuació s'explicaran breument.

L'estructura més coneguda i utilitzada d'aquest model es correspon als *estadis de canvi*, o fases de motivació a través de les quals l'individu va avançant (Norcross, Krebs, i Prochaska, 2011; Prochaska et al., 1988). Aquests estadis són: *1) Precontemplació:* el subjecte no és conscient de la presència d'un problema i, en conseqüència, no hi ha desig de canvi; *2) Contemplació:* apareix la consciència de problema inicial i, amb ella, un desig d'iniciar un canvi; *3) Acció:* el subjecte realitza accions clarament dirigides a solucionar el seu problema i ja ha assolit alguns èxits; i 4) *Manteniment:* l'individu ha aconseguit modificar la seva conducta i utilitza estratègies per evitar una recaiguda.

Es considera una estructura dinàmica en la que els individus poden oscil·lar d'un estadi a un altre, avançant o retrocedint al llarg d'un tractament, sense seguir, necessàriament, la mateixa seqüència d'estadis.

A grans trets, una de les afirmacions bàsiques del model transteòric, pilar de la present investigació i de l'anualitat anterior (Civit et al., 2013), és que si el subjecte accepta voluntàriament realitzar un tractament, ha d'estar situat a l'estadi de Contemplació o Acció i que, a mesura que avança el tractament, la persona anirà evolucionant d'estadi a estadi (Diez, Brines, i Chapa, 2001).

La segona estructura correspon als *processos de canvi* que són les diferents activitats o comportaments, visibles o no, que els individus solen utilitzar per modificar els seus problemes. Aquests es consideren els autèntics promotors del canvi i ajuden a entendre com es produeix un canvi intencionat (Prochaska et al., 1988), són per exemple: l'augment *de la conscienciació,* la a*utoreavaluació,* la *reavaluació ambiental,* el *maneig de contingències,* les *relacions d'ajuda,* etc.

Per últim trobaríem els **nivells de canvi**, que consisteixen en els diferents contextos o àmbits de la vida en els quals s'ha de produir el canvi (Prochaska et al., 1992). Concretament aquests són: el *nivell situacional,* el *cognitiu,* l'*interpersonal,* l'*intrapersonal* i els *conflictes interpersonals*.

Tot i que l'aplicació del model de Prochaska i DiClemente al camp de la delinqüència encara pot considerar-se reduïda, comença a ser notòria la seva aplicació en l'avaluació i el tractament d'infractors vials que condueixen sota els efectes de substàncies tòxiques (Nochajski i Stasiewicz, 2005; Wells-Parker, Kenne, Spratke, i Williams, 2000), delinqüents empresonats (Mcmurran, Theodosi, i Sellen, 2006), delinqüents juvenils (Hemphill i Howell, 2000), maltractadors de parella (Alexander i Morris, 2008; Echeburúa, 2013; Norcross et al., 2011; Scott i Wolfe, 2003; Subirana-Malaret i Andrés-Pueyo, 2013), i agressors sexuals (Tierney i McCabe, 2002; Tierney i Mccabe, 2004). A més a més, sense oblidar que aquest model compte amb l'aval de nombroses

aplicacions i publicacions en el camp del tractament de conductes abusives, com són el consum de tabac, alcohol o altres drogues, i d'altres problemàtiques com trastorns alimentaris, esquizofrènia, trastorn bipolar, estrès psicològic, conducta suïcida, estrès posttraumàtic, trastorns alimentaris, ansietat, depressió i altres (Norcross et al., 2011).

El model de Prochaska i DiClemente constitueix, en primera instància, una conceptualització global del procés de canvi terapèutic. Però, a més, pot ser una eina útil per avaluar la motivació individual pel canvi de conducta, permetent adaptar la intervenció al moment motivacional de cada participant (August i Flynn, 2007; Civit et al., 2013; Redondo i Martínez-Catena, 2011), aconseguint així la màxima eficàcia del programa d'intervenció.

3. Objectius

La finalitat principal d'aquest estudi és dissenyar un Pla d'Intervenció Motivacional per a homes condemnats a la realització d'un programa formatiu en violència domèstica.

Per tal d'assolir aquest propòsit, es plantegen els següents objectius:

1. Realitzar una recerca bibliogràfica dels estudis científics especialitzats que existeixen a nivell nacional i internacional en relació a la intervenció motivacional. Revisar i analitzar a detall les diferents tècniques i intervencions motivacionals disponibles. La finalitat d'aquest objectiu és conèixer amb detall els tipus d'intervencions motivacionals que es realitzen per a tenir una base teòrica sòlida a l'hora de dissenyar el programa motivacional.

2. Continuar la recollida de dades per tal d'ampliar la mostra obtinguda durant l'anualitat 2013.

3. Dissenyar el Pla d'Intervenció Motivacional (PIM).

4. Metodologia

4.1. Procediment

El primer subobjectiu d'aquest estudi és la revisió exhaustiva de totes les tècniques i intervencions motivacionals existents a la bibliografia científica especialitzada a nivell nacional i internacional.

Per la localització d'aquesta informació, es van rastrejar tots els articles publicats sobre motivació al canvi i tractament a la literatura científica. Aquesta recerca bibliogràfica es va realitzar mitjançant les principals bases de dades electròniques disponibles en psicologia, criminologia i delinqüència: *Psycinfo* i *Sage,* així com a la interfície d'Internet *Google Schoolar.* Per obtenir un nombre d'articles prou ampli per revisar, alhora que exhaustiu, es van introduir diversos termes clau sense cap limitació temporal, és a dir, s'han revisat tots els articles que disposen les bases de dades de revistes científiques sobre aquesta matèria. A més, aquesta recerca no va ser limitada només a les publicacions relacionades amb l'àmbit de la conducta violenta sinó, també, amb altres àrees del comportament on s'han aplicat programes o intervencions motivacionals. A continuació, la Taula 1 detalla les cerques realitzades mitjançant aquest procediment:

Taula 1. Paraules clau utilizades i número de documents trobats en la recerca bibliogràfica en bases de dades especialitzades

Paraula clau	*Número de documents trobats*
Motivation	56.221
Motivation to change	728
Motivation to change & treat*	**169**
Motivation to change & enhance*	**28**
Readiness to change	1015
Readiness to change & treat*	**275**
Readiness to change & enhance*	**30**
Motivation enhancement	407
Motivation enhancement &treat*	**113**
Motivation enhancement program	**22**
Motivational training	392
Motivational training program	**40**

Nota: Les paraules indicades en negreta es corresponen als articles que han estat revisats.
Font: elaboració pròpia

Els articles seleccionats per fer una primera revisió mitjançant la lectura del seus resums, són els que es corresponen a les següents cerques: “Motivation to change & treat*”; “Motivation to change & enhance*”; “Readiness to change & treat*”; “Readiness to change & enhance*”; “Motivation enhancement &treat*”; “Motivation enhancement program”; i “Motivational training program”. En primer terme es van revisar els resums de 677 articles, per tal de seleccionar els més rellevants per a la seva lectura. El nombre final d’articles que s’han treballat en profunditat ha estat de 58, atès que la major part dels resums d’articles revisats se centraven en altres temes no relacionats amb el nostre projecte, com per exemple: diferents postures teòriques sobre motivació, l’estructura factorial de l’escala URICA, etc creació (veure relació d’articles revisats a l’Annex 7.1).

A més, s’han treballat en profunditat tres llibres clau per desenvolupar el nostre estudi:

Day, A., Casey, S., Ward, T., Howells, K., i Vess, J. (2010). *Transitions to Better Lives: Offender Readiness and Rehabilitation* (p. 318). Cullompton, Devon: Willan Publishing.

Miller, W.R. i Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional.* Barcelona: Paidós.

Miller, W.L., Zweben, A., DiClemente, C., Rychtarik, R.G. (1999). *Motivational Enhancement Therapy*. Maryland: NIH.

Per a la sintetització d’aquests estudis i facilitar l’adquisició de conclusions, es van generar taules resum de la informació més rellevant de cada article. Amb l’objectiu de trobar les diferents tècniques motivacionals utilitzades internacional i nacionalment, així com les seves característiques i els seus resultats d’eficàcia. Finalment, una altre taula de comparació va ser generada per tal d’extraure les conclusions més rellevants de la literatura revisada.

Un cop finalitzada aquesta cerca bibliogràfica, la qual va permetre conèixer les diferents intervencions disponibles per establir la base teòrica del programa motivacional en disseny, es va procedir a una segona revisió bibliogràfica. Aquesta segona cerca bibliogràfica tenia la finalitat de revisar tècniques i exercicis concrets d'intervenció procedents de la psicologia general, aplicada, psicologia social, psicoteràpia, etc., idonis pel programa de motivació a dissenyar. Amb aquest objectiu també es va realitzar una cerca concreta a les bases de dades *Psycinfo* i *Sage,* així com a la interfície de Internet general i a *Google Schoolar.* Així mateix, per ampliar els resultats es va optar per revisar manualment tots els llibres de la biblioteca de la Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona, seleccionant per una lectura més detinguda aquells relacionats amb els mòduls del programa en creació (veure relació de llibres revisats a l'Annex 7.2).

Per la realització del segon objectiu, desenvolupat paral·lelament a la resta d'objectius d'aquest estudi, es van realitzar les dues primeres fases del treball empíric: recollida i introducció de dades.

El primer pas que es va realitzar va consistir de nou en la comunicació i explicació del projecte al coordinador i membres de l'equip d'Execució de Mesures Penals Alternatives de Girona. De la mateixa manera que a l'anterior projecte els membres de l'equip van oferir una gran ajuda durant la fase del treball de camp.

Posteriorment, es van dur a terme reunions de coordinació regulars per tal de tenir coneixement en tot moment de la previsió de realització de programes formatius. Tanmateix, es va informar a les entitats formadores (ADIPS i TD3 terapeutes) per tal d'obtenir la seva col·laboració durant la fase de recollida de dades.

La recollida de dades i l'obtenció de la mostra depenen de variables directament relacionades amb el funcionament del Servei de Mesures Penals Alternatives. Resulta necessari, en aquest punt, fer una breu síntesi de la

planificació de programes formatius que s'han dut a terme en el marc de les Mesures Penals Alternatives de la província de Girona durant l'any 2014.

L'any 2014 ha estat marcat per la licitació pública en l'adjudicació de les entitats responsables de dur a terme els programes formatius. Aquesta licitació s'ha publicat el mes de juny de 2014 i ha condicionat, junt amb l'aprovació de pressupostos, la planificació dels programes.

Amb tot, s'han dut a terme dos programes formatius durant el primer semestre de l'any, mentre que a l'octubre s'han iniciat 5 programes. La manca de previsió en la realització de programes té com a conseqüència que els penats que tenen programes formatius imposats no siguin assignats als delegats i, per tant, no siguin entrevistats per un delegat ni s'administri la passació de proves que constitueix la recollida de dades del nostre estudi.

D'altra banda, la planificació precipitada dels programes formatius durant el darrer trimestre de l'any ha suposat moltes dificultats per la recollida de dades, el temps curt entre l'entrevista i l'inici del programa ha fet que es perdessin molts subjectes per qüestions logístiques.

La selecció de la mostra va venir determinada pels ritmes de treball del servei, tot atenent que l'objectiu d'aquest estudi era ampliar la mostra ja existent, les limitacions temporals pel desenvolupament de l'estudi, i la voluntat d'interferir el mínim possible en el treball del Servei d'Execució de Mesures Penals Alternatives, així com en la pròpia execució de les mesures en els individus.

4.2 Participants

La mostra de la recerca de 2013 va quedar formada per 116 homes condemnats a complir una mesura penal alternativa de programa formatiu en Violència Domèstica (VIDO). Després de les tasques de depuració de dades la mostra va quedar reduïda a 71 homes, sent el grup experimental format per 48

subjectes que varen participar en el programa formatiu VIDO i 23 subjectes que no varen realitzar el programa formatiu VIDO durant la investigació.

Durant la present anualitat per tal d'aconseguir l'objectiu d'ampliar la mostra i tenint en compte les circumstàncies anteriorment exposades, s'han aplicat els instruments d'avaluació a 39 agressors de parella condemnats a la mesura penal alternativa de Programa Formatiu VIDO.

De manera que actualment comptem amb 39 subjectes més a sumar a la mostra de l'anualitat anterior; aquests estan distribuïts en grup control i grup experimental, tal i com mostra la següent taula:

Taula 2. Subjectes avaluats a data 15 de novembre de 2014

	Grup Experimental		**Grup Control**	
	2013	**2014**	**2013**	**2014**
Pre-tractament	48	15	23	24
Post-tractament	48	4	23	11
Total provisional	63		47	

Font: Elaboració pròpia

En el present any, tal i com va ocórrer amb la mostra de la recerca de 2013, s'ha produït una pèrdua de subjectes que inicialment conformaven la mostra per raons alienes a la voluntat de les investigadores, és a dir, abandonaments dels subjectes durant el programa formatiu, negativa a continuar participant en la investigació, ingressos a presó dels subjectes, entre d'altres.
Tanmateix, la finalitat de l'equip investigador és continuar amb l'aplicació dels instruments d'avaluació de forma ininterrompuda a fi de pal·liar els efectes de la mort de la mostra.

4.3 Instruments

Per tal d'ampliar la grandària de la mostra de la recerca de l'any 2013 afavorint la continuïtat entre aquest estudi i l'anterior, en aquesta recerca es van utilitzar els mateixos instruments psicològics:

- Per la valoració de l’estadide motivació al canvi es va utilitzar l'Escala de Motivació al Canvi (escala URICA) (McConnaughy, Prochaska, i Velicer, 1983). Aquesta escala és un autoinforme que consta de 32 ítems amb resposta de tipus Likert que avalua els quatre estadis de canvi postulats pel model transteòric de Prochaska i DiClemente: precontemplació, contemplació, acció i manteniment.
- El segon instrument utilitzat per avaluar les característiques de personalitat psicopatològiques va ser l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI) en la seva versió screening. Aquest instrument va ser construït per Leslie C. Morey (1991) i adaptat recentment a l'espanyol per TEA Ediciones, i compta amb gran rellevància en l'avaluació clínica en l'àmbit forense. La prova consta de 22 escales: 4 de validesa, 11 clíniques, 5 de consideracions pel tractament i 2 de relacions interpersonals.

5. Resultats

5.1 Revisió bibliogràfica exhaustiva

5.1.1 Resultats quantitatius derivats de la revisió exhaustiva

Inicialment es van revisar 677 resums d'articles científics seleccionats de les diferents bases de dades electròniques. D'aquests 64 van ser els únics articles rellevants en quant als objectius d'aquesta recerca. D'aquests articles 23 corresponen a estudis empírics, 21 amb anàlisis de mostres experimentals, 6 es relacionen a estudis vinculats al Projecte Match (que es descriurà amb més detall més endavant), i la resta van ser estudis de caire més qualitatiu.

Pel que es refereix als estudis empírics consistents en aplicacions d'algun tipus de intervenció motivacional a mostres de subjectes amb problemàtiques diverses. En total 2.852 subjectes van ser avaluats, una mitja de 142,60 individus (mínim 1/ màxim 539 subjectes). No obstant això, només en 6 articles l'estudi compte amb un grup de comparació. En quant a la problemàtica dels casos deu estudis tracten sobre consum de drogues, set sobre trastorns psiquiàtrics, dos sobre violència domèstica, dos sobre delictes violents, un sobre trastorns alimentaris i un estudi sobre dolor crònic.

En relació al principal objectiu d'aquesta revisió, conèixer i identificar els programes o tècniques motivacionals més utilitzats a la comunitat científica, es va obtenir que 11 estudis utilitzaven el *Motivational Enhancement Therapy (MET)* (Miller et al., 1999) i 5 utilitzaven la *Entrevista Motivacional* de Miller i Rollnick (1999) o una adaptació d'aquesta. La resta d'estudis empraven teràpies motivacionals dissenyades *ex professo* utilitzant per exemple tècniques com el balanç motivacional, qüestionaris motivacionals seguits de tècniques cognitiu-conductuals, BMI (Brief Motivational interventions), facilitar informació dels tractaments disponibles, etc.

Quant a la base teòrica utilitzada es va constatar que la majoria dels programes motivacionals es fonamenten en el model transteòric de Prochaska

i DiClemente (14 estudis) i en l'Entrevista Motivacional (4 estudis). A més, com a programa de tractament complementari i consecutiu al motivacional s'utilitzaven programes fonamentats en el model cognitiu-conductual.

Pel que es refereix a la duració dels programes aquests s'estructuren entorn a un mínim d'una sessió i un màxim de sis. Els professionals dedicats a l'aplicació del programa són en la majoria dels casos psicòlegs clínics entrenats en la teràpia motivacional, seguit d'altres professionals amb experiència pràctica. La taxa mitja d'abandonament dels programes és de 19.97% (desviació estàndard de 8.59). Atenent als resultats obtinguts per aquests estudis la majoria obtenen resultats positius (13 estudis), però només cinc d'ells van identificar canvis a llarg termini i cinc més a curt termini. Quatre estudis van obtenir resultats ambivalents, i només dos d'ells van informar de resultats negatius derivats del programa. En dos estudis no es van reportar resultats d'eficàcia.

Un altre objectiu important per aquest estudi era determinar quins instruments d'avaluació de la motivació s'utilitzen habitualment en el marc de les intervencions motivacionals. En cinc dels estudis s'utilitza l'escala URICA (McConnaughy et al., 1983) en combinació amb altres instruments destinats a avaluar l'estat de la problemàtica diana, un altre utilitza l'escala SOCRATES (Miller i Tonigan, 1996), un va dissenyar un instrument motivacional propi que no s'especifica, nou van utilitzar altres tipus d'instruments no motivacionals i dos no en van utilitzar cap.

Finalment, destacar que tots els estudis compten amb avals científics com poden ser que troben resultats coherents amb altres estudis previs o amb la literatura, però, així mateix, compten amb importants limitacions com la falta de grups controls en molts d'ells, la no aleatorització dels subjectes, l'existència de patologies duals, etc.

5.1.2 Resultats qualitatius derivats de la revisió exhaustiva

- *La Entrevista Motivacional (Miller i Rollnick, 1999)*

L'entrevista motivacional s'ha constituït com l'eina més estesa i generalitzada per tal de treballar la motivació pel canvi (Miller i Rollnick, 1999). Si bé el text ofereix un elevat nombre de recursos i tècniques, la seva pedra angular no és sinó una filosofia de fons per treballar la consecució dels canvis conductuals que dista molt de la confrontació i els mètodes coercitius que s'havien utilitzat clàssicament.

L'entrevista motivacional ofereix un punt de partida en el que el subjecte deixa de ser un agent passiu que rep ordres o pautes que ha de seguir per convertir-se en un agent actiu que pren part del procés de canvi, erigint-se'n el protagonista i construint-lo des dels propis recursos. En aquesta nova assignació de rols, el terapeuta és un respectuós acompanyant que ofereix alternatives o re-significa aquelles qüestions que el subjecte posa de manifest implícita o explícitament.

L'ambivalència i el paper que aquesta desenvolupa en el procés de canvi són considerats, segons aquesta perspectiva, el nucli del problema quan s'observa una resistència a canviar. És per aquest motiu que els esforços se centraran en fer conscient el dilema als ulls del subjecte, així com les conseqüències que es deriven tant del manteniment de l'actual conducta com d'un hipotètic canvi en la mateixa. Es creu que si en aquest procés de presa de consciencia es detecta una discrepància entre la conducta actual i els objectius del subjecte, aquesta es podrà clarificar i ampliar fins a convertir-se en un motiu pel canvi que neixi de les prioritats i desitjos del subjecte, i no de les exigències o voluntats externes a ell. Resulta obvi que aquest tipus de motivació serà molt més poderosa pel subjecte, en la mesura que donarà resposta a les seves pròpies expectatives.

L'entrevista motivacional compta amb 5 principis generals que el terapeuta no pot perdre de vista si vol ser fidel a l'estil constructivista i centrat en el subjecte que aquesta perspectiva defensa: 1) expressar empatia, 2) crear discrepància, 3) evitar la discussió, 4) donar un gir a la resistència, i 5) fomentar l'autoeficàcia.

Per tal d'acompanyar en el procés de canvi, el terapeuta haurà *d'expressar l'empatia*, fent gal•la no tan sols d'una acceptació facilitadora del canvi sinó també d'una adequada escolta reflexiva. Aquesta actitud passa per intentar deduir el que la persona vol dir sense caure en el judici del discurs que faci conscient el procés que està duent a terme el subjecte. L'empatia del terapeuta ha de tenir com a objectiu la resposta als punts de vista del pacient de forma comprensiva, global i vàlida.

D'acord amb l'objectiu de superar l'ambivalència, el terapeuta intentarà *crear una discrepància* que se sustenti en les raons pròpies del subjecte per canviar i com aquestes es veuen parcial o totalment bloquejades per la conducta actual. *Evitar la discussió* és potser un dels principis més característics de l'entrevista motivacional. Les discussions es consideren contraproduents i fomentadores de defensivitat, i la defensa acèrrima d'un argument per part del subjecte es viu tan sols com un símptoma. Es considera que la resistència és un indicador de la necessitat de canviar d'estratègia. Per tal de *donar un gir a la resistència* es practica l'enginyós concepte de "judo psicològic", segons el qual un atac mai s'afronta amb una oposició directa, sinó que més aviat s'utilitza el propi moment de l'atacant per treure avantatge.

L'últim dels principis generals de l'Entrevista Motivacional, i potser un dels més rellevants per tal que es produeixi el canvi és el que consisteix en *fomentar l'autoeficàcia*, atès que dóna resposta a un dels objectius generals de l'entrevista motivacional, que és el d'augmentar les percepcions dels subjectes sobre la seva capacitat per fer front als obstacles i tenir èxit en el canvi.

Si bé els principis generals són conceptes transversals en l'aplicació de l'entrevista motivacional, aquesta aplicació es pot dividir en dues fases

diferenciades. En la primera es construeix la motivació pel canvi, mentre que en la segona s'enforteix el compromís per aquest canvi. Per descomptat, cadascuna d'aquestes fases requereix d'unes estratègies diferents, sense perdre mai de vista els principis rectors esmentats anteriorment.

Per tal d'articular la primera fase, en la que es construeix la motivació, és necessari que el terapeuta eviti caure en trampes que podrien interferir en el procés, com pot ser entrar en una dinàmica en la que el terapeuta formula preguntes que el subjecte respon de forma breu, adoptant una actitud passiva i expectant, o bé la de caure en la necessitat de donar resposta a tot com a "expert". Amb l'objectiu d'establir una dinàmica adequada que previngui l'aparició d'aquest tipus de trampes l'entrevista motivacional posa molt èmfasi en les estratègies inicials, derivades en gran mesura de la teràpia centrada en el pacient, amb la clara aportació de l'estratègia consistent en provocar afirmacions automotivadores, que és una potent eina per tal de resoldre l'ambivalència.

D'entre les eines característiques de l'entrevista motivacional per resoldre l'ambivalència es troba el balanç decisional. La construcció d'aquest balanç per part del subjecte permet concretar i detallar tant els aspectes de canvi com les preocupacions que el bloquegen. L'especificació d'aquests aspectes dóna peu a la predicció de les conseqüències, fet fonamental si es pot donar resposta a l'ambivalència.

Una altra de les característiques fonamentals i definitòries d'aquesta perspectiva és la utilització del feedback personalitzat. El perquè de la importància d'aquesta eina és una de les definicions centrals de la motivació pel canvi segons aquest enfocament, que versa el següent: "la motivació pel canvi es produeix quan la persona percep una discrepància entre el moment en que es troba i el lloc on vol arribar". Així doncs, un feedback personalitzat no només farà palès que el subjecte no es troba allà on vol ser, sinó que també serà el resultat d'una curosa avaluació prèvia. Aquest feedback pot esdevenir el punt de transició entre la fase de construcció de la motivació i la de compromís amb el canvi.

El maneig de la resistència és un altre dels aspectes claus en l'aplicació de l'entrevista motivacional. Des de la certesa que els moments més elevats de resistència es produiran durant la fase intermèdia del procés, reconèixer l'aparició de la mateixa és el primer pas per combatre-la. Són nombroses les eines per fer front a la resistència, si bé és sabut que aquesta és una de les tasques més complicades amb les que es pot trobar el terapeuta.

Un cop s'ha construït la motivació pel canvi és hora d'adquirir el compromís per canviar. S'ha de prendre la decisió. La tasca del terapeuta rau, en aquesta fase, en detectar els indicadors de disponibilitat del subjecte per tal de proposar el compromís pel canvi com a nou objectiu. L'entrevista motivacional però, contempla tots els aspectes que se succeeixen a aquest compromís, entenent que el procés de canvi pot comptar amb recaigudes o passos enrere que han de servir per consolidar tots aquells aspectes que s'han plantejat i treballat anteriorment.

Atès que l'entrevista motivacional analitza el procés de canvi des d'un model centrat en els estadis de canvi, es considera que aquest procés culmina en la transició cap a l'estadi d'acció. Per tal de provocar el compromís que desencadeni aquesta transició és necessària l'aprovació del subjecte, l'acceptació del pla i la decisió dels passos immediats a dur a terme. Per descomptat, no s'oblida la presència de la fase de manteniment ni la prevenció de recaigudes, si bé es considera que una correcta aplicació de l'entrevista motivacional haurà aprovisionat al subjecte d'un nivell prou elevat d'autoeficàcia i recursos com perquè faci front de forma pràcticament autònoma a aquest tipus de contratemps.

L'entrevista motivacional es presenta com una perspectiva vàlida per tot tipus de processos de canvi. No es pot obviar, però, que ha estat testada principalment en àmbits com la deshabituació de substàncies, de manera que calen adaptacions per aplicar-la a altres àmbits.

- *La "Motivational Enhacement Therapy (MET)"*

De la revisió exhaustiva es va concloure que la teràpia més utilitzada en la major part dels estudis va ser la *Motivational Enhacement Therapy (MET)* (Abo Hamza, 2011; Anton et al., 2005; Buckner i Carroll, 2010; Buckner, Ledley, Heimberg, i Schmidt, 2008; Carroll et al., 2007; Clive, 2005; Galloway, Polcin, Kielstein, Brown, i Mendelson, 2007; Newman, 1994; Roffman, Edleson, Neighbors, Mbilinyi, i Walker, 2008; Touyz, Thornton, Rieger, George, i Beumont, 2003; Walker et al., 2011; etc.) . El MET és una teràpia derivada de l'Entrevista Motivacional i la Teràpia Motivacional, utilitzat en el conegut Projecte Match. El MET es una teràpia limitada a quatre sessions, basada en una perspectiva d'assessorament que pretén ajudar als individus a resoldre la seva ambivalència vers la vinculació al tractament i l'abandonament del seu consum. Els seus objectius no són ajudar pas a pas a l'individu en el procés de recuperació, sinó evocar un canvi motivacional intern de manera ràpida. Aquesta teràpia consisteix en una primera sessió d'avaluació, seguida de dos o quatre sessions individuals amb el terapeuta. A la primera sessió es proporciona un feedback al pacient, estimulant la discussió sobre els motius personals del consum d'alcohol i provocant arguments auto-motivacionals. S'utilitzen els principis de l'Entrevista Motivacional per enfortir la motivació i construir un pla de canvi. En el casos d'alt risc se suggereixen estratègies d'afrontament que són discutides amb el pacient. En la resta de sessions el terapeuta fa un seguiment del canvi, controla les estratègies que està utilitzant l'individu per no consumir i continua motivant-lo per aconseguir l'èxit en el canvi i l'abstinència. A vegades els pacients són motivats per portar a teràpia altres persones significatives que puguin donar-los suport.

D'entre el conjunt d'estudis revisats molts d'ells utilitzen com a base teòrica fonamental l'Entrevista Motivacional i el MET, per a dissenyar programes motivacionals propis adaptant-los a les seves necessitats. Per exemple el grup del *Center for Health and Behavior*, Syracusa (Nova York) va desenvolupar un manual per una intervenció motivacional de quatre sessions sota la perspectiva de l'Entrevista Motivacional destinada al tractament de pacients psiquiàtrics

amb comorbiditat per trastorns d'abús a substàncies (Carey, Purnine, Maisto, i Carey, 2001). Les avaluacions d'aquesta intervenció van ser positives (Carey, Purnine, Maisto, i Carey, 2002).

Aquest protocol s'ha continuat desenvolupant i millorant, mitjançant la seva ampliació a 12 sessions d'una duració d'aproximadament 20-30 minuts, aplicades per un terapeuta format en MET. A continuació s'ofereix una breu descripció d'aquesta teràpia motivacional (Carey, Leontieva, Dimmock, Maisto, i Batki, 2007):

SESSIÓ 1: Escales d'importància i confiança

- Estableix que el terapeuta està interessat en la perspectiva del pacient, ajuda a identificar i recolzar els objectius de canvi del pacient (*autoeficàcia*).
- Es mostren gràfiques de termòmetres per representar la importància i la confiança de l'individu en si mateix.
- Utilitzen dues figures: abandonament conducta – disminució conducta (representant dos nivells diferents de preparació al canvi).

SESSIONS 2 i 3: *Retroalimentació* personalitzada

- L'objectiu és donar a conèixer el grau de consum i els problemes actuals i desenvolupar la discrepància.

SESSIÓ 4: Balanç decisions

- Utilitzada per explorar *l'ambivalència* sobre el canvi i desenvolupar la discrepància entre els avantatges (pros) i els desavantatges (contres) de continuar consumint.
- Promou el pensament causa-efecte.

Taula 3. Exemple d'exercici de balanç motivacional

Coses bones de beure	Coses no tan bones de beure
Coses bones el consum	Coses no tan bones sobre el consum

Font: Carey et al., 2007.

SESSIÓ 5: Sessió flexible

SESSIÓ 6: Revisió anteriors sessions

SESSIÓ 7: *Objectius personals*

- Avaluació dels esforços personals aconseguits amb les seves conductes.
- S'introdueix a través de: "*Sovint la gent té objectius a les seves vides – coses bones que ells esperen que els hi succeeixi en el futur".*
- Es promou a cada pacient a generar entre 2 i 4 objectius i explicar la importància de cadascun.

Taula 4. Exemple d'exercici d'establiment d'objetius de canvi

Quines coses desitja per al seu futur proper? En les següents setmanes o mesos	**Si tu disminuïssis o abandonessis el consum, quin efecte tindria per aconseguir el teu objectiu?**
Objectiu 1	Seria més fàcil per arribar a l'objectiu No hi hauria cap diferència Seria més difícil arribar a l'objectiu

Font: Carey et al., 2007.

SESSIONS 8 i 9: Següents passes

- Els objectius són més efectius quan són específics, difícils encara d'aconseguir i pròxims.
- Aquesta sessió es divideix en dues parts d'aproximadament 20-30 min. La primera part se centra en l'ajust dels objectius i en identificar els passos concrets que l'ajudaran a aconseguir els objectius. La segona part es fa una breu revisió dels objectius identificats i perquè aquests són importants.

SESSIONS 10,11 i 12: Revisió, sessió flexible, resum

Les últimes sessions de la intervenció es destinaran a revisar i concloure els aspectes més rellevants.

En el cas de Buckner, Ledley, Heimberg, i Schmidt (2008), van presentar els resultats del tractament motivacional fonamentat en MET aplicat en un cas únic d'un home de 33 anys amb trastorn d'ansietat social i de consum d'alcohol. L'Estructura del seu programa consistia en:

- 1ª fase: El terapeuta treballa amb el pacient per augmentar la motivació al canvi utilitzant tècniques com reforçar *l'autoeficàcia* i crear *discrepàncies entre les conseqüències* del consum d'alcohol per part del pacient i com vol viure la seva vida.
- 2ª fase: MET-Tractament Cognitiu Conductual (TCC): Desenvolupar *plans de canvi* en relació a les conductes de beguda, incloent maneres de disminuir el consum en general, consum en situacions socials i consums per regular reaccions ansioses tant a diari com a part del tractament en ansietat social.
- 3ª fase: completar les estratègies (*revisar el progrés*, renovar la motivació per continuar).

- *El Projecte MATCH*

El Projecte MATCH, és un gran estudi nord-americà subvencionat, dirigit al tractament de problemes relacionats amb el consum d'alcohol. En aquest projecte els investigadors van seleccionar tres tipus de programes de tractament amb grans diferències entre ells, però, que ja havien demostrat la seva eficàcia amb anterioritat:

1. Assessorament en 12 passos, basat en els principis d'Alcohòlics Anòmins, però, amb un disseny independent creat per familiaritzar als pacients amb la seva filosofia i motivar-los a participar (Nowinski, Baker, i Carroll, 1992).
2. Entrenament cognitiu-conductual, basat en la teoria de l'aprenentatge social i dissenyat per dotar als individus amb habilitats d'afrontament (Kadden, Litt, Cooney, i Busher, 1992).

3. El MET (descrit prèviament) (Miller et al., 1999).

Més de 25 terapeutes van ser assignats a les tres condicions, i van rebre entrenament específic per a cada condició. Van participar 1.726 pacients amb un diagnòstic d'abús o dependència a l'alcohol segons els criteris del DSM-III-R. Els subjectes van ser assignats aleatòriament a cadascuna de les condicions (totes protocol·litzades).

Quant als resultats, en general, els pacients van mostrar millores significatives amb un increment dels dies d'abstinència, amb poques diferències clínicament significatives entre els tres tractaments aplicats. Però, si que s'han publicat diferències molt concretes en funció de les variables concretes a les que s'atén (Project MATCH Group, 1998a, 1998b). Per exemple:

- La major part dels individus amb nivells baixos de motivació van obtenir millors resultats si eren assignats al tractament MET que al TCC (Witkiewitz, Hartzler, i Donovan, 2010).

- Més dies d'abstinència durant el tractament pels pacients ambulatoris a la condició TCC, i pels pacients ingressats al MET.

- Major número de begudes quan consumien durant el tractament pels pacients ingressats a la condició MET.

- Major abstinència durant la fase de seguiment de pacients ambulatoris a la condició TSF, però també major intensitat de consum quan ho feien.

- Major abstinència durant la fase de seguiment de pacients ingressats a la condició MET i TCC

- Efectes similars sobre la recaiguda, però TCC i TSF obtenen millors resultats que MET, reduint les recaigudes per pressió social (Zywiak et al., 2006).

- En general, les dones van mostrar major abstinència a la condició TSF si el seu terapeuta era altra dona.

- Moyers i Martin (2006) entre un total de 225 gravacions de les sessions terapèutiques realitzades al Projecte MATCH, van seleccionar una mostra de 38 gravacions per analitzar la relació entre la conducta del terapeuta i les verbalitzacions de canvi del pacient, mitjançant el *Sequential Code for Observing Process Exchanges (SCOPE).* Es tracta del primer estudi publicat que estableix una relació temporal entre les conductes que promou el terapeuta i les respostes sobre les intencions del propi pacient. De manera específica, quan els terapeutes ofereixen recomanacions congruents amb l'EM, el resultat és un augment immediat de la probabilitat de que el client discuteixi les raons a favor de canviar la conducta de consum, la necessitat d'aquest canvi, el seu desig o la capacitat per dur-la a terme.

- *Aportacions del Model Transteòric*

Sobre el model teòric de Prochaska I DiClemente descrit breument al marc teòric d'aquest estudi, s'han de destacar ara alguns dels seus arguments per la seva rellevància en el disseny d'un programa motivacional.

Eckhardt, Babcock, i Homack (2004) van observar atentament els processos de canvi esmentats anteriorment, que poden considerar-se com els autèntics promotors del canvi, es pot apreciar que aquests poden dividir-se en processos experiencials i processos conductuals. Per una banda, els processos experiencials són aquells que impliquen que el subjecte pensi o senti com l'afecta a ell i als altres la conducta problema. Per l'altra banda, els processos conductuals consisteixen en el conjunt d'accions que es realitzen per modificar el problema o els canvis que s'efectuen sobre l'ambient o context del subjecte per evitar les recaigudes. Tots dos tipus de processos haurien de tenir-se en compte en un procés de canvi terapèutic.

Pel que es refereix al nivell de canvi, que representa el que ha de ser modificat, Prochaska i DiClemente destaquen que normalment, el tractament se centra en un o diversos d'aquests nivells, atès que es fa molt difícil incidir en cadascun d'ells sense repercutir en l'extensió i cost del tractament. Tot i així, donat que

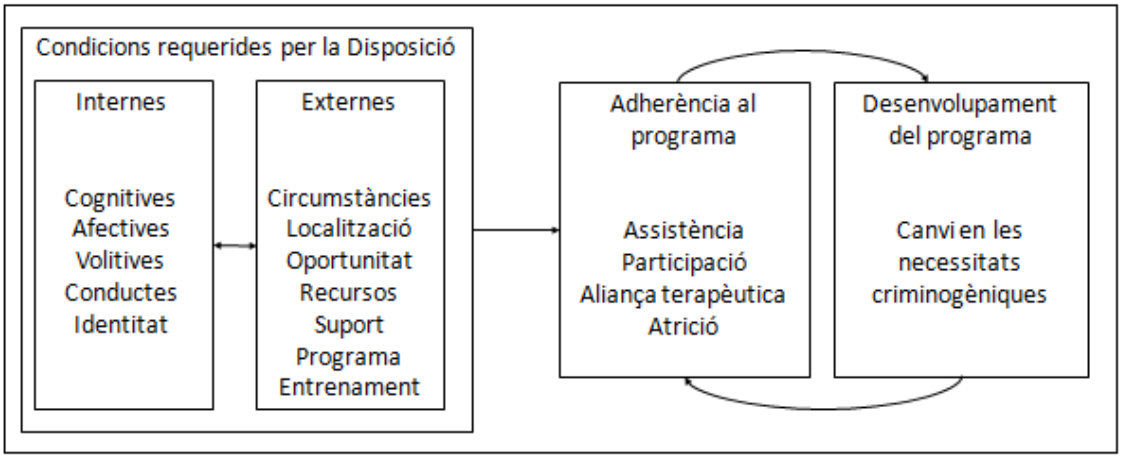
se suposa que són nivells interdependents, es pressuposa que el canvi en un o diversos d'aquests nivells propiciarà per si mateix la modificació d'aquells als que la psicoteràpia no arriba.

Finalment, a finals dels anys vuitanta, gràcies a nous avenços en la investigació i teoria, es van incorporar al model els constructes *d'autoeficàcia* (confiança de l'individu en la seva pròpia capacitat d'èxit), *temptació* (el desig que experimenta el subjecte de realitzar la conducta problema en situació de risc) i *balanç decisori* (l'anàlisi que realitza l'individu en relació als pros i contres de modificar la conducta) (Gustavo i Cabrera, 2000).

- *Aportacions del model: "The Multifactor Offender Readiness Model (MORM)"*

Ward et al. (2004), van proposar el Model Multifactorial de Disposició d'Agressors que considera que les limitacions dels tractaments per delinqüents poden provenir de la persona, la situació o del context del tractament. Per això la disposició per canviar la conducta delictiva persistent vers altres conductes més prosocials, requereix de l'existència de certs factors interns i condicions externes en un context particular (Figura 1). Els factors interns són aquelles característiques psicològiques que permeten als agressors actuar en un context terapèutic, que tradicionalment han rebut l'atenció de la comunitat científica, per exemple: cognicions com les creences i estratègies cognitives; emocions; aspectes volitius com l'establiment d'objectius i desitjos dels individus; i conductes com les seves habilitats i competències. En canvi, els factors externs són aquelles característiques de l'ambient i el context en el que s'ofereix el tractament que, també, poden interferir en la habilitat de l'individu per adherir-se al tractament, per exemple: context comunitari o de privació de llibertat, lloc on es situa el centre dins de la població, disposició de recursos materials i humans suficients, etc.

Figura 1. Model de disposició pel tractament en delinqüents



Font: Day, Casey, Ward, Howells, i Vess, 2010.

Pel que fa als factors cognitius interns, el model MORM destaca la rellevància de *l'autoeficàcia* com a factor especialment vinculat amb l'adherència terapèutica. L'autoeficàcia pot ser entesa com la valoració que fa un mateix de la seva capacitat per tractar o solucionar una situació (Bandura, 1977), i s'ha relacionat amb l'augment de la motivació i la capacitat del individu per desenvolupar el tractament (Bandura i Locke, 2003).

Les creences generals sobre el canvi personal també poden influenciar la probabilitat d'un individu d'identificar la necessitat d'un tractament i de vincular-se'n. Per a que un individu doni passes dirigides al canvi aquest ha de veure que la conducta es pot tornar a repetir, que agredir és un problema greu, i que els beneficis derivats del canvi superen els costos (Chew, Palmer, Slonska, i Subbiah, 2002; Day, Casey, Ward, et al., 2010).

Les expectatives del que pot succeir al tractament també poden influir sobre la disposició al canvi. Aquestes poden procedir d'experiències prèvies, reputació dels programes o professionals, etc.

Pel que fa als factors emocionals el model MORM indica que semblen estar estretament relacionats amb l'estructura motivacional, i, conseqüentment, amb el desig d'iniciar una intervenció terapèutica, però encara no s'entén clarament aquesta relació. Atès que sembla ser que un accés suficient a les emocions

personals seria necessari, però alhora podria obstaculitzar el normal desenvolupament del tractament.

D'altra banda, els aspectes volitius com la identificació d'objectius i el desenvolupament d'un pla d'acció es vinculen també amb una major disposició al canvi. Ford (1992) va identificar les condicions necessàries que han de complir els objectius que els individus estableixin per tal de que puguin assolir-los:

1. Els objectius personals han de ser coherents amb els objectius del tractament.
2. Les emocions de l'individu han de ser coherents amb els objectius.
3. Les creences de capacitat per desenvolupar-los han d'estar presents.
4. Contextos positius han d'estar presents (ambient de suport).
5. Tenir en compte les habilitats actuals.
6. Tenir en compte els contextos actuals.

Finalment, quant a factors conductuals el model MORM destaca la necessitat que els individus comptin amb les capacitats de comunicació bàsiques i les habilitats socials suficients per participar en el desenvolupament del programa.

Per últim, destacar que una aportació rellevant dels autors del model MORM és el disseny de l'instrument d'avaluació "Corrections Victoria Tretment Readiness Questionnaire" (Casey et al., 2005), instrument multifactorial que pretén identificar tots els factors individuals rellevants per la disposició al canvi (aquest instrument es descriurà acuradament més endavant).

- *Altres aportacions*

En trets generals, Newman (1994) va resumir els aspectes més rellevants que havien de contenir les intervencions dirigides a augmentar la motivació al canvi. Aquests factors serien els següents:

1. Educar al client sobre la teràpia:
    - Explicar el model de tractament. Previsió de la duració esperada i del contingut de la teràpia. Discussió de rols i responsabilitats del terapeuta i el client.
    - Donar lectures complementàries al inici del tractament.
    - Donar *feedback* sobre els progressos.
2. Utilitzar el *mètode socràtic*:
    - Afavorir el record del client fent que sigui ell qui generi la informació rellevant. Molt útil per pacients que valoren molt la seva autonomia.
3. Proporcionar eleccions / *alternatives* per poder escollir:
    - Donar un ventall de possibles opcions per a que sigui el client qui esculli.
4. Col·laboració i compromís:
    - Ser flexible per crear una atmosfera de cooperació
5. Revisar *els pros i contres de canviar i no canviar*
6. Proporcionar empatia vers la resistència
7. Discutir la conceptualització del cas amb el client
8. Utilitzar el llenguatge del client

9. Maximitzar l'autonomia del client:

    - Documentar les respostes adaptatives del client, per tal de poder utilitzar-lo com a recordatori i revisar-lo posteriorment quan les resistències del client no li permetin avançar. Tant el terapeuta com el client prenen notes.

10. Persistir gradualment quan el client evita o es resisteix sobtàdament.

    - No s'ha d'acceptar un "No ho sé" sense explorar més enllà.

De manera similar, específicament al camp de la delinqüència, McMurran i Ward (2004) van treballar en un article els aspectes més rellevants sobre la tasca de motivar a delinqüents mitjançant la teràpia. Per aquests autors es destaquen dos aspectes clau: en primer lloc, cal esbrinar els motius pels quals el subjecte comet el delicte, i quins són els objectius vitals o satisfaccions principals que pretén adquirir a través d'aquest. En segon terme, caldrà treballar l'ambivalència que sent el subjecte i ajudar-lo a veure que aquest problema de conducta interfereix en l'adquisició de molts altres objectius vitals. En aquest article els autors exposen deu indicacions indispensables per potenciar la motivació al tractament de delinqüents:

1) Identificar i fer conèixer als subjectes *l'ambivalència* entre els seus objectius i les conseqüències o obstacles que suposa aconseguir-los mitjançant el delicte.

2) Necessitat de *negociar els objectius* en teràpia.

3) Els subjectes que fan el tractament per obligació judicial compten amb una motivació extrínseca, els esforços s'han de fer per transformar-la en intrínseca.

4) *L'estil terapèutic* ha de fomentar l'autonomia, competència i la relació d'ajuda.

5) S'ha de tenir en compte les capacitats de l'agressor.

6) Els objectius han de ser específics.

7) La teràpia no consisteix només en demanar que s'aturi la conducta delictiva, sinó que ha d'oferir *alternatives*.

8) S'ha de partir d'una perspectiva basada en *dotar* als individus de les *habilitats necessàries* per obtenir els seus objectius vitals.

9) Potenciar *l'autoeficàcia.*

10) S'ha de veure a l'agressor de manera holística, centrant-se en les múltiples preocupacions que pugui tenir.

11) Cal planificar un *pla de vida* on els objectius no entrin en contradicció.

12) Tenir en compte el *manteniment del canvi.*

Altres estudis posen de relleu l'oferiment d'altres *beneficis secundaris* com la possibilitat de fer visites o passar temps amb la família, recompenses econòmiques o xecs regal, etc., després de l'aplicació de la tècnica motivacional, reportant resultats positius d'aquestes iniciatives (Abo Hamza, 2011; Carey et al., 2001; Gregoire i Burke, 2004; Tevyaw, Borsari, Colby, i Monti, 2007).

Per altra banda, atenent a la necessitat d'adaptació dels programes motivacionals a les característiques dels pacients, Touyz, Thornton, Rieger, George, i Beumont (2003) van incorporar el model dels estadis de canvi al tractament d'un hospital de dia per a pacients amb anorèxia nerviosa. Aquests autors van dissenyar un programa motivacional fonamentat en el programa MET i la Teràpia Motivacional (RTM). Concretament, el programa marc en el qual s'enquadra la intervenció motivacional consisteix en tres programes per a tractar anorèxia nerviosa independents entre ells. Aquests funcionen des de les 10 del matí fins ales 6:30 de la tarda, i es tracta d'un grup obert amb la possibilitat de que s'incorporin nous pacients cada setmana. No hi ha un termini fix de permanència, però s'espera com a mínim una estada de 3

setmanes. A l'inici de l'ingrés i alta del pacient s'apliquen nombroses proves d'avaluació, per exemple: l'Índex de massa corporal, l'*Eating Disorder Inventory II (EDI II),* l'Inventari de Depressió de Beck, l' Escala d'Autoestima de Rosenberg, l'*Anorèxia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ),* etc.

Es van dissenyar *tres programes de major a menor intensitat*, atenent a la gravetat dels casos i a l'estadi de motivació en el que es trobaven els pacients:

- Programa de 5 dies: destinat a pacients en l'estadi de contemplació, on es pretén ajudar als pacients a evocar les seves pròpies raons per realitzar un canvi. I també s'entrenen habilitats cognitives i conductuals per manejar el malestar pel menjar (grupal i individual).

- Programa de 3 dies: per a pacients entre l'estadi de contemplació i acció, on s'ajuda als pacients a identificar els factors de risc i en la prevenció de recaigudes i solució de problemes. Se centra més en la teràpia cognitiu-conductual, les infermeres dirigeixen grups d'autoestima, assertivitat, relaxació, comunicació, art teràpia i imatge corporal.

- Programa de llarga duració: destinat a pacients amb diagnòstic principal de trastorn alimentari des de fa al menys 7 anys i sense remissió tot haver realitzat tractament previ. Basat en els principis del RTM o MET, amb una duració de 5 hores un dia a la setmana.

Malauradament fins al moment, aquest estudi encara es troba en fase de recollida de dades pel que no es publiquen resultats d'eficàcia.

Finalment, Zalmanowitz, Babins-Wagner, Corbett, i Leschield (2013) van analitzar la relació entre el nivell de motivació i reconeixement de malestar personal, sobre una mostra de 211 homes condemnats per VIDO a realitzar un programa de prevenció de la violència domèstica (106 grup control; 105 grup experimental). En aquest estudi es va aplicar abans i després del tractament els instruments URICA, URICA-DV (versió de l'escala URICA per violència

domèstica) i OQ (Outcome Questionnaire) que mesura el progrés i funcionament general durant la teràpia.

Els resultats van indicar majors puntuacions en l'escala OQ (major malestar) al grup control, tot i que aquestes diferències no van ser significatives. A més, es va trobar una correlació positiva entre OQ i estadi de canvi (precontemplació o contemplació), indicant que els subjectes en estadis més primaris reconeixien menors nivells de malestar, probablement degut a processos de negació. Per altra banda, estadis de canvi més avançats puntuen més alt al OQ, suggerint que els nivells més elevats de motivació pel canvi s'associen a major capacitat per reconèixer l'existència del problema i la necessitat de tractament. Tanmateix, els anàlisis intra-subjectes van demostrar que la intervenció motivacional consistent en una sessió de "counselling" i dos sessions d'entrevista motivacional, podien ajudar als individus a afrontar part de les seves circumstàncies problemàtiques abans de la realització del programa terapèutic de prevenció de la violència. Aquests resultats semblen coherents amb els *perfils d'agressors* identificats a l'estudi de Civit et al. (2012), posant de relleu la importància que poden tenir els perfils en el tractament motivacionals.

5.1.3 Conclusions rellevants pel disseny del programa motivacional

- Els principis que proposa l'Entrevista Motivacional constitueixen la base més sòlida i utilitzada en els programes que tenen com a objectiu la millora de la disposició al canvi.

- Durant el procés s'han de contemplar tant els processos experiencials, tenint en compte com la conducta problema afecta a l'usuari i a les persones del seu entorn, com els processos conductuals referint-nos al conjunt d'accions realitzades per modificar el problema (Eckhardt et al., 2004).

- Els nivells de canvi són interdependents, implicant que el canvi en un o diversos d'aquests nivells propiciarà per si mateix la modificació dels altres (Prochaska et al., 1988).

- Les expectatives sobre el tractament també influeixen sobre la disposició al canvi (Day, Casey i Gerace, 2010).

- Poden generar-se diferents intensitats del programa motivacional adaptant-lo a l'estadi de motivació que presenten els subjectes (Touyz et al., 2003), així com al perfil (Zalmanowitz et al., 2013).

- L'estil terapèutic ha d'estar basat en el diàleg socràtic i ha de perseguir l'autonomia i la bona relació terapèutica (Mcmurran & Ward, 2004; Miller i Rollnick, 1999; Moyers i Martin, 2006; Newman, 1994).

- La majoria dels programes analitzats s'han dut a terme en format individual, contenint un nombre de sessions que oscil·la entre 4 i 6.

- És necessària la devolució de l'avaluació inicial per part del professional com a punt de partida del procés (Mcmurran i Ward, 2004; Newman, 1994)

- El concepte d'autoeficàcia constitueix un element rellevant per l'augment de la motivació al canvi (Bandura i Locke, 2003; Bandura, 1977; Miller i Rollnick, 1999).

- Un altre element essencial és el balanç decisional on l'individu ha de veure que els beneficis derivats del canvi superen els costos (Chew et al., 2002; Day, Casey, i Gerace, 2010).

- És del tot imprescindible el compromís de l'usuari, que es materialitza en la identificació d'objectius específics i directes, i el desenvolupament d'un pla d'acció que ofereixi alternatives de conducta (Day, Casey, i Gerace, 2010; Ford, 1992).

5.2 Pla d'Intervenció Motivacional

El que es presenta en endavant és el producte fonamental d'aquest estudi. L'elaboració del mateix és fruit de la revisió exhaustiva descrita en els resultats detallats anteriorment (apartat 5.1). S'ha elaborat aquest producte en format de manual per tal de simplificar la seva aplicabilitat i convertir-lo en una eina senzilla i entenedora per als professionals que la utilitzin.

Pla d'Intervenció Motivacional (PIM)

1. Què és el Pla d'Intervenció Motivacional (PIM)?

El Pla d'Intervenció Motivacional (PIM) és un programa dirigit a augmentar el nivell de motivació al canvi en subjectes que han de iniciar un programa formatiu en violència domèstica.

2. Fonamentació teòrica del PIM

El Pla d'Intervenció Motivacional (PIM) es fonamenta en les principals teories motivacionals de l'actualitat: el Model Transteòric de Prochaska i Diclemente (Diclemente i Prochaska, 1982; Mcconnaughy, Diclemente, Prochaska, i Velicer, 1989; Norcross et al., 2011), la Entrevista Motivacional (Miller i Rollnick, 1999; Miller et al., 1999) i les principals aportacions d'altres enfocaments terapèutics, com poden ser el del model cognitiu-conductual o el constructivista.

El Model Transteòric de Prochaska i Diclemente integra tres dimensions interrelacionades (Norcross et al., 2011): estadis de canvi, processos de canvi i nivells de canvi.

L'estructura més rellevant pel desenvolupament del PIM es correspon als estadis de canvi, o fases de motivació a través de les quals l'individu va avançant. Es considera una estructura dinàmica en la qual l'individu pot anar avançant o retrocedint al llarg d'un tractament. Aquests estadis són:

1) Precontemplació: el subjecte no és conscient de la presència d'un problema i, en conseqüència, no hi ha desig de canvi;

2) Contemplació: apareix la consciència de problema inicial i, amb ella, el desig de canvi;

3) Acció: el subjecte realitza accions clarament dirigides a solucionar el seu problema i ja ha assolit alguns èxits; i

4) *Manteniment:* l'individu ha aconseguit modificar la seva conducta i utilitza estratègies per evitar una recaiguda.

Per altre banda, aquest Pla d'Intervenció Motivacional es fonamenta primordialment en l'Entrevista Motivacional dissenyada per Miller i Rollnick a final5s dels anys noranta. Aquesta s'ha constituït durant les últimes dècades com l'eina més estesa i generalitzada pel treball de la motivació pel canvi. Si bé ofereix un elevat nombre de recursos i tècniques, la seva pedra angular no és sinó una filosofia de fons per treballar la consecució dels canvis conductuals que dista molt de la confrontació i els mètodes coercitius que s'havien utilitzat clàssicament. Per a la implementació del PIM, el professional haurà d'estar entrenat en aquesta filosofia, o si més no, es necessària la lectura detinguda del llibre *"La entrevista motivacional. Prepara para el cambio de conductas adictivas*" (Miller i Rollnick, 1999).

Tenint en compte ambdues perspectives es deriven una sèrie de indicacions i suggeriments per a treballar la motivació pel canvi (Rojas, 2006):

Els individus que es troben en *l'estadi de precontemplació*, no consideren que tinguin un problema i no intenten canviar. No són conscients de que el seu comportament pugui tenir conseqüències negatives, són resistents al canvi, veuen més punts negatius que positius al fet de canviar, i tenen baixa autoconfiança. Com a professional de la motivació, l'objectiu terapèutic és aconseguir que el subjecte comenci a pensar en canviar. Per treballar aquest objectiu serà d'utilitat informar al subjecte sobre la seva conducta i així facilitar la pressa de consciència, treballar sobre les creences errònies, i revisar els beneficis i costos del canvi.

Les persones que es troben en *l'estadi de contemplació* es caracteritzen per trobar-se immersos en un estat d'ambivalència, és a dir, un estat de "hauria de fer-ho però...". Aquests subjectes coneixen les conseqüències negatives de no canviar, però, no saben per on iniciar un canvi, encara creuen que els punts negatius de canviar són superiors als positius, potser només es troben externament motivats, i també tenen una baixa autoconfiança. L'objectiu del professional en aquests casos ha de ser ajudar a l'individu a incrementar la

autopercepció sobre les seves conductes tot avaluant els beneficis i costos d'aquestes, això com les barreres que s'oposen al canvi.

Els individus que es situen en *l'estadi d'acció* són conscients de l'existència del seu problema i presenten intents de canvi consistents. Potser només presenten petits canvis i experiències de recaiguda, però els punts negatius derivats del canvi ja són inferiors als beneficis. Aquest individus ja defineixen accions i terminis, es troben internament motivats i compten amb major percepció d'autoconfiança. En aquests casos l'objectiu del professional haurà de ser afavorir que el subjecte verbalitzi la seva disposició al canvi i ajudar-lo en la seva elaboració d'un pla d'acció acceptable, amb objectius concrets, útils, assolibles i mesurables a curt termini. Tanmateix serà d'utilitat reforçar la seva percepció d'autoeficàcia i el seu vincle social.

Finalment, els individus en *estadi de manteniment* presenten conductes adoptades per transformar l'antic comportament i estil de vida. Han incrementat la seva autoeficàcia i autoconfiança, i utilitzen estratègies per prevenir les recaigudes. L'objectiu professional en aquests casos haurà d'emfatitzar la importància que el subjecte 'autodirigeixi' el seu tractament. Serà d'utilitat revisar les habilitats d'afrontament dels individus per manejar situacions de risc de recaiguda i recomanar el suport social. Destacar els seus avenços i conseqüències positives, i continuar aprofitant els errors com a aprenentatge.

3. Estructura, contingut i desenvolupament del PIM

El Programa Motivacional per a homes que compleixen una mesura judicial de programa formatiu de violència domèstica s'estructura en 5 mòduls d'intervenció. Consta de 2 sessions d'avaluació i un màxim de 5 sessions d'intervenció individuals amb una duració aproximada d'una hora. Les sessions motivacionals tindran lloc amb una periodicitat quinzenal. Amb la finalitat d'augmentar el nivell de motivació relatiu a la seva participació en el programa formatiu i el seu canvi de conducta, el programa es desenvolupa en un format individual i treballa les dificultats més significatives que presenta l'individu.

DESENVOLUPAMENT GENERAL DEL PIM

Cada sessió consta d'una mateixa estructura on a l'inici es fa una síntesi del resultat de la sessió anterior, reforçant els avenços realitzats. Seguidament es desenvolupen una sèrie de tasques amb la finalitat de treballar els aspectes a millorar a cada mòdul. I, finalment, el professional junt amb l'usuari fan un resum dels aspectes més importants treballats a la sessió, i es deixa un espai a l'usuari per a que pugui afegir, en cas que vulgui, qualsevol aspecte que ell consideri rellevant en relació a allò treballat amb anterioritat.

CONTINGUT DELS MÒDULS

El PIM es composa de cinc mòduls dirigits a augmentar la motivació de l'individu:

- **Mòdul 0. Avaluació:** Prèviament al desenvolupament del PIM i la presa de decisió de la conveniència de la seva aplicació o no al cas, es realitzen dues sessions inicials d'avaluació que pròpiament formarien part de l'habitual avaluació desenvolupada pel delegat d'execució penal en el marc de la mesura de programa formatiu.

  L'objectiu és fer l'enquadrament del subjecte dintre de la mesura judicial que ha de complir, el programa formatiu de violència domèstica, així com les conseqüències de l'incompliment. També es realitzarà l'anamnesi i l'exploració del subjecte i la seva situació actual.

  Si durant aquesta primera sessió no es detecta la presència de cap criteri d'exclusió en l'usuari, en finalitzar, s'administraran les proves URICA i termòmetre de partida. I durant la segona sessió les proves restants per completar la informació necessària (PAI i Qüestionari MDC-Victoria).

- **Mòdul 1. Hi ha alguna cosa que vulgui canviar? Feedback i Ambivalència:** La primera sessió d'intervenció es dedica a treballar la identificació d'aspectes que l'individu hauria de canviar. Correspon al

professional fer un feedback d'allò exposat pel subjecte durant la fase d'avaluació i treballar l'ambivalència que pugui presentar en relació al canvi.

- **Mòdul 2. Hi ha alguna cosa que m'ajudi a canviar? Autoeficàcia i Suport Social:** En la segona sessió, es treballa el sentiment d'autoeficàcia per a que l'individu assoleixi confiança en les seves capacitats per potenciar un canvi en la seva conducta. I la identificació del mapa de suport social amb el que compta el subjecte en aquest procés de canvi, així com aquells que poden entorpir-lo.

- **Mòdul 3. Mapa de ruta.** En la tercera sessió s'estableix el mapa de ruta amb els objectius a curt, mig i llarg termini que es plantegi el subjecte i es fixen les estratègies de canvi per assolir-los. El professional ajudarà a l'usuari a escollir quins seran els seus objectius de canvi i la millor manera de portar-los a terme.

- **Mòdul 4. Seguint endavant. Seguiment.** Per últim, en la quarta sessió es fa una recopilació dels aspectes més rellevants treballats durant les sessions anteriors, i es reforcen els aspectes motivacionals que es considerin importants per assolir de la manera més satisfactòria possible els objectius de la mesura judicial i del programa formatiu que està realitzant.

CRITERIS D'EXCLUSIÓ

Com a criteris d'exclusió dels usuaris per assegurar el bon desenvolupament i l'aprofitament del programa motivacional s'han establert els següents:

- El desconeixement de la llengua en la que es realitzarà el programa motivacional i el programa formatiu (català o castellà). Aquest dèficit impossibilita l'aprofitament del mateix i, per tant, requereix d'un treball d'alfabetització previ.

- El presentar una relació de dependència en consum actiu de qualsevol tipus de substància estupefaent donat que dificulta el correcte desenvolupament del PIM i pot afectar negativament als participants. És

necessària l'abstinència completa i/o trobar-se sota un tractament de deshabituació previs a la inclusió en el programa.

- La presència d'un trastorn mental no compensat en el moment de participar al PIM tret que impediria el correcte assoliment dels objectius dels programes i de la mesura, afectant així mateix al seu desenvolupament. Es requereix un tractament centrat en la compensació del trastorn previ dels aspectes de salut mental.

- L'alteració de les capacitats cognitives en un grau important disminuiria notablement la possibilitat d'èxit en la participació del programa motivacional i formatiu. En aquests casos s'haurà d'adaptar la mesura judicial a les característiques del subjecte per assegurar-ne el seu aprofitament.

INTENSITAT D'APLICACIÓ DEL PIM

Si durant l'entrevista semi-estructurada no es detecta cap criteri d'exclusió s'aplicarien els instruments d'avaluació mitjançant els quals es determinarà quina modalitat de programa és la més adequada per l'usuari.
Les dades que s'han de tenir en compte a l'hora d'adaptar la intervenció són les obtingudes de l'anàlisi i creuament dels resultats dels qüestionaris PAI i URICA.

Per una banda, de l'anàlisi dels resultats del qüestionari PAI s'obtenen tres perfils diferenciats: negador, moderat o realista (més informació al *Manual del terapeuta, Mòdul 0. Avaluació*).

Per altra banda, el qüestionari URICA proporciona quatre estadis de motivació al canvi: precontemplatiu, contemplatiu, acció, manteniment (si els resultats mostren que el subjecte es troba en aquest últim estadi del canvi, no es necessari dur a terme una intervenció motivacional)

Tal i com es descriu a la Taula 1 la combinació dels resultats d'ambdós qüestionaris determinarà el tipus de programa que s'aplicarà al subjecte.

Taula 1. Taula decisional segons intensitat d'aplicació del PIM

	PRECONTEMPLATIU	CONTEMPLATIU	ACCIÓ
NEGADOR	INTENSIU	INTENSIU	COMPLET
MODERAT	COMPLET	COMPLET	REDUÏT
REALISTA	COMPLET	COMPLET	REDUÏT

Font: elaboració pròpia

TEMPORALITZACIÓ

Tot i que l'aplicació del programa motivacional consta de dues sessions d'avaluació i quatre d'intervenció, aquestes sessions seran adaptades segons el resultat de l'exploració inicial i dels resultats de les proves psicomètriques administrades. Així, s'han determinat tres tipus d'aplicacions, segons la intensitat que requereixi cada cas, que coincideixen en la sessió d'avaluació inicial però que difereixen en el número de sessions d'intervenció i en el seu contingut (Taula 2).

El **PROGRAMA COMPLET** és l'estàndard d'intervenció que es realitzarà en el major nombre de casos, ja que engloba diversos supòsits. Aquest consta de quatre sessions d'intervenció en cada una de les quals es treballarà un dels mòduls del programa.

El **PROGRAMA REDUÏT**, destinat als casos més avançats, consta de tres sessions i està indicat per aquells casos en que els resultats mostren que el subjecte presenta una bona predisposició al canvi. Per aquest motiu, els mòduls 1 i 2 es treballaran en una mateixa sessió.

El **PROGRAMA INTENSIU**, dedicat als casos més difícils, consta de cinc sessions, tres de les quals es dediquen a treballar els mòduls 1 i 2. L'objectiu és incidir amb major força en les resistències al canvi dels subjectes.

Taula 2. Temporalització del programa PIM

	REDUIT	COMPLET	INTENSIU
1a sessió d'avaluació	X	X	X
2a sessió d'avaluació	X	X	X
1a sessió d'intervenció	Ambivalència i Autoeficàcia	Ambivalència	Ambivalència
Sessió de reforç			Ambivalència i Autoeficàcia
2a sessió d'intervenció		Autoeficàcia	Ambivalència i Autoeficàcia
3a sessió d'intervenció	Mapa de ruta	Mapa de ruta	Mapa de ruta
4a sessió d'intervenció	Seguiment	Seguiment	Seguiment

Font: elaboració pròpia

4. El paper del professional: característiques i estratègies

Segons Miller i Rollnick (1999), un terapeuta ha d'adoptar una sèrie d'estratègies específiques per poder dur a terme amb èxit l'entrevista motivacional. Aquestes estratègies estarien basades en cinc principis bàsics que haurà de tenir present el terapeuta durant les sessions:

1. Expressar empatia. L'estil empàtic constitueix un dels elements centrals de l'entrevista motivacional. La clau per expressar empatia és la utilització de l'escolta reflexiva, en la qual el terapeuta escolta atentament i després li comunica al usuari qué és el que creu que aquest ha dit. El terapeuta amb aquest estil terapèutic ha de posar en pràctica i tenir una actitud que es caracteritzi pel següent:

- Respectar i acceptar al usuari.
- Promoure una relació terapeuta-usuari sense prejudicis, respectuosa i col·laboradora.
- Establir un ambient segur i obert pel usuari amb l'objectiu de poder dialogar sobre les seves preocupacions i generar raons pel canvi.

- Fer compliments/elogis enlloc de menyspreus.

- Deixar que el usuari pugui realitzar eleccions enlloc de dir-li el que ha de fer.

- Acceptar l'ambivalència com un fenomen normal a la nostra vida, així com durant el procés de canvi.

2.Crear una discrepància. En aquest cas, es tractaria d'afavorir que el pacient sigui conscient dels costos que li suposa mantenir la conducta actual i com aquests entren en conflicte amb qüestions o objectius personals importants.

3. Evitar la discussió. El terapeuta que utilitza l'entrevista motivacional es caracteritza per evitar la discussió, així com la confrontació directa, ja que només aconseguiríem generar més resistència per part del pacient. Un exemple de tècniques que podrien utilitzar-se són la devolució simple, devolució amplificada, reformulació, paradoxa terapèutica, etc. (per aprofundir en la utilització d'aquestes tècniques es pot consultar Miller i Rollnick, 1999).

4. Fer suggeriments, no imposicions. Més que un expert que li diu a un pacient el que ha de fer, el terapeuta ha de suggerir al pacient nous punts de vista, ja que s'entén que aquest és una persona capaç de generar solucions als seus problemes.

5. Fomentar l'autoeficàcia. En aquest cas, el terapeuta ha de transmetre al pacient la idea de que ell té la capacitat d'assolir l'objectiu de canviar per si mateix i situar-se com un col·laborador que pot ajudar-lo en el canvi.

En resum, actualment no existeixen molts estudis disponibles sobre les característiques pròpies del que s'entén com un bon terapeuta motivacional. Per una banda, algunes investigacions suggereixen que l'empatia i les habilitats d'escolta constituirien els dos elements essencials (Bertholet, Faouzi, Gmel, Gaume, i Daeppen, 2010; McCambridge, Day, Thomas, i Strang, 2011; Tollison et al., 2013). Per altra banda, sembla més important evitar la utilització de determinades estratègies d'entrevista (com el judici, les preguntes tancades o els consells directius) que no pas fer un ús consistent d'estratègies properes

a les de l'enfocament de l'entrevista motivacional (Gaume, Gmel, Faouzi, i Daeppen, 2009).

Quant a altres característiques del terapeuta, no existeixen evidències sobre quins tipus de professionals són més efectius a l'hora de dur a terme una entrevista motivacional, així com tampoc sobre quines variables sociodemogràfiques poden influir sobre aquesta efectivitat (The Health Foundation, 2011). Però sí que sembla ser rellevant que els professionals comptin amb experiència pràctica en el camp terapèutic o en el seu defecte estiguin entrenats en la teràpia motivacional (Humfress et al., 2002).

5. Indicacions per l'avaluació de l'eficàcia

Per vetllar per la major eficàcia i integritat dels programes de tractament cal que tota intervenció sigui avaluada de forma contínua i consistent (Redondo, 2008). L'eficàcia d'aquest programa motivacional, com en d'altres casos, s'ha d'avaluar seguint el màxims estàndards científics i de manera constant. L'avaluació dels programes de tractament es pot realitzar en tres moments temporals: 1) durant la realització del programa; 2) en finalitzar el programa; i 3) durant la fase de seguiment. A més del moment temporal en que es pot realitzar una avaluació d'eficàcia, s'ha de tenir en compte que aquestes poden realitzar-se de manera intra-individu, és a dir, analitzant l'evolució d'un mateix subjecte després de l'aplicació de la intervenció; o de manera inter-subjectes, comparant els participants exposats a diverses condicions experimentals (per exemple, comparant aquells subjectes que han realitzat el programa motivacional amb d'altres que no l'han realitzat).

Per una avaluació continuada d'aquest programa motivacional es recomana com a mínim una avaluació intra-subjectes en finalitzar la intervenció motivacional. Per a la realització d'aquesta avaluació es recomana l'aplicació del mateix instrument URICA abans i després de la finalització del programa, atès que els seus resultats permeten observar si l'usuari ha avançat d'un estadi motivacional a un altre.

Tanmateix, per una avaluació més intensiva de l'eficàcia del programa motivacional i dels seus efectes a llarg termini s'haurà d'aplicar de nou l'instrument URICA en finalitzar el Programa Formatiu en violència domèstica. D'aquesta manera, s'avaluarà l'eficàcia del programa en dos moments temporals, en finalitzar el PIM i durant la fase de seguiment.

6. Manual del terapeuta

En el que segueix s'explica els cinc mòduls que composen el PIM. En línees generals, en primer lloc es defineixen els elements que es tractaran durant el mòdul i es descriu breument els seus principals fonaments teòrics. Seguidament s'enumeren els objectius a assolir en el mòdul, i una relació del material necessari al llarg del mòdul. Es descriuen acuradament les tasques que han de desenvolupar-se al llarg del mòdul, exposant els exercicis que s'han de realitzar, així com un exemple d'un cas hipotètic. I finalment, es destaca breument quins aspectes hauran de destacar-se en la fase de tancament de cada mòdul.

El que segueix es troba directament dirigit al professional encarregat de l'aplicació del PIM, per això podrà trobar exemples de la manera més idònia de plantejar els exercicis, preguntes, suggeriments i consells pel seu desenvolupament. Aquesta secció no està en cap cas destinada a l'usuari que participarà a la intervenció, sinó que per a facilitar aquesta tasca s'ha creat, a continuació de l'actual secció, el *Quadernet d'activitats* que és la relació de tests d'avaluació (tret del PAI que ha de ser adquirit per les vies habituals mitjançant TEA Ediciones) i exercicis necessaris per a que els usuaris treballin cada mòdul. El Quadernet d'activitats ha estat dissenyat per a que el professional el pugui utilitzar, independentment del manual del terapeuta del PIM.

MÒDUL 0. Avaluació

Definició i fonaments teòrics

L'avaluació psicològica consisteix en un procés d'estudi de la conducta i de les característiques d'un subjecte des de la seva consideració bio-psico-social, de les seves formes d'acció, reacció, elaboració i interacció amb els altres i amb la realitat i dels seus processos de canvi. L'avaluació psicològica comporta la presa de decisions clíniques, educatives, judicials i/o socials, relacionades amb la conducta analitzada. La formació i la base de coneixements del professional avaluador guien el procés d'avaluació, i apropen la praxis diària al model d'actuació científica.

El mòdul d'avaluació inicial és el primer pas per poder fer triatge d'aquells subjectes que compleixen els criteris d'inclusió per participar en la intervenció motivacional, alhora que ens facilita aquella informació prèvia necessària per, posteriorment, poder treballar la motivació intrínseca del subjecte. És a dir, la recollida exhaustiva de dades del subjecte és de crucial importància.

Objectius de la sessió

- Recollir la informació necessària del subjecte per donar resposta a l'encàrrec judicial, així com atendre les característiques criminogèniques.
- Obtenir les dades que s'utilitzen com a punt de partida per a la inclusió del usuari en la fase adequada del pla d'intervenció motivacional segons l'etapa del canvi on se situï i el perfil resultant de l'Inventari PAI.
- Crear una adequada aliança terapèutica (Miller i Rollnick, 1999).

Material

✓ Entrevista semi-estructurada adaptada del Manual de Valoració del Risc de Violència contra la Parella (S.A.R.A).
✓ Escala de Motivació al Canvi (URICA).
✓ Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI).

- ✓ Qüestionari Multifactorial de Disposició al Canvi de la Universitat de Victoria (Qüestionari MDC-Victoria)
- ✓ Exercici: Termòmetre de partida

Desenvolupament

Per dur a terme aquesta avaluació, el disseny del programa contempla dues sessions d'una hora de durada i es recomana, a fi de completar aquesta fase, realitzar la següent distribució de tasques:

AVALUACIÓ INICIAL	
1a Sessió	**2a Sessió**
Enquadrament Anamnesi i exploració URICA (pre) Termòmetre de partida	PAI Qüestionari MDC-Victoria Tancament

S'ha de tenir en compte que la fase d'avaluació necessària per l'aplicació del PIM, s'inicia amb l'administració de les escales URICA, Termòmetre, PAI i Victoria, entenent que prèviament s'haurà dut a terme l'enquadrament, l'anamnesi i l'exploració del cas. Per altra banda, si la persona que duu a terme el PIM és el propi delegat d'execució de mesures, s'entendrà que aquesta persona serà l'encarregada de dur a terme la totalitat de les tasques d'avaluació inicial.

Aplicació d'instruments:

- **Escala de Motivació al Canvi (URICA).**

L'escala URICA és un qüestionari autoinforme que consta d'un total de 32 ítems que es refereixen a creences i disposicions que pot tenir l'individu sobre el problema que experimenta (Annex 6.3). Aquests ítems es refereixen a la conducta problema de manera general, mitjançant afirmacions genèriques sobre "el problema" o "el meu problema". Els participants han de valorar, en una escala de tipus Likert de 1 a 5 punts, el seu grau de desacord/acord amb el contingut de cada afirmació o ítem.

A més a més, inclou dues preguntes d'autovaloració als individus. A la primera d'elles es demana als subjectes que valorin els seu grau de reincidència en les

mateixes conductes, on els subjectes han de respondre en un rang de 0 (cap risc) a 10 (un alt risc de reincidir). Per últim, mitjançant la segona pregunta es demana als subjectes que valorin en una escala de 0 (no ha millorat res) a 7 (ha millorat molt) en quin grau consideren que han millorat globalment com a conseqüència del tractament rebut.

Resulta del tot imprescindible definir amb l'usuari quina és la conducta problema (situación conflictiva que apareix als fets provats de la sentencia).

- **Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI)**

Per tal d'avaluar les característiques psicopatològiques dels subjectes s'utilitza l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI) desenvolupat per Leslie C. Morey (1991), i adaptat a la població espanyola per TEA Ediciones (2011).
L'instrument destaca per la seva rellevància en l'avaluació clínica en l'àmbit forense i s'ha utilitzat en nombroses investigacions de caire internacional (Rogers, Jackson, i Kaminsky, 2005; Wang et al., 1997; White, 1996).
La versió del PAI utilitzada en la exploració és la versió de "screening" o abreujada, que consta de 165 ítems en la qual el subjecte ha de respondre en quin grau és aplicable cada ítem en el seu cas en una escala tipus Likert (que va des de "fals" a "completament verdader"). L'administració d'aquesta prova té una durada aproximada de 30-45 minuts.

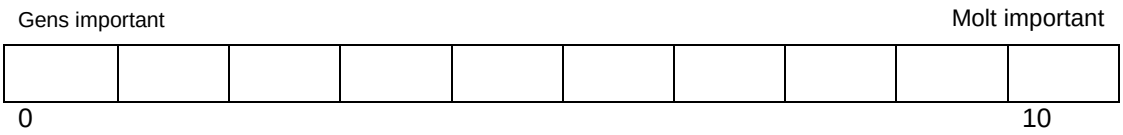
- **Qüestionari Multifactorial de Disposició al Canvi de la Universitat de Victoria (Qüestionari MDC-Victoria)"**

Aquest qüestionari és una traducció de l'original qüestionari *Corrections Victoria Treatment Readiness Questionnaire* dissenyat per Casey, Day, Howells i Ward (2007) (Annex 6.3). Aquest qüestionari ha estat creat sota la perspectiva teòrica del Model Multifactorial de Disposició d'Agressors que considera que la disposició per canviar la conducta delictiva requereix de la existència de factors interns i condicions externes en un context particular.

Aquest qüestionari es composa de 20 ítems amb resposta en escala Likert (0 ‘Completament desacord’; 5 ‘Completament d’acord’) que pretenen avaluar la disposició al canvi valorant quatre factors diferents: Actituds i Motivació; Reaccions Emocionals; Creences Delictives i Eficàcia. Aquestes puntuacions poden utilitzar-se com indicadors de les àrees on s’ha d’intervenir quan les puntuacions a l’escala de *Disposició al Canvi* són baixes. Mentre que Casey *et al.* recomanen un punt de tall de 72 punts com indicatiu de la presència d’una disposició al tractament.

- **Termòmetre de partida**

En una escala del 0 al 10, com d’important és ara mateix per tu canviar.



Tancament

Per l’adequat tancament del mòdul s’haurà d’oferir a l’usuari l’espai per preguntar dubtes i aclariments, així com explicar que es realitzarà amb el contingut de l’avaluació i, tot seguit, s’haurà de fer una breu explicació de la següent sessió.

MÒDUL 1. Hi ha alguna cosa que vulgui canviar? Feedback i Ambivalència.

Definició i fonaments teòrics

El *feedback* o procés de retroalimentació consisteix en informar, de forma verbal (i també no verbal), a la persona sobre la seva conducta i com aquesta ens afecta. Habitualment, el feedback inclou un component de percepció (el que l'avaluador observa de l'altre) i un component emocional (quins sentiments produeix la seva conducta observada). La comunicació dels resultats del procés d'avaluació és un requisit científic alhora que ètic (Fernández-Ballesteros, 2004). Una part del feedback consistirà en la devolució de la informació rellevant o pertinent que s'ha recollit durant el procés d'avaluació.
Té com a principal funció que el subjecte conegui la seva situació actual, entengui el significat de la seva conducta, així com les seves conseqüències i les reaccions que produeix sobre els altres.

El subjecte no només té dret a conèixer els resultats de la seva avaluació sinó que, a més, aquest procediment permet fer el tancament de la fase d'avaluació i iniciar la fase d'intervenció. El feedback també permet millorar l'aliança terapèutica i l'adherència al tractament. Durant el feedback s'assenyalen les conductes, pensaments o actituds diana que s'haurien de modificar, per tant, facilita el canvi i l'aprenentatge. A més, afavoreix les expectatives del subjecte davant de la intervenció i permet fer-lo partícep d'aquest procés de canvi des del inici.

Sovint, quan un individu inicia un tractament, arriba amb nombrosos obstacles i barreres internes, fent que el desenvolupament del tractament sigui una tasca difícil. Aquestes barreres poden procedir d'una història anterior de fracàs en els seus intents de canvi de conducta, de sentiments de marginació o aïllament, desesperança, de la creença que els tractaments són ineficaços, d'altres experiències de manipulació sobre els altres, d'expectatives poc realistes sobre

el tractament, de la creença que els tractaments són pels dèbils o que és un càstig pel seu comportament, etc.

Aquestes experiències anteriors produeixen un estat *d'ambivalència* en l'individu. L'ambivalència es defineix com la co-existència de sentiments oposats respecte del mateix element. En aquest cas, l'individu pot veure's en conflicte entre sentiments de desig *versus* por d'un canvi, sentiments favorables respecte del tractament *versus* negatius, desig de canviar per aconseguir conseqüències positives *versus* desinterès per aquestes, etc. Els sentiments d'ambivalència són una experiència comú als éssers humans, atès que de les dues parts en conflicte se'n deriven tant beneficis com costos.

Però sovint l'ambivalència juga un paper molt rellevant, i inclòs nuclear, en els problemes psicològics (Orford, 2001). Com, per exemple, en els casos de trastorns alimentaris, l'individu desitja tornar a menjar normalment i s'avergonyeix de les seves conductes purgatives, però té por de perdre el control, engreixar-se o deixar d'agradar a la gent.

En conclusió, per treballar la ambivalència, enlloc de considerar-la com un mal signe vers el qual s'ha de persuadir al subjecte per que canviï d'opinió, aquesta s'hauria de tractar com un fet normal, acceptable i comprensible (Miller i Rollnick, 1999).

Objectius de la sessió

- Comunicar de forma clara i concisa els resultats de l'avaluació realitzada a l'usuari durant la fase anterior.
- Identificar clarament el problemes de l'usuari (motius pels quals es troba realitzant aquesta mesura)
- Afavorir el debat amb l'usuari sobre els aspectes coherents i els discordants segons el seu punt de vista.
- Ajudar a l'usuari a analitzar els avantatges i desavantatges derivats d'un possible canvi.

Preguntes per facilitar l'abordatge:

Què hauria de succeir perquè vostè cregui que això és un problema seriós? Quins signes d'alarma indicarien que hi ha un problema? Coneix els efectes que pot tenir això en les seves relacions socials? Per què desitja canviar en aquest moment? Quines són les raons per no canviar? Què l'allunyaria de canviar? Quines són les barreres per canviar? Què l'ajudaria en aquest aspecte? Quines coses (persones, programes i conductes) el varen ajudar en el passat? Quins beneficis imagina que pot obtenir si canvia? Quines creu que serien les dificultats que hauria d'afrontar?

Material

✓ Exercici: El Pont
✓ Exercici: Balanç motivacional
✓ Exercici: Identificació d'alternatives

Desenvolupament

Feedback

El feedback té com a objectiu, no només transmetre la informació obtinguda, sinó, aprofitar el procés per a identificar les conductes problemàtiques de l'usuari i aquelles que són susceptibles de canvi.

A l'hora d'identificar aquestes conductes problemàtiques serà d'utilitat tenir en compte (Izquierdo Martínez, 1982):

- La desadaptabilitat social d'aquestes conductes.
- Que sigui un problema que succeeixi amb prou freqüència.
- Que la persona estigui descontenta de la seva situació i, per tant, interessada en canviar.
- Que la seva pròpia vida s'influeixi pel canvi.
- Que el fet de canviar comporti una afectació positiva en el seu entorn.
- Tindrà menys possibilitats d'èxit si són els altres els que desitgen que canviï.

- Que el canvi que es vol aconseguir sigui coherent amb l'estil de vida de l'individu i les seves pròpies idees i valors, sempre que aquests siguin prosocials.

Consells pel desenvolupament d'un bon Feedback

En general, per a que el procés de feedback sigui molt més favorable es recomana començar per destacar els aspectes positius i forts del usuari. Emfatitzar les fortaleses dels individus ajuda a no capficar-se només en fer saber als usuaris quins són els seus problemes i el que necessiten per resoldre'ls (Ledley, Marx, i Heimberg, 2005). El feedback s'ha de proporcionar de manera empàtica, positiva y esperançadora. Alguns consells per al bon desenvolupament del feedback són:

- Explicar-se de manera aclaridora i concisa. Utilitzar el vocabulari i llenguatge adient per assegurar la comprensió del subjecte.
- Ser sempre conscient de les reaccions de l'individu davant del feedback. Ajudar al usuari a processar la informació difícil.
- Revisar els resultats rellevants o adients de les proves aplicades.
- Destacar els aspectes positius i fortaleses, així com dialogar sobre les debilitats i problemes.
- Proposar una llista de problemes, però destacar que no tot s'ha de solucionar.
- Estar segur que res s'ha oblidat.
- Promoure que l'individu prengui consciència que les seves conductes, actituds o pensaments aparentment separats, es connecten amb sentit.
- Ajustar-se amb la pròpia manera de veure els problemes del usuari.
- Admetre que també es pot estar en l'error.
- Demanar feedback quan es dóna feedback.
- Escoltar.
- Aclarir qualsevol qüestió que tingui l'individu.

Un exemple per iniciar el feedback seria donant la informació positiva: "*M'ha agradat...", "Vull felicitar-te per...", "Vas estar molt bé quan..."*, etc. Mentre que

per suggerir alternatives un estil adequat seria: *"Podria millorar-se si..." "El que es podria fer és..." "Hi ha alguns aspectes que convé millorar..."*

Ambivalència

L'abordatge de l'ambivalència en aquest programa es realitzarà atenent al perfil motivacional inicial del subjecte, segons això s'aplicarà la versió reduïda, completa o intensiva del programa.

Una bona manera per iniciar els exercicis que es segueixen és explicant a l'usuari la funció de la tasca:

> *Normalment, per a modificar una conducta o un aspecte de la vida, es requereix que l'individu pensi en aquesta i la seva possibilitat de canvi. Una de les activitats que ajuden a les persones quan estan pensant en canviar és realitzar una llista de beneficis i costos de canviar i de no canviar el seu comportament. Veure la llista completa dels beneficis i costos d'un canvi pot ajudar a prendre millor la decisió. En aquestes situacions és habitual tenir una barreja de sentiments cap a les diferents possibilitats.*

TASQUES VERSIÓ REDUÏDA

La versió reduïda es dirigeix als subjectes de perfil moderat o realista que es troben en estadi motivacional d'acció. Atenent que aquests subjectes es troben molt més avançats només es requerirà posar de relleu els inconvenients del seu problema i els beneficis derivats del canvi.

1. A partir de l'EXERCICI: EL PONT només es pretén recolzar les idees i actituds favorables al canvi que l'individu ja té. Per ajudar al subjecte a realitzar aquesta tasca s'haurà de completar l'exercici llistant els costos del problema i els beneficis derivats d'un canvi, atenent a les diferents àrees que es pregunten (veure Quadernet d'activitats, Mòdul 1).

Beneficis del canvi	Costos de continuar amb el comportament
Em sentiré millor amb mi mateix? Pot millorar la meva qualitat de vida? Millorarà la meva salut física? Millorarà les meves relacions socials? (...)	¿Emocionalment, físicament, socialment, econòmicament? ¿A la teva vida familiar? ¿Amb el amics? (...)

2. A continuació s'haurà de reflexionar i debatre mitjançant el dialeg motivacional sobre els costos i beneficis identificats per arribar a una conclusió.

Exemple d'un cas

Beneficis del canvi	Costos de continuar amb el comportament
- Tornar amb la meva dona - Els meus m'acceptarien - No tenir més problemes amb la justícia - No tindria tants motius per beure - Tornaria a casa meva	- He hagut de tornar a viure amb els pares - Estic pitjor econòmicament - No veig als meus fills - He perdut a la meva dona - Em queden judicis pendents i tinc antecedents - M'he hagut de canviar de poble perquè la gent em mirava - M'he quedat sol - No puc confiar en ningú - He començat a beure més

TASQUES VERSIÓ COMPLETA

La versió completa es dirigeix als subjectes de perfil negador en estadi d'Acció, o als perfils moderat o realista que es troben en estadi motivacional de Precontemplació i Contemplació. Atenent que aquests subjectes es troben en estadis inicials de motivació i en alguns casos només són conscients del seu problema es requerirà una tasca més completa que l'anterior.

1. A partir de l'EXERCICI: BALANÇ MOTIVACIONAL s'haurà d'enumerar detalladament tant els beneficis com els costos derivats de canviar, així com els de no canviar de conducta (veure Quadernet d'activitats, Mòdul 1).

2. Mitjançant el diàleg motivacional s'haurà d'ajudar al subjecte a que s'adoni que els beneficis derivats del canvi són més que els inconvenients, i que mantenir la conducta tampoc supera els beneficis del canvi.

Exemple d'un cas

	No Canvi	Canvi
Beneficis	- Em desfogo - No m'haig de esforçar en res - Em surto amb la meva	- Tornar amb la meva dona - Els meus m'acceptarien - No tenir més problemes amb la justícia - No tindria tants motius per beure - Tornaria a casa meva - Els meus pares estaran més tranquils
Costos	- He hagut de tornar a viure amb els pares - Estic pitjor econòmicament - No veig als meus fills - He perdut a la meva dona - Em queden judicis pendents i tinc antecedents - M'he hagut de canviar de poble perquè la gent em mirava - M'he quedat sol - No puc confiar en ningú - He començat a beure més	- He de venir aquí i perdre el temps - He de esforçar-me - He de recordar coses que no vull recordar - He de reconèixer que he fet una cosa que no he fet - He de donar-li la raó a la dona i al jutge

TASQUES VERSIÓ INTENSIVA

La versió intensiva es dirigeix als subjectes de perfil negador en estadi de Precontemplació i Contemplació, d'aquests subjectes s'espera trobar especials resistències cap al canvi. Atenent que aquests subjectes es troben en estadis inicials de motivació, és a dir, sense consciència o amb poca consciència de l'existència d'un problema es requerirà una tasca més completa que l'anterior, que es realitzarà durant dos sessions.

1. A la primera sessió, com a primer pas es realitzarà l'EXERCICI. BALANÇ MOTIVACIONAL on es pressuposa que l'usuari tindria dificultats per completar-lo donat que no es conscient d'una necessitat de canvi. Si es dóna aquesta situació s'aprofitarà per introduir la necessitat de realitzar la tasca següent molt més completa. (En cas contrari, si l'usuari té facilitat per realitzar-ho i el professional observa que el subjecte avança fàcilment a la tasca i observa un canvi motivacional genuí, queda a discrecionalitat del professional decidir que l'usuari només hagi de realitzar la tasca de la versió completa).

2. A continuació es treballarà l'EXERCICI: IDENTIFICACIÓ D'ALTERNATIVES on s'ha de descriure detalladament la situació o context problemàtic. En aquest exercici s'han de descriure les emocions que l'usuari experimentava en aquella situació (en els moments immediatament previs), els pensaments automàtics que tenia durant la situació, l'evidència que l'usuari té a favor d'aquells pensaments, l'evidència en contra i, finalment, descriure si hi hauria una alternativa al comportament que va fer en aquell moment (veure Quadernet d'activitats, Mòdul 1). Aquest exercici s'haurà de repetir amb totes les situacions o contextos que es cregui necessari en el cas.

3. Mitjançant el diàleg motivacional s'haurà de ajudar a l'usuari a identificar si hauria una alternativa al comportament que es va realitzar en aquell moment.

4. En la segona sessió s'haurà de reprendre o finalitzar el diàleg motivacional sobre les alternatives de conducta possibles. Per acabar d'ajudar a l'individu en aquest canvi, s'acabarà d'omplir l'exercici de BALANÇ MOTIVACIONAL que es va realitzar a la primera sessió, tot posant de relleu com ara l'individu si que es capaç de veure els avantatges derivats del canvi.

Exemple d'un cas

Situació o context On estaves? Què feies? Qui hi havia?	Estava arribant a casa després de passar varies hores buscant a la meva filla que havia desaparegut amb un noi. I la meva dona estava dormint.
Emoció ¿Què senties en aquells moments? (avalua'l de 0-100%)	Enfadat 100% Nerviós 60% Preocupat 100%
Pensaments automàtics Què passa per la teva ment just en el moment? Quin és el pensament que més et preocupa?	- Que la culpa és de la meva dona i a sobre no està fent res per solucionar-ho - Que a la meva filla li podria haver passat alguna cosa greu - La feina de la meva dona es cuidar dels fills i no ho fa bé. I després es queixa de mi!
Evidència a favor d'aquests pensaments	- La meva dona estava dormint quan vaig arribar - La meva filla estava desapareguda
Evidència que no hi dóna suport a aquests pensaments	- Qui va decidir marxar és la meva filla que és major d'edat - Mentre jo vaig estar fora de casa, la meva dona va estar trucant als hospitals, a la policia i als amics de meva filla - La meva dona va estar intentant convèncer la filla de que no marxes - No van rebre cap trucada ni del hospital ni de la policia indicant que li havia passat alguna cosa greu
Identificar altres alternatives Hi ha una alternativa al comportament que vas realitzar? (Avalua quant hi creus en aquest nou pensament 0-100%)	Despertar a la dona per preguntar-li si sabia res nou 80% Intentar trobar entre tots dos que més podiem fer 40%

Tancament

Un cop finalitzats els exercicis s'haurà de realitzar el tancament del mòdul, recapitulant les principals conclusions a les que s'ha arribat. En aquest mòdul s'haurà de resumir breument la informació més rellevant proporcionada durant el feedback, identificant especialment quins serien en concret els principals problemes del subjecte. Per últim, s'haurà de recordar de manera positiva, junt amb l'ajuda del usuari, els resultats derivats de la tasca de balanç motivacional incidint, especialment, en tots els avantatges que es poden derivar del canvi.

MÒDUL 2. Hi ha alguna cosa que m'ajudi a canviar? Autoeficàcia i Suport Social.

Definició i fonaments teòrics

L'autoeficàcia percebuda és l'opinió que les persones tenen sobre les seves pròpies capacitats i recursos, sobre el que són capaços de fer, i l'expectativa en relació amb la seva eficàcia personal per utilitzar aquestes capacitats amb èxit en determinades tasques.

L'autoeficàcia percebuda pot veure's influïda en funció d'on situa el locus de control l'individu (control extern o intern) i de les seves experiències anteriors d'èxit o fracàs. Si ens centrem en els fracassos viscuts, aquesta autoeficàcia serà subestimada mentre que si valorem els moments d'èxit, intentarem reproduir aquelles accions que ens han resultat eficaces.

Per tant la percepció d'autoeficàcia pot ser modificada atenent a les experiències d'aprenentatge.

El *suport social* es refereix a les diferents formes en que les persones es donen recolzament entre elles mitjançant suport emocional, consells, informació o assistència concreta i es pot donar de manera formal (intervenció professional)

o informal (família, amics...). Aquesta última es caracteritza principalment per la reciprocitat i la informalitat.

Així, la xarxa social d'una persona és l'estructura i quantitat de relacions interconnectades que donen suport al subjecte per a la seva vida diària. Es tracta d'un constructe multidimensional que inclou més enllà del número de recursos existents, el tipus d'intercanvi que apareix, la percepció de disponibilitat del recurs, així com l'accés i manteniment d'aquest.
Aquests recursos socials poden tenir efectes directes en el benestar del subjecte, bé potenciadors o bé reductors, per la qual cosa s'ha d'identificar l'existència d'aquests elements i el seu efecte.
Whittaker, Tracy i Marckworth van desenvolupar en 1989 el "*Mapa de Xarxa Social*", una eina d'anàlisi i millora dels recursos de suport social avaluant els recursos informals existents i potencials, les barreres presents i els factors decisius per incorporar nous elements.

Objectius de la sessió

- Emfatitzar el treball de l'autoeficàcia i reforçar aspectes positius que puguin promoure la motivació pel canvi
- Reforçar la seva capacitat de prendre decisions
- Reflexionar sobre la xarxa social amb la que compta el subjecte

Material

✓ Exercici: El Termòmetre de l'Autoeficàcia.
✓ Exercici: Mapa de la Xarxa Social.
✓ Exercici: Graella de la Xarxa Social.

Desenvolupament

Autoeficàcia

1. A partir de l'exercici EL TERMÒMETRE DE L'AUTOEFICÀCIA es realitzarà una pluja d'idees on el subjecte enumerarà totes les accions que pensa que poden ajudar-lo a aconseguir realitzar el canvi pel qual està aquí.

Per cadascuna d'aquestes opcions, es valorarà la seva percepció d'èxit mitjançant un termòmetre on el 0 significa totalment incapaç i el 10 significa totalment capaç (veure Quadernet d'activitats, Mòdul 2). S'intentarà que les accions exposades siguin exigents, però, al mateix temps, realistes i específiques.

Exemple d'un cas

Pluja de idees:

Deixar de beure

Parlar més amb els meus amics i pares

Intentar posar-me en la posició de la meva dona

Buscar feina activament

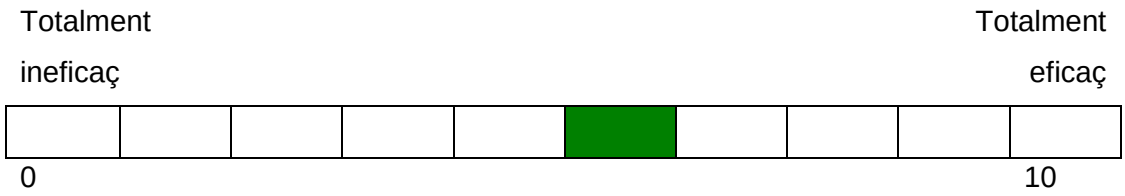
Venir aquí a parlar amb tu

Aprendre a controlar-me

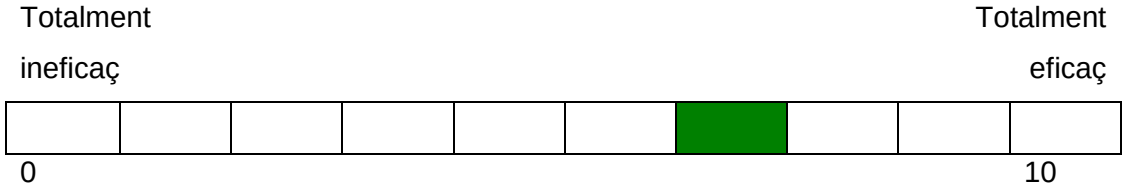
Pensar abans d'actuar

No pensar malament de tothom

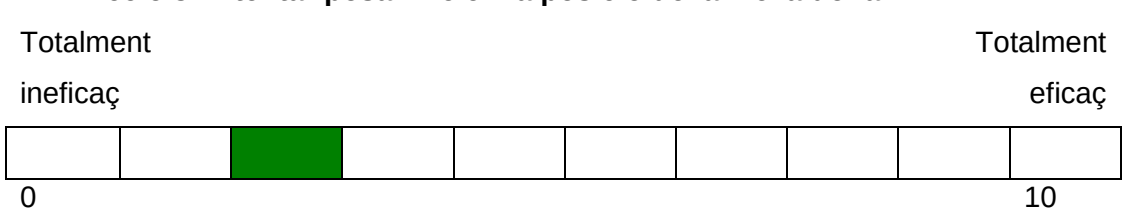
Acció 1: Deixar de beure....



Acció 2: Parlar més amb els meus amics i pares



Acció 3: Intentar posar-me en la posició de la meva dona



Acció 4: Buscar feina activament.....

Totalment ineficaç — Totalment eficaç

0 — 10

Acció 5: Venir aquí a parlar amb tu.....

Totalment ineficaç — Totalment eficaç

0 — 10

Acció 6: Aprendre a controlar-me.....

Totalment ineficaç — Totalment eficaç

0 — 10

10

Acció 7: Pensar abans d'actuar.....

Totalment ineficaç — Totalment eficaç

0 — 10

Acció 8: No pensar malament de tothom.....

Totalment ineficaç — Totalment eficaç

0 — 10

2. Mitjançant un diàleg motivacional, de les opcions valorades amb menor puntuació d'autoeficàcia, s'identificaran els motius pels quals el subjecte pensa d'aquesta manera. En aquest punt l'usuari pot remetre's a experiències d'èxit prèvies per tal d'objectivar la seva possibilitat de repetir aquesta eficàcia. Es demanarà al subjecte que evoqui situacions d'èxit. La percepció d'autoeficàcia pot ser generalitzable a altres situacions semblants.

Exemple d'un cas

Professional: - M'acabes de comentar que creus que per tu seria molt difícil aprendre a controlar-te, quin és el motiu d'aquest pensament?-

Usuari: - Doncs, que ja he intentat controlar-me moltes vegades i no ho he aconseguit-.

P: -Què et sembla si en lloc de pensar en aquestes vegades en les que dius que no te'n has sortit, intentem pensar-ne una en que sí que ho hagis aconseguit-.

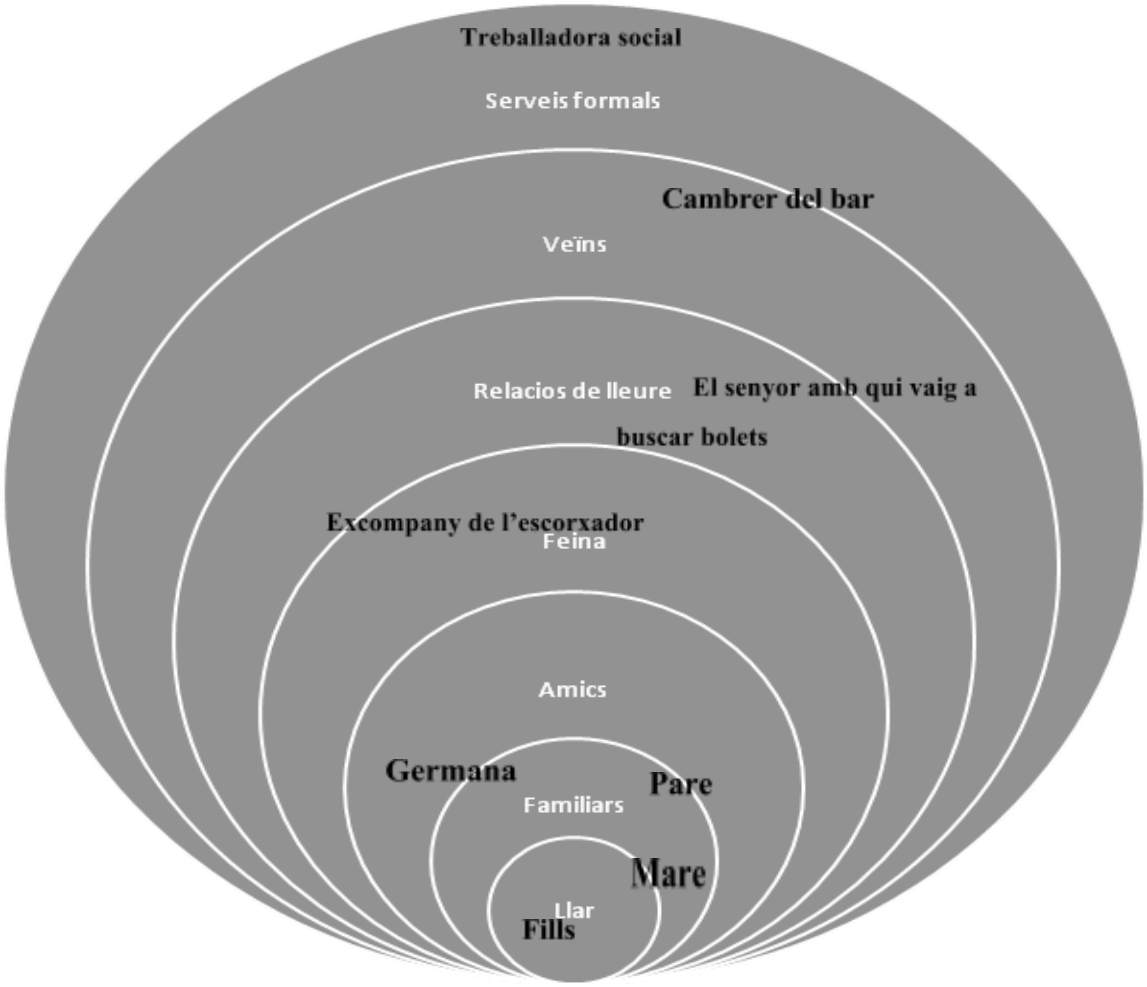
U: - Si, a vegades voldria xafar a algú amb el cotxe perquè va molt lent però al final no ho faig-.

P: - Aquest és un bon exemple. Penses que podries actuar de la mateixa manera en altres situacions?

Suport social

1. Utilitzant l'exercici *MAPA DE XARXA SOCIAL,* presentat anteriorment, es demanarà al subjecte que situï als membres de la seva xarxa social (persones, grups, recursos...) en la seva àrea corresponent (màxim 15 persones) (veure Quadernet d'activitats, Mòdul 2).

Exemple d'un cas



2. A continuació, es demanarà que esculli els 5 membres més rellevants i que ompli la GRAELLA DE XARXA SOCIAL. Amb aquesta activitat, el terapeuta condueix la descripció de la naturalesa de la relació, el tipus de suport (emocional, informatiu o concret), la direcció de l'ajuda... (veure Quadernet d'activitats, Mòdul 2).

Exemple d'un cas

ID.1: __**Mare**_____

ÀREA DE LA VIDA:

- Llar
- Familiar
- Amic
- Feina
- Lleure
- Veïnat
- Servei professional

NIVELL DE SUPORT CONCRET:

- Quasi mai
- Algunes vegades
- Quasi sempre

NIVELL DE SUPORT EMOCIONAL:

- Quasi mai
- Algunes vegades
- Quasi sempre

NIVELL DE SUPORT INFORMACIONAL:

- Quasi mai
- Algunes vegades
- Quasi sempre

NIVELL DE CRÍTIC:

- Quasi mai
- Algunes vegades
- Quasi sempre
-

DIRECCIÓ DE L'AJUDA:

- Dues direccions
- De vostè cap a ells
- D'ells cap a vostè

NIVELL DE PROXIMITAT:

- No molt proper
- Poc proper
- Molt proper

FREQÜÈNCIA DE RELACIÓ:

- No es veuen
- Poques vegades l'any
- Mensualment
- Setmanalment
- Diàriament

TEMPS QUE ES CONEIXEN:

- Menys d'un any
- 1-5 anys
- Més de cinc anys

3. Sobre els membres de suport, el subjecte reflexionarà per a cadascú si es tracta d'una persona que pot ser d'ajuda en el manteniment del canvi o, pel contrari, aquesta relació potencia el manteniment de la conducta actual.

4. Per últim, caldrà anticipar conjuntament les possibles modificacions en la xarxa social que pot generar el seu canvi i les eines amb les que el subjecte compta per acceptar-les i viure-les de forma positiva.

Tancament

En finalitzar aquest mòdul s'emfatitzaran els aspectes positius derivats dels exercicis realitzats, posant de relleu les capacitats d'autoeficàcia de l'usuari, així com el suport social amb el que compta per afrontar el seu canvi.

MÒDUL 3. Mapa de Ruta

Definició i fonaments teòrics

El mapa de ruta és el pla d'acció que es defineix per tal de materialitzar el canvi que es persegueix. Resulta del tot imprescindible, a l'hora de definir les accions que es duran a terme, haver realitzat una acurada avaluació, així com haver identificat els elements que poden ajudar en la consecució dels objectius.

Els elements claus en un mapa de ruta eficaç són la definició d'uns objectius concrets, realistes i avaluables, la projecció de metes significatives que es

produeixin durant el procés i la identificació d'obstacles potencials, així com d'alternatives que permetin la superació d'aquests obstacles.

El mapa de ruta ha de ser una eina eminentment pràctica, l'usuari l'ha de sentir com a pròpia i l'ha de comprendre en la seva totalitat, així com n'ha d'haver definit tots els matisos.

La importància d'un mapa de ruta rau en la seva utilitat, de poc serveix haver analitzat tots els recursos dels que es disposa i totes les qüestions que poden propiciar o no un canvi; si no s'estableix un bon pla d'acció per tal de tirar endavant amb tot allò que s'ha observat que juga un paper clau en el canvi.

És per aquest motiu que en aquest punt concret caldrà parar una especial atenció, no només en la recollida de tot el que s'ha treballat, sinó, també, en permetre a l'usuari, que des del propi empoderament i criteri, defineixi els seus objectius. L'èxit o fracàs del pla que es posi en marxa tindrà molt a veure amb una correcta i realista definició d'aquests objectius i dels passos a seguir per dur-los a terme.

Objectius de la sessió

- Definir els objectius a assolir per afavorir el canvi
- Proporcionar a l'usuari d'un espai on aclarir i definir les accions a dur a terme.
- Recollir tots els aspectes treballats en els mòduls anteriors i fer-los palesos com a eines en el procés de canvi

- Potenciar la percepció d'autoeficàcia de l'usuari per tal d'augmentar les seves possibilitats d'èxit.
- Dotar a l'usuari de recursos per tal de combatre els obstacles que puguin aparèixer en l'aplicació del mapa de ruta

Material

- ✓ Taula d'objectius segons termini
- ✓ Taula de treball específic d'objectius
- ✓ Llistat d'accions

Desenvolupament

S'iniciarà la sessió realitzant un breu resum de tots els aspectes treballats en els mòduls 1 i 2 per tal de posar de relleu tots els recursos que s'han fet conscients.

La primera activitat a dur a terme durant la sessió és la definició dels objectius que formaran part del mapa de ruta.

1. En primer lloc es rescataran els aspectes treballats en l'exercici del termòmetre del mòdul 2 (TERMÒMETRE DE L'AUTOEFICÀCIA) i es reconvertiran en objectius a assolir. Els objectius que es marquin han de ser realistes, específics i assolibles, per tal que la consecució dels mateixos durant el procés actuï com a reforç del mateix, i la no consecució sigui analitzable de forma concreta.

Aquests objectius que s'hauran anat definint s'ubicaran en cadascuna de les 3 columnes de la TAULA D'OBJECTIUS PER TERMINIS TEMPORALS (veure Quadernet d'activitats, Mòdul 3).

CURT TERMINI	MIG TERMINI	LLARG TERMINI

A l'hora d'ubicar-los es podran establir terminis temporals fixes, sempre tenint en compte que aquests hauran de ser fixats pel propi usuari de forma realista per tal d'evitar generar sentiments de frustració si no s'assoleixen.

Resultarà més adequada la utilització de marges temporals per a l'assoliment d'un objectiu que no pas la fixació d'un moment temporal exacte.

2. Un cop s'hagin utilitzat tots els aspectes treballats en el mòdul 2 es procedirà a deixar un espai de diàleg en el que es podrà introduir nous objectius que apareguin en cadascuna de les 3 columnes. Sempre tenint en compte els aspectes fonamentals en la definició d'objectius comentats anteriorment.

3. Amb el quadre complet i tots els objectius a treballar definits es procedirà a fer l'EXERCICI: PLA D'ACCIÓ (veure Quadernet d'activitats, Mòdul 3) on aquests es treballaran específicament un a un de la següent manera:

A. Dur a terme una definició clara i senzilla, utilitzant paraules simples i conceptes coneguts i comprensibles.
B. Identificar obstacles a superar en l'assoliment dels mateixos.

Exemple d'un cas

Objectiu	No pensar malament de tothom
Predicció de les conseqüències més probables	No em sentiré tan sol Tindré més amics en qui confiar No em sentiré tan malament
Obstacles potencials	Que algú em faci una mala passada. M'assabento de que la gent em posa una cara i després parla de mi a les esquenes.
Estratègies per superar els obstacles	Parlar directament amb la persona sobre el que ha succeït. Afrontar les emocions de manera no violenta.
Resultats	Entendré perquè ha actuat així i no pensaré que tothom ha d'actuar igual. Podré fer palés el meu malestar.

Sempre que apareguin aspectes que formen part del contingut del Programa Formatiu, es posarà de relleu que la realització del programa també suposa una oportunitat per adquirir i desenvolupar noves estratègies d'afrontament.
En el diàleg que es durà a terme entre usuari i professional per anar omplint aquesta taula amb cadascun dels objectius, el professional no pot perdre de vista que les estratègies principals per superar els obstacles són els recursos treballats en els mòduls anteriors i el que el usuari aprendrà durant el PF.

4. Amb les taules completes es realitzarà un buidat consistent en llistar les accions que ha de realitzar l'usuari fins la propera sessió. En el cas que algun dels objectius a curt termini es fixi com a realitzable abans de la propera sessió s'apuntarà també a la llista amb les accions per dur-lo a terme.

Tancament

Aquesta sessió ha de concloure amb una definició clara de les accions a dur a terme per part de l'usuari, així que caldrà dedicar la part final de la sessió a resumir aquells objectius que s'ha decidit treballar i a les accions que portaran a l'assoliment del mateix. Resulta essencial dur a terme un bon tancament en aquest mòdul.

MÒDUL 4. Seguint endavant.

Definició i fonaments teòrics

L'objectiu principal del manteniment del canvi de conducta i de la prevenció de recaigudes és augmentar en l'individu el coneixement i la varietat de possibles eleccions relacionades amb la seva conducta, desenvolupar estratègies d'afrontament específiques i habilitats d'autogestió. És important emfatitzar que es tracta d'un procés continu que l'individu haurà de posar en pràctica al llarg de la seva vida si vol mantenir-se allunyat del seu comportament problemàtic. De fet, la fase de manteniment és una de les més complexes a l'hora d'assolir l'èxit a llarg termini. S'ha de tenir en compte que és més fàcil aprendre noves estratègies d'afrontament que mantenir-les i aplicar-les al llarg del temps.

Definicions:

- **Recaiguda**: Pot definir-se com un retorn a un patró de comportament que prèviament s'havia deixat de realitzar.

- **Fallada**: Es pot considerar una fallada quan no es posa en marxa amb èxit una estratègia d'afrontament adequada en el moment d'experimentar un sentiment, pensament o ritual associat a la conducta problemàtica. Difereix de la recaiguda en el fet de que es tracta d'un fet aïllat i no s'ha retornat manifestació d'aquest comportament problemàtic. La fallada s'ha de considerar un signe d'alarma que ens està informant de que les estratègies d'afrontament posades en marxa actualment són deficients i que s'haurien de revisar i

millorar. Si no s'utilitzen estratègies d'afrontament adequades durant les fallades, la probabilitat de recaiguda és major.

- **Situacions de risc:** Són el conjunt d'experiències (sentiments, pensaments, rituals, llocs, persones, etc.) que han estat associades a la conducta problema i que augmenten la probabilitat dur-la a terme.

Arribats a aquesta últim mòdul, és important fer un repàs dels avenços que el subjecte ha realitzat durant els mòdul anteriors. Per aquesta raó, és molt important tornar a donar feedback de tots els aspectes treballats i reforçar els progressos, encara que siguin petits.

Un cop fet això, se li ha de remarcar que, tot i el seu esforç, encara ha de continuar treballant per assolir i mantenir aquest canvi, posant de nou de relleu que una de les estratègies de les que disposarà és precisament el Programa Formatiu.

Per augmentar les probabilitats d'èxit, és important que el subjecte estableixi alguns objectius pel futur i que aquests siguin realistes. No només s'han de clarificar els objectius i ajustar les expectatives, sinó també preveure quines dificultats poden sorgir i de quines estratègies disposa ara el subjecte per fer-les front. Per dur a terme aquesta activitat, és necessari, en primer lloc, identificar els factors de risc que poden precipitar una recaiguda.

Objectius

- Identificació de factors de risc per la recaiguda
- Desenvolupament de noves opcions i plans de conducta
- Elaboració d'un pla d'emergència motivacional

Preguntes per facilitar l'abordatge:

Què el va fer donar aquest pas? Què no va funcionar per donar-lo? Com podria evitar-ho? Què l'ajudaria? Quines són les situacions d'alt risc?

Material

✓ Exercici: Identificació de factors de risc

✓ Exercici: Desenvolupant noves accions i plans

✓ Exercici: Pla d'emergència motivacional

Desenvolupament

El primer exercici d'aquest mòdul és L'EXERCICI: IDENTIFICACIÓ DE FACTORS DE RISC DE RECAIGUDA s'haurà de plantejar a l'usuari que faci una descripció sobre una situació en la que s'hagi trobat en risc de reproduir la conducta problema (veure Quadernet d'activitats, Mòdul 4).

Les següents qüestions i les categories de factors de risc estan pensades per ajudar-lo a completar aquest exercici.

Qüestions:

- On i quan es produeix la conducta?
- Quines altres persones estan presents en aquests moments i com els hi afecta?
- Què aconsegueixes amb la teva conducta? Quin es el teu propòsit?

Categories generals de factors de risc:

- Estat emocional (p.ex. ira, tristor, alegria)
- Estat físic (p.ex. relaxat, tens, cansat, excitat)
- Presència d'altres persones
- Disponibilitat
- Ambient físic (p.ex. a la feina, a casa de la meva ex-parella, a una festa)
- Pressió social (p.ex. t'obliguen o coaccionen per fer coses que no vols fer?)
- Activitats (p.ex. treballar, beure)
- Pensaments (p.ex. recordar altres episodis en els que has actuat així)

Exemple d'un cas

SITUACIÓ 1:

Descriu-la breument:

He tingut el judici per la custòdia dels fills, i la dona em demana més diners per la manutenció. I jo he anat a la porta de casa per trobar-me amb ella i dir-li que em sembla injust.

Descriu les conseqüències que habitualment s'han produït en relació a aquesta situació. Has de considerar tant les positives, com les negatives i si es presenten just en el mateix moment o més tard.

Conseqüències POSITIVES:

Si hagués parlat amb ella hauria pogut fer les meves demandes

Conseqüències NEGATIVES:

Torno a reviure la situació i sento molta de ràbia.

He trencat l'ordre d'allunyament i puc empitjorar la meva situació judicial.

No he pogut solucionar la situació perquè segueixo pagant el mateix

Estratègies ALTERNATIVES:

Parlar amb el meu advocat per a que faci arribar al jutge la meva situació econòmica.

Utilitzar estratègies de relaxació i d'afrontament treballades al programa formatiu

*Nota: Es poden treballar tantes situacions de risc com siguin necessàries.

Per completar la tasca anterior es realitzarà l'EXERCICI DESENVOLUPAMENT DE NOVES OPCIONS I PLANS (veure Quadernet d'activitats, Mòdul 4). En aquest exercici, se li demanarà a l'usuari que pensi en noves estratègies i plans d'acció per enfrontar-se a les situacions d'alt risc que ha descrit a l'**exercici 1**.

Situació de risc	Predicció de les conseqüències més probables	Obstacles potencials	Estratègies per superar els obstacles	Resultats
Situació 1				
Situació 2				
Situació 3				

Per als casos de major dificultat o en els que s'identifiqui major risc de recaiguda motivacional es contempla un tercer exercici, anomenat PLA D'EMERGÈNCIA (veure Quadernet d'activitats, Mòdul 4). Aquest pot resultar útil per aquelles persones que s'obliden de les estratègies de les que disposen

en el moment en que es troben en una situació de risc. Es tracta de desenvolupar un "Pla d'emergència" basat en les estratègies generades a l'**exercici 2**. En aquest cas, se li demana al subjecte que reculli de manera resumida i per punts el pla d'acció en un paper de petites dimensions i ho porti sempre a sobre, per poder llegir-ho en el moment que es trobi en una situació de risc. Un exemple podria ser:

Què he de fer per evitar comportar-me violentament?
● Marxar del lloc per tranquil·litzar-me ● Evitar beure ● Buscar un espai tranquil (habitació, bany, etc) i fer respiració controlada o relaxació ● Etc

Tancament

Un cop finalitzats els exercicis s'haurà de realitzar el tancament del mòdul, recapitulant les principals conclusions a les que s'ha arribat. En aquest mòdul s'haurà d'enumerar quins son els principals factors de risc de recaiguda de l'usuari, així com les estratègies de les que disposa en el moment actual. S'ha de fer un repàs de tots els elements que ja s'han treballat als mòduls anteriors i remarcar el fet de que, a més, ja ha iniciat el Programa Formatiu i que aquest també constitueix una font important de recursos que pot proporcionar noves eines i estratègies per fer front a aquestes situacions de risc.

RECOMANACIONS FINALS

Aquest manual és una guia d'intervenció que s'ha d'aplicar seguint les seves indicacions, tot i així no es tracta d'una eina rígida, sinó que s'han de tenir en compte les característiques de l'usuari per tal de maximitzar-ne la seva eficàcia. Queda en mans del criteri professional utilitzar altres eines addicionals que s'hagin mostrat efectives per treballar problemàtiques concretes que no es contemplen al manual.

7. Quadernet d'activitats

Relació de tasques i exercicis que es troben al quadernet d'activitats

MÒDUL 0. Avaluació

0.1 El termòmetre de partida

0.2 Escala Estadios de Cambio URICA

0.3 Cuestionario Multifactorial de Disposición al Cambio (Cuestionario MDC)

MÒDUL 1. Hi ha alguna cosa que vulgui canviar?

1.1 Exercici. El Pont

1.2 Exercici: Balanç decisional

1.3 Exercici: Identificació d'alternatives

MÒDUL 2. Hi ha alguna cosa que m'ajudi a canviar?

2.1 Exercici. El termòmetre de l'autoeficàcia

2.2 Exercici: Mapa de la xarxa social

2.3 Exercici: Graella de la xarxa social

MÒDUL 3. Mapa de Ruta

3.1 Exercici: Taula d'objectius per terminis temporals

3.2 Exercici: Pla d'Acció

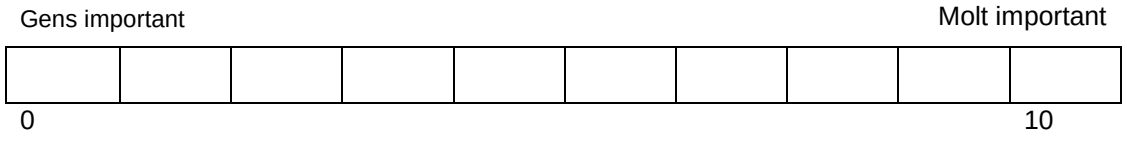
MÒDUL 4. No tornar al inici

4.1 Exercici: Factors de risc

4.2 Exercici: Desenvolupant noves opcions i plans

Termòmetre de partida.

En una escala del 0 al 10, com d'important és ara mateix per tu canviar.



Escala de estadios de cambio (URICA) (Versión para aplicación)

IDENTIFICADOR/NOMBRE: FECHA:
CENTRO: GRUPO:
EVALUACIÓN: (1) Inicial (2) Pre (3) Durante (4) Post (5) Otras.....

Indique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. Base su respuesta en cómo se siente y se comporta en la actualidad.

1= Completamente en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= No tengo opinión
4= De acuerdo
5= Completamente de acuerdo

1. Que yo sepa, no tengo ningún problema que necesite cambiar	1	2	3	4	5
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar algo de mí mismo	1	2	3	4	5
3. Estoy empezando a poner remedio a los problemas que me han estado preocupando	1	2	3	4	5
4. Puede valer la pena que me esfuerce para solucionar mi problema	1	2	3	4	5
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido el que yo esté aquí	1	2	3	4	5
6. Me preocupa recaer en un problema que ya he solucionado, por eso estoy aquí para pedir ayuda	1	2	3	4	5
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mis problemas.	1	2	3	4	5
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de Mí mismo	1	2	3	4	5
9. He conseguido solucionar mi problema, pero no estoy seguro de poder mantener el esfuerzo por mí mismo	1	2	3	4	5
10. A veces mi problema es difícil, pero continúo esforzándome para solucionarlo	1	2	3	4	5
11. Estar aquí es casi una pérdida de tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo	1	2	3	4	5
12. Espero que aquí me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo	1	2	3	4	5
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que realmente yo necesite cambiar	1	2	3	4	5
14. Estoy haciendo un gran esfuerzo para cambiar	1	2	3	4	5
15. Tengo un problema y creo que debería intentar solucionarlo	1	2	3	4	5
16. No me siento capaz de mantener los cambios que he logrado, y estoy aquí para prevenir una recaída en mi problema	1	2	3	4	5
17. Aunque no siempre consigo el mejor resultado, al menos lo estoy intentando	1	2	3	4	5

18. Pensaba que una vez que hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él	1	2	3	4	5
19. Desearía tener más ideas sobre cómo resolver mi problema	1	2	3	4	5
20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que me ayudaran	1	2	3	4	5
21. Quizás en este lugar me puedan ayudar	1	2	3	4	5
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que he conseguido	1	2	3	4	5
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no todo el problema	1	2	3	4	5
24. Espero que alguien de aquí me pueda dar un buen consejo	1	2	3	4	5
25. Cualquiera puede hablar sobre cambiar; pero yo estoy haciendo algo al respecto	1	2	3	4	5
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no puede la gente simplemente olvidar sus problemas?	1	2	3	4	5
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.	1	2	3	4	5
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer un problema que creía tener ya resuelto	1	2	3	4	5
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?	1	2	3	4	5
30. Estoy trabajando activamente para solucionar mi problema	1	2	3	4	5
31. Preferiría convivir con mis defectos antes que intentar cambiarlos	1	2	3	4	5
32. Después de todo lo que he hecho para intentar solucionar mi problema, reaparece una y otra vez	1	2	3	4	5

Mirándome a mí mismo con absoluta sinceridad, considero que el riesgo existente de que recaer en mi problema nuevamente es, en una escala de 0 a 10 puntos, de ..... PUNTOS , siendo 0 un riesgo nulo y 10 un riesgo máximo.

CONTESTE A LO SIGUIENTE, SÓLO SI HA PARTICIPADO EN EL PROGRAMA

Indique en qué grado confía ha mejorado globalmente como consecuencia del tratamiento recibido. Rodee, para ello, con un círculo el número que mejor se corresponda con su opinión:

1	2	3	4	5	6	7

Cuestionario Multifactoria de Disposición al Cambio (Cuestionario MDC) (Versón para la aplicación)

IDENTIFICADOR/NOMBRE: FECHA:
CENTRO: GRUPO:
EVALUACIÓN: (1) Inicial (2) Pre (3) Durante (4) Post (5) Otras.....

Instrucciones: Por favor, lea cada frase atentamente y decida si usted está de acuerdo o en desacuerdo con lo que dice cada una de ellas. Realice una cruz en el número que mejor represente lo que usted siente. Por favor, marque solamente un número para cada frase.

1= Completamente en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= No tengo opinión
4= De acuerdo
5= Completamente de acuerdo

1. Los programas de tratamiento son basura.	1	2	3	4	5
2. Quiero cambiar.	1	2	3	4	5
3. En general puedo confiar en otras personas.	1	2	3	4	5
4. No soy capaz de hacer un programa de tratamiento.	1	2	3	4	5
5. Tengo la culpa de mi comportamiento delictivo.	1	2	3	4	5
6. Los programas de tratamiento no funcionan.	1	2	3	4	5
7. Cuando pienso en el último delito que cometí, me enfado conmigo mismo.	1	2	3	4	5
8. Otros tienen la culpa de mi comportamiento delictivo.	1	2	3	4	5
9. Estoy molesto por ser un usuario del sistema justicia.	1	2	3	4	5
10. Dejar de delinquir es muy importante para mí.	1	2	3	4	5
11. Me organizo bien.	1	2	3	4	5
12. Me siento culpable por mi comportamiento delictivo.	1	2	3	4	5
13. No he agredido desde hace mucho tiempo.	1	2	3	4	5
14. No merezco tener que cumplir una condena.	1	2	3	4	5
15. Ser visto como un delincuente me molesta.	1	2	3	4	5
16. Cuando pienso en mi condena, siento enfado hacia los demás.	1	2	3	4	5
17. Me arrepiento de haber cometido el delito que ha causado mi última condena.	1	2	3	4	5
18. Me siento avergonzado por el delito que cometí.	1	2	3	4	5
19. Odio que me digan lo que tengo que hacer.	1	2	3	4	5
20. Los programas de tratamiento son para calzonazos.	1	2	3	4	5

MÒDUL 1. Hi ha alguna cosa que vulgui canviar?

1.1 Exercici: El Pont

Ompli el quadre següent reflexionant sobre els inconvenients que té continuar amb el problema en qüestió i sobre els avantatges derivats d'un canvi.

Inconvenients de continuar	Avantatges del canvi

1.2 Exercici: Balanç decisional

En el quadre enumeri a la columna de l'esquerra tant els beneficis com els costos derivats de canviar de conducta. Utilitzi la columna de la dreta per llistar tant els beneficis com els costos si segueix amb el mateix problema o conducta.

	Canvi	**No canvi**
Beneficis		
Costos		

1.3. Exercici: Identificació d'alternatives

Ompli el quadre següent reflexionant sobre la situació que l'ha portat a la realització d'aquest programa i d'altres situacions problemàtiques similars que hagi viscut recentment.

Situació o context

On estaves?
Què feies?
Qui hi havia?

Emoció

¿Què senties en aquells moments? (avalua la seva intensitat de 0-100%)

Pensaments automàtics

Què passa per la teva ment just en el moment?
Quin és el pensament que més et preocupa?

Evidència a favor d'aquests pensaments

Evidència que no hi dóna suport a aquests pensaments

Identificar altres alternatives.

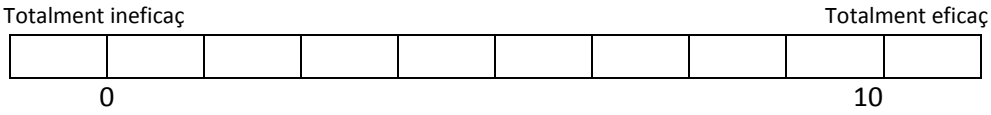
Hi ha una alternativa al comportament que vas realitzar? (avalua quant hi creus en aquest pensament 0-100%)

MÒDUL 2. Hi ha alguna cosa que m'ajudi a canviar?

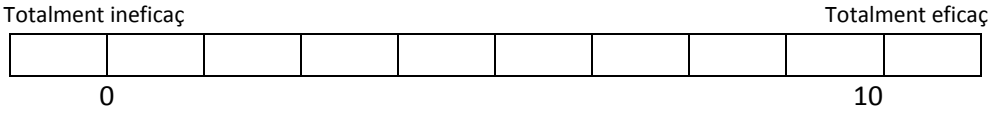
2.1. Exercici: El Termòmetre de l'autoeficàcia

A continuació enumeri totes les accions que cregui que poden ajudar-li a aconseguir realitzar el canvi pel qual es aquí. Utilitzi el termòmetre dibuixat per valorar quin grau d'èxit creu que pot aconseguir en dur a terme cada acció. El 0 significa que se sent totalment incapaç de fer-ho amb éxit i 10 significa totalment capaç.

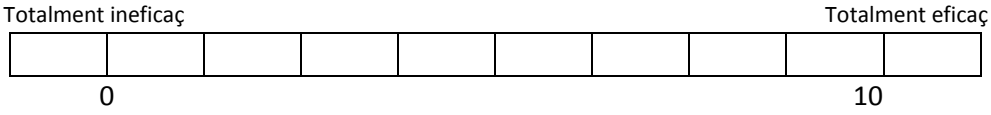
Acció 1:.....



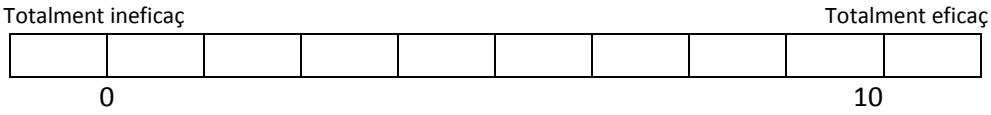
Acció 2:.....



Acció 3:.....

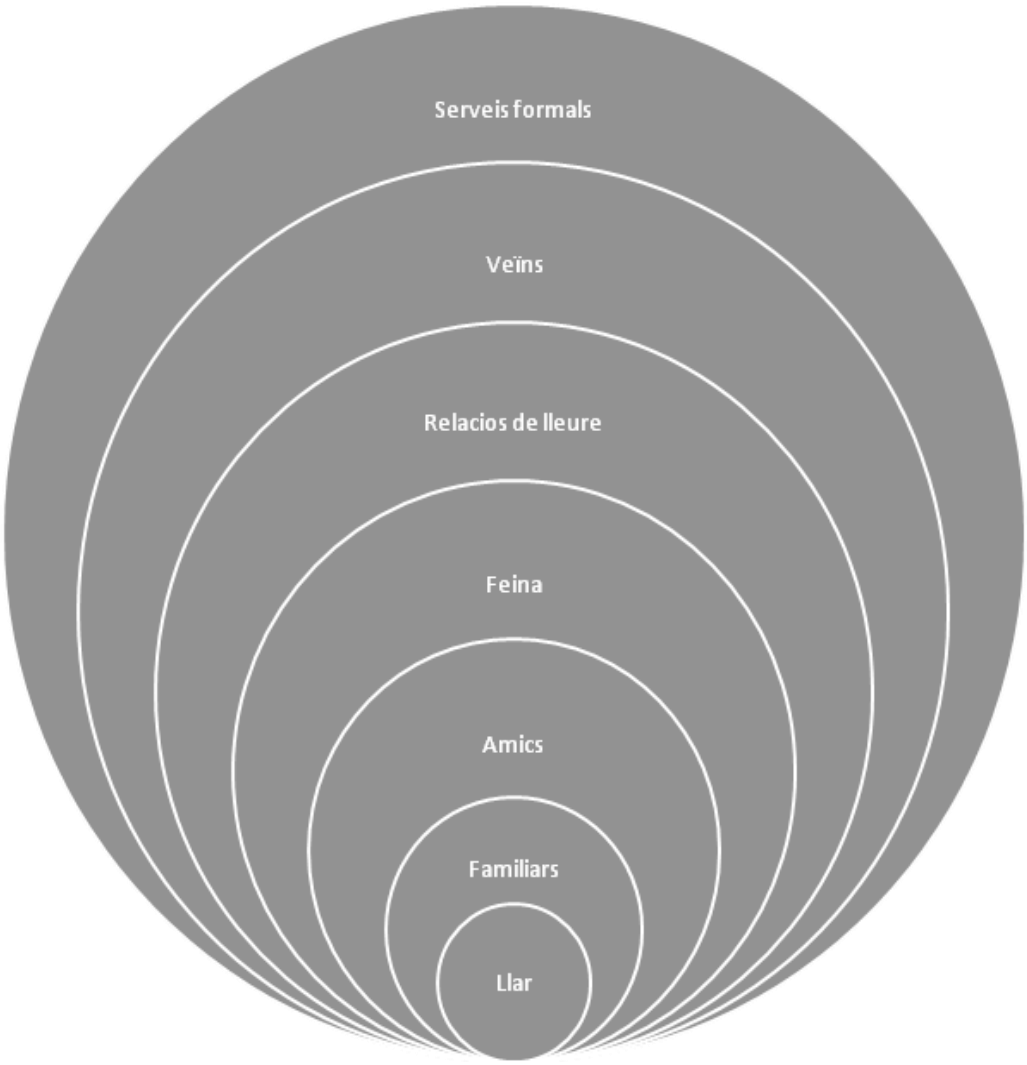


Acció 4:.....



2.2. Exercici: Mapa de la xarxa social

Situï als membres de la seva xarxa social (persones, grups, recursos...) en l'àrea corresponent de la figura (màxim 15 persones).



2.3. Exercici: Graella de la xarxa social

Esculli els 5 membres més rellevants que ha identificat a la figura anterior i que ompli per a cada individu les qüestions que es plantegen seleccionant una de les opcions indicades

ID.1: _____

ÀREA DE LA VIDA:

- Llar
- Familiar
- Amic
- Feina
- Lleure
- Veïnat
- Servei professional

NIVELL DE SUPORT CONCRET:

- Quasi mai
- Algunes vegades
- Quasi sempre

NIVELL DE SUPORT EMOCIONAL:

- Quasi mai
- Algunes vegades
- Quasi sempre

NIVELL DE SUPORT INFORMACIONAL:

- Quasi mai
- Algunes vegades
- Quasi sempre

NIVELL DE CRÍTIC:

- Quasi mai
- Algunes vegades
- Quasi sempre

DIRECCIÓ DE L'AJUDA:

- Dues direccions
- De vostè cap a ells
- D'ells cap a vostè

NIVELL DE PROXIMITAT:

- No molt proper
- Poc proper
- Molt proper

FREQÜÈNCIA DE RELACIÓ:

- No es veuen
- Poques vegades l'any
- Mensualment
- Setmanalment
- Diàriament

TEMPS QUE ES CONEIXEN:

- Menys d'un any
- 1-5 anys
- Més de cinc anys

MÒDUL 3. Mapa de Ruta

3.1 EXERCICI: Taula d'objectius per terminis temporals

Identifiqui quins serien els seus principals objectius per aconseguir un canvi de conducta i anoti'ls segons la seva temporalitat.

CURT TERMINI	
MIG TERMINI	
LLARG TERMINI	

3.2 EXERCICI: Pla d'Acció

Ompli el quadre següent reflexionant sobre tots els aspectes que se li demanen sobre els principals objectius que s'ha plantejat a l'exercici anterior.

Objectiu	
Predicció de les conseqüències més probables	
Obstacles potencials	
Estratègies per superar els obstacles	
Resultats	

MÒDUL 4. No tornar a l'inici.

4.1 Exercici: Factors de risc

SITUACIÓ 1:

Descrigui-la breument: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Descrigui les conseqüències que habitualment s'han produït en relació a aquesta situació. Ha de considerar tant les positives, com les negatives i si es presenten just en el mateix moment o més tard.

Conseqüències POSITIVES: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conseqüències NEGATIVES: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SITUACIÓ 2:

Descrigui-la breument: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Descrigui les conseqüències que habitualment s'han produït en relació a aquesta situació. Ha de considerar tant les positives, com les negatives i si es presenten just en el mateix moment o més tard.

Conseqüències POSITIVES: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conseqüències NEGATIVES: .....

.....

.....

.....

.....

4.2 Exercici: Desenvolupant noves opcions i plans

En aquest exercici, desenvoluparà noves estratègies i plans d'acció per enfrontar-se a les situacions d'alt risc que ha descrit a l'**exercici 1**.

Situació de risc	Predicció de les conseqüències més probables	Obstacles Potencials	Estratègies per superar els obstacles	Resultats
Situació 1				
Situació 2				
Situació 3				
Situació 4				

6. Conclusions i Propostes

El principal producte de l'estudi que s'ha presentat en aquesta memòria ha estat l'elaboració d'un Programa d'Intervenció Motivacional (PIM) i el disseny d'un manual per la seva aplicació, amb la finalitat de donar resposta a la necessitat detectada a l'estudi de Civit et al., (2013) sobre motivació al canvi en subjectes que han realitzat un programa formatiu en violència domèstica.

Per dur a terme aquest objectiu es va realitzar una revisió bibliogràfica exhaustiva, per tal de detectar les intervencions que ja s'estaven realitzant en aquest àmbit. Aquesta revisió i la seva posterior anàlisi han posat de relleu, que malgrat l'interès científic per la motivació al canvi i l'existència de diversos models teòrics, els estudis relacionats amb intervencions dirigides al seu augment i millora són encara escassos, especialment en el camp de la violència. S'ha posat de manifest, per altra banda, que els principis de l'Entrevista Motivacional, dissenyada per Miller i Rollnick a finals dels anys noranta, són els que constitueixen la base de la majoria de programes dirigits a promoure la disposició al canvi. L'Entrevista Motivacional ha estat rellevant, especialment, perquè aporta una nova filosofia de treball per la consecució dels canvis conductuals que dista molt de la confrontació i els mètodes coercitius clàssics. A més és una eina que ofereix un gran nombre de recursos i tècniques, les quals es recomana conèixer en profunditat per a treballar els aspectes motivacionals de qualsevol individu.

L'elaboració del nostre Pla d'Intervenció Motivacional (PIM) ha inclòs aquelles idees comunes que s'han extret de la revisió bibliogràfica exhaustiva. Aquest programa, per tant, es fonamenta en el model transteòric de Prochaska i DiClemente i en els principis de l'Entrevista Motivacional. Concretament, el PIM es tracta d'un programa individualitzat, amb una durada d'entre 4 i 6 sessions. La intensitat de la intervenció dependrà de l'estadi motivacional que presenti l'usuari i el seu perfil (producte de la interacció dels resultats obtinguts a les proves psicomètriques). El PIM es caracteritza per ser una intervenció amb un estil terapèutic basat en el diàleg socràtic, que persegueix l'autonomia de l'usuari, i on es treballen la seva autoeficàcia, la resolució de l'ambivalència, la

identificació d'objectius específics i el desenvolupament d'un pla d'acció alternatiu. En aquesta memòria s'han detallat exhaustivament les tasques i activitats a treballar pels usuaris per tal de facilitar el canvi motivacional. Aquestes tasques van ser dissenyades pel grup de recerca mitjançant la revisió de les tècniques i exercicis més aplicats en psicologia general i clínica, psicoteràpia o altres branques científiques.

Com s'ha destacat al llarg de la memòria, tant la bibliografia científica com l'estudi previ sobre la nostre realitat (Civit et al., 2013), han posat de relleu la necessitat del treball motivacional com a pas previ a la participació en un programa formatiu. Per això, resulta coherent, doncs, que la primera proposta que se suggereix és la inclusió del programa PIM en el circuit de MPA de manera que, garantint la integritat del programa i la seva temporalització, l'usuari quedi inclòs automàticament en el següent PF que es dugui a terme.

Per tal d'aconseguir una aplicació del programa unificada, seria necessària una formació específica dels professionals que el duran a terme. Aquesta formació tindrà com a objectiu garantir l'adquisició dels conceptes i competències bàsiques per la correcta implementació del programa. En aquest sentit, es considera que la millor opció seria l'aplicació del programa motivacional per part dels delegats de MPA, sense que aquest fet suposi una sobrecàrrega de feina per aquests professionals. Caldria dotar al servei dels recursos necessaris per la seva aplicació, incloent-hi la formació adequada dels professionals integrants de l'equip.

Tot i que la implementació del programa estaria a càrrec dels delegats de MPA, també és necessari que hi hagi un coneixement adequat del programa i els seus continguts per part dels terapeutes que imparteixin el PF amb posterioritat.

En relació a aspectes propis de la implementació del PIM, s'ha de tenir en compte que, tot i que el que es presenta en aquesta memòria és un programa estandarditzat i que com a tal s'ha de vetllar per la seva implementació amb integritat, també s'ha de garantir la discrecionalitat del professional per poder

utilitzar altres eines complementàries que valori com adients. Aquestes tècniques han de donar resposta a les característiques concretes de l'usuari amb qui s'està treballant com podrien ser tècniques de relaxació, de control d'ansietat, etc.

Finalment, la proposta final que s'ofereix d'aquest estudi és la necessitat de realitzar una aplicació pilot del Pla d'Intervenció Motivacional per comprovar la seva viabilitat i eficàcia, així com efectuar les millores necessàries en el seu disseny.

7. Limitacions

Per finalitzar, s'exposaran les principals limitacions trobades en el desenvolupament d'aquest estudi. Durant la primera fase de la investigació, on es va fer una revisió exhaustiva de bibliografia científica envers la intervenció en la motivació, tant a l'àmbit de la violència com d'altres, la primera limitació que es va trobar va ser l'escassa bibliografia que existeix sobre aquest tipus d'intervenció, i més encara si s'acota la recerca en intervenció motivacional amb persones que han presentat conductes violentes.

D'altra banda, dins dels estudis trobats que exposaven principalment recerques d'eficàcia de la intervenció motivacional, es va detectar la manca de descripció de les tècniques i eines utilitzades per dur a terme aquesta intervenció. Més enllà de basar-se en l'entrevista motivacional, moltes d'elles no especificaven les tasques que utilitzaven en els supòsits on treballaven la motivació dels subjectes, dificultant així l'elecció de les que s'inclourien en el manual objecte d'aquesta investigació.

En quant al desenvolupament del manual i l'elecció de les eines que s'utilitzarien per treballar els diferents aspectes que s'han considerat rellevants en la intervenció de la motivació, una altra dificultat derivada de l'anterior, va ser que es van haver d'adaptar tasques d'ús general per incidir en les àrees a treballar en aquest programa motivacional. Així, no es tracta d'exercicis específics per treballar la motivació sinó que s'han escollit i adaptat a la finalitat del programa i les necessitats dels usuaris segons l'estadi motivacional en el que es troben.

Pel que fa a la utilització d'instruments empírics relacionats amb la valoració de la motivació dels usuaris que han de participar en un programa formatiu en matèria de violència domèstica, a més de l'exigència del disseny experimental de continuar utilitzant els mateixos instruments per tal d'oferir continuïtat entre aquest estudi i l'anterior; la revisió efectuada ha posat de relleu la manca d'eines per valorar l'estadi motivacional. Aquest aspecte impossibilita la valoració i elecció d'uns altres instruments diferents de l'URICA tot i les

limitacions i carències ja destacades en l'anterior investigació. Per aquest motiu l'avaluació dels usuaris que participin en el PIM s'ha completat amb l'aplicació d'un nou instrument identificat a la revisió: Qüestionari Multifactorial de Disposició al Canvi de la Universitat de Victoria (Qüestionari MDC-Victoria). L'equip de recerca va considerar que aquest instrument podia aportar al professional informació molt rellevant de cara a la implementació del programa motivacional. Tot i que es va considerar la necessitat de no sobrecarregar als individus amb instruments d'avaluació, la importància i brevetat d'aquest instrument va conduir finalment a la seva inclusió en el marc de l'avaluació.

Per últim, i relacionat amb el desenvolupament del manual del programa motivacional, s'ha detectat una manca d'oferta de formació específica i presencial en aquest camp per tal d'aprofundir en la base i desenvolupament de diferents tècniques d'intervenció relacionades amb la motivació. Dins l'oferta existent ens hem trobat amb dificultats econòmiques per accedir-hi.

Una altra gran limitació al llarg de tota la investigació ha estat la situació de MPA, enguany s'ha dut a terme la licitació pública de les entitats que duen a terme els programes formatius. La situació d'inestabilitat, la demora en la resolució de la licitació i la paralització pressupostària han dut a una irregularitat en l'assignació de casos que ens ha portat a perdre subjectes potencials de la mostra, així com a haver d'intensificar el seguiment per tal d'administrar totes les proves, dificultant l'ampliació de mostra prevista inicialment.

8. Referències bibliogràfiques

Abo Hamza, E. G. (2011). The impact of group Motivational Enhancement Therapy on motivation to change among adolescent male substance abusing clients in a controlled environment. Retrieved from http://gradworks.umi.com/34/55/3455944.html

Alexander, J. F., Robbins, M. S., i Sexton, T. L. (2000). Family-based interventions with older, at-risk youth: From promise to proof to practice. *The Journal of Primary Prevention*, *21*(2), 185–205.

Alexander, P. C., i Morris, E. (2008). Stages of Change in Batterers and Their Response to Treatment. *Violence and Victims*, *23*(4), 476–492. doi:10.1891/0886-6708.23.4.476

Andrews, D. A., i Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th ed., p. 630). New Providence: Anderson Publishing.

Andrews, D. A., i Dowden, C. (2007). The Risk–Need–Responsivity Model of Assessment and Human Service in Prevention and Corrections: Crime-Prevention Jurisprudence - Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice/La Revue canadienne de criminologie et de justice pénale - Volume 49, Num. *Canadian Journal of Criminlogy and Criminal Justice2*, *49*(4), 439–464. Retrieved from http://utpjournals.metapress.com/content/u7r05rw24683214q/

Anton, R. F., Moak, D. H., Latham, P., Waid, L. R., Myrick, H., Voronin, K., … Woolson, R. (2005). Naltrexone Combined With Either Cognitive Behavioral or Motivational Enhancement Therapy for Alcohol Dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *25*(4), 349–357. doi:10.1097/01.jcp.0000172071.81258.04

Arce, R., Fariña, F., i Suárez, A. (2005). Sensibilización e introducción del programa Galicia de Reeducación para Maltratadores. In B. D. Silva i L. S. Almeida (Eds.), *III Congresso Galaico-Português de Psicopedagogía* (pp. 3563–3575). Braga: Universidade do Minho.

August, J. L., i Flynn, A. (2007). Applying Stage-Wise Treatment to a Mixed-Stage Co-occurring Disorders Group. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *10*(1), 53–63. doi:10.1080/15487760601166357

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847061

Bandura, A., i Locke, E. a. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, *88*(1), 87–99. doi:10.1037/0021-9010.88.1.87

Barbaree, H. E., i Marshall, W. L. (2006). *The Juvenile Sex Offenders*. (H. E. Barbaree i W. L. Marshall, Eds.) (2nd ed., p. 396). New York: Guilford Press.

Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behaviour*. *Journal of Political Economy*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G., Gaume, J., i Daeppen, J.-B. (2010). Change talk sequence during brief motivational intervention, towards or away from drinking. *Addiction (Abingdon, England)*, *105*(12), 2106–12. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03081.x

Bowen, E., i Gilchrist, E. (2004). Do court- and self-referred domestic violence offenders share the same characteristics? A preliminary comparison of motivation to change, locus of control and anger. *Legal and Criminological Psychology*, *9*(2), 279–294. doi:10.1348/1355325041719383

Browne, K. D. (1989). Family Violence: Spouse and Elder. In K. Howells i C. R. Hollin (Eds.), *Clinical Approaches to Violence*. New York: Wiley.

Buckner, J. D., i Carroll, K. M. (2010). Effect of anxiety on treatment presentation and outcome: results from the Marijuana Treatment Project. *Psychiatry Research*, *178*(3), 493–500. doi:10.1016/j.psychres.2009.10.010

Buckner, J. D., Ledley, D. R., Heimberg, R. G., i Schmidt, N. B. (2008). Treating Comorbid Social Anxiety and Alcohol Use Disorders: Combining Motivation Enhancement Therapy With Cognitive-Behavioral Therapy. *Clinical Case Studies*, *7*(3), 208–223. doi:10.1177/1534650107306877

Callaghan, R. C., Hathaway, A., Cunningham, J. a, Vettese, L. C., Wyatt, S., i Taylor, L. (2005). Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors*, *30*(9), 1834–47. doi:10.1016/j.addbeh.2005.07.015

Carey, K. B., Leontieva, L., Dimmock, J., Maisto, S. A., i Batki, S. L. (2007). Adapting Motivational Interventions for Comorbid Schizophrenia and Alcohol Use Disorders., *14*(1), 39–57. doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00061.x

Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., i Carey, M. P. (2001). Enhancing Readiness-to-Change Substance Abuse in Persons. *Behaviour Modification*, *25*(3), 331–384.

Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., i Carey, M. P. (2002). Correlates of stages of change for substance abuse among psychiatric outpatients. *Psychology of Addictive Behaviors*, *16*(4), 283–289.

Carroll, K. M., Easton, C. J., Nich, C., Hunkele, K. A., Neavins, T. M., Sinha, R., … Rounsaville, B. J. (2007). The use of contingency management and motivational/skills--building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(5), 955–966.

Casey, S., Day, A., i Howells, K. (2005). The application of the transtheoretical model to offender populations: Some critical issues. *Legal and Criminological Psychology*, *10*(2), 157–171. doi:10.1348/135532505X36714

Chambers, A. L., i Wilson, M. N. (2007). Assessing male batterers with the Personality Assessment Inventory. *Journal of Personality Assessment*, *88*(1), 57–65. doi:10.1080/00223890709336835

Chambliss, W. J. (1997). Toward a political economy of crime. In J. Muncie, E. McLaughlin, i M. Langan (Eds.), *Criminological perspectives: A reader* (1rst ed., pp. 224–231). London: Sage.

Chang, H., i Saunders, D. G. (2002). Predictors of Attrition in Two Types of Group Programs for Men Who Batter 1, *17*(3).

Chew, F., Palmer, S., Slonska, Z., i Subbiah, K. (2002). Enhancing health knowledge, health beliefs, and health behavior in Poland through a health promoting television program series. *Journal of Health Communication*, *7*(3), 179–96. doi:10.1080/10810730290088076

Civit, N., Iturbe, N., Martínez-Catena, A., Muro, A., i Nguyen Vo, T. (2013). Anàlisi de la motivació al canvi en subjectes que han realitzat un programa formatiu en violència domèstica. *Invesbreu*, *60*, 1–4.

Clive, G. (2005). Issues in running smoking cessation groups with forensic psychiatric ... *The British Journal of Forensic Practice*, *7*(2), 22–28.

Daly, J. E., Power, T. G., i Gondolf, E. W. (2001). Predictors of Batterer Program Attendance. *Journal of Interpersonal Violence*, *16*(10), 971–991. doi:10.1177/088626001016010001

Day, A., Casey, S., i Gerace, A. (2010). Interventions to improve empathy awareness in sexual and violent offenders: Conceptual, empirical, and clinical issues. *Aggression and Violent Behavior*, *15*(3), 201–208. doi:10.1016/j.avb.2009.12.003

Day, A., Casey, S., Ward, T., Howells, K., i Vess, J. (2010). *Transitions to Better Lives: Offender Readiness and Rehabilitation* (p. 318). Cullompton, Devon: Willan Publishing.

Day, A., Gerace, A., Wilson, C., i Howells, K. (2008). Promoting forgiveness in violent offenders: A more positive approach to offender rehabilitation?

Aggression and Violent Behavior, *13*(3), 195–200. doi:10.1016/j.avb.2008.03.004

De Oliveira Júnior, H. P., i Malbergier, A. (2003). Assessment of motivation for treatment in alcohol dependent patients who sought treatment at a specialized medical service Avaliação da motivação para tratamento em pacientes dependentes de. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo, Brazil : 1999)*, *25*(1), 5–10.

Diclemente, C. C., i Prochaska, J. (1982). SELF-CHANGE AND THERAPY CHANGE OF SMOKING BEHAVIOR : A COMPARISON OF PROCESSES OF CHANGE IN CESSATION AND MAINTENANCE the proportion of adult males and females who smoked dropped from 52 to 39 % and change-process as operating either at the level of the i, *7*(1979), 133–142.

Diez, S., Brines, F., i Chapa, F. (2001). Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, *13*(2), 147–152.

Echeburúa, E. (2013). Adherencia al tratamiento en hombres maltratadores contra la pareja en un entorno comunitario: Realidad actual y retos de futuro. *Psychosocial Intervention*, *22*(2), 87–93.

Echeburúa, E., i Amor, P. J. (2010). Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Revista Española de Medicina Legal*, *36*(3), 117–121. doi:10.1016/S0377-4732(10)70040-7

Echeburúa, E., i Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratameinto en prisión de hombres condenados por violencia grave contrala pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *9*(1), 5–20.

Echeburúa, E., i Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?: La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales* (p. 264). Madrid: Ediciones Pirámide.

Eckhardt, C. I., Babcock, J., i Homack, S. (2004). Partner Assaultive Men and the Stages and Processes of Change 1, *19*(2).

Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y casos prácticos.* Madrid: Pirámide.

Fishbein, M., i Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behaviour. The reasoned action approach*. New York: Taylor & Francis.

Ford, M. E. (1992). *Motivating humans*. Newberry Park, CA: Sage.

Galloway, G. P., Polcin, D., Kielstein, A., Brown, M., i Mendelson, J. (2007). A nine session manual of motivational enhancement therapy for methamphetamine dependence: adherence and efficacy. *Journal of Psychoactive Drugs*, *Suppl 4*, 393–400. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18286727

Gannon, T. A., Terriere, R., i Leader, T. (2012). Ward and Siegert ' s Pathways Model of child sexual offending : a cluster analysis evaluation. *Psychology, Crime & Law*, *18*(2), 129–153. doi:10.1080/10683160903535917

Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M., i Daeppen, J.-B. (2009). Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *37*(2), 151–9. doi:10.1016/j.jsat.2008.12.001

Glanz, K., Rimer, B. K., i Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Gregoire, T. K., i Burke, A. C. (2004). The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *26*(1), 35–41. doi:10.1016/S0740-5472(03)00155-7

Gustavo, A., i Cabrera, A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *18*(2), 129–138. Retrieved from http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=12018210

Harkins, L., i Beech, A. R. (2007). A review of the factors that can influence the effectiveness of sexual offender treatment: Risk, need, responsivity, and process issues. *Aggression and Violent Behavior*, *12*(6), 615–627. doi:10.1016/j.avb.2006.10.006

Helton, P. (2011). Resources for Battering Intervention and Prevention Programs in Texas to Mitigate Risk Factors Which Increase the Likelihood of Participant Dropout. Retrieved from https://digital.library.txstate.edu/handle/10877/3500

Hemphill, J. F., i Howell, a J. (2000). Adolescent offenders and stages of change. *Psychological Assessment*, *12*(4), 371–81. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11147104

Hollin, C. R., i Palmer, E. J. (2009). Cognitive skills programmes for offenders. *Psychology, Crime & Law*, *15*(2-3), 147–164. doi:10.1080/10683160802190871

Hulsman, L. H. C. (1997). Critical criminology and the concept of crime. In J. Muncie, E. McLaughlin, i M. Langan (Eds.), *Criminological perspectives: A reader* (1rst ed.). London: Sage.

Humfress, H., Igel, V., Lamont, A., Tanner, M., Morgan, J., i Schmidt, U. (2002). he effect of a brief motivational intervention on community psychiatric patients' attitudes to their care, motivation to change, compliance and outcome: A case control study. *Journal of Mental Health*, *11*(2), 155–166.

Izquierdo Martínez, Á. (1982). *Autocontrol□ : aprenda a cambiar su propia vida□ : la terapia de conducta aplicada a cada dia* Bilbao□ : Mensajero. Retrieved from http://cataleg.ub.edu/record=b1067751~S1*cat

Jewell, L. M., i Wormith, J. S. (2010). Variables Associated With Attrition From Domestic Violence Treatment Programs Targeting Male Batterers: A Meta-Analysis. *Criminal Justice and Behavior*, *37*(10), 1086–1113. doi:10.1177/0093854810376815

Kadden, R. M., Litt, M. ., Cooney, N. L., i Busher, D. A. (1992). Relationship between role-play measures of coping skills and alcoholism treatment outcome. *Addictive Behaviors*, *17*, 425–437.

Krause, M. S. (1966). A cognitive theory of motivation for treatment. *Journal of General Psychology*, *75*, 9–19.

Ledley, D. R., Marx, B. P., i Heimberg, R. G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work□ : clinical process for new practitioners*. New York□ : Guilford Press. Retrieved from http://cataleg.ub.edu/record=b1938514~S1*cat

McCambridge, J., Day, M., Thomas, B. A., i Strang, J. (2011). Fidelity to Motivational Interviewing and subsequent cannabis cessation among adolescents. *Addictive Behaviors*, *36*(7), 749–754.

Mcconnaughy, E. A., Diclemente, C. C., Prochaska, J. O., i Velicer, W. F. (1989). STAGES OF CHANGE IN PSYCHOTHERAPY□ : A FOLLOW-UP REPORT, *26*(4), 494–503.

McConnaughy, E. A., Prochaska, J. O., i Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *20*(3), 368–375. doi:10.1037/h0090198

McMurran, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology*, *14*(1), 83–100. doi:10.1348/135532508X278326

Mcmurran, M., Theodosi, E., i Sellen, J. (2006). Measuring engagement in therapy and motivation to change in adult prisoners□ : a brief report. *Criminal Behaviour and Mental Health□ : CBMH*, *129*(16), 124–129. doi:10.1002/cbm

Mcmurran, M., i Ward, T. (2004). Motivating offenders to change in therapy□ : An organizing framework, 295–311.

Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, *98*(1), 84–107.

Miller, W. R., i Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas.* Barcelona: Paidós.

Miller, W. R., i Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, *10*, 81–89.

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., i Rychtarik, R. G. (1999). *Motivational Enhancement Therapy Manual. A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence.* Maryland: National INstitute of Health.

Morey, C. L. (1991). Personality Assessment Inventory - Professional Manual. Florida: USA. Retrieved from http://psychology.wikia.com/wiki/Morey_PAI

Moyers, T. B., i Martin, T. (2006). Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *30*(3), 245–51. doi:10.1016/j.jsat.2005.12.003

Mullan, B., i Westwood, J. (2010). The application of the theory of reasoned action to school nurses' behaviour. *Journal of Research in Nursing*, *15*(3), 261–271. Retrieved from [More Information]

Newman, C. F. (1994). Understanding client resistance: Methods for enhancing motivation to change. *Cognitive and Behavioral Practice*, *1*(1), 47–69. doi:10.1016/S1077-7229(05)80086-0

Nochajski, T. H., i Stasiewicz, P. R. (2005). Assessing Stages of Change in DUI Offenders. *Journal of Addictions Nursing*, *16*(1), 57–67. doi:10.1080/10884600590919127

Norcross, J. C., Krebs, P. M., i Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(2), 143–54. doi:10.1002/jclp.20758

Nowinski, J., Baker, S., i Carroll, K. (1992). *Twelve Step Facilitation Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapist Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence* (Vol. 1). Rockville, MD.

Orford, J. (2001). Addiction as excessive appetite. *Addiction (Abingdon, England)*, *96*(1), 15–31. doi:10.1080/09652140020016932

Pelissier, B. (2007). Treatment Retention in a Prison-based Residential Sex Offender Treatment Program. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *19*(4), 333–346. doi:10.1177/107906320701900401

Plotnikoff, R. C., Lippke, S., Trinh, L., Courneya, K. S., Birkett, N., i Sigal, R. J. (2010). Protection motivation theory and the prediction of physical activity among adults with type 1 or type 2 diabetes in a large population sample. *British Journal of Health Psychology*, *15*(Pt 3), 643–61. doi:10.1348/135910709X478826

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., i Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, *47*(9), 1102–14. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1329589

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., i Fava, J. (1988). Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(4), 520–8. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3198809

Project MATCH Group. (1998a). M atching patients with alcohol disorders to treatm ents□ : Clinical im plications from Project M ATCH.*Journal of Mental Health*, *7*(6), 589–602.

Project MATCH Group. (1998b). Therapist Effects in Three Treatments for Alcohol Problems. *Psychotherapy Research*, *8*(4), 455–474. doi:10.1080/10503309812331332527

Redondo, S. (2008). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes* (p. 303). Madrid: Pirámide.

Redondo, S., i Martínez-Catena, A. (2011). Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales. *Revista Española de Investigación Criminológica*, *8*(9), 1–25.

Roffman, R. a, Edleson, J. L., Neighbors, C., Mbilinyi, L., i Walker, D. (2008). The men's domestic abuse check-up: a protocol for reaching the nonadjudicated and untreated man who batters and who abuses substances. *Violence against Women*, *14*(5), 589–605. doi:10.1177/1077801208315526

Rogers, R., Jackson, R. L., i Kaminsky, P. L. (2005). Factitious psychological disorders: the overlooked response style in forensic evaluations. *Journal of Forensic Psychology Practice*, *5*(1), 21–41.

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology, 91:1*, *91*(1), 93.

Rojas, M. (2006). *Manual de consejo psicológico y psicoterapia en casos de drogodependencicas. Estructura de seis sesiones tipo (Tomo II).* Perú: Psikolibro.

Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs.*, *2*(4).

Schunk, D. H., i Pajares, F. (2004). Self-efficacy in education revisited: Empirical and applied evidence. In M. McInerne i S. Etten Van (Eds.), *Big theories revisited* (pp. 115–138). Greenwich, CT: Information Age.

Scott, K. L., i Wolfe, D. a. (2003). Readiness to change as a predictor of outcome in batterer treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(5), 879–89. doi:10.1037/0022-006X.71.5.879

Subirana-Malaret, M., i Andrés-Pueyo, A. (2013). Retención proactiva y adherencia terapéutica en programas formativos para hombres maltratadores de la pareja. *Psychosocial Intervention*, *22*(2), 95–104.

Terry, K. J. (2001). Motivation and Sex Offender Treatment Efficacy: Leading a Horse to Water and Making It Drink? *International Journal of Offender*

Therapy and Comparative Criminology, *45*(6), 663–672. doi:10.1177/0306624X01456003

Tevyaw, T. O., Borsari, B., Colby, S. M., i Monti, P. M. (2007). Peer enhancement of a brief motivational intervention with mandated college students. *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *21*(1), 114–9. doi:10.1037/0893-164X.21.1.114

The Health Foundation. (2011). *Training professionals in motivational interviewing* (p. 38). London.

Tierney, D. W., i McCabe, M. P. (2002). Motivation for behavior change among sex offenders. A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, *22*(1), 113–29. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11793576

Tierney, D. W., i Mccabe, M. P. (2004). The assessment of motivation for behaviour change among sex offenders against children: An investigation of the utility of the Stages of Change Questionnaire. *Journal of Sexual Aggression*, *10*(2), 237–249. doi:10.1080/13552600412331289041

Tollison, S. J., Mastroleo, N. R., Mallett, K. A., Witkiewitz, K., Lee, C. M., Ray, A. E., i Larimer, M. E. (2013). The relationship between baseline drinking status, peer motivational interviewing microskills, and drinking outcomes in a brief alcohol intervention for matriculating college students: a replication. *Behavior Therapy*, *44*(1), 137–51. doi:10.1016/j.beth.2012.09.002

Touyz, S., Thornton, C., Rieger, E., George, L., i Beumont, P. (2003). The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *12 Suppl 1*, I65–71. doi:10.1007/s00787-003-1109-5

Walker, D. D., Stephens, R., Roffman, R., Demarce, J., Lozano, B., Towe, S., i Berg, B. (2011). Randomized controlled trial of motivational enhancement therapy with nontreatment-seeking adolescent cannabis users: a further test of the teen marijuana check-up. *Psychology of Addictive Behaviors :*

Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, *25*(3), 474–84. doi:10.1037/a0024076

Wang, E. W., Rogers, R., Giles, C. L., Diamond, P. M., Herrington-Wang, L. E., i Taylor, E. R. (1997). A pilot study of the Personality Assessment Inventory (PAI) in corrections: assessment of malingering, suicide risk, and aggression in male inmates. *Behavioral Sciences & the Law*, *15*(4), 469–82. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9433749

Ward, T., i Mann, R. (2004). Good lives and the rehabilitation of offenders: A positive approach to treatment. In P. A. Linley i S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology in practice* (pp. 598–616). New Jersey, NY: Wiley.

Ward, T., Vess, J., Collie, R. M., i Gannon, T. A. (2006). Risk management or goods promotion: The relationship between approach and avoidance goals in treatment for sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, *11*(4), 378–393. doi:10.1016/j.avb.2006.01.001

Wells-Parker, E., Kenne, D. R., Spratke, K. L., i Williams, M. T. (2000). Self-efficacy and motivation for controlling drinking and drinking/driving: an investigation of changes across a driving under the influence (DUI) intervention program and of recidivism prediction. *Addictive Behaviors*, *25*(2), 229–38. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10795947

White, L. J. (1996). Review of the Personality Assessment Inventory (PAI^{TM}): A New Psychological Test for Clinical and Forensic Assessment. *Australian Psychologist*, *31*(1), 38–39. doi:10.1080/00050069608260173

Witkiewitz, K., Hartzler, B., i Donovan, D. (2010). Matching motivation enhancement treatment to client motivation: re-examining the Project MATCH motivation matching hypothesis. *Addiction (Abingdon, England)*, *105*(8), 1403–13. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02954.x

Zalmanowitz, S. J., Babins-Wagner, R., Rodger, S., Corbett, B. A., i Leschied, A. (2013). The association of readiness to change and motivational interviewing with treatment outcomes in males involved in domestic

violence group therapy. *Journal of Interpersonal Violence*, *28*(5), 956–74. doi:10.1177/0886260512459381

Zywiak, W. H., Stout, R. L., Longabaugh, R., Dyck, I., Connors, G. J., i Maisto, S. a. (2006). Relapse-onset factors in Project MATCH: the Relapse Questionnaire. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *31*(4), 341–5. doi:10.1016/j.jsat.2006.05.007

9. Annexos

9.1. Referències bibliogràfiques de la revisió exhaustiva

Anton, R. F., Moak, D. H., Latham, P., Waid, L. R., Myrick, H., Voronin, K., … Woolson, R. (2005). Naltrexone Combined With Either Cognitive Behavioral or Motivational Enhancement Therapy for Alcohol Dependence. Journal of Clinical Psychopharmacology, 25(4), 349–357. doi:10.1097/01.jcp.0000172071.81258.04

Barnett, N. P., Goldstein, A. L., Murphy, J. G., Colby, S. M., i Monti, P. M. (2011). “I’ll nver drink like that again”: Characteristics of alcohol-related indicents and predictors of motivation to change in college students. Journal Studies Alcohol, 67(5), 754–763.

Boira, S., i Tomás-Aragonés, L. (2011). Características psicológicas y motivación para el cambio en hombres condenados por violencia contra la pareja. International Journal of Psychological Research, 4(2), 48–56.

Brodeur, N., Rondeau, G., Brochu, S., Lindsay, J., i Phelps, J. (2008). Does the Transtheoretical Model Predict Attrition in Domestic Violence Treatment Programs? Violence and Victims, 23(4), 493–507. doi:10.1891/0886-6708.23.4.493

Buckner, J. D., i Carroll, K. M. (2010). Effect of anxiety on treatment presentation and outcome: results from the Marijuana Treatment Project. Psychiatry Research, 178(3), 493–500. doi:10.1016/j.psychres.2009.10.010

Buckner, J. D., i Schmidt, N. B. (2009). A randomized pilot study of motivation enhancement therapy to increase utilization of cognitive-behavioral therapy for social anxiety. Behaviour Research and Therapy, 47(8), 710–5. doi:10.1016/j.brat.2009.04.009

Callaghan, R. C., i Taylor, L. (2006). Mismatch in the transtheoretical model? The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions, 15(5), 403. doi:10.1080/10550490600860627

Carey, K. B. (2007). Adapting Motivational Interventions for Comorbid. Clinical Psychology: Science and Practice, 14(1), 39–57.

Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., i Carey, M. P. (2001). Enhancing Readiness-to-Change Substance Abuse in Persons. Behaviour Modification, 25(3), 331–384.

Carroll, K. M., Easton, C. J., Nich, C., Hunkele, K. A., Neavins, T. M., Sinha, R., … Rounsaville, B. J. (2007). The use of contingency management and motivational/skills--building therapy to treat young adults with marijuana dependence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(5), 955–966.

Chung, T., Maisto, S. a, Mihalo, A., Martin, C. S., Cornelius, J. R., i Clark, D. B. (2011). Brief assessment of readiness to change tobacco use in treated youth. Journal of Substance Abuse Treatment, 41(2), 137–47. doi:10.1016/j.jsat.2011.02.010

Civit, N., Iturbe, N., Martínez-Catena, A., Muro, A., i Nguyen Vo, T. (2013). Anàlisi de la motivació al canvi en subjectes que han realitzat un programa formatiu en violència domèstica. Invesbreu, 60, 1–4.

Clair, M., Stein, L. a R., Martin, R., Barnett, N. P., Colby, S. M., Monti, P. M., … Lebeau, R. (2011). Motivation to change alcohol use and treatment engagement in incarcerated youth. Addictive Behaviors, 36(6), 674–80. doi:10.1016/j.addbeh.2011.01.007

Clive, G. (2005). Issues in running smoking cessation groups with forensic psychiatric ... The British Journal of Forensic Practice, 7(2), 22–28.

Crane, C. a, i Eckhardt, C. I. (2013). Evaluation of a single-session brief motivational enhancement intervention for partner abusive men. Journal of Counseling Psychology, 60(2), 180–7. doi:10.1037/a0032178

Csillik, A. S., i Petot, J.-M. (2012). L'évaluation des stades de changement dans les addictions. L'Évolution Psychiatrique, 77(3), 331–341. doi:10.1016/j.evopsy.2012.02.002

DiClemente, C. C. (1999). Motivation for Change: Implications for Substance Abuse Treatment. Psychological Science, 10(3), 209–213. doi:10.1111/1467-9280.00137

Galloway, G. P., Polcin, D., Kielstein, A., Brown, M., i Mendelson, J. (2007). A Nine Session MAnual of Motivational Enhancemente Therapy for Methamphetamine Dependence: Adherence and Efficacy. Journal of Psychoactive Drugs, (March), 393–400.

Geller, J., i Dunn, E. C. (2011). Integrating Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Eating Disorders: Tailoring Interventions to Patient Readiness for Change. Cognitive and Behavioral Practice, 18(1), 5–15. doi:10.1016/j.cbpra.2009.05.005

Harrell, P. T., Trenz, R. C., Scherer, M., Martins, S. S., i Latimer, W. W. (2013). A latent class approach to treatment readiness corresponds to a transtheoretical ("Stages of Change") model. Journal of Substance Abuse Treatment, 45(3), 249–56. doi:10.1016/j.jsat.2013.04.004

Heapy, A., Otis, J., Marcus, K. S., Frantsve, L. M., Janke, E. A., Shulman, M., … Kerns, R. D. (2005). Intersession coping skill practice mediates the relationship between readiness for self-management treatment and goal accomplishment. Pain, 118(3), 360–8. doi:10.1016/j.pain.2005.09.004

Horvath, A. T. (1993). Enhancing Motivation for Treatment of Addicitive Behaviour: Guidelines for the psychotherapist. Psychotherapy, 30(3), 473–480. Retrieved from http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0

Keller, P. A., Harlam, B., Loewenstein, G., i Volpp, K. G. (2011). Enhanced active choice: A new method to motivate behavior change. Journal of Consumer Psychology, 21(4), 376–383. doi:10.1016/j.jcps.2011.06.003

Kidorf, M., King, V. L., Neufeld, K., Peirce, J., Kolodner, K., i Brooner, R. K. (2009). Improving substance abuse treatment enrollment in community syringe exchangers. Addiction (Abingdon, England), 104(5), 786–95. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02560.x

Korte, K. J., i Schmidt, N. B. (2012). High-Risk Feedback: A Brief Intervention to Increase Motivation to Change Anxiety. Cognitive Therapy and Research, 37(2), 332–339. doi:10.1007/s10608-012-9464-5

Kotler, L. a, Boudreau, G. S., i Devlin, M. J. (2003). Emerging psychotherapies for eating disorders. Journal of Psychiatric Practice, 9(6), 431–41. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15985966

Krejci, J., i Foulds, J. (2003). Engaging patients in tobacco dependence treatment□ : Assessment and motivational techniques. Psychiatric Annals, 33(7), 436–445.

Lee, C. S., Baird, J., Longabaugh, R., Nirenberg, T. D., Mello, M. J., i Woolard, R. (2010). Change plan as an active ingredient of brief motivational interventions for reducing negative consequences of drinking in hazardous drinking emergency-department patients. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 71(5), 726–33. Retrieved from http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2930503&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

Levesque, D. A., Gelles, R. J., i Velicer, W. F. (2000). Development and Validation of a Stages of Change Measure for Men in Batterer Treatment. Cognitive Therapy and Research, 24(2), 175–199.

Litt, M. D., Kleppinger, A., i Judge, J. O. (2002). Initiation and maintenance of exercise behavior in older women: predictors from the social learning model. Journal of Behavioral Medicine, 25(1), 83–97. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11845560

Martino, S., Canning-Ball, M., Carroll, K. M., i Rounsaville, B. J. (2011). A criterion-based stepwise approach for training counselors in motivational interviewing. Journal of Substance Abuse Treatment, 40(4), 357–65. doi:10.1016/j.jsat.2010.12.004

Mcmurran, M., Theodosi, E., i Sellen, J. (2006). Measuring engagement in therapy and motivation to change in adult prisoners□ : a brief report. Criminal Behaviour and Mental Health□ : CBMH, 129(16), 124–129. doi:10.1002/cbm

Mcmurran, M., i Ward, T. (2004). Motivating offenders to change in therapy□ : An organizing framework, 295–311.

Meyer, E., Souza, F., Heldt, E., Knapp, P., Cordioli, A., Shavitt, R. G., i Leukefeld, C. (2010). A randomized clinical trial to examine enhancing cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder with motivational interviewing and thought mapping. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38(3), 319–36. doi:10.1017/S1352465810000111

Moyers, T. B., i Martin, T. (2006). Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. Journal of Substance Abuse Treatment, 30(3), 245–51. doi:10.1016/j.jsat.2005.12.003

Murphy, R. T., i Rosen, C. S. (2006). Addressing Readiness to Change PTSD with a Brief Intervention. Journal of Aggression , Maltreatment & Trauma, 12(1-2), 7–28. doi:10.1300/J146v12n01

Murphy, R. T., Rosen, C. S., Cameron, R. P., i Thompson, K. E. (2002). Development of a Group Treatment for Enhancing Motivation to Change PTSD Symptoms. Cognitive and Behavioral Practice, 9, 308–316.

Newman, C. F. (1994). Understanding client resistance: Methods for enhancing motivation to change. Cognitive and Behavioral Practice, 1(1), 47–69. doi:10.1016/S1077-7229(05)80086-0

Ondersma, S. J., Winhusen, T., Erickson, S. J., Stine, S. M., i Wang, Y. (2009). Motivation Enhancement Therapy with pregnant substance-abusing women: does baseline motivation moderate efficacy? Drug and Alcohol Dependence, 101(1-2), 74–9. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.11.004

Penberthy, J. K., Hook, J. N., Vaughan, M. D., Davis, D. E., Wagley, J. N., Diclemente, C. C., i Johnson, B. a. (2011). Impact of motivational changes on drinking outcomes in pharmacobehavioral treatment for alcohol dependence. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 35(9), 1694–704. doi:10.1111/j.1530-0277.2011.01516.x

Project MATCH Group. (1998a). M atching patients with alcohol disorders to treatm ents : Clinical im plications from Project M ATCH. Journal of Mental Health, 7(6), 589–602.

Project MATCH Group. (1998b). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity : Project MATCH Three-Year Drinking Outcomes. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22(6), 1300–1311.

Project MATCH Group. (1998c). Therapist Effects in Three Treatments for Alcohol Problems. Psychotherapy Research, 8(4), 455–474. doi:10.1080/10503309812331332527

Roberts, E. a., Contois, M. W., Willis, J. C., Worthington, M. R., i Knight, K. (2007). Assessing Offender Needs and Performance for Planning and Monitoring Criminal Justice Drug Treatment. Criminal Justice and Behavior, 34(9), 1179–1187. doi:10.1177/0093854807304350

Roffman, R. a, Edleson, J. L., Neighbors, C., Mbilinyi, L., i Walker, D. (2008). The men's domestic abuse check-up: a protocol for reaching the nonadjudicated and untreated man who batters and who abuses substances. Violence against Women, 14(5), 589–605. doi:10.1177/1077801208315526

Santa Ana, E. J., Carroll, K. M., Añez, L., Paris, M., Ball, S. a, Nich, C., … Martino, S. (2009). Evaluating motivational enhancement therapy adherence and competence among Spanish-speaking therapists. Drug and Alcohol Dependence, 103(1-2), 44–51. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.03.006

Schmiege, S. J., Broaddus, M. R., Levin, M., i Bryan, A. D. (2009). Randomized trial of group interventions to reduce HIV/STD risk and change theoretical mediators among detained adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77(1), 38–50. doi:10.1037/a0014513

Schneider, S. L., i Wright, R. C. (2004). Understanding denial in sexual offenders: a review of cognitive and motivational processes to avoid responsibility. Trauma, Violence & Abuse, 5(1), 3–20. doi:10.1177/1524838003259320

Scott, K. L., i Wolfe, D. a. (2003). Readiness to change as a predictor of outcome in batterer treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(5), 879–89. doi:10.1037/0022-006X.71.5.879

Semiatin, J. N., Murphy, C. M., i Elliott, J. D. (2013). Observed behavior during group treatment for partner-violent men: Acceptance of responsibility and promotion of change. Psychology of Violence, 3(2), 126–139. doi:10.1037/a0029846

Sigmon, S. C., Dunn, K., i Higgins, S. T. (2007). Brief History of the Contingency Management Working Group. Drug and Alcohol Dependence, 89(2-3), 314–316. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.12.031

Sobell, L. C., Sobell, M. B., Leo, G. I., Agrawal, S., Johnson-Young, L., i Cunningham, J. a. (2002). Promoting self-change with alcohol abusers: a community-level mail intervention based on natural recovery studies. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 26(6), 936–48. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12068264

Stein, M. D., Hagerty, C. E., Herman, D. S., Phipps, M. G., i Anderson, B. J. (2011). A brief marijuana intervention for non-treatment-seeking young adult women. Journal of Substance Abuse Treatment, 40(2), 189–98. doi:10.1016/j.jsat.2010.11.001

Suarez, M. (2011). Application of Motivational Interviewing to Neuropsychology Practice: A New Frontier for Evaluations and Rehabilitation. In M. R. Schoenberg i J. G. Scott (Eds.), The Little Black Book of Neuropsychology (pp. 863–871). Boston, MA: Springer US. doi:10.1007/978-0-387-76978-3

Subirana-Malaret, M., i Andrés-Pueyo, A. (2013). Retención proactiva y adherencia terapéutica en programas formativos para hombres maltratadores de la pareja. Psychosocial Intervention, 22(2), 95–104.

Tevyaw, T. O., Borsari, B., Colby, S. M., i Monti, P. M. (2007). Peer enhancement of a brief motivational intervention with mandated college students. Psychology of Addictive Behaviors□ : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 21(1), 114–9. doi:10.1037/0893-164X.21.1.114

Touyz, S., Thornton, C., Rieger, E., George, L., i Beumont, P. (2003). The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. European Child & Adolescent Psychiatry, 12 Suppl 1, I65–71. doi:10.1007/s00787-003-1109-5

UKATT Research Team. (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems□ : findings of the. Bmj, 331(7516), 544.

Walker, D. D., Stephens, R., Roffman, R., Demarce, J., Lozano, B., Towe, S., i Berg, B. (2011). Randomized controlled trial of motivational enhancement therapy with nontreatment-seeking adolescent cannabis users: a further test of the teen marijuana check-up. Psychology of Addictive Behaviors□ :

Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 25(3), 474–84. doi:10.1037/a0024076

Witkiewitz, K., Hartzler, B., i Donovan, D. (2010). Matching motivation enhancement treatment to client motivation: re-examining the Project MATCH motivation matching hypothesis. Addiction (Abingdon, England), 105(8), 1403–13. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02954.x

Wulfert, E., Blanchard, E. B., Freidenberg, B. M., i Martell, R. S. (2006). Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: A pilot study. Behavior Modification, 30(3), 315–40. doi:10.1177/0145445503262578

Zywiak, W. H., Stout, R. L., Longabaugh, R., Dyck, I., Connors, G. J., i Maisto, S. a. (2006). Relapse-onset factors in Project MATCH: the Relapse Questionnaire. Journal of Substance Abuse Treatment, 31(4), 341–5. doi:10.1016/j.jsat.2006.05.007

9.2. Referències bibliogràfiques de la revisió de tècniques terapèutiques

Anderson, C. M., i Stewart, S. (1988). Para dominar la resistencia : guía práctica de terapia familiar. Buenos Aires: Amorrortu.

André, C. (2001). La Autoestima: gustarse a sí mismo para mejor vivir con los demás. Barcelona: Kairós.

Barlow, D. H. (2008). Clinical handbook of psychological disorders : a step-by-step treatment manual. New York, N.Y. [etc.] : Guilford Press.

Bouillerce, B. (2004). Cómo motivarse en la vida personal y profesional. Paris: Larousse.

Briñol, P., Horcajo, J., De la Corte, L., Valle, C., Gallardo, I. i Díaz, D. (2004). El efecto de la ambivalencia evaluativa sobre el cambio de actitudes. Psicothema, 16(3), 373-377.

Caballo, V. E. (1988). Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Valencia : Promolibro.

Calado, M. (2010). Trastornos alimentarios: guías de psicoeducación y autoayuda. Madrid: Pirámide.

Carré, R., Schmit, R., i Valls Llobet, C. (1996). En busca del equilibrio: potenciar la autoestima, evitar el estrés, la depresión y la ansiedad. Barcelona: Círculo de Lectores.

Conchell, R., Lila, M., Catalá, A., Del Hierro, G. i Lorenzo, M.V. (2011). Motivar para educar: estrategias para incrementar la adherencia en los programas de reeducación de maltratadores. Recuperat de www.uv.es/contexto/enriquegracia/Abstract_Valladolid_Raquel.pdf

Cormier, W. i Cormier, L.S. (2000). Estrategias de entrevista para terapeutas: habilidades básicas e intervenciones congnitivo-conductuales. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Costa, M. (Costa C., i López Méndez, E. (2008). Educación para la salud : guía práctica para promover estilos de vida saludables. Madrid : Pirámide.

Costa, M., i López Méndez, E. (2003). Consejo psicológico : una alianza estratégica para el apoyo, la potenciación y el cambio. Madrid: Síntesis.

Costa, M., i López Méndez, E. (2006). Manual para la ayuda psicológica : dar poder para vivir : más allá del counseling. Madrid: Pirámide.

Cox, W. M., i Klinger, E. (2011). Handbook of motivational counseling : goal-based approaches to assessment and intervention with addiction and other problems. Oxford: Wiley-Blackwell.

Fennell, M. J. V. (2006). Overcoming low self-esteem : self-help course : A 3-part programme based on Cognitive Behavioural Techniques. London: Robinson.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y casos prácticos. Madrid: Pirámide.

Hayes, S. C. (2013). Sal de tu mente, entra en tu vida : la nueva terapia de aceptación y compromiso. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Izquierdo Martínez, Á. (1982). Autocontrol : aprenda a cambiar su propia vida : la terapia de conducta aplicada a cada dia. Bilbao: Mensajero.

Janis, I. (1987). Formas breves de consejo. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Kanfer, F. H., i Schefft, B. K. (1988). Guiding the process of therapeutic change. Champaign, Ill: Research Press.

Kassinove, H., i Tafrate, R. C. (2005). El Manejo de la agresividad : manual de tratamiento completo para profesionales. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Leahy, R. L. (2003). Cognitive therapy techniques : a practitioner's guide. New York [etc.]: Guilford Press.

Ledley, D. R., Marx, B. P., i Heimberg, R. G. (2005). Making cognitive-behavioral therapy work : clinical process for new practitioners. New York: Guilford Press.

Lizárraga, S. i Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. ANALES Sis San Navarra, Supl. 2, 43-53.

Loinaz, I. i Echeburúa, E. (2010). Necesidades terapéuticas en agresores de pareja según su perfil diferencial. Clínica Contemporánea, 1(2), 85-95.

López, A.M. (2009). Aplicación de un modelo sistemático para propiciar la autoeficacia y la modificación de conducta de los participantes en el proceso de cortes de drogas. Revista Jurídica UPR, 78(1), 5-22.

Martín, L. (2002). Tratamientos psicológicos. Adicciones, 14, supl. 1, 409-420.

Martorell, M.C. i González, R. (1997). Entrevista y consejo psicológico. Madrid: Síntesis.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., i D'Zurilla, T. J. (2007). Solving life's problems : a 5-step guide to enhanced well-being. New York: Springer Pub.

Rodríguez, M.J. (2009). Procedimiento de intervención en los programas de terapia individual y de grupo con agresores en el ámbito familiar. Programa Terapéutico para agresores familiares. Recuperat el 5 de juliol de 2014, de www.juntoscontralaviolenciadomestica.com/consejos/experto-opiniones

Rojas, M. (2006). Manual de consejo psicológico y psicoterapia en casos de drogodependencicas. Estructura de seis sesiones tipo. (Tomo II). Lima (Perú): Psikolibro.

Romero Rodríguez, J., Rodríguez de Armenta, M. J., i Echauri Tijeras, J. A. (2005). Teoría y descripción de la violencia doméstica: programa terapeútico para maltratadores del ámbito familiar en el centro penitenciario de Pamplona. Anuario de Psicología Jurídica.

Ruiz Fernández, M. Á., i Villalobos Crespo, A. (1994). Habilidades terapéuticas (p. 153): Fundación Universidad-Empresa.

9.3. Escales d'avaluació

Grupo de Estudios Avanzados en Violencia, Universidad de Barcelona (HemphilliHowell, 2000)

Escala de estadios de cambio (URICA) (Versión para aplicación)

IDENTIFICADOR/NOMBRE: FECHA:
CENTRO: GRUPO:
EVALUACIÓN: (1) Inicial (2) Pre (3) Durante (4) Post (5) Otras.....

Indique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. Base su respuesta en cómo se siente y se comporta en la actualidad.

1= Completamente en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= No tengo opinión
4= De acuerdo
5= Completamente de acuerdo

1. Que yo sepa, no tengo ningún problema que necesite cambiar	1	2	3	4	5
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar algo de mí mismo	1	2	3	4	5
3. Estoy empezando a poner remedio a los problemas que me han estado preocupando	1	2	3	4	5
4. Puede valer la pena que me esfuerce para solucionar mi problema	1	2	3	4	5
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido el que yo esté aquí	1	2	3	4	5
6. Me preocupa recaer en un problema que ya he solucionado, por eso estoy aquí para pedir ayuda	1	2	3	4	5
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mis problemas.	1	2	3	4	5
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de Mí mismo	1	2	3	4	5
9. He conseguido solucionar mi problema, pero no estoy seguro de poder mantener el esfuerzo por mí mismo	1	2	3	4	5
10. A veces mi problema es difícil, pero continúo esforzándome para solucionarlo	1	2	3	4	5
11. Estar aquí es casi una pérdida de tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo	1	2	3	4	5
12. Espero que aquí me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo	1	2	3	4	5
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que realmente yo necesite cambiar	1	2	3	4	5
14. Estoy haciendo un gran esfuerzo para cambiar	1	2	3	4	5
15. Tengo un problema y creo que debería intentar solucionarlo	1	2	3	4	5

16. No me siento capaz de mantener los cambios que he logrado, y estoy aquí para prevenir una recaída en mi problema	1	2	3	4	5
17. Aunque no siempre consigo el mejor resultado, al menos lo estoy intentando	1	2	3	4	5
18. Pensaba que una vez que hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él	1	2	3	4	5
19. Desearía tener más ideas sobre cómo resolver mi problema	1	2	3	4	5
20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que me ayudaran	1	2	3	4	5
21. Quizás en este lugar me puedan ayudar	1	2	3	4	5
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que he conseguido	1	2	3	4	5
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no todo el problema	1	2	3	4	5
24. Espero que alguien de aquí me pueda dar un buen consejo	1	2	3	4	5
25. Cualquiera puede hablar sobre cambiar; pero yo estoy haciendo algo al respecto	1	2	3	4	5
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no puede la gente simplemente olvidar sus problemas?	1	2	3	4	5
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.	1	2	3	4	5
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer un problema que creía tener ya resuelto	1	2	3	4	5
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?	1	2	3	4	5
30. Estoy trabajando activamente para solucionar mi problema	1	2	3	4	5
31. Preferiría convivir con mis defectos antes que intentar cambiarlos	1	2	3	4	5
32. Después de todo lo que he hecho para intentar solucionar mi problema, reaparece una y otra vez	1	2	3	4	5

Mirándome a mí mismo con absoluta sinceridad, considero que el riesgo existente de que recaer en mi problema nuevamente es, en una escala de 0 a 10 puntos, de ..... PUNTOS , siendo 0 un riesgo nulo y 10 un riesgo máximo.

CONTESTE A LO SIGUIENTE, SÓLO SI HA PARTICIPADO EN EL PROGRAMA

Indique en qué grado confía ha mejorado globalmente como consecuencia del tratamiento recibido. Rodee, para ello, con un círculo el número que mejor se corresponda con su opinión:

1	2	3	4	5	6	7

Instruccions de correcció de l'Escala URICA

Aquesta escala encara es troba sense validar i ha estat dissenyada com a una mesura continua del canvi. Fins al moment no hi ha punts de tall disponibles. No obstant això, ha estat ampliament utilitzada, especialment en el camp de la investigació.

Cada estadi de canvi es composa pel sumatori de vuit ítems. Per corregir l'escala s'han de sumar les respostes dels usuaris als ítems de la manera següent:

- Ítems de Precontemplació 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31
- Ítems de Contemplació 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24
- Ítems d'Acció 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30
- Ítems de Manteniment 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32

D'aquesta manera cada subjecte obté una puntuació per a cada subescala, la subescala que compti amb la puntuació superior es correspon al estadi de canvi en que se situa l'individu.

1

Cuestionario Multifactorial de Disposición al Cambio (Cuestionario MDC-Victoria) (Versión para la aplicación)

IDENTIFICADOR/NOMBRE: FECHA:
CENTRO: GRUPO:
EVALUACIÓN: (1) Inicial (2) Pre (3) Durante (4) Post (5) Otras.....

Instrucciones: Por favor, lea cada frase atentamente y decida si usted está de acuerdo o en desacuerdo con lo que dice cada una de ellas. Realice una cruz en el número que mejor represente lo que usted siente. Por favor, marque solamente un número para cada frase.

1= Completamente en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= No tengo opinión
4= De acuerdo
5= Completamente de acuerdo

1. Los programas de tratamiento son basura.	1	2	3	4	5
2. Quiero cambiar.	1	2	3	4	5
3. En general puedo confiar en otras personas.	1	2	3	4	5
4. No soy capaz de hacer un programa de tratamiento.	1	2	3	4	5
5. Tengo la culpa de mi comportamiento delictivo.	1	2	3	4	5
6. Los programas de tratamiento no funcionan.	1	2	3	4	5
7. Cuando pienso en el último delito que cometí, me enfado conmigo mismo.	1	2	3	4	5
8. Otros tienen la culpa de mi comportamiento delictivo.	1	2	3	4	5
9. Estoy molesto por ser un usuario del sistema justicia.	1	2	3	4	5
10. Dejar de delinquir es muy importante para mí.	1	2	3	4	5
11. Me organizo bien.	1	2	3	4	5
12. Me siento culpable por mi comportamiento delictivo.	1	2	3	4	5
13. No he agredido desde hace mucho tiempo.	1	2	3	4	5
14. No merezco tener que cumplir una condena.	1	2	3	4	5
15. Ser visto como un delincuente me molesta.	1	2	3	4	5
16. Cuando pienso en mi condena, siento enfado hacia los demás.	1	2	3	4	5
17. Me arrepiento de haber cometido el delito que ha causado mi última condena.	1	2	3	4	5
18. Me siento avergonzado por el delito que cometí.	1	2	3	4	5
19. Odio que me digan lo que tengo que hacer.	1	2	3	4	5
20. Los programas de tratamiento son para calzonazos.	1	2	3	4	5

Instruccions per corregir el "Qüestionari Multifactorial de Disposició al Canvi (Qüestionari MDC-Victoria)"

El qüestionari MDC-Victoria ofereix una puntuació global de *Disposició al Canvi*, així com puntuacions a 4 subescales més concretes que poden utilitzar-se com indicadors de les àrees on s'ha d'intervenir quan les puntuacions a l'escala de *Disposició al Canvi* són baixes.

En primer lloc, per calcular la *Disposició al Canvi* s'han d'invertir les puntuacions dels següents ítems: 1, 4, 6, 8, 14, 16, 19 i 20, és a dir, les respostes puntuades amb un 1 s'invertiran a un 5, les puntuades amb un 2 seran un 4, etc. Posteriorment, s'han de sumar les puntuacions de tots els ítems per obtenir la puntuació global. Mentre que Casey *et al.* recomanen un punt de tall de 72 punts com indicatiu de la presència d'una disposició al tractament, qualsevol decisió que es prengui sobre els punts de tall ha de realitzar-se tenint en compte altres qüestions relacionades amb el tractament (incloent les decisions sobre el percentatge de falsos positius i falsos negatius es consideren acceptables).

Les puntuacions de les subescales es poden obtenir sumant les respostes als ítems de la manera següent:

Ítems sobre Actituds i Motivació:	1, 2, 4, 6, 10, 20
Ítems sobre Reaccions Emocionals:	7, 9, 12, 15, 17, 18
Ítems sobre Creences Delictives:	5, 8, 14, 16
Ítems sobre Eficàcia:	3, 11, 13, 19

Per la interpretació de les quatre subescales es recomana la lectura individualitzada dels ítems que les configuren, tot i atenent a la direcció d'aquests.