



Àmbit social i criminològic

## **Ajuts a la investigació 2012**

# **Anàlisi de la motivació al canvi en subjectes que han realitzat un programa formatiu en violència domèstica**

### **Autores**

Núria Civit Bel

Núria Iturbe Ferré

Ana Martínez Catena

Alba Muro Marquina

Thuy Nguyen Vo

**Any 2013**

# **Anàlisi de la motivació al canvi en subjectes que han realitzat un programa formatiu en violència domèstica**

Núria Civit Bel  
Núria Iturbe Ferré  
Ana Martínez Catena  
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.

#### **Avis legal**



Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 No adaptada de Creative Commons](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.ca) 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.

## Sumari

<b>1.</b>	<b>Introducció .....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Marc teòric i conceptual .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1</b>	<b>La violència de parella .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2</b>	<b>El perfil psicopatològic dels agressors de parella .....</b>	<b>5</b>
<b>2.3</b>	<b>Intervencions psicològiques amb maltractadors i la seva     eficàcia .....</b>	<b>9</b>
2.3.1	Programes formatius a Mesures Penals Alternatives.....	13
<b>2.4</b>	<b>Motivació, canvi terapèutic i tractament .....</b>	<b>16</b>
2.4.1	El model de motivació al canvi de Prochaska i DiClemente ....	18
2.4.2	La relació entre la motivació pel canvi i l'eficàcia dels tractaments.....	22
<b>3.</b>	<b>Objectius.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1</b>	<b>Hipòtesi .....</b>	<b>27</b>
<b>4.</b>	<b>Material i Mètode .....</b>	<b>28</b>
<b>4.1</b>	<b>Disseny experimental.....</b>	<b>28</b>
<b>4.2</b>	<b>Participants.....</b>	<b>28</b>
<b>4.3</b>	<b>El programa formatiu en violència domèstica aplicat a Girona</b>	<b>29</b>
<b>4.4</b>	<b>Instruments.....</b>	<b>32</b>
4.4.1	Protocol de recollida de dades sociodemogràfiques i criminològiques .....	32
4.4.2	Escala de Motivació al Canvi (URICA) .....	33
4.4.3	Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI).....	34
<b>4.5</b>	<b>Procediment.....</b>	<b>35</b>
<b>4.6</b>	<b>Anàlisi de dades .....</b>	<b>37</b>
<b>5.</b>	<b>Resultats.....</b>	<b>39</b>
<b>5.1</b>	<b>Anàlisis preliminars .....</b>	<b>39</b>

5.1.1	Descripció de la mostra .....	39
5.1.2	Resultats descriptius de l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI) .....	43
6.1.2.1	Comparació de les escales entre el grup control i el grup experimental .....	62
5.1.3	Escala de Motivació al Canvi (URICA) .....	62
6.1.2.2	Anàlisi de fiabilitat de l'Escala URICA .....	62
6.1.2.3	Resultats descriptius de la motivació al canvi .....	63
<b>5.2</b>	<b>Comprovacions de les hipòtesis d'estudi .....</b>	<b>66</b>
5.2.1	Hipòtesi 1 .....	66
5.2.2	Hipòtesi 2 .....	67
5.2.3	Hipòtesi 3 .....	70
<b>5.3</b>	<b>Resultats sobre els perfils psicopatològics de la mostra.....</b>	<b>70</b>
<b>6.</b>	<b>Conclusions i propostes .....</b>	<b>74</b>
<b>7.</b>	<b>Limitacions .....</b>	<b>82</b>
<b>8.</b>	<b>Referències bibliogràfiques .....</b>	<b>83</b>
<b>9.</b>	<b>Annexos.....</b>	<b>90</b>

# 1. Introducció

En els darrers anys, s'ha fet palès l'interès dels òrgans legislatius i judicials per donar resposta a la problemàtica existent en l'àmbit de la violència familiar. Dins de tota la varietat de comportaments que poden manifestar-se en el context d'aquest fenomen, el màxim exponent d'aquest tipus de violència és el que apareix en el sí de les relacions de parella.

El reconeixement de l'existència d'aquesta problemàtica ha contribuït a fer-la visible i a traspasar el conflicte de l'àmbit privat a l'esfera pública. Donar visibilitat al conflicte en permet la quantificació i impulsa el desenvolupament d'eines i recursos per fer-hi front.

Les parts implicades directament en el conflicte (agressor i víctima) han constituït el principal focus d'intervenció. Històricament, la resposta donada a la víctima ha estat de caràcter assistencial i terapèutic, mentre que l'agressor ha rebut una resposta punitiva sense abordatge específic del problema.

L'estudi científic del fenomen de la violència domèstica n'ha identificat les característiques pròpies diferenciant-lo d'altres tipus de violència i promovent el desenvolupament d'intervencions terapèutiques concretes dirigides a l'agressor.

Amb aquesta recerca es pretén conèixer les intervencions que s'estan duent a terme com a mesura penal alternativa a la presó davant d'una condemna per un delictes de violència domèstica amb la finalitat d'aportar possibles millores que contribueixin a generar una resposta més adient i eficient.

Aquesta recerca, consistent en l'avaluació d'una mostra d'agressors que realitzen un programa formatiu en matèria de violència domèstica a Girona, és un dels primers estudis nacionals que pretén considerar els tres principis proposats en el model Risc-Necessitat-Responsivitat (Andrews i Bonta, 2010) analitzant el risc de reincidència dels individus, les seves necessitats criminogèniques i la seva motivació per al canvi.

## **2. Marc teòric i conceptual**

### **2.1 La violència de parella**

Segons l'Informe Mundial sobre la violència i la salut de l'any 2002 (Organització Mundial de la Salut) destaca que la violència contra la parella és un fenomen visible i perjudicial a nivell mundial, donant-se en totes les cultures, estatus socials, i civilitzacions.

Amb l'entrada en vigor de la Llei Orgànica de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere (LO 1/2004) s'inicia un procés de canvi tant en matèria legislativa i de resposta judicial com a nivell social. Es produeix, com a conseqüència, una major sensibilització davant d'aquesta problemàtica i una percepció del problema com a propi per part de tota la població.

Aquest canvi es tradueix en un augment del nombre de denúncies, tant per part de les persones que pateixen la violència com per part de les que en són testimoni. Com a indicador d'aquest canvi, segons el Ministeri d'Interior, les denúncies per aquest tipus de violència van augmentar aproximadament un 32% a partir de l'entrada en vigor de l'esmentada Llei.

Els casos més greus d'aquest tipus de violència són els que tenen com a conseqüència la mort de la víctima. En els darrers deu anys, el nombre de víctimes a Espanya es manté estable, amb una mitjana de 60 defuncions anuals (segons xifres oficials del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). Però aquesta és una dada poc representativa de la globalitat del fenomen, atès que existeixen molts altres graus de violència en la relació de parella que, no per tenir resultats menys greus es poden deixar de tenir en compte.

Per últim, destacar que les dades sobre reincidència d'homes que exerceixen aquest tipus de violència són molt heterogènies i varien del 8 al 60% segons els estudis (Loinaz, Irureta, i Domènech, 2011).

## 2.2 El perfil psicopatològic dels agressors de parella

Molts estudis s'han centrat en l'anàlisi de les principals característiques de personalitat i psicopatològiques que presenten més freqüentment els agressors de les seves parelles (Aguilar et al., 1995; Browne, 1989; Echeburúa i Fernández-Montalvo, 2001; Echeburúa i Redondo, 2010; Matud et al., 2002; O'Leary, 1988). Un recull d'aquestes característiques són les següents (Echeburúa i Redondo, 2010):

- "Analfabetisme emocional", és a dir, incapacitat o dificultats per experimentar i comprendre les emocions habituals de l'ésser humà.
- Dèficit en habilitats de comunicació i assertivitat.
- Alteracions del control dels impulsos.
- Distorsions cognitives arrelades respecte les diferències de gènere i la legitimació de la violència com a mecanisme vàlid per a la solució de conflictes.
- "Locus de control extern", és a dir, l'atribució a causes externes de la responsabilitat dels problemes propis.
- Una alta inestabilitat emocional que s'expressa en canvis d'humor freqüents sense raó aparent i presència d'altres símptomes psicopatològics com, per exemple, l'ansietat, estrès, depressió, etc.
- Baixa autoestima.
- Presència de gelosia patològica.
- Extrema intolerància a la frustració i als esdeveniments indesitjats de la vida quotidiana.
- Abús d'alcohol i altres drogues.
- Baix nivell cultural, que sol associar-se a valors i creences masclistes.



- Experiències de victimització o testimoni de violència en la infància, especialment, de maltractament o ús de la violència en la seva família d'origen.
- Presència de Trastorns de personalitat, habitualment el Trastorn Antisocial de la Personalitat, el Trastorn Paranoide, el Trastorn Obsessiu-Compulsiu i el Trastorn Narcisista. En canvi, els Trastorns Mentals són poc habituals (menys d'un 20% dels casos) (Echeburúa i Amor, 2010).

Aquest tipus de variables solen analitzar-se, de cara a la individualització dels tractaments, però també s'observa que certes característiques personals dels individus poden associar-se al desistiment del comportament delictiu. En aquest sentit, Walker, Bowen i Brown (2012), van fer una revisió crítica de 15 publicacions sobre agressors de parella i desistiment del delictes. Aquests autors, que a la vegada van destacar la necessitat d'una major investigació en aquest camp, van trobar que les variables que s'associaven més freqüentment al desistiment del comportament agressiu vers la dona, eren l'absència de psicopatologies greus i presència d'alts nivells d'impulsivitat, una història de violència més curta i lleu, i el tipus de relació que s'havia mantingut amb la víctima (matrimoni, divorci, etc.).

Per altra banda, una important proporció de la recerca s'ha destinat a la identificació de diferents perfils psicopatològics que classifiquen els maltractadors en diverses tipologies. El motiu del recent interès per aquest tipus de recerca, és que es considera que l'eficàcia dels tractaments pot ser diferencial per a cada tipus de maltractador, a més de que la presència de diversos tipus d'agressors en un mateix grup de tractament podria estar afectant al desenvolupament d'aquests i a la seva eficàcia.

Una de les tipologies de maltractadors de la parella formulades més conegudes i citades és la creada per Holtzworth-Munroe i Stuart (1994). Els autors, en aquesta tipologia, classifiquen als agressors en tres categories: maltractadors impulsius o centrats en la dona, maltractadors instrumentalitzadors o generalitzats, i maltractadors hiper-controlats.

Pel que fa a la primera categoria, denominada *maltractadors impulsius o centrats en la dona*, representaria entre el 17% i el 45% del total d'agressors de parella. Aquesta categoria es caracteritza per agrupar aquells individus solitaris, emocionalment més inestables i amb tendència a la depressió, a més d'irascibles i hipersensibles a les frustracions o petits menyspreus. En aquest conjunt predominarien els subjectes amb diagnòstic de Trastorn Límit de la Personalitat. Els delictes realitzats per aquests agressors queden limitats a la llar i són, especialment, de tipus psicològic i de menor violència.

Els *maltractadors instrumentalitzadors o generalitzats*, englobarien el 25% dels agressors de parella. Aquests individus es caracteritzen per menors nivells de depressió i ira, però amb presència de trets narcisistes i psicopàtics. Presenten consum d'alcohol i altres drogues. Habitualment, predomina el maltractament físic, i agredeixen a les dones si aquestes no satisfan les seves necessitats o demandes, com a forma de control. A més, s'observen altres conductes generalitzades, més enllà del context familiar.

I per últim, trobem el grup de *maltractadors hiper-controlats*, que representaria una petita proporció del conjunt de maltractadors. Es caracteritzen per ser subjectes passius, dependents i obsessius, amb alts nivells d'estrès psicològic. Tendeixen a ser menys violents i utilitzen el maltractament psicològic, a conseqüència de les seves deficiències personals per defensar-se d'una manera més apropiada.

Diversos estudis nacionals han intentat trobar aquests mateixos perfils psicopatològics en mostres espanyoles. Loinaz, Echeburúa, i Torrubia (2010), així com altres estudis posteriors (Loinaz, Ortiz-Tallo, Sánchez, i Ferragut, 2011) van analitzar una mostra de 50 agressors de parella que complien condemna en un centre penitenciari de Catalunya. En aquest estudi van confirmar parcialment la tipologia descrita anteriorment, ja que els resultats van indicar l'existència de dos tipus d'agressors que es correspondrien al grup de maltractadors generalitzats i a un grup més normalitzat, similar a la categoria de maltractadors hiper-controlats.

Els instruments més utilitzats en la majoria d'estudis per realitzar aquestes tipologies han estat l'Inventari Clínic Multiaxial de Millon (MCMI; Millon, 1983) i l'Inventari Multifàsic de Personalitat de Minnesota (MMPI; Hathaway i McKinley, 1943). En canvi, fins al moment hi ha pocs estudis que utilitzin altres instruments com, per exemple, l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI; Morey, 1991) que s'ha demostrat com una bona eina d'avaluació en el context forense. Chambers i Wilson (2007) van realitzar un dels estudis més rellevants en una mostra de maltractadors de parella utilitzant com a instrument principal el PAI. Els principals resultats d'aquest estudi va ser l'obtenció de tres perfils diferenciats: a) el grup "no-elevat" caracteritzat per puntuacions promig que oscil·len dins la mitja; b) el grup "amb un malestar moderat" amb puntuacions lleugerament elevades amb respecte a la mitja; c) el grup "límit/ disfòric" amb puntuacions elevades en la majoria de les escales i extremes a les escales de trets límits, problemes d'alcohol, problemes de drogues i manca de suport social.

Aquests mateixos autors han posat de relleu que una de les qüestions més interessants sobre les escales de validesa del PAI, és el fet que una part dels delinqüents tracten de mostrar una imatge molt positiva d'ells mateixos. De fet, una de les dificultats presents en el tractament amb maltractadors de parella, especialment en aquells que han de realitzar el tractament per ordre judicial, és la seva tendència a presentar una autoimatge favorable. En el context clínic, s'ha observat que alguns dels subjectes més problemàtics dins el grup de tractament, són aquells que obtenen puntuacions elevades a l'escala d'*Impressió Positiva* (IMP) del PAI, ja que són els que minimitzen els fets de manera més extrema en comparació amb altres membres del grup.

La conclusió més rellevant que s'obté d'aquest tipus d'estudi és la necessitat d'adaptar els tractaments a les diferents tipologies de maltractadors. Diversos autors han destacat que es pot predir una major adherència al tractament en el grup de subjectes més normalitzats o hiper-controlats, (Langhinrichsen-Rohling et al., 2000; Huss i Ralston, 2008; Loinaz i Echeburúa, 2010; Loinaz, Echeburúa, i Torrubia, 2010). A més, atenent a les seves característiques, especialment la menor presència de trastorns i distorsions cognitives, s'aconsella la implementació de teràpies més breus i centrades en el

desenvolupament de les habilitats de comunicació, de solució de problemes i de control de la ira. Pel contrari, pel que faria al grup de maltractadors generalitzat, aquests es beneficiarien més de tractaments més llargs i multidimensionals, que es dirigissin a tractar les distorsions cognitives, el consum de drogues i a la patologia associada, si fos el cas.

### **2.3 Intervencions psicològiques amb maltractadors i la seva eficàcia**

Els moviments feministes i les associacions de defensa de les víctimes dels Estats Units dels anys 70 van ser els promotors de l'aparició dels primers programes educatius i psicològics destinats a agressors de violència de gènere. Aquest moviment es va iniciar en adonar-se que la intervenció centrada exclusivament en les víctimes no aconseguia solucionar el problema, i que la intervenció sobre els agressors era tan necessària com l'anterior (Servei de Mesures Penals Alternatives, 2009). Mitjançant la identificació i el tractament dels agressors es pot evitar la revictimització de moltes dones, ja que un nombre important continua convivint amb el seu agressor (Echeburúa, Amor, i Corral, 2002; Feazell, Mayers i Deschner, 1984), així com l'aparició de noves víctimes (noves parelles, fills o altres membres familiars), el que succeeix aproximadament en el 35% dels casos (Echeburúa i Corral, 1998; Echeburúa i Redondo, 2010).

En l'actualitat, són diversos els programes de tractament aplicats a agressors de parella que es poden dur a terme amb intensitat i contextos diversos. D'una banda, es troben els programes de tractament intensius aplicats en centres penitenciaris i, de l'altra, els programes formatius aplicats en la comunitat. Per últim, aquells als que s'hi accedeix de forma voluntària.

Cada programa presenta unes característiques pròpies i s'intervé sobre diferents objectius en funció de la base teòrica en que es fonamenta el tractament. Les diferents explicacions del maltractament de parella actuals són les següents (Echeburúa i Redondo, 2010; Flynn i Graham, 2010; Labrador, Rincón, De Luis, i Fernández-Velasco, 2004; Redondo i Martínez-Catena, 2012b):

1. La *perspectiva cultural*, on es considera que les arrels d'aquesta violència es troben als valors culturals patriarcals de la societat, valors que accepten l'ús de la violència sobre la dona com a instrument de control i ordre social. Les intervencions dissenyades sota aquesta perspectiva busquen la eradicació d'actituds masclistes a la societat en el seu conjunt, objectiu de difícil assoliment.

2. La *perspectiva estructural*, proposa com a objectiu per evitar el desenvolupament de la violència contra la parella l'eliminació de les desigualtats socials, així com la falta d'oportunitats que són considerades una font de tensió per aquest tipus de violència.

3. La *perspectiva psicopatològica*, afirma que els maltractadors pateixen unes patologies i necessitats individuals específiques, considerades factors de risc, que augmenten la seva probabilitat d'exercir una conducta violenta d'aquest tipus. En aquest cas les estratègies de tractament i de prevenció, passen per l'atenció a aquestes característiques individuals.

4. Per últim, la *perspectiva de la interacció*, considera que en molts casos la violència de parella es produeix com a conseqüència dels estils de relació i comunicació establerts entre la parella, que han estat apresos a la família d'origen.

Atenent al coneixement general sobre l'eficàcia dels tractaments, provinent de nombrosos estudis i meta-anàlisis, es pot concloure que els més eficaços són aquells que es dirigeixen a les psicopatologies i factors de risc dels agressors. Aquestes intervencions solen utilitzar tècniques basades en la teoria de l'aprenentatge social o de caràcter cognitiu-conductual, destinades al desenvolupament d'habilitats socials i noves conductes, i a la reestructuració del pensament (Jolliffe i Farrington, 2009; Latimer, 2001; Lipsey, 1992, 1999, 2009; Petrosino, Turpin-Petrosino, i Finckenaue, 2000; Piquero, Jennings, i Farrington, 2009).

Així, la major part dels tractaments coneguts a Espanya, aplicats tant a presons com en la comunitat, es fonamenten en aquestes tècniques i s'estructuren en diversos mòduls o seccions en funció de l'objectiu fonamental. Els principals

mòduls de tractament són: 1) *acceptació de la pròpia responsabilitat en els fets*, destinat a que els agressors entenguin la realitat dels fets comesos i acceptin la seva responsabilitat en el delictes; 2) *empatia i expressió d'emocions*, dirigits a que els homes aprenguin a reflexionar respecte les emocions que experimenten les seves víctimes, altres familiars i ells mateixos; 3) *creences errònies*, mitjançant el qual es pretén reestructurar els pensaments masclistes i justificadors del delictes; 4) *control de les emocions*, on es desenvolupen tota una sèrie de tècniques i habilitats destinades al control de la ira; 5) *desenvolupament d'habilitats*, especialment d'habilitats que afavoreixin una comunicació correcta i positiva; i 6) *prevenció de recaigudes*, destinat a que els agressors generalitzin a diferents moments i aspectes de la seva vida tot el que han après al llarg del tractament (Arce i Fariña, 2005; DGIP, 2005; Echeburúa i De Corral, 1998, 1999; Redondo, 2008).

El programa més rellevant de tractament amb homes violents en l'àmbit comunitari es duu a terme al País Basc (Echeburúa i Fernández-Montalvo, 1998) del que se'n deriven molts altres programes que s'apliquen a la resta de l'Estat, atenent especialment a la motivació dels agressors per l'inici del tractament i l'assumpció de la seva responsabilitat.

Pel que fa a l'eficàcia dels tractaments psicològics aplicats amb maltractadors, fins al moment han mostrat uns beneficis acceptables i satisfactoris (Echeburúa i Fernández-Montalvo, 2009; Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, i de Corral, 2009; Piquero, Jennings, i Farrington, 2009). No obstant, alguns estudis sobre l'eficàcia d'aquests tractaments, que han utilitzat la tècnica del metanàlisi, han obtingut grandàries de l'efecte reduïts. Concretament, el metanàlisi de Babcock, Green i Robie (2004) va obtenir una *d de Cohen* d'entre 0,09 a 0,34, depenent de les característiques dels estudis (més o menys exigents a nivell metodològic) i d'altres variables influents (tipus de tractaments aplicat, característiques de la mostra, duració de la intervenció, etc.). Cal destacar que, tot i així, l'efecte d'aquest tipus de tractament no pot ser menystingut, ja que qualsevol millora pot tenir implicacions molt rellevants en agressors, víctimes o gravetat de delictes comesos.

Si atenem als anàlisis específics que s'han realitzat a Espanya en matèria de programes de tractament o educatius amb agressors de parella podem trobar avaluacions d'eficàcia amb resultats molt positius. Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta i de Corral (2009), van realitzar una avaluació del seu programa marc de tractament amb agressors de parella a la comunitat. Aquesta avaluació, recull l'experiència de deu anys d'aplicació d'aquest tractament a la comunitat del País Basc. La principal característica a destacar d'aquest tractament, d'orientació cognitivo-conductual, és que només una petita part assisteix al tractament per ordre judicial, mentre que la majoria hi accedeix de forma voluntària, bé perquè la parella els ho ha recomanat, bé per derivació d'un servei públic. En aquest estudi es va definir l'èxit terapèutic com la desaparició de nous episodis de maltractament, avaluats mitjançant autoinforme del subjecte i de les víctimes. Els resultats obtinguts sobre una mostra de 196 subjectes, indiquen una elevada taxa d'èxits en la mesura post-tractament del voltant del 88% dels subjectes que van finalitzar el programa, avaluat en aquell mateix moment, i una taxa d'èxit del 52,63% avaluat després de 12 mesos. En relació a les variables avaluades, es va observar una clara millora (distorsions cognitives sobre la dona i sobre l'ús de la violència, empatia, ansietat, ira, depressió, autoestima i adaptació), que es va mantenir estable durant els 12 mesos en que es va dur a terme el seguiment.

Una altra avaluació amb resultats molt positius és la realitzada sobre el programa de reeducació imposat per ordre judicial a agressors de parella a Galícia (Novo, Fariña, Seijo, i Arce, 2012). L'avaluació d'aquest programa es va realitzar sobre una mostra de 130 agressors condemnats per delictes de violència de gènere. Els resultats obtinguts van ser significativament positius en moltes de les variables avaluades: hostilitat, sensibilitat interpersonal i aïllament (on es va obtenir una grandària de l'efecte alt), símptomes depressius i idees persecutòries (amb un efecte moderat), i sobre l'ansietat, la fòbia i els comportaments obsessiu-compulsius (amb un efecte petit).

Finalment, cal destacar l'avaluació de l'eficàcia realitzada per Pérez i Martínez (2011) sobre els programes formatius en violència domèstica executat a Barcelona. En aquest estudi es van avaluar 282 agressors de parella que havien de realitzar el programa per ordre judicial. Mitjançant una comparació

intra-subjectes es van obtenir resultats de l'eficàcia moderats, trobant diferències significatives en 2 de les 11 variables analitzades, concretament la resolució de conflictes i satisfacció amb la parella.

### **2.3.1 Programes formatius a Mesures Penals Alternatives**

La Llei Orgànica 10/1995, de 23 de Novembre del Codi Penal, proposa una reforma total del sistema de penes per aconseguir en la mesura del possible, els objectius de resocialització que li assigna la Constitució. La reforma del Codi Penal operada per la LO 15/2003 de 23 de novembre, implica la nova regulació de la substitució i suspensió de les penes privatives de llibertat. En tots dos supòsits els òrgans judicials poden imposar condicions per atorgar-les, entre les quals es troba el compliment de determinades condicions o deures previstos en l'article 83 del CP i la subjecció a una mesura penal alternativa.

Les mesures penals alternatives esmentades permeten als òrgans judicials donar una resposta menys aflictiva que les penes privatives de llibertat per la comissió d'una falta, o un delictes lleu, o menys greu, alhora que salvaguarden els drets de les víctimes. Dins del ventall de les mesures penals alternatives que poden ser imposades, es troben els programes específics de reeducació i/o tractament psicològic. Aquests consisteixen en l'obligació de participar en un programa de formació amb el contingut que estableix la resolució judicial un cop imposada la mesura. Els programes formatius (PF) pretenen proporcionar 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.), aportar elements que proporcionin maneres de fer diferents i possibilitin la recerca de solucions alternatives. Els continguts dels programes formatius guarden relació directa amb el tipus de delictes, de manera que s'imposen programes formatius en conductes sexuals, en seguretat vial, delictes violents, delictes de violència intrafamiliar, violència domèstica, entre d'altres.

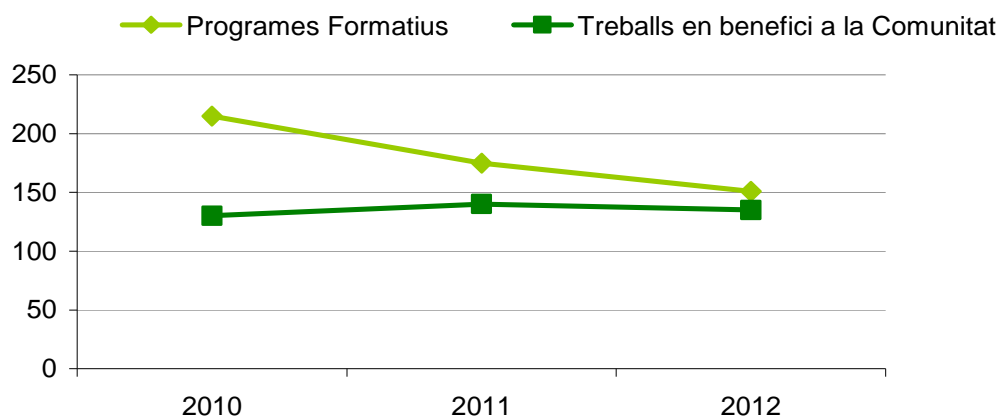


A Catalunya, l'execució de les mesures penals alternatives depèn de la Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i Justícia Juvenil de la Generalitat de Catalunya. Des de l'any 2001, aquest servei està gestionat per una entitat externa a la província de Barcelona. A la resta de territoris no va ser fins 2010 quan el servei va ser externalitzat i adjudicat a la Fundació INTRESS.

Pel que fa a la província de Girona, territori en el que s'ha dut a terme aquest estudi, durant el 2012 s'ha registrat un nombre de 978 entrades de mesures penals alternatives. En relació als programes formatius, aquests representen el 20,9% (204) del total de les mesures imposades l'any 2012.

Si tenim en compte l'evolució de les mesures imposades per delictes en l'àmbit de violència domèstica, podem extraure que des del 2010 fins el 2012 s'ha produït una davallada en la imposició dels Programes Formatius en Violència Domèstica (53%) vers els Treballs en Benefici a la Comunitat (47%) per aquest tipus de delictes (Gràfic 1).

**Gràfic 1. Evolució de les mesures penals alternatives imposades per delictes de violència domèstica a Girona (2010-2012)**



D'acord amb aquesta disminució, el nombre de programes formatius realitzats en els darrers tres anys s'ha reduït de 12 a 10, tot i que aquesta tendència a la baixa no es pot considerar significativa (Taula 1).

**Taula 1. Evolució del nombre de programes formatius realitzats a Girona els anys 2010 a 2012**

	2010		2011		2012	
	nº PF	nº penats	nº PF	nº penats	nº PF	nº penats
Blanes	1	13	1	13	1	12
Figueres	2	28	2	26	1	12
Girona*	4	54	2	36	2	30
Girona**	3	43	3	42	3	44
Olot	1	12	1	13	1	9
Palafrugell	1	13	2	28	2	28
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>163</b>	<b>11</b>	<b>158</b>	<b>10</b>	<b>135</b>

\* Dissabtes; \*\* Laborables

A Girona, les entitats gestores dels programes formatius són ADIPS i TD3 Terapeutes. Tal i com mostra la taula 2 entre ambdues entitats abasten tota la província, facilitant a les persones condemnades el compliment de la mesura en funció de la població de residència.

**Taula 2. Entitats gestores dels Programes Formatius a la província de Girona**

	Dates	PF	Entitat	Nº Penats
1	des'11- març'12	PF Vido Palafrugell	ADIPS	15
2	març-juny'12	PF Vido Girona Dissabtes	TD3	15
3	març-juny'12	PF Vido Girona Laborables	TD3	15
4	març'12-juny'12	PF Vido Blanes	ADIPS	12
5	abr'12-jul'12	PF Vido Figueres	ADIPS	12
6	abr'12-jul'12	PF Vido Olot	ADIPS	9
7	abr'12-juliol'12	PF Vido Girona Laborables	ADIPS	14
8	set'12-des'12	PF Vido Girona Dissabtes	TD3	15
9	set'12-des'12	PF Vido Girona Laborables	TD3	15
10	set'12-des'12	PF Vido Palafrugell	ADIPS	13
<b>TOTAL</b>				<b>135</b>

## 2.4 Motivació, canvi terapèutic i tractament

L'objectiu de les intervencions terapèutiques amb delinqüents és aconseguir la re-socialització i reintegració amb èxit de l'individu que ha delinquit a la societat. Per arribar a aquest objectiu final és necessari que es produeixi un canvi terapèutic en el subjecte que rep el tractament. El canvi terapèutic és un procés difícil 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. La complexitat d'aquest procés ha fet que diversos autors considerin que per aconseguir-lo és necessari que l'individu estigui fortament motivat (Barbaree i Marshall, 2006; Brown, 2005; Harkins i Beech, 2007; Hollin i Palmer, 2006; Redondo i Martínez-Catena, 2012a; Tierney i McCabe, 2002). Miller (1985) va definir la motivació pel canvi com aquella probabilitat que té una persona de començar, continuar i mantenir un procés de modificació del seu comportament.

En la mateixa direcció, Andrews i Bonta (2010), autors del model d'avaluació i tractament de delinqüents de més èxit en l'actualitat, el model de Risc-Necessitats-Responsivitat (R-N-R), desenvolupat des de l'any 1992, també tenen en compte la motivació com a element rellevant per assegurar l'èxit de les intervencions terapèutiques.

El model R-N-R posa de relleu que, per obtenir els màxims resultats d'un tractament psicològic o una intervenció terapèutica amb delinqüents, s'han de contemplar tres aspectes essencials. El primer element necessari correspon al *principi de risc*, segons el qual prèviament a l'aplicació d'un tractament s'ha d'avaluar el risc dels subjectes i, així, adaptar les intervencions a aquest nivell, de manera que a subjectes d'alt risc els correspondrien intervencions més intensives. En segon terme, el *principi de necessitats* assenyalava que tot tractament s'ha de dirigir a les principals necessitats criminogèniques dels individus, tals com la presència d'actituds antisocials, amistats favorables a la delinqüència, consum de substàncies tòxiques, etc. Per últim, Andrews i Bonta destaquen que els tractaments s'han d'individualitzar en funció de les

característiques personals dels subjectes i d'altres variables externes (Andrews i Bonta, 2010), que és el que es coneix com a principi de *responsivitat*.

Durant els últims anys, la recerca ha identificat tota una sèrie de factors de risc i de protecció relacionats amb les necessitats criminològiques dels delinqüents i amb el seu risc de reincidència. De manera que s'ha elaborat un cos molt ampli de coneixements referits a aquests factors de risc i protecció. Una de les classificacions més habituals dels factors de risc els agrupa en tres categories diferents: 1) Els *factors propis de l'individu*, com són les diferents característiques de personalitat, cognició i emoció, així com les psicopatològiques; 2) els *factors socials*, que actuen com a moduladors en el desenvolupament humà: l'estil de criança familiar, el procés escolar, les relacions de grups i amistats, marginalitat, atur, emigració, etc.; i 3) els *factors situacionals*, que ofereixen a l'individu l'oportunitat de l'acció violenta (Ellis, Beaver, i Wright, 2009; Harkins i Beech, 2007; Loinaz, Irureta, i Doménech, 2011; Martínez i Pérez, 2009; Pérez i Martínez, 2011; Redondo, Martínez-Catena, i Andrés-Pueyo, 2011, 2012).

Malgrat això, el principi de responsivitat o adequació del tractament a les característiques dels individus no ha estat gaire investigat fins al moment. Com s'ha mencionat abans, les variables vinculades al principi de responsivitat poden referir-se a dos aspectes diferencials. Pel que fa a les variables externes als delinqüents, a tenir en compte per l'aplicació del tractament, destacarien principalment les habilitats del terapeuta i les seves característiques, la baixa qualitat de la relació terapèutica o la inadequació del contingut del programa de tractament. Quant a les característiques personals dels individus, s'han posat de relleu factors com 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 lectoescriptores, l'estat d'ànim, la presència de trastorns mentals i, finalment, la motivació pel canvi de conducta (McMurrin, 2009). Com pot derivar-se de l'exposat amb anterioritat, algunes de les variables personals (nivell intel·lectual i educatiu, capacitats lectoescriptores) són fàcilment avaluades i ateses en l'aplicació dels tractaments. En canvi, altres factors com la motivació al canvi

terapèutic presenten major dificultat, tant en la seva conceptualització com avaluació.

#### **2.4.1 El model de motivació al canvi de Prochaska i DiClemente**

Existeixen diverses teories, majoritàriament formulades en el camp de la salut, que analitzen i tracten d'explicar la motivació i la conducta de canvi en les persones. Segons el model de creences sobre la salut (MCS), el canvi terapèutic se sostindria en la creença d'un individu de ser vulnerable, de tenir un problema que ha de resoldre, i que aquesta solució li reportaria més beneficis personals que costos (Becker, 1974; Glanz, Rimer, i Viswanath, 2008; Rosenstock, 1974). La teoria de la motivació cap a la protecció, suggereix que el canvi es facilita quan l'individu percep el seu problema com una amenaça i es considera capaç d'afrontar-lo (Orbell, et al., 2009; Plotnikoff, et al., 2010; Rogers, 1975). La teoria de l'autoeficàcia proposa que aquelles persones que compten amb major capacitat per explorar-se a sí mateixes (avaluant les seves creences, emocions, expectatives, etc.) poden modificar més fàcilment les seves formes de pensar i d'actuar (Bandura, 1977; Schunk i Pajares, 2009). Per últim, la teoria de l'acció raonada (TRA) interpreta que el canvi de comportament és facilitat tant per la valoració individual de la pròpia conducta com per les opinions que tenen altres persones d'aquest comportament (Ajzen i Fishbein, 1980; Mullan i Westwood, 2010; Natan, Beyil, i Neta, 2009).

No obstant, la teoria més coneguda sobre la motivació i el canvi de conducta és el *Model Transteòric* de Prochaska i DiClemente, formulat a partir del 1982 (Casey, Day, i Howells, 2005). Principalment, aquest model integra tres dimensions interrelacionades (Prochaska i Norcross, 2001): estadis de canvi, processos de canvi i nivells de canvi, que a continuació s'explicaran detalladament.

En primer lloc, els estadis de canvi representen una dimensió temporal. Van ser identificats per DiClemente i Prochaska al 1982, en un estudi que comparava subjectes fumadors dividits en dos grups de tractament de deshabitació diferents (Prochaska, DiClemente, Velicer, i Fava, 1988). Segons els autors s'identifiquen 5 estadis de canvi:

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. *Preparació per a l'acció*: el subjecte ha iniciat l'empresa d'accions contra el problema, realitzant intents de modificació.

4. *Acció*: el subjecte realitza accions clarament dirigides a solucionar el seu problema i ja ha aconseguit alguns èxits.

5. *Manteniment*: l'individu ha aconseguit modificar la seva conducta (durant almenys 6 mesos) i utilitza estratègies per evitar una recaiguda.

L'individu no ha de seguir, necessàriament, la mateixa seqüència d'estadis, sinó que pot oscil·lar d'uns a altres, avançant o retrocedint al llarg d'un tractament.

Aquesta és l'estructura més difosa i analitzada del model transteòric, però la categorització més coneguda s'ha resumit en només quatre dels anteriors estadis descrits (Prochaska i Norcross, 2001; Redondo, 2008): precontemplació, contemplació, acció i manteniment.

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. Aquest es consideren els autèntics promotors del canvi i ajuden a entendre com es produeix un canvi intencionat. Depenent de l'estadi en el que es trobin els subjectes s'utilitzaran uns processos de canvi o altres (Prochaska i Velicer, 1997). És possible que una persona apliqui els processos de canvi espontàniament sense haver participat de cap tractament, però són mètodes que es poden o se solen ensenyar dins el marc de la intervenció terapèutica.

Múltiples estudis han identificat els processos de canvi que apareixen durant el canvi de conducta. Prochaska i DiClemente assenyalen 10 processos bàsics:

- *Augment de la conscienciació:* El seu objectiu fonamental és que el subjecte rebi o busqui informació relacionada amb el seu problema.
- *Autorevaluació:* l'individu valorarà l'impacte que té la conducta problemàtica sobre sí mateix i reconeix els beneficis que obtindria solucionant el seu problema.
- *Reavaluació ambiental:* l'individu avalua les conseqüències positives que tindria deixar de dur a terme la conducta en les seves relacions personals, familiars i socials.
- *Relleu dramàtic:* és l'experimentació per part de l'individu de les sensacions negatives derivades del problema.
- *Autoalliberació:* l'individu creu que pot prendre part activa en el procés de canvi del seu problema, augmenta la seva capacitat per escollir i decidir.
- *Maneig de contingències:* radica en una sèrie d'estratègies conductuals que augmenten la probabilitat que una activitat positiva pel canvi succeeixi.
- *Relacions d'ajuda:* incorpora el recolzament social com a element imprescindible pel canvi.
- *Contracondicionament:* estratègia que consisteix en modificar les respostes que l'organisme de l'individu produeix davant els estímuls relacionats amb la conducta problemàtica, creant-se al seu lloc una resposta alternativa.
- *Control d'estímuls:* consisteix en evitar l'exposició a estímuls, contextos o situacions que poden augmentar el risc de recaigudes.

Si s'observen atentament els processos de canvi mencionats anteriorment, s'arriba a 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 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 (Eckhardt, Babcock, i Homack, 2004).

Per últim trobaríem els nivells de canvi, formats pel nivell situacional, el cognitiu, l'interpersonal, l'intrapersonal i els conflictes interpersonals (Prochaska, DiClemente, Velicer, i Fava, 1988). En psicoteràpia s'ha identificat que els problemes que han de ser modificats no afecten només a un àmbit de la vida de l'individu sinó que acostumen a afectar a cinc nivells de canvi establerts per Prochaska i DiClemente (1984).

El nivell de canvi representa el que ha de ser modificat. 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, atès 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 decisor (l'anàlisi que realitza l'individu en relació als pros i contres de modificar la conducta) (Gustavo i Cabrera, 2000).

A grans trets, una de les afirmacions bàsiques del model transteòric, pilar de la present investigació, 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. Són molts els estudis realitzats en l'àmbit clínic, especialment en relació al tractament d'addiccions, que sotmeten a comprovació aquest argument. En una investigació realitzada per un equip espanyol en l'àmbit de les drogodependències (Santos, González, Fons, Forcada, i Zamora, 2001) es va estudiar una mostra de 116 subjectes addictes a diferents substàncies que



realitzaven un tractament ambulatori. Es va avaluar l'estadi de canvi en el que es trobaven els subjectes abans de l'inici del tractament i els processos de canvi que utilitzaven. Els resultats van ser congruents amb la teoria, ja que un 51% dels individus se situaven a l'estadi d'Acció i un 30% en el de Precontemplació i Contemplació.

El model de Prochaska i DiClemente ha estat aplicat notòriament en individus que es trobaven en tractament de conductes addictives, com són el consum de tabac, alcohol o altres drogues. No obstant, el seu ús s'ha ampliat a una gran diversitat de comportaments i són nombrosos els estudis que es poden trobar en la literatura que relacionen el Model Transteòric de Prochaska i DiClemente amb altres tipus de problemàtiques com el control de pes, esquizofrènia, trastorn bipolar, estrès psicològic, conducta suïcida, estrès post-traumàtic, trastorns alimentaris, ansietat, depressió i altres (Norcross, Krebs, i Prochaska, 2011).

Aquest model 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 (Prochaska i Norcross, 2001), aconseguint així la màxima eficàcia del programa d'intervenció.

#### **2.4.2 La relació entre la motivació pel canvi i l'eficàcia dels tractaments**

Pel que es refereix al camp de la delinqüència, el model transteòric ha estat utilitzat en el marc de 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 (McMurrin, Theodosi, i Sellen, 2006), delinqüents juvenils (Hemphill i Howell, 2000), maltractadors de parella (Alexander i Morris, 2008; Martinez i Pérez, 2009; Norcross, Krebs, i Prochaska, 2011; Scott i Wolfe, 2003), i agressors sexuals (Tierney i McCabe, 2002, 2004, 2005).

Concretament s'ha avaluat la relació que pugui existir entre la motivació dels subjectes i l'èxit del tractament, les taxes d'abandonament terapèutic o la necessitat d'adaptació del tractament a l'individu.

Encara que, com mencionen Tierney i McCabe (2002), gran part de la discussió sobre la importància de la motivació pel canvi i l'èxit del tractament procedeix de l'experiència clínica, diversos estudis han trobat una correlació positiva entre uns nivells més elevats de motivació terapèutica i major eficàcia de la intervenció (August i Flynn, 2007; Bowen i Gilchrist, 2004; Pelissier, 2007; Pereira de Oliveira i Malbieger, 2003; Terry i Mitchell, 2001; Tierney i McCabe, 2002).

Alexander i Morris (2008) van analitzar una mostra de 210 maltractadors que havien de complir un programa de tractament de 26 setmanes per ordre judicial. En aquest estudi van trobar que els subjectes que van ser classificats com participatius, en lloc de no-motivats, mostraven millores en els nivells de depressió i ansietats autoinformats, així com en el control de la ira. Tanmateix, Scott i Wolfe (2003), van trobar resultats similars sobre una mostra de 119 maltractadors que també realitzaven un tractament en la comunitat.

Mitjançant un ampli metaanàlisi sobre 39 estudis, que inclou una mostra de 8.238 individus en teràpia, s'ha estimat quina capacitat predictiva té la motivació sobre els resultats positius de la teràpia. En aquest metaanàlisi, es va trobar una grandària de l'efecte *d de Cohen* de 0,46, la qual indica que la motivació té una capacitat predictiva moderada dels efectes positius del tractament (Norcross, Krebs, i Prochaska, 2011). Específicament, pel que fa als estudis realitzats sobre maltractadors de parella es troben grandàries de l'efecte diverses, que abasten un rang d'entre  $d=0,11$  a  $d=0,63$ , és a dir, que la motivació té una capacitat predictiva petita a moderada-alta.

En la mateixa direcció, alguns estudis han posat de relleu que l'èxit del tractament podria veure's afectat si els subjectes han de realitzar-lo per ordre judicial, en lloc de per voluntat pròpia. Segons el model de Prochaska i DiClemente, els forçats mostrarien una clara negació del problema mentre que els segons es mostrarien en l'estadi de Contemplació o Acció (Shaw, Harkov, i

Greer, 1995 citat a Tierney i McCabe, 2002; Pereira de Oliveira Junior i Malbierger, 2003). En aquest sentit, Bowen i Gilchrist (2004) van estudiar dues mostres d'agressors domèstics diferenciades per aquest motiu. Van obtenir resultats oposats entre ambdós grups, de manera que els agressors obligats per ordre judicial exhibien baix nivell de motivació, un locus de control extern i respostes d'ira generalitzada. Estudis com aquest posen de relleu una nova qüestió referida a si ambdós grups de subjectes han de realitzar junts el tractament. D'aquesta combinació podrien derivar-se dues situacions inverses. Per una banda, que els individus no-motivats dificultin la millora dels motivats o, pel contrari, aquests últims ajudin a canviar als que tenen major dificultat.

Una altra qüestió rellevant destacada per Marlatt (1989) fa referència a la relació entre el nivell de motivació i la probabilitat d'abandonament prematur del tractament (Tierney i McCabe, 2002). Aquesta relació s'ha estudiat àmpliament en l'àmbit de la psicoteràpia, on s'han realitzat més de 125 estudis en els darrers 30 anys, atès que l'elevat cost que suposa constitueix un inconvenient molt rellevant en el context clínic. L'abandonament prematur, que pot assolir fins el 40%, comú en qualsevol tipus de tractament, implica que el subjecte no aprengui totes les eines que el tractament li pot oferir per produir el canvi conductual desitjat i, com a conseqüència, l'èxit de l'objectiu de resocialització és més complicat.

Pellisier (2007) va trobar, en una mostra de 251 agressors sexuals que havien de complir un tractament al centre penitenciari, que només els individus que completaven el programa de tractament tenien nivells de motivació més alts al finalitzar-lo. A més les anàlisis van determinar que la finalització dels tractaments s'associava a un alt nivell motivacional a l'inici del programa, a un nivell educatiu superior i a haver iniciat el tractament només als tres mesos d'haver ingressat a presó.

Malgrat això, la investigació en aquesta àrea és contradictòria, fins i tot, es poden trobar estudis on no s'observa cap relació entre motivació i adherència al tractament (Brodeur, Ronedau, Brochu, Lindsay, i Phelps, 2008). Aquesta contradicció podria deure's a l'existència de moltes altres variables que guarden relació amb l'adherència al tractament o la finalització prematura d'aquest. Per

exemple, s'ha destacat diverses variables sociodemogràfiques i d'història criminal implicades en aquest fet, com un nivell educatiu baix, estar en situació d'atur, baix nivell adquisitiu, no estar casat o no tenir fills, consum de substàncies tòxiques, història criminal, situació legal o de mesura penal imposada, (Daly i Pelowski, 2000; Tollefson, Gross, i Lundahl, 2008). I s'ha de tenir en compte que alguns trastorns psicopatològics també s'han identificat com a predictors de l'abandonament del tractament, especialment, el trastorn límit i el de personalitat antisocial (Boira i Jodrá, 2010; Eckhardt, Holtzworth-Munroe, Norlander, Sibley, i Cahill, 2008).

Finalment, una important línia d'investigació posa de relleu la necessitat d'ajustar el tractament al nivell de motivació mostrat pel subjecte. Sota aquest objecte d'estudi s'han proposat diverses perspectives. La primera d'elles suggereix que augmentar la motivació dels subjectes hauria de constituir un dels objectius inicials del tractament, sent aquest el que s'ocuparia de promoure-la i desenvolupar-la (Day, Gerace, Wilson, i Howells, 2008; Grubin i Thornton, 1994; Tierney i McCabe, 2002, 2004).

La següent perspectiva, més restrictiva, defensa que només hauria d'incloure's al tractament aquells subjectes genuïnament motivats pel canvi, ja que l'individu només podrà beneficiar-se d'un tractament si compta amb aquest prerrequisit (Harkins i Beech, 2007). La decisió genuïna d'assistir a un tractament només s'adoptaria si prèviament es donen una sèrie de requisits en els subjectes: reconèixer l'existència del problema, adonar-se que un mateix no pot resoldre'l sense ajuda, i valorar que el canvi podria millorar la qualitat de vida actual (Echeburúa, 2004).

Per últim, la darrera perspectiva proposa que els objectius de la intervenció haurien d'ajustar-se a la motivació de l'individu (Clarke i Carter, 2000; Hanson, 2000; citats en Tierney i McCabe, 2004). Segons un estudi realitzat per Eckhardt, Babcock, i Homack (2004) sobre una mostra de 250 agressors domèstics, es va concloure que els individus que inicien el tractament en l'estadi de precontemplació es beneficiarien d'intervencions que estiguessin centrades en l'entrenament en habilitats socials i comunicatives i en el maneig dels canvis d'humor, més que no pas en processos interns. En contrast, aquells

que no estiguessin motivats i neguessin la presència d'un problema es beneficiarien de les tècniques de reestructuració cognitiva o empatia més que de les tècniques conductuals. En altres estudis com el de Brown et al. (1997) es va fer palès que els homes que presentaven menor probabilitat d'abandonar el tractament eren aquells capaços d'establir la relació entre la seva problemàtica i els objectius del tractament. De forma similar, Cadsky et al. (1996) van concloure que els homes que no percebien aquesta relació i tendien a negar que havien agredit a les seves parelles o no veien la necessitat de seguir un tractament, acabaven abandonant el tractament amb més facilitat (Eckhardt, Babcock, i Homack, 2004).

La conclusió més general és que pot ser beneficiós prestar atenció a la motivació pel canvi en els subjectes que han de dur a terme un tractament, ja que com s'ha fet palès amb anterioritat, la motivació correlaciona positivament amb l'èxit del tractament. D'aquesta manera, el model transteòric i les seves corresponents escales d'avaluació poden ser útils per valorar la disposició al canvi de conducta en delinqüents participants en un tractament.(Tierney i McCabe, 2004).

### **3. Objectius**

Els principals objectius d'aquest estudi són:

- Avaluar la motivació pel canvi en una mostra d'agressors de parella que realitzen el programa formatiu en VIDO i els que no realitzen cap intervenció.
- Analitzar les necessitats criminogèniques, especialment les característiques psicopatològiques de la mostra, i la seva relació amb la motivació pel canvi.
- Valorar si el nivell de risc dels subjectes de la mostra es relaciona significativament amb la seva disposició pel canvi.

Així mateix, un objectiu secundari de l'estudi és explorar en la mostra l'existència de diferents perfils d'agressors de parella atenent a les seves característiques clíniques de personalitat.

#### **3.1 Hipòtesi**

Atenent a la bibliografia revisada i als objectius d'aquest estudi es plantegen les següents tres hipòtesis:

Hipòtesi 1: Els individus que realitzen un programa formatiu en violència domèstica, es trobaran en estadis de motivació inicials (precontemplació o contemplació) en el moment previ a la realització del programa i, se situaran en estadis més avançats (acció o manteniment) després de la seva finalització.

Hipòtesi 2: Existeix una relació significativa entre les necessitats criminogèniques i el nivell de motivació dels individus.

Hipòtesi 3: Hi ha una relació significativa entre el nivell risc dels individus i el nivell de motivació que presenten en el moment previ a la seva participació programa formatiu.

## **4. Material i Mètode**

### **4.1 Disseny experimental**

El disseny de recerca d'aquest estudi és un disseny de comparació intrasubjecte i intergrups.

El disseny intrasubjecte permet avaluar l'evolució de la motivació al canvi dels individus en un moment previ a la realització del programa (pre-tractament) i després de la realització del programa (post-tractament). D'aquesta manera, es pot explorar si els individus han avançat en l'estadi de canvi motivacional.

Per altra banda, el disseny intergrups permet analitzar la relació entre la disposició al canvi i el programa formatiu. Mitjançant aquesta estratègia, es pot determinar si els possibles canvis en els estadis motivacionals es deuen al desenvolupament del programa formatiu o no.

### **4.2 Participants**

La mostra d'aquesta recerca està formada per 116 homes que han estat condemnats a complir una mesura penal alternativa de programa formatiu en Violència Domèstica (VIDO).

Es va tractar d'obtenir un número similar de subjectes als dos grups (control i experimental) per realitzar les comparacions, però per raons alienes a la voluntat de les investigadores (p.ex. abandonament dels subjectes del programa formatiu, negativa a continuar participant en la investigació, omissió de respostes als ítems dels qüestionaris, ingrés a presó, etc.) això no va ser possible. Per aquest motiu, el total de subjectes dels que es va poder obtenir tota la informació rellevant va ser de 71 homes. Tot i així, dels 45 subjectes restants sí es va obtenir informació sobre variables sociodemogràfiques, així com d'algunes variables relacionades amb els estadis de canvi i escales clíniques, per la qual cosa es van incloure aquests subjectes a l'hora d'analitzar descriptivament la mostra.

Per tal de poder contrastar les hipòtesis plantejades, la mostra amb tota la informació disponible es va dividir en dos grups:

- Grup de tractament: integrat per 48 agressors de parella que van realitzar un programa formatiu de violència domèstica com a mesura penal alternativa.
- Grup control: format per 23 agressors de parella que compleixen una mesura penal alternativa i que encara no havien realitzat el programa formatiu en el moment en que es va dur a terme la investigació.

### **4.3 El programa formatiu en violència domèstica aplicat a Girona**

Ateses les diferències observades en els continguts i orientacions dels programes formatius, en funció de l'entitat que impartia el curs, tal i com va fer palès la investigació duta a terme al Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada "Avaluació dels programes formatius aplicats des de l'execució penal a la comunitat en delictes de violència de gènere" (Pérez i Martínez, 2011), des del Departament de Justícia es va decidir l'any 2011 realitzar una revisió a fi d'unificar criteris i crear un programa marc per dotar a totes les entitats de la mateixa metodologia, continguts i objectius.

El mes d'octubre de 2011 es va publicar el document definitiu del programa marc dels programes formatius i de tractament de violència de gènere. Aquest és el resultat del treball conjunt entre les entitats formadores i els professionals de la Subdirecció General de Reparació i Execució Penal a la Comunitat.

Els destinataris del programa són homes que han estat condemnats penalment per fets relacionats amb violència de gènere i que, com a condició per la substitució o suspensió de la pena, han de complir l'obligació de participar en un programa formatiu de tractament de la violència de gènere.

La durada del programa és de 30 hores, distribuïdes en 13 sessions grupals de 2 hores setmanals i 4 sessions individuals consistents en dues entrevistes de diagnòstic, una entrevista de seguiment i una entrevista de tancament.



Els continguts del programa formatiu estan directament relacionats amb aquells factors de risc i de protecció que els estudis en violència domèstica han determinat que cal incidir per aconseguir un bon ajust social de les persones sotmeses a la mesura. Tot i que aquests continguts són comuns, el programa marc deixa a criteri dels professionals el temps de dedicació a cadascun tenint en compte la composició del grup, les dinàmiques, etc.

Els continguts establerts són els següents:

1. Presentació i motivació al canvi.
2. Identificació i expressió de les emocions.
3. Consciència emocional.
4. Distorsions cognitives. Gènere.
5. Gelosia i independència emocional.
6. Violència.
7. Violència física i tècniques d'autocontrol.
8. Violència psicològica.
9. Responsabilitat i mecanismes de defensa.
10. Habilitats comunicatives – Assertivitat.
11. Resolució de conflictes.
12. Empatia.
13. Relació patern-filial.
14. Prevenció de recaigudes.

En relació als objectius, més enllà de donar resposta a les demandes judicials i la responsabilitat de l'administració vers la comunitat, el programa té com a finalitat d'intervenció que l'agressor assumeixi la seva responsabilitat en els episodis de violència i acceptar els principis bàsics del tractament. Alhora es pretén eliminar les idees irracionals en relació a la dona i l'ús de la violència, adquirir habilitats socials i de resolució de conflictes, donar eines per gestionar l'ansietat, l'estrès i el control de la ira, així com fomentar l'empatia envers la víctima.

El compliment del programa formatiu per part d'una persona condemnada, ve precedit en tots els casos per la intervenció primera del servei de mesures

penals alternatives. Així doncs, un cop el jutge ha imposat la mesura, es remet la documentació judicial a l'equip corresponent en funció de la zona de residència de la persona condemnada. Aquesta documentació es introduïda a la base de dades de Justícia Juvenil i Mesures Penals Alternatives (JOVO) i és assignada a un delegat, també tenint en compte la població on el penat haurà d'acomplir amb la mesura.

El delegat estudia la documentació judicial i cita a la persona sotmesa a la mesura per a dur a terme una entrevista inicial on es presenta el servei i el delegat, es fa un enquadrament de la situació judicial (quina és la pena imposada, el temps de suspensió o substitució d'aquesta, les condicions a acomplir durant el període de suspensió o substitució i les conseqüències que es poden derivar de l'incompliment de la pena).

El següent pas dins l'entrevista amb el delegat de referència consisteix en donar a conèixer què és el Programa Formatiu, quina és la seva durada i periodicitat, lloc on s'impartirà, previsió de data d'inici, així com, la seva inscripció al curs i que l'entitat formadora es posarà en contacte amb ell per les entrevistes de diagnòstic.

Posteriorment, es realitza l'entrevista semiestructurada adaptada del Manual de Valoració del Risc de Violència contra la Parella (S.A.R.A), on s'explora:

- Àrea familiar
  - o Entorn familiar en la infància
  - o Violència a la família d'origen
  - o Violència extrafamiliar
- Àrea Personal
  - o Situació laboral - econòmica
  - o Relacions sentimentals - agressions
  - o Relacions sentimentals - agressions sexuals

- Actituds que justifiquen la violència
- Relació sentimental actual
- Àrea toxicològica
  - Antecedents i situació de consum actual
  - Antecedents psiquiàtrics i situació mèdica actual
- Història penal – judicial
  - Antecedents policials, judicials o trencament de condemnes
  - Reconeixement o justificació o minimització dels fets

Extreta aquesta informació personal i conjuntament amb l'estudi de la documentació judicial, es determinen els factors de risc i de protecció del penat i es realitza la valoració del risc de reincidència.

Finalment, el delegat informa a la instància judicial sobre l'inici de l'execució de la mesura i inscriu a la persona condemnada al llistat del curs a l'espera que l'entitat formadora comuniqui al servei les dates d'inici. Si la persona condemnada està inscrita al programa formatiu de violència domèstica però encara no hi ha previsió d'inici del curs a curt termini, el delegat durà a terme un seguiment trimestral.

## **4.4 Instruments**

### **4.4.1 Protocol de recollida de dades sociodemogràfiques i criminològiques**

Per portar a terme aquesta recerca, es va recollir un ampli grup de variables pròpies de cada subjecte (sociodemogràfiques i de carrera criminal) mitjançant una plantilla de recollida de dades dissenyada ad hoc. Aquestes variables van ser seleccionades en funció de les conclusions extretes de la revisió bibliogràfica i de la informació disponible als expedients judicials d'aquests infractors.

Aquesta informació va ser obtinguda de diverses fonts, principalment, els informes sobre les entrevistes personals desenvolupats pels membres de l'equip del Servei d'Execució de Mesures Penals Alternatives, els expedients judicials i sentències, l'aplicatiu de gestió d'expedients de Justícia Juvenil i Mesures Penals Alternatives (JOVO), així com la consulta del Sistema Informàtic Penitenciari Català (SIPC).

#### **4.4.2 Escala de Motivació al Canvi (URICA)**

Per avaluar els estadis de canvi en que es troben els individus s'ha utilitzat l'Escala de Motivació al Canvi (McConaughy, Prochaska, i Velicer, 1983), també anomenada escala SOCS o URICA. Aquesta eina es va dissenyar amb l'objectiu d'avaluar els estadis de canvi postulats pel Model Transteòric de Prochaska i DiClemente (1982). L'instrument original es troba disponible a la pàgina web del Cancer Prevention Research Centre de la Universitat de Rhode Island (EEUU) centre dirigit per James Prochaska. Per aquest estudi es va utilitzar una versió de l'escala traduïda a l'espanyol que ja s'ha utilitzat en altres estudis (Redondo i Martínez-Catena, 2012a). L'escala URICA és un 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. 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. Cadascun dels ítems es troba relacionat amb els diferents estadis de canvi del model de Prochaska i DiClemente, de manera que cada estadi es calcula mitjançant el sumatori de 8 ítems.

Malgrat són molts els estudis que utilitzen l'escala URICA per valorar el nivell de motivació de les persones, aquesta encara no ha estat validada i adaptada. Per aquest motiu a la bibliografia especialitzada es pot trobar diferents mètodes de correcció de l'escala. En aquest estudi s'ha utilitzat dos sistemes diferents de correcció, el primer d'ells correspon al sistema de correcció bàsic, on després de realitzar el sumatori dels ítems s'obté una puntuació dels quatre estadis de canvi: precontemplació, contemplació, acció i manteniment, el que

permet conèixer en quin estadi sobresurt l'individu (Callaghan i Taylor, 2006; DiClemente, Schlundt, i Gemmell, 2004; Hemphill i Howell, 2000).

El segon sistema de correcció s'obté a través d'un logaritme que ha estat utilitzat en diversos estudis que utilitzen aquesta escala (Callaghan, 2005), calculant el sumatori de la mitja de contemplació, acció i manteniment, menys la mitja de l'escala de precontemplació. Mitjançant aquest càlcul s'obté una puntuació total que permet interpretar els resultats de l'escala com un continu on, a major puntuació, més motivació pel canvi. Aquesta estratègia també permet recodificar la puntuació total en una mesura nominal mitjançant l'establiment de diferents punts de tall.

Finalment, destacar que a més en aquesta escala es va incloure 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.

#### **4.4.3 Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI)**

Per procedir a l'anàlisi de les característiques psicopatològiques dels subjectes de la mostra s'ha utilitzat l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI) desenvolupat per Leslie C. Morey (1991) i adaptat a la població espanyola recentment 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 Kaminski, 2005; Wang et al., 1997; White, 1996). En aquesta recerca s'ha utilitzat el PAI en la seva 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 vertader"). Aquesta versió abreujada avalua el perfil d'un subjecte a través de 22 escales principals:

- Quatre escales de validesa per avaluar el grau de distorsió: *Inconsistència, Infreqüència, Impressió negativa i Impressió positiva.*
- Onze escales clíniques: *Queixes Somàtiques, Ansietat, Trastorns relacionats amb l'Ansietat, Depressió, Mania, Paranoia, Esquizofrènia, Trets Límits, Trets Antisocials, Problemes amb l'Alcohol i Problemes amb les Drogues.*
- Cinc escales relacionades amb la resposta al tractament: *Agressió, Ideacions suïcides, Estrès, Manca de Suport Social i Rebuig al Tractament.*
- Dues escales sobre relacions interpersonals: *Dominància i Afabilitat.*

En relació a les propietats psicomètriques de l'adaptació espanyola de la versió abreujada del PAI, aquesta mostra tant una bona consistència interna mitja ( $\alpha=0,74$  per la mostra normal i  $\alpha=0,81$  per la mostra clínica) com temporal (coeficient test-retest=0,82). Així mateix, la versió completa i l'abreujada, presenten un grau de correlació mig de 0,90 per la mostra normal i 0,93 per la mostra clínica.

## **4.5 Procediment**

Per la realització d'aquest estudi s'han seguit una sèrie de fases que en termes generals estructuraven la recerca en treball de camp, anàlisi i explotació de les dades i elaboració de conclusions.

La primera fase d'aquest estudi va consistir en la comunicació i explicació del projecte al coordinador i membres de l'equip d'Execució de Mesures Penals Alternatives de Girona, els quals 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 selecció de la mostra no es va poder planificar prèviament a l'inici de l'avaluació dels subjectes sinó que va venir determinada especialment pels ritmes de treball del servei. Ateses les característiques del disseny experimental, les limitacions temporals pel desenvolupament de l'estudi amb l'objectiu de no interferir tant en el treball del Servei d'Execució de Mesures Penals Alternatives, així com en la pròpia execució de les mesures en els individus.

Inicialment es van extreure els llistats d'homes que havien de complir una mesura de PF en violència domèstica. Aquells en que encara no havien iniciat cap intervenció i que havien de realitzar la seva primera entrevista o, en tot cas una segona entrevista, amb el delegat judicial van ser seleccionats per a formar part de l'estudi i van ser avaluats en aquest moment.

La divisió dels subjectes en grup experimental o control va venir determinada per l'inici dels programes que s'havien planificat. Els delegats judicials inscriuen els penats als pròxims programes en funció de la seva disponibilitat, població de residència i de la valoració de risc. D'aquesta manera, els primers subjectes que van participar en els cursos van passar a formar part del grup experimental, mentre que aquells que havien d'esperar a la realització de pròxims cursos formaren el grup control.

La fase d'avaluació va consistir en una avaluació pre-tractament i una avaluació post-tractament. Tal i com s'ha mencionat, l'avaluació pre-tractament es va realitzar en la majoria dels casos durant la primera entrevista amb el delegat judicial de forma individualitzada. En aquesta fase s'informava als subjectes de l'estudi i s'obtenia el consentiment informat, i es feia l'aplicació de l'inventari PAI i de l'escala URICA.

En l'avaluació post-tractament s'aplicava només l'escala URICA. L'aplicació de la prova als subjectes del grup experimental es va realitzar en part dels casos després de la finalització del programa formatiu mitjançant una citació amb el delegat judicial i, en altres casos, a l'última sessió de PF gràcies a la col·laboració dels formadors de les entitats que els desenvolupen. En el grup control l'aplicació es duia a terme coincidint amb una entrevista amb el Servei

de Mesures Penals Alternatives i tenint en compte que haguessin transcorregut tres mesos des de l'avaluació pre-tractament, per tal que el període entre ambdues proves fos el mateix que en el grup experimental.

Paral·lelament a l'aplicació de proves als subjectes, es feia la recollida de dades sociodemogràfiques i criminals procedents de les entrevistes personals realitzades als subjectes, els expedients judicials i sentències, l'aplicatiu informàtic JOVO, així com l'aplicatiu SIPC.

Un cop finalitzat el treball de camp, es van corregir les proves i analitzar les dades mitjançant el programa estadístic *IBM SPSS Statistics 20*. En relació a l'escala URICA va ser corregida mitjançant els dos mètodes mencionats a l'apartat de Instruments d'aquesta memòria.

#### **4.6 Anàlisi de dades**

Les dades d'aquesta recerca s'analitzaran mitjançant el paquet estadístic *IBM SPSS Statistics 20*.

Com a pas inicial, es va realitzar una anàlisi descriptiva mitjançant el càlcul de les freqüències de les variables sociodemogràfiques, criminològiques i de les escales URICA i PAI per a tota la mostra i per a cadascun dels dos grups (control i experimental). Com a anàlisi prèvia sobre l'escala URICA es va efectuar una anàlisi de fiabilitat mitjançant l'exploració de les correlacions que presenten les diferents escales i l'obtenció del coeficient Alpha de Cronbach per a cada subescala.

Per poder contrastar la primera hipòtesi, atès que finalment la mostra va ser reduïda es van realitzar un seguit de proves no paramètriques. Amb l'objectiu de fer una comparació de les mitjanes del nivell de motivació entre els diferents grups es va aplicar la prova U de Mann Whitney. I a través de la prova de Wilcoxon dels rangs amb signe, es va realitzar la comparació intragrups del nivell de motivació.

La contrastació de la segona hipòtesi es va realitzar a través d'un conjunt de comparacions múltiples entre les diferents variables. Es van aplicar les proves



apropiades a les característiques de les variables (discretes, contínues, etc.) es van realitzar ANOVAs, la prova t de students de comparació de mitjanes, la prova Kruskal Wallis, correlacions de Spearman i correlacions de Pearson.

La tercera hipòtesi es va contrastar amb l'aplicació de la prova ANOVA de comparació de mitjanes.

Pel que fa a l'exploració dels diferents perfils d'agressors segons les puntuacions obtingudes al PAI, se segueixen les indicacions de Loinaz (2010). Es va realitzar una anàlisi de conglomerats amb el mètode Ward a través de la distància euclídia al quadrat sobre les puntuacions estandaritzades obtingudes al PAI. Segons la revisió realitzada per Loinaz (2010) i el seu propi treball, aquest és el mètode més utilitzat a la literatura.

Un cop identificats els diferents perfils, es van aplicar proves d'ANOVA i Kruskal Wallis per comprovar si hi havia diferències significatives a les escales del PAI segons els perfils. Posteriorment, per analitzar la relació entre els perfils i la motivació es realitza una ANOVA i taula de contingència amb l'estadístic de chi-quadrat.

Finalment, destacar que per a totes les anàlisis en les que es realitzaven comparacions múltiples, s'ha aplicat la correcció de Bonferroni per evitar l'augment de l'error de tipus I.

## 5. Resultats

### 5.1 Anàlisi preliminar

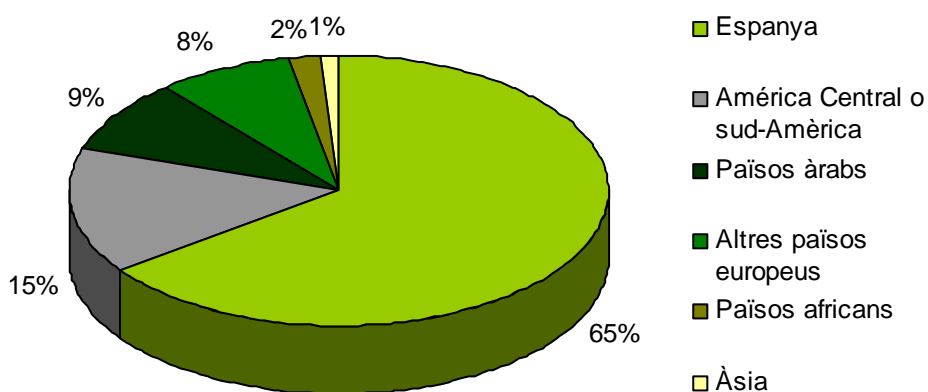
#### 5.1.1 Descripció de la mostra

Primerament es realitza un estudi respecte a les dades sociodemogràfiques més rellevants dels participants de la recerca i, a continuació, es descriuen els resultats obtinguts.

La mostra estudiada en la present recerca està formada per homes amb una edat mitjana de 39,77 anys (DS= 9,51; Min.24/ Màx. 66) tots ells amb residència en el moment de compliment de la mesura a la província de Girona i amb una mitjana de fills de 1,75.

Al gràfic 2 s'observa el territori d'origen dels subjectes de la mostra. El 65% de la mostra va néixer a Espanya, sent un 31% nascuts a Catalunya. La resta dels subjectes de la mostra és procedent d'Amèrica Central o Sud-Amèrica (15%), països àrabs (9%), altres països europeus (8%), països africans (2%) i Àsia (1%). De tots ells, un 4.3% es troben en situació irregular al país.

**Gràfic 2. Territori d'origen dels subjectes de la mostra**



Pel que fa al nivell d'estudis assolit, no hi consta aquesta informació en un 42% de la mostra analitzada, però de la part que sí ha estat explorada aquesta dada podem concloure que, mentre que el 28% va finalitzar els estudis primaris, un 10% tenen estudis secundaris, un 9% han realitzat un cicle formatiu o professional, un 5% ha finalitzat el batxillerat, un 4% tenen estudis universitaris i, un 2% presenta analfabetisme.

En relació a la professió dels subjectes, cal destacar que la majoria d'ells es dediquen a oficis que requereixen baixa o mitjana qualificació tals com l'àmbit de la construcció, transport, mecànica o hostaleria. Així, s'ha observat que del total dels participants, un 55% han tingut una vida laboral estable. Actualment, a l'atur es troben part d'aquest grup (21%) i, dels subjectes que no presenten una història laboral estable (45%) un 30% també es troba en situació d'atur.

Si atenem al nivell d'ingressos de la mostra, el 17% manifesta no comptar amb cap tipus d'ingressos econòmics i el 32% està rebent algun tipus d'ajut econòmic – especialment la prestació per atur (30%) o PIRMI (6%). Per contra, un 42% de la mostra compta amb un nivell d'ingressos mig i un 3% amb un nivell alt.

En relació a la salut dels subjectes, un 86% no pateix cap incapacitat ni malaltia crònica diagnosticada, mentre que el 6% informa d'estar diagnosticat d'una malaltia física i un 4% d'un trastorn mental. D'altra banda, s'observa que el 16% de la mostra es troba vinculat a algun servei de desintoxicació, normalment un Centre d'Atenció i Seguiment a drogodependències, un 6% a un Centre de Salut Mental i un 8% rep assistència per part dels Serveis Socials del territori.

Per últim, si atenem al consum de tòxics dels subjectes al llarg de la seva vida, un 60% no ha estat consumidor de cap tipus de substàncies que generen addicció mentre que un 20% va informar que sí ho havia estat amb anterioritat i un 12% que ho està en el moment de l'avaluació. Les substàncies consumides majoritàriament són l'alcohol (62%), cocaïna (8%), tetrahidrocannabinol (3%) i heroïna (3%), i en un 25% d'aquests casos els subjectes presentaven policonsum d'aquestes substàncies. Cal destacar que un 26% de la mostra

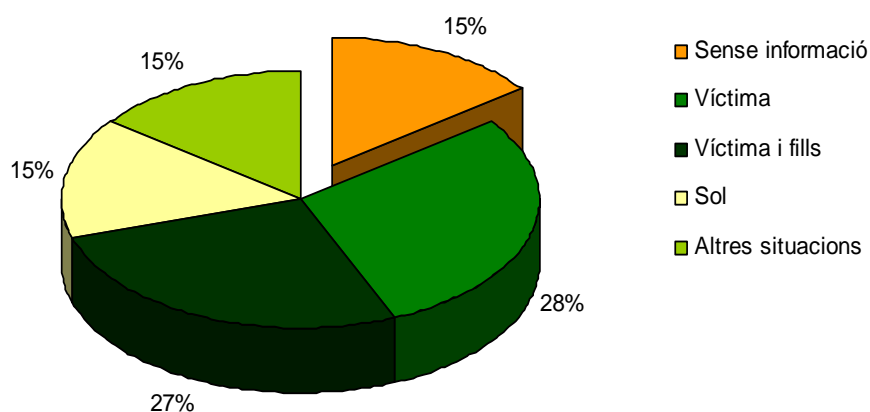
relaciona el delictu motiu de la condemna actual amb el consum de substàncies tòxiques en aquell moment.

Si ens centrem en l'estudi descriptiu dels diferents aspectes relacionats amb el delictu s'obtenen les següents dades.

El temps que ha transcorregut entre el moment dels fets i la resolució de la condemna és d'una mitjana de 13,41 mesos (DS=20,36; Min.=0/Màx.=120), sent la condemna a presó d'una mitjana de 9,35 mesos (DS=5,33; Mín. 3/Màx. 24) i la mitjana de suspensió de la condemna de 25,23 mesos (DS=7,97; Mín. 0/Màx. 60). Un 93% dels subjectes van ser condemnats. Del total dels subjectes un 27% tenien antecedents penals per la comissió anterior d'un delictu (45% per altre delictu de violència domèstica, 12% per delictes contra les persones, 95 per delictes contra la propietat i 34% per altres tipus de delictes). D'aquests últims, 6 subjectes comptaven amb un ingrés a presó anterior i la mitjana d'edat del primer ingrés era de 32 anys (DS=9,01; Mín. 20/Màx. 42).

Centrant-nos en el delictu que motiva la condemna a la realització d'un Programa Formatiu en matèria de violència domèstica, es pot observar que en el moment dels fets el 18% dels homes estaven casats amb la víctima i un 9% es trobaven en mig d'un procés de separació. Pel que fa al nucli de convivència en aquell moment, tenint que en compte que manca informació en el 15% dels casos, dels informats, el 29% convivia amb la parella víctima del delictu, el 27% ho feia també amb els fills, el 15% vivia sol i el 15% vivien en altres situacions com per exemple amb els pares o compartien pis amb amics (Gràfic 3).

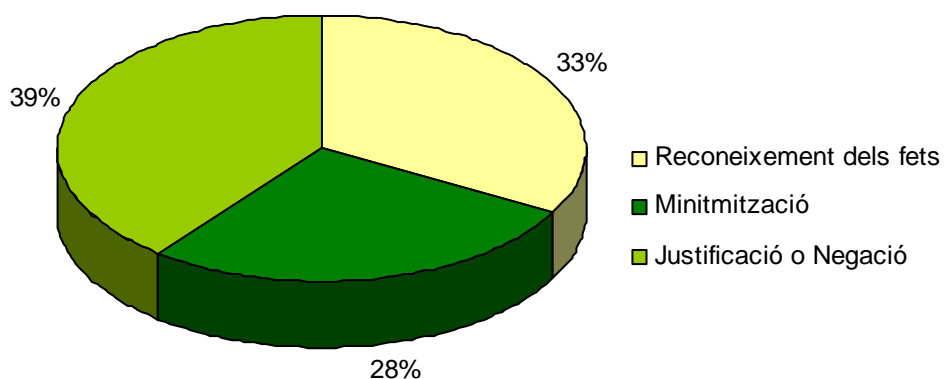
**Gràfic 3. Nucli de convivència en el moment de comissió del delictes**



Així, actualment d'aquest grup, un 29% viu sol, un 20% ho fa amb una nova parella i fills i un 33% ho fa en altres situacions. Cal destacar que només un subjecte va referir conviure amb la víctima del delictes, a l'hora de valorar aquest fet cal tenir en compte que la majoria de subjectes encara compten amb l'ordre d'allunyament de la víctima vigent. En l'actualitat, el 37% de la mostra no té parella, el 27% té una nova parella i el 4% continua tenint una relació sentimental amb la víctima del delictes.

En relació al posicionament dels subjectes davant del delictes, un 31% relata els fets sense que existeixin discrepàncies amb la redacció a la sentència, un 26% minimitza els fets i un 37% els justifica o nega que hagin passat (Gràfic 4).

**Gràfic 4. Posicionament dels subjectes davant dels fets**

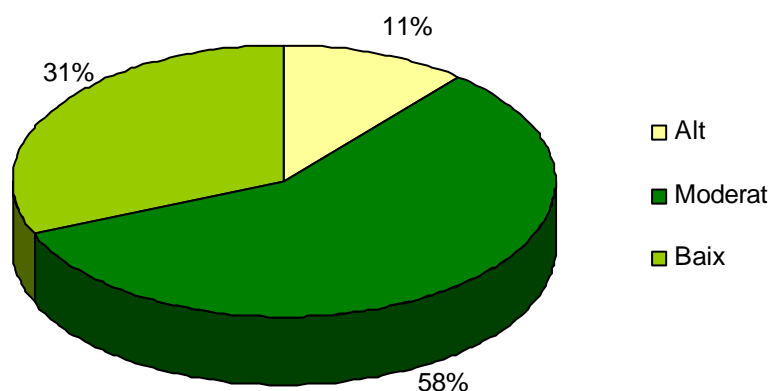


Dels fets descrits a la sentència, el 38% presenta violència física, el 31% violència verbal i el 28% presenta violència física i verbal. En el 75% dels casos

es tracta d'un fet puntual i aïllat, i en la major part dels casos no es va requerir intervenció per part dels Cossos de Seguretat (71%) ni de serveis mèdics o psicològics (67%). De la totalitat dels casos estudiats, en el 16% l'home va fer servir un arma (arma blanca) o altre tipus d'objecte (pals, cinturons...) per infligir la violència.

Per últim, en relació a la valoració realitzada pel Servei d'Execució de Mesures Penals Alternatives respecte el risc de reincidència dels subjectes condemnats (Gràfic 5), s'observa que el 31% de la mostra va ser valorada com a risc baix de reincidència, el 57% com a moderat i el 11% com a risc alt.

**Gràfic 5. Valoració del risc de reincidència dels subjectes de la mostra efectuada pel Servei d'Execució de Mesures Penals Alternatives**



### **5.1.2 Resultats descriptius de l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI)**

Del total de la mostra (n=116), va contestar el PAI el 90,5% dels subjectes (n<sub>2</sub>=105). Per tal d'assegurar-nos que la informació obtinguda mitjançant aquesta prova era vàlida, es va procedir a identificar aquells subjectes que van obtenir puntuacions extremes a qualsevol de les tres següents escales que avaluen la distorsió de resposta, tal i com refereix el manual de correcció i interpretació:

Inconsistència: Puntuació Transformada  $\geq 75$

Infreqüència: Puntuació Transformada  $\geq 75$

Impressió Negativa: Puntuació Transformada  $\geq 101$

Per a les posteriors anàlisis, es van ometre aquests subjectes amb puntuacions transformades (TP) superiors a les esmentades. Excepcionalment, no es van eliminar aquells casos on la PT obtinguda a l'escala *Impressió Positiva* va ser superior a 65, atès que alguns estudis assenyalen que pot constituir una variable rellevant implicada en l'eficàcia del tractament. En relació a l'escala *Impressió Positiva*, el manual de correcció informa que puntuacions altes indiquen que la persona ha intentat ocultar defectes que la majoria de les persones admetrien i, per tant, que s'han d'extremar les precaucions a l'hora d'interpretar la resta d'escales, fet que s'ha considerat a l'hora d'interpretar les dades.

Finalment, es va disposar d'un 74,13% (86 casos) del total de la mostra amb perfils vàlids al PAI. La taula 3 mostra la puntuació mitjana a cada escala clínica, relacionada amb el tractament i de relació interpersonal per a tota la mostra i per al grup control i experimental. Cal dir que no es va incloure l'escala *Estrès* que conté la versió abreujada espanyola del PAI, per tal de respectar la versió original i permetre la comparació dels nostres resultats amb els obtinguts en altres investigacions internacionals.

**Taula 3. Resultats descriptius de l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI) pel conjunt de la mostra i pels grups d'estudi**

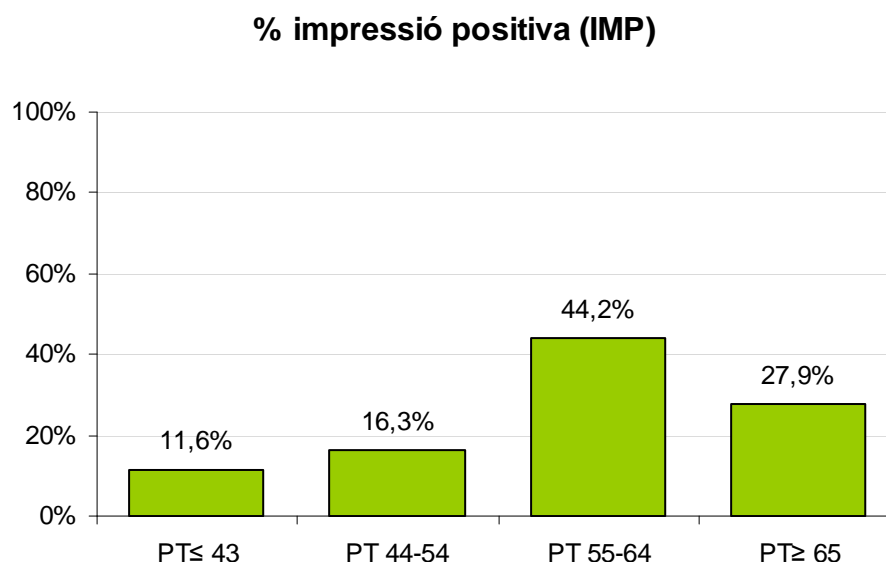
	Tota la mostra		Grup Control		Grup Experimental	
	M	DE	M	DE	M	DE
<b>Escales Clíniques</b>						
SOM	49,75	9,35	51,59	10,53	48,59	8,28
ANS	48,62	9,49	49,91	10,82	47,65	8,34
TRA	54,54	10,68	55,70	10,69	53,67	10,71
DEP	50,60	10,36	52,97	12,04	48,81	8,59
MAN	44,27	10,32	44,56	10,14	44,06	10,56
PAR	60,16	11,42	62,48	12,70	58,40	10,13
ESQ	51,01	11,36	52,51	12,90	49,87	10,04
LIM	48,67	9,51	49,62	10,19	47,95	9,01
ANT	51,93	9,00	53,16	10,53	51,00	7,62

	Tota la mostra		Grup Control		Grup Experimental	
	M	DE	M	DE	M	DE
ALC	51,02	10,54	51,00	10,78	51,04	10,47
DRG	51,47	10,46	50,05	8,78	52,55	11,55
<b>Escales relacionades amb el tractament</b>						
AGR	47,86	9,07	49,10	8,57	46,91	9,40
SUI	50,73	12,36	52,51	15,40	49,38	9,40
FAS	57,83	14,98	60,43	16,88	55,87	13,21
RTR	49,87	9,36	48,75	9,76	50,71	9,05
<b>Escales de relació interpersonal</b>						
DOM	45,77	8,78	46,81	9,73	45,00	8,00
AFA	53,16	10,28	51,13	9,98	54,69	10,34

Nota: SOM=Somatització; ANS=Ansietat; TRA=Trastorns relacionats amb l'ansietat; DEP=Depressió; MAN=Mania; PAR=Paranoia; ESQ=Esquizofrènia; LIM=Trets límits; ANT=Trets antisocials; ALC=Problemes amb l'alcohol; DRG=Problemes amb les drogues; AGR=Agressió; SUI=Ideacions suïcides; FAS=Manca de suport social; RTR=Rebuig al tractament; DOM=Dominància; AFA=Afabilitat

A continuació es presenta gràficament la distribució de les puntuacions a les principals escales del PAI per a tota la mostra.

**Gràfic 6. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Impressió Positiva**

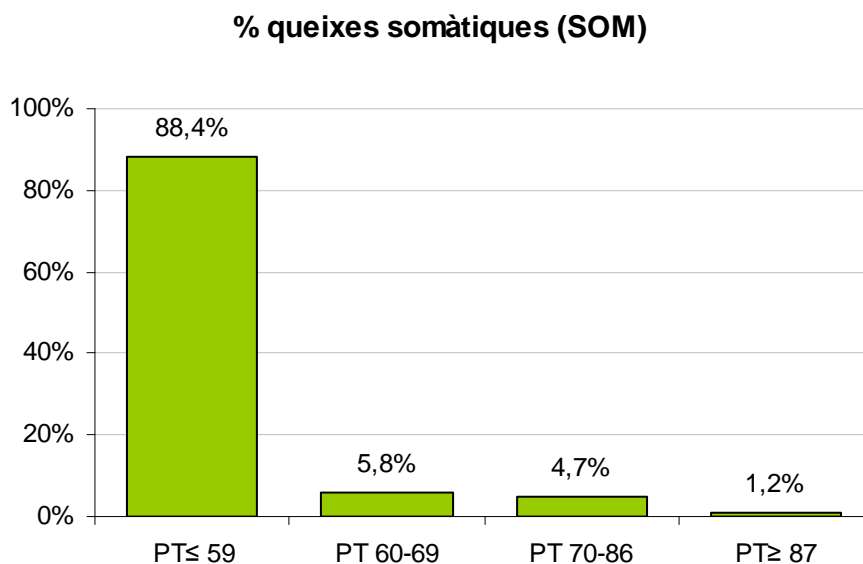


L'escala *Impressió Positiva* (IMP) ens permet detectar aquells subjectes que tracten de donar una imatge positiva de si mateixos. Aquesta distorsió pot donar-se perquè els subjectes en realitat no posseeixen les característiques negatives que avalua la prova, estan intentant falsejar les seves respostes, o



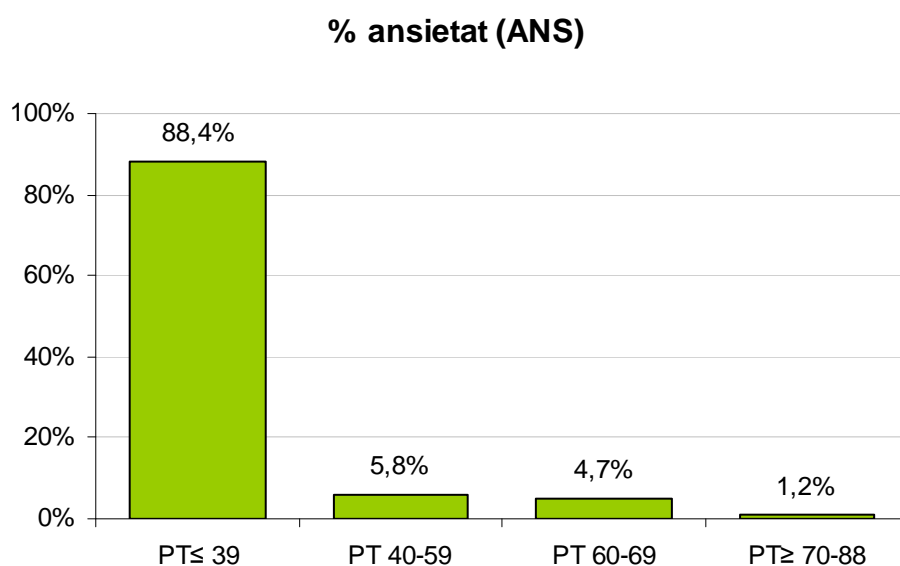
bé no són conscients de la seva problemàtica. Com es pot apreciar al gràfic 6, un 44,2% de la mostra presenta puntuacions transformades (PT) que oscil·len entre 55 i 64, la qual cosa vol dir que aquests subjectes tendeixen a minimitzar els problemes o defectes comuns, a més de mostrar una certa defensivitat. Resulta també destacable que quasi un 30% dels subjectes de la mostra obtinguin PT superiors a 65, quan només un 6,4% de casos no clínics obtenen puntuacions en aquest rang en la mostra utilitzada per a l'adaptació de la prova a la població espanyola. Com ja s'ha comentat anteriorment, s'ha de tenir en compte la possibilitat que la resta d'escala del PAI mostrin una puntuació més baixa de la que realment s'obtidria atesa aquesta tendència minimitzadora.

**Gràfic 7. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Queixes Somàtiques**



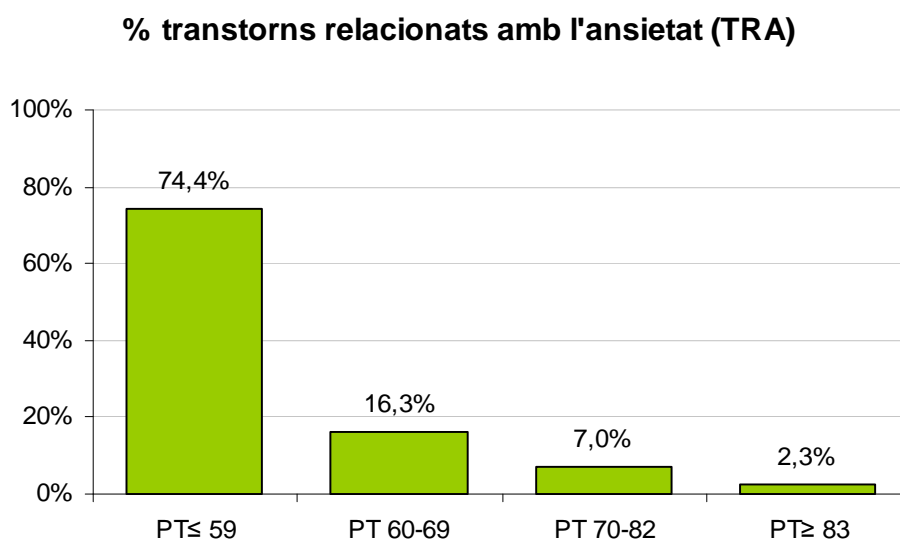
L'escala *Queixes Somàtiques* (SOM) avalua el grau de preocupació sobre problemes físics i de salut, així com el grau de deteriorament percebut a conseqüència de la simptomatologia somàtica (Gràfic 7). Com es pot apreciar, el 88,4% dels subjectes avaluats són persones amb poques queixes corporals i són percebudes pels altres com optimistes, actives i eficaces. Per altra banda, un 5,9% de la mostra presenta puntuacions per damunt de 70, que indica la presència de preocupacions importants sobre la salut i les queixes somàtiques.

**Gràfic 8. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Ansietat**



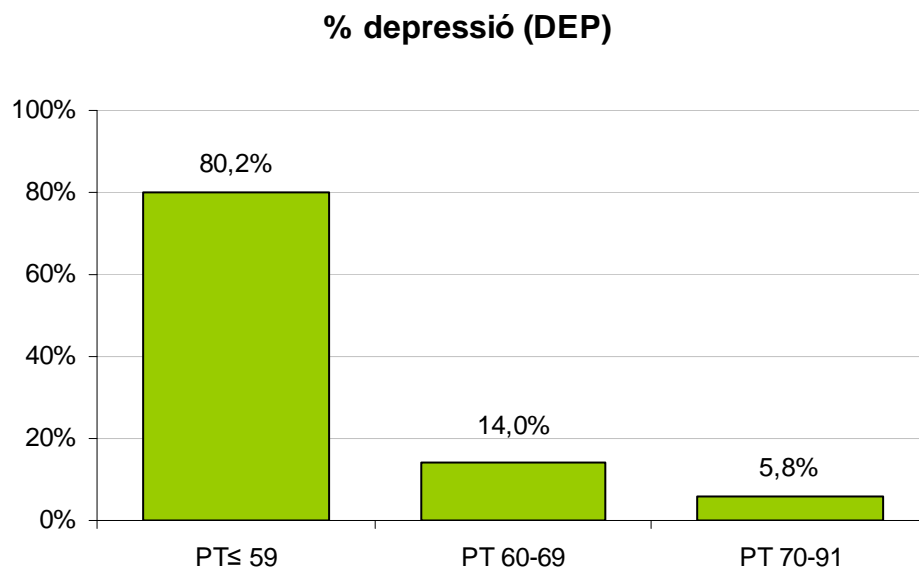
L'escala d'*Ansietat* (ANS) avalua el grau de tensió i emoció negativa que un subjecte pot manifestar cognitiva, emocional i fisiològicament. Com es pot apreciar al gràfic 8, el 15,1% presenta puntuacions per sota de 39, la qual cosa indica que podria tractar-se de persones amb tendència a la temeritat en determinades situacions. En contrast, un 72,1% de la mostra presenta poques queixes d'ansietat. Finalment, un 12,8% dels participants podrien estar experimentant certs problemes d'estrès o ansietat, ja que obtenen PT iguals o superiors a 60.

**Gràfic 9. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Trastorns relacionats amb l'Ansietat**



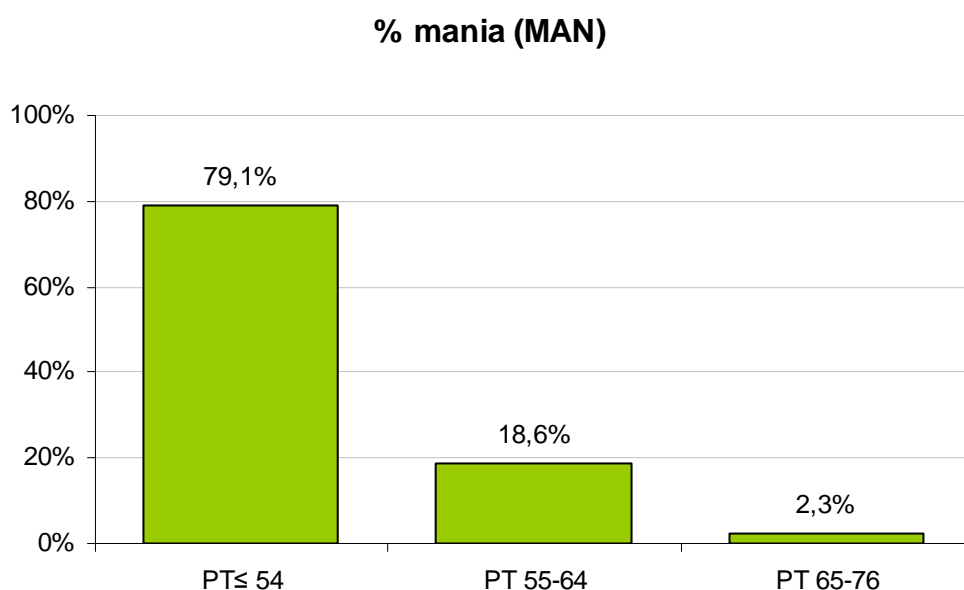
A diferència de l'anterior, l'escala Trastorns relacionats amb l'Ansietat (TRA) avalua de manera general el grau de manifestació de l'ansietat a nivell conductual. Gairebé el 75% de la mostra obté puntuacions inferiors a 59, indicant que són persones que experimenten poc malestar i són percebudes com segures de sí mateixes, flexibles i serenes quan es troben sota pressió. És destacable que un 7% dels subjectes es caracteritzen per semblar insegurs, preocupats i incòmodes en situacions socials, mentre que un 2,3% es mostren com persones constantment preocupades i presenten mecanismes d'afrontament inadequats per controlar l'ansietat en el seu funcionament quotidià (Gràfic 9).

**Gràfic 10. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Depressió**



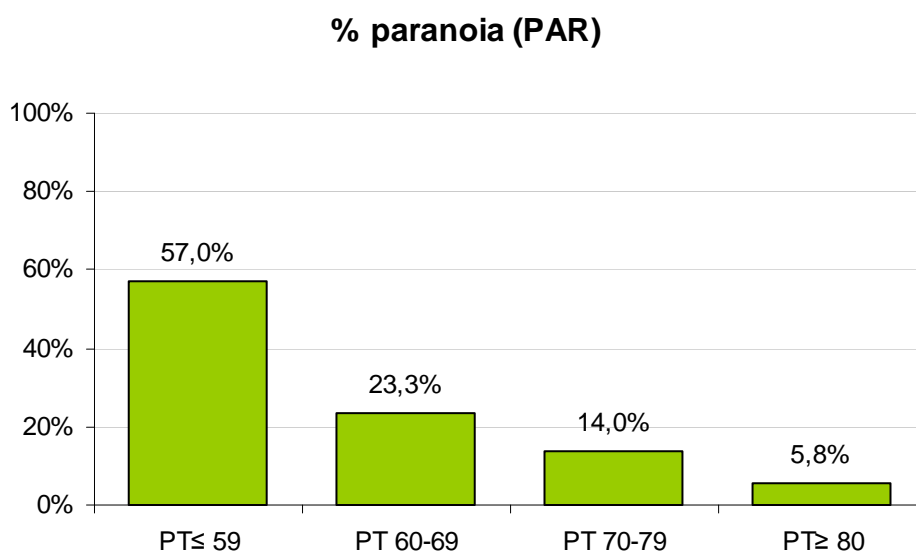
L'escala *Depressió* (DEP) avalua simptomatologia depressiva, així com el seu grau de severitat. Per una banda, al gràfic 10 s'observa que un 14% de la mostra presenta poca confiança en sí mateixa, tendeix a ser sensible i pessimista, i és infeliç en certs moments. Per altra banda, tenim un 5,8% dels subjectes amb puntuacions entre 70 i 91, que es pot interpretar com que són individus infeliços i tristos la major part del temps, i són percebuts pels altres com subjectes deprimits i insatisfets.

**Gràfic 11. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Mania**



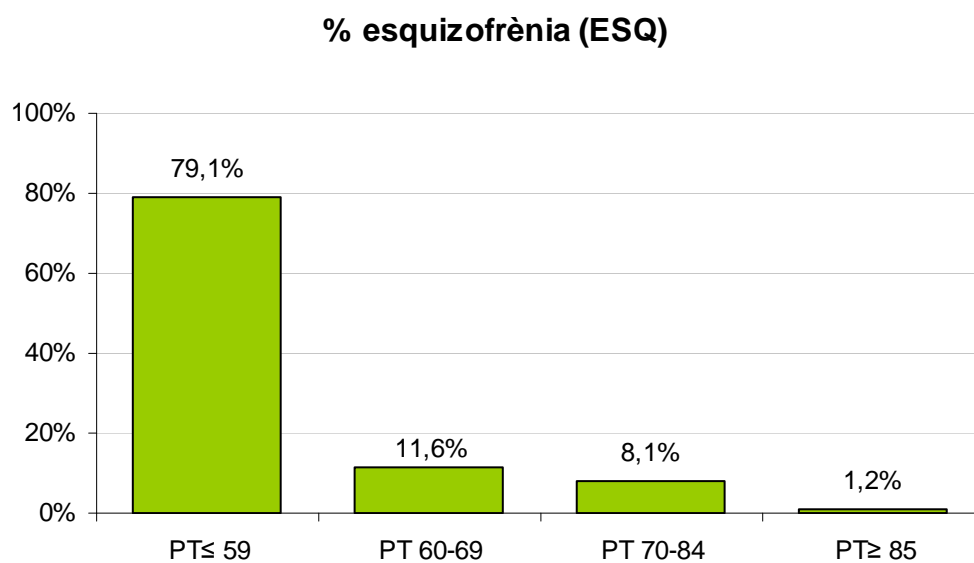
L'escala *Mania* (MAN) avalua la simptomatologia clínica associada a la mania i la hipomania. Les puntuacions iguals o superiors a 65 indiquen inquietud, impulsivitat i un alt grau d'energia; aquestes persones són percebudes com antipàtiques, malhumorades i temperamentals, la qual cosa s'observa en un 2,3% de la mostra d'estudi (gràfic 11).

**Gràfic 12. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Paranoia**



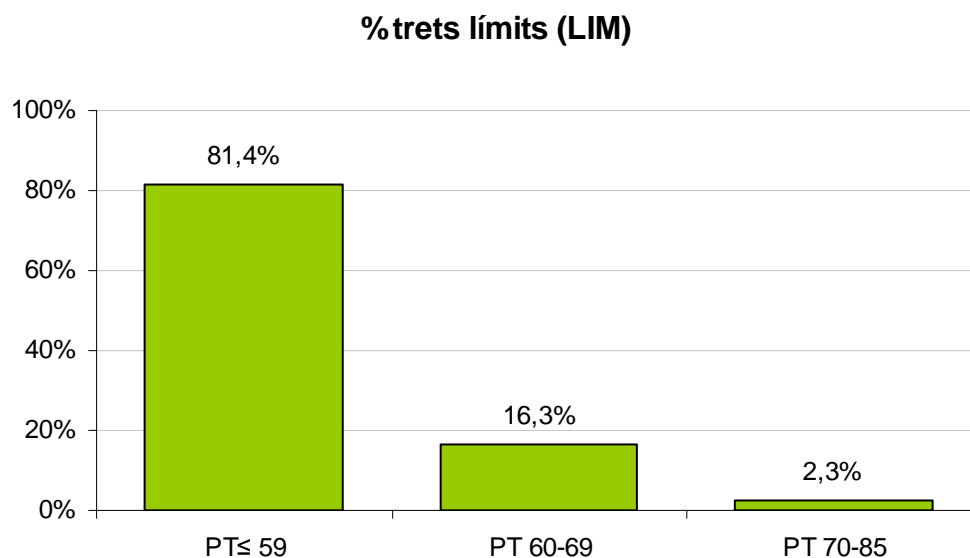
L'escala *Paranoia* (PAR) avalua l'hostilitat i la manca de confiança, així com la hipervigilància, el control excessiu i la tendència al ressentiment. Com es pot observar al gràfic 12, un 23,3% dels subjectes obté puntuacions entre 60 i 69, que suggereix que són persones susceptibles, inflexibles i receloses. El 14% de la mostra es caracteritza per la suspicàcia, l'hostilitat, la desconfiança i la baixa sociabilitat. És destacable que gairebé un 6% de la mostra obtingui puntuacions superiors a 80, indicatiu que són persones ressentides i geloses, i també poden presentar ideació delirant de referència, persecució o grandiositat.

**Gràfic 13. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Esquizofrènia**



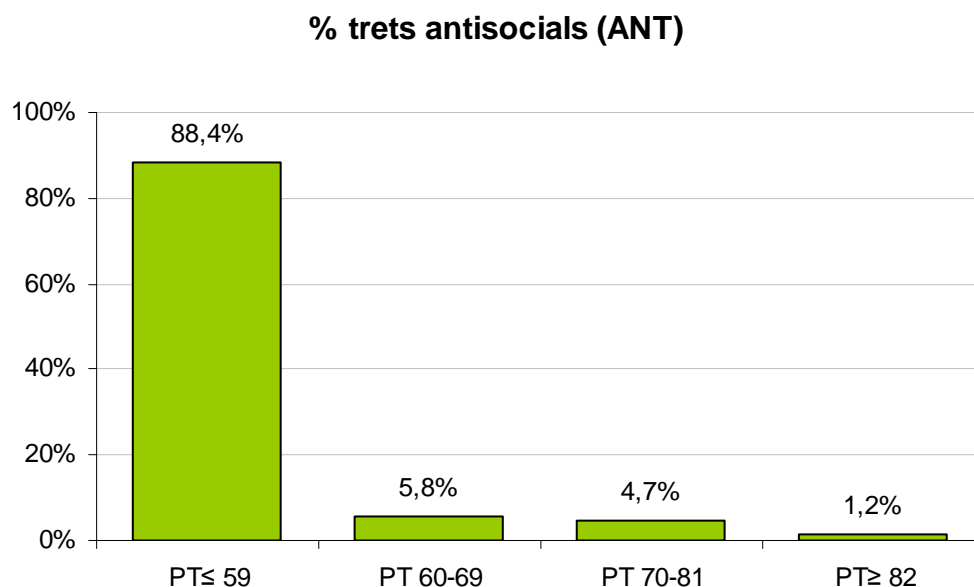
L'escala *Esquizofrènia* (ESQ) està dissenyada per detectar simptomatologia associada a l'esquizofrènia, com creences o percepcions estranyes, baixa competència social, incapacitat per gaudir de les relacions socials, problemes d'atenció, de concentració i de processos d'associació. El més destacable són aquells subjectes amb puntuacions superiors a 70. Així, tenim un 8,1% de la mostra que presenta un probable aïllament, amb sentiments d'incomprensió i rebuig, a més de possibles dificultats de pensament, concentració i presa de decisions. Les puntuacions per sobre de 85, que corresponen al 1,2% de la mostra, indiquen la possible presència de simptomatologia psicòtica activa (Gràfic 13).

**Gràfic 14. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Trets Límits**



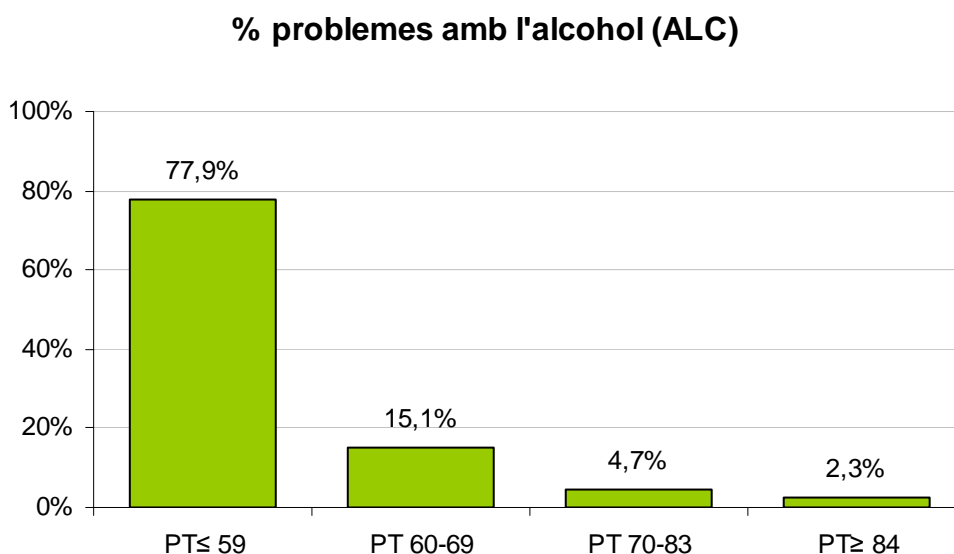
L'escala *Trets Límits* (LIM) avalua característiques associades al Trastorn Límit de la Personalitat i d'altre tipus, com són la manca de control sobre les emocions i la ira, problemes d'identitat i valors, relacions amb els altres i conductes perjudicials per a un mateix. En general, com s'observa al gràfic 14 la mostra no obté puntuacions extremes (PT superior a 86), però sí que s'observa que un 2,3% dels agressors de parella obtenen puntuacions iguals o superiors a 70, la qual cosa indica que es tracta de persones impulsives, emocionalment inestables, suspicaces, ansioses i amb problemes per mantenir relacions properes.

**Gràfic 15. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Trets Antisocials**



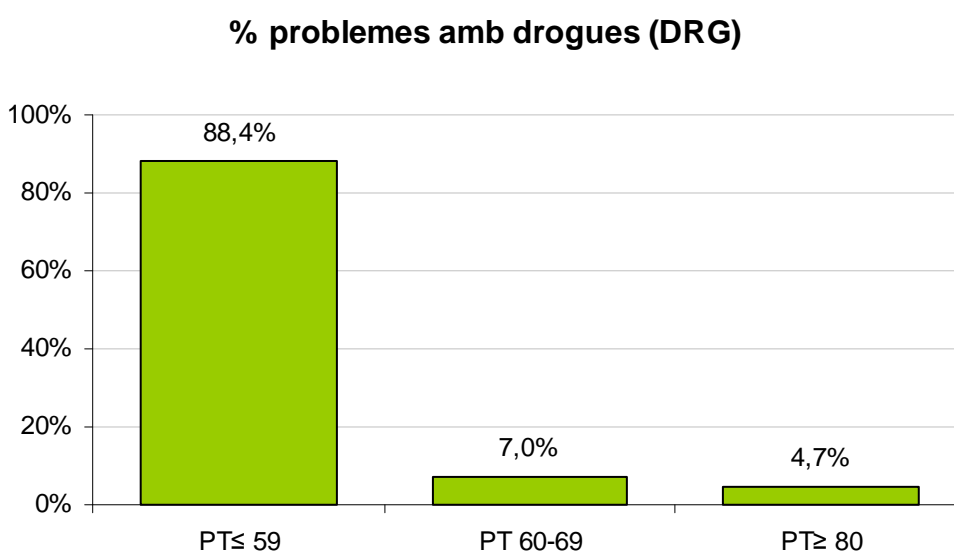
L'escala *Trets Antisocials* (ANT) avalua trets i característiques relacionades amb el Trastorn Antisocial de la Personalitat i la Psicopatia. Al contrari del que es podria pensar, atès que es tracta d'una mostra d'agressors de parella, gairebé el 90% de la mostra obté puntuacions inferiors a 59, que indica que són persones que mantenen relacions càlides i properes amb la resta de la gent, així com capacitat per controlar els seu comportament i els impulsos. Pel contrari, tenim un 5,8% de subjectes que tendeixen a la impulsivitat i temeritat, egocentrisme, desinhibició, escepticisme i baixa sensibilitat en les relacions amb els altres. Un 4,7% dels agressors obté puntuacions per damunt de 70, la qual cosa indica presència d'impulsivitat, hostilitat, dificultats en les relacions interpersonals i, molt probablement, una història de conducta antisocial. Finalment, només un 1,2% de la mostra obté puntuacions indicatives d'un possible trastorn antisocial de la personalitat (Gràfic 15).

**Gràfic 16. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Problemes relacionats amb l'Alcohol**



L'escala de *Problemes amb l'Alcohol* (ALC) avalua els comportaments i les conseqüències associades al consum, abús i dependència a l'alcohol. En aquest cas, les puntuacions més significatives són aquelles iguals o superiors a 70, que corresponen al 7% de la mostra. Aquests subjectes presenten problemes associats a un abús o dependència a l'alcohol en l'actualitat o en el passat, tal com problemes interpersonals, laborals o de salut (Gràfic 16).

**Gràfic 17. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Problemes amb les Drogues**

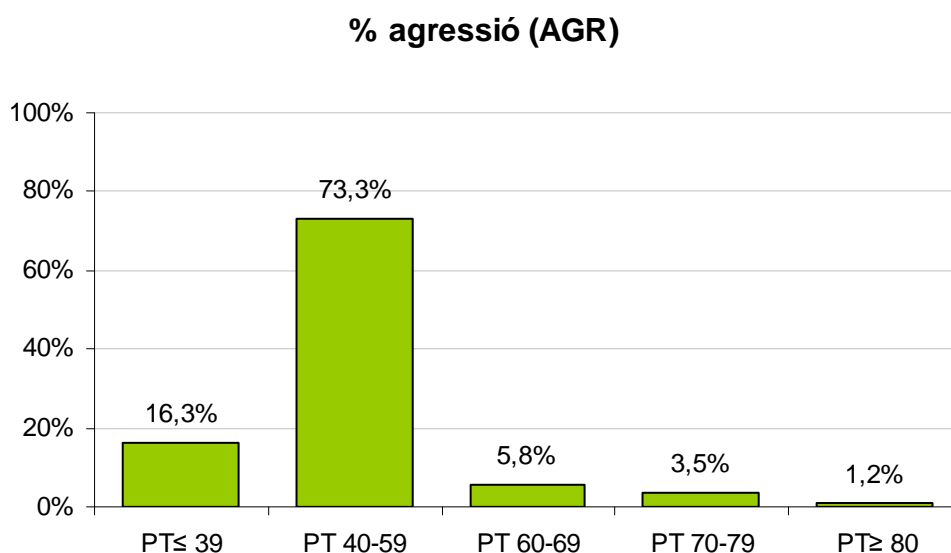




L'escala de *Problemes amb les Drogues* (DRG) avalua els comportaments i les conseqüències associades al consum, abús i dependència a les drogues (excloent l'alcohol, que ja es valora a l'escala ALC). Es pot observar al gràfic 17 com un 7% de la mostra presenta algun tipus de consum habitual, amb la possible problemàtica associada a aquest consum. No s'obtenen puntuacions dins el rang de puntuacions entre 70 i 79, però un gairebé un 5% de la mostra presenta puntuacions extremes iguals o superiors a 80, el que és indicatiu d'una situació de drogodependència.

S'ha de tenir en compte que alguns ítems estan relacionats amb el reconeixement de comportaments delictius, el que podria implicar manca de sinceritat si es realitza l'avaluació en el context forense.

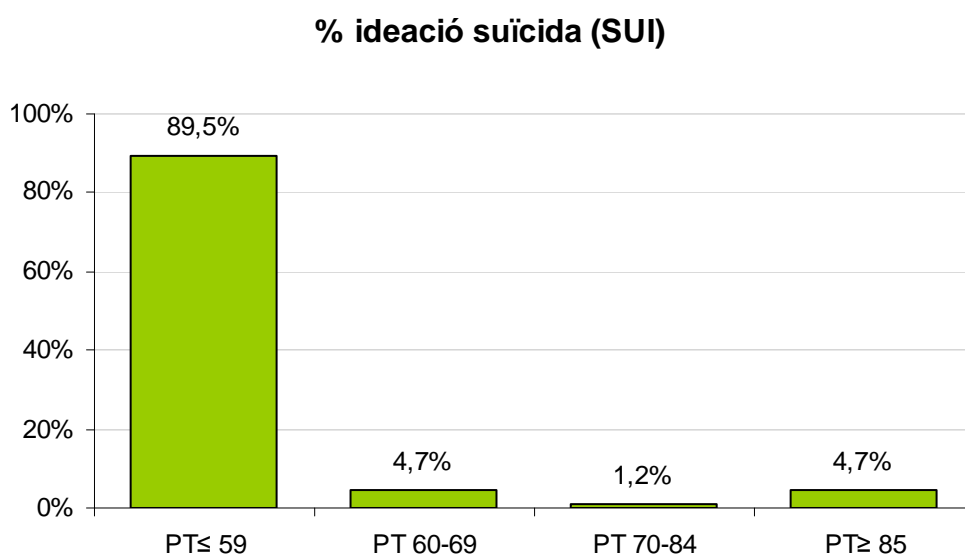
**Gràfic 18. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Agressió**



L'escala *Agressió* (AGR) fa referència a comportaments i actituds vers l'agressivitat, la ira i l'hostilitat. Com a l'escala ANT, es podria pensar que, per les característiques de la mostra, s'obtinguessin puntuacions elevades a l'escala AGR. En contra d'aquesta idea, es pot observar com el 89,6% dels participants presenta puntuacions inferiors a 60, que és indicativa d'una capacitat raonable per controlar les manifestacions d'ira i hostilitat. Aquelles persones amb puntuacions entre 60 i 69 (un 5,8% de la mostra), es caracteritzarien per ser impacients, irritables i s'enfaden amb facilitat. Les

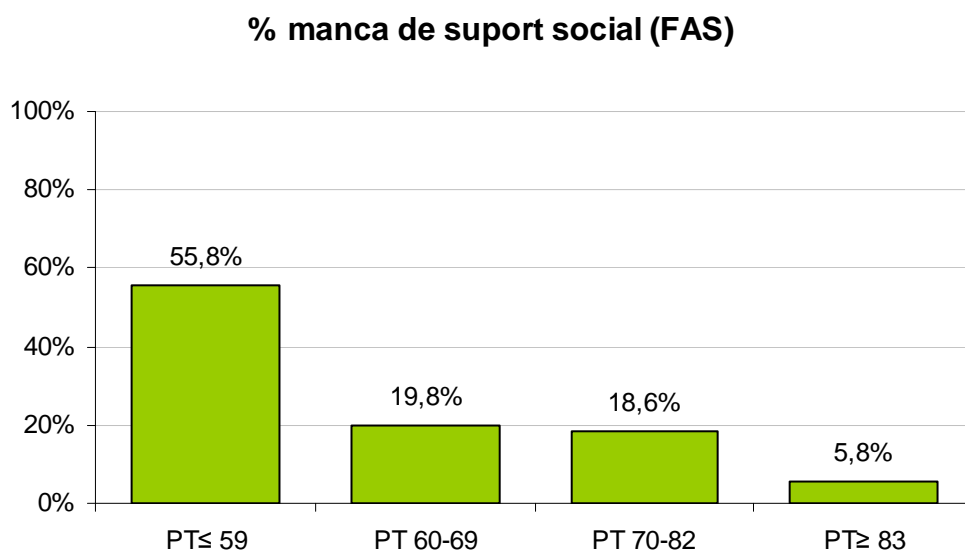
puntuacions més elevades dins aquest rang indiquen facilitat per sentir-se provocat pels altres. Un 3,5% dels subjectes presenta una gran probabilitat d'estar furiosos la major part del temps, així com la tendència a expressar de manera incontrolada la seva ira i hostilitat. Finalment, només un 1,2% de la mostra presenta un nivell important d'ira i una conducta potencialment agressiva, a més d'una alta probabilitat de presentar una història de comportament agressiu (Gràfic 18).

**Gràfic 19. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Ideació Suïcida**



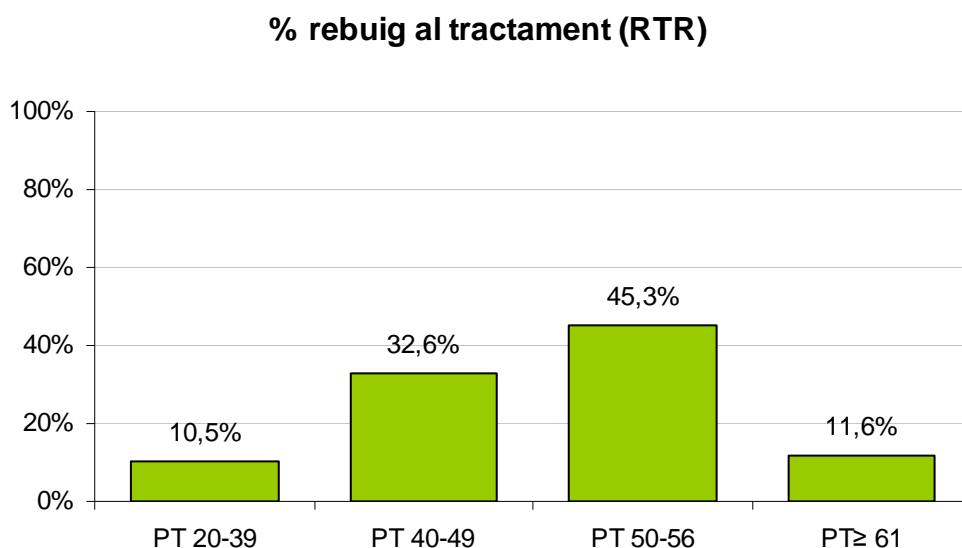
L'escala *Ideació Suïcida* (SUI) avalua la presència de pensaments i ideació relacionats amb la mort i el suïcidi. Les puntuacions més significatives són aquelles iguals o superiors a 70. Es pot observar al gràfic 19 com un 1,2% de la mostra puntua dins el rang entre 70 i 84, indicant que existeix una ideació suïcida a tenir en compte i es podria entendre com un intent de demanar ajuda. El que és destacable en aquest cas és que un 4,7% dels subjectes de la mostra presenta puntuacions extremes iguals o superiors a 85, reflexant que aquestes persones estan desesperades, se senten inútils i rebutjades i presenten una alta probabilitat de suïcidi que es portarà a terme en breu.

**Gràfic 20. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Manca de Suport Social**



L'escala *Manca de Suport Social* (FAS) fa referència a la percepció que té el subjecte sobre el suport social rebut. Com més baixes són les puntuacions, més suport social percep la persona. Com es pot observar al gràfic 20, més de la meitat dels participants indiquen la presència de vincles estrets per part de familiars i amics. Quasi un 20% de la mostra percep que té poques amistats íntimes o aquestes no són satisfactòries. Un 18,6% obté puntuacions iguals o superiors a 70, el que indica una percepció de manca de suport, amb relacions familiars distants o conflictives, i relacions d'amistat que no són capaces de proporcionar el suport necessari. Finalment, un 5,8% de la mostra obté puntuacions extremes que reflecteixen l'absència de suport social percebuda pel subjecte, que tendeix a ser molt crític amb ell mateix i els altres, així com amb dificultats per afrontar situacions difícils i tendència a patir estrès.

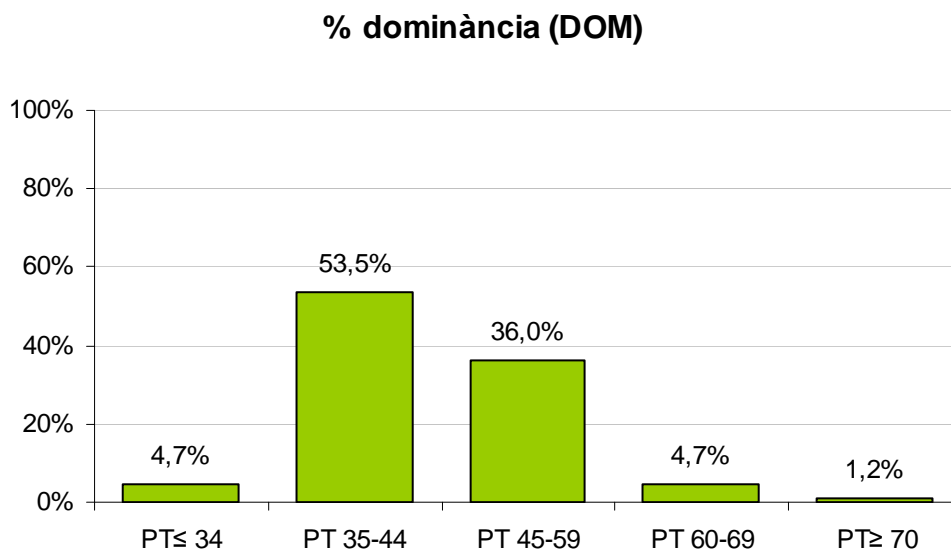
**Gràfic 21. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Rebuig al Tractament**



L'escala *Rebuig al Tractament* (RTR) avalua l'actitud i capacitat per voler realitzar canvis personals a nivell psicològic o emocional. En aquest cas, com més altes són les puntuacions en RTR, menys disposat està el subjecte a participar activament en el tractament i a reconèixer la presència de problemes, així com menys motivat per acceptar la responsabilitat dels mateixos. A la mostra d'estudi trobem que un 32,5% dels subjectes es situen dins el rang de puntuacions entre 40-49, la qual cosa indica que reconeixen la necessitat de canviar determinats aspectes, així com disposició pel canvi. Resulta molt destacable que quasi la meitat de la mostra (45,3%) obté puntuacions en el rang d'entre 50 i 60, que suggereix que aquestes persones se senten satisfetes amb elles mateixes i pensen que no necessiten realitzar canvis importants sobre la seva conducta. Les puntuacions extremes dins aquest rang indicarien una baixa motivació per iniciar el tractament o un alt risc d'abandonament si aquest ja s'ha iniciat. Per acabar, s'ha de tenir en compte que un 11,6% dels participants presenten puntuacions iguals o superiors 61, que constitueix el rang de les puntuacions més extremes. En aquest cas, aquests subjectes tendeixen a negar les dificultats i no tenen intenció de canviar la seva situació. És probable que es neguin a buscar ajuda i a iniciar un tractament. Presenten una baixa implicació i una tendència a minimitzar la utilitat de la teràpia. En general, les puntuacions en aquest rang estan associades a un intent deliberat

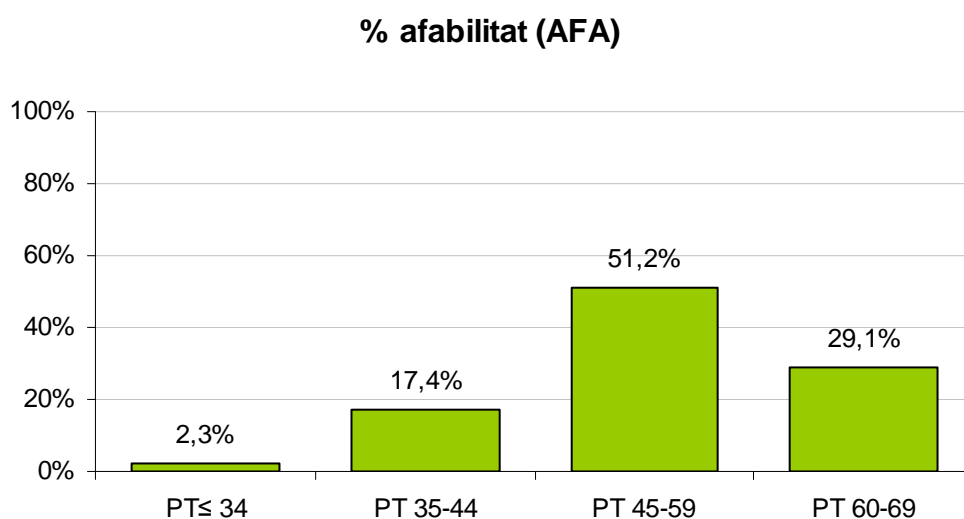
de causar una bona impressió. En resum, ens trobem que un 56,9% dels participants mostren algun tipus de resistència cap al tractament i baixa motivació pel canvi terapèutic (Gràfic 21).

**Gràfic 22. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Dominància**



L'escala de *Dominància* (DOM) avalua el grau de submissió o autonomia d'una persona a les seves relacions amb els altres. Els subjectes de la mostra es distribueixen en major proporció entre les puntuacions 35 i 59. En el primer rang d'aquestes puntuacions, és a dir, entre 35 i 44, trobem a més de la meitat de la mostra, indicant que es tracta de persones inhibides socialment, amb poques habilitats per imposar el seu criteri quan és necessari, i que no els agrada ser el centre d'atenció. En el segon rang de les puntuacions comentades anteriorment, això és, entre 45 i 59, trobem a un 36% de la mostra, que es caracteritzaria per tenir la capacitat d'adaptar-se bé a les situacions socials, i per mantenir cert grau d'autonomia i autosuficiència en les seves relacions interpersonals (Gràfic 22).

**Gràfic 23. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Afabilitat**



L'escala *Afabilitat* (AFA) avalua la capacitat d'empatia, sociabilitat, solidaritat i afecte d'un subjecte cap als altres. El més destacable a la mostra d'estudi és que més de la meitat de la mostra obté puntuacions entre 45 i 59, indicant que aquests subjectes tenen la capacitat d'adaptar-se amb èxit a les situacions socials i de mantenir relacions estretes. Mentre un 29,1% obté puntuacions en el rang de 60-69, que es tradueix en persones càlides, cordials i empàtiques, que tendeixen a evitar els conflictes i són capaces de perdonar i donar segones oportunitats (Gràfic 23).

A la taula 4 es poden observar les correlacions de Pearson entre les diferents escales del PAI que es distribueixen normalment, així com les correlacions de Spearman pel conjunt de escales que no segueixen l'esmentada normalitat. Aquestes correlacions s'han realitzat pel total de la mostra. Donat l'ampli número de variables correlacionades es va aplicar una correcció de Bonferroni ( $p= 0,002$ ) per ajustar el valor de significació i disminuir la probabilitat de cometre l'error Tipus I.

Es van trobar nombroses correlacions significatives entre les diferents escales del PAI. Pel que fa a les escales clíniques, els resultats mostren que la majoria correlacionen significativament entre elles, anant aquesta correlació en direcció positiva. Per altra banda, l'escala *Impressió Positiva* correlaciona negativament gairebé amb totes les escales, i aquesta correlació és significativa en sis de les

onze escales clíniques (*Ansietat, Trastorns relacionats amb l'Ansietat, Mania, Paranoia, Esquizofrènia i Trets Límits*) i amb l'escala *Agressió*. Pel que fa a les escales relacionades amb el tractament, cal destacar les correlacions mostrades per l'escala de *Rebuig al Tractament*, la qual correlaciona negativa i significativament amb *Agressió* i amb la majoria de les escales clíniques, a excepció de *Trets Antisocials i Problemes amb les Drogues*. A més, cal destacar la correlació significativa entre *Impressió Positiva* i *Rebuig al Tractament*. Finalment, pel que es refereix a les escales de relacions interpersonals, els resultats només indiquen dues correlacions significatives, en direcció positiva entre *Dominància* i *Mania* i, en direcció negativa, entre *Afabilitat* i *Manca de Suport Social*.

**Taula 4. Correlacions entre les variables de PAI i el nivell de motivació pel conjunt de la mostra.**

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
<b>A.</b> Motivació logarítmica	1																	
<b>B.</b> Impressió Positiva	-0,313	1																
<b>C.</b> Queixes somàtiques <sup>a</sup>	0,253	-0,038	1															
<b>D.</b> Ansietat <sup>a</sup>	0,456**	-0,728**	0,290	1														
<b>E.</b> Trast. relacionats amb l'Ansietat	0,405**	-0,551**	0,307	0,675**	1													
<b>F.</b> Depressió <sup>a</sup>	0,307	-0,309	0,441**	0,556**	0,509**	1												
<b>G.</b> Mania	0,341**	-0,538**	0,006	0,549**	0,480**	0,31	1											
<b>H.</b> Paranoia	0,320	-0,356**	0,323**	0,611**	0,596**	0,536**	0,515**	1										
<b>I.</b> Esquizofrènia <sup>a</sup>	0,382**	-0,528**	0,256	0,593**	0,536**	0,422**	0,516**	0,450**	1									
<b>J.</b> Trets Límits	0,469**	-0,491**	0,338**	0,628**	0,698**	0,532**	0,580**	0,546**	0,650**	1								
<b>K.</b> Trets Antisocials <sup>a</sup>	0,095	-0,312	0,115	0,289	0,183	0,119	0,358**	0,261	0,479**	0,354**	1							
<b>L.</b> Problemes amb l'Alcohol <sup>a</sup>	0,262	-0,194	0,274	0,304	0,395**	0,213	0,373**	0,298	0,419**	0,427**	0,375**	1						
<b>M.</b> Problemes amb les Drogues	-0,008	-0,046	0,212	0,174	0,231	0,080	0,134	0,073	0,208	0,303	0,374**	0,458**	1					
<b>N.</b> Agressió	0,206	-0,394**	0,114	0,353**	0,207	0,194	0,201	0,135	0,174	0,518**	0,586**	0,282	0,403**	1				
<b>O.</b> Ideació suïcida <sup>a</sup>	0,084	-0,289	0,256	0,421**	0,426**	0,313	0,246	0,290	0,373**	0,456**	0,185	0,389**	0,173	0,224	1			
<b>P.</b> Manca de Suport Social	-0,040	0,125	0,184	0,091	0,214	0,282	-0,157	0,351**	0,180	0,133	0,110	0,317	0,144	0,011	0,248	1		
<b>Q.</b> Rebuig al Tractament	-0,541**	0,468**	-0,335**	-0,583**	-0,546**	-0,558**	-0,375**	-0,458**	-0,573**	-0,610**	-0,277	-0,371**	-0,320	-0,292	-0,354**	-0,099	1	
<b>R.</b> Dominància	0,166	-0,154	-0,112	0,220	0,184	0,005	0,560**	0,257	0,168	0,226	0,254	0,257	0,209	0,146	0,154	-0,102	-0,234	1
<b>S.</b> Afabilitat	0,079	-0,086	-0,154	0,026	0,050	-0,043	0,236	-0,054	0,006	0,073	-0,010	-0,106	-0,040	0,024	-0,051	-0,424**	-0,146	0,260

<sup>a</sup> Per aquestes variables es realitza correlació de Spearman

\*\* Nivell de significació a  $p < 0.002$  després d'aplicar la correcció de Bonferroni



### **6.1.2.1 Comparació de les escales entre el grup control i el grup experimental**

Per tal de comprovar que els dos grups eres homogenis i comparables, es va procedir a realitzar una comparació de mitjanes per tal de descartar que les diferències en els estadis de motivació al canvi d'ambdós grups poguessin ser degudes a la influència de variables relacionades amb qualsevol de les escales del PAI, especialment de les escales relacionades amb el tractament (*Agressió, Ideacions Suïcides, Manca de Suport Social i Rebuig al Tractament*).

Atès que les puntuacions de les escales de *Somatització, Ansietat, Trets Antisocials, Problemes amb l'Alcohol, Problemes amb les Drogues, Agressió i Ideacions suïcides* no es distribueixen normalment, es van realitzar comparacions mitjançant la prova U de Mann-Whitney per a mostres independents. Per la resta d'escales amb una distribució normal (*Trastorns relacionats amb l'Ansietat, Depressió, Mania, Paranoia, Esquizofrènia, Trets Límits, Manca de Suport Social, Rebuig al Tractament, Dominància i Afabilitat*) es va realitzar una comparació mitjançant la prova t de Student per a mostres independents. Cal dir que no es van trobar diferències estadísticament significatives entre el grup Control i Experimental en cap de les escales del PAI.

### **5.1.3 Escala de Motivació al Canvi (URICA)**

#### **6.1.2.2 Anàlisi de fiabilitat de l'Escala URICA**

La taula 5 mostra les correlacions de *Pearson* que es troben entre els quatre estadis de canvi que proporciona l'escala URICA i la consistència interna de l'escala valorada a través el coeficient *alpha de Cronbach*.

Els resultats inicials obtinguts sobre la consistència interna de l'escala van presentar un valor alpha de Cronbach alt ( $\alpha > 0,70$ ) per totes les subescales avaluades, excepte per l'estadi de *Precontemplació* en l'aplicació post-tractament en el que s'obtenia una alpha de Cronbach de 0.64. L'anàlisi detallat dels ítems que formen aquest estadi va suggerir l'eliminació de l'ítem 23 pel càlcul dels resultats d'aquesta subescala. Un cop eliminat aquest ítem

l'estadístic alpha de Cronbach va augmentar a un valor més alt,  $\alpha = 0,74$  (Taula 5).

Pel que fa a les correlacions de Pearson, que analitzen la relació entre les diferents subescales de l'instrument URICA, els resultats que es poden observar a les taules 1 i 2 mostren que hi ha una correlació negativa entre l'escala de *Precontemplació*, i les escales de *Contemplació*, *Acció* i *Manteniment*, sent significativa a les dues primeres. A més, les escales de *Contemplació*, *Acció* i *Manteniment* mostren una correlació positiva i significativa entre elles.

**Taula 5. Anàlisi de fiabilitat de l'escala URICA**

Correlacions Pre-tractament					
	Precon.	Contem.	Acció	Mant.	Alfa de Cronbach
Precontemplació	1				0,81
Contemplació	-0,361**	1			0,84
Acció	-0,386**	0,843**	1		0,86
Manteniment	-0,122**	0,665**	0,613**	1	0,82
Correlacions Post-Tractament					
Precontemplació	1				0,74
Contemplació	-0,586**	1			0,83
Acció	-0,512**	0,815**	1		0,83
Manteniment	-0,114**	0,413**	0,376**	1	0,72

\*\* Correlació significativa a  $p < 0,01$

### 6.1.2.3 Resultats descriptius de la motivació al canvi

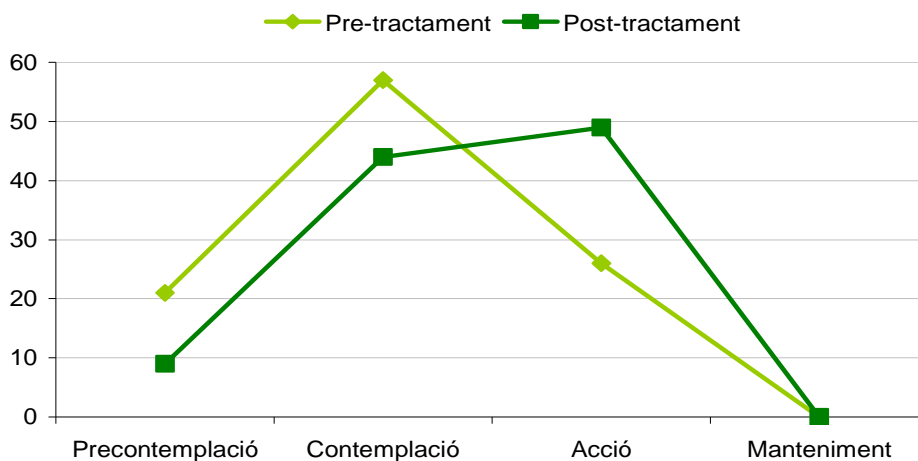
Del total de la mostra, es va obtenir una mesura pre i post tractament de l'escala URICA en 71 casos (grup control N= 23; grup experimental N= 48). La taula 6 presenta per a cada grup de la mostra la mitjana i desviació estàndard i el percentatge de subjectes que destaca o se situa en cada estadi de canvi, un cop corregida l'escala mitjançant el primer sistema de correcció de tipus categòric. Així mateix es pot observar la mitjana i desviació estàndard obtinguda mitjançant el segon sistema logarítmic de correcció de l'escala amb el qual s'obté una puntuació contínua.

Taula 6. Resultats descriptius de la motivació al canvi pels dos grups d'estudi

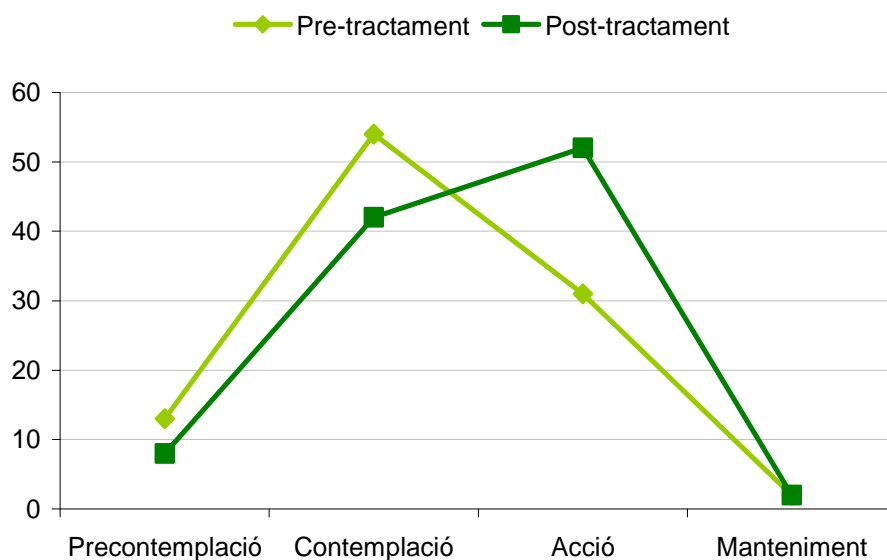
	Grup Control (N= 23)				Grup Experimental (N=48)			
	Pre		Post		Pre		Post	
	M (DS)	% subjectes	M (DS)	% subjectes	M (DS)	% subjectes	M (DS)	% subjectes
<b>Precontemplació</b>	18,26 (7,36)	21%	16,78 (5,85)	9%	18,27 (6,37)	13%	17,46 (5,59)	8%
<b>Contemplació</b>	31,30 (7,31)	57%	32,17 (6,55)	44%	31,29 (6,17)	54%	30,63 (6,29)	42%
<b>Acció</b>	30,61 (8,02)	26%	31,17 (5,69)	49%	30,96 (6,48)	31%	30,92 (6,43)	52%
<b>Manteniment</b>	21,78 (8,72)	0%	22,65 (6,73)	0%	21,65 (6,53)	2%	20,52 (6,35)	2%
<b>Mesura logarítmica</b>	8.18 (3.45)		8.46 (2.28)		8.20 (2.38)		7.97 (2.28)	

Als gràfics 24 i 25 es representen, per a cada grup, el percentatge de subjectes que se situen en cada estadi de canvi en els diferents moments de l'avaluació, és a dir, al moment pre-tractament i post-tractament. Gràficament s'observa que tant el grup control com el grup experimental compten amb més individus a l'estadi de Contemplació en l'avaluació pre-tractament. Mentre que en l'avaluació post-tractament el major percentatge d'individus es troba en l'estadi Acció.

**Gràfic 24. Percentatge de subjectes del Grup control que se situen en cada estadi de canvi**



**Gràfic 25. Percentatge de subjectes del Grup experimental que se situen en cada estadi de canvi**



Finalment pel que fa a la Valoració del nivell de risc de reincidència que fan els subjectes de sí mateixos (on 0 és cap risc de reincidir i 10 és molt risc), el grup control autoinforma una puntuació mitjana de risc al moment Pre-tractament de 1,77 (DS= 2,35) i al moment Post-tractament de 2,05 (DS= 2,87); mentre que el grup experimental obté una mitjana Pre-tractament 1,97 (DS= 2,89) i una mitjana Post-Tractament de 1,15 (DS= 2,02). La prova de *Wilcoxon dels rangs amb signe* van indicar que les diferències intra-subjectes no eren significatives i la prova *U de Mann Whitney* tampoc va indicar diferències entre els grups.

Pel que fa a la valoració que fan el subjectes del grup experimental sobre la utilitat i l'aprenentatge que han fet en el programa formatiu (valorat de 0 cap utilitat a 7 molta utilitat), s'obté una valoració mitja de 5,40 punts (DS= 1,68).

## **5.2 Comprovacions de les hipòtesis d'estudi**

### **5.2.1 Hipòtesi 1**

*“Els individus que realitzen un programa formatiu en violència domèstica, es trobaran en estadis de motivació inicials (precontemplació o contemplació) en el moment previ a la realització del programa i, se situaran en estadis més avançats (acció o manteniment) després de la seva finalització”.*

La prova *U de Mann Whitney* permet realitzar una comparació de les mitjanes del nivell de motivació entre els diferents grups quan les dades no s'ajusten a la distribució normal. Els resultats de la prova *U de Mann Whitney* no van mostrar cap diferència entre el Grup Control i el Grup Experimental en l'avaluació Pre-tractament per a cap dels estadis de canvi, indicant que els grups són homogenis entre ells.

Pel que fa a la comparació dels estadis de canvi que presenten els grups control i experimental en el moment Post-tractament, els resultats de la prova *U de Mann Whitney* tampoc són significatius.

A través de la prova de *Wilcoxon dels rangs amb signe*, es va realitzar la comparació intragrups del nivell de motivació. Els resultats d'aquesta prova no van ser significatius per a cap dels grups.

Finalment, després de l'aplicació de la prova *U de Mann Whitney* i la prova de *Wilcoxon dels rangs amb signe* amb la mesura de la motivació al canvi logarítmica, és a dir, la mesura contínua, s'obtenen els mateixos resultats.

### **5.2.2 Hipòtesi 2**

*“Existeix una relació significativa entre les necessitats criminogèniques i l'estadi de canvi en que es troben els individus”.*

Per contrastar la segona hipòtesi plantejada, es va procedir a realitzar comparacions múltiples entre aquelles variables sociodemogràfiques i criminològiques que la literatura assenyala com a rellevant pel canvi i la puntuació total obtinguda amb el URICA com a mesura de l'estadi de canvi. Concretament, es va comprovar si el grau de motivació al canvi podia estar relacionat amb les següents variables:

Variabls sociodemogràfiques:

- Edat de l'agressor
- Nivell d'estudis
- Situació laboral

Variabls criminològiques:

- Reconeixement del delictes
- Antecedents delictius
- Consum de drogues

Es va realitzar un ajust de la significació de les proves mitjançant la correcció de Bonferroni per a comparacions múltiples, per la qual cosa, el criteri per establir la significació d'una prova va ser una  $p=0,05/6=0,008$ .

La prova d'anàlisi de la variança ANOVA permet realitzar comparacions entre més de dos grups quan es compleixen els supòsits de distribució normal i

d'homogeneïtat de variàncies. Mitjançant aquesta prova, es va comprovar que no existeixen diferències estadísticament significatives entre els estadis de canvi en funció del nivell d'estudis ( $F(5)=0,533$ ,  $p=0,751$ ) o la situació laboral actual ( $F(3)=1,639$ ,  $p=0,186$ ). Malgrat es van obtenir diferències estadísticament significatives en els estadis de canvi en funció del grau de reconeixement del delictes ( $F(2)=0,186$ ,  $p=0,032$ ), aquesta significació va desaparèixer un cop aplicada la correcció de Bonferroni ( $p=0,008$ ).

Per aquelles variables en les que no s'acompleix el supòsit d'homogeneïtat de variàncies, es van analitzar per via no paramètrica mitjançant la prova de *Kruskal-Wallis* per a k-mostres independents. Novament, no es van obtenir diferències significatives entre les puntuacions totals de l'escala URICA en relació al consum de drogues ( $\chi^2(2)=4,616$ ,  $p=0,99$ ) o els fets pels quals havien estat condemnats ( $\chi^2(3)=1,152$ ,  $p=0,764$ ).

Mitjançant la prova *T de Student* tampoc es van constatar diferències entre els estadis de canvi i el fet de tenir antecedents delictius de qualsevol tipologia ( $t(104)=-0,423$ ,  $p=0,673$ ).

Finalment, es va calcular el grau d'associació entre la puntuació total de URICA, l'edat de l'agressor i el temps de pena de presó imposada. Novament, cap dels resultats obtinguts amb el coeficient de correlació de Spearman i de Pearson van mostrar-se significatius.

És a dir, no existeix una relació significativa entre les necessitats criminogèniques i els estadis de canvi.

Per altra banda, a l'anterior taula 4 es poden observar les correlacions obtingudes entre el PAI i la motivació al canvi (mesura contínua). Els resultats inicials van mostrar que la motivació al canvi correlacionava significativament amb gairebé totes les escales clíniques, però un cop aplicada la correcció de Bonferroni, les correlacions es van reduir a cinc de les onze escales clíniques (*Ansietat*, *Trastorns relacionats amb l'Ansietat*, *Mania*, *Esquizofrènia* i *Trets Límits*). Aquests resultats indiquen que aquests problemes psicopatològics s'associen a major motivació al canvi. Tanmateix, els resultats indiquen una

correlació negativa i significativa entre la motivació al canvi i l'escala de *Rebuig al Tractament*, suggerint que la motivació al canvi s'associa a menor rebuig de tractament.

Els resultats sobre les correlacions entre les escales del PAI van posar de relleu la importància de l'escala de validesa d'*Impressió Positiva* (IMP) i la seva vinculació amb la resta d'escales. Per aquest motiu es va realitzar un anàlisi específic sobre la relació d'aquesta escala i la motivació al canvi.

Amb aquest objectiu, es va dividir el grup en funció de les puntuacions que van obtenir a l'escala IMP del PAI. D'aquesta manera, es va obtenir un grup amb puntuacions iguals o superiors a 65 i un altre grup amb puntuacions inferiors a 65 a l'escala IMP. Posteriorment, es va procedir a realitzar una comparació de mitjanes entre ambdós grups respecte la puntuació total de URICA per tal de veure si existien diferències significatives en funció de les puntuacions dicotomitzaades de l'escala IMP. Es va procedir a realitzar anàlisis similars dins el grup experimental i el control.

Tal i com es pot observar a la taula 7, no s'observen diferències significatives en els estadis de canvi entre els subjectes que obtenen puntuacions extremes a l'escala d'*Impressió Positiva* del PAI i els que no. Tampoc s'observen diferències dins els grups control i experimental en funció d'aquesta escala. Per la qual cosa podem deduir que, en el nostre cas, com a grup, aquells subjectes que intenten mostrar una imatge positiva d'ells mateixos, no es troben en major mesura en un estadi de canvi de precontemplació o contemplació.

**Taula 7. Comparació de mitjanes del nivell de motivació en funció de l'escala *Impressió Positiva***

	t	gl	Sig.	Límit Inferior – Límit Superior
Tota la mostra (n=103)	1,491	101	0,139	[-0,319 - 2.257]
Grup Control (n=41)	1,296	39	0,202	[-0,996 - 4,552]
Grup Experimental (n=62)	0,925	60	0,359	[-0,734 - 1,997]



### 5.2.3 Hipòtesi 3

*“Hi ha una relació significativa entre el nivell risc dels individus i el nivell de motivació que presenten en el moment previ a la seva participació programa formatiu”.*

Per tal de verificar la tercera hipòtesi es va dividir la mostra de subjectes en funció de tres possibles nivells de risc de reincidència: alt, moderat i baix. Del total de la mostra amb una valoració del risc (108 subjectes), el 32,4% (n=35) presentava un risc baix, el 56,5% moderat (n=61) i un 11,1% alt (n=12). Un cop més, es va realitzar una comparació de la puntuació global de URICA entre els tres grups mitjançant una anàlisi de la variança ANOVA. Els resultats obtinguts indiquen que no s'aprecien diferències significatives en els estadis de canvi en relació al nivell de risc que presenten els subjectes ( $F(2)= 1,678$ ,  $p=0,192$ ) i, per tant, la tercera hipòtesi plantejada ha de ser rebutjada.

## 5.3 Resultats sobre els perfils psicopatològics de la mostra

L'anàlisi de conglomerats amb el mètode Ward va revelar la possibilitat de classificar la mostra en diversos perfils segons les puntuacions dels subjectes al PAI. Inicialment, els resultats van aportar la solució per a l'agrupació en 2, 3 i 4 grups de subjectes. Però, després de l'anàlisi individualitzada de cadascuna de les solucions, es va considerar que la solució més adequada era la classificació de la mostra en tres grups diferents: el perfil 1 (N=61 subjectes), el perfil 2 (N=17) i el perfil 3 (N= 8). Al gràfic 26 es representen les mitjanes obtingudes pels subjectes a les diferents escales del PAI segons la divisió de la mostra en els tres perfils generats. Com es pot observar al gràfic 26, tant els resultats de les anàlisis ANOVA com la prova Kruskal Wallis (totes dues amb correcció de Bonferroni;  $p<0,004$ ;  $p<0,007$ , respectivament) indiquen diferències significatives entre els grups a totes les escales de l'inventari PAI, a excepció de les escales *Problemes amb les Drogues* ( $F(85)= 4,428$ ,  $p=0,015$ ), *Dominancia* ( $F(85)= 2,322$ ,  $p=0,104$ ), i *Afabilitat* ( $F(85)= 1,902$ ,  $p=0,156$ ).

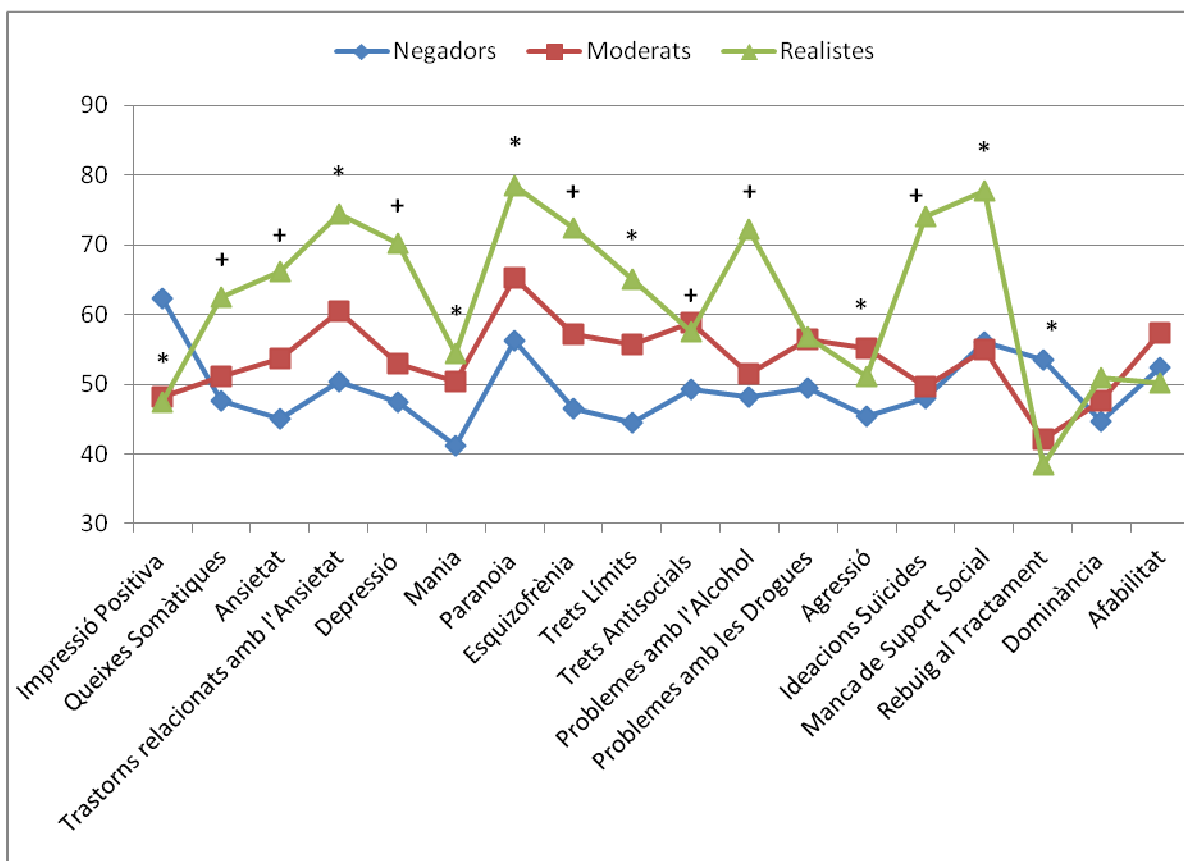
De manera temptativa, es van etiquetar els tres perfils com el grup dels “Negadors”, el grup dels “Moderats” i el grup dels “Realistes”.

El perfil de Negadors no mostra cap puntuació per sobre de la mitjana, a excepció de l'escala de *Impressió Positiva*. D'acord amb la interpretació del manual del PAI, els homes amb puntuacions dins la mitja es presenten a sí mateixos com calmats i optimistes quan han d'afrontar situacions estressants. Així mateix, refereixen tenir una vida relativament estable i amb poques alteracions clíniques. A més cal destacar que aquest perfil, en relació als altres grups, obté la puntuació més elevada a l'escala *Rebuig al Tractament*, la qual cosa s'interpreta com un alt grau de satisfacció amb un mateix, la consideració que no necessita realitzar grans canvis en el seu comportament i escassa motivació per iniciar un tractament.

El perfil dels Moderats, presenta puntuacions que se situen entre les puntuacions del grup de Negadors i dels Realistes. La puntuació més elevada d'aquest perfil es troba a l'escala *Mania* que, d'acord amb la interpretació del manual, s'associen amb inquietud, augment de la impulsivitat i dels nivells d'energia. Pel que es refereix a l'escala *Rebuig al Tractament*, aquests subjectes reconeixen la necessitat de realitzar alguns canvis i presenten una actitud positiva, acceptant la seva responsabilitat.

Finalment, el grup dels “Realistes” obté puntuacions superiors a la mitjana, i a la resta dels grups, a la majoria de les escales del PAI, exceptuant les escales *Impressió Positiva* i *Rebuig al Tractament* on obté les puntuacions més baixes en relació als Negadors i Moderats. Aquest perfil representa subjectes amb gran simptomatologia clínica, alta consciència de la seva problemàtica i gran acceptació de la necessitat de tractament.

**Gràfic 26. Mitjanes obtingudes a les escales del PAI pels tres perfils de la mostra**



\*Significació de la prova ANOVA després d'aplicar correcció de Bonferroni a  $p < 0,004$ .  
 +Significació del test Kruskal Wallis després d'aplicar correcció de Bonferroni a  $p < 0,007$

Una segona anàlisi va ser la de les possibles diferències en el nivell de motivació al canvi (mesura contínua) i els tres perfils a través de la prova ANOVA. Els resultats de l'ANOVA van resultar significatius ( $F(2,83) = 8,556$ ,  $P < 0,01$ ), indicant diferències en els nivells de motivació que presenten els diferents perfils de subjectes. Per a especificar on es trobaven aquestes diferències es van realitzar les comparacions múltiples entre els diferents perfils. Com es pot observar a la taula 8 els Negadors presenten significativament un nivell de motivació al canvi més baix que els subjectes que es classifiquen en els Moderats i els Realistes.

**Taula 8. Comparació del nivell de motivació al canvi pels tres perfils de subjectes**

	Diferència de mitjanes	Error típic	Sig.	Interval de confiança al 95%	
				Límit inferior	Límit superior
Negadors vs Moderats	-2,32*	0,74	0,007	-4,13	-0,50
Negadors vs Realistes	-3,23*	1,38	0,006	-5,72	-0,74
Moderats vs Realistes	-0,91	1,44	1,000	-3,75	1,92

\* Correcció de Bonferroni significatiu a partir de  $p < 0,016$

Així mateix, a la taula 9, es mostra el percentatge d'individus que se situen als diferents estadis de canvi de l'escala URICA. Es pot veure com els subjectes que formen part del grup del Perfil 2 i el Perfil 3 es troben majoritàriament a estadis avançats de motivació, especialment Contemplació i Acció. La prova de chi-quadrat va resultar significativa ( $\chi^2(4) = 11,83, p = 0,01$ ).

**Taula 9. Percentatge d'individus de cada perfil que se situen als diferents estadis de canvi**

	Negadors	Moderats	Realistes	Total
Precontemplació	36,1%	5,9%	0,0%	26,7%
Contemplació	36,1%	35,3%	37,5%	36,0%
Acció	27,9%	58,8%	62,5%	37,2%

## 6. Conclusions i propostes

En aquest apartat es presenten les principals conclusions derivades dels resultats obtinguts a la recerca. En primer lloc, s'exposen les característiques que defineixen a la mostra d'aquest estudi mitjançant la valoració de les diferents escales de l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI). En segon lloc, es determina la validesa de les tres hipòtesis plantejades i s'exposen les explicacions més plausibles per a cadascuna d'elles. En tercer lloc, es presenten els tres possibles perfils de subjectes que els anàlisis han suggerit. Finalment, s'integren totes les conclusions de l'estudi, amb les propostes aplicades que es deriven per a la millora de l'eficàcia dels programes formatius i de l'execució de les mesures penals alternatives.

Quant a les principals característiques clíniques de personalitat avaluades amb el PAI, s'observa que aproximadament un 80% dels subjectes se situen en el rang de la normalitat en la majoria de les escales. Tot i que la literatura suggereix l'existència de perfils de maltractadors de parella amb una major prevalença de simptomatologia clínica, els resultats de l'estudi discrepen amb aquesta idea. Aquest fet podria relacionar-se amb les puntuacions elevades obtingudes en l'escala d'*Impressió Positiva*. Aquesta, indica la tendència a negar defectes personals i, segons el manual d'interpretació del PAI, existeixen tres motius per puntuar alt en aquesta escala: bé perquè realment no existeixen característiques negatives o ho facin en menor mesura que la resta, bé perquè el subjecte no sigui sincer i intenti falsejar els resultats o, bé perquè en realitat no sigui conscient de la presència dels aspectes negatius que s'avaluen. En el nostre estudi, un 70% presenta una puntuació per sobre de la mitjana en aquesta escala i, per tant, amb l'explicació anterior, no es podria concloure si realment aquestes característiques no estan presents, si es tracta de falses respostes o si es conseqüència d'una manca de consciència.

Realitzant una anàlisi més detallada de les escales, es destaca que els subjectes puntuen en la seva majoria en el rang normalitzat en l'escala *Trets Antisocials*. El que és indicatiu de persones caracteritzades per establir relacions càlides i properes amb la resta, amb un control raonable sobre els seus impulsos i conductes. Tot i que això pot no coincidir amb l'esperat

inicialment, sí podria explicar-se pel tipus de subjectes que han participat en l'estudi, és a dir, homes majoritàriament primaris a nivell delinqüencial i que han comès un delictes amb les condicions requerides per ser objecte de suspensió o substitució de la condemna.

Una altra escala rellevant és *Manca de Suport Social*, on les puntuacions es distribueixen de manera més heterogènia a la mostra. Segons la interpretació d'aquesta escala, els subjectes que puntuen alt poden reflectir un cert sentiment de rebuig i estigmatització per part de l'entorn social. Els resultats en aquesta escala no haurien de sorprendre ja que aquest sentiment pot ser habitual en persones amb condemnes i que provenen de contextos caracteritzats per un gran control social informal. No s'ha d'oblidar que la majoria dels subjectes d'aquest estudi viuen en municipis amb una població reduïda, on l'entorn es veu afectat de forma directa com a conseqüència de la denúncia i condemna, i on la xarxa social és reduïda i, en moltes ocasions, compartida en la seva totalitat amb la víctima. Paral·lelament a aquesta circumstància, s'hauria d'afegir la problemàtica derivada de l'ordre d'allunyament que s'imposen a tots els subjectes, que en molts casos els pot obligar a marxar del municipi i a trencar la majoria de relacions socials i familiars.

Aquest sentiment de manca de suport social correlaciona de forma negativa amb la puntuació en *Afabilitat*. Una possible explicació seria que l'actitud distant i desinteressada per les relacions interpersonals que presenten els subjectes que puntuen alt en *Afabilitat* es troba relacionada amb la percepció del suport social rebut.

En relació a *Rebuig al Tractament*, els resultats indiquen que la majoria dels individus el refusen o no creuen necessitar-lo. Aquesta última possibilitat estaria relacionada amb la manca de consciència de malestar o la minimització reflectida a l'escala *Impressió Positiva*, així com amb una baixa puntuació a la resta d'escales clíniques.

Una última escala a destacar és la de *Dominància*, més de la meitat dels avaluats es presenten com a persones modestes i retretes amb dificultats per

imposar-se quan és necessari i sentiments d'incomoditat quan són el centre d'atenció.

A continuació s'explicaran les principals conclusions derivades de la contrastació de les hipòtesis de l'estudi.

*HIPÒTESI 1: Els individus, en el moment previ a la realització del programa formatiu, es trobarien en estadis de motivació inicials (precontemplació o contemplació), mentre que després de la realització del programa se situarien en estadis més avançats (acció o manteniment).*

Els resultats van indicar que la major part dels participants del Grup Control (el 78% dels subjectes) i del Grup Experimental (el 67%) se situaven en els estadis de canvi Precontemplació i Contemplació en l'avaluació pre-tractament. En l'avaluació post-tractament, el 49% dels subjectes del Grup Control es van situar en l'estadi d'Acció i el 54% del Grup Experimental en l'estadi d'Acció i Manteniment. Malgrat que els resultats tendeixen a la direcció esperada, no es van obtenir diferències significatives intra-subjectes, pel que sembla que aquesta evolució d'un estadi motivacional a un altre més avançat es podria explicar per l'atzar o per altres circumstàncies. A més, la comparació intergrups en el moment post-tractament tampoc va mostrar diferències significatives. Aquests resultats indiquen que després de l'aplicació del tractament, els dos grups continuen sense mostrar diferències entre ells en el seu nivell de motivació, suggerint que el programa formatiu no ha produït cap efecte sobre el grau de motivació al canvi.

Cal destacar que aquests resultats no són atribuïbles a diferències prèvies entre els grups ja que no es van trobar diferències significatives en les escales principals del PAI, així com en altres variables sociodemogràfiques i criminològiques, fet que garanteix l'homogeneïtat dels grups.

Com s'ha pogut veure, la hipòtesi 1 no pot ser refutada. Els subjectes semblen millorar la seva motivació al canvi, passant de l'estadi Contemplació a Acció amb el pas del temps, però no es pot afirmar que aquest canvi sigui significatiu i atribuïble al tractament.

Les raons que poden explicar aquests resultats són diverses. Pel que fa als canvis que s'observen en el grup control, podrien explicar-se simplement pel pas del temps o per les entrevistes personals realitzades pels delegats judicials (que potencien la reflexió dels subjectes sobre la problemàtica). Per contra, pel que fa al grup experimental, podria considerar-se que potser no ha passat prou temps entre la finalització del programa formatiu i l'avaluació post-tractament de la motivació. Aquest fet no donaria opció a interioritzar els continguts del PF en prou mesura, adonar-se de les conseqüències dels seus actes i assumir-ne la responsabilitat.

Con a conclusió general, els resultats obtinguts sobre la hipòtesi 1 posen de manifest que s'hauria de treballar la motivació al canvi d'una manera més intensiva.

*HIPÒTESI 2: Existeix una relació significativa entre les necessitats criminogèniques i l'estadi de canvi en que es troben els individus.*

Els resultats van indicar que cap de les variables sociodemogràfiques i criminals guardaven relació amb el nivell de motivació dels infractors. En canvi, les úniques variables que van mostrar una correlació positiva amb el nivell de motivació van ser les escales clíniques del PAI (*Ansietat, Trastorns relacionats amb l'Ansietat, Mania, Esquizofrènia i Trets Límits*). Això indica que aquests problemes psicopatològics s'associen a una major motivació al canvi. Per tant, la segona hipòtesi pot ser parcialment acceptada atesa la relació entre les necessitats criminogèniques de tipus clínic i el nivell de motivació.

S'esperava que si els subjectes eren capaços de reconèixer els fets, també serien més conscients de les seves conductes problemàtiques i, com a conseqüència, es trobarien més motivats per canviar-les. No obstant això, no es va trobar cap relació entre la variable "reconeixement del delicte" i "motivació al canvi". Podria ser que el reconeixement del delicte no influeixi en el desenvolupament o l'èxit del compliment de la mesura, si s'entén que aquest es refereix a l'acceptació "conductual" dels fets però no de les seves conseqüències. En canvi, el concepte de responsabilització del fets, que no s'ha avaluat en aquesta recerca, sí que inclouria l'acceptació dels fets i de les



seves conseqüències. En aquest sentit s'ha de tenir present que els delictes comesos per la mostra d'aquest estudi són, en general casos lleus i de violència verbal, molts d'ells produïts en el marc d'un conflicte entre els dos membres de la parella, fet que facilitaria el reconeixement dels fets, però dificultaria la responsabilització dels mateixos.

En relació a l'escala de *Rebuig al Tractament* i la motivació al canvi, els resultats van mostrar una correlació negativa entre les dues variables, suggerint que la motivació al canvi s'associa a un menor rebuig del tractament. Aquesta relació és molt rellevant ja que permet demostrar que ambdues mesures són convergents i avaluen el mateix element. No obstant, l'escala URICA permet obtenir més detalls sobre la motivació del subjecte partint d'un model teòric sòlid que permet aprofundir i dissenyar les millors intervencions.

Els resultats sobre les correlacions per a tota la mostra entre l'escala *Impressió Positiva* i la motivació al canvi van demostrar que no hi havia cap relació entre elles. Aquests resultats suggereixen que, com a grup, els subjectes que mostren una imatge positiva d'ells mateixos no presenten necessàriament un menor grau de motivació pel canvi terapèutic.

*HIPÒTESI 3: Existeix una relació significativa entre el nivell de risc dels individus i l'estadi de canvi en que es troben.*

Els resultats obtinguts en aquesta hipòtesi estan molt relacionats amb les conclusions de la hipòtesi 2. En aquest cas, es plantejava la possibilitat que aquells individus amb una major presència de necessitats criminogèniques, presentarien un major risc de reincidència i, a la vegada una menor percepció del problema donada la informació que s'utilitza per fer la valoració del risc. Aquesta falta de consciència implicaria un menor nivell de motivació al canvi, amb la qual cosa, els subjectes se situarien en estadis inicials de canvi. No obstant, els resultats van indicar que no existia cap relació significativa entre el nivell de risc dels individus i l'estadi de canvi en que es troben els subjectes. Per aquesta raó, la tercera hipòtesi plantejada s'ha rebutjat.

En tercer lloc, atès que la investigació internacional i nacional suggereix l'existència de diferents perfils de maltractadors de parella, en el nostre estudi

es va plantejar la possibilitat que també hi hagués diferents perfils. A més, aquest fet podria estar interferint sobre els resultats obtinguts pel que fa a la motivació al canvi en els diferents grups d'estudi (control i experimental).

Tot i que els resultats derivats de l'anàlisi dels perfils s'han d'interpretar amb cautela donada la grandària de la mostra, basant-nos en les puntuacions del PAI per a tota la mostra, l'anàlisi de conglomerats va revelar que els subjectes es poden classificar en tres grups amb perfils psicopatològics diferents: "Negadors", "Moderats" i "Realistes".

Aquests tres perfils mostren certes semblances amb els perfils obtinguts per Chambers i Wilson (2007). Tal i com s'apunta al marc teòric, aquests autors presenten, en primer lloc, el perfil anomenat "Grup no elevat", amb puntuacions promig dins de la mitjana en totes les escales, inclosa l'escala d'*Impressió Positiva* però, en canvi, el perfil "Negador" del nostre estudi obté puntuacions superiors (per damunt d'una desviació estàndard) en aquesta última escala. En segon lloc, obtenen un perfil denominat com "Grup amb malestar moderat", que obté puntuacions superiors en relació als "No elevats" i puntuacions molt altes a l'escala de *Problemes amb l'Alcohol*. Podríem dir que el segon dels nostres perfils, el "Moderat", també reflecteix puntuacions semblants a les obtingudes a l'estudi de Chambers i Wilson (2007), és a dir, per damunt de la mitjana general, amb la diferència que el grup "Moderat" obté les puntuacions més altes a l'escala de *Paranoia*. Finalment, el tercer perfil obtingut a l'estudi nord-americà, és l'anomenat "Grup Límit/Disfòric", amb puntuacions altes a totes les escales clíniques i extremes a les escales de *Trets Antisocials*, *Problemes amb l'Alcohol*, *Problemes amb les Drogues* i *Manca de Suport Social*, essent també el grup que puntua més baix a l'escala d'*Impressió Positiva* i *Rebuig al Tractament*. En comparació amb el tercer grup del nostre estudi, denominat "Realista", aquest també és el perfil amb les puntuacions més elevades a les escales clíniques, però sobretot a l'escala *Paranoia* i *Falta de Suport Social* i, coincidint amb el "Grup Límit/Disfòric", amb les puntuacions més baixes a l'escala *Impressió Positiva* i *Rebuig al Tractament*. En resum, s'aprecia que els perfils obtinguts en aquest estudi, amb mostra nacional, presenten característiques comunes amb els perfils de maltractadors de parella trobats a l'estudi nord-americà.

Tenint en compte l'existència dels diferents perfils, en aquest cas sí que s'han obtingut diferències significatives en el nivell de motivació al canvi dels subjectes. D'aquesta manera, el perfil "Negador" es presenta significativament menys motivat pel canvi en comparació al perfil de "Moderats" i "Realistes". L'existència de perfils diferenciats de subjectes dins un mateix grup de tractament s'hauria de tenir en compte, ja que, tal i com fa referència la bibliografia revisada, aquest fet podria influir sobre el desenvolupament i l'eficàcia del tractament.

Partint de totes les conclusions que es poden extreure d'aquest estudi, a continuació s'exposaran una sèrie de propostes d'aplicació pràctica.

En coherència amb els resultats de l'estudi i les diferents perspectives que es defensen al marc teòric per abordar la relació entre motivació al canvi i l'èxit del tractament, podrien realitzar-se diverses propostes.

En primer lloc, s'hauria d'avaluar sistemàticament el nivell de motivació al canvi dels individus i responsabilització dels fets abans de l'inici de cap intervenció terapèutica per tal de poder oferir als subjectes el pla de treball més adequat al seu nivell motivacional. Per tal de realitzar aquesta avaluació i la posterior intervenció específica, resulta necessari dotar els professionals de Mesures Penals Alternatives dels recursos i la formació adient.

En segon lloc, si es considera que el tractament és el que ha de potenciar aquest canvi, s'hauria de dedicar més esforços per afavorir aquest aspecte. Recordem que la motivació al canvi és un concepte que es treballa a la primera sessió del programa formatiu. No obstant això, la motivació terapèutica constitueix un procés molt complex i de difícil maduració, que requereix d'un treball més intens. Probablement, per impulsar la motivació al canvi, seria necessari un treball previ a l'inici del programa formatiu, mitjançant les tècniques més adients o enfocaments dirigits a aquest objectiu, com ara l'entrevista motivacional. També seria recomanable un tractament transversal en el transcurs del programa, potenciant aquest aspecte a cada sessió, de forma simultània a la resta dels continguts.

Una tercera opció, seguint els principis del Model de Risc, Necessitat, Responsivitat d'Andrews i Bonta (2010), seria la d'adaptar el tractament a les característiques individuals dels subjectes. En aquest cas, implicaria la realització de diferents tractaments en funció dels perfils dels subjectes, on els objectius de la intervenció i les tècniques terapèutiques utilitzades fossin específiques d'acord amb les seves característiques individuals. Aquesta tercera opció, tot i ser la més recomanable, resulta molt costosa tant a nivell econòmic, com de temporalitat i de recursos humans, de manera que podria restringir-se a aquells casos en que la persona presenta un risc molt elevat de reincidència i unes dificultats molt acusades per beneficiar-se de les altres metodologies.

Segons els perfils obtinguts en aquest estudi en base al PAI, per exemple, el grup de "Negadors" es beneficiaria de tècniques més intensives de presa de consciència de la problemàtica, reconeixement i responsabilització del delictes, i reestructuració cognitiva.

A més, com a indicador bàsic de la predisposició dels subjectes al tractament, es podria concloure que les escales del PAI que s'han de tenir en compte són les d'*Impressió Positiva*, que informa del reconeixement conscient d'aspectes negatius de la pròpia persona, i el *Rebuig al Tractament*, que correlaciona positivament amb la primera escala. Com a ferma proposta, es suggereix que ambdues escales siguin explorades i treballades abans d'iniciar un Programa Formatiu, ja que estan implicades en l'èxit del mateix. En cas de puntuar alt en *Impressió Positiva* (IMP) i en *Rebuig al Tractament* (RTR), l'èxit esperat en la intervenció terapèutica és menor que si la puntuació en ambdues escales és baixa.

## 7. Limitacions

La principal limitació d' aquest estudi va ser la recollida de dades, atès que moltes de les variables sociodemogràfiques i d'història criminal que es van considerar prèviament com a rellevants no van poder ser obtingudes.

En segon lloc, la mostra va presentar un alt índex de mortalitat. Les raons principals són l'abandonament dels subjectes del programa formatiu, la impossibilitat de localitzar als subjectes durant el període post-tractament, l'omissió de respostes als ítems dels qüestionaris, l'ingrés a presó o centres terapèutics, o la defunció, entre les més rellevants. Un altre fet que va condicionar molt la grandària de la mostra va ser la variabilitat en la previsió de l'inici dels programes formatius.

En tercer lloc, una qüestió que s'ha de tenir en compte és la voluntarietat respecte el tractament, ja que tots els individus d'aquest estudi han de realitzar el programa formatiu per ordre judicial per tal d'evitar complir la condemna d'ingrés a un centre privatiu de la llibertat. Aquest aspecte no s'ha pogut avaluar en aquest estudi atès que cap subjecte de la mostra ha participat per voluntat pròpia.

Finalment, cal destacar certes limitacions que s'han detectat després de l'aplicació dels instruments. Per una banda, respecte al PAI, es considera que la redacció dels ítems pot donar lloc a error ja que inclou dobles negacions i en alguns casos assumeix l'existència d'una problemàtica confonent al subjecte avaluat a l'hora de respondre. Considerant que aquest instrument està validat per la seva utilització en context forense, seria convenient simplificar la redacció dels ítems per tal de garantir la seva comprensió en aquella població que presenta un baix nivell educatiu i dificultats de comprensió. Per altra banda, atenent a les característiques de l'escala URICA, que es refereix en tot cas a motivació per canviar un "problema", es planteja la necessitat de definir prèviament amb el subjecte el problema a valorar per tal d'identificar-lo correctament. Aquesta intervenció permetria que la persona sotmesa a la mesura no respongués influenciada pels altres dificultats que pugui reconèixer en sí mateix.

## 8. Referències bibliogràfiques

- Aguilar, S., Cerezo, A.I., Díaz, S., Díaz, C., Espinosa, I., López, J.A., López, R., i Palma, E. (1995). Actuaciones policiales en riñas domésticas. *Boletín Criminológico*, 9, Abril.
- Ajzen, I., i Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. New Jersey (NJ): Prentice Hall.
- Alexander, P. C., i Morris, E. (2008). Stages of change in batterers and their response to treatment. *Violence and Victims*, 23(4), 476-492.
- Andrews, D. A., i Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct (5th ed.)*. New Jersey: Elsevier.
- Arce, R. i Fariña, F. (2007). Intervención psicosocial con maltratadores de género. En J.M. Sabucedo i J. Sanmartín, *Los escenarios de la violencia* (págs. 29-43). Barcelona: Ariel.
- 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, 53-63.
- Babcock, J. C., Green, C. E., i Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4).
- Boira, S. i Jodrá, P. (2010). Psicopatología, características de la violencia y abandonos en programas para hombres violentos con la pareja: resultados en un dispositivo de intervención. *Psicothema*, 22, 4, 593-599.
- 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.
- Brodeur, N., Ronedau, 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.
- Brown, P. D., O'Leary, D. K., i Feldbau, S. (1997). Dropout in a Treatment Program for Self-referring Wife Abusing Men. *Journal of Family Violence*, 12, 4, 365-387.
- Browne, K. D. (1989). Family Violence: Spouse and Elder Abuse. A K. Howells i C. R. Hollin (eds.), *Clinical Approaches to Violence*. Nova York: Wiley.
- Cadsky, O., Hanson, R. K., Crawford, M., Lalonde, C. (1996). Attrition From a Male Batterer Treatment Program: Client-Treatment Congruence and Lifestyle Instability. *Violence and Victims*, 11, 1(14) 51-64.

- Callaghan, R. C., i Taylor, L. (2006). Mismatch in the Transtheoretical Model? *The American Journal on Addictions*, 15(5).
- 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.
- Chambers, A.L. i Wilson, M.N. (2007). Assessing male batterers with the Personality Assessment Inventor. *Journal of Personality Assessment*, 88, 57-65.
- Daly, J., i Pelowski, S. (2000). Predictors of dropout among men who batter: A review of studies with implications for research and practice. *Violence and Victims*, 15, 137-160.
- 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.
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., i Gemmell, L. (2004). Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *The American Journal on Addictions*, 13(2), 103-119.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2005). *Informe General 2004*. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid. Pirámide, 216.
- Echeburúa, E. i Amor, P.J. (2010). Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores de pareja. *Revista Española de Medicina Legal*, 36, 3, 117-121.
- Echeburúa, E. i Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid. SIGLO XXI, 214 págs.
- Echeburúa, E. i Fernández- Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. Aspectos teóricos. A E. Echeburúa i P. Corral (eds.), *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI, 73-90.
- Echeburúa, E. i Fernández-Montalvo, J. (2001). *Celos en la pareja: una emoción destructiva*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. i Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor es masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. i Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 585-614.
- Echeburúa, E. i Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 5-20.
- Echeburúa, E., De Corral, P., Fernández-Motlavo, J., i Amor, P.J. (2004). ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja? *Papeles del Psicólogo*, 88,10-18.

- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., i de Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 199-217.
- Echeburúa, E., Amor, P.J., i Corral, P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción psicológica*, 1, 135-150.
- Eckhardt, C. I., Babcock, J., i Homack, S. (2004). PArtner assaultive men and the stages and processes of change. *Journal of Family Violence*, 19, 81-93.
- Eckhardt, C. I., Holtzworth-Munroe, A., Norlander, B., Sibley, A., i Cahill, M. (2008). Readiness to Change, Partner Violence Subtypes, and Treatment Outcomes among Men in Treatment for Paartner Assault. *Violence and Victims*, 23, 4, 446-474.
- Ellis, L., Beaver, K., i Wright, J. (2009). *Handbook of crime correlates*. USA: Elsevier.
- Fezell, C.S., Mayers, R.S., i Deschner, J. (1984). Services for men who batter: Implications for programs and policies. *Family Relations*, 33, 217-223.
- Fernández-Montalvo, J. i Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20, 2, 193-198.
- Flynn, A., i Graham, K. (2010). "Why did it happen?" A review and conceptual framework for research on perpetrators' and victims' explanations for intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 15(3), 239-251. doi:10.1016/j.avb.2010.01.002
- Glanz, K., Rimer, B. K., i Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th ed.)*. San Francisco, CA US: Jossey-Bass.
- Gustavo, A. i Cabrera, A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de salud Pública*, 18 (2), 129-138.
- 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.
- Hemphill, J.F. i Howell, A.J. (2000). Adolescent offenders and stages of change. *Psychological assessment*, 12 (4), 371- 381.
- Holtzworth-Munroe, A. i Stuart, G.L. (1994). Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116, 476-497.
- Jolliffe, D. i Farrington, D. (2009). A systematic review of the relationship between childhood impulsiveness and later violence. *Personality, personality disorder and violence: An evidence based approach* (pp. 41-61). Wiley-Blackwell



- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P., Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Palarea, R. E., Cohen, J., i Rohling, M. L. (2000). Breaking up is hard to do: Unwanted pursuit behaviors following the dissolution of a romantic relationship. *Violence and Victims, 15*, 73-90.
- Lipsey, M. (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: A meta-analytic overview. *Victims and Offenders, 4*(2), 124-147.
- Lipsey, M. W. (1992). Meta-analysis in evaluation research: moving from description to explanation. A H. T. Chen i P. H. Rossi (Eds.), *Using Theory to Improve Program and Policy Evaluations*. Nueva York: Greenwood Press.
- Lipsey, M. W. (1999a). Can intervention rehabilitate serious delinquents? *Annals of the American Academy of Political i Social Science, 564*, 142-166.
- Loinaz, I. (2010). *Estudio de las tipologías de agresores de pareja en los centros penitenciarios*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya.
- Loinaz, I. i Echeburúa, E. (2010). Necesidades terapéuticas en agresores de pareja según su perfil diferencial. *Clínica Contemporánea, 1*(2), 85-95.
- Loinaz, I., Echeburúa, E. i Torrubia, R. (2010). Tipología de agresores contra la pareja: un estudio piloto en prisión. *Psicothema, 22*.
- Loinaz, I., Irureta, M., i Doménech, F. (2011). *Anàlisi de la reincidència en agressors de parella*. Documents de treball. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Loinaz, I., Ortiz-Tallo, M., Sánchez, L. M., i Ferragut, M. (2011). Clasificación Multiaxial de agresores de pareja en centros penitenciarios. *International Journal of Clinical and health Psychology, 11*, 249-268.
- Martinez, M., i Pérez, M. (2009). *Avaluació criminològica i psicològica dels agressors domèstics*. Documents de treball. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Matud, M.P., Marrero, R. J., Caballeira, M., Pérez, M., Correa, M<sup>a</sup> L., Aguilera, B., i Sánchez, T. (2003). Transmisión Intergeneracional de la violencia doméstica. *Psicología Conductual, 11* (1), 25-40.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., i Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 20*(3), 368-375.
- McMurrin, M. (2009). Motivational Interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology, 14*, 1, 83-100.
- McMurrin, M., Theodosi, E., i Sellen, J. (2006). Measuring engagement in therapy and motivation to change in adult prisoners: a brief report. *Criminal Behavior and Mental Health, 16*, 124-129.

- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: a review with a special emphasis on alcohol. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Morey, L. C. (1991). *The Personality Assessment Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- 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.
- Natan, M. B., Beyil, V., i Neta, O. (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 566-573.
- Nochajski, T. H., i Stasiewicz, P. R. (2005). Assessing Stages of Change in DUI Offenders: A Comparison of Two Measures. *Journal of Addictions Nursing*, 16(1-2), 57-67.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., i Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143-154.
- Novo, M., Fariña, F., Seijo, M.D., i Arce, R. (2012). Assessment of a community rehabilitation programme in convicted male intimate-partner violence offenders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 2, 219-234.
- O'Leary, K.D. (1988). Physical Aggression between Spouses. En V.B. Van Hasselt, R.L. Morrison, A.S. Bellack, i M. Hersen *Handbook of Family Violence*. Nueva York: Plenum Press.
- Orbell, S., Lidieth, P., Henderson, C. J., Geeraert, N., Uller, C., Uskul, A. K., et al. (2009). Social-cognitive beliefs, alcohol, and tobacco use: A prospective community study of change following a ban on smoking in public places. *Health Psychology*, 28(6), 753-761.
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V., i Sánchez, M. P. (2011). *Inventario de Evaluación de la personalidad*. Madrid. TEA Ediciones.
- 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.
- Pereira de Oliveira, H., i Malbieger, A. (2003). Assessment of motivation for treatment in alcohol dependent patients who sought treatment at a specialized medical service. *Revista brasileira de psiquiatria*, 25(1), 5-10.
- Pérez, M., i Martínez, M. (2011). *La reincidència dels condemnats per delictes de violència de gènere*. Documents de treballs. Centre d'Estudis Jurídics i Formació especialitzada.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C., i Finckenauer, J.O. (2000). Well-meaning programs can have harmful effects! Lessons from experiments of programs such as Scared Straight. *Crime i Delinquency*, 46, 354-379.
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., i Farrington, D. P. (2009). *Effectiveness of programs designed to improve self-control*. Informe publicado por el Brottsförebyggande rådet (brå), Swedish National Council for Crime Prevention, Stockholm.

- Prochaska JO and DiClemente CC ( 1984 ) *The Transtheoretical Approach: Towards a systematic Eclectic Framework* . Dow Jones Irwin Homewood, IL, USA .
- Prochaska, J. O., i DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research i Practice*, 19(3), 276-288.
- Prochaska, J. O., i Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 443-448.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., i Fava, J. L. (1988). Measuring the processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.
- Prochaska, J., & Velicer, W. (1997). The Transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- Redondo, S. (2008). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Pirámide.
- Redondo, S. i Martínez-Catena, A. (2012a). Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 9, 8.
- Redondo, S. i Martínez-Catena, A. (2012b). *Psicología Criminal*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Redondo, S., Martínez-Catena, A., i Andrés-Pueyo, A. (2011). *Factores de éxito asociados a las intervenciones con menores infractores*. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Redondo, S., Martínez-Catena, A., i Andrés-Pueyo, A. (2012). Intervenciones con delincuentes juveniles en el marco de la justicia: investigación y aplicaciones. *Edupsykhé*, 11, 2, 143-169.
- Rogers, R., Jackson, R. L., i Kaminski, P. L. (2005). Factitious psychological disorders: The overlooked response style in forensic evaluations. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 5, 21-41.
- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4).
- Santos Diez, P., González Martínez, G. Fons Brines, M.R., Forcada Chapa, R. i Zamora García, C. (2001). Estadios de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 13 (2), 147- 152
- Schunk, D. H., i Pajares, F. (2009). Self-efficacy theory. En K. R. Wenzel i A. Wigfield (Eds.), *Handbook of motivation at school*. (pp. 35-53). New York, (US): Routledge/Taylor i Francis Group.
- 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), 879-889.
- Taylor, B., Davis, R., i Maxwell, C. (2001). The effects of a group batterer treatment program: A randomized experiment in Brooklyn. *Justice Quarterly*, 18, 171-202

- Terry, K. J., i Mitchell, E. W. (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), 663-673.
- Tierney, D. W., i McCabe, M. (2002). Motivation for behavior change among sex offenders: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 113-129.
- 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.
- Tierney, D. W., i McCabe, M. P. (2005). The Utility of the Trans-Theoretical Model of Behavior Change in the Treatment of Sex Offenders. Sexual Abuse. *Journal of Research and Treatment*, 17(2), 153-170.
- Tollefson, D. R., Gross, E., i Lundahl, B. (2008). Factors that Predict Attrition from a State-Sponsored Rural Batterer Treatment Program. *Journal of Aggression, Maltreatment i Trauma*, 17, 4, 453-477.
- Walker, K., Bowen, E., i Brown, S. (2012). Desistance from intimate partner violence: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 1-10.
- Wang, E.W., Rogers, R., Giles, C. L., Diamond, P. M., Herrington-Wang, L. E., & 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, and the Law*, 15, 469–482.
- 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 ad of recidivism prediction. *Addictive Behaviours*, 25(2), 229-238.
- White, J. L. (1996). Review of the Personality Assessment Inventory (PAI): A new psychological test for clinical and forensic assessment. *Australian Psychologist*, 31, 38–40.

## 9. Anexos

### VERSIÓN PARA APLICACIÓN ESCALA URICA

CENTRO:

FECHA:

GRUPO:

EVALUACIÓN: (1) Inicial (2) Pre (3) Durante (4) Post (5) Seg. Prisión (6) Seg. Libertad

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 del 1 al 7 (siendo 1 nada y 7 mucho) confía ha mejorado globalmente como consecuencia del tratamiento recibido:

LUGAR:

FECHA: