

Àmbit social i criminològic

Ayudas a la investigación 2012

Análisis de la motivación para el cambio en sujetos que han realizado un programa formativo en violencia doméstica

Autoras

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

Año 2013

Análisis de la motivación para el cambio en sujetos que han realizado un programa formativo en violencia doméstica

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

El Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada ha editado esta investigación respetando el texto original de los autores, que son responsables de su corrección lingüística.

Las ideas y opiniones expresadas en la investigación son de responsabilidad exclusiva de los autores, y no se identifican necesariamente con las del Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.

Aviso legal



Esta obra está sujeta a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 No adaptada de Creative Commons cuyo texto completo está disponible en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.es>

Por ello, se permite la reproducción, la distribución y la comunicación pública del material, siempre que se cite al autor del material y el Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (Departamento de Justicia) y no se haga un uso comercial de ella ni se transforme para generar obra derivada.

Sumario

1. Introducción	3
2. Marco teórico y conceptual.....	4
2.1 La violencia de pareja	4
2.2 El perfil psicopatológico de los agresores de pareja.....	5
2.3 Intervenciones psicológicas con maltratadores y su eficacia	9
2.3.1 Programas formativos en Medidas Penales Alternativas	13
2.4 Motivación, cambio terapéutico y tratamiento	16
2.4.1 El modelo de motivación para el cambio de Prochaska y DiClemente	18
2.4.2 La relación entre la motivación para el cambio y la eficacia de los tratamientos	23
3. Objetivos.....	28
3.1 Hipótesis	28
4. Material y método.....	29
4.1 Diseño experimental.....	29
4.2 Participantes	29
4.3 El programa formativo en violencia doméstica aplicado en Girona ..	30
4.4 Instrumentos.....	34
4.4.1 Protocolo de recogida de datos sociodemográficos y criminológicos	34
4.4.2 Escala de Evaluación para el Cambio (URICA)	34
4.4.3 Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)	36
4.5 Procedimiento.....	37
4.6 Análisis de datos	39
5. Resultados.....	41
5.1 Análisis preliminares.....	41
5.1.1 Descripción de la muestra	41
5.1.2 Resultados descriptivos del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI).....	45
5.1.2.1 Comparación de las escalas entre el grupo control y el grupo experimental	64

5.1.3	Escala de Evaluación para el Cambio (URICA)	64
5.1.3.1	Análisis de fiabilidad de la escala URICA	64
5.1.3.2	Resultados descriptivos de la motivación para el cambio	65
5.2	Comprobaciones de las hipótesis de estudio	68
5.2.1	Hipótesis 1	68
5.2.2	Hipótesis 2	69
5.2.3	Hipótesis 3	72
5.3	Resultados sobre los perfiles psicopatológicos de la muestra	72
6.	<i>Conclusiones y propuestas</i>	76
7.	<i>Limitaciones</i>	85
8.	<i>Referencias bibliográficas</i>	87
9.	<i>Anexos</i>	94

1. Introducción

En los últimos años, se ha puesto de manifiesto el interés de los órganos legislativos y judiciales en dar respuesta a la problemática existente en el ámbito de la violencia familiar. Dentro de toda la variedad de comportamientos que pueden manifestarse en el contexto de este fenómeno, el máximo exponente de este tipo de violencia es el que aparece en el seno de las relaciones de pareja.

El reconocimiento de la existencia de esta problemática ha contribuido a hacerla visible y a traspasar el conflicto del ámbito privado a la esfera pública. Dar visibilidad al conflicto permite su cuantificación e impulsa el desarrollo de herramientas y recursos para afrontarlo.

Las partes implicadas directamente en el conflicto (agresor y víctima) han constituido el principal foco de intervención. Históricamente, la respuesta dada a la víctima ha sido de carácter asistencial y terapéutico, mientras que el agresor ha recibido una respuesta punitiva sin abordaje específico del problema.

El estudio científico del fenómeno de la violencia doméstica ha identificado sus características propias diferenciándolo de otros tipos de violencia y promoviendo el desarrollo de intervenciones terapéuticas concretas dirigidas al agresor.

Con esta investigación se pretenden conocer las intervenciones que se están llevando a cabo como medida penal alternativa a la prisión ante una condena por un delito de violencia doméstica, con la finalidad de aportar posibles mejoras que contribuyan a generar una respuesta más adecuada y eficiente.

Esta investigación, consistente en la evaluación de una muestra de agresores que realizan un programa formativo en materia de violencia doméstica en Girona, es uno de los primeros estudios nacionales que pretende considerar los tres principios propuestos en el modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad (Andrews y Bonta, 2010), analizando el riesgo de reincidencia de los individuos, sus necesidades criminogénicas y su motivación para el cambio.

2. Marco teórico y conceptual

2.1 La violencia de pareja

El Informe Mundial sobre la violencia y la salud de 2002 (Organización Mundial de la Salud) destaca que la violencia contra la pareja es un fenómeno visible y perjudicial a nivel mundial, que se da en todas las culturas, estatus sociales, y civilizaciones.

Con la entrada en vigor de la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (LO 1/2004) se inicia un proceso de cambio tanto en materia legislativa y de respuesta judicial como en el ámbito social. Se produce, como consecuencia, una mayor sensibilización ante esta problemática y una percepción del problema como propio por parte de toda la población.

Este cambio se traduce en un aumento del número de denuncias, tanto por parte de las personas que sufren la violencia como por parte de las que son testigo de ello. Como indicador de este cambio, según el Ministerio de Interior, las denuncias por este tipo de violencia aumentaron aproximadamente un 32% a partir de la entrada en vigor de la mencionada Ley.

Los casos más graves de este tipo de violencia son los que tienen como consecuencia la muerte de la víctima. En los últimos diez años, el número de víctimas en España se mantiene estable, con una media de 60 defunciones anuales (según cifras oficiales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). Pero este es un dato poco representativo de la globalidad del fenómeno, dado que existen muchos otros grados de violencia en la relación de pareja que, no por tener resultados menos graves, hay que dejar de tener en cuenta.

Por último, destacar que los datos sobre reincidencia de hombres que ejercen este tipo de violencia son muy heterogéneos y varían del 8 al 60% según los estudios (Loinaz, Irureta, y Domènech, 2011).

2.2 El perfil psicopatológico de los agresores de pareja

Muchos estudios se han centrado en el análisis de las principales características de personalidad y psicopatológicas que presentan más frecuentemente los agresores de sus parejas (Aguilar et al., 1995; Browne, 1989; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001; Echeburúa y Redondo, 2010; Matud et al., 2002 O’Leary, 1988). Estas características son las siguientes (Echeburúa y Redondo, 2010):

- “Analfabetismo emocional”, es decir, incapacidad o dificultades para experimentar y comprender las emociones habituales del ser humano
- Déficit en habilidades de comunicación y asertividad
- Alteraciones del control de los impulsos
- Distorsiones cognitivas arraigadas respecto a las diferencias de género y la legitimación de la violencia como mecanismo válido para la solución de conflictos
- “Locus de control externo”, es decir, la atribución a causas externas de la responsabilidad de los problemas propios
- Una alta inestabilidad emocional que se expresa en cambios de humor frecuentes sin razón aparente y presencia de otros síntomas psicopatológicos como, por ejemplo, ansiedad, estrés, depresión, etc.
- Baja autoestima
- Presencia de celos patológicos
- Extrema intolerancia a la frustración y a los acontecimientos indeseados de la vida cotidiana
- Abuso de alcohol y otras drogas

- Bajo nivel cultural, que suele estar asociado a valores y creencias machistas
- Experiencias de victimización o testigo de violencia en la infancia, especialmente, de maltrato o uso de la violencia en su familia de origen
- Presencia de trastornos de personalidad, habitualmente el Trastorno Antisocial de la Personalidad, el Trastorno Paranoide, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y el Trastorno Narcisista. En cambio, los trastornos mentales son poco habituales (menos de un 20% de los casos) (Echeburúa y Amor, 2010)

Este tipo de variables suelen analizarse de cara a la individualización de los tratamientos pero también se observa que ciertas características personales de los individuos pueden asociarse al desistimiento del comportamiento delictivo. En este sentido, Walker, Bowen y Brown (2012), hicieron una revisión crítica de 15 publicaciones sobre agresores de pareja y desistimiento del delito. Estos autores, que al mismo tiempo destacaron la necesidad de una mayor investigación en este campo, encontraron que las variables que se asociaban con mayor frecuencia al desistimiento del comportamiento agresivo hacia la mujer, eran la ausencia de psicopatologías graves y la presencia de altos niveles de impulsividad, una historia de violencia más corta y leve, y el tipo de relación que se había mantenido con la víctima (matrimonio, divorcio, etc.).

Por otro lado, una importante proporción de la investigación se ha dedicado a la identificación de diferentes perfiles psicopatológicos que clasifican a los maltratadores en diversas tipologías. El reciente interés por este tipo de investigación viene dado por la creencia de que la eficacia de los tratamientos puede ser diferencial para cada tipo de maltratador, además de que la presencia de diversos tipos de agresores en un mismo grupo de tratamiento podría estar afectando al desarrollo de estos y a su eficacia.

Una de las tipologías de maltratadores de la pareja formuladas más conocidas y citadas es la creada por Holtzworth-Munroe y Stuart (1994). Los autores, en esta tipología, clasifican a los agresores en tres categorías: maltratadores

impulsivos o centrados en la mujer, maltratadores instrumentalizadores o generalizados, y maltratadores hiper-controlados.

La primera categoría, denominada *maltratadores impulsivos o centrados en la mujer*, representaría entre el 17% y el 45% del total de agresores de pareja. Esta categoría se caracteriza por agrupar a aquellos individuos solitarios, emocionalmente más inestables y con tendencia a la depresión, además de irascibles e hipersensibles a las frustraciones o pequeños desprecios. En este conjunto predominarían los sujetos con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad. Los delitos cometidos por estos agresores quedan limitados al hogar y son, especialmente, de tipo psicológico y de menor violencia.

Los *maltratadores instrumentalizadores o generalizados*, englobarían al 25% de los agresores de pareja. Estos individuos se caracterizan por menores niveles de depresión e ira, pero con presencia de rasgos narcisistas y psicopáticos. Presentan consumo de alcohol y otras drogas. Habitualmente, predomina el maltrato físico, y agreden a las mujeres si estas no satisfacen sus necesidades o demandas, como forma de control. Además, se observan otras conductas generalizadas, más allá del contexto familiar.

Y por último, encontramos el grupo de *maltratadores hiper-controlados*, que representaría una pequeña proporción del conjunto de maltratadores. Se caracterizan por ser sujetos pasivos, dependientes y obsesivos, con altos niveles de estrés psicológico. Tienden a ser menos violentos y utilizan el maltrato psicológico, como consecuencia de sus deficiencias personales para defenderse de una manera más apropiada.

Diversos estudios nacionales han intentado encontrar estos mismos perfiles psicopatológicos en muestras españolas. Loinaz, Echeburúa, y Torrubia (2010), así como otros estudios posteriores (Loinaz, Ortiz-Tallo, Sánchez, y Ferragut, 2011), analizaron una muestra de 50 agresores de pareja que cumplían condena en un centro penitenciario de Cataluña. En este estudio confirmaron parcialmente la tipología descrita anteriormente, ya que los resultados indicaron la existencia de dos tipos de agresores que se corresponderían con el

grupo de maltratadores generalizados y un grupo más normalizado, similar a la categoría de maltratadores hiper-controlados.

Los instrumentos más utilizados en la mayoría de estudios para realizar estas tipologías han sido el Inventario Clínico o Multiaxial de Millon (MCMI; Millon, 1983) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI; Hathaway y McKinley, 1943). En cambio, hasta el momento existen pocos estudios que utilicen otros instrumentos como, por ejemplo, el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI; Morey, 1991), que se ha demostrado como una herramienta útil de evaluación en el contexto forense. Chambers y Wilson (2007) realizaron uno de los estudios más relevantes en una muestra de maltratadores de pareja utilizando como instrumento principal el PAI. Los principales resultados de este estudio fueron la obtención de tres perfiles diferenciados: a) el grupo “no-elevado” caracterizado por puntuaciones promedio que oscilan dentro de la media; b) el grupo “con un malestar moderado” con puntuaciones ligeramente elevadas con respecto a la media; c) el grupo “límite/disfórico” con puntuaciones elevadas en la mayoría de las escalas, y extremas en las escalas de rasgos límites, problemas de alcohol, problemas de drogas y falta de apoyo social.

Estos mismos autores han puesto de relieve que una de las cuestiones más interesantes sobre las escalas de validez del PAI, es el hecho de que una parte de los delincuentes tratan de mostrar una imagen muy positiva de ellos mismos. De hecho, una de las dificultades presentes en el tratamiento con maltratadores de pareja, especialmente en aquellos que tienen que realizar el tratamiento por orden judicial, es su tendencia a presentar una autoimagen favorable. En el contexto clínico, se ha observado que algunos de los sujetos más problemáticos dentro del grupo de tratamiento, son aquellos que obtienen puntuaciones elevadas en la escala de *Impresión positiva* (IMP) del PAI, ya que son los que minimizan los hechos de manera más extrema en comparación con otros miembros del grupo.

La conclusión más relevante que se obtiene de este tipo de estudio es la necesidad de adaptar los tratamientos a las diferentes tipologías de maltratadores. Diversos autores han destacado que se puede predecir una

mayor adherencia al tratamiento en el grupo de sujetos más normalizados o hiper-controlados, (Langhinrichsen-Rohling et al., 2000; Huss y Ralston, 2008; Loinaz y Echeburúa, 2010; Loinaz, Echeburúa, y Torrubia, 2010). Además, atendiendo a sus características, especialmente la menor presencia de trastornos y distorsiones cognitivas, se aconseja la implementación de terapias más breves y centradas en el desarrollo de las habilidades de comunicación, de solución de problemas y de control de la ira. Por el contrario, respecto al grupo de maltratadores generalizado, estos se beneficiarían más de tratamientos más largos y multidimensionales, que se dirigieran a tratar las distorsiones cognitivas, el consumo de drogas y la patología asociada, si fuera el caso.

2.3 Intervenciones psicológicas con maltratadores y su eficacia

Los movimientos feministas y las asociaciones de defensa de las víctimas de los Estados Unidos de los años setenta fueron los promotores de la aparición de los primeros programas educativos y psicológicos destinados a agresores de violencia de género. Este movimiento se inició al darse cuenta de que la intervención centrada exclusivamente en las víctimas no conseguía solucionar el problema, y que la intervención sobre los agresores era tan necesaria como sobre las víctimas (Servicio de Medidas Penales Alternativas, 2009). Mediante la identificación y el tratamiento de los agresores se puede evitar la revictimización de muchas mujeres, ya que un número importante sigue conviviendo con su agresor (Echeburúa, Amor, y Corral, 2002; Feazell, Mayers y Deschner, 1984), así como la aparición de nuevas víctimas (nuevas parejas, hijos u otros miembros familiares), lo que sucede aproximadamente en el 35% de los casos (Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa y Redondo, 2010).

En la actualidad, son diversos los programas de tratamiento aplicados a agresores de pareja que se pueden llevar a cabo con intensidad y en contextos diversos. Por un lado, se encuentran los programas de tratamiento intensivos aplicados en centros penitenciarios y, por otro, los programas formativos

aplicados en la comunidad. Por último, aquellos a los que se accede de forma voluntaria.

Cada programa presenta unas características propias y se interviene sobre diferentes objetivos en función de la base teórica en que se fundamenta el tratamiento. Las diferentes explicaciones del maltrato de pareja actuales son las siguientes (Echeburúa y Redondo, 2010; Flynn y Graham, 2010; Labrador, Rincón, De Luis, y Fernández-Velasco, 2004; Redondo y Martínez-Catena, 2012b):

1. La *perspectiva cultural*, según la cual se considera que las raíces de esta violencia se encuentran en los valores culturales patriarcales de la sociedad, valores que aceptan el uso de la violencia sobre la mujer como instrumento de control y orden social. Las intervenciones diseñadas bajo esta perspectiva buscan la erradicación de actitudes machistas en la sociedad en su conjunto, lo que constituye un objetivo de difícil consecución.

2. La *perspectiva estructural*, propone como objetivo para evitar el desarrollo de la violencia contra la pareja la eliminación de las desigualdades sociales, así como la falta de oportunidades que son consideradas una fuente de tensión para este tipo de violencia.

3. La *perspectiva psicopatológica*, afirma que los maltratadores presentan unas patologías y necesidades individuales específicas, consideradas factores de riesgo, que aumentan su probabilidad de ejercer una conducta violenta de este tipo. En este caso, las estrategias de tratamiento y de prevención, pasan por la atención a estas características individuales.

4. Por último, la *perspectiva de la interacción*, considera que en muchos casos la violencia de pareja se produce como consecuencia de los estilos de relación y comunicación establecidos entre la pareja, que han sido aprendidos en la familia de origen.

Atendiendo al conocimiento general sobre la eficacia de los tratamientos, proveniente de numerosos estudios y meta-análisis, se puede concluir que los más eficaces son aquellos que se dirigen a las psicopatologías y factores de

riesgo de los agresores. Estas intervenciones suelen utilizar técnicas basadas en la teoría del aprendizaje social o de carácter cognitivo-conductual, destinadas al desarrollo de habilidades sociales y nuevas conductas, y a la reestructuración del pensamiento (Jolliffe y Farrington, 2009; Latimer, 2001; Lipsey, 1992, 1999, 2009; Petrosino, Turpin-Petrosino, y Finckenauer, 2000; Piquero, Jennings, y Farrington, 2009).

Así, la mayor parte de los tratamientos conocidos en España, aplicados tanto en prisiones como en la comunidad, se fundamentan en estas técnicas y se estructuran en diversos módulos o secciones en función del objetivo fundamental. Los principales módulos de tratamiento son: 1) *aceptación de la propia responsabilidad en los hechos*, destinado a que los agresores entiendan la realidad de los hechos cometidos y acepten su responsabilidad en el delito; 2) *empatía y expresión de emociones*, dirigidos a que los hombres aprendan a reflexionar respecto a las emociones que experimentan sus víctimas, otros familiares y ellos mismos; 3) *creencias erróneas*, mediante el que se pretende reestructurar los pensamientos machistas y justificadores del delito; 4) *control de las emociones*, donde se desarrollan toda una serie de técnicas y habilidades destinadas al control de la ira; 5) *desarrollo de habilidades*, especialmente de habilidades que favorezcan una comunicación correcta y positiva; y 6) *prevención de recaídas*, destinado a que los agresores generalicen a diferentes momentos y aspectos de su vida todo lo que han aprendido a lo largo del tratamiento (Arce y Fariña, 2005; DGIP, 2005; Echeburúa y De Corral, 1998, 1999; Redondo, 2008).

El programa más relevante de tratamiento con hombres violentos en el ámbito comunitario se lleva a cabo en el País Vasco (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998) y de él se derivan muchos otros programas que se aplican en el resto del Estado, atendiendo especialmente a la motivación de los agresores por el inicio del tratamiento y la asunción de su responsabilidad.

Respecto a la eficacia de los tratamientos psicológicos aplicados con maltratadores, hasta el momento han mostrado unos beneficios aceptables y satisfactorios (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, y de Corral, 2009; Piquero, Jennings, y Farrington, 2009). No

obstante, algunos estudios sobre la eficacia de estos tratamientos, que han utilizado la técnica del meta-análisis, han obtenido magnitudes del efecto reducidas. Concretamente, el meta-análisis de Babcock, Green y Robie (2004) obtuvo una *d de Cohen* de entre 0,09 a 0,34, dependiendo de las características de los estudios (más o menos exigentes a nivel metodológico) y de otras variables influyentes (tipo de tratamiento aplicado, características de la muestra, duración de la intervención, etc.). Cabe destacar que, a pesar de ello, el efecto de este tipo de tratamiento no puede ser menospreciado, ya que cualquier mejora puede tener implicaciones muy relevantes en agresores, víctimas o gravedad de delitos cometidos.

Si atendemos a los análisis específicos que se han realizado en España en materia de programas de tratamiento o educativos con agresores de pareja podemos encontrar evaluaciones de eficacia con resultados muy positivos. Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y de Corral (2009), realizaron una evaluación de su programa marco de tratamiento con agresores de pareja en la comunidad. Esta evaluación, recoge la experiencia de diez años de aplicación de este tratamiento en la comunidad del País Vasco. La principal característica de este tratamiento, de orientación cognitivo-conductual, que cabe destacar es que solo una pequeña parte asiste al tratamiento por orden judicial, mientras que la mayoría accede de forma voluntaria, bien porque la pareja se lo ha recomendado, bien por derivación de un servicio público. En este estudio se definió el éxito terapéutico como la desaparición de nuevos episodios de maltrato, evaluados mediante autoinforme del sujeto y de las víctimas. Los resultados obtenidos sobre una muestra de 196 sujetos, indican una elevada tasa de éxitos en la medida postratamiento de en torno al 88% de los sujetos que finalizaron el programa, evaluado en aquel mismo momento, y una tasa de éxito del 52,63%, evaluado después de 12 meses. En relación a las variables evaluadas, se observó una clara mejora (distorsiones cognitivas sobre la mujer y sobre el uso de la violencia, empatía, ansiedad, ira, depresión, autoestima y adaptación), que se mantuvo estable durante los 12 meses en que se llevó a cabo el seguimiento.

Otra evaluación con resultados muy positivos es la realizada sobre el programa de reeducación impuesto por orden judicial a agresores de pareja en Galicia

(Novo, Fariña, Seijo, y Arce, 2012). La evaluación de este programa se realizó sobre una muestra de 130 agresores condenados por delitos de violencia de género. Los resultados obtenidos fueron significativamente positivos en muchas de las variables evaluadas: hostilidad, sensibilidad interpersonal y aislamiento (donde se obtuvo una magnitud del efecto elevada), síntomas depresivos e ideas persecutorias (con un efecto moderado), y sobre la ansiedad, la fobia y los comportamientos obsesivo-compulsivos (con un efecto pequeño).

Finalmente, cabe destacar la evaluación de la eficacia realizada por Pérez y Martínez (2011) sobre los programas formativos en violencia doméstica ejecutados en Barcelona. En este estudio se evaluó a 282 agresores de pareja que tenían que realizar el programa por orden judicial. Mediante una comparación intrasujetos se obtuvieron resultados de la eficacia moderados, y se encontraron diferencias significativas en 2 de las 11 variables analizadas, concretamente la resolución de conflictos y la satisfacción con la pareja.

2.3.1 Programas formativos en Medidas Penales Alternativas

La Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal, propone una reforma total del sistema de penas para conseguir, en la medida de lo posible, los objetivos de resocialización que le asigna la Constitución. La reforma del Código Penal operada por la LO 15/2003 de 23 de noviembre, implica la nueva regulación de la sustitución y suspensión de las penas privativas de libertad. En ambos supuestos los órganos judiciales pueden imponer condiciones para otorgarlas, entre las que se encuentra el cumplimiento de determinadas condiciones o deberes previstos en el artículo 83 del CP y la sujeción a una medida penal alternativa.

Las medidas penales alternativas mencionadas permiten a los órganos judiciales dar una respuesta menos aflictiva que las penas privativas de libertad por la comisión de una falta, o un delito leve, o menos grave, al tiempo que salvaguardan los derechos de las víctimas. Dentro del abanico de las medidas penales alternativas que pueden ser impuestas, se encuentran los programas específicos de reeducación y/o tratamiento psicológico. Estos consisten en la

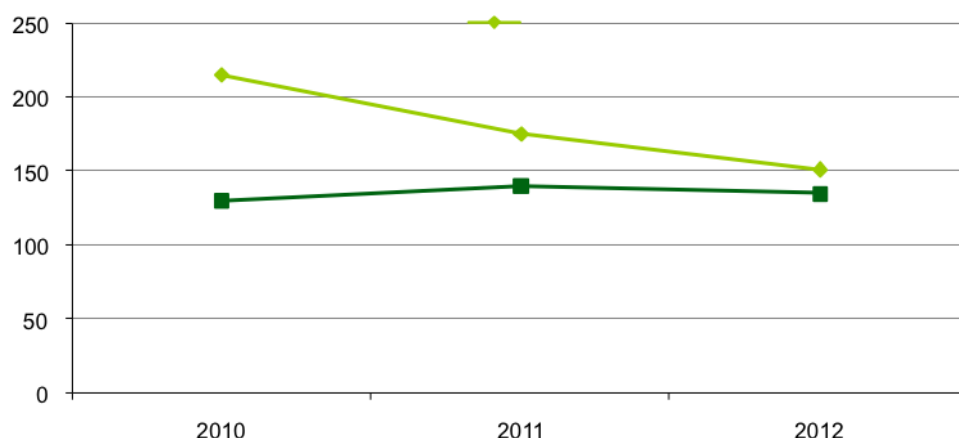
obligación de participar en un programa de formación con el contenido que establece la resolución judicial una vez impuesta la medida. Los programas formativos (PF) pretenden proporcionar una serie de conocimientos facilitadores para la reinserción en la comunidad. Sus principales objetivos son acercar al sujeto a las consecuencias de sus actos, tanto desde el ámbito judicial, como desde la repercusión que estos tienen para otros individuos o grupos (víctimas, personas cercanas, grupos de pertenencia, etc.), aportar elementos que proporcionen maneras de actuar diferentes y posibiliten la investigación de soluciones alternativas. Los contenidos de los programas formativos guardan relación directa con el tipo de delito, de manera que se imponen programas formativos en conductas sexuales, en seguridad vial, delitos violentos, delitos de violencia intrafamiliar, violencia doméstica, entre otros.

En Cataluña, la ejecución de las medidas penales alternativas depende de la Dirección General de Ejecución Penal en la Comunidad y Justicia Juvenil de la Generalitat de Cataluña. Desde 2001, este servicio está gestionado por una entidad externa en la provincia de Barcelona. En el resto de territorios, en 2010, se externalizó el servicio y se adjudicó a la Fundación INTRESS.

Respecto a la provincia de Girona, territorio en el que se ha llevado a cabo este estudio, durante 2012 se han registrado 978 entradas de medidas penales alternativas. En relación a los programas formativos, estos representan el 20,9% (204) del total de las medidas impuestas en 2012.

Si tenemos en cuenta la evolución de las medidas impuestas por delitos en el ámbito de la violencia doméstica, podemos comprobar que desde 2010 hasta 2012 se ha producido una disminución en la imposición de los Programas Formativos en Violencia Doméstica (53%) en favor de los Trabajos en Beneficio a la Comunidad (47%) por este tipo de delito (Gráfico 1).

Gráfico 1. Evolución de las medidas penales alternativas impuestas por delitos de violencia doméstica en Girona (2010-2012)



De acuerdo con esta disminución, el número de programas formativos realizados en los últimos tres años se ha reducido de 12 a 10, aunque esta tendencia a la baja no se puede considerar significativa (Tabla 1).

Tabla 1. Evolución del número de programas formativos realizados en Girona de 2010 a 2012

	2010		2011		2012	
	nº PF	nº penados	nº PF	nº penados	nº PF	nº penados
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
Total	12	163	11	158	10	135

* Sábados; ** Laborables

En Girona, las entidades gestoras de los programas formativos son ADIPS y TD3 Terapeutas. Tal como muestra la Tabla 2, entre ambas entidades abarcan toda la provincia, lo que facilita a las personas condenadas el cumplimiento de la medida en función de la población de residencia.

Tabla 2. Entidades gestoras de los Programas Formativos en la provincia de Girona

	Fechas	PF	Entidad	Nº Penados
1	dicbre 2011- marzo 2012	PF Vido Palafrugell	ADIPS	15
2	marzo-junio 2012	PF Vido Girona Dissabtes	TD3	15
3	marzo-junio 2012	PF Vido Girona Laborables	TD3	15
4	marzo-junio 2012	PF Vido Blanes	ADIPS	12
5	abril-julio 2012	PF Vido Figueres	ADIPS	12
6	abril-julio 2012	PF Vido Olot	ADIPS	9
7	abril-julio 2012	PF Vido Girona Laborables	ADIPS	14
8	septbre-dicbre 2012	PF Vido Girona Dissabtes	TD3	15
9	septbre-dicbre 2012	PF Vido Girona Laborables	TD3	15
10	septbre-dicbre 2012	PF Vido Palafrugell	ADIPS	13
TOTAL				135

2.4 Motivación, cambio terapéutico y tratamiento

El objetivo de las intervenciones terapéuticas con delincuentes es conseguir la re-socialización y reintegración con éxito del individuo que ha delinquido en la sociedad. Para llegar a este objetivo final es necesario que se produzca un cambio terapéutico en el sujeto que recibe el tratamiento. El cambio terapéutico es un proceso dificultoso donde se producen toda una serie de modificaciones, de tipo cognitivo, emocional, actitudinal y conductual en los individuos que reciben el tratamiento (Redondo, 2008) y que conducirán a que estos no vuelvan a reincidir en el delito. La complejidad de este proceso ha hecho que diversos autores consideren que para conseguirlo es necesario que el individuo esté fuertemente motivado (Barbaree y Marshall, 2006; Brown, 2005; Harkins y Beech, 2007; Hollin y Palmer, 2006; Redondo y Martínez-Catena, 2012a; Tierney y McCabe, 2002). Miller (1985) definió la motivación para el cambio como aquella probabilidad que tiene una persona de empezar, continuar y mantener un proceso de modificación de su comportamiento.

En la misma dirección, Andrews y Bonta (2010), autores del modelo de evaluación y tratamiento de delincuentes de mayor éxito en la actualidad, el modelo de Riesgo-Necesidad-Responsividad (R-N-R), desarrollado desde

1992, también tienen en cuenta la motivación como elemento relevante para asegurar el éxito de las intervenciones terapéuticas.

El modelo R-N-R pone de relieve que, para obtener los máximos resultados de un tratamiento psicológico o una intervención terapéutica con delincuentes, se tienen que contemplar tres aspectos esenciales. El primer elemento necesario corresponde al *principio de riesgo*, según el cual previamente a la aplicación de un tratamiento se tiene que evaluar el riesgo de los sujetos y, así, adaptar las intervenciones a este nivel, de manera que a sujetos de alto riesgo les corresponderían intervenciones más intensivas. En segundo término, el *principio de necesidades* señala que todo tratamiento se tiene que dirigir a las principales necesidades criminogénicas de los individuos, tales como la presencia de actitudes antisociales, amistades favorables a la delincuencia, consumo de sustancias tóxicas, etc. Por último, Andrews y Bonta destacan que los tratamientos se tienen que individualizar en función de las características personales de los sujetos y de otras variables externas (Andrews y Bonta, 2010), que es lo que se conoce como principio de *responsividad*.

Durante los últimos años, la investigación ha identificado toda una serie de factores de riesgo y de protección relacionados con las necesidades criminogénicas de los delincuentes y con su riesgo de reincidencia. De manera que se ha elaborado un cuerpo muy amplio de conocimientos referidos a estos factores de riesgo y protección. Una de las clasificaciones más habituales de los factores de riesgo los agrupa en tres categorías diferentes: 1) los *factores propios del individuo*, como son las diferentes características de personalidad, cognición y emoción, así como las psicopatológicas; 2) los *factores sociales*, que actúan como moduladores en el desarrollo humano: el estilo de crianza familiar, el proceso escolar, las relaciones de grupos y amistades, marginalidad, desempleo, emigración, etc.; y 3) los *factores situacionales*, que ofrecen al individuo la oportunidad de la acción violenta (Ellis, Beaver, y Wright, 2009; Harkins y Beech, 2007; Loinaz, Irureta, y Doménech, 2011; Martínez y Pérez, 2009; Pérez y Martínez, 2011; Redondo, Martínez-Catena, y Andrés-Pueyo, 2011, 2012).

A pesar de ello, el principio de responsividad o adecuación del tratamiento a las características de los individuos no ha sido demasiado investigado hasta el momento. Como se ha mencionado antes, las variables vinculadas al principio de responsividad pueden referirse a dos aspectos diferenciales. Respecto a las variables externas a los delincuentes, a tener en cuenta para la aplicación del tratamiento, destacarían principalmente las habilidades del terapeuta y sus características, la baja calidad de la relación terapéutica o la inadecuación del contenido del programa de tratamiento. En cuanto a las características personales de los individuos, se han puesto de relieve factores como las características sociodemográficas de los delincuentes (sexo, edad, etnia, etc.), su capacidad intelectual y las estrategias cognitivo-conductuales que utilizan, el nivel educativo y sus capacidades lecto-escritoras, el estado de ánimo, la presencia de trastornos mentales y, finalmente, la motivación para el cambio de conducta (McMurrán, 2009). Como puede derivarse de lo expuesto con anterioridad, algunas de las variables personales (nivel intelectual y educativo, capacidades lecto-escritoras) son fácilmente evaluadas y atendidas en la aplicación de los tratamientos. En cambio, otros factores como la motivación para el cambio terapéutico presentan mayor dificultad, tanto en su conceptualización como evaluación.

2.4.1 El modelo de motivación para el cambio de Prochaska y DiClemente

Existen diversas teorías, mayoritariamente formuladas en el campo de la salud, que analizan y tratan de explicar la motivación y la conducta de cambio en las personas. Según el modelo de creencias sobre la salud (MCS), el cambio terapéutico se sustentaría en la creencia de un individuo de ser vulnerable, de tener un problema que tiene que resolver, y de que esta solución le reportaría más beneficios personales que costes (Becker, 1974; Glanz, Rimer, y Viswanath, 2008; Rosenstock, 1974). La teoría de la motivación hacia la protección, sugiere que el cambio se facilita cuando el individuo percibe su problema como una amenaza y se considera capaz de afrontarlo (Orbell, et al., 2009; Plotnikoff, et al., 2010; Rogers, 1975). La teoría de la autoeficacia propone que aquellas personas que cuentan con mayor capacidad para

explorarse a sí mismas (evaluando sus creencias, emociones, expectativas, etc.) pueden modificar más fácilmente sus formas de pensar y de actuar (Bandura, 1977; Schunk y Pajares, 2009). Por último, la teoría de la acción razonada (TRA) interpreta que el cambio de comportamiento es facilitado tanto por la valoración individual de la propia conducta como por las opiniones que tienen otras personas de este comportamiento (Ajzen y Fishbein, 1980; Mullan y Westwood, 2010; Natan, Beyil, y Neta, 2009).

No obstante, la teoría más conocida sobre la motivación y el cambio de conducta es el *Modelo Transteórico* de Prochaska y DiClemente, formulado a partir de 1982 (Casey, Day, y Howells, 2005). Principalmente, este modelo integra tres dimensiones interrelacionadas (Prochaska y Norcross, 2001): estadios de cambio, procesos de cambio y niveles de cambio, que a continuación se explicarán detalladamente.

En primer lugar, los estadios de cambio representan una dimensión temporal. Fueron identificados por DiClemente y Prochaska en 1982, en un estudio que comparaba sujetos fumadores divididos en dos grupos de tratamiento de deshabituación diferentes (Prochaska, DiClemente, Velicer, y Fava, 1988). Según los autores se identificaron 5 estadios de cambio:

1. *Precontemplación*: el sujeto no es consciente de la presencia de un problema y, en consecuencia, no existe deseo de cambio.

2. *Contemplación*: aparece la conciencia de problema inicial y, con ella, el deseo de cambio.

3. *Preparación para la acción*: el sujeto ha iniciado la puesta en marcha de acciones contra el problema, realizando intentos de modificación.

4. *Acción*: el sujeto realiza acciones claramente dirigidas a solucionar su problema y ya ha conseguido algunos éxitos.

5. *Mantenimiento*: el individuo ha conseguido modificar su conducta (durante al menos 6 meses) y utiliza estrategias para evitar una recaída.

El individuo no tiene que seguir, necesariamente, la misma secuencia de estadios, sino que puede oscilar de uno a otros, avanzando o retrocediendo a lo largo de un tratamiento.

Esta es la estructura más difundida y analizada del modelo transteórico, pero la categorización más conocida se ha resumido en solo cuatro de los anteriores estadios descritos (Prochaska y Norcross, 2001; Redondo, 2008): precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

La segunda estructura corresponde a los procesos de cambio que son las diferentes actividades o comportamientos, visibles o no, que los individuos suelen utilizar para modificar sus problemas. Estos se consideran los auténticos promotores del cambio y ayudan a entender cómo se produce un cambio intencionado. Dependiendo del estadio en el que se encuentren los sujetos, se utilizarán unos procesos de cambio u otros (Prochaska y Velicer, 1997). Es posible que una persona aplique los procesos de cambio espontáneamente sin haber participado en ningún tratamiento, pero son métodos que se pueden o se suelen enseñar dentro del marco de la intervención terapéutica.

Múltiples estudios han identificado los procesos de cambio que aparecen durante el cambio de conducta. Prochaska y DiClemente señalan 10 procesos básicos:

- *Aumento de la concienciación:* su objetivo fundamental es que el sujeto reciba o busque información relacionada con su problema.
- *Autoreevaluación:* el individuo valora el impacto que tiene la conducta problemática sobre sí mismo y reconoce los beneficios que obtendría solucionando su problema.
- *Reevaluación ambiental:* el individuo evalúa las consecuencias positivas que tendría dejar de llevar a cabo la conducta en sus relaciones personales, familiares y sociales.
- *Relieve dramático:* es la experimentación por parte del individuo de las sensaciones negativas derivadas del problema.

- *Autoliberación*: el individuo cree que puede tomar parte activa en el proceso de cambio de su problema, aumenta su capacidad para escoger y decidir.
- *Manejo de contingencias*: radica en una serie de estrategias conductuales que aumentan la probabilidad de que una actividad positiva para cambio suceda.
- *Relaciones de ayuda*: incorpora el respaldo social como elemento imprescindible para el cambio.
- *Contracondicionamiento*: estrategia que consiste en modificar las respuestas que el organismo del individuo produce ante los estímulos relacionados con la conducta problemática, creándose en su lugar una respuesta alternativa.
- *Control de estímulos*: consiste en evitar la exposición a estímulos, contextos o situaciones que pueden aumentar el riesgo de recaídas.

Si se observan atentamente los procesos de cambio mencionados anteriormente, se llega a apreciar que estos pueden dividirse en procesos experienciales y procesos conductuales. Por un lado, los procesos experienciales son aquellos que implican que el sujeto piense o sienta como le afecta a él y a los demás la conducta problema. Por otro, los procesos conductuales consisten en el conjunto de acciones que se realizan para modificar el problema o los cambios que se efectúan sobre el ambiente o contexto del sujeto para evitar las recaídas (Eckhardt, Babcock, y Homack, 2004).

Por último, encontramos los niveles de cambio, formados por el nivel situacional, el cognitivo, el interpersonal, el intrapersonal y los conflictos interpersonales (Prochaska, DiClemente, Velicer, y Fava, 1988). En psicoterapia se ha identificado que los problemas que tienen que ser modificados no afectan solo a un ámbito de la vida del individuo sino que acostumbran a afectar a cinco niveles de cambio establecidos por Prochaska y DiClemente (1984).

El nivel de cambio representa lo que tiene que ser modificado. Normalmente, el tratamiento se centra en uno o diversos de estos niveles, dado que se hace muy difícil incidir en cada uno de ellos sin repercutir en la extensión y el coste del tratamiento. A pesar de ello, dado que se supone que son niveles interdependientes, se presupone que el cambio en uno o diversos de estos niveles propiciará por sí mismo la modificación de aquellos a los que la psicoterapia no llega.

Finalmente, a finales de los años ochenta, gracias a nuevos avances en la investigación y teoría, se incorporaron al modelo los constructos de autoeficacia (confianza del individuo en su propia capacidad de éxito), tentación (el deseo que experimenta el sujeto de realizar la conducta problema en situación de riesgo) y balance decisorio (el análisis que realiza el individuo en relación a los pros y contras de modificar la conducta) (Gustavo y Cabrera, 2000).

A grandes rasgos, una de las afirmaciones básicas del modelo transteórico, pilar de la presente investigación, es que si el sujeto acepta voluntariamente realizar un tratamiento, tiene que estar situado en el estadio de Contemplación o Acción y que, a medida que avanza el tratamiento, la persona irá evolucionando de estadio en estadio. Son muchos los estudios realizados en el ámbito clínico, especialmente en relación al tratamiento de adicciones, que someten a comprobación este argumento. En una investigación realizada por un equipo español en el ámbito de las drogodependencias (Santos, González, Fons, Forcada, y Zamora, 2001) se estudió una muestra de 116 sujetos adictos a diferentes sustancias que realizaban un tratamiento ambulatorio. Se evaluó el estadio de cambio en el que se encontraban los sujetos antes del inicio del tratamiento y los procesos de cambio que utilizaban. Los resultados fueron congruentes con la teoría, ya que un 51% de los individuos se situaban en el estadio de Acción y un 30% en el de Precontemplación y Contemplación.

El modelo de Prochaska y DiClemente ha sido aplicado notoriamente en individuos que se encontraban en tratamiento de conductas adictivas, como son el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas. No obstante, su uso se ha ampliado a una gran diversidad de comportamientos y son numerosos los

estudios que se pueden encontrar en la literatura que relacionan el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente con otros tipos de problemáticas como control de peso, esquizofrenia, trastorno bipolar, estrés psicológico, conducta suicida, estrés postraumático, trastornos alimentarios, ansiedad, depresión y otros (Norcross, Krebs, y Prochaska, 2011).

Este modelo constituye, en primera instancia, una conceptualización global del proceso de cambio terapéutico. Pero, además, puede ser una herramienta útil para evaluar la motivación individual para el cambio de conducta, permitiendo adaptar la intervención al momento motivacional de cada participante (Prochaska y Norcross, 2001) y consiguiendo así la máxima eficacia del programa de intervención.

2.4.2 La relación entre la motivación para el cambio y la eficacia de los tratamientos

En lo que se refiere al campo de la delincuencia, el modelo transteórico ha sido utilizado en el marco de la evaluación y el tratamiento de infractores viales que conducen bajo los efectos de sustancias tóxicas (Nochajski y Stasiewicz, 2005; Wells-Parker, Kenne, Spratke, y Williams, 2000), delincuentes encarcelados (McMurrin, Theodosi, y Sellen, 2006), delincuentes juveniles (Hemphill y Howell, 2000), maltratadores de pareja (Alexander y Morris, 2008; Martínez y Pérez, 2009; Norcross, Krebs, y Prochaska, 2011; Scott y Wolfe, 2003), y agresores sexuales (Tierney y McCabe, 2002, 2004, 2005).

Concretamente se ha evaluado la relación que puede existir entre la motivación de los sujetos y el éxito del tratamiento, las tasas de abandono terapéutico o la necesidad de adaptación del tratamiento al individuo.

Aunque, como mencionan Tierney y McCabe (2002), gran parte de la discusión sobre la importancia de la motivación para el cambio y el éxito del tratamiento procede de la experiencia clínica, diversos estudios han encontrado una correlación positiva entre unos niveles más elevados de motivación terapéutica y mayor eficacia de la intervención (August y Flynn, 2007; Bowen y Gilchrist,

2004; Pelissier, 2007; Pereira de Oliveira y Malbieger, 2003; Terry y Mitchell, 2001; Tierney y McCabe, 2002).

Alexander y Morris (2008) analizaron una muestra de 210 maltratadores que tenían que cumplir un programa de tratamiento de 26 semanas por orden judicial. En este estudio encontraron que los sujetos que fueron clasificados como participativos, en lugar de no-motivados, presentaban mejoras en los niveles de depresión y ansiedades autoinformados, así como en el control de la ira. Sin embargo, Scott y Wolfe (2003), encontraron resultados similares sobre una muestra de 119 maltratadores que también realizaban un tratamiento en la comunidad.

Mediante un amplio meta-análisis sobre 39 estudios, que incluye una muestra de 8.238 individuos en terapia, se ha estimado qué capacidad predictiva tiene la motivación sobre los resultados positivos de la terapia. En este meta-análisis, se encontró una magnitud del efecto *d de Cohen* de 0,46, lo que indica que la motivación tiene una capacidad predictiva moderada de los efectos positivos del tratamiento (Norcross, Krebs, y Prochaska, 2011). Específicamente, respecto a los estudios realizados sobre maltratadores de pareja se encuentran magnitudes diversas del efecto, que abarcan un rango de entre $d=0,11$ a $d=0,63$, es decir, que la motivación tiene una capacidad predictiva de pequeña a moderada-alta.

En la misma dirección, algunos estudios han puesto de relieve que el éxito del tratamiento podría verse afectado si los sujetos tienen que realizarlo por orden judicial, en lugar de por voluntad propia. Según el modelo de Prochaska y DiClemente, los forzados mostrarían una clara negación del problema mientras que los segundos se mostrarían en el estadio de Contemplación o Acción (Shaw, Harkov, y Greer, 1995 citado en Tierney y McCabe, 2002; Pereira de Oliveira Junior y Malbieger, 2003). En este sentido, Bowen y Gilchrist (2004) estudiaron dos muestras de agresores domésticos diferenciadas por este motivo. Obtuvieron resultados opuestos entre ambos grupos, de manera que los agresores obligados por orden judicial presentaban bajo nivel de motivación, un locus de control externo y respuestas de ira generalizada. Estudios como este ponen de relieve una nueva cuestión referida a si ambos

grupos de sujetos tienen que realizar juntos el tratamiento. De esta combinación podrían derivarse dos situaciones inversas. Por un lado, que los individuos no-motivados dificulten la mejora de los motivados o, por el contrario, que estos últimos ayuden a cambiar a los que tienen mayor dificultad.

Otra cuestión relevante destacada por Marlatt (1989) hace referencia a la relación entre el nivel de motivación y la probabilidad de abandono prematuro del tratamiento (Tierney y McCabe, 2002). Esta relación se ha estudiado ampliamente en el ámbito de la psicoterapia, donde se han realizado más de 125 estudios en los últimos 30 años, dado que el elevado coste que supone constituye un inconveniente muy relevante en el contexto clínico. El abandono prematuro, que puede alcanzar hasta el 40%, común en cualquier tipo de tratamiento, implica que el sujeto no aprenda todas las herramientas que el tratamiento le puede ofrecer para producir el cambio conductual deseado y, como consecuencia, el éxito del objetivo de resocialización es más complicado.

Pellisier (2007) encontró, en una muestra de 251 agresores sexuales que tenían que cumplir un tratamiento en el centro penitenciario, que solo los individuos que completaban el programa de tratamiento tenían niveles de motivación más altos al finalizarlo. Además, los análisis determinaron que la finalización de los tratamientos se asociaba a un alto nivel motivacional al inicio del programa, a un nivel educativo superior y a haber iniciado el tratamiento solo a los tres meses de haber ingresado a prisión.

A pesar de ello, la investigación en esta área es contradictoria, incluso, se pueden encontrar estudios donde no se observa ninguna relación entre motivación y adherencia al tratamiento (Brodeur, Ronedau, Brochu, Lindsay, y Phelps, 2008). Esta contradicción podría deberse a la existencia de muchas otras variables que guardan relación con la adherencia al tratamiento o la finalización prematura de este. Por ejemplo, se han destacado diversas variables sociodemográficas y de historia criminal implicadas en este hecho, como un nivel educativo bajo, estar en situación de desempleo, bajo nivel adquisitivo, no estar casado o no tener hijos, consumo de sustancias tóxicas, historia criminal, situación legal o de medida penal impuesta, (Daly y Pelowski, 2000; Tollefson, Gross, y Lundahl, 2008). Y hay que tener en cuenta que

algunos trastornos psicopatológicos también se han identificado como predictores del abandono del tratamiento, especialmente, el trastorno límite y el de personalidad antisocial (Boira y Jodrá, 2010; Eckhardt, Holtzworth-Munroe, Norlander, Sibley, y Cahill, 2008).

Finalmente, una importante línea de investigación pone de relieve la necesidad de ajustar el tratamiento al nivel de motivación mostrado por el sujeto. Bajo este objeto de estudio se han propuesto diversas perspectivas. La primera de ellas sugiere que aumentar la motivación de los sujetos tendría que ser uno de los objetivos iniciales del tratamiento, siendo este el que se ocuparía de promoverla y desarrollarla (Day, Gerace, Wilson, y Howells, 2008; Grubin y Thornton, 1994; Tierney y McCabe, 2002, 2004).

La siguiente perspectiva, más restrictiva, defiende que solo tendría que incluirse en el tratamiento a aquellos sujetos genuinamente motivados por el cambio, ya que el individuo solo podrá beneficiarse de un tratamiento si cuenta con este prerrequisito (Harkins y Beech, 2007). La decisión genuina de asistir a un tratamiento solo se adoptaría si previamente se dan una serie de requisitos en los sujetos: reconocer la existencia del problema, darse cuenta de que uno mismo no puede resolverlo sin ayuda, y valorar que el cambio podría mejorar la calidad de vida actual (Echeburúa, 2004).

Por último, la última perspectiva propone que los objetivos de la intervención tendrían que ajustarse a la motivación del individuo (Clarke y Carter, 2000; Hanson, 2000; citados en Tierney y McCabe, 2004). Según un estudio realizado por Eckhardt, Babcock, y Homack (2004) sobre una muestra de 250 agresores domésticos, se concluyó que los individuos que inician el tratamiento en el estadio de precontemplación se beneficiarían de intervenciones que estuvieran centradas en el entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas y en el manejo de los cambios de humor, más que en procesos internos. En contraste, aquellos que no estuvieran motivados y negaran la presencia de un problema se beneficiarían de las técnicas de reestructuración cognitiva o empatía más que de las técnicas conductuales. En otros estudios como el de Brown et al. (1997) se puso de manifiesto que los hombres que presentaban menor probabilidad de abandonar el tratamiento eran aquellos

capaces de establecer la relación entre su problemática y los objetivos del tratamiento. De forma similar, Cadsky et al. (1996) concluyeron que los hombres que no percibían esta relación y tendían a negar que habían agredido a sus parejas o no veían la necesidad de seguir un tratamiento, acababan abandonando el tratamiento con mayor facilidad (Eckhardt, Babcock, y Homack, 2004).

La conclusión más general es que puede ser beneficioso prestar atención a la motivación para el cambio en los sujetos que tienen que llevar a cabo un tratamiento, ya que como se ha puesto de manifiesto con anterioridad, la motivación correlaciona positivamente con el éxito del tratamiento. De esta manera, el modelo transteórico y sus correspondientes escalas de evaluación pueden ser útiles para valorar la disposición al cambio de conducta en delincuentes participantes en un tratamiento (Tierney y McCabe, 2004).

3. Objetivos

Los principales objetivos de este estudio son:

- Evaluar la motivación para el cambio en una muestra de agresores de pareja que realizan el programa formativo en VIDO y los que no realizan ninguna intervención.
- Analizar las necesidades criminogénicas, especialmente las características psicopatológicas de la muestra, y su relación con la motivación para el cambio.
- Valorar si el nivel de riesgo de los sujetos de la muestra se relaciona significativamente con su disposición para el cambio.

Así mismo, un objetivo secundario del estudio es explorar en la muestra la existencia de diferentes perfiles de agresores de pareja atendiendo a sus características clínicas de personalidad.

3.1 Hipótesis

Atendiendo a la bibliografía revisada y a los objetivos de este estudio se plantean las tres hipótesis siguientes:

Hipótesis 1. Los individuos que realizan un programa formativo en violencia doméstica, se encontrarán en estadios de motivación iniciales (precontemplación o contemplación) en el momento previo a la realización del programa y, se situarán en estadios más avanzados (acción o mantenimiento) después de su finalización.

Hipótesis 2. Existe una relación significativa entre las necesidades criminogénicas y el nivel de motivación de los individuos.

Hipótesis 3. Existe una relación significativa entre el nivel riesgo de los individuos y el nivel de motivación que presentan en el momento previo a su participación en el programa formativo.

4. Material y método

4.1 Diseño experimental

El diseño de investigación de este estudio es un diseño de comparación intrasujeto e intergrupos.

El diseño intrasujeto permite evaluar la evolución de la motivación para el cambio de los individuos en un momento previo a la realización del programa (pretratamiento) y después de la realización del programa (postratamiento). De esta manera, se puede explorar si los individuos han avanzado en el estadio de cambio motivacional.

Por otro lado, el diseño intergrupos permite analizar la relación entre la disposición al cambio y el programa formativo. Mediante esta estrategia, se puede determinar si los posibles cambios en los estadios motivacionales se deben al desarrollo del programa formativo o no.

4.2 Participantes

La muestra de esta investigación está formada por 116 hombres que han sido condenados a cumplir una medida penal alternativa de programa formativo en Violencia Doméstica (VIDO).

Se trató de obtener un número similar de sujetos en ambos grupos (control y experimental) para realizar las comparaciones, pero por razones ajenas a la voluntad de las investigadoras (p. ej. abandono de los sujetos del programa formativo, negativa a continuar participando en la investigación, omisión de respuestas a los ítems de los cuestionarios, ingreso en prisión, etc.) ello no fue posible. Por este motivo, el total de sujetos de los que se pudo obtener toda la información relevante fue de 71 hombres. A pesar de ello, de los 45 sujetos restantes sí se obtuvo información sobre variables sociodemográficas, así como sobre algunas variables relacionadas con los estadios de cambio y escalas clínicas, por lo que se incluyeron estos sujetos a la hora de analizar descriptivamente la muestra.

A fin de poder contrastar las hipótesis planteadas, la muestra con toda la información disponible se dividió en dos grupos:

- Grupo de tratamiento: integrado por 48 agresores de pareja que realizaron un programa formativo de violencia doméstica como medida penal alternativa.
- Grupo control: formado por 23 agresores de pareja que cumplían una medida penal alternativa y que todavía no habían realizado el programa formativo en el momento en que se llevó a cabo la investigación.

4.3 El programa formativo en violencia doméstica aplicado en Girona

Teniendo en cuenta las diferencias observadas en los contenidos y orientaciones de los programas formativos, en función de la entidad que impartía el curso, tal como puso de manifiesto la investigación llevada a cabo en el Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada “Evaluación de los programas formativos aplicados desde la ejecución penal en la comunidad en delitos de violencia de género” (Pérez y Martínez, 2011), desde el Departamento de Justicia se decidió en 2011 realizar una revisión a fin de unificar criterios y crear un programa marco para dotar a todas las entidades de la misma metodología, contenidos y objetivos.

En octubre de 2011 se publicó el documento definitivo del programa marco de los programas formativos y de tratamiento de violencia de género. Este es el resultado del trabajo conjunto entre las entidades formadoras y los profesionales de la Subdirección General de Reparación y Ejecución Penal en la Comunidad.

Los destinatarios del programa son hombres que han sido condenados penalmente por hechos relacionados con violencia de género y que, como condición para la sustitución o suspensión de la pena, tienen que cumplir la obligación de participar en un programa formativo de tratamiento de la violencia de género.

La duración del programa es de 30 horas, distribuidas en 13 sesiones grupales de 2 horas semanales y 4 sesiones individuales consistentes en dos entrevistas de diagnóstico, una entrevista de seguimiento y una entrevista de cierre.

Los contenidos del programa formativo están directamente relacionados con aquellos factores de riesgo y de protección en los que los estudios en violencia doméstica han determinado que hay que incidir para conseguir un buen ajuste social de las personas sometidas a la medida. Aunque estos contenidos son comunes, el programa marco deja a criterio de los profesionales el tiempo de dedicación a cada uno teniendo en cuenta la composición del grupo, las dinámicas, etc.

Los contenidos establecidos son los siguientes:

1. Presentación y motivación para el cambio
2. Identificación y expresión de las emociones
3. Conciencia emocional
4. Distorsiones cognitivas. Género
5. Celos e independencia emocional
6. Violencia
7. Violencia física y técnicas de autocontrol
8. Violencia psicológica
9. Responsabilidad y mecanismos de defensa
10. Habilidades comunicativas – Asertividad
11. Resolución de conflictos
12. Empatía
13. Relación paterno-filial
14. Prevención de recaídas

En relación a los objetivos, más allá de dar respuesta a las demandas judiciales y la responsabilidad de la administración hacia la comunidad, el programa tiene como finalidad de intervención que el agresor asuma su responsabilidad en los episodios de violencia y acepte los principios básicos del tratamiento. Al mismo tiempo, se pretende eliminar las ideas irracionales en relación a la mujer y el uso de la violencia, adquirir habilidades sociales y de resolución de conflictos,

ofrecer herramientas para gestionar la ansiedad, el estrés y el control de la ira, así como fomentar la empatía hacia la víctima.

El cumplimiento del programa formativo por parte de una persona condenada, viene precedido en todos los casos por la intervención primera del servicio de medidas penales alternativas. Así, una vez el juez ha impuesto la medida, se remite la documentación judicial al equipo correspondiente en función de la zona de residencia de la persona condenada. Esta documentación es introducida en la base de datos de Justicia Juvenil y Medidas Penales Alternativas (JOVO) y es asignada a un delegado, también teniendo en cuenta la población donde el penado deberá cumplir con la medida.

El delegado estudia la documentación judicial y cita a la persona sometida a la medida para llevar a cabo una entrevista inicial donde se presenta el servicio y al delegado, se hace un encuadre de la situación judicial (qué pena se ha impuesto, tiempo de suspensión o sustitución de esta, condiciones a cumplir durante el periodo de suspensión o sustitución y las consecuencias que se pueden derivar del incumplimiento de la pena).

El siguiente paso dentro la entrevista con el delegado de referencia consiste en dar a conocer qué es el programa formativo, su duración y periodicidad, el lugar donde se impartirá, la previsión de fecha de inicio, e informar de su inscripción al curso y de que la entidad formadora se pondrá en contacto con él para las entrevistas de diagnóstico.

Posteriormente, se realiza la entrevista semiestructurada adaptada del Manual de Valoración del Riesgo de Violencia contra la Pareja (S.A.R.A), donde se explora:

- Área familiar
 - o Entorno familiar en la infancia
 - o Violencia en la familia de origen
 - o Violencia extrafamiliar

- Área Personal
 - Situación laboral - económica
 - Relaciones sentimentales - agresiones
 - Relaciones sentimentales - agresiones sexuales
 - Actitudes que justifican la violencia
 - Relación sentimental actual
- Área toxicológica
 - Antecedentes y situación de consumo actual
 - Antecedentes psiquiátricos y situación médica actual
- Historia penal – judicial
 - Antecedentes policiales, judiciales o ruptura de condenas
 - Reconocimiento o justificación o minimización de los hechos

Una vez extraída esta información personal y conjuntamente con el estudio de la documentación judicial, se determinan los factores de riesgo y de protección del penado y se realiza la valoración del riesgo de reincidencia.

Finalmente, el delegado informa a la instancia judicial sobre el inicio de la ejecución de la medida e inscribe a la persona condenada en el listado del curso a la espera de que la entidad formadora comunique al servicio las fechas de inicio. Si la persona condenada está inscrita en el programa formativo de violencia doméstica pero todavía no hay previsión de inicio del curso a corto plazo, el delegado llevará a cabo un seguimiento trimestral.

4.4 Instrumentos

4.4.1 Protocolo de recogida de datos sociodemográficos y criminológicos

Para llevar a cabo esta investigación, se recogió un amplio grupo de variables propias de cada sujeto (sociodemográficas y de carrera criminal) mediante una plantilla de recogida de datos diseñada *ad hoc*. Estas variables fueron seleccionadas en función de las conclusiones extraídas de la revisión bibliográfica y de la información disponible en los expedientes judiciales de estos infractores.

Esta información fue obtenida de diversas fuentes, principalmente, los informes sobre las entrevistas personales desarrollados por los miembros del equipo del Servicio de Ejecución de Medidas Penales Alternativas, los expedientes judiciales y sentencias, el aplicativo de gestión de expedientes de Justicia Juvenil y Medidas Penales Alternativas (JOVO), así como la consulta del Sistema Informático Penitenciario Catalán (SIPC).

4.4.2 Escala de Evaluación para el Cambio (URICA)

Para evaluar los estadios de cambio en que se encuentran los individuos se ha utilizado la Escala de Evaluación para el Cambio (McConaughy, Prochaska, y Velicer, 1983), también llamada escala SOCS o URICA. Esta herramienta se diseñó con el objetivo de evaluar los estadios de cambio postulados por el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (1982). El instrumento original se encuentra disponible en la página web del Cancer Prevention Research Centro de la Universidad de Rhode Island (EEUU), centro dirigido por James Prochaska. Para este estudio se utilizó una versión de la escala traducida al español que ya se ha utilizado en otros estudios (Redondo y Martínez-Catena, 2012a). La escala URICA es un autoinforme que consta de un total de 32 ítems que se refieren a creencias y disposiciones que puede tener el individuo sobre el problema que experimenta. Estos ítems se refieren a la conducta problema de manera general, mediante afirmaciones genéricas sobre “el problema” o “mi problema”. Los participantes tienen que valorar, en una escala de tipo Likert de

1 a 5 puntos, su grado de desacuerdo/acuerdo con el contenido de cada afirmación o ítem. Cada uno de los ítems se encuentra relacionado con los diferentes estadios de cambio del modelo de Prochaska y DiClemente, de manera que cada estadio se calcula mediante el sumatorio de 8 ítems.

A pesar de que son muchos los estudios que utilizan la escala URICA para valorar el nivel de motivación de las personas, esta todavía no ha sido validada y adaptada. Por este motivo en la bibliografía especializada se pueden encontrar diferentes métodos de corrección de la escala. En este estudio se han utilizado dos sistemas diferentes de corrección, el primero de ellos corresponde al sistema de corrección básico, donde después de realizar el sumatorio de los ítems se obtiene una puntuación de los cuatro estadios de cambio: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento, lo que permite conocer en qué estadio destaca el individuo (Callaghan y Taylor, 2006; DiClemente, Schlundt, y Gemmell, 2004; Hemphill y Howell, 2000).

El segundo sistema de corrección se obtiene a través de un logaritmo que ha sido utilizado en diversos estudios que utilizan esta escala (Callaghan, 2005), calculando el sumatorio de la media de contemplación, acción y mantenimiento, menos la media de la escala de precontemplación. Mediante este cálculo se obtiene una puntuación total que permite interpretar los resultados de la escala como un continuo donde, a mayor puntuación, mayor motivación para el cambio. Esta estrategia también permite recodificar la puntuación total en una medida nominal mediante el establecimiento de diferentes puntos de corte.

Finalmente, destacar que además en esta escala se incluyeron dos preguntas de autovaloración de los individuos. En la primera de ellas se pide a los sujetos que valoren su grado de reincidencia en las mismas conductas, donde los sujetos tienen que responder en un rango de 0 (ningún riesgo) a 10 (un alto riesgo de reincidir). Por último, con la segunda pregunta se pide a los sujetos que valoren en una escala de 0 (no ha mejorado nada) a 7 (ha mejorado mucho) en qué grado consideran que han mejorado globalmente como consecuencia del tratamiento recibido.

4.4.3 Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)

Para proceder al análisis de las características psicopatológicas de los sujetos de la muestra se ha utilizado el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) desarrollado por Leslie C. Morey (1991) y adaptado a la población española recientemente por TEA Ediciones (2011). El instrumento destaca por su relevancia en la evaluación clínica en el ámbito forense y se ha utilizado en numerosas investigaciones de ámbito internacional (Rogers, Jackson, y Kaminski, 2005; Wang et al., 1997; White, 1996). En esta investigación se ha utilizado el PAI en su versión de “screening” o abreviada, que consta de 165 ítems en la que el sujeto tiene que responder en qué grado es aplicable cada ítem en su caso en una escala tipo Likert (que va desde “falso” a “completamente verdadero”). Esta versión abreviada evalúa el perfil de un sujeto a través de 22 escalas principales:

- Cuatro escalas de validez para evaluar el grado de distorsión: *Inconsistencia, Infrecuencia, Impresión negativa e Impresión positiva.*
- Once escalas clínicas: *Quejas somáticas, Ansiedad, Trastornos relacionados con la ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos Límites, Rasgos antisociales, Problemas con el alcohol y Problemas con las drogas.*
- Cinco escalas relacionadas con la respuesta al tratamiento: *Agresión, Ideación suicida, Estrés, Falta de apoyo social y Rechazo al tratamiento.*
- Dos escalas sobre relaciones interpersonales: *Dominancia y Afabilidad.*

En relación a las propiedades psicométricas de la adaptación española de la versión abreviada del PAI, esta muestra tanto una buena consistencia interna media ($\alpha = 0,74$ para la muestra normal y $\alpha = 0,81$ para la muestra clínica) como temporal (coeficiente test-retest=0,82). Así mismo, la versión completa y la

abreviada, presentan un grado de correlación medio de 0,90 para la muestra normal y 0,93 para la muestra clínica.

4.5 Procedimiento

Para la realización de este estudio se han seguido una serie de fases que en términos generales estructuran la investigación en trabajo de campo, análisis y explotación de los datos y elaboración de conclusiones.

La primera fase de este estudio consistió en la comunicación y explicación del proyecto al coordinador y los miembros del equipo de Ejecución de Medidas Penales Alternativas de Girona, que ofrecieron una gran ayuda durante la fase del trabajo de campo. Posteriormente, se llevaron a cabo reuniones de coordinación regulares para tener conocimiento en todo momento de la previsión de realización de programas formativos. Sin embargo, se informó a las entidades formadoras (ADIPS y TD3 terapeutas) para obtener su colaboración durante la fase de recogida de datos.

La selección de la muestra se hizo siguiendo criterios de muestreo pragmático y se ajustó al modelo de *conveniencia*, es decir, teniendo en cuenta que la investigación no podía afectar a los ritmos de trabajo del servicio, se tenía que ajustar a las limitaciones temporales del estudio y al propio ritmo que marcara la propia ejecución de las medidas penales alternativas en los individuos implicados.

Inicialmente se extrajeron los listados de hombres que tenían que cumplir una medida de PF en violencia doméstica. Aquellos que todavía no habían iniciado ninguna intervención y que tenían que realizar su primera entrevista o, incluso una segunda entrevista, con el delegado judicial fueron seleccionados para formar parte del estudio y fueron evaluados en este momento.

La división de los sujetos en grupo experimental o control estuvo determinada por el inicio de los programas que se habían planificado. Los delegados judiciales inscriben a los penados en los próximos programas en función de su disponibilidad, población de residencia y de la valoración de riesgo. De esta manera, los primeros sujetos que participaron en los cursos pasaron a formar

parte del grupo experimental, mientras que aquellos que tenían que esperar a la realización de próximos cursos formaron el grupo control.

La fase de evaluación consistió en una evaluación pretratamiento y una evaluación postratamiento. Tal como se ha mencionado, la evaluación pretratamiento se realizó en la mayoría de los casos durante la primera entrevista con el delegado judicial de forma individualizada. En esta fase se informaba a los sujetos del estudio y se obtenía el consentimiento informado, y se hacía la aplicación del inventario PAI y de la escala URICA.

En la evaluación postratamiento se aplicaba solo la escala URICA. La aplicación de la prueba a los sujetos del grupo experimental se realizó en parte de los casos después de la finalización del programa formativo mediante una citación con el delegado judicial y, en otros casos, en la última sesión de PF gracias a la colaboración de los formadores de las entidades que los desarrollan. En el grupo control la aplicación se llevaba a cabo coincidiendo con una entrevista con el Servicio de Medidas Penales Alternativas y teniendo en cuenta que hubieran transcurridos tres meses desde la evaluación pretratamiento, para que el periodo entre ambas pruebas fuera el mismo que en el grupo experimental.

Paralelamente a la aplicación de pruebas a los sujetos, se hacía la recogida de datos sociodemográficos y criminales procedentes de las entrevistas personales realizadas a los sujetos, los expedientes judiciales y sentencias, el aplicativo informático JOVO, así como el aplicativo SIPC.

Una vez finalizado el trabajo de campo, se corrigieron las pruebas y se analizaron los datos mediante el programa estadístico *IBM SPSS Statistics 20*. La escala URICA fue corregida mediante los dos métodos mencionados en el apartado de Instrumentos de esta memoria.

4.6 Análisis de datos

Los datos de esta investigación se analizarán mediante el paquete estadístico *IBM SPSS Statistics 20*.

Como paso inicial, se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de las frecuencias de las variables sociodemográficas, criminológicas y de las escalas URICA y PAI para toda la muestra y para cada uno de los dos grupos (control y experimental). Como análisis previo sobre la escala URICA, se efectuó un análisis de fiabilidad mediante la exploración de las correlaciones que presentan las diferentes escalas y la obtención del coeficiente alpha de Cronbach para cada subescala.

Para poder contrastar la primera hipótesis, dado que finalmente la muestra fue reducida, se realizaron una serie de pruebas no paramétricas. Con el objetivo de hacer una comparación de las medias del nivel de motivación entre los diferentes grupos se aplicó la prueba U de Mann Whitney. Y a través de la prueba de Wilcoxon de los rangos con signo, se realizó la comparación intragrupos del nivel de motivación.

La contrastación de la segunda hipótesis se realizó a través de un conjunto de comparaciones múltiples entre las diferentes variables. Se aplicaron las pruebas apropiadas a las características de las variables (discretas, continuas, etc.). Se realizaron ANOVA, la prueba t de Student de comparación de medias, la prueba Kruskal Wallis, correlaciones de Spearman y correlaciones de Pearson.

La tercera hipótesis se contrastó con la aplicación de la prueba ANOVA de comparación de medias.

Respecto a la exploración de los diferentes perfiles de agresores según las puntuaciones obtenidas en el PAI, se siguen las indicaciones de Loinaz (2010). Se realizó un análisis de conglomerados con el método Ward a través de la distancia euclídea al cuadrado sobre las puntuaciones estandarizadas obtenidas en el PAI. Según la revisión realizada por Loinaz (2010) y su propio trabajo, este es el método más utilizado en la literatura.

Una vez identificados los diferentes perfiles, se aplicaron pruebas de ANOVA y Kruskal Wallis para comprobar si existían diferencias significativas en las escalas del PAI según los perfiles. Posteriormente, para analizar la relación entre los perfiles y la motivación se realiza una ANOVA y tabla de contingencia con el estadístico de chi-cuadrado.

Finalmente, destacar que para todos los análisis en los que se realizaban comparaciones múltiples, se ha aplicado la corrección de Bonferroni para evitar el aumento del error de tipo I.

5. Resultados

5.1 Análisis preliminares

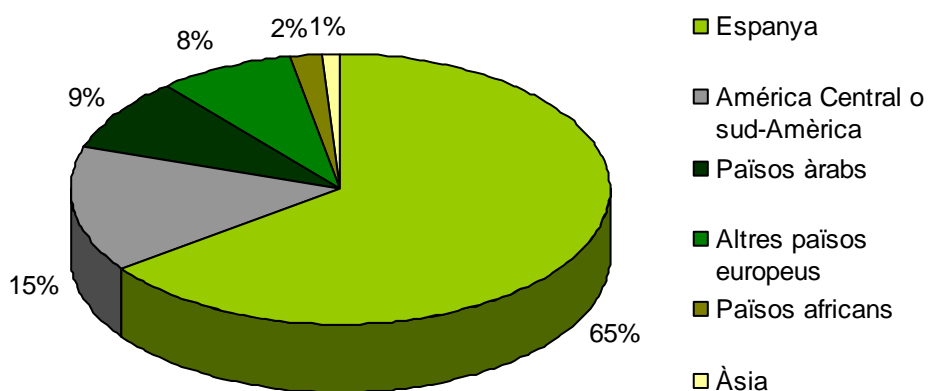
5.1.1 Descripción de la muestra

Primeramente se realiza un estudio respecto a los datos sociodemográficos más relevantes de los participantes de la investigación y, a continuación, se distribuyen los resultados obtenidos.

La muestra estudiada en la presente investigación está formada por hombres con una edad media de 39,77 años (DS= 9,51; Min. 24/ Máx. 66), todos ellos con residencia en el momento de cumplimiento de la medida en la provincia de Girona y con una media de hijos de 1,75.

En el gráfico 2 se observa el territorio de origen de los sujetos de la muestra. El 65% de la muestra son nacidos en España, y de estos un 31%, en Cataluña. El resto de los sujetos de la muestra procede de América Central o del Sur (15%), países árabes (9%), otros países europeos (8%), países africanos (2%) y Asia (1%). De todos ellos, un 4,3% se encuentran en situación irregular en el país.

Gráfico 2. Territorio de origen de los sujetos de la muestra



Respecto al nivel de estudios alcanzado, del 42% de la muestra analizada no consta la información. Del resto, del que sí se exploró este dato, podemos concluir que, mientras que el 28% finalizó los estudios primarios, un 10% tienen estudios secundarios, un 9% han realizado un ciclo formativo o profesional, un 5% ha finalizado el bachillerato, un 4% tiene estudios universitarios y, un 2% presenta analfabetismo.

En relación a la profesión de los sujetos, cabe destacar que la mayoría de ellos se dedican a oficios que requieren cualificación baja o media tales como el ámbito de la construcción, transporte, mecánica u hostelería. Así, se ha observado que del total de los participantes, un 55% han tenido una vida laboral estable. Actualmente, un 21% de ellos está desempleado y de los sujetos que no presentan una historia laboral estable (45%), un 30% también están desempleados.

Si atendemos al nivel de ingresos de la muestra, el 17% manifiesta no contar con ningún tipo de ingresos económicos y el 32% está recibiendo algún tipo de ayuda económica –especialmente la prestación por desempleo (30%) o PIRMI (6%). Por el contrario, un 42% de la muestra cuenta con un nivel de ingresos medio y un 3% con un nivel alto.

En relación a la salud de los sujetos, un 86% no sufre ninguna incapacidad ni enfermedad crónica diagnosticada, mientras que el 6% informa de estar diagnosticado de una enfermedad física y un 4% de un trastorno mental. Por otro lado, se observa que el 16% de la muestra se encuentra vinculado a algún servicio de desintoxicación, normalmente un Centro de Atención y Seguimiento de Drogodependencias, un 6% a un Centro de Salud Mental y un 8% recibe asistencia por parte de los Servicios Sociales del territorio.

Por último, si atendemos al consumo de tóxicos de los sujetos a lo largo de su vida, un 60% no ha sido consumidor de ningún tipo de sustancias que generan adicción mientras que un 20% informó de que sí lo había sido con anterioridad y un 12% que lo era en el momento de la evaluación. Las sustancias consumidas mayoritariamente son alcohol (62%), cocaína (8%), tetrahidrocannabinol (3%) y heroína (3%), y en un 25% de estos casos los

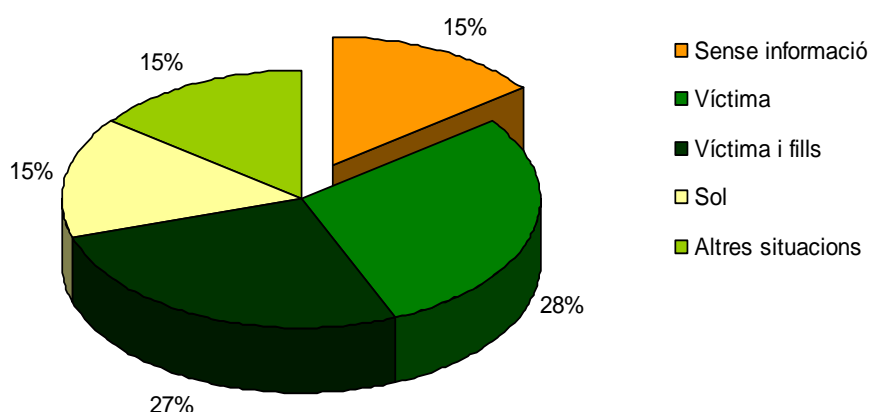
sujetos presentaban policonsumo de estas sustancias. Cabe destacar que un 26% de la muestra relaciona el delito motivo de la condena actual con el consumo de sustancias tóxicas en aquel momento.

Si nos centramos en el estudio descriptivo de los diferentes aspectos relacionados con el delito se obtienen los siguientes datos.

El tiempo que ha transcurrido entre el momento de los hechos y la resolución de la condena es de una media de 13,41 meses (DS=20,36; Mín.=0/Máx.=120), la condena a prisión es de una media de 9,35 meses (DS=5,33; Mín. 3/Máx. 24) y la media de suspensión de la condena de 25,23 meses (DS=7,97; Mín. 0/Máx. 60). Un 93% de los sujetos fueron condenados. Del total de los sujetos, un 27% tenían antecedentes penales por la comisión anterior de un delito (45% por otro delito de violencia doméstica, 12% por delitos contra las personas, 9% por delitos contra la propiedad y 34% por otros tipos de delitos). De estos últimos, 6 sujetos contaban con un ingreso en prisión anterior y la media de edad del primer ingreso era de 32 años (DS=9,01; Mín. 20/Máx. 42).

Centrándonos en el delito que motiva la condena a la realización de un Programa Formativo en materia de violencia doméstica, se puede observar que en el momento de los hechos el 18% de los hombres estaban casados con la víctima y un 9% se encontraban en medio de un proceso de separación. Respecto al núcleo de convivencia en aquel momento, teniendo en cuenta que falta información en el 15% de los casos, de los informados, el 29% convivía con la pareja víctima del delito, el 27% lo hacía también con los hijos, el 15% vivía solo y el 15% vivía en otras situaciones como por ejemplo con los padres o compartían piso con amigos (Gráfico 3).

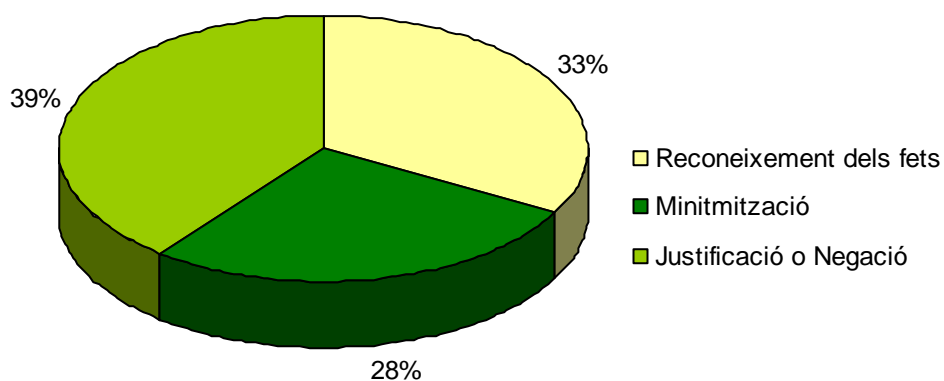
Gráfico 3. Núcleo de convivencia en el momento de comisión del delito



Actualmente, de este grupo, un 29% vive solo, un 20% lo hace con una nueva pareja e hijos, y un 33% lo hace en otras situaciones. Cabe destacar que solo un sujeto refirió convivir con la víctima del delito. A la hora de valorar este hecho hay que tener en cuenta que la mayoría de sujetos todavía cuentan con la orden de alejamiento de la víctima vigente. En la actualidad, el 37% de la muestra no tiene pareja, el 27% tiene una nueva pareja y el 4% sigue teniendo una relación sentimental con la víctima del delito.

En relación al posicionamiento de los sujetos ante el delito, un 31% relata los hechos sin que existan discrepancias con la redacción de la sentencia, un 26% minimiza los hechos y un 37% los justifica o niega que hayan ocurrido (Gráfico 4).

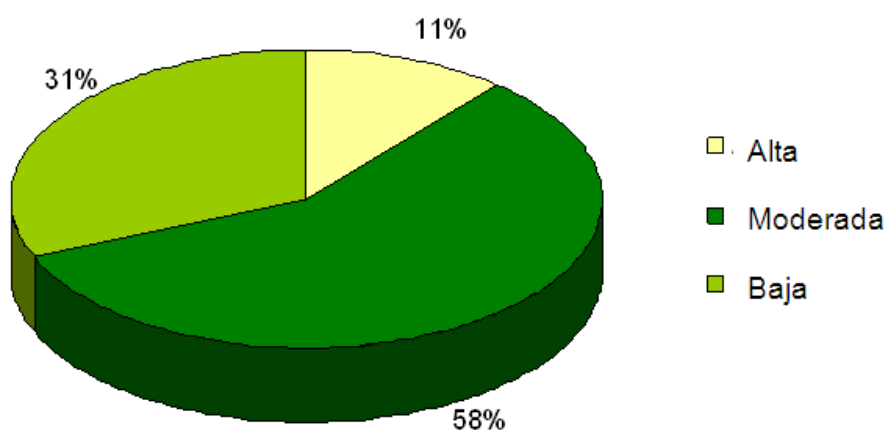
Gráfico 4. Posicionamiento de los sujetos ante los hechos



De los hechos descritos en la sentencia, el 38% presenta violencia física, el 31% violencia verbal y el 28% presenta violencia física y verbal. En el 75% de los casos se trata de un hecho puntual y aislado, y en la mayor parte de los casos no se requirió intervención por parte de los Cuerpos de Seguridad (71%) ni de servicios médicos o psicológicos (67%). De la totalidad de los casos estudiados, en el 16% el hombre utilizó un arma (arma blanca) u otro tipo de objeto (palos, cinturones...) para infligir la violencia.

Por último, en relación a la valoración realizada por el Servicio de Ejecución de Medidas Penales Alternativas respecto al riesgo de reincidencia de los sujetos condenados (Gráfico 5), se observa que el 31% de la muestra fue valorada como riesgo bajo de reincidencia, el 57% como moderado y el 11% como riesgo alto.

Gráfico 5. Valoración del riesgo de reincidencia de los sujetos de la muestra efectuada por el Servicio de Ejecución de Medidas Penales Alternativas



5.1.2 Resultados descriptivos del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)

Del total de la muestra (n=116), contestó el PAI el 90,5% de los sujetos (n₂=105). A fin de asegurarnos de que la información obtenida mediante esta prueba era válida, se procedió a identificar a aquellos sujetos que obtuvieron puntuaciones extremas en cualquiera de las tres siguientes escalas que

evalúan la distorsión de respuesta, tal como refiere el manual de corrección e interpretación:

Inconsistencia: Puntuación Transformada ≥ 75

Infrecuencia: Puntuación Transformada ≥ 75

Impresión Negativa: Puntuación Transformada ≥ 101

Para los posteriores análisis, se omitieron estos sujetos con puntuaciones transformadas (TP) superiores a las mencionadas. Excepcionalmente, no se eliminaron aquellos casos donde la PT obtenida en la escala *Impresión positiva* fue superior a 65, dado que algunos estudios señalan que puede constituir una variable relevante implicada en la eficacia del tratamiento. En relación a la escala *Impresión positiva*, el manual de corrección informa que puntuaciones altas indican que la persona ha intentado ocultar defectos que la mayoría de las personas admitirían y, por lo tanto, que se tienen que extremar las precauciones a la hora de interpretar el resto de escalas, hecho que se ha considerado a la hora de interpretar los datos.

Finalmente, se dispuso de un 74,13% (86 casos) del total de la muestra con perfiles válidos en el PAI. La Tabla 3 muestra la puntuación media en cada escala clínica, relacionada con el tratamiento y de relación interpersonal para toda la muestra y para el grupo control y experimental. Cabe decir que no se incluyó la escala *Estrés* que contiene la versión abreviada española del PAI, a fin de respetar la versión original y permitir la comparación de nuestros resultados con los obtenidos en otras investigaciones internacionales.

Tabla 3. Resultados descriptivos del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) para el conjunto de la muestra y para los grupos de estudio

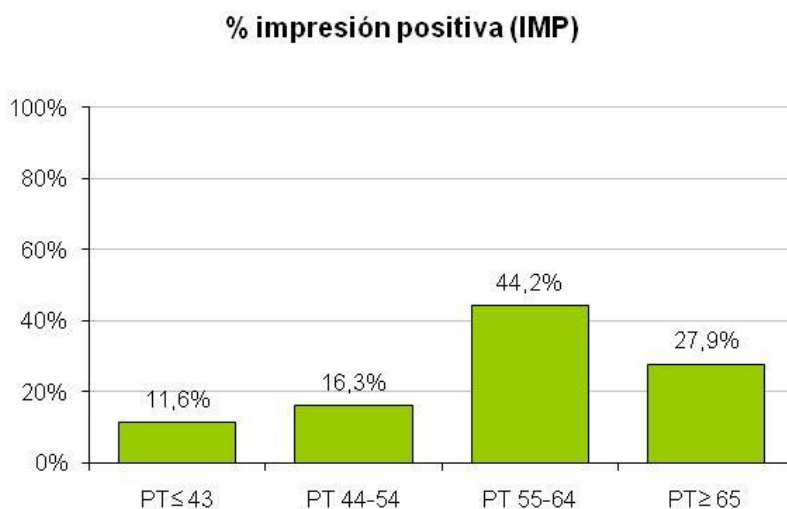
	Toda la muestra		Grupo Control		Grupo Experimental	
	M	DE	M	DE	M	DE
Escalas Clínicas						
SOM	49,75	9,35	51,59	10,53	48,59	8,28
ANS	48,62	9,49	49,91	10,82	47,65	8,34
TRA	54,54	10,68	55,70	10,69	53,67	10,71
DEP	50,60	10,36	52,97	12,04	48,81	8,59

	Toda la muestra		Grupo Control		Grupo Experimental	
	M	DE	M	DE	M	DE
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
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
Escalas relacionadas con el tratamiento						
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
Escalas de relación interpersonal						
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=Somatización; ANS=Ansiedad; TRA=Trastornos relacionados con la ansiedad; DEP=Depresión; MAN=Manía; PAR=Paranoia; ESQ=Esquizofrenia; LIM=Rasgos límites; ANT=Rasgos antisociales; ALC=Problemas con el alcohol; DRG=Problemas con las drogas; AGR=Agresión; SUI=Ideación suicida; FAS=Falta de apoyo social; RTR=Rechazo al tratamiento; DOM=Dominancia; AFA=Afabilidad

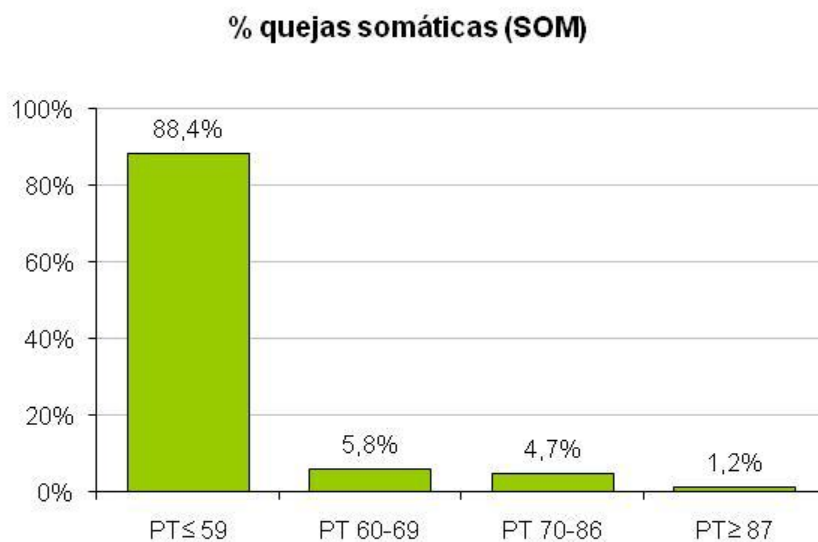
A continuación se presenta gráficamente la distribución de las puntuaciones en las principales escalas del PAI para toda la muestra.

Gráfico 6. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Impresión positiva*



La escala *Impresión positiva* (IMP) nos permite detectar aquellos sujetos que tratan de dar una imagen positiva de sí mismos. Esta distorsión puede darse porque los sujetos en realidad no poseen las características negativas que evalúa la prueba, están intentando falsear sus respuestas, o bien no son conscientes de su problemática. Como se puede apreciar en el gráfico 6, un 44,2% de la muestra presenta puntuaciones transformadas (PT) que oscilan entre 55 y 64, lo que quiere decir que estos sujetos tienden a minimizar los problemas o defectos comunes, además de mostrar una cierta defensividad. Resulta también destacable que casi un 30% de los sujetos de la muestra obtengan PT superiores a 65, cuando solo un 6,4% de casos no clínicos obtienen puntuaciones en este rango en la muestra utilizada para la adaptación de la prueba a la población española. Como ya se ha comentado anteriormente, hay que tener en cuenta la posibilidad de que el resto de escalas del PAI muestren una puntuación más baja de la que realmente se obtendría dada esta tendencia minimizadora.

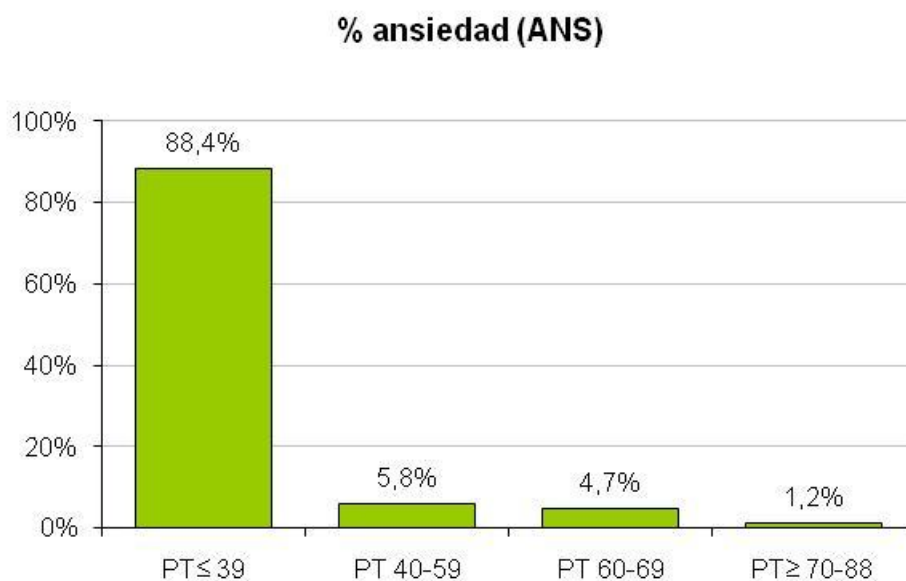
Gráfico 7. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Quejas somáticas*



La escala *Quejas somáticas* (SOM) evalúa el grado de preocupación sobre problemas físicos y de salud, así como el grado de deterioro percibido como consecuencia de la sintomatología somática (Gráfico 7). Como se puede apreciar, el 88,4% de los sujetos evaluados son personas con pocas quejas corporales y son percibidos por los demás como optimistas, activos y eficaces.

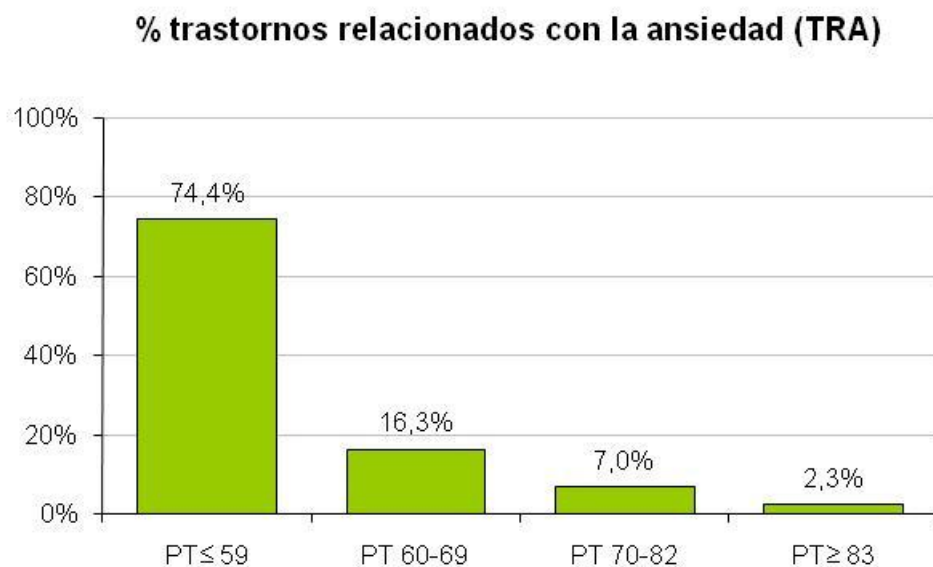
Por otro lado, un 5,9% de la muestra presenta puntuaciones por encima de 70, que indica la presencia de preocupaciones importantes sobre la salud y las quejas somáticas.

Gráfico 8. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Ansiedad*



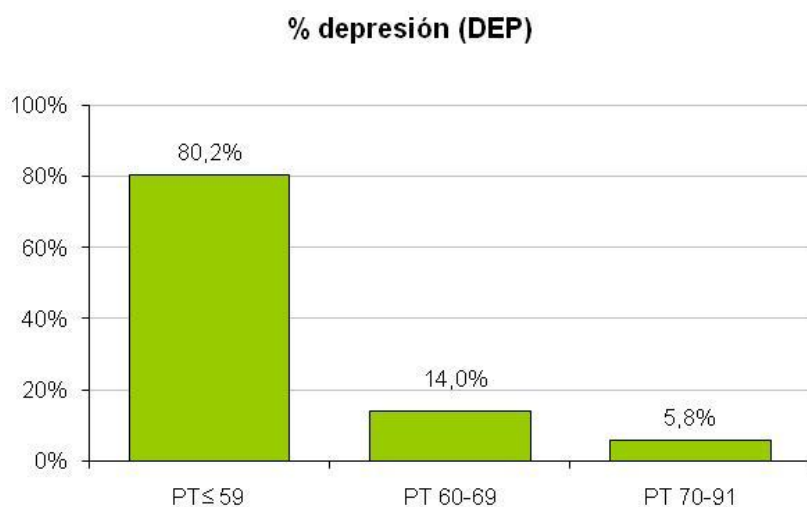
La escala de *Ansiedad* (ANS) evalúa el grado de tensión y emoción negativa que un sujeto puede manifestar cognitiva, emocional y fisiológicamente. Como se puede apreciar en el gráfico 8, el 15,1% presenta puntuaciones por debajo de 39, lo que indica que podría tratarse de personas con tendencia a la temeridad en determinadas situaciones. En contraste, un 72,1% de la muestra presenta pocas quejas de ansiedad. Finalmente, un 12,8% de los participantes podrían estar experimentando ciertos problemas de estrés o ansiedad, ya que obtienen PT iguales o superiores a 60.

Gráfico 9. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Trastornos relacionados con la ansiedad*



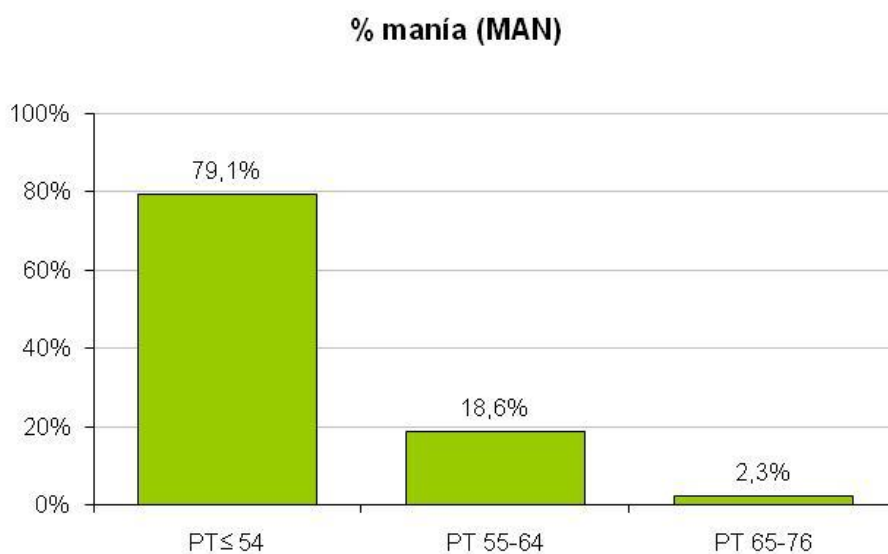
A diferencia del anterior, la escala *Trastornos relacionados con la ansiedad* (TRA) evalúa de manera general el grado de manifestación de la ansiedad a nivel conductual. Casi el 75% de la muestra obtiene puntuaciones inferiores a 59, lo que indica que son personas que experimentan poco malestar y son percibidas como seguras de sí mismas, flexibles y serenas cuando se encuentran bajo presión. Es destacable que un 7% de los sujetos se caracterizan por parecer inseguros, preocupados e incómodos en situaciones sociales, mientras que un 2,3% se muestran como personas constantemente preocupadas y presentan mecanismos de afrontamiento inadecuados para controlar la ansiedad en su funcionamiento cotidiano (Gráfico 9).

Gráfico 10. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Depresión*



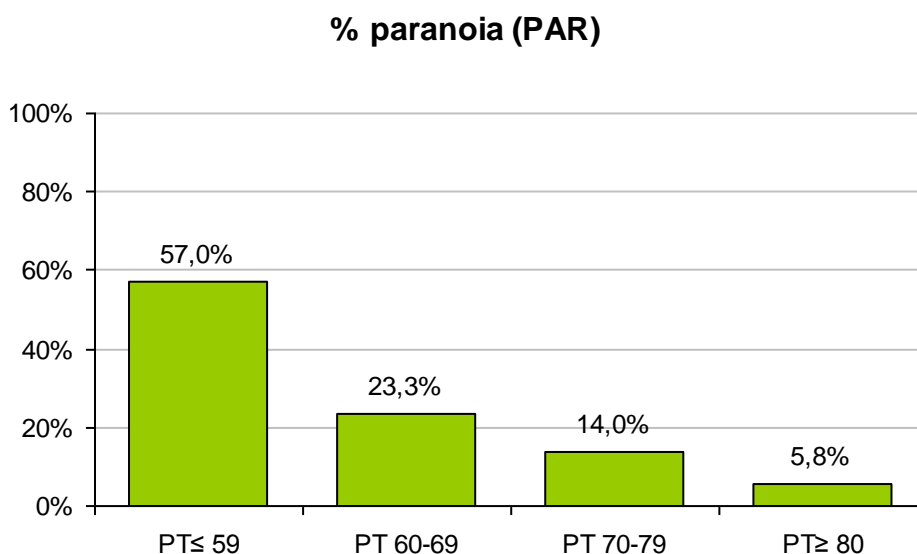
La escala *Depresión* (DEP) evalúa sintomatología depresiva, así como su grado de severidad. Por un lado, en el gráfico 10 se observa que un 14% de la muestra presenta poca confianza en sí misma, tiende a ser sensible y pesimista, y es infeliz en ciertos momentos. Por otro lado, tenemos un 5,8% de los sujetos con puntuaciones entre 70 y 91, que se puede interpretar como que son individuos infelices y tristes la mayor parte del tiempo, y son percibidos por los demás como sujetos deprimidos e insatisfechos.

Gráfico 11. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Manía*



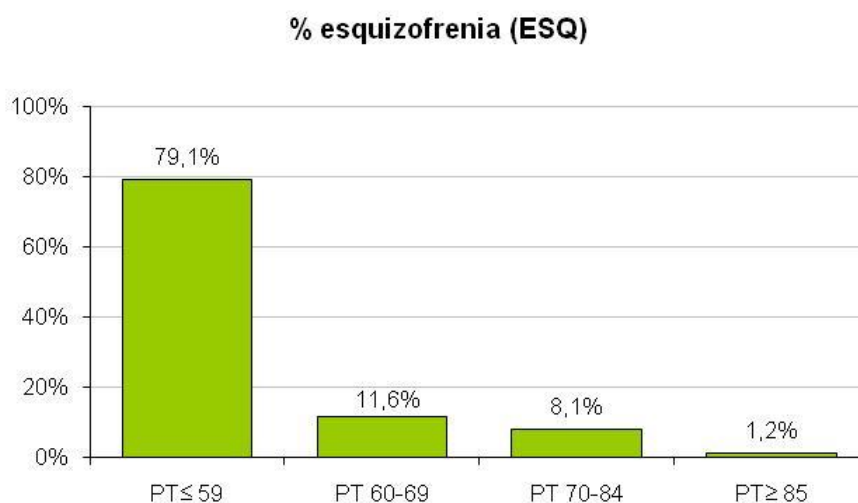
La escala *Manía* (MAN) evalúa la sintomatología clínica asociada a la manía y la hipomanía. Las puntuaciones iguales o superiores a 65 indican inquietud, impulsividad y un alto grado de energía; estas personas son percibidas como antipáticas, malhumoradas y temperamentales, lo que se observa en un 2,3% de la muestra de estudio (gráfico 11).

Gráfico 12. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Paranoia*



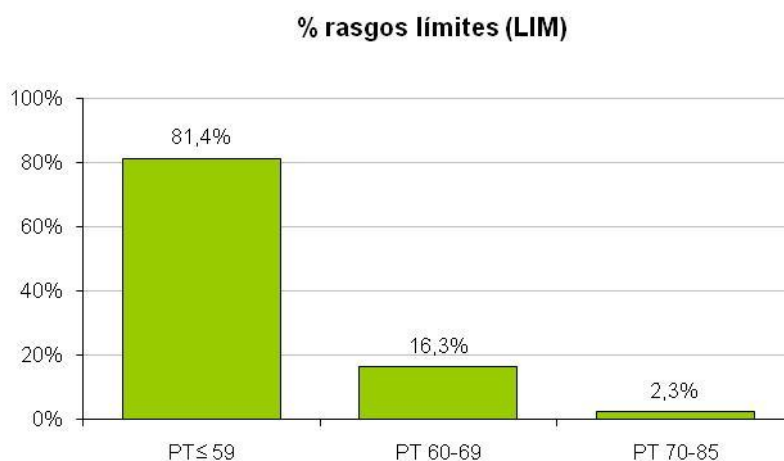
La escala *Paranoia* (PAR) evalúa la hostilidad y la falta de confianza, así como la hipervigilancia, el control excesivo y la tendencia al resentimiento. Como se puede observar en el gráfico 12, un 23,3% de los sujetos obtiene puntuaciones entre 60 y 69, que sugieren que son personas susceptibles, inflexibles y recelosas. El 14% de la muestra se caracteriza por la suspicacia, la hostilidad, la desconfianza y la baja sociabilidad. Es destacable que casi un 6% de la muestra obtenga puntuaciones superiores a 80, indicativo de que son personas resentidas y celosas, y también pueden presentar ideación delirante de referencia, persecución o grandiosidad.

Gráfico 13. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Esquizofrenia*



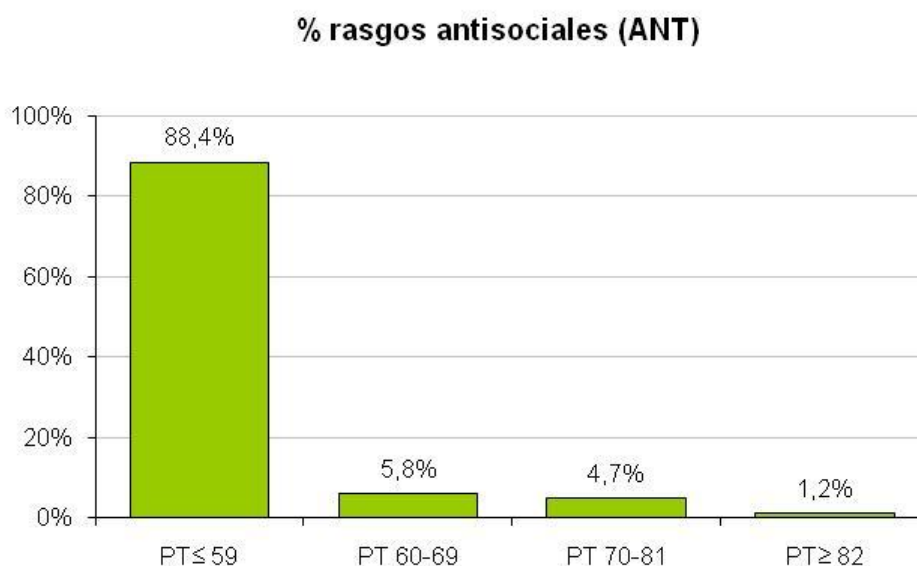
La escala *Esquizofrenia* (ESQ) está diseñada para detectar sintomatología asociada a la esquizofrenia, como creencias o percepciones extrañas, baja competencia social, incapacidad para disfrutar de las relaciones sociales, problemas de atención, de concentración y de procesos de asociación. Lo más destacable son aquellos sujetos con puntuaciones superiores a 70. Así, tenemos un 8,1% de la muestra que presenta un probable aislamiento, con sentimientos de incompreensión y rechazo, además de posibles dificultades de pensamiento, concentración y toma de decisiones. Las puntuaciones por encima de 85, que corresponden al 1,2% de la muestra, indican la posible presencia de sintomatología psicótica activa (Gráfico 13).

Gráfico 14. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Rasgos límites*



La escala *Rasgos límites* (LIM) evalúa características asociadas al Trastorno Límite de la Personalidad y de otro tipo, como son la falta de control sobre las emociones y la ira, problemas de identidad y valores, relaciones con los demás y conductas perjudiciales para uno mismo. En general, como se observa en el gráfico 14 la muestra no obtiene puntuaciones extremas (PT superior a 86), pero sí que se observa que un 2,3% de los agresores de pareja obtienen puntuaciones iguales o superiores a 70, lo que indica que se trata de personas impulsivas, emocionalmente inestables, suspicaces, ansiosas y con problemas para mantener relaciones cercanas.

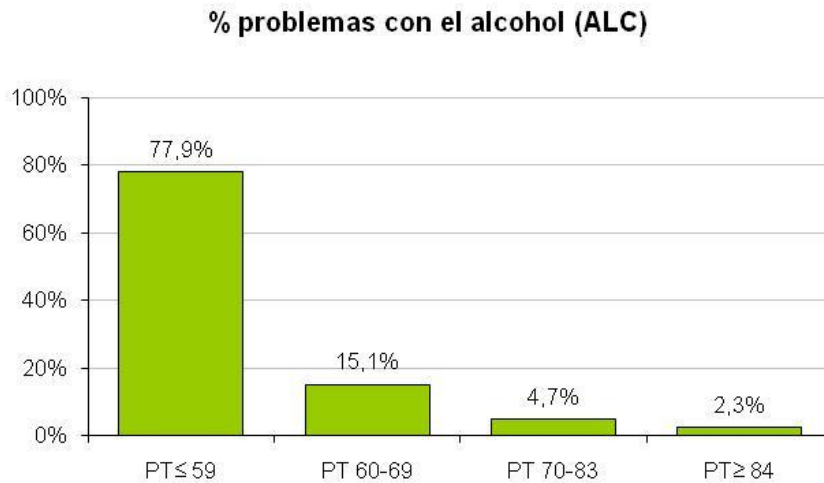
Gráfico 15. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Rasgos antisociales*



La escala *Rasgos antisociales* (ANT) evalúa rasgos y características relacionadas con el Trastorno Antisocial de la Personalidad y la Psicopatía. Al contrario de lo que se podría pensar, dado que se trata de una muestra de agresores de pareja, casi el 90% de la muestra obtiene puntuaciones inferiores a 59, que indica que son personas que mantienen relaciones cálidas y cercanas con el resto de la gente, así como capacidad para controlar su comportamiento y los impulsos. Por el contrario, tenemos un 5,8% de sujetos que tienden a la impulsividad y temeridad, egocentrismo, desinhibición, escepticismo y baja sensibilidad en las relaciones con los demás. Un 4,7% de los agresores obtiene puntuaciones por encima de 70, lo que indica presencia de impulsividad, hostilidad, dificultades en las relaciones interpersonales y, muy

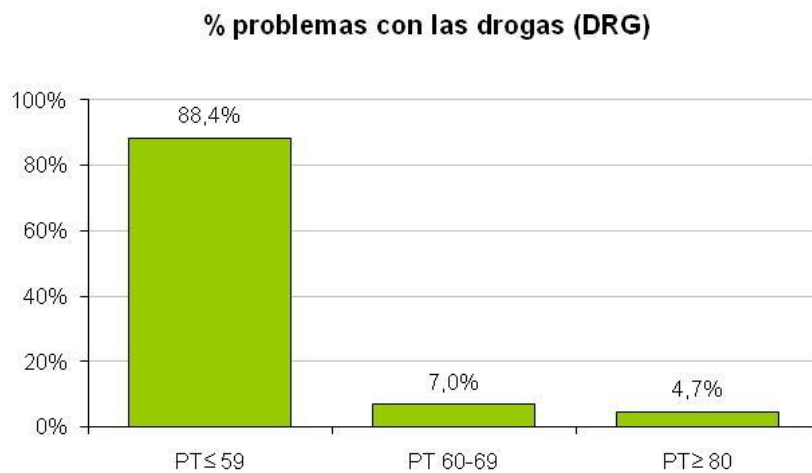
probablemente, una historia de conducta antisocial. Finalmente, solo un 1,2% de la muestra obtiene puntuaciones indicativas de un posible Trastorno Antisocial de la Personalidad (Gráfico 15).

Gráfico 16. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Problemas relacionados con el alcohol*



La escala de *Problemas con el alcohol* (ALC) evalúa los comportamientos y las consecuencias asociadas al consumo, abuso y dependencia del alcohol. En este caso, las puntuaciones más significativas son aquellas iguales o superiores a 70, que corresponden al 7% de la muestra. Estos sujetos presentan problemas asociados a un abuso o dependencia del alcohol en la actualidad o en el pasado, tales como problemas interpersonales, laborales o de salud (Gráfico 16).

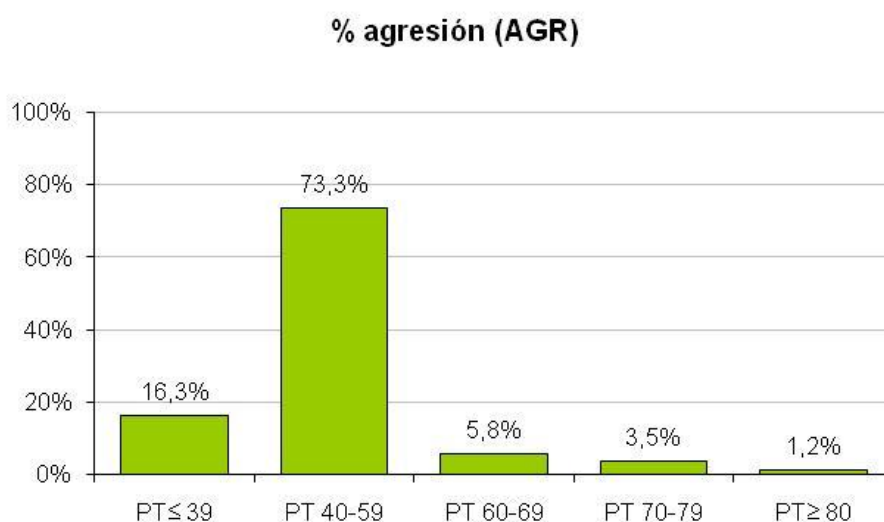
Gráfico 17. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Problemas con las drogas*



La escala de *Problemas con las drogas* (DRG) evalúa los comportamientos y las consecuencias asociadas al consumo, abuso y dependencia de las drogas (excluyendo el alcohol, que ya se valora en la escala ALC). Se puede observar en el gráfico 17 que un 7% de la muestra presenta algún tipo de consumo habitual, con la posible problemática asociada a este consumo. No se obtienen puntuaciones dentro del rango de puntuaciones entre 70 y 79, pero casi un 5% de la muestra presenta puntuaciones extremas iguales o superiores a 80, lo que es indicativo de una situación de drogodependencia.

Hay que tener en cuenta que algunos ítems están relacionados con el reconocimiento de comportamientos delictivos, lo que podría implicar falta de sinceridad si se realiza la evaluación en el contexto forense.

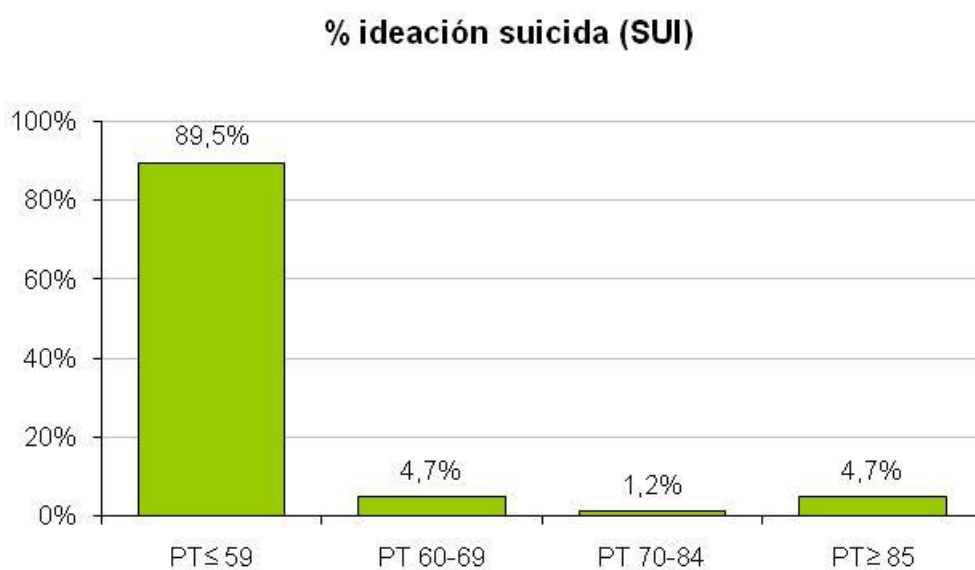
Gráfico 18. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Agresión*



La escala *Agresión* (AGR) hace referencia a comportamientos y actitudes tendentes a la agresividad, la ira y la hostilidad. Como la escala ANT, se podría pensar que, por las características de la muestra, se obtuvieran puntuaciones elevadas en la escala AGR. En contra de esta idea, se puede observar que el 89,6% de los participantes presenta puntuaciones inferiores a 60, lo que es indicativo de una capacidad razonable para controlar las manifestaciones de ira y hostilidad. Aquellas personas con puntuaciones entre 60 y 69 (un 5,8% de la muestra), se caracterizarían por ser impacientes, irritables y enfadarse con facilidad. Las puntuaciones más elevadas dentro este rango indican facilidad para sentirse provocado por los demás. Un 3,5% de los sujetos presenta una

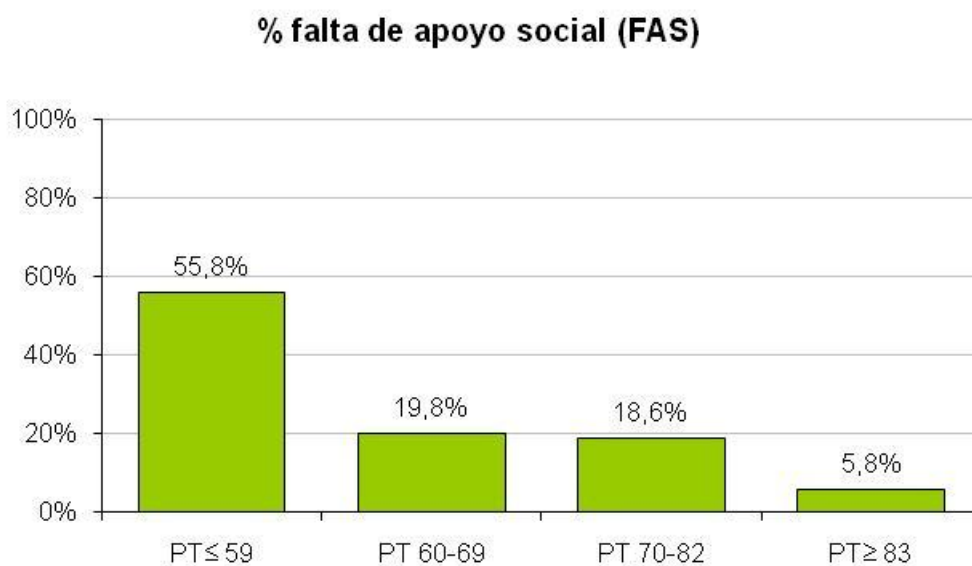
gran probabilidad de estar furiosos la mayor parte del tiempo, así como la tendencia a expresar de forma incontrolada su ira y hostilidad. Finalmente, solo un 1,2% de la muestra presenta un nivel importante de ira y una conducta potencialmente agresiva, además de una alta probabilidad de presentar una historia de comportamiento agresivo (Gráfico 18).

Gráfico 19. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Ideación suicida*



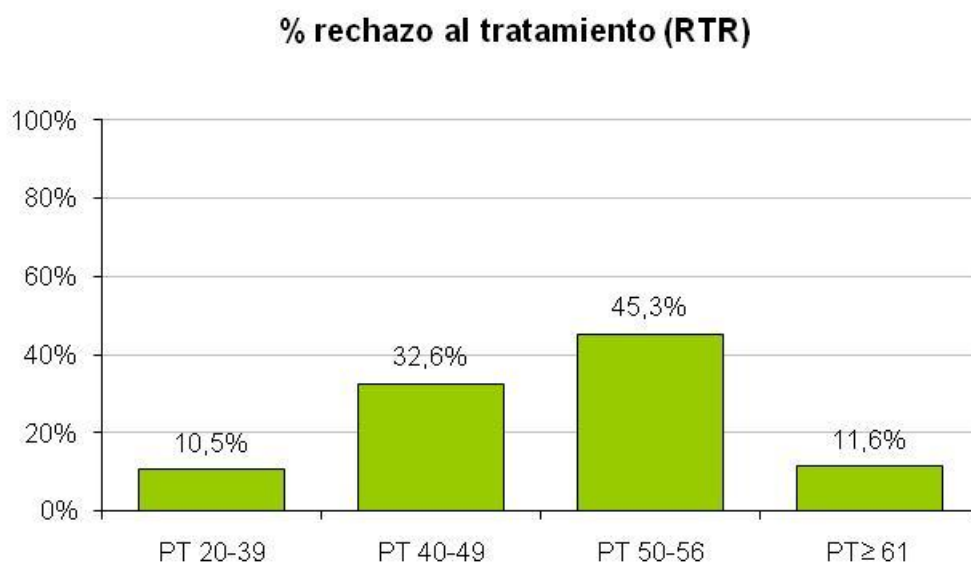
La escala *Ideación suicida* (SUI) evalúa la presencia de pensamientos e ideación relacionados con la muerte y el suicidio. Las puntuaciones más significativas son aquellas iguales o superiores a 70. Se puede observar en el gráfico 19 como un 1,2% de la muestra puntúa dentro del rango entre 70 y 84, lo que indica que existe una ideación suicida a tener en cuenta y se podría entender como un intento de pedir ayuda. Lo que es destacable en este caso es que un 4,7% de los sujetos de la muestra presenta puntuaciones extremas iguales o superiores a 85, lo que refleja que estas personas están desesperadas, se sienten inútiles y rechazadas y presentan una alta probabilidad de suicidio que se llevará a cabo en breve.

Gráfico 20. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Falta de apoyo social*



La escala *Falta de apoyo social* (FAS) hace referencia a la percepción que tiene el sujeto sobre el apoyo social recibido. Cuanto más bajas son las puntuaciones, mayor apoyo social percibe la persona. Como se puede observar en el gráfico 20, más de la mitad de los participantes indican la presencia de vínculos estrechos por parte de familiares y amigos. Casi un 20% de la muestra percibe que tiene pocas amistades íntimas o que estas no son satisfactorias. Un 18,6% obtiene puntuaciones iguales o superiores a 70, lo que indica una percepción de falta de apoyo, con relaciones familiares distantes o conflictivas, y relaciones de amistad que no son capaces de proporcionar el apoyo necesario. Finalmente, un 5,8% de la muestra obtiene puntuaciones extremas que reflejan la ausencia de apoyo social percibida por el sujeto, que tiende a ser muy crítico con él mismo y los demás, a tener dificultades para afrontar situaciones difíciles y a sufrir estrés.

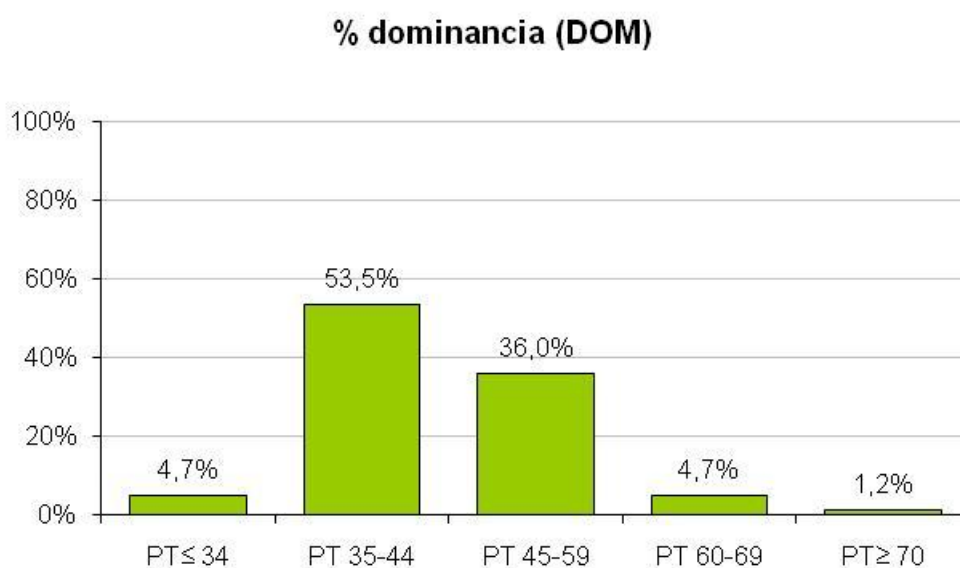
Gráfico 21. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Rechazo al tratamiento*



La escala *Rechazo al tratamiento* (RTR) evalúa la actitud y capacidad para querer realizar cambios personales a nivel psicológico o emocional. En este caso, cuanto más altas son las puntuaciones en RTR, menos dispuesto está el sujeto a participar activamente en el tratamiento y a reconocer la presencia de problemas, así como menos motivado para aceptar la responsabilidad de los mismos. En la muestra de estudio encontramos que un 32,5% de los sujetos se sitúan dentro del rango de puntuaciones entre 40-49, lo que indica que reconocen la necesidad de cambiar determinados aspectos, así como disposición para el cambio. Resulta muy destacable que casi la mitad de la muestra (45,3%) obtiene puntuaciones en el rango de entre 50 y 60, que sugiere que estas personas se sienten satisfechas con ellas mismas y piensan que no necesitan realizar cambios importantes sobre su conducta. Las puntuaciones extremas dentro de este rango indicarían una baja motivación para iniciar el tratamiento o un alto riesgo de abandono si este ya se ha iniciado. Para acabar, hay que tener en cuenta que un 11,6% de los participantes presentan puntuaciones iguales o superiores a 61, que constituye el rango de las puntuaciones más extremas. En este caso, estos sujetos tienden a negar las dificultades y no tienen intención de cambiar su situación. Es probable que se nieguen a buscar ayuda y a iniciar un tratamiento. Presentan una baja implicación y una tendencia a minimizar la utilidad de la

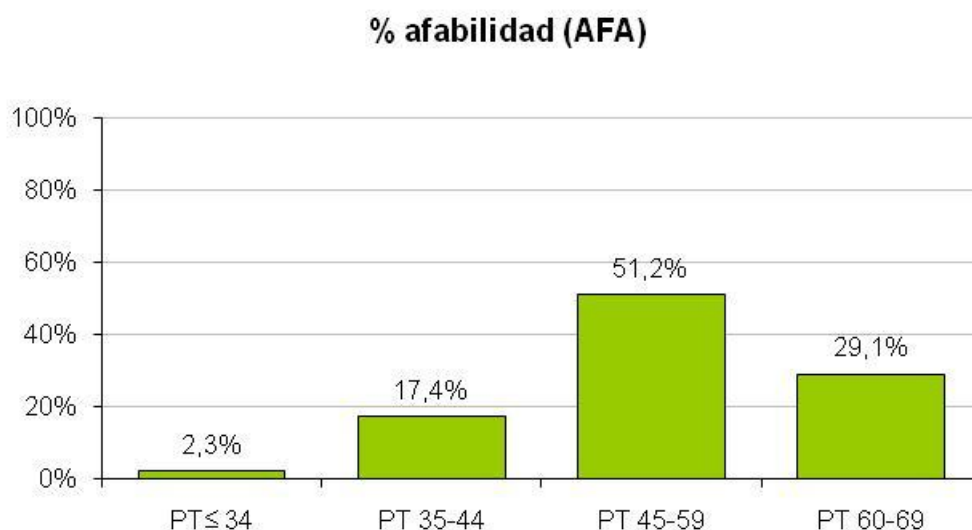
terapia. En general, las puntuaciones en este rango están asociadas a un intento deliberado de causar una buena impresión. En resumen, nos encontramos que un 56,9% de los participantes muestran algún tipo de resistencia hacia el tratamiento y baja motivación para el cambio terapéutico (Gráfico 21).

Gráfico 22. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala *Dominancia*



La escala de *Dominancia* (DOM) evalúa el grado de sumisión o autonomía de una persona en sus relaciones con los demás. Los sujetos de la muestra se distribuyen en mayor proporción entre las puntuaciones 35 y 59. En el primer rango de estas puntuaciones, es decir, entre 35 y 44, encontramos a más de la mitad de la muestra, lo que indica que se trata de personas inhibidas socialmente, con pocas habilidades para imponer su criterio cuando es necesario, y a los que no les gusta ser el centro de atención. En el segundo rango de las puntuaciones comentadas anteriormente, es decir, entre 45 y 59, encontramos a un 36% de la muestra, que se caracterizaría por tener la capacidad de adaptarse bien a las situaciones sociales, y por mantener cierto grado de autonomía y autosuficiencia en sus relaciones interpersonales (Gráfico 22).

Gráfico 23. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Afabilidad



La escala *Afabilidad* (AFA) evalúa la capacidad de empatía, sociabilidad, solidaridad y afecto de un sujeto hacia los demás. Lo más destacable en la muestra de estudio es que más de la mitad de la muestra obtiene puntuaciones entre 45 y 59, lo que indica que estos sujetos tienen la capacidad de adaptarse con éxito a las situaciones sociales y de mantener relaciones estrechas. Mientras un 29,1% obtiene puntuaciones en el rango de 60-69, que se traduce en personas cálidas, cordiales y empáticas, que tienden a evitar los conflictos y son capaces de perdonar y dar segundas oportunidades (Gráfico 23).

En la Tabla 4 se pueden observar las correlaciones de Pearson entre las diferentes escalas del PAI que se distribuyen normalmente, así como las correlaciones de Spearman para el conjunto de escalas que no siguen la mencionada normalidad. Estas correlaciones se han realizado para el total de la muestra. Dado el amplio número de variables correlacionadas se aplicó una corrección de Bonferroni ($p=0,002$) para ajustar el valor de significación y disminuir la probabilidad de cometer el error de Tipo I.

Se encontraron numerosas correlaciones significativas entre las diferentes escalas del PAI. Respecto a las escalas clínicas, los resultados muestran que la mayoría correlacionan significativamente entre ellas, en dirección positiva. Por otro lado, la escala *Impresión positiva* correlaciona negativamente casi con todas las escalas, y esta correlación es significativa en seis de las once escalas

clínicas (*Ansiedad, Trastornos relacionados con la ansiedad, Manía, Paranoia, Esquizofrenia y Rasgos límites*) y con la escala *Agresión*. Respecto a las escalas relacionadas con el tratamiento, cabe destacar las correlaciones mostradas por la escala de *Rechazo al tratamiento*, que correlaciona negativa y significativamente con *Agresión* y con la mayoría de las escalas clínicas, a excepción de *Rasgos antisociales* y *Problemas con las drogas*. Además, cabe destacar la correlación significativa entre *Impresión positiva* y *Rechazo al tratamiento*. Finalmente, en lo que se refiere a las escalas de relaciones interpersonales, los resultados solo indican dos correlaciones significativas, en dirección positiva entre *Dominancia* y *Manía* y, en dirección negativa, entre *Afabilidad* y *Falta de apoyo social*.

Tabla 4. Correlaciones entre las variables de PAI y el nivel de motivación para el conjunto de la muestra.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
A. Motivación logarítmica	1																	
B. Impresión positiva	-0,313	1																
C. Quejas somáticas ^a	0,253	-0,038	1															
D. Ansiedad ^a	0,456**	-0,728**	0,290	1														
E. Trastornos relacionados con la ansiedad	0,405**	-0,551**	0,307	0,675**	1													
F. Depresión ^a	0,307	-0,309	0,441**	0,556**	0,509**	1												
G. Manía	0,341**	-0,538**	0,006	0,549**	0,480**	0,31	1											
H. Paranoia	0,320	-0,356**	0,323**	0,611**	0,596**	0,536**	0,515**	1										
I. Esquizofrenia ^a	0,382**	-0,528**	0,256	0,593**	0,536**	0,422**	0,516**	0,450**	1									
J. Rasgos límites	0,469**	-0,491**	0,338**	0,628**	0,698**	0,532**	0,580**	0,546**	0,650**	1								
K. Rasgos antisociales ^a	0,095	-0,312	0,115	0,289	0,183	0,119	0,358**	0,261	0,479**	0,354**	1							
L. Problemas con el alcohol ^a	0,262	-0,194	0,274	0,304	0,395**	0,213	0,373**	0,298	0,419**	0,427**	0,375**	1						
M. Problemas con las drogas	-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					
N. Agresión	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				
O. Ideación suicida ^a	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			
P. Falta de apoyo 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		
Q. Rechazo al tratamiento	-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	
R. Dominancia	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
S. Afabilidad	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

^a Para estas variables se realiza correlación de Spearman

** Nivel de significación a $p < 0,002$ después de aplicar la corrección de Bonferroni

5.1.2.1 Comparación de las escalas entre el grupo control y el grupo experimental

Con el objetivo de comprobar que ambos grupos eran homogéneos y comparables, se procedió a realizar una comparación de medianas a fin de descartar que las diferencias en los estadios de motivación para el cambio de ambos grupos pudieran deberse a la influencia de variables relacionadas con cualquiera de las escalas del PAI, especialmente de las escalas relacionadas con el tratamiento (*Agresión, Ideación suicida, Falta de apoyo social y Rechazo al tratamiento*).

Dado que las puntuaciones de las escalas de *Somatización, Ansiedad, Rasgos antisociales, Problemas con el alcohol, Problemas con las drogas, Agresión e Ideación suicida* no se distribuyen normalmente, se realizaron comparaciones mediante la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. Para el resto de escalas con una distribución normal (*Trastornos relacionados con la Ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos límites, Falta de apoyo social, Rechazo al tratamiento, Dominancia y Afabilidad*) se realizó una comparación mediante la prueba t de Student para muestras independientes. Cabe decir que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo Control y Experimental en ninguna de las escalas del PAI.

5.1.3 Escala de Evaluación para el Cambio (URICA)

5.1.3.1 Análisis de fiabilidad de la escala URICA

La Tabla 5 muestra las correlaciones de Pearson que se encuentran entre los cuatro estadios de cambio que proporciona la escala URICA y la consistencia interna de la escala valorada a través del coeficiente alpha de Cronbach.

Los resultados iniciales obtenidos sobre la consistencia interna de la escala presentaron un valor alpha de Cronbach alto ($\alpha > 0,70$) para todas las subescalas evaluadas, excepto para el estadio de *Precontemplación* en la aplicación postratamiento en el que se obtenía una alpha de Cronbach de 0,64. El análisis detallado de los ítems que forman este estadio sugirió la eliminación del ítem 23 para el cálculo de los resultados de esta subescala. Una vez

eliminado este ítem el estadístico alpha de Cronbach aumentó a un valor más alto, $\alpha = 0,74$ (Tabla 5).

Respecto a las correlaciones de Pearson, que analizan la relación entre las diferentes subescalas del instrumento URICA, los resultados que se pueden observar en las tablas 1 y 2 muestran que existe una correlación negativa entre la escala de *Precontemplación*, y las escalas de *Contemplación*, *Acción* y *Mantenimiento*, que es significativa en las dos primeras. Además, las escalas de *Contemplación*, *Acción* y *Mantenimiento* muestran una correlación positiva y significativa entre ellas.

Tabla 5. Análisis de fiabilidad de la escala URICA

Correlaciones Pretratamiento					
	Precontemplación	Contemplación	Acción	Mantenimiento	Alfa de Cronbach
Precontemplación	1				0,81
Contemplación	-0,361**	1			0,84
Acción	-0,386**	0,843**	1		0,86
Mantenimiento	-0,122**	0,665**	0,613**	1	0,82
Correlaciones Postratamiento					
Precontemplación	1				0,74
Contemplación	-0,586**	1			0,83
Acción	-0,512**	0,815**	1		0,83
Mantenimiento	-0,114**	0,413**	0,376**	1	0,72

** Correlación significativa a $p < 0,01$

5.1.3.2 Resultados descriptivos de la motivación para el cambio

Del total de la muestra, se obtuvo una medida pre y postratamiento de la escala URICA en 71 casos (grupo control N=23; grupo experimental N=48). La Tabla 6 presenta para cada grupo de la muestra la media y desviación estándar y el porcentaje de sujetos que destaca o se sitúa en cada estadio de cambio, una vez corregida la escala mediante el primer sistema de corrección de tipo categórico. Así mismo, se puede observar la media y desviación estándar obtenida mediante el segundo sistema logarítmico de corrección de la escala con el que se obtiene una puntuación continua.

Tabla 6. Resultados descriptivos de la motivación para el cambio para los dos grupos de estudio

	Grupo Control (N=23)				Grupo Experimental (N=48)			
	Pre		Post		Pre		Post	
	M (DS)	% sujetos	M (DS)	% sujetos	M (DS)	% sujetos	M (DS)	% sujetos
Precontemplación	18,26 (7,36)	21%	16,78 (5,85)	9%	18,27 (6,37)	13%	17,46 (5,59)	8%
Contemplación	31,30 (7,31)	57%	32,17 (6,55)	44%	31,29 (6,17)	54%	30,63 (6,29)	42%
Acción	30,61 (8,02)	26%	31,17 (5,69)	49%	30,96 (6,48)	31%	30,92 (6,43)	52%
Mantenimiento	21,78 (8,72)	0%	22,65 (6,73)	0%	21,65 (6,53)	2%	20,52 (6,35)	2%
Medida logarítmica	8.18 (3.45)		8.46 (2.28)		8.20 (2.38)		7.97 (2.28)	

En los gráficos 24 y 25 se representan, para cada grupo, el porcentaje de sujetos que se sitúan en cada estadio de cambio en los diferentes momentos de la evaluación, es decir, en el momento pretratamiento y postratamiento. Gráficamente se observa que tanto el grupo control como el grupo experimental cuentan con más individuos en el estadio de Contemplación en la evaluación pretratamiento. Mientras que en la evaluación postratamiento el mayor porcentaje de individuos se encuentra en el estadio Acción.

Gráfico 24. Porcentaje de sujetos del grupo control que se sitúan en cada estadio de cambio

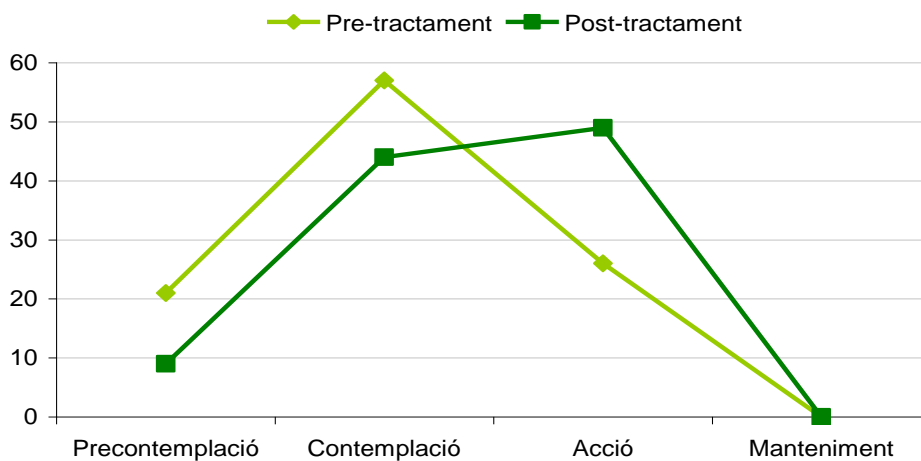
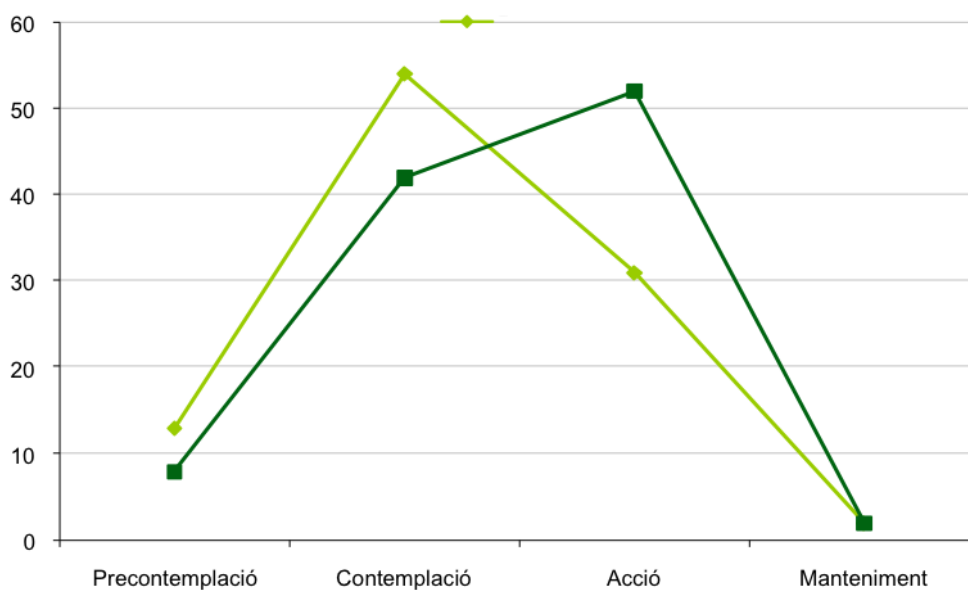


Gráfico 25. Porcentaje de sujetos del grupo experimental que se sitúan en cada estadio de cambio



Finalmente respecto a la Valoración del nivel de riesgo de reincidencia que hacen los sujetos de sí mismos (donde 0 es ningún riesgo de reincidir y 10 es mucho riesgo), el grupo control autoinforma una puntuación media de riesgo en el momento Pretratamiento de 1,77 (DS=2,35) y en el momento Postratamiento de 2,05 (DS=2,87); mientras que el grupo experimental obtiene una media Pretratamiento 1,97 (DS=2,89) y una media Postratamiento de 1,15 (DS=2,02). La prueba de *Wilcoxon de los rangos con signo* indicó que las diferencias intrasujetos no eran significativas y la prueba *U de Mann Whitney* tampoco indicó diferencias entre los grupos.

Respecto a la valoración que hacen los sujetos del grupo experimental sobre la utilidad y el aprendizaje que han hecho en el programa formativo (valorado de 0 ninguna utilidad a 7 mucha utilidad), se obtiene una valoración media de 5,40 puntos (DS=1,68).

5.2 Comprobaciones de las hipótesis de estudio

5.2.1 Hipótesis 1

“Los individuos que realizan un programa formativo en violencia doméstica, se encontrarán en estadios de motivación iniciales (precontemplación o contemplación) en el momento previo a la realización del programa y, se situarán en estadios más avanzados (acción o mantenimiento) después de su finalización.”

La prueba *U de Mann Whitney* permite realizar una comparación de las medianas del nivel de motivación entre los diferentes grupos cuando los datos no se ajustan a la distribución normal. Los resultados de la prueba *U de Mann Whitney* no mostraron ninguna diferencia entre el grupo Control y el grupo Experimental en la evaluación Pretratamiento para ninguno de los estadios de cambio, lo que indica que los grupos son homogéneos entre ellos.

Respecto a la comparación de los estadios de cambio que presentan los grupos control y experimental en el momento Postratamiento, los resultados de la prueba *U de Mann Whitney* tampoco son significativos.

A través de la prueba de *Wilcoxon de los rangos con signo*, se realizó la comparación intragrupos del nivel de motivación. Los resultados de esta prueba no fueron significativos para ninguno de los grupos.

Finalmente, después de la aplicación de la prueba *U de Mann Whitney* y la prueba de *Wilcoxon de los rangos con signo* con la medida de la motivación para el cambio logarítmica, es decir, la medida continua, se obtienen los mismos resultados.

5.2.2 Hipótesis 2

“Existe una relación significativa entre las necesidades criminogénicas y el estadio de cambio en que se encuentran los individuos.”

Para contrastar la segunda hipótesis planteada, se procedió a realizar comparaciones múltiples entre aquellas variables sociodemográficas y criminológicas que la literatura señala como relevantes para el cambio y la puntuación total obtenida con el URICA como medida del estadio de cambio. Concretamente, se comprobó si el grado de motivación para el cambio podía estar relacionado con las siguientes variables:

Variables sociodemográficas:

- Edad del agresor
- Nivel de estudios
- Situación laboral

Variables criminológicas:

- Reconocimiento del delito
- Antecedentes delictivos
- Consumo de drogas

Se realizó un ajuste de la significación de las pruebas mediante la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples, por lo que, el criterio para establecer la significación de una prueba fue una $p=0,05/6=0,008$.

La prueba de análisis de la varianza ANOVA permite realizar comparaciones entre más de dos grupos cuando se cumplen los supuestos de distribución normal y de homogeneidad de varianzas. Mediante esta prueba, se comprobó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los estadios de cambio en función del nivel de estudios ($F(5)=0,533$, $p=0,751$) o la situación laboral actual ($F(3)=1,639$, $p=0,186$). A pesar de que obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los estadios de cambio en función del grado de reconocimiento del delito ($F(2)=0,186$, $p=0,032$), esta significación desapareció una vez aplicada la corrección de Bonferroni ($p=0,008$).

Para aquellas variables en las que no se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas, se analizaron por vía no paramétrica mediante la prueba de Kruskal-Wallis para k-muestras independientes. Nuevamente, no se obtuvieron diferencias significativas entre las puntuaciones totales de la escala URICA en relación al consumo de drogas ($\chi^2(2)=4,616$, $p=0,99$) o los hechos por los que habían sido condenados ($\chi^2(3)=1,152$, $p=0,764$).

Mediante la prueba t de Student tampoco se constataron diferencias entre los estadios de cambio y el hecho de tener antecedentes delictivos de cualquier tipología ($t(104)=-0,423$, $p=0,673$).

Finalmente, se calculó el grado de asociación entre la puntuación total de URICA, la edad del agresor y el tiempo de pena de prisión impuesta. Nuevamente, ninguno de los resultados obtenidos con el coeficiente de correlación de Spearman y de Pearson se mostraron significativos.

Es decir, no existe una relación significativa entre las necesidades criminogénicas y los estadios de cambio.

Por otro lado, en la anterior Tabla 4 se pueden observar las correlaciones obtenidas entre el PAI y la motivación para el cambio (medida continua). Los resultados iniciales mostraron que la motivación para el cambio correlacionaba significativamente con casi todas las escalas clínicas, pero una vez aplicada la corrección de Bonferroni, las correlaciones se redujeron a cinco de las once escalas clínicas (*Ansiedad, Trastornos relacionados con la ansiedad, Manía,*

Esquizofrenia y Rasgos límites). Estos resultados indican que estos problemas psicopatológicos se asocian a mayor motivación para el cambio. Sin embargo, los resultados indican una correlación negativa y significativa entre la motivación para el cambio y la escala de *Rechazo al tratamiento*, que sugieren que la motivación para el cambio se asocia a menor rechazo de tratamiento.

Los resultados sobre las correlaciones entre las escalas del PAI pusieron de relieve la importancia de la escala de validez de *Impresión positiva* (IMP) y su vinculación con el resto de escalas. Por este motivo, se realizó un análisis específico sobre la relación de esta escala y la motivación para el cambio.

Con este objetivo, se dividió el grupo en función de las puntuaciones que obtuvieron en la escala IMP del PAI. De esta manera, se obtuvo un grupo con puntuaciones iguales o superiores a 65 y otro grupo con puntuaciones inferiores a 65 en la escala IMP. Posteriormente, se procedió a realizar una comparación de medianas entre ambos grupos respecto a la puntuación total de URICA a fin de ver si existían diferencias significativas en función de las puntuaciones dicotomizadas de la escala IMP. Se procedió a realizar análisis similares dentro del grupo experimental y el control.

Tal como se puede observar en la Tabla 7, no se observan diferencias significativas en los estadios de cambio entre los sujetos que obtienen puntuaciones extremas en la escala de *Impresión positiva* del PAI y los que no. Tampoco se observan diferencias dentro los grupos control y experimental en función de esta escala. Por lo que podemos deducir que, en nuestro caso, como grupo, aquellos sujetos que intentan mostrar una imagen positiva de ellos mismos, no se encuentran en mayor medida en un estadio de cambio de precontemplación o contemplación.

Tabla 7. Comparación de medianas del nivel de motivación en función de la escala *Impresión positiva*

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

5.2.3 Hipótesis 3

“Existe una relación significativa entre el nivel de riesgo de los individuos y el nivel de motivación que presentan en el momento previo a su participación en el programa formativo.”

A fin de verificar la tercera hipótesis se dividió la muestra de sujetos en función de tres posibles niveles de riesgo de reincidencia: alto, moderado y bajo. Del total de la muestra con una valoración del riesgo (108 sujetos), el 32,4% (n=35) presentaba un riesgo bajo, el 56,5% moderado (n=61) y un 11,1% alto (n=12). Una vez más, se realizó una comparación de la puntuación global de URICA entre los tres grupos mediante un análisis de la varianza ANOVA. Los resultados obtenidos indican que no se aprecian diferencias significativas en los estadios de cambio en relación al nivel de riesgo que presentan los sujetos ($F(2)= 1,678$, $p=0,192$) y, por lo tanto, la tercera hipótesis planteada tiene que ser rechazada.

5.3 Resultados sobre los perfiles psicopatológicos de la muestra

El análisis de conglomerados con el método Ward reveló la posibilidad de clasificar la muestra en diversos perfiles según las puntuaciones de los sujetos en el PAI. Inicialmente, los resultados aportaron la solución para la agrupación en 2, 3 y 4 grupos de sujetos. Pero, después del análisis individualizado de cada una de las soluciones, se consideró que la solución más adecuada era la clasificación de la muestra en tres grupos diferentes: el perfil 1 (N=61 sujetos), el perfil 2 (N=17) y el perfil 3 (N=8). En el gráfico 26 se representan las medianas obtenidas por los sujetos en las diferentes escalas del PAI según la división de la muestra en los tres perfiles generados. Como se puede observar en el gráfico 26, tanto los resultados de los análisis ANOVA como la prueba Kruskal Wallis (ambas con corrección de Bonferroni; $p<0,004$; $p<0,007$, respectivamente) indican diferencias significativas entre los grupos en todas las escalas del inventario PAI, a excepción de las escalas *Problemas con las*

drogas ($F(85)=4,428$, $p=0,015$), *Dominancia* ($F(85)=2,322$, $p=0,104$), y *Afabilidad* ($F(85)=1,902$, $p=0,156$).

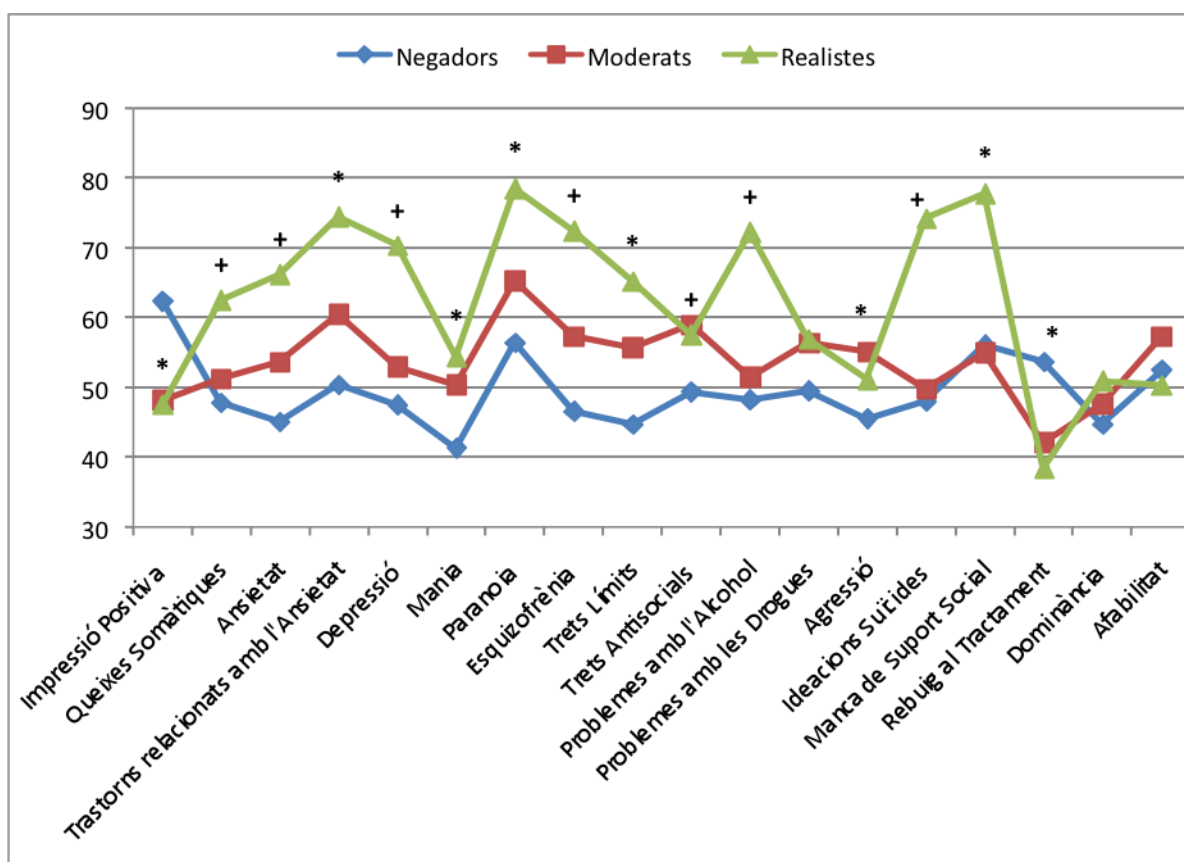
De manera tentativa, se etiquetaron los tres perfiles como el grupo de los “Negadores”, el grupo de los “Moderados” y el grupo de los “Realistas”.

El perfil de Negadores no muestra ninguna puntuación por encima de la media, a excepción de la escala de *Impresión positiva*. De acuerdo con la interpretación del manual del PAI, los hombres con puntuaciones dentro la media se presentan a sí mismos como calmados y optimistas cuando tienen que afrontar situaciones estresantes. Así mismo, refieren tener una vida relativamente estable y con pocas alteraciones clínicas. Además cabe destacar que este perfil, en relación a los otros grupos, obtiene la puntuación más elevada en la escala *Rechazo al tratamiento*, lo que se interpreta como un alto grado de satisfacción con uno mismo, la consideración de que no necesita realizar grandes cambios en su comportamiento y escasa motivación para iniciar un tratamiento.

El perfil de los Moderados, presenta puntuaciones que se sitúan entre las puntuaciones del grupo de Negadores y de los Realistas. La puntuación más elevada de este perfil se encuentra en la escala *Manía* que, de acuerdo con la interpretación del manual, se asocian con inquietud, aumento de la impulsividad y de los niveles de energía. En cuanto a la escala *Rechazo al tratamiento*, estos sujetos reconocen la necesidad de realizar algunos cambios y presentan una actitud positiva, y aceptan su responsabilidad.

Finalmente, el grupo de los “Realistas” obtiene puntuaciones superiores a la media y, en el resto de los grupos, en la mayoría de las escalas del PAI, exceptuando las escalas *Impresión positiva* y *Rechazo al tratamiento*, donde obtiene las puntuaciones más bajas en relación a los Negadores y Moderados. Este perfil representa sujetos con gran sintomatología clínica, alta conciencia de su problemática y gran aceptación de la necesidad de tratamiento.

Gráfico 26. Medianas obtenidas en las escalas del PAI para los tres perfiles de la muestra



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

Un segundo análisis fue el de las posibles diferencias en el nivel de motivación para el cambio (medida continua) y los tres perfiles a través de la prueba ANOVA. Los resultados del ANOVA resultaron significativos ($F(2,83) = 8,556$, $P < 0,01$), e indicaban diferencias en los niveles de motivación que presentan los diferentes perfiles de sujetos. Para especificar donde se encontraban estas diferencias se realizaron las comparaciones múltiples entre los diferentes perfiles. Como se puede observar en la Tabla 8, los Negadores presentan significativamente un nivel de motivación para el cambio más bajo que los sujetos que se clasifican como Moderados y Realistas.

Tabla 8. Comparación del nivel de motivación para el cambio para los tres perfiles de sujetos

	Diferencia de medianas	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Negadores vs Moderados	-2,32*	0,74	0,007	-4,13	-0,50
Negadores vs Realistas	-3,23*	1,38	0,006	-5,72	-0,74
Moderados vs Realistas	-0,91	1,44	1,000	-3,75	1,92

* Corrección de Bonferroni significativa a partir de $p < 0,016$

Así mismo, en la Tabla 9, se muestra el porcentaje de individuos que se sitúan en los diferentes estadios de cambio de la escala URICA. Se puede ver como los sujetos que forman parte del grupo del Perfil 2 y el Perfil 3 se encuentran mayoritariamente en estadios avanzados de motivación, especialmente Contemplación y Acción. La prueba de chi-cuadrado resultó significativa ($\chi^2(4)=11,83, p=0,01$).

Tabla 9. Porcentaje de individuos de cada perfil que se sitúan en los diferentes estadios de cambio

	Negadores	Moderados	Realistas	Total
Precontemplación	36,1%	5,9%	0,0%	26,7%
Contemplación	36,1%	35,3%	37,5%	36,0%
Acción	27,9%	58,8%	62,5%	37,2%

6. Conclusiones y propuestas

En este apartado, se presentan las principales conclusiones derivadas de los resultados obtenidos en la investigación. En primer lugar, se exponen las características que definen la muestra de este estudio mediante la valoración de las diferentes escalas del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI). En segundo lugar, se determina la validez de las tres hipótesis planteadas y se exponen las explicaciones más plausibles para cada una de ellas. En tercer lugar, se presentan los tres posibles perfiles de sujetos que han sugerido los análisis. Finalmente, se integran todas las conclusiones del estudio, con las propuestas aplicadas que se derivan, para la mejora de la eficacia de los programas formativos y de la ejecución de las medidas penales alternativas.

En cuanto a las principales características clínicas de personalidad evaluadas con el PAI, se observa que aproximadamente un 80% de los sujetos se sitúan en el rango de la normalidad en la mayoría de las escalas. Aunque la literatura sugiere la existencia de perfiles de maltratadores de pareja con una mayor prevalencia de sintomatología clínica, los resultados del estudio discrepan con esta idea. Este hecho podría relacionarse con las puntuaciones elevadas obtenidas en la escala de *Impresión positiva*. Esta indica la tendencia a negar defectos personales y, según el manual de interpretación del PAI, existen tres motivos para puntuar alto en esta escala: bien porque realmente no existen características negativas o existen en menor medida que el resto, bien porque el sujeto no sea sincero e intente falsear los resultados o, bien porque en realidad no sea consciente de la presencia de los aspectos negativos que se evalúan. En nuestro estudio, un 70% presenta una puntuación por encima de la media en esta escala y, por lo tanto, con la explicación anterior, no se podría concluir si realmente estas características no están presentes, si se trata de falsas respuestas o si es consecuencia de una falta de consciencia.

Realizando un análisis más detallado de las escalas, se destaca que los sujetos puntúan en su mayoría en el rango normalizado en la escala *Rasgos antisociales*. Lo que es indicativo de personas caracterizadas por establecer relaciones cálidas y cercanas con el resto, con un control razonable sobre sus impulsos y conductas. Aunque esto puede no coincidir con lo esperado

inicialmente, sí podría explicarse por el tipo de sujetos que han participado en el estudio, es decir, hombres mayoritariamente primarios a nivel delincencial y que han cometido un delito con las condiciones requeridas para ser objeto de suspensión o sustitución de la condena.

Otra escala relevante es *Falta de apoyo social*, donde las puntuaciones se distribuyen de manera más heterogénea en la muestra. Según la interpretación de esta escala, los sujetos que puntúan alto pueden reflejar un cierto sentimiento de rechazo y estigmatización por parte del entorno social. Los resultados en esta escala no deberían sorprender ya que este sentimiento puede ser habitual en personas con condenas y que provienen de contextos caracterizados por un gran control social informal. No hay que olvidar que la mayoría de los sujetos de este estudio viven en municipios con una población reducida, donde el entorno se ve afectado de forma directa como consecuencia de la denuncia y condena, y donde la red social es reducida y, en muchas ocasiones, compartida en su totalidad con la víctima. Paralelamente a esta circunstancia, se tendría que añadir la problemática derivada de la orden de alejamiento que se impone a todos los sujetos, que en muchos casos les puede obligar a marcharse del municipio y a romper la mayoría de relaciones sociales y familiares.

Este sentimiento de falta de apoyo social correlaciona de forma negativa con la puntuación en *Afabilidad*. Una posible explicación sería que la actitud distante y desinteresada por las relaciones interpersonales, que presentan los sujetos que puntúan alto en *Afabilidad*, está relacionada con la percepción del apoyo social recibido.

En relación a *Rechazo al tratamiento*, los resultados indican que la mayoría de los individuos lo rechazan o no creen necesitarlo. Esta última posibilidad estaría relacionada con la falta de conciencia de malestar o la minimización reflejada en la escala *Impresión positiva*, así como con una baja puntuación en el resto de escalas clínicas.

Una última escala a destacar es la de *Dominancia*. Más de la mitad de los evaluados se presentan como personas modestas y retraídas, con dificultades

para imponerse cuando es necesario y sentimientos de incomodidad cuando son el centro de atención.

A continuación se explicarán las principales conclusiones derivadas de la contrastación de las hipótesis del estudio.

HIPÓTESIS 1. Los individuos, en el momento previo a la realización del programa formativo, se encontrarían en estadios de motivación iniciales (precontemplación o contemplación), mientras que después de la realización del programa se situarían en estadios más avanzados (acción o mantenimiento).

Los resultados indicaron que la mayor parte de los participantes del grupo Control (el 78% de los sujetos) y del grupo Experimental (el 67%) se situaban en los estadios de cambio Precontemplación y Contemplación en la evaluación pretratamiento. En la evaluación postratamiento, el 49% de los sujetos del grupo Control se situaron en el estadio de Acción y el 54% del grupo Experimental en el estadio de Acción y Mantenimiento. A pesar de que los resultados tienden a la dirección esperada, no se obtuvieron diferencias significativas intrasujetos, por lo que parece que esta evolución de un estadio motivacional a otro más avanzado se podría explicar por el azar o por otras circunstancias. Además, la comparación intergrupos en el momento postratamiento tampoco mostró diferencias significativas. Estos resultados indican que después de la aplicación del tratamiento, ambos grupos continúan sin mostrar diferencias entre ellos en su nivel de motivación, lo que sugiere que el programa formativo no ha producido ningún efecto sobre el grado de motivación para el cambio.

Cabe destacar que estos resultados no son atribuibles a diferencias previas entre los grupos ya que no se encontraron diferencias significativas en las escalas principales del PAI, así como en otras variables sociodemográficas y criminológicas, hecho que garantiza la homogeneidad de los grupos.

Como se ha podido ver, la hipótesis 1 no puede ser refutada. Los sujetos parecen mejorar su motivación para el cambio, pasando del estadio

Contemplación a Acción con el paso del tiempo, pero no se puede afirmar que este cambio sea significativo y atribuible al tratamiento.

Las razones que pueden explicar estos resultados son diversas. Respecto a los cambios que se observan en el grupo control, podrían explicarse simplemente por el paso del tiempo o por las entrevistas personales realizadas por los delegados judiciales (que potencian la reflexión de los sujetos sobre la problemática). Por el contrario, respecto al grupo experimental, podría considerarse que tal vez no ha pasado suficiente tiempo entre la finalización del programa formativo y la evaluación postratamiento de la motivación. Este hecho no daría opción a interiorizar suficientemente los contenidos del PF, a darse cuenta de las consecuencias de sus actos y a asumir la responsabilidad.

Como conclusión general, los resultados obtenidos sobre la hipótesis 1 ponen de manifiesto que se tendría que trabajar la motivación para el cambio de una forma más intensiva.

HIPÓTESIS 2. Existe una relación significativa entre las necesidades criminogénicas y el estadio de cambio en que se encuentran los individuos.

Los resultados indicaron que ninguna de las variables sociodemográficas y criminales guardaban relación con el nivel de motivación de los infractores. En cambio, las únicas variables que mostraron una correlación positiva con el nivel de motivación fueron las escalas clínicas del PAI (*Ansiedad, Trastornos relacionados con la ansiedad, Manía, Esquizofrenia y Rasgos límites*). Ello indica que estos problemas psicopatológicos se asocian a una mayor motivación para el cambio. Por lo tanto, la segunda hipótesis puede ser parcialmente aceptada dada la relación entre las necesidades criminogénicas de tipo clínico y el nivel de motivación.

Se esperaba que si los sujetos eran capaces de reconocer los hechos, también serían más conscientes de sus conductas problemáticas y, como consecuencia, estarían más motivados para cambiarlas. A pesar de ello, no se encontró ninguna relación entre la variable “reconocimiento del delito” y “motivación para el cambio”. Podría ser que el reconocimiento del delito no influya en el desarrollo o el éxito del cumplimiento de la medida, si se entiende

que este se refiere a la aceptación “conductual” de los hechos pero no de sus consecuencias. En cambio, el concepto de responsabilización de los hechos, que no se ha evaluado en esta investigación, sí que incluiría la aceptación de los hechos y de sus consecuencias. En este sentido hay que tener presente que los delitos cometidos por la muestra de este estudio son, en general casos leves y de violencia verbal, muchos de ellos producidos en el marco de un conflicto entre ambos miembros de la pareja, hecho que facilitaría el reconocimiento de los hechos, pero dificultaría la responsabilización de los mismos.

En relación a la escala de *Rechazo al tratamiento* y la motivación para el cambio, los resultados mostraron una correlación negativa entre ambas variables, y sugeriría que la motivación para el cambio se asocia a un menor rechazo del tratamiento. Esta relación es muy relevante ya que permite demostrar que ambas medidas son convergentes y evalúan el mismo elemento. No obstante, la escala URICA permite obtener más detalles sobre la motivación del sujeto partiendo de un modelo teórico sólido que permite profundizar y diseñar las mejores intervenciones.

Los resultados sobre las correlaciones para toda la muestra entre la escala *Impresión positiva* y la motivación para el cambio demostraron que no existía ninguna relación entre ellas. Estos resultados sugieren que, como grupo, los sujetos que muestran una imagen positiva de ellos mismos no presentan necesariamente un menor grado de motivación para el cambio terapéutico.

HIPÓTESIS 3. Existe una relación significativa entre el nivel de riesgo de los individuos y el estadio de cambio en que se encuentran.

Los resultados obtenidos en esta hipótesis están muy relacionados con las conclusiones de la hipótesis 2. En este caso, se planteaba la posibilidad de que aquellos individuos con una mayor presencia de necesidades criminogénicas, presentarían un mayor riesgo de reincidencia y, a la vez, una menor percepción del problema dada la información que se utiliza para hacer la valoración del riesgo. Esta falta de conciencia implicaría un menor nivel de motivación para el cambio, con lo que, los sujetos se situarían en estadios iniciales de cambio. No

obstante, los resultados indicaron que no existía ninguna relación significativa entre el nivel de riesgo de los individuos y el estadio de cambio en que se encuentran los sujetos. Por esta razón, la tercera hipótesis planteada se ha rechazado.

En tercer lugar, dado que la investigación internacional y nacional sugiere la existencia de diferentes perfiles de maltratadores de pareja, en nuestro estudio se planteó la posibilidad de que también hubiera diferentes perfiles. Además, este hecho podría estar interfiriendo sobre los resultados obtenidos respecto a la motivación para el cambio en los diferentes grupos de estudio (control y experimental).

Aunque los resultados derivados del análisis de los perfiles se tienen que interpretar con cautela dado el tamaño de la muestra, basándonos en las puntuaciones del PAI para toda la muestra, el análisis de conglomerados reveló que los sujetos se pueden clasificar en tres grupos con perfiles psicopatológicos diferentes: “Negadores”, “Moderados” y “Realistas”.

Estos tres perfiles muestran ciertas semejanzas con los perfiles obtenidos por Chambers y Wilson (2007). Tal como se apunta en el marco teórico, estos autores presentan, en primer lugar, el perfil llamado “Grupo no elevado”, con puntuaciones promedio dentro de la media en todas las escalas, incluida la escala de *Impresión positiva* pero, en cambio, el perfil “Negador” de nuestro estudio obtiene puntuaciones superiores (por encima de una desviación estándar) en esta última escala. En segundo lugar, obtienen un perfil denominado “Grupo con malestar moderado”, que obtiene puntuaciones superiores en relación a los “No elevados” y puntuaciones muy altas en la escala de *Problemas con el alcohol*. Podríamos decir que el segundo de nuestros perfiles, el “Moderado”, también refleja puntuaciones similares a las obtenidas en el estudio de Chambers y Wilson (2007), es decir, por encima de la media general, con la diferencia de que el grupo “Moderado” obtiene las puntuaciones más altas en la escala de *Paranoia*. Finalmente, el tercer perfil obtenido en el estudio norteamericano, es el llamado “Grupo Límite/Disfórico”, con puntuaciones altas en todas las escalas clínicas, y extremas en las escalas de *Rasgos antisociales*, *Problemas con el alcohol*, *Problemas con las drogas* y

Falta de apoyo social. Es también el grupo que puntúa más bajo en la escala de *Impresión positiva y Rechazo al tratamiento*. En comparación con el tercer grupo de nuestro estudio, denominado “Realista”, este también es el perfil con las puntuaciones más elevadas en las escalas clínicas, pero sobre todo en la escala *Paranoia y Falta de apoyo social* y, coincidiendo con el “Grupo Límite/Disfórico”, con las puntuaciones más bajas en la escala *Impresión positiva y Rechazo al tratamiento*. En resumen, se aprecia que los perfiles obtenidos en este estudio, con muestra nacional, presentan características comunes con los perfiles de maltratadores de pareja encontrados en el estudio norteamericano.

Teniendo en cuenta la existencia de los diferentes perfiles, en este caso sí que se han obtenido diferencias significativas en el nivel de motivación para el cambio de los sujetos. De esta manera, el perfil “Negador” se presenta significativamente menos motivado por el cambio en comparación al perfil de “Moderados” y “Realistas”. La existencia de perfiles diferenciados de sujetos dentro un mismo grupo de tratamiento se tendría que tener en cuenta, ya que, tal como hace referencia la bibliografía revisada, este hecho podría influir sobre el desarrollo y la eficacia del tratamiento.

Partiendo de todas las conclusiones que se pueden extraer de este estudio, a continuación se expondrán una serie de propuestas de aplicación práctica.

En coherencia con los resultados del estudio y las diferentes perspectivas que se defienden en el marco teórico para abordar la relación entre motivación para el cambio y el éxito del tratamiento, podrían realizarse diversas propuestas.

En primer lugar, se tendría que evaluar sistemáticamente el nivel de motivación para el cambio de los individuos y responsabilización de los hechos antes del inicio de cualquier intervención terapéutica a fin de poder ofrecer a los sujetos el plan de trabajo más adecuado a su nivel motivacional. A fin de realizar esta evaluación y la posterior intervención específica, resulta necesario dotar a los profesionales de Medidas Penales Alternativas de los recursos y la formación adecuada.

En segundo lugar, si se considera que el tratamiento es el que tiene que potenciar este cambio, se tendrían que dedicar más esfuerzos para favorecer este aspecto. Recordemos que la motivación para el cambio es un concepto que se trabaja en la primera sesión del programa formativo. A pesar de ello, la motivación terapéutica constituye un proceso muy complejo y de difícil maduración, que requiere de un trabajo más intenso. Probablemente, para impulsar la motivación para el cambio, sería necesario un trabajo previo al inicio del programa formativo, mediante las técnicas más adecuadas o enfoques dirigidos a este objetivo, como por ejemplo la entrevista motivacional. También sería recomendable un tratamiento transversal en el transcurso del programa, potenciando este aspecto en cada sesión, de forma simultánea en el resto de los contenidos.

Una tercera opción, siguiendo los principios del modelo de Riesgo-Necesidad-Responsividad de Andrews y Bonta (2010), sería la de adaptar el tratamiento a las características individuales de los sujetos. En este caso, implicaría la realización de diferentes tratamientos en función de los perfiles de los sujetos, donde los objetivos de la intervención y las técnicas terapéuticas utilizadas fueran específicas de acuerdo con sus características individuales. Esta tercera opción, a pesar de ser la más recomendable, resulta muy costosa tanto a nivel económico, como de temporalidad y de recursos humanos, de forma que podría restringirse a aquellos casos en los que la persona presenta un riesgo muy elevado de reincidencia y unas dificultades muy acusadas para beneficiarse de las otras metodologías.

Según los perfiles obtenidos en este estudio en base al PAI, por ejemplo, el grupo de “Negadores” se beneficiaría de técnicas más intensivas de toma de conciencia de la problemática, reconocimiento y responsabilización del delito, y reestructuración cognitiva.

Además, como indicador básico de la predisposición de los sujetos al tratamiento, se podría concluir que las escalas del PAI que hay que tener en cuenta son las de *Impresión positiva*, que informa del reconocimiento consciente de aspectos negativos de la propia persona, y el *Rechazo al tratamiento*, que correlaciona positivamente con la primera escala. Como firme

propuesta, se sugiere que ambas escalas sean exploradas y trabajadas antes de iniciar un Programa Formativo, ya que están implicadas en el éxito del mismo. En caso de puntuar alto en *Impresión positiva* (IMP) y en *Rechazo al tratamiento* (RTR), el éxito esperado en la intervención terapéutica es menor que si la puntuación en ambas escalas es baja.

7. Limitaciones

La principal limitación de este estudio fue la recogida de datos, dado que muchas de las variables sociodemográficas y de historia criminal que se consideraron previamente como relevantes no pudieron ser obtenidas.

En segundo lugar, la muestra presentó un alto índice de mortalidad. Las razones principales son el abandono de los sujetos del programa formativo, la imposibilidad de localizar a los sujetos durante el periodo postratamiento, la omisión de respuestas en los ítems de los cuestionarios, el ingreso en prisión o centros terapéuticos, o la defunción, entre las más relevantes. Otro hecho que condicionó mucho el tamaño de la muestra fue la variabilidad en la previsión del inicio de los programas formativos.

En tercer lugar, una cuestión que hay que tener en cuenta es la voluntariedad respecto al tratamiento, ya que todos los individuos de este estudio tienen que realizar el programa formativo por orden judicial a fin de evitar cumplir la condena de ingreso en un centro privativo de libertad. Este aspecto no se ha podido evaluar en este estudio dado que ningún sujeto de la muestra ha participado por voluntad propia.

Finalmente, cabe destacar ciertas limitaciones que se han detectado después de la aplicación de los instrumentos. Por un lado, respecto al PAI, se considera que la redacción de los ítems puede dar lugar a error ya que incluye dobles negaciones y en algunos casos asume la existencia de una problemática que confunde al sujeto evaluado a la hora de responder. Considerando que este instrumento está validado por su utilización en contexto forense, sería conveniente simplificar la redacción de los ítems a fin de garantizar su comprensión en aquella población que presenta un bajo nivel educativo y dificultades de comprensión. Por otro lado, atendiendo a las características de la escala URICA, que se refiere en todo caso a motivación para cambiar un “problema”, se plantea la necesidad de definir previamente con el sujeto el problema a valorar a fin de identificarlo correctamente. Esta intervención

permitiría que la persona sometida a la medida no respondiera influenciada por las otras dificultades que pueda reconocer en sí mismo.

8. Referencias bibliográficas

- Aguilar, S., Cerezo, A.I., Díaz, S., Díaz, C., Espinosa, I., López, J.A., López, R., y Palma, E. (1995). Actuaciones policiales en riñas domésticas. *Boletín Criminológico*, 9, Abril.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Nueva Jersey (NJ): Prentice Hall.
- Alexander, P. C., y Morris, E. (2008). Stages of change in batterers and their response to treatment. *Violence and Victims*, 23(4), 476-492.
- Andrews, D. A., y Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct (5th ed.)*. Nueva Jersey: Elsevier.
- Arce, R. y Fariña, F. (2007). Intervención psicosocial con maltratadores de género. En J.M. Sabucedo y J. Sanmartín, *Los escenarios de la violencia* (págs. 29-43). Barcelona: Ariel.
- August, J. L., y Flynn, A. (2007). Applying stage-wise treatment to a mixed-stage co-occurring disorders group. *American Journal of Psychiatry Rehabilitation*, 10, 53-63.
- Babcock, J. C., Green, C. E., y 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. y 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., y 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., y 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., y 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 y C. R. Hollin (eds.), *Clinical Approaches to Violence*. Nueva 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., y Taylor, L. (2006). Mismatch in the Transtheoretical Model? *The American Journal on Addictions*, 15(5).
- Casey, S., Day, A., y 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. y Wilson, M.N. (2007). Assessing male batterers with the Personality Assessment Inventor. *Journal of Personality Assessment*, 88, 57-65.
- Daly, J., y 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., y 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., y 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. y 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. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid. SIGLO XXI, 214 p.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. Aspectos teóricos. En E. Echeburúa y P. Corral (eds.), *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI, 73-90.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2001). *Celos en la pareja: una emoción destructiva*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y 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. y Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 585-614.
- Echeburúa, E. y 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., y 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., y 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., y Corral, P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción psicológica*, 1, 135-150.
- Eckhardt, C. I., Babcock, J., y 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., y Cahill, M. (2008). Readiness to Change, Partner Violence Subtypes, and Treatment Outcomes among Men in Treatment for Partner Assault. *Violence and Victims*, 23, 4, 446-474.
- Ellis, L., Beaver, K., y Wright, J. (2009). *Handbook of crime correlates*. USA: Elsevier.
- Fezell, C.S., Mayers, R.S., y Deschner, J. (1984). Services for men who batter: Implications for programs and policies. *Family Relations*, 33, 217-223.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20, 2, 193-198.
- Flynn, A., y 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., y Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th ed.)*. San Francisco, CA US: Jossey-Bass.
- Gustavo, A. y Cabrera, A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18 (2), 129-138.
- Harkins, L., y 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. y Howell, A.J. (2000). Adolescent offenders and stages of change. *Psychological assessment*, 12 (4), 371- 381.
- Holtzworth-Munroe, A. y Stuart, G.L. (1994). Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116, 476-497.
- Jolliffe, D. y 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., y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Palarea, R. E., Cohen, J., y 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 y 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 and 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. y Echeburúa, E. (2010). Necesidades terapéuticas en agresores de pareja según su perfil diferencial. *Clínica Contemporánea, 1*(2), 85-95.
- Loinaz, I., Echeburúa, E. y Torrubia, R. (2010). Tipología de agresores contra la pareja: un estudio piloto en prisión. *Psicothema, 22*.
- Loinaz, I., Irureta, M., y Doménech, F. (2011). *Anàlisi de la reincidència en agressors de parella*. Documentos de trabajo. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Loinaz, I., Ortiz-Tallo, M., Sánchez, L. M., y Ferragut, M. (2011). Clasificación Multiaxial de agresores de pareja en centros penitenciarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*, 249-268.
- Martinez, M., y Pérez, M. (2009). *Avaluació criminològica i psicològica dels agressors domèstics*. Documentos de trabajo. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Matud, M.P., Marrero, R. J., Caballeira, M., Pérez, M., Correa, M^a L., Aguilera, B., y Sánchez, T. (2003). Transmisión Intergeneracional de la violencia doméstica. *Psicología Conductual, 11* (1), 25-40.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., y 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., y 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., y 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., y 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., y 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., y Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143-154.
- Novo, M., Fariña, F., Seijo, M.D., y 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, y M. Hersen *Handbook of Family Violence*. Nueva York: Plenum Press.
- Orbell, S., Lidiert, 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., y 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., y Malbieger, A. (2003). Assesment 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., y Martínez, M. (2011). *La reincidència dels condemnats per delictes de violència de gènere*. Documentos de trabajo. Centre d'Estudis Jurídics i Formació especialitzada.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C., y Finckenauer, J.O. (2000). Well-meaning programs can have harmful effects! Lessons from experiments of programs such as Scared Straight. *Crime and Delinquency*, 46, 354-379.
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., y 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, Estocolmo.

- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Towards a systematic Eclectic Framework*. Dow Jones Irwin Homewood, IL, USA.
- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.
- Prochaska, J. O., y 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., y 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., y 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. y Martínez-Catena, A. (2012a). Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 9, 8.
- Redondo, S. y Martínez-Catena, A. (2012b). *Psicología Criminal*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Redondo, S., Martínez-Catena, A., y 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., y 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., y 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. y Zamora García, C. (2001). Estadios de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 13 (2), 147- 152.
- Schunk, D. H., y Pajares, F. (2009). Self-efficacy theory. En K. R. Wenzel y A. Wigfield (Eds.), *Handbook of motivation at school*. (pp. 35-53). Nueva York, (US): Routledge/Taylor y Francis Group.
- Scott, K. L., y 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., y Maxwell, C. (2001). The effects of a group batterer treatment program: A randomized experiment in Brooklyn. *Justice Quarterly*, 18, 171-202.

- Terry, K. J., y 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., y 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., y 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., y 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., y Lundahl, B. (2008). Factors that Predict Attrition from a State-Sponsored Rural Batterer Treatment Program. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17, 4, 453-477.
- Walker, K., Bowen, E., y 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., y 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 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 sigo 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	1	2	3	4	5

pensando en ellas?					
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 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: