

Àmbit social i criminològic

## Ajuts a la investigació 2015

# **La motivació al canvi dels agressors de parella que realitzen un programa formatiu: Aplicació pilot del Pla d'Intervenció Motivacional (PIM)**

### **Autores**

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

**2016**

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

Aplicació pilot del Pla  
d'Intervenció Motivacional (PIM)

Núria Iturbe Ferré

Núria Civit Bel

Ana Martínez Catena

Alba Muro Marquina

Thuy Nguyen Vo

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

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

#### **Avis legal**



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

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

# Índex

1. Introducció.....	5
2. Marc teòric .....	7
2.1 Breu revisió sobre els últims avenços en la recerca sobre motivació pel canvi .....	7
2.2 El Model Transteòric de Prochaska i DiClemente.....	9
2.3 El Programa d'Intervenció Motivacional (PIM).....	10
3. Objectius .....	13
3.1 Hipòtesis .....	13
4. Material i Mètode.....	15
4.1 Disseny experimental .....	15
4.2 Participants.....	15
4.3 Instruments.....	16
4.3.1 Protocol de recollida de dades sociodemogràfiques i criminològiques...	16
4.3.2 Escala d'Avaluació del Canvi (URICA) .....	17
4.3.3 Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI).....	17
4.3.4 Qüestionari MDC-Victoria .....	18
4.3.5 Termòmetre de partida .....	19
4.3.6 Informes finals dels formadors del Programa Formatiu VIDO .....	19
4.4 Procediment.....	19
4.5 Anàlisi de dades .....	23
5 Resultats .....	25
5.1 Anàlisis preliminars .....	25
5.1.1 Descripció de la mostra .....	25
5.1.1.1 Descripció del Grup PIM.....	29
5.1.2 Resultats descriptius de l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI) 31	
5.1.2.1 Comparació de les escales entre el Grup PIM, Grup PF i Grup control .....	50
5.2.1 Resultats descriptius de la motivació al canvi .....	50
5.2 Avaluació d'eficàcia del PIM. ....	57
5.2.1 Anàlisis quantitativs.....	57
5.2.1.1 Hipòtesi 1 .....	60
5.2.1.2 Hipòtesi 2 .....	61
5.2.1.3 Hipòtesi 3.....	61
5.2.2 Anàlisis qualitativs.....	61
5.3 Resultats sobre els perfils psicopatològics de la mostra.....	70

6	Conclusions .....	73
7	Limitacions i propostes .....	80
8	Referències bibliogràfiques.....	96
9.	Annexos .....	104
9.1	Annex I: Informes individuals subjectes PIM.....	104
9.2	Annex II: Model marc d'informe individual subjecte PIM.....	169

# 1. Introducció

Pocs anys enrere la violència familiar era una problemàtica pròpia de l'esfera privada de les famílies, per la qual cosa aquests fets mai transcendien fora de les portes de la llar. Poc es coneixia a nivell social d'aquest fenomen i encara menys a nivell científic. Però, afortunadament, els recents canvis socials i legislatius varen facilitar que aquest tipus de violència deixés de formar part dels secrets de les famílies.

El reconeixement de l'existència d'aquesta problemàtica i la seva gradual visibilització ha afavorit el creixement de serveis i recursos disponibles en les nostres societats, tant per assistir i atendre a les seves víctimes com als seus agressors. Tanmateix, la recerca científica ha augmentat exponencialment amb l'objectiu d'ajudar a les víctimes a sobreposar-se a les experiències viscudes i amb l'objectiu d'ajudar als agressors a modificar el seu comportament per evitar la repetició de la violència i l'aparició de noves víctimes.

En l'actualitat, el ventall d'intervencions terapèutiques cap a agressors continua requerint de tots els esforços pràctics i científics per a millorar la seva eficàcia i disminuir les possibilitats de reincidència dels agressors de parella.

Entre aquestes intervencions específiques de reeducació i/o tractament psicològic, l'estudi que es presentarà tot seguit està centrat en els Programes Formatius (PF) en matèria de violència domèstica. Aquesta recerca, constitueix l'última fase d'un projecte que es va iniciar al 2012 amb el propòsit fonamental de millorar la eficàcia dels Programes Formatius actualment aplicats a Catalunya.

La bibliografia internacional més recent ha remarcat que per millorar la eficàcia dels tractaments i l'adherència terapèutica és necessari que els individus es trobin preparats o motivats per iniciar un canvi terapèutic. Atenent aquesta línia de recerca, durant una primera fase d'aquest projecte es va avaluar els nivells de motivació pel canvi i les característiques

psicopatològiques d'una mostra d'homes condemnats a la realització d'un programa formatiu en matèria de violència domèstica. Com a resultats es va destacar que els individus no es trobaven en la situació motivacional més adient per treure el màxim profit del PF en el que havien de participar i, que per tant, això hauria d'afectar a la seva eficàcia.

Per fer front a aquests resultats, a la segona fase d'aquest projecte es va dissenyar un Programa d'Intervenció Motivacional (PIM) per augmentar els nivells de motivació al canvi d'aquests homes. Aquest programa es va dissenyar seguint els màxims estàndards científics i les característiques més destacades d'altres intervencions semblants a nivell internacional que havien demostrat la seva eficàcia.

Durant aquesta tercera fase, objecte d'aquesta memòria, es pretén realitzar una avaluació pilot de l'eficàcia del Programa d'Intervenció Motivacional aplicat a una mostra d'homes també condemnats a la realització d'un PF en matèria de violència domèstica.

## **2. Marc teòric**

### **2.1 Breu revisió sobre els últims avenços en la recerca sobre motivació pel canvi**

Segons Ward et al. (2004), la disposició per canviar la conducta delictiva persistent requereix de certs factors interns i condicions externes en un context particular. Per això, les limitacions dels tractaments per delinqüents poden provenir de la persona, la situació o del context del tractament. En iniciar aquest projecte de recerca al 2012 (Civit et al., 2013), es va fer una intensiva revisió de la relació entre motivació pel canvi i eficàcia del tractament<sup>1</sup>. En aquella memòria es van destacar diversos estudis que destacaven la importància de la relació entre aquests dos elements (Alexander, Tracy, Radek, & Koverola, 2009; August & Flynn, 2007; Bowen & Gilchrist, 2004; de Oliveira Júnior & Malbergier, 2003; Hemphill & Howell, 2000; McMurrin, Theodosi, & Sellen, 2006; Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011a; Pelissier, 2007; K. L. Scott & Wolfe, 2003; Subirana-Malaret & Andrés-Pueyo, 2013; Terry, 2001; Tierney & McCabe, 2004).

Malgrat tot, ja es destacava que la motivació pel canvi havia estat un constructe oblidat per la investigació psicològica i criminològica, degut a nombroses dificultats. En primer lloc, només el concepte de motivació pel canvi i la seva definició ha estat objecte de considerables divergències. Fins i tot, considerant com a conceptes diferents els de motivació pel canvi i de disposició pel tractament (Day, Casey, Ward, Howells, & Vess, 2010; Majer, Olson, Komer, & Jason). Si es consideren ambdós conceptes com a diferenciats podria trobar-se el cas de individus motivats per canviar de conducta però no per realitzar un tractament i viceversa, la qual cosa complicaria encara més l'anàlisi en qüestió.

---

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



Tanmateix, una altra àrea conflictiva quan es tracta de l'estudi de la motivació pel canvi ha estat la base teòrica de partida, donat l'existència també de múltiples postures teòriques amb els seus corresponents instruments avaluatius. Moltes d'elles formulades des de camps molt diferents a la criminologia, per exemple: el *Model Transteòric* de Prochaska i DiClemente (Casey, Day, & Howells, 2005), el model de creences sobre la salut (MCS- (Becker, 1974; Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008), la teoria de la motivació cap a la protecció (Orbell et al., 2009; Plotnikoff et al., 2010; Rogers, 1975), la teoria de l'autoeficàcia (Bandura, 1977; Schunk & Pajares, 2004), o la teoria de l'acció raonada (TRA) (Fishbein & Ajzen, 2010; Mullan & Westwood, 2010) entre d'altres.

I en tercer lloc, però últim donat que poden trobar-se moltes més àrees de conflicte, es troba en la diferències d'opinions respecte de la relació entre motivació i tractament. Aquí es troben tres perspectives diferenciades: la primera d'elles, posaria de relleu la necessitat de treballar inicialment per augmentar la motivació dels subjectes, de manera que la motivació hauria de constituir un dels objectius inicials del tractament (Cooney et al., 2015; Tierney & McCabe, 2002; Tierney & McCabe, 2004). La segona, defensaria que només s'hauria d'incloure al tractament aquells subjectes genuïnament motivats pel canvi (Harkins & Beech, 2007). I la tercera, suggeriria que s'ha d'ajustar el tractament al nivell de motivació mostrat inicialment pel subjecte, tot adaptant objectius i tècniques del tractament (Clarke i Carter, 2000; Hanson, 2000; citats en Tierney i McCabe, 2004).

En conclusió, després de diversos anys d'estudi de la psicologia i la criminologia sobre la motivació pel canvi, l'estat de la qüestió encara es troba ple de incògnites i resultats incoherents. Especialment, pel que fa a la fiabilitat de les perspectives teòriques, dels instruments d'avaluació i de l'eficàcia dels tractaments motivacionals i de la seva vinculació amb l'eficàcia del tractament. Mossière (2014) va realitzar en una rellevant revisió de més de 11 models teòrics sobre motivació i els diferents instruments de mesura vinculats a delinqüents. Com a conclusió va destacar que es necessari trobar un major consens tant pel que fa a les teories com als mètodes d'avaluació.

Tot i això, durant els últims anys ha hagut un creixement dels estudis centrats en la motivació pel canvi. En aquests sentit han augmentat els estudis sobre creació d'instruments d'avaluació motivacionals (Bergly, Stallvik, Nordahl, & Hagen, 2014; Fitzpatrick & Weltzin, 2014; Gašević, 2015; K. Scott & Lewis, 2015; Sielski, Begun, & Hamel, 2015; Wade & Andrade, 2014); la relació entre motivació i tractament (Andrade, Browne, & Naber, 2015; Cook, Heather, & McCambridge, 2015b; Vijay, Bazazi, Yee, Kamarulzaman, & Altice, 2015); ,i fins i tot estudis de caire neurobiològic (Chung, Pajtek, & Clark, 2013; Prisciandaro, McRae-Clark, Myrick, Henderson, & Brady, 2014)

Pel que fa als programes motivacionals, objecte principal d'anàlisi en aquesta recerca, també han augmentat els estudis que descriuen avaluacions d'eficàcia amb resultats positius (Becan, Knight, Crawley, Joe, & Flynn, 2015; Bewick et al., 2014; Gantiva, Guerra, & Vila, 2015; Mason, Benotsch, Way, Kim, & Snipes, 2014; Vella-Zarb, Mills, Westra, Carter, & Keating, 2015). Però també poden trobar-se estudis amb resultats ambivalents (Bettmann, Russell, & Parry, 2013; Cavaiola, Fulmer, & Stout, 2015; Clausen, Lübeck, & Jones, 2013; von Brachel et al., 2014) o que no mostren canvis a curt termini però si a llarg terme (Cook, Heather, & McCambridge, 2015a; Hillen, Dempfle, Seitz, Herpertz-Dahlmann, & Bühren, 2015).

## **2.2 El Model Transteòric de Prochaska i DiClemente**

Degut a rellevància del Model Transteòric proposat per Prochaska i DiClemente, a partir del 1982, per aquests estudi cal descriure de nou els seus elements bàsics (Casey et al., 2005; Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988). El model transteòric integra tres dimensions inter-relacionades (Norcross et al., 2011a): estadis de canvi, processos de canvi i nivells de canvi, que a continuació s'explicaran breument.

L'estructura més rellevants aquí es correspon als **estadis de canvi**, o fases de motivació a través de les quals l'individu va avançant (Prochaska et al.,

1988). Aquests estadis són: 1) **Precontemplació**: el subjecte no és conscient de la presència d'un problema i, en conseqüència, no hi ha desig de canvi; 2) **Contemplació**: apareix la consciència de problema inicial i, amb ella, el desig de canvi; 3) **Acció**: el subjecte realitza accions clarament dirigides a solucionar el seu problema i ja ha assolit alguns èxits; i 4) **Manteniment**: l'individu ha aconseguit modificar la seva conducta i utilitza estratègies per evitar una recaiguda.

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

A grans trets, una de les afirmacions bàsiques del model transteòric, pilar de la present investigació i de l'annualitat anterior (Civit, Iturbe, Martínez-Catena, Muro, & Nguyen Vo, 2013), és que si el subjecte accepta voluntàriament realitzar un tractament, ha d'estar situat a l'estadi de Contemplació o Acció i que, a mesura que avança el tractament, la persona anirà evolucionant d'estadi a estadi (Santos, González, Fons, Forcada, i Zamora, 2001).

### **2.3 El Programa d'Intervenció Motivacional (PIM)**

En consideració als arguments científics revisats fins ara sobre la importància de la motivació pel canvi i l'èxit del tractament, a més dels resultats obtinguts a Civit et al. (2013) es va dissenyar el Programa de Intervenció Motivacional (*PIM*) (Martínez-Catena, Civit, Iturbe, Muro, & Nguyen, 2015). El PIM és una intervenció dissenyada amb l'objectiu de ser aplicada als homes condemnats a realitzar un programa formatiu (PF) en violència domèstica abans de la realització del mateix. La seva finalitat és ajudar als individus a situar-se en la millor situació per afrontar el PF i preparar-los per a que puguin treure el màxim profit del compliment d'aquesta mesura.

El PIM es va dissenyar per augmentar el nivell motivacional dels subjectes sota la base teòrica del model transteòric de Prochaska i DiClemente

(McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983; Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011b; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; Prochaska et al., 1988), la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1999; Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1999; Miller, 1985) i les tècniques cognitiu-conductuals i constructivistes que han resultats més eficaces. Prenent aquestes perspectives com a base teòrica, el PIM es planteja com una intervenció breu on el professional guia a l'individu mitjançant un diàleg socràtic, a través de diverses activitats que potencien opinions favorables al canvi.

En concret, el PIM es compon de cinc mòduls dirigits a augmentar la motivació de l'individu:

- Mòdul 0 Avaluació: en aquest mòdul s'analitza amb detall la història de vida i delictiva del subjecte, es realitza l'enquadrament de la mesura. A més, mitjançant l'aplicació de diversos instruments psicològics, s'avaluen les característiques clíniques de personalitat i els aspectes motivacionals dels individus que són necessàries per l'aplicació del PIM.
- Mòdul 1 Feedback i Ambivalència: on es realitza la devolució de la informació obtinguda al mòdul anterior que es considera necessària per a que l'individu identifiqui la seva problemàtica i es treballa per a que entengui els costos derivats del seu problema i els beneficis que pot proporcionar un canvi.
- Mòdul 2 Autoeficàcia i Suport Social: dedicat a reforçar la creença d'autoeficàcia per a que l'individu assoleixi confiança en les seves capacitats per potenciar un canvi en la seva conducta. I s'ajudarà a l'usuari a identificar els individus del seu entorn que poden oferir-li suport i ajuda en aquest procés de canvi, així com aquells que poden entorpir-lo.
- Mòdul 3 Mapa de ruta: es guia a l'usuari a escollir quins seran els seus objectius de canvi i la manera de portar-los a terme.

- Mòdul 4 Seguiment: destinat a evitar que l'individu retrocedeixi i perdi la motivació adquirida, ajudant-lo a identificar els riscos que el poden portar a un nivell motivacional anterior.

El programa té tres nivells d'intensitat diferent (reduït, complet i intensiu) en funció del perfil psicopatològic dels individus i el nivell motivacional en que es troben. És a dir, la intensitat del programa s'ajusta als tres perfils psicopatològics que es van obtenir a Civit et al. (2013), anomenats: negadors, moderats i realistes; i als estadis motivacionals: precontemplació, contemplació i acció (l'estadi de manteniment no es té en compte donat que si algun subjecte es trobés en aquest estadi no requeriria de l'aplicació d'aquesta intervenció). Per exemple, un agressor amb un perfil de negador i situat en l'estadi de precontemplació hauria de participar en un programa intensiu; mentre que un individu realista i en l'estadi acció participaria en la versió reduïda del PIM.

### **3. Objectius**

L'objectiu principal d'aquesta recerca és implementar el programa motivacional PIM en una mostra d'agressors de parella que realitzen el programa formatiu en violència domèstica (PF VIDO en endavant).

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

1. Implementació pilot de la tècnica motivacional.
2. Avaluació de la motivació pel canvi en una mostra d'agressors de parella als quals se'ls ha aplicat el PIM, i que, a més, han realitzat el PF VIDO. L'objectiu principal del PIM és que els subjectes iniciïn el programa formatiu en les condicions més favorables per aprofitar-ne els continguts. Per tant, en termes d'estadi de canvi, s'espera que els subjectes que realitzin el PIM es situïn com a mínim en l'estadi de Contemplació, tret d'aquells que ja es trobin situats en estadis més avançats on l'objectiu consistiria en mantenir aquest estadi de motivació.
3. Exploració de l'existència de diferents perfils psicopatològics de tota la mostra i la seva implicació sobre la motivació al canvi.

#### **3.1 Hipòtesis**

Les hipòtesis que es plantegen en aquest estudi són les següents:

- Hipòtesi 1: Els subjectes que han realitzat el programa PIM (Grup PM) hauran augmentat el seu nivell de motivació en finalitzar-lo i es mantindrà en finalitzar el PF VIDO.
- Hipòtesi 2: Tal i com va succeir a la primera recerca, els Grups PF i Control, no mostraran diferències motivacionals significatives entre els dos moments d'avaluació (pre-tractament i post-tractament 2).

- Hipòtesi 3: El Grup PIM presentarà un nivell de motivació més avançat en finalitzar el PF, en comparació amb altres grups d'estudi (Grup PF i Grup control).

## **4. Material i Mètode**

### **4.1 Disseny experimental**

El disseny de recerca d'aquest estudi és un disseny de comparació intra-subjecte i inter-grups, que permet fer la comparació entre les puntuacions obtingudes per diversos grups i les puntuacions obtingudes pels mateixos individus en diferents moments temporals.

En concret, en aquest estudi s'avaluen tres grups de subjectes en diferents moments temporals. Per una banda, el Grup PIM (grup d'homes als quals se'ls aplicarà el programa motivacional i que també realitzaran el PF) s'avalua en tres moments temporals: abans de la realització de cap intervenció (pre-tractament), després de l'aplicació del PIM i abans d'haver iniciat el PF VIDO (post-tractament 1), i un cop finalitzat el PF VIDO (post-tractament 2). Per altre banda, els Grups PF i control són avaluats en dos moments temporals: pre-tractament i post-tractament 2.

### **4.2 Participants**

La mostra de la present investigació esta formada en la seva totalitat per 109 homes condemnats a una mesura judicial davant la seva autoria d'un delictes de violència masclista. Tots els membres del grup tenen l'obligació de participar en un Programa Formatiu de Violència Domèstica com a mesura penal alternativa.

Aquesta mostra es divideix en tres grups diferenciats:

- Grup PIM: format per 12 homes a qui se'ls ha aplicat el Programa de Intervenció Motivacional (PIM) abans d'iniciar el PF VIDO i han realitzat el programa formatiu.



- Grup PF: compost per 58 homes que han participat en un PF VIDO seguint el protocol existent en l'actualitat i que, per tant, no han rebut cap intervenció motivacional prèviament.
- Grup control: format per 38 usuaris que es troben en llista d'espera per a la realització del PF VIDO i que, per tant, en el moment de les avaluacions pre i post encara no l'havien realitzat.

### **4.3 Instruments**

Per oferir continuïtat a aquest estudi en relació als anteriors (2012 i 2014), s'han recollit les mateixes variables i aplicat els mateixos instruments, en termes generals. Tret de dos nous instruments que formen part de l'avaluació inicial necessària per l'aplicació del PIM. A continuació es descriuen els instruments aplicats a la mostra.

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

El grup de recerca va dissenyar *ad hoc* una plantilla per recollir un ampli grup de variables sociodemogràfiques i de carrera criminal de cada subjecte de la mostra. Es van recollir totes aquelles variables que la bibliografia científica destaca com a rellevants, parant especial atenció al risc de reincidència dels individus.

Tota la informació es va obtenir mitjançant diverses fonts, en especial, els informes sobre les entrevistes personals desenvolupats pels membres de l'equip del servei d'execució de mesures penals alternatives, els expedients judicials i sentències, l'aplicatiu de gestió d'expedients de Justícia Juvenil i Mesures Penals Alternatives (JOVO), així com la consulta del Sistema Informàtic Penitenciari Català (SIPC).

### **4.3.2 Escala d'Avaluació del Canvi (URICA)**

L'Escala d'Avaluació al Canvi (URICA) va ser dissenyada per McConnaughy, Prochaska, i Velicer (1983, traducció de Redondo, 2012) amb l'objectiu de mesurar els diferents estadis de canvi postulats al model transteòric de canvi (precontemplació, contemplació, acció o manteniment). Aquesta escala i tota la informació respecte els diferents mètodes de correcció es troben disponibles a la pàgina web del Cancer Prevention Research Centre de la Universitat de Rhode Island (EEUU) centre dirigit per James Prochaska.

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

Com es va indicar als estudis anteriors aquesta escala encara no ha estat validada i disposa de diferents mètodes de correcció. El sistema bàsic, consisteix simplement en el sumatori dels ítems corresponents a cada estadi, de manera que podem conèixer en quin estadi sobresurt l'individu (Callaghan i Taylor, 2006; DiClemente, Schlundt, i Gemmell, 2004; Hemphill i Howell, 2000).

El segon sistema de correcció s'obté a través d'un logaritme (Callaghan, 2005), consistent en calcular el sumatori de la mitja de contemplació, acció i manteniment, menys la mitja de l'escala de precontemplació. Aquest càlcul proporciona una puntuació total continua on, a major puntuació, major motivació pel canvi.

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

Pel que fa a l'avaluació de les característiques psicopatològiques dels subjectes de la mostra s'ha aplicat l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI) (Morey, 1991; adaptat a la població espanyola recentment per TEA

Ediciones, 2011). La versió “screening” o abreujada, que és la que s’ha utilitzat en aquesta recerca, consta de 165 ítems en la qual el subjecte ha de respondre en quin grau és aplicable cada ítem en el seu cas en una escala tipus Likert de 1 a 4 punts (que va des de “fals” a “completament vertader”). El PAI screening avalua un total de 22 escales:

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

Aquesta escala compta amb un alt reconeixement sobretot en l’àmbit forense, i presenta bones propietats psicomètriques (una consistència interna mitja amb valors alpha entre 0,74 i 0,81; i consistència temporal amb un coeficient test-retest= 0,82).

#### **4.3.4 Qüestionari MDC-Victoria**

Com a part de l’avaluació inicial dels subjectes per procedir a l’aplicació del PIM, a la mostra pertanyent al Grup PIM també es va aplicar el Qüestionari Multifactorial de Disposició al Canvi de la Universitat de Victoria (Qüestionari MDC-Victoria). Aquest qüestionari proporciona una valoració general de la disposició al canvi dels individus i informació més detallada sobre quatre factors rellevants per la intervenció motivacional: *Actituds i Motivació; Reaccions Emocionals; Creences Delictives i Eficàcia.* Consta de 20 ítems amb resposta en escala Likert (0 ‘Completament desacord’; 5’ Completament

d'acord'). Aquest qüestionari va ser traduït al espanyol pel propi grup de recerca.

#### **4.3.5 Termòmetre de partida**

Tanmateix, al grup PIM es va aplicar el denominat Termòmetre de partida, que consisteix en una escala gràfica del 0 (gens important) al 10 (molt important), on l'individu a de valorar com d'important és ara mateix per ell canviar.

#### **4.3.6 Informes finals dels formadors del Programa Formatiu VIDO**

Aquests informes són valoracions finals emeses pels psicòlegs o formadors que apliquen el programa formatiu VIDO.

### **4.4 Procediment**

Aquest estudi s'ha realitzat seguint una sèrie de fases necessàries pel bon desenvolupament i l'aplicació del PIM, en termes generals, el treball d'aquest estudi ha estat dividit en la fase d'aplicació del PIM, recollida de dades i avaluacions post-tractament, anàlisi i explotació de dades i elaboració de conclusions.

A partir de la resolució de les beques per a la recerca, estudis i anàlisi en els àmbits de l'execució penal, la mediació penal, d'atenció a la víctima, l'administració de justícia i el dret civil català de data 22 de desembre de 2014 i atenent a la previsió de distribució per l'annualitat 2015 dels programes formatius en matèria de violència domèstica a la demarcació de Girona, dissenyem el cronograma de recollida de la mostra i la distribució de subjectes en els diferents grups control i PIM.

S'ha de tenir en compte que la recollida de mostra del Grup PIM es veu compromesa també per les característiques del disseny experimental i les limitacions temporals d'aplicació del PIM, ja que aquest va ser dissenyat per

a que precedeixi en el temps als PFs, de manera que els subjectes iniciïn el PF just en acabar el PIM. Per tant, la fase de l'estudi corresponent a l'aplicació del PIM a una mostra d'usuaris de mesures penals alternatives de Girona va requerir tota una sèrie de passes per tal d'ajustar-nos als requeriments establerts pel programa i per la recerca que es descriuen a continuació.

En primer lloc es va realitzar una reunió amb la Directora General dels serveis territorials (SSTT) de Girona, Cap de Servei de Suport a l'Execució Penal i Cap de Secció dels Serveis Socials de l'Àmbit Penal per comunicar l'inici de l'aplicació de la prova pilot del PIM i detallar en que consistiria aquesta intervenció. Seguidament els membres de l'equip de recerca es van reunir amb l'equip de mesures penals alternatives de Girona per comunicar de l'inici d'aquest projecte, explicar el funcionament del PIM i proposar a altres membres si volien col·laborar. Els resultats d'aquesta reunió van ser molt positius donat que tots els membres de l'equip encarregats de la gestió dels PF VIDO es van mostrar motivats per a participar en aquest projecte i aplicar el PIM a alguns dels seus casos, als quals agraïm la seva col·laboració. L'equip va facilitar a aquests professionals el manual del PIM i altres materials com la Entrevista Motivacional de Miller i Rollnick (1998) per a que coneguessin el programa i se'ls va oferir una formació detallada.

Quan a la efectiva aplicació del PIM, davant l'obertura de concurs per la concessió de la gestió dels programes formatius i la previsió de resolució del mateix durant el mes de gener de 2015, la recollida de la mostra queda condicionada al moment d'inici dels programes formatius de l'annualitat.

Com a conseqüència de la previsió de demora de la resolució del concurs, la Generalitat de Catalunya aprova una pròrroga per a les entitats que estan duent a terme els programes i una partida pressupostària excepcional per donar sortida de forma urgent als casos que resten en llista d'espera. Això precipita l'inici d'alguns programes formatius al mes de desembre de 2014, impossibilitant que els subjectes que hi participen puguin formar part del grup PIM al que s'aplica el pla pilot.

En data 06 de Març de 2015 i coincidint amb una reunió explicativa del nostre projecte als Serveis Territorials de Girona, en la que hi havia presents la directora territorial, el Cap de Secció d'Execució Penal, la Cap de Servei dels Serveis Socials de l'Àmbit Penal i el coordinador de Mesures Penals Alternatives a Girona, es planteja la dificultat d'aplicació del pla pilot a Girona, atenent a la demora en la resolució del concurs (encara pendent) i s'exploren alternatives, entre les quals sorgeix la possibilitat de col·laboració amb altres equips de Mesures Penals Alternatives, d'altres territoris.

Des de l'equip d'investigació valorem molt positivament aquesta opció, atès que enriqueix l'avaluació tant qualitativa com quantitativa de l'objecte de la nostra recerca. Des del Cap de Secció s'ofereix la possibilitat de realitzar un primer contacte amb el Subdirector, amb posterioritat al qual, en data 9/04/2015, es contacta amb el Responsable de l'Àrea de Mesures Penals Alternatives, de la Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i de Justícia Juvenil, mitjançant correu electrònic exposant la situació de la recerca i sol·licitant col·laboració per part dels equips de Barcelona província, rebent resposta immediata amb el vist-i-plau corresponent per iniciar el contacte amb les coordinadores dels equips de MPA Barcelona.

Després de diverses trucades telefòniques al llarg del mes d'abril, en data 6/05/2015 aconseguim contactar amb una de les coordinadores per tal d'exposar-li la nostra demanda. En la mateixa data li fem arribar mitjançant correu electrònic el Pla d'Intervenció Motivacional per tal que el comparteixi amb la resta de coordinadores i amb el compromís de donar-nos una data de reunió per tal d'exposar el pla als delegats de cada equip.

En data 14/05/2015 ens traslladen la demanda de fer una reunió prèvia amb les coordinadores per resoldre dubtes i clarificar els termes de la col·laboració, proposant el dia 29/05/2015. Des de l'equip ens mostrem d'acord amb la proposta i, finalment, la reunió es duu a terme el 4/06/2015 a petició de les coordinadores de MPA. Si bé en l'esmentada reunió no es fan explícites reticències que impossibilitin l'aplicació de la prova pilot, sí que es poden observar diferents graus d'implicació en la col·laboració.

Tanmateix, per tal de donar resposta a les possibles dificultats d'implementació derivades de les càrregues de treball dels delegats/es, des de l'equip d'investigació s'ofereix l'alternativa que professionals formats en l'aplicació de la intervenció motivacional puguin desenvolupar el pla pilot, permetent que la tasca del delegat es reduís a la selecció de subjectes compatibles amb la mostra.

La setmana posterior a la reunió es concreten dues dates per tal de realitzar les reunions explicatives amb els delegats de cada equip (22 i 23/06/2015). Des de les coordinadores de MPA se'ns sol·licita que duguem a terme un email adreçat als delegats/es per tal d'introduir l'objecte de la nostra visita a les seves reunions d'equip.

En les dates establertes es duen a terme les reunions amb els delegats/es en el marc de les seves reunions d'equip a cada seu territorial i se'ls facilita el manual d'aplicació del PIM per tal que valorin la possibilitat de col·laborar amb el projecte d'investigació. Amb posterioritat a la reunió s'envia un email explicatiu amb les instruccions detallades per a l'aplicació del pla pilot.

En data de 16/07/2015 una de les coordinadores es posa en contacte amb l'equip per tal d'informar que 3 dels seus delegats estan interessats en participar en el projecte. Tot i que, davant la manca de participació per part de cap delegat en l'aplicació pilot, el 22/09/2015 des de l'equip tornem a contactar via email amb els diferents responsables per tal de poder augmentar la mostra, oferint de nou la possibilitat que professionals formats siguin qui duguin a terme l'aplicació. Tot i així, no es produeix cap resposta.

A data d'avui no ens han informat de la realització completa de cap implementació del pla pilot al territori de Barcelona província.

En paral·lel, i pel que fa a l'aplicació del programa a la província de Girona, es resol el concurs durant el mes d'abril de 2015, iniciant-se els cursos el mes de maig. La necessitat d'iniciar els cursos de forma imminent, redueix en gran mesura el nombre de casos susceptibles de formar part de la mostra. Des de l'equip de MPA Girona participen en l'aplicació 2 delegats /es que no formen part de l'equip d'investigació però que, tal i com s'ha

comentat anteriorment, han rebut la formació necessària atès el seu interès en col·laborar amb el projecte.

La recollida de mostra al territori de Girona es fa efectiva tant amb els subjectes que realitzen el PF el mes de maig com amb els que inicien curs el mes d'octubre de 2015. La selecció de la mostra del Grup PIM es va realitzar seguint les indicacions del manual del PIM, mitjançant les avaluacions inicials del subjectes, de manera que la mostra no va ser completament aleatoritzada ja que es requeria que els resultats a les aplicacions de les proves d'avaluació fossin clars i coherents.

Paral·lelament, es va ampliar les mostres dels altres grups d'anàlisi i es va realitzar la recollida de dades sociodemogràfiques i criminals procedents de les entrevistes personals realitzades als subjectes, els expedients judicials i sentències, l'aplicatiu informàtic JOVO, i l'aplicatiu SIPC.

A més, es va fer una recopilació de les impressions personals dels professionals que van participar en l'aplicació del PIM sobre la seva viabilitat i eficàcia subjectiva.

## **4.5 Anàlisi de dades**

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

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

Per poder contrastar les hipòtesis d'estudi, atès que finalment la mostra va ser reduïda es van realitzar un seguit de proves no paramètriques. Amb



l'objectiu de fer una comparació de les mitjanes del nivell de motivació entre els diferents grups es va aplicar la prova U de Mann Whitney. I a través de la prova de Wilcoxon dels rangs amb signe, es va realitzar la comparació intragrups del nivell de motivació.

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

Un cop identificats els diferents perfils, es van aplicar proves d'ANOVA i Kruskal Wallis per comprovar si hi havia diferències significatives a les escales del PAI segons els perfils.

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

## 5 Resultats

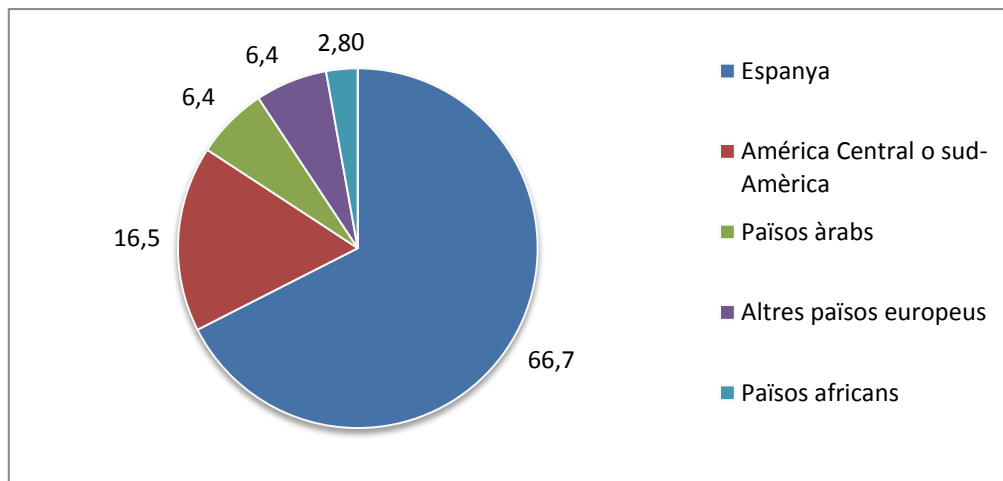
### 5.1 Anàlisis preliminar

#### 5.1.1 Descripció de la mostra

A continuació es descriuen les principals característiques sociodemogràfiques de la totalitat de la mostra d'aquest estudi.

La mostra avaluada en aquesta recerca està formada per homes amb una edat mitjana de 41,46 anys (DS= 9,82; Min.21/ Màx. 68) tots ells amb residència en el moment de compliment de la mesura a la província de Girona i amb una mitjana de fills de 1,67.

Al gràfic 1 s'observa gràficament el territori d'origen dels subjectes de la mostra. El 66,7% de la mostra va néixer a Espanya, sent un 34,9% nascuts a Catalunya. La resta dels subjectes de la mostra és procedent d'Amèrica Central o sud-Amèrica (16,5%), països àrabs (6,4%), altres països europeus (6,4%) i de països africans (2,8%). De tots ells, un 3,7% es troben en situació irregular al país.



**Gràfic 1. Territori d'origen dels subjectes de la mostra**

En relació al nivell d'estudis assolit el 33,9% va finalitzar els estudis primaris, un 11,9% tenen estudis secundaris, un 12,8% han realitzat un cicle formatiu o professional, un 1,8% ha finalitzat el batxillerat, un 2,8% tenen estudis

universitaris i, un 1,8% presenta analfabetisme, però cal destacar que hi ha un alt percentatge de la mostra (32,1%) on aquesta informació no ha estat explorada.

Pel que fa a la professió dels subjectes, la major part d'ells es dediquen a oficis que requereixen baixa o mitjana qualificació tals com l'àmbit de la construcció, transport, mecànica o hostaleria. Així, s'ha observat que del total dels participants, un 55,9% han tingut una vida laboral estable, mentre que en el moment de l'avaluació el 45,8% es troba a l'atur. Malgrat que un percentatge més baix, el 26,6% també es trobava en situació d'atur en el moment que va cometre el delicte.

Si atenem al nivell d'ingressos de la mostra, gran part de la mostra (el 44%) compta amb un nivell d'ingressos mig i un 3% amb un nivell alt. Per contra, el 13,8% manifesta no comptar amb cap tipus d'ingressos econòmics, el 27,5% està rebent la prestació per atur i un 5,5% el PIRMI.

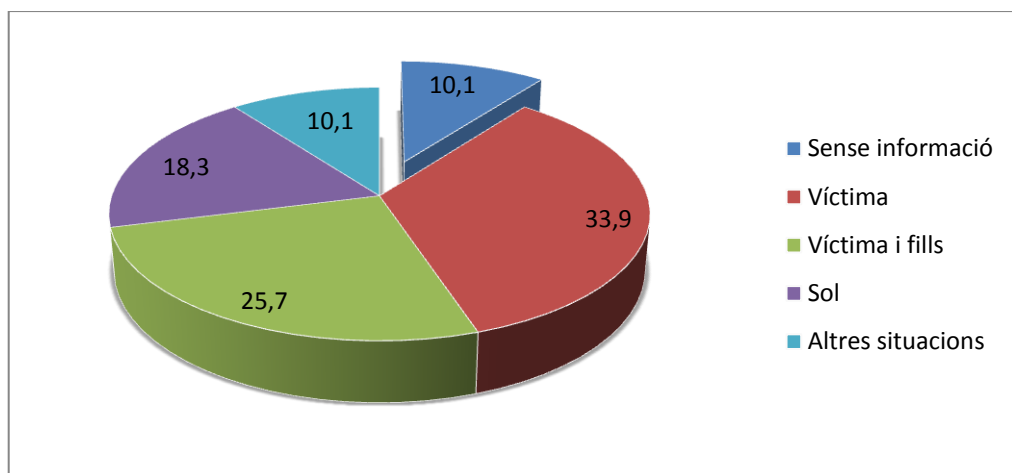
En relació a la salut dels subjectes, un 79,8% no pateix cap incapacitat ni malaltia crònica diagnosticada, mentre que el 8,3% informa d'estar diagnosticat d'una malaltia física i un 5,5% d'un trastorn mental. D'altra banda, s'observa que el 15,5% de la mostra es troba vinculat a algun servei de desintoxicació, normalment un Centre d'Atenció i Seguiment a drogodependències, un 7,3% a un Centre de Salut Mental i un 9,2% rep assistència per part dels Serveis Socials del territori.

Per últim, si atenem al consum de tòxics dels subjectes al llarg de la seva vida, un 57,8% no ha estat consumidor de cap tipus de substàncies que generen addicció mentre que un 19,3% va informar que sí ho havia estat amb anterioritat i un 17,4% que ho està en el moment de l'avaluació. Les substàncies consumides majoritàriament són l'alcohol (56,4%), cocaïna (5,1%), tetrahidrocannabinol (12,8%) i heroïna (2,6%), i en un 23,1% d'aquests casos els subjectes presentaven policonsum d'aquestes substàncies. Cal destacar que un 27,5% de la mostra relaciona el delicte motiu de la condemna actual amb el consum de substàncies tòxiques en aquell moment.

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

El temps mig de condemna a presó pels delictes comesos es de 9,18 mesos (DS=5,18; Mín. 3/Màx. 24) i la mitjana de suspensió de la condemna de 25,69 mesos (DS=6.87; Mín. 6/Màx. 60). Un 97,2% dels subjectes van ser condemnats a complir també una ordre d'allunyament. Del total dels subjectes un 25,7% tenien antecedents penals per la comissió anterior d'un delicte, especialment vinculats a violència contra la dona i altres delictes violents. Un 13,8% dels subjectes comptaven amb antecedents policials o judicials anteriors.

Centrant-nos en el delicte que motiva la condemna a la realització d'un Programa Formatiu en matèria de violència domèstica, es pot observar que en el moment dels fets el 20,2% dels homes estaven casats amb la víctima i un 3,7% es trobaven en mig d'un procés de separació. Pel que fa al nucli de convivència en aquell moment, el 33,9% vivien amb la parella víctima del delicte, el 25,7% ho feia també amb els fills, el 18,3% vivia sol i el 10,1% vivien en altres situacions com per exemple amb els pares o compartien pis amb amics (Gràfic2).

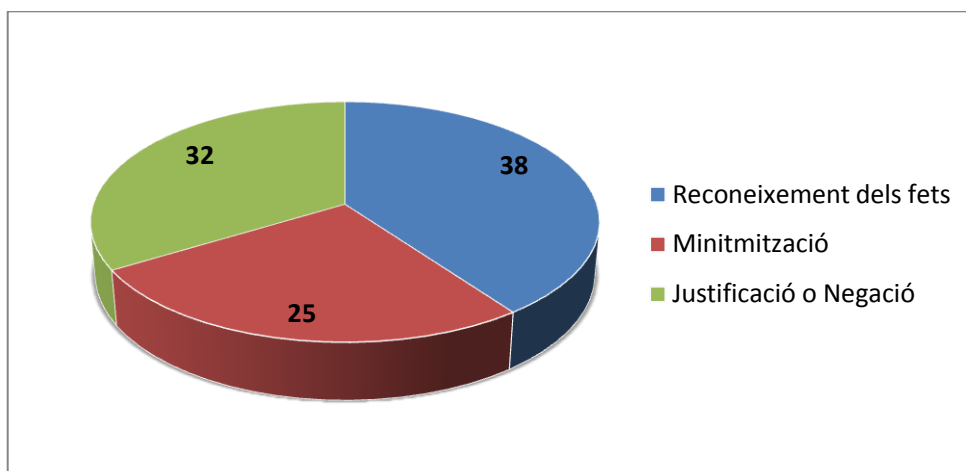


**Gràfic 2. Nucli de convivència en el moment de comissió del delicte**

Així, actualment d'aquest grup, un 30,3% viu sol, un 23% ho fa amb una nova parella i fills i un 35,8% ho fa en altres situacions. Cal destacar que

només un subjecte va referir conviure amb la víctima del delictes, a l'hora de valorar aquest fet cal tenir en compte que la majoria de subjectes encara compten amb l'ordre d'allunyament de la víctima vigent. En l'actualitat, el 43,1% de la mostra no té parella, el 31,2% té una nova parella i el 4,6% continua tenint una relació sentimental amb la víctima del delictes.

En relació al posicionament dels subjectes davant del delictes, un 38% relata els fets sense que existeixin discrepàncies amb la redacció a la sentència, un 25% minimitza els fets i un 32% els justifica o nega que hagin passat (Gràfic 3).

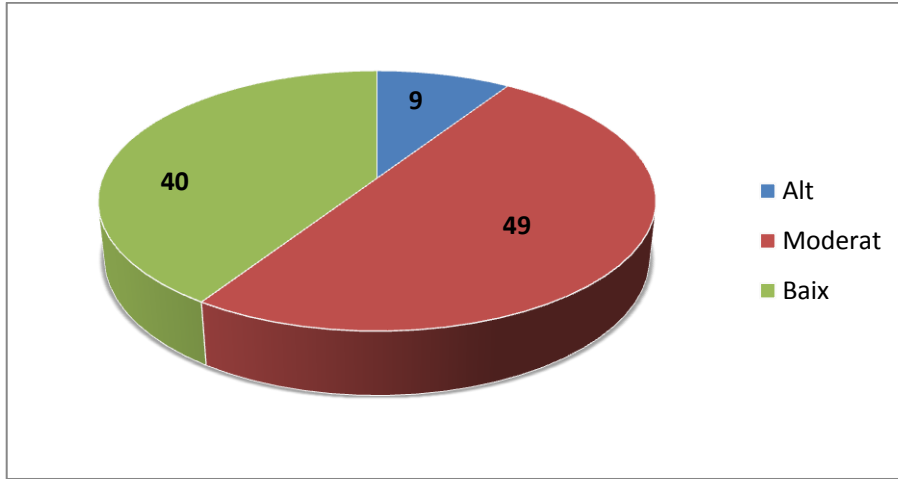


**Gràfic 3. Posicionament dels subjectes davant dels fets**

Dels fets descrits a la sentència, el 39,4% presenta violència física, el 23,9% violència verbal i el 26,6% presenta violència física i verbal. En el 71% dels casos es tracta d'un fet puntual i aïllat, i en la major part dels casos no es va requerir intervenció per part dels Cossos de Seguretat (62%) ni de serveis mèdics o psicològics (55%). De la totalitat dels casos estudiats, en el 11,9% l'home va fer servir un arma (arma blanca) o altre tipus d'objecte (pals, cinturons...) per infligir la violència.

Per últim, en relació a la valoració realitzada pel Servei d'Execució de Mesures Penals Alternatives respecte el risc de reincidència dels subjectes condemnats (Gràfic 4), s'observa que el 40,4% de la mostra va ser valorada

com a risc baix de reincidència, el 48,6% com a moderat i el 9,2% com a risc alt.



**Gràfic 4. Valoració del risc de reincidència dels subjectes de la mostra efectuada pel Servei d'Execució de Mesures Penals Alternatives**

#### **5.1.1.1 Descripció del Grup PIM**

El Grup PIM finalment va quedar format per 12 individus que van participar al programa motivacional. Atenent a les característiques d'aplicació del PIM aquest grup no va ser seleccionat a l'atzar, sinó que primerament es va fer una primera selecció atenent al criteris de inclusió i exclusió del manual (per exemple, habilitat lingüística, presència d'altres trastorns, consum actiu de tòxics, etc.) i d'altres motius que impossibilitessin l'aplicació completa del PIM, com podia ser els seus horaris laborals, trasllats, la previsió d'empresonament, etc. A la Taula 1 es descriuen els principals motius i el número de individus que van haver de ser exclosos de la mostra PIM.

**Taula 1. Motius d'exclusió de la mostra PIM**

<b>RAONS BAIXA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Consum actiu	0	0
Empresonament	3	3,70
Horari laboral	19	23,46
Impossibilitat logística	18	22,22
Negativa a realitzar el PIM	7	8,64

No localització	7	8,64
Problemes idiomàtics	18	22,22
Realització prèvia d'un PF	2	2,47
Salut mental	1	1,23
Trasllat	6	7,41
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

A més el programa PIM requereix avaluar als individus mitjançant l'aplicació de les proves previstes al Mòdul 0. Especialment, a través de les proves PAI i URICA s'obtenen els perfils dels subjectes per ajustar-los a la intensitat de intervenció més adequada. En aquest sentit la mostra va quedar conformada pels perfils que s'observen a la Taula 2.

**Taula 2: Perfils de la mostra del Grup PIM**

<b>Subjecte i perfil</b>	<b>Perfil</b>	<b>Estadi URICA inicial</b>	<b>Avaluacions realitzades</b>
PIM 1	Moderat	Contemplació	Pre, Post 1, Post 2
PIM 2	Negador	Contemplació-Acció	Pre, Post 1
PIM 3	Realista	Acció	Pre, Post 2
PIM 4	Negador	Precontemplació	Pre, Post 1, Post 2
PIM 5	Negador-Moderat	Contemplació	Pre, Post 1, Post 2
PIM 6	Negador	Contemplació-Acció	Pre, Post 1
PIM 7	Negador	Contemplació	Pre, Post 1, Post 2
PIM 8	Realista	Contemplació-Acció	Pre, Post 2
PIM 9	Negador	Contemplació	Pre, Post 1, Post 2
PIM 10	Negador	Contemplació	Pre, Post 1, Post2
PIM 11	Realista	Contemplació-Acció	Pre, Post 1, Post 2
PIM 12	Negador	Precontemplació	Pre, Post 1

Pel que fa a les mesures inter-subjectes, el Grup Experimental es compon per 12 subjectes avaluats, dels quals 7 compten amb una avaluació completa (és a dir, que van ser avaluats en els tres moments temporals Pre-

tractament, Post-Tractament 1 i Post-tractament 2) i 2 també van poder ser avaluats al finalitzar el PF.

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

Del total de la mostra (N=109), el 99,08% dels subjectes va completar l'inventari PAI (n=108). Com ja es va fer a la recerca anterior (Civit et al., 2013), es va procedir a identificar i eliminar aquells casos on les puntuacions superaven els punts de tall que garanteixen la validesa de la prova a les escales que avaluen la distorsió de resposta. Segons el manual de correcció i interpretació de la prova, no és convenient continuar amb la interpretació de la resta d'escales si els individus presenten puntuacions transformades (PT) iguals o superiors a les següents escales:

Inconsistència: Puntuació Transformada  $\geq 75$

Infreqüència: Puntuació Transformada  $\geq 75$

Impressió Negativa: Puntuació Transformada  $\geq 101$

Per aquesta raó, es van ometre els casos amb aquestes puntuacions a l'hora de realitzar les posteriors anàlisis. Com ja es va decidir a la recerca anterior, els casos amb PT iguals o superiors a 65 en l'escala *Impressió Positiva* es van incloure a la mostra d'estudi, ja que la bibliografia científica refereix que aquesta variable estaria present a l'hora d'avaluar l'eficàcia del tractament.

Un cop eliminats els subjectes esmentats, els casos susceptibles d'anàlisi dels perfils PAI constituïen el 94,49% de la mostra (103 casos). La Taula 3 mostra les puntuacions mitjanes a cadascuna de les escales clíniques, relacionades amb el tractament i de relació interpersonal per a la totalitat de la mostra, i els grups PIM, PF i control. Per una qüestió de coherència amb altres investigacions prèvies (Civit et al, 2013), en aquesta ocasió tampoc es va incloure l'escala *Estrès* de la versió espanyola abreujada del PAI.

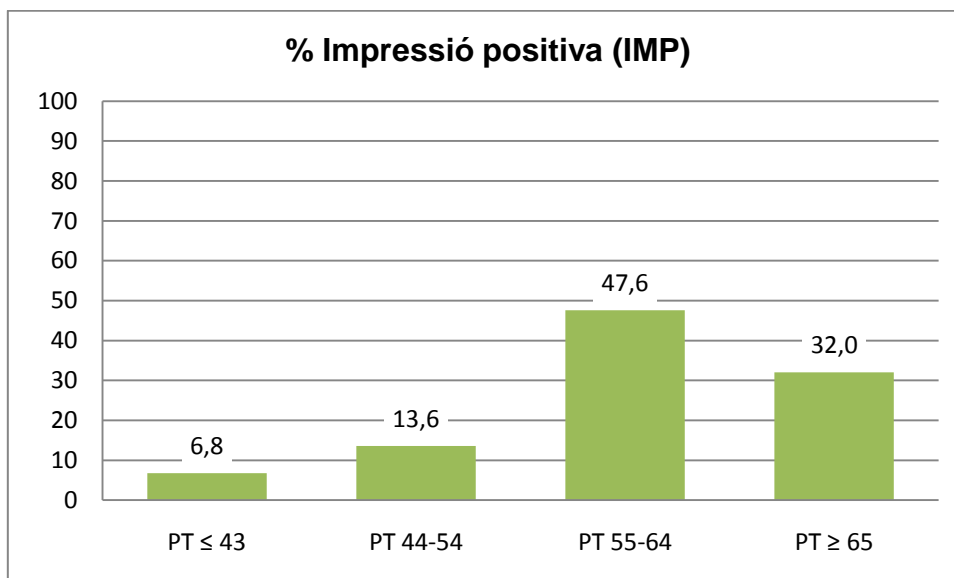


**Taula 3. Resultats descriptius de l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI) pel conjunt de la mostra i pels grups d'estudi**

	Tota la mostra (N=103)		Grup PIM (n=16)		Grup PF (n=49)		Grup control (n=38)	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
<b>Escales Clíniques</b>								
<b>SOM</b>	50,19	9,97	53,25	12,09	48,20	7,78	51,47	11,21
<b>ANS</b>	48,44	9,85	53,18	12,18	47,06	8,34	48,23	10,25
<b>TRA</b>	54,35	10,15	56,75	9,03	53,32	11,32	54,68	9,00
<b>DEP</b>	50,34	8,87	52,50	8,77	48,73	8,83	51,52	8,80
<b>MAN</b>	44,22	10,61	51,56	11,97	42,67	10,16	43,13	9,52
<b>PAR</b>	58,50	11,31	62,06	9,03	57,89	11,05	57,78	12,42
<b>ESQ</b>	51,77	11,53	56,81	14,57	50,42	10,91	51,39	10,61
<b>LIM</b>	48,37	9,75	50,87	9,36	46,95	9,39	49,15	10,31
<b>ANT</b>	51,25	8,87	56,00	8,76	49,40	6,81	51,63	10,54
<b>ALC</b>	50,95	10,74	50,93	9,34	50,12	9,73	52,02	12,56
<b>DRG</b>	50,76	10,02	53,00	11,29	50,20	8,96	50,55	10,88
<b>Escales relacionades amb el tractament</b>								
<b>AGR</b>	47,45	8,93	52,62	9,06	44,75	6,90	48,76	10,08
<b>SUI</b>	50,00	9,98	52,06	10,17	49,06	9,14	50,36	11,01
<b>FAS</b>	55,65	13,00	54,62	7,86	55,32	14,03	56,50	13,57
<b>RTR</b>	49,76	9,63	45,93	8,64	51,12	9,64	49,63	9,79
<b>Escales de relació interpersonal</b>								
<b>DOM</b>	46,31	7,98	50,25	6,00	45,12	8,07	46,18	8,24
<b>AFA</b>	52,96	9,78	54,06	9,24	53,83	10,91	51,36	8,41

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

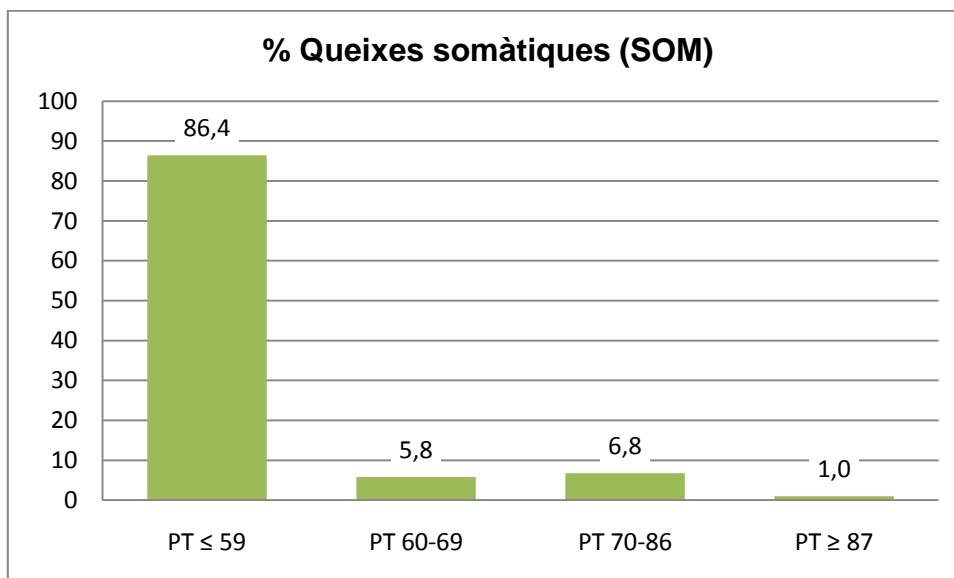
A continuació es presenta gràficament la distribució de les puntuacions a les principals escales del PAI per a tota la mostra.



**Gràfic 5. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Impressió Positiva**

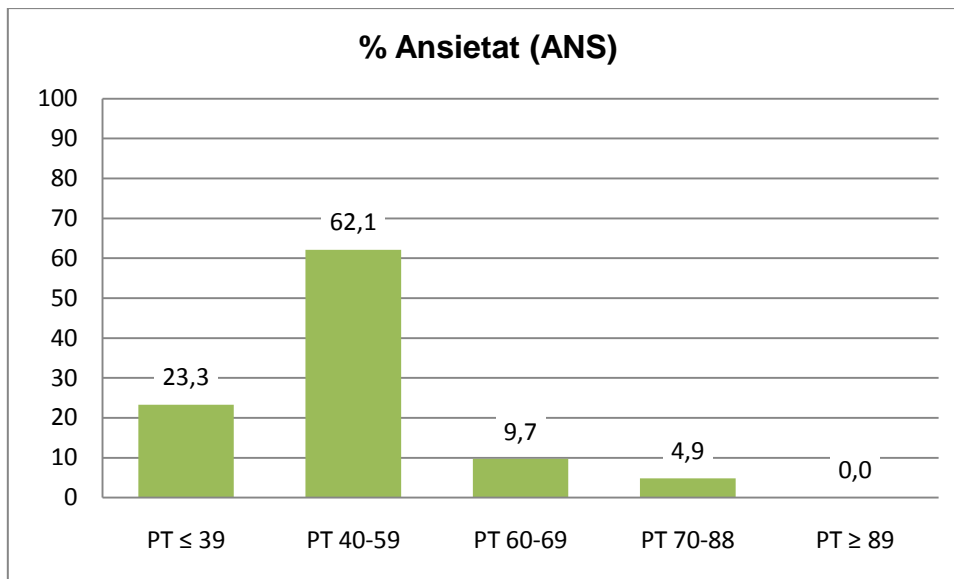
L'escala *Impressió Positiva* (IMP) ens permet detectar aquells subjectes que tracten de donar una imatge positiva de si mateixos, ja que explora el reconeixement de defectes personals poc rellevants. Aquesta distorsió pot donar-se perquè els subjectes en realitat no posseeixen les característiques negatives que avalua la prova, estan intentant falsejar les seves respostes, o bé no són conscients de la seva problemàtica. Com es pot apreciar al Gràfic 5, un 20,4% de la mostra obté puntuacions iguals o inferiors a 54, fet que indica que aquests subjectes no pretenen presentar una imatge favorable irreal, en canvi, un 47,6% de la mostra presenta puntuacions transformades (PT) que oscil·len entre 55 i 64, la qual cosa vol dir que aquests subjectes tendeixen a minimitzar els problemes o defectes comuns, a més de mostrar una certa defensivitat. Resulta també destacable que més del 30% dels subjectes de la mostra obtinguin PT superiors a 65, quan només un 6,4% de casos no clínics obtenen puntuacions en aquest rang en la mostra utilitzada per a l'adaptació de la prova a la població espanyola. Com ja s'ha comentat anteriorment, s'ha de tenir en compte la possibilitat que la resta d'escals del PAI mostrin una

puntuació més baixa de la que realment s'obtindria atesa aquesta tendència minimitzadora.



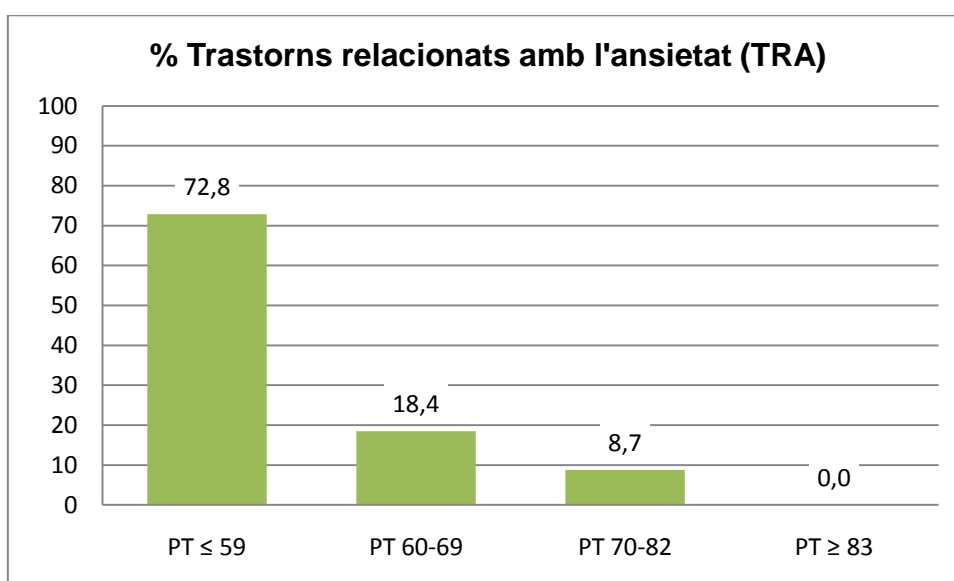
**Gràfic 6. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Queixes somàtiques**

L'escala *Queixes Somàtiques* (SOM) avalua el grau de preocupació sobre problemes físics i de salut, així com el grau de deteriorament percebut a conseqüència de la simptomatologia somàtica (Gràfic 6). Com es pot observar, el 86,4% dels subjectes avaluats són persones amb poques queixes corporals i són percebudes pels altres com optimistes, actives i eficaces. Per altra banda, un 6,8% de la mostra presenta puntuacions per damunt de 70, que indica la presència de preocupacions importants sobre la salut i les queixes somàtiques. Finalment, un 1% dels subjectes avaluats manifesta una preocupació constant sobre la salut i un gran deteriorament com a conseqüència de la simptomatologia somàtica, assumint un rol d'incapacitat. A més, no serien bons candidats per iniciar un tractament.



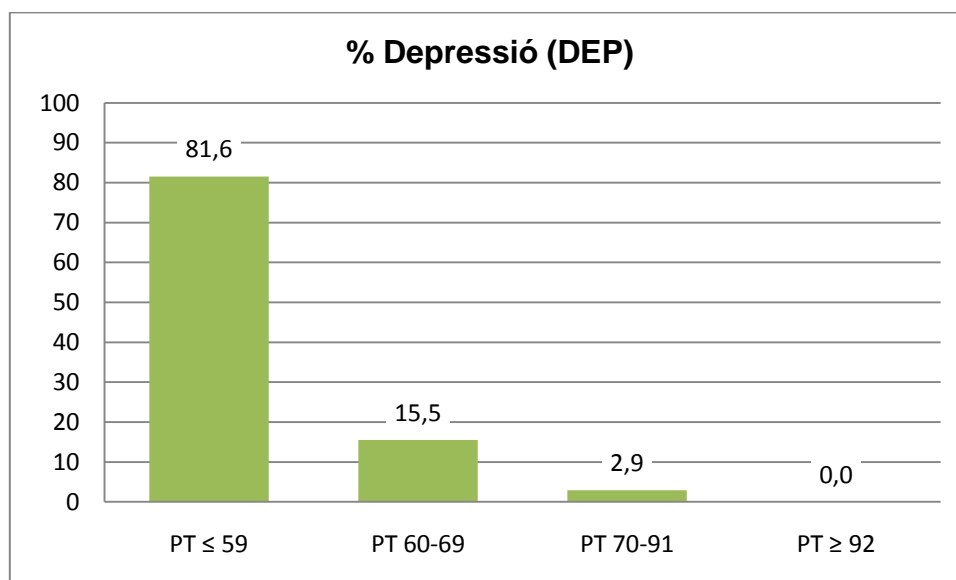
**Gràfic 7. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Ansietat**

L'escala d'*Ansietat* (ANS) avalua el grau de tensió i emoció negativa que un subjecte pot manifestar cognitiva, emocional i fisiològicament. Com es pot apreciar al Gràfic 7, el 23,3% presenta puntuacions per sota de 39, la qual cosa indica que podria tractar-se de persones amb tendència a la temeritat en determinades situacions. En contrast, un 62,1% de la mostra presenta poques queixes d'ansietat (PT=40-56). Quasi el 10% dels participants podrien estar experimentant certs problemes d'estrès o ansietat. I, finalment, un 4,9%, patiria nivells significatius d'ansietat i tensió durant la major part del temps.



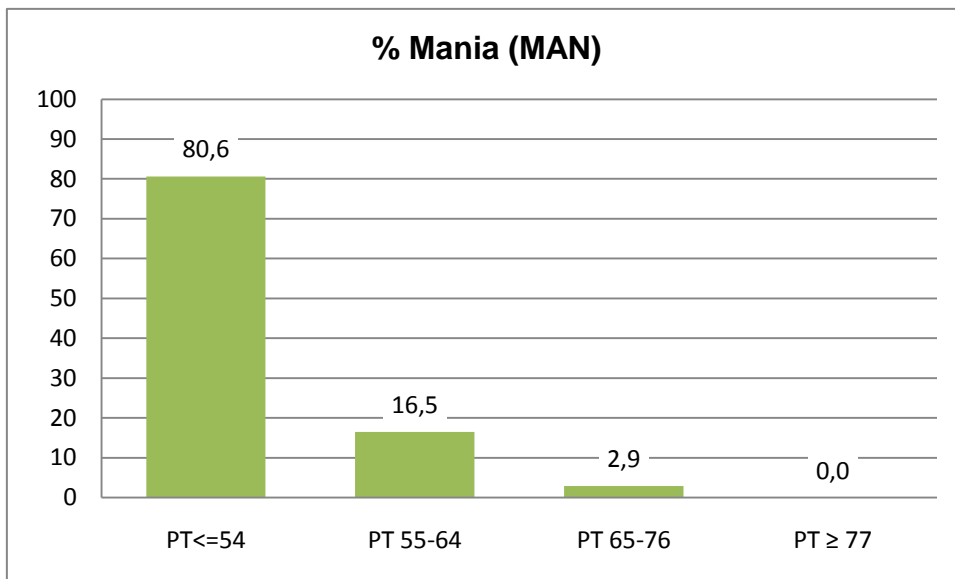
**Gràfic 8. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Trastorns relacionats amb l'ansietat**

A diferència de l'anterior, l'escala *Trastorns relacionats amb l'Ansietat* (TRA) avalua de manera general el grau de manifestació de l'ansietat a nivell conductual. Gairebé el tres quartes parts de la mostra obté puntuacions inferiors a 59, indicant que són persones que experimenten poc malestar i són percebudes com segures de sí mateixes, flexibles i serenes quan es troben sota pressió. Quasi el 20% dels subjectes mostren algun tipus de por específica i baixa auto-confiança. És destacable que el 8,7% dels individus es caracteritzen per semblar insegurs, preocupats i incòmodes en situacions socials (Gràfic 8).



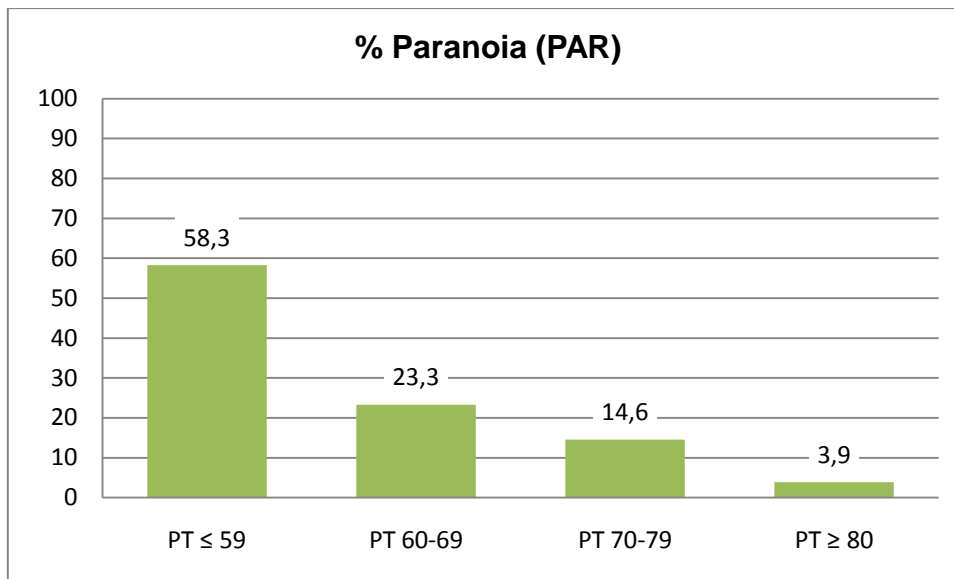
**Gràfic 9. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Depressió**

L'escala *Depressió* (DEP) avalua simptomatologia depressiva, així com el seu grau de severitat. Per una banda, al Gràfic 9 s'observa que el 81,6% dels subjectes mostren poques queixes d'infelicitat o malestar, mentre que un 15,5% de la mostra presenta poca confiança en sí mateixa, tendeix a ser sensible i pessimista, i és infeliç en certs moments. Per altra banda, tenim un 2,9% dels subjectes amb puntuacions entre 70 i 91, que es pot interpretar com que són individus infeliços i tristos la major part del temps, i són percebuts pels altres com subjectes deprimits i insatisfets.



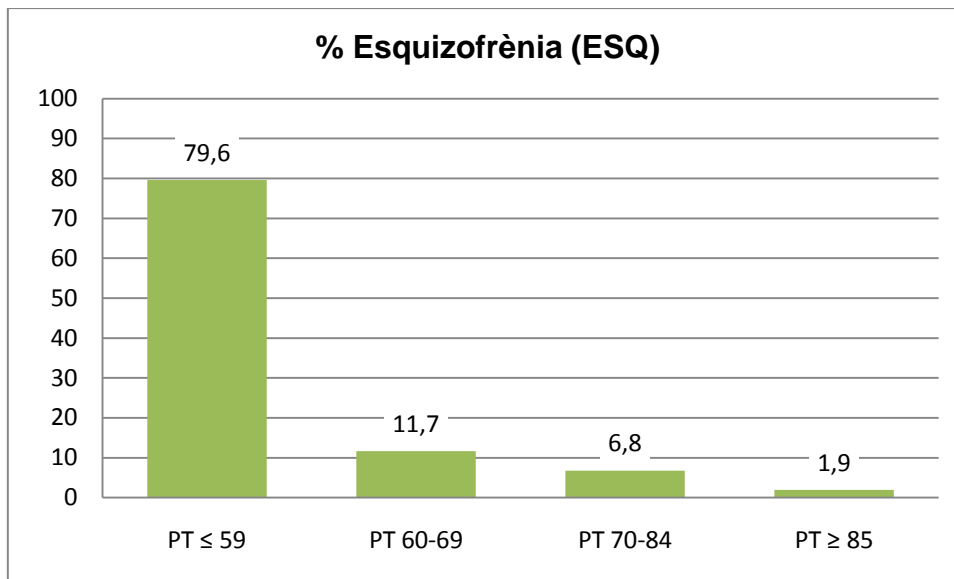
**Gràfic 10. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Mania**

L'escala *Mania* (MAN) avalua la simptomatologia clínica associada a la mania i la hipomania (estat d'ànim expansiu, hiperactivitat i/o irritabilitat). En aquest cas, el 80,6% dels subjectes presentaria poques o cap característica d'aquest tipus. Un 16% de la mostra es descriu com persones actives, sociables i amb confiança en si mateixos i, en alguns casos, hostils, impacients i fàcilment irritables. Les puntuacions iguals o superiors a 65 indiquen inquietud, impulsivitat i un alt grau d'energia; aquestes persones són percebudes com antipàtiques, malhumorades i temperamentals, la qual cosa s'observa en un 2,9% de la mostra d'estudi (Gràfic 10).



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

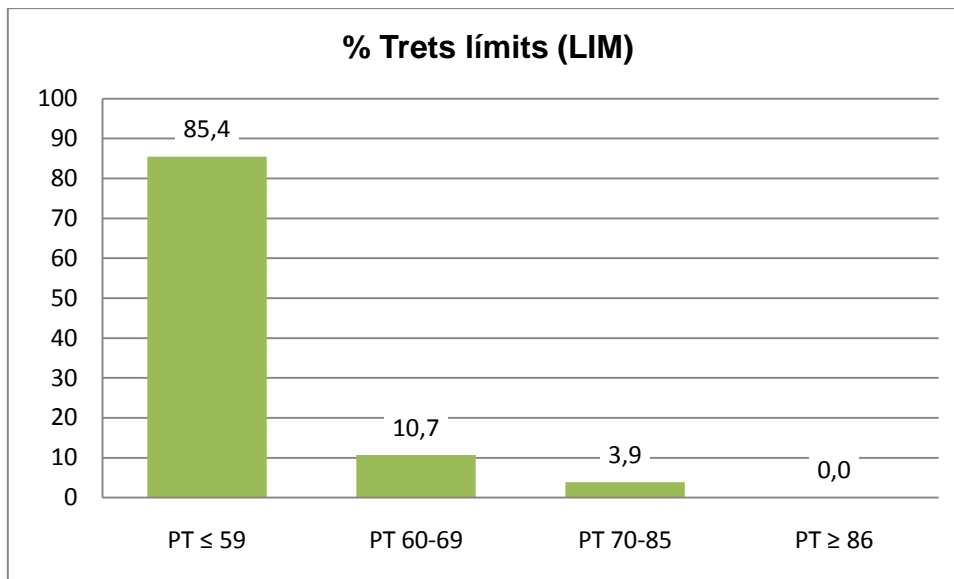
L'escala *Paranoia* (PAR) avalua l'hostilitat i la manca de confiança, així com la hipervigilància, el control excessiu i la tendència al ressentiment. Com es pot observar al Gràfic 11 gairebé el 60% de la mostra presenta puntuacions iguals o inferiors a 59, indicant que es tracta d'una persona oberta i que generalment té capacitat per perdonar als demés. En canvi, el 23,3% dels subjectes obté puntuacions entre 60 i 69, que suggereix que són persones susceptibles, inflexibles i receloses. El 14,6% de la mostra es caracteritza per la suspicàcia, l'hostilitat, la desconfiança i la baixa sociabilitat. És destacable que gairebé un 3,9% de la mostra obtingui puntuacions superiors a 80, indicatiu de que són persones ressentides i geloses, i també poden presentar ideació delirant de referència, persecució o grandiositat.



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

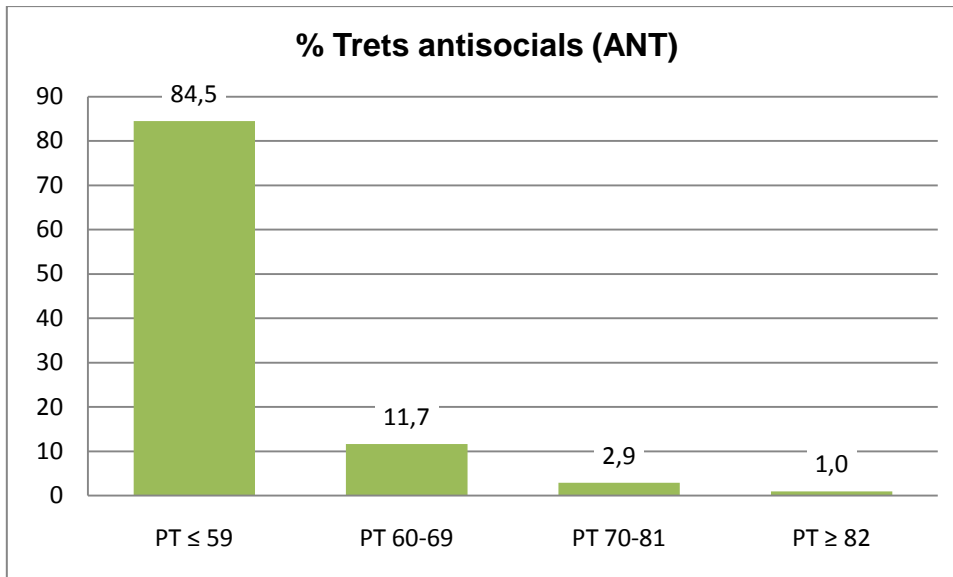
L'escala *Esquizofrènia* (ESQ) està dissenyada per detectar simptomatologia associada a l'esquizofrènia, com creences o percepcions estranyes, baixa competència social, incapacitat per gaudir de les relacions socials, problemes d'atenció, de concentració i de processos d'associació. Com es pot apreciar, quasi 80% de la mostra es presenta com a competent en les relacions socials i amb absència de problemes d'atenció i concentració. Les puntuacions transformades entre 60 i 69 descriuen a individus retrets, distants i poc convencionals, que representa el 11,7% de la mostra estudiada. El més destacable són aquells subjectes amb puntuacions superiors a 70. Així, tenim un 6,8% de la mostra que presenta un probable aïllament, amb sentiments d'incomprensió i rebuig, a més de possibles dificultats de pensament, concentració i presa de decisions. Les puntuacions per sobre de 85, que corresponen al 1,9% de la mostra, indiquen la possible presència de simptomatologia psicòtica activa (Gràfic 12).





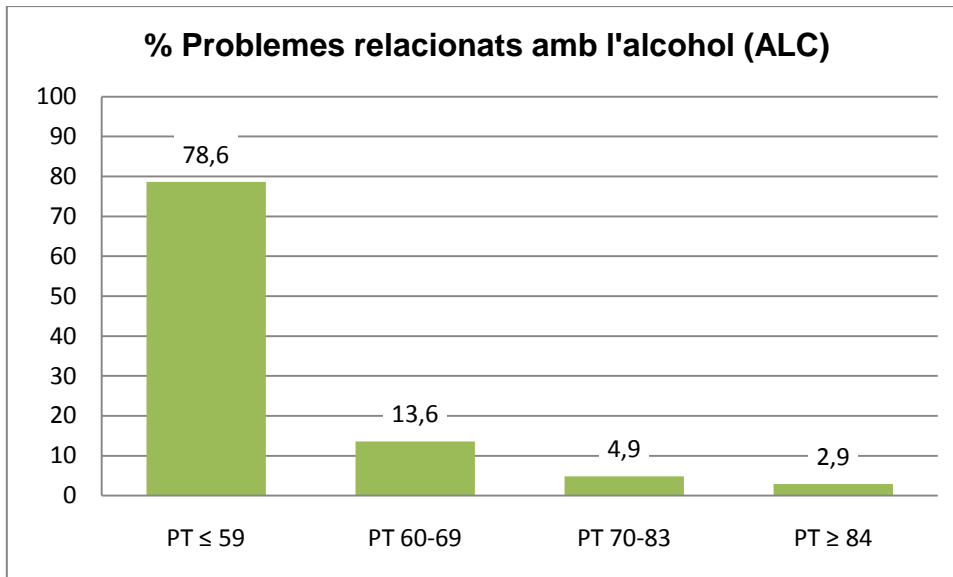
**Gràfic 13. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Trets límits**

L'escala *Trets Límits* (LIM) avalua característiques associades al Trastorn Límit de la Personalitat i d'altre tipus, com són la manca de control sobre les emocions i la ira, problemes d'identitat i valors, relacions amb els altres i conductes perjudicials per a un mateix. En general, com s'observa al Gràfic 13 la majoria dels subjectes de la mostra (85,4%) es defineix per l'estabilitat emocional i l'establiment de relacions sòlides. Un 10,7% obté puntuacions entre 60-69, fet que indica que es tracta de persones amb mal humor, sensibles i amb dubtes sobre els seus objectius vitals. Cap individu presenta puntuacions extremes (PT superior a 86), però sí que s'observa que un 3,9% dels agressors de parella obtenen puntuacions iguals o superiors a 70, la qual cosa indica que es tracta de persones impulsives, emocionalment inestables, suspicaces, ansioses i amb problemes per mantenir relacions properes.



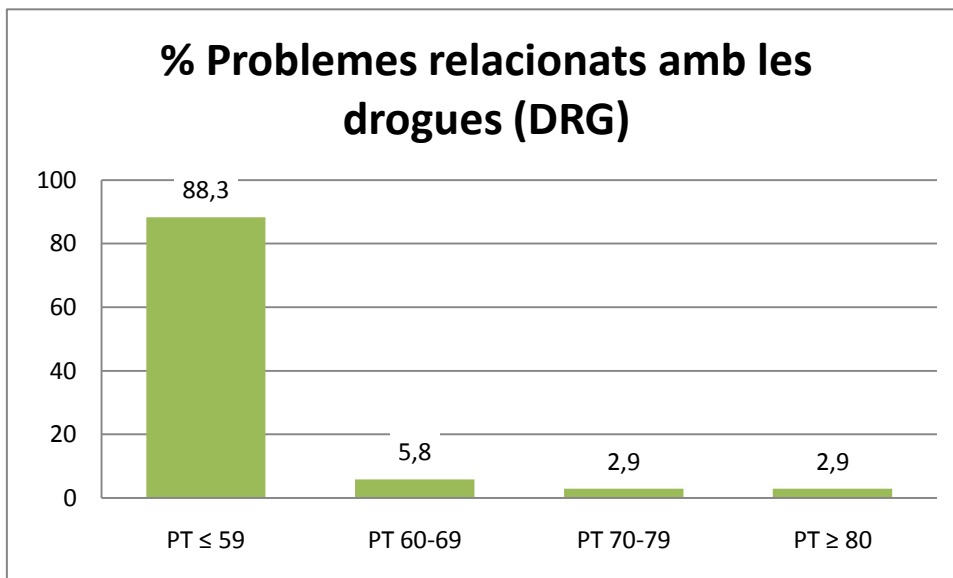
**Gràfic 14. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Trets antisocials**

L'escala *Trets Antisocials* (ANT) avalua trets i característiques relacionades amb el Trastorn Antisocial de la Personalitat i la Psicopatia. Al contrari del que es podria pensar, atès que es tracta d'una mostra d'agressors de parella, gairebé el 85% de la mostra obté puntuacions inferiors a 59, que indica que són persones que mantenen relacions càlides i properes amb la resta de la gent, així com capacitat per controlar els seu comportament i els impulsos. Pel contrari, tenim un 11,7% de subjectes que tendeixen a la impulsivitat i temeritat, egocentrisme, desinhibició, escepticisme i baixa sensibilitat en les relacions amb els altres. Un 2,9% dels agressors obté puntuacions per damunt de 70, la qual cosa indica presència d'impulsivitat, hostilitat, dificultats en les relacions interpersonals i, molt probablement, una història de conducta antisocial. Finalment, només un 1% de la mostra obté puntuacions indicatives d'un possible trastorn antisocial de la personalitat (Gràfic 14).



**Gràfic 15. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Problemes relacionats amb l'Alcohol**

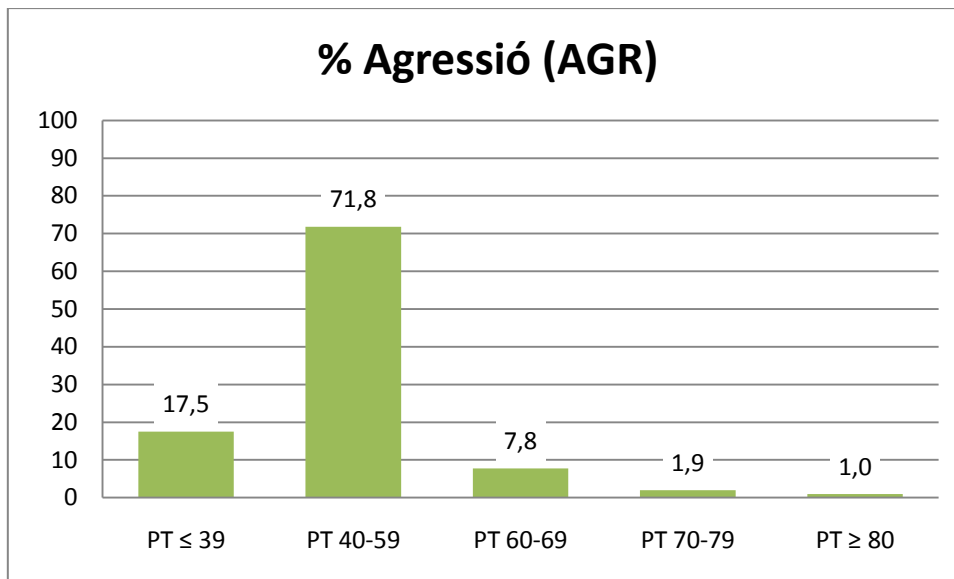
L'escala de *Problemes amb l'Alcohol* (ALC) avalua els comportaments i les conseqüències associades al consum, abús i dependència a l'alcohol. En aquest cas, les puntuacions més significatives són aquelles iguals o superiors a 70, que corresponen al 6% de la mostra. Aquests subjectes presenten problemes associats a un abús o dependència a l'alcohol en l'actualitat o en el passat, tal com problemes interpersonals, laborals o de salut. És important assenyalar que gairebé un 3% dels subjectes presenten problemes actuals i en el passat associats amb una greu dependència a l'alcohol, que es reflecteix en l'obtenció de puntuacions iguals o superiors a 84 (Gràfic 15).



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

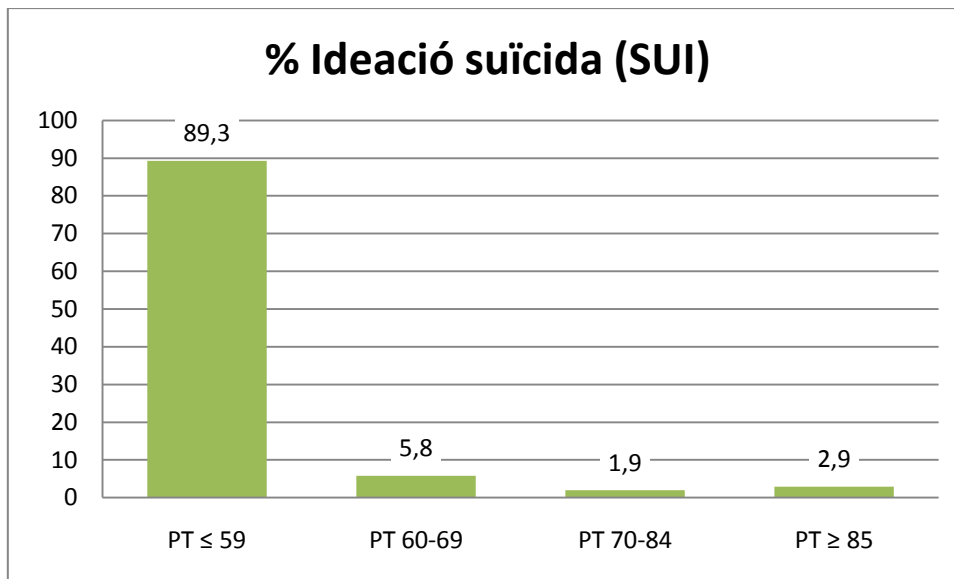
L'escala de *Problemes amb les Drogues* (DRG) avalua els comportaments i les conseqüències associades al consum, abús i dependència a les drogues (excloent l'alcohol, que ja es valora a l'escala ALC). Es pot observar al Gràfic 16 com un 5,8% de la mostra presenta algun tipus de consum habitual, amb la possible problemàtica associada a aquest consum. Un 2,9% dels homes avaluats obté puntuacions dins el rang de 70 i 79, reflectint una problemàtica d'abús de drogues en algun moment de la seva vida, però no necessàriament en el present. Cal destacar que gairebé un 3% de la mostra presenta puntuacions extremes iguals o superiors a 80, el que és indicatiu d'una situació de drogodependència.

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



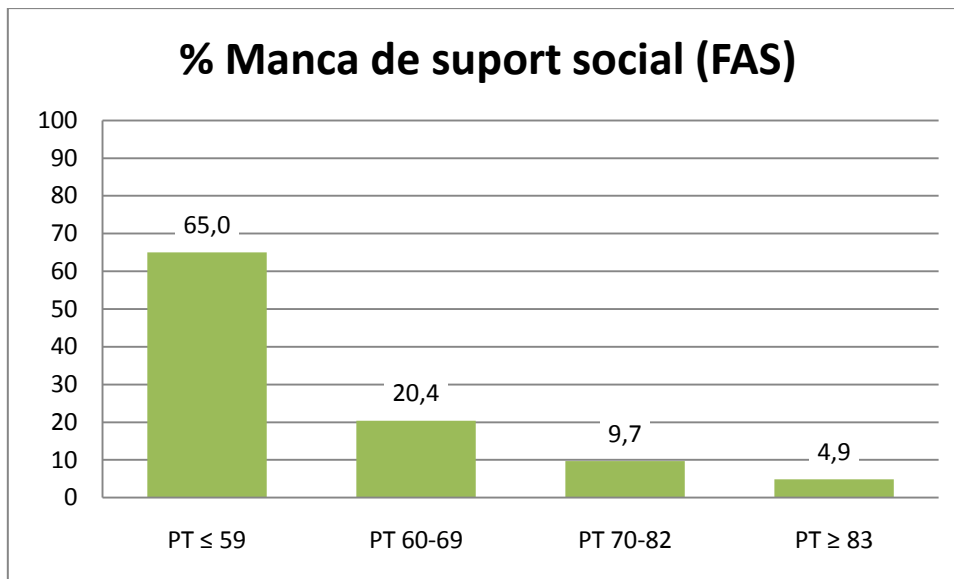
**Gràfic 17. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Agressió**

L'escala *Agressió* (AGR) fa referència a comportaments i actituds vers l'agressivitat, la ira i l'hostilitat. Com a l'escala ANT, es podria pensar que, per les característiques de la mostra, s'obtinguessin puntuacions elevades a l'escala AGR. En contra d'aquesta idea, es pot observar com el 89,3% dels participants presenta puntuacions inferiors a 60, que és indicativa d'una capacitat raonable per controlar les manifestacions d'ira i hostilitat. Aquelles persones amb puntuacions entre 60 i 69 (un 7,8% de la mostra), es caracteritzarien per ser impacients, irritables i s'enfaden amb facilitat. Les puntuacions més elevades dins aquest rang indiquen facilitat per sentir-se provocat pels altres. Un 1,9% dels subjectes presenta una gran probabilitat d'estar furiosos la major part del temps, així com la tendència a expressar de manera incontrolada la seva ira i hostilitat. Finalment, només un 1% de la mostra presenta un nivell important d'ira i una conducta potencialment agressiva, a més d'una alta probabilitat de presentar una història de comportament agressiu (Gràfic 17).



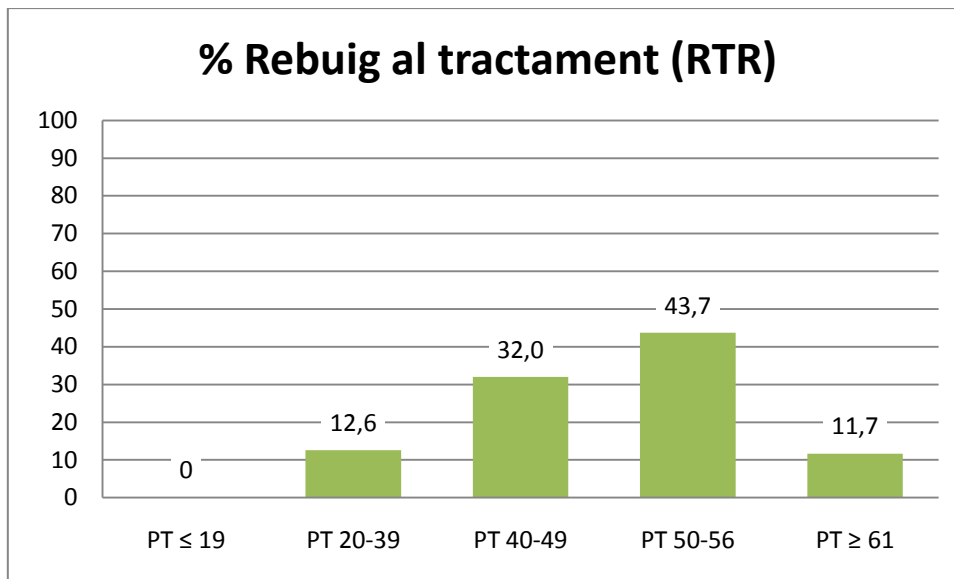
**Gràfic 18. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Ideació suïcida**

L'escala *Ideació Suïcida* (SUI) avalua la presència de pensaments i ideació relacionats amb la mort i el suïcidi. Les puntuacions més significatives són aquelles iguals o superiors a 70. Es pot observar al Gràfic 18 com un 1,9% de la mostra puntua dins el rang entre 70 i 84, indicant que existeix una ideació suïcida a tenir en compte i es podria interpretar com un intent de demanar ajuda. El que és destacable en aquest cas és que un 2,9% dels subjectes de la mostra presenta puntuacions extremes iguals o superiors a 85, reflectint que aquestes persones estan desesperades, se senten inútils i rebutjades i presenten una alta probabilitat de suïcidi que es portaria a terme en breu.



**Gràfic 19. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Manca de suport social**

L'escala *Manca de Suport Social* (FAS) fa referència a la percepció que té el subjecte sobre el suport social rebut. Com més baixes són les puntuacions, més suport social percep la persona. Com es pot observar al Gràfic 9, el 65% dels participants indiquen la presència de vincles estrets per part de familiars i amics (PT ≤ 59). Un 20,4% de la mostra percep que té poques amistats íntimes o aquestes no són satisfactòries. Un 9,7% obté puntuacions iguals o superiors a 70, el que indica una percepció de manca de suport, amb relacions familiars distants o conflictives, i relacions d'amistat que no són capaces de proporcionar el suport necessari. Finalment, un 4,9% de la mostra obté puntuacions extremes que reflecteixen l'absència de suport social percebuda pel subjecte, que tendeix a ser molt crític amb ell mateix i els altres, així com amb dificultats per afrontar situacions difícils i tendència a patir estrès.

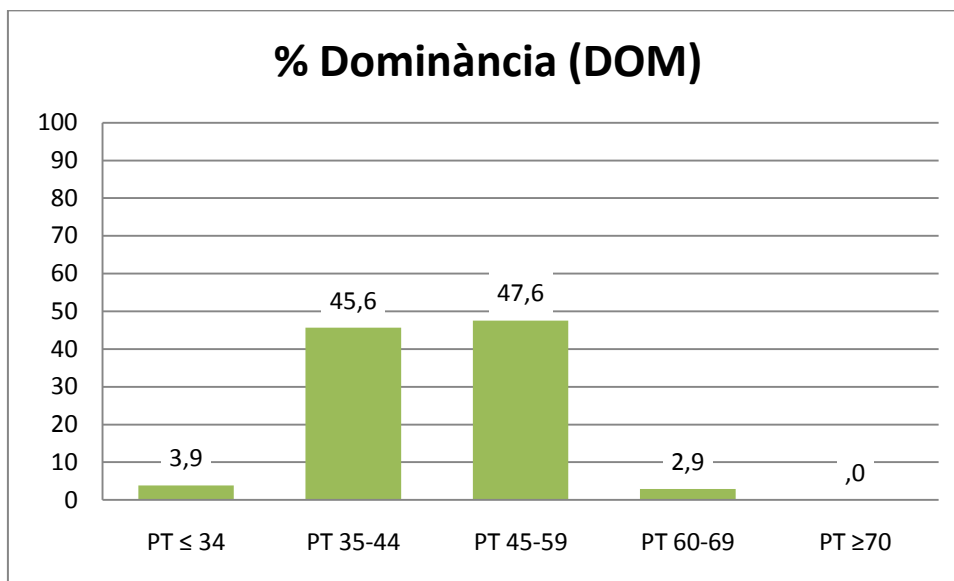


**Gràfic 20. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Rebuig al tractament**

L'escala *Rebuig al Tractament* (RTR) avalua l'actitud i capacitat per voler realitzar canvis personals a nivell psicològic o emocional. En aquest cas, com més altes són les puntuacions en RTR, menys disposat està el subjecte a participar activament en el tractament i a reconèixer la presència de problemes, així com menys motivat per acceptar la responsabilitat dels mateixos. En primer lloc, trobem que un 12,6% de la mostra obté puntuacions entre 20-39, que implica el reconeixement de grans dificultats diàries i percepció d'una clara necessitat d'ajuda per fer-los front. En segon lloc, a la mostra d'estudi, un 32% dels subjectes es situen dins el rang de puntuacions entre 40-49, la qual cosa indica que reconeixen la necessitat de canviar determinats aspectes, així com disposició pel canvi. Resulta molt destacable que quasi la meitat de la mostra (43,7%) obté puntuacions en el rang d'entre 50 i 60, que suggereix que aquestes persones se senten satisfetes amb elles mateixes i pensen que no necessiten realitzar canvis importants sobre la seva conducta. Les puntuacions extremes dins aquest rang indicarien una baixa motivació per iniciar el tractament o un alt risc d'abandonament si aquest ja s'ha iniciat. Per acabar, s'ha de tenir en compte que un 11,7% dels participants presenten puntuacions iguals o superiors 61, que constitueix el rang de les puntuacions més extremes. En aquest cas, aquests subjectes tendeixen a negar les dificultats i no tenen intenció de canviar la seva situació. És probable que es neguin a buscar ajuda



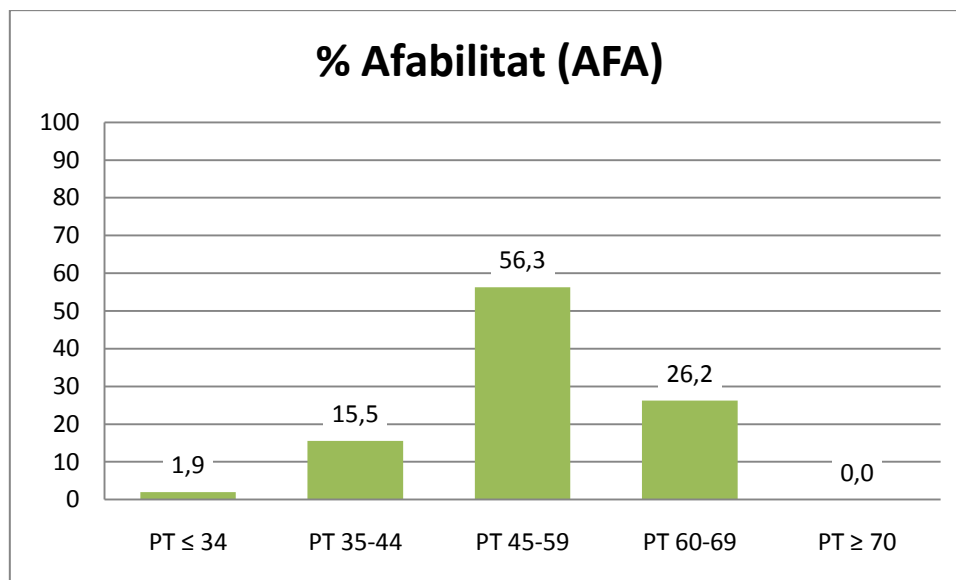
i a iniciar un tractament. Presenten una baixa implicació i una tendència a minimitzar la utilitat de la teràpia. En general, les puntuacions en aquest rang estan associades a un intent deliberat de causar una bona impressió. En resum, ens trobem que un 55,4% dels participants mostren algun tipus de resistència cap al tractament i baixa motivació pel canvi terapèutic (Gràfic 20).



**Gràfic 21. Distribució de les puntuacions de la mostra a l'escala Dominància**

L'escala de *Dominància* (DOM) avalua el grau de submissió o autonomia d'una persona a les seves relacions amb els altres. En aquest sentit, gairebé un 4% dels individus mostren poca confiança a l'hora d'interactuar socialment, i tendeixen a prioritzar les necessitats dels altres sobre les seves pròpies necessitats. Els subjectes de la mostra es distribueixen en major proporció entre les puntuacions 35 i 59. En el primer rang d'aquestes puntuacions, és a dir, entre 35 i 44, trobem al 45,6% de la meitat de la mostra, indicant que es tracta de persones inhibides socialment, amb poques habilitats per imposar el seu criteri quan és necessari, i que no els agrada ser el centre d'atenció. En el segon rang de les puntuacions comentades anteriorment, això és, entre 45 i 59, trobem a un 47,6% de la mostra, que es caracteritzaria per tenir la capacitat d'adaptar-se bé a les situacions socials, i per mantenir cert grau d'autonomia i

autosuficiència en les seves relacions interpersonals. Finalment, destacar que quasi un 3% dels subjectes es mostren com autosuficients, segurs, amb caràcter ferm i necessitat de mantenir el control durant les interaccions socials. (Gràfic 21).



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

L'escala *Afabilitat* (AFA) avalua la capacitat d'empatia, sociabilitat, solidaritat i afecte d'un subjecte cap als altres. Quasi el 2% de la mostra mostra puntuacions iguals o inferiors a 34, que reflecteix la incapacitat per mostrar emocions, insensibilitat i poc interès per mantenir relacions personals. Un 15,5% dels individus tendeixen a mantenir les distàncies en les seves relacions socials i no valoren les relacions estretes i de llarga durada i es consideren independents, pràctics i poc preocupats pel que pensin d'ells. El més destacable a la mostra d'estudi és que més de la meitat de la mostra obté puntuacions entre 45 i 59, indicant que aquests subjectes tenen la capacitat d'adaptar-se amb èxit a les situacions socials i de mantenir relacions estretes. Mentre un 26,1% obté puntuacions en el rang de 60-69, que es tradueix en persones càlides, cordials i empàtiques, que tendeixen a evitar els conflictes i són capaces de perdonar i donar segones oportunitats (Gràfic 22).

### **5.1.2.1 Comparació de les escales entre el Grup PIM, Grup PF i Grup control**

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

Atès que les puntuacions de les escales d'*Infreqüència, Impressió Negativa, Somatització, Trets Antisocials, Problemes amb l'Alcohol, Problemes amb les Drogues, Agressió i Ideacions suïcides* no es distribueixen normalment, es van realitzar comparacions mitjançant la prova de Kruskal-Wallis per a mostres independents. Per la resta d'escales amb una distribució normal (*Impressió Positiva, Trastorns relacionats amb l'Ansietat, Depressió, Mania, Paranoia, Esquizofrènia, Trets Límits, Manca de Suport Social, Rebuig al Tractament, Dominància i Afabilitat*) es va realitzar una comparació mitjançant l'anàlisi de la variança d'un factor (ANOVA) per a mostres independents. Donat l'ampli número de comparacions múltiples, es va aplicar una correcció de Bonferroni ( $p= 0,002$ ) per ajustar el valor de significació i disminuir la probabilitat de cometre l'error Tipus I.

En aquest sentit no es van trobar diferències estadísticament significatives entre els tres grups de comparació en cap escala del PAI.

### **5.2.1 Resultats descriptius de la motivació al canvi**

La Taula 4 es mostren les relacions existents entre els quatre estadis de canvi de l'escala URICA i la seva consistència interna, valorats a través de l'índex de correlació de Spearman i el coeficient *alpha de Cronbach*.

Els resultats sobre la consistència interna l'escala van presentar valors alpha de Cronbach alts per totes les subescales en els tres moments d'avaluació, amb valors entre  $\alpha= 0,73$  i  $\alpha=0,92$ .

Quant a les correlacions de Spearman, a la Taula 4 s'observa que hi ha una correlació negativa entre l'escala de *Precontemplació*, i les escales de *Contemplació*, *Acció* i *Manteniment*, sent significativa a les dues primeres. A més, les escales de *Contemplació*, *Acció* i *Manteniment* mostren una correlació positiva i significativa entre elles. Cal destacar que l'estadi *Manteniment* en la seva relació amb els altres estadis obté els valors més baixos i sense significació, fet que s'hauria de tenir en compte alhora de interpretar els resultats obtinguts en aquest estadi.

**Taula 4. Correlacions de Spearman i índex de fiabilitat Alpha de Cronbach**

<b>Correlacions Pre-tractament</b>					
	<b>Precon.</b>	<b>Contem.</b>	<b>Acció</b>	<b>Mant.</b>	<b>α</b>
<b>Precontemplació</b>	1				.73
<b>Contemplació</b>	-0,342**	1			.80
<b>Acció</b>	-0,412**	0,865**	1		.85
<b>Manteniment</b>	-0,001	0,665**	0,559**	1	.81
<b>Correlacions Post-Tractament 1</b>					
<b>Precontemplació</b>	1				.86
<b>Contemplació</b>	-0,752*	1			.85
<b>Acció</b>	-0,579	0,893**	1		.92
<b>Manteniment</b>	-0,286	0,601	0,620	1	.77
<b>Correlacions Post-Tractament 2</b>					
<b>Precontemplació</b>	1				.75
<b>Contemplació</b>	-0,412**	1			.87
<b>Acció</b>	-0,355**	0,817**	1		.88
<b>Manteniment</b>	-0,013	0,494**	0,480**	1	.76

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

Pel que fa a les mesures inter-subjectes, el Grup PIM es compon per 12 subjectes avaluats, dels quals 8 compten amb una avaluació completa (és a dir, que van ser avaluats en els tres moments temporals Pre-tractament, Post-Tractament 1 i Post-tractament 2). A més, 2 subjectes només compten amb una avaluació Post-tractament 1, perquè en el moment de finalització de la recerca encara no havien començat el Programa formatiu VIDO, i 2 amb una avaluació Post-tractament 2.

Quant el Grup control van ser avaluats 38 subjectes en els moments pre i post-tractament 2, i del grup PF es van avaluar 58 homes. La Taula 5 presenta per a cada grup de la mostra la mitjana i desviació estàndard de cada estadi de canvi obtinguda als diferents moments temporals i la puntuació de motivació continua segons el càlcul logarítmic. També es presenta el percentatge de subjectes que sembla situar-se en cada estadi de canvi.

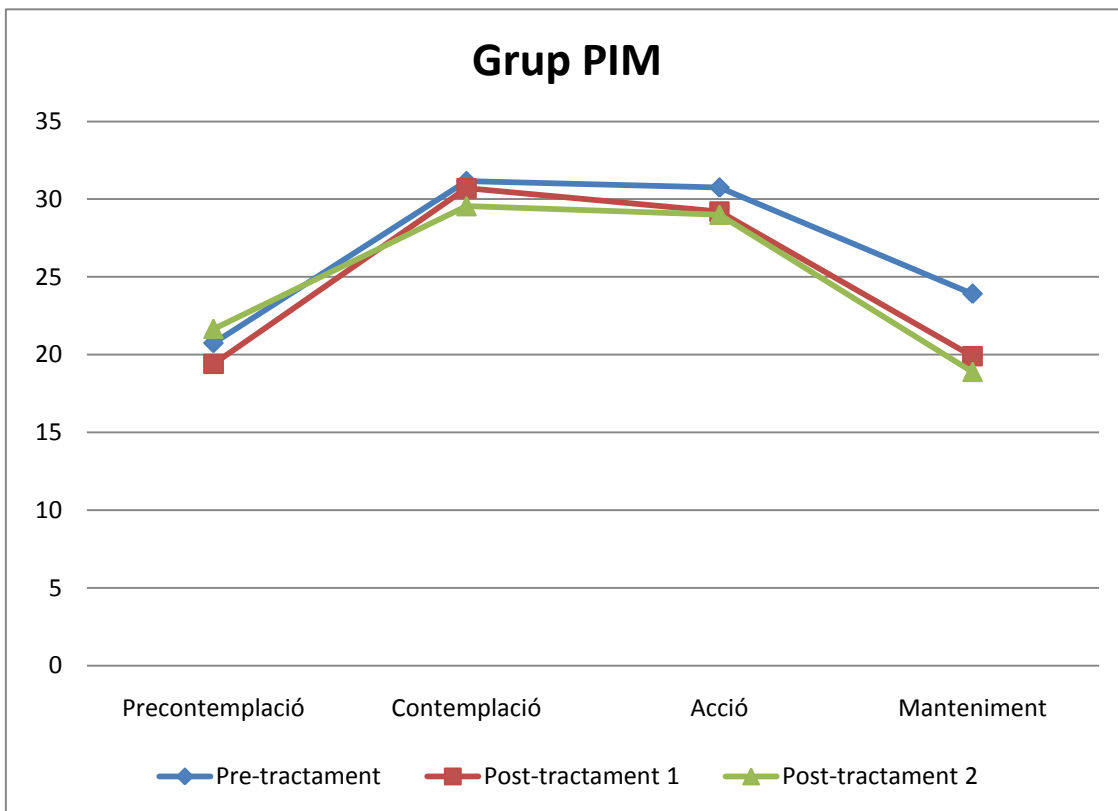
La prova de *Kruskal-Wallis* per a comparació de grups independents van indicar que les diferències entre els tres grups analitzats al moment pre-tractament no eren significatives ( $p > 0.05$ ) en cap dels estadis de canvi ni en la mesura logarítmica. Per tant, els grups a priori semblen homogenis i comparables entre ells.

**Taula 5. Resultats descriptius de la motivació al canvi pels dos grups d'estudi**

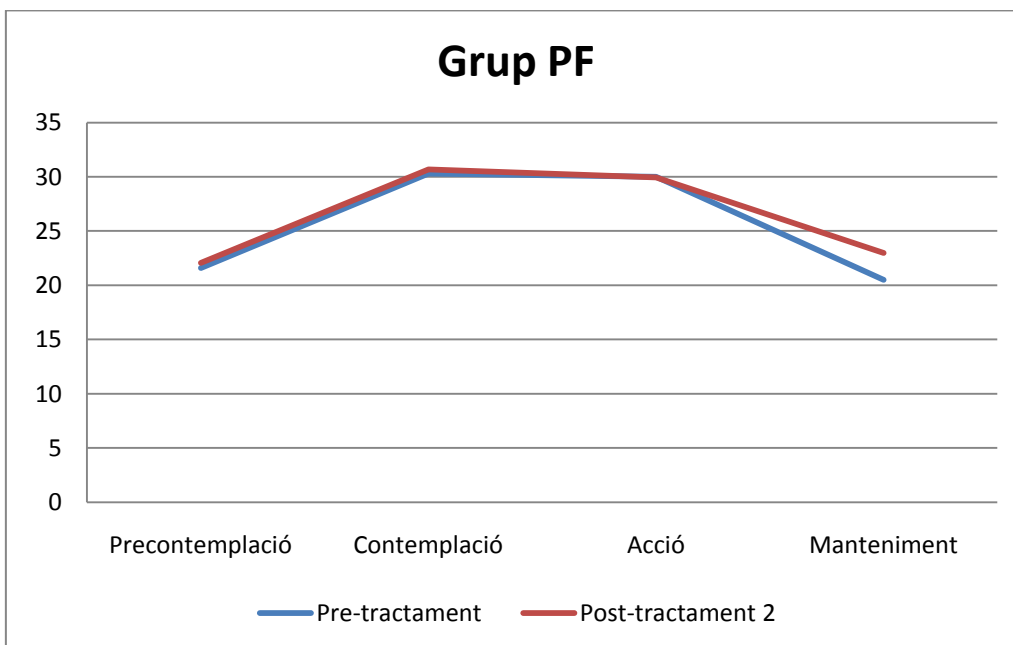
	Grup PIM (N=12)						Grup control (N= 38)				Grup PF (N=58)			
	Pre (n=12)		Post 1 (n=10)		Post 2 (n=9)		Pre		Post 2		Pre		Post 2	
	M (DS)	% subj.	M (DS)	% subj.	M (DS)	% subj.	M (DS)	% subj.	M (DS)	% subj.	M (DS)	% subj.	M (DS)	% subj.
<b>Precontemplació</b>	20.75 (6.41)	0%	19.40 (6.77)	22%	21.66 (6.14)	14%	21.63 (6.31)	17%	22.13 (5.58)	18%	21.58 (5.88)	14%	20.62 (5.27)	12%
<b>Contemplació</b>	31.16 (8.55)	46%	30.70 (7.50)	45%	29.55 (6.78)	43%	30.86 (6.55)	15%	30.50 (7.45)	38%	30.31 (6.35)	33%	29.96 (6.99)	36%
<b>Acció</b>	30.75 (7.91)	46%	29.20 (8.53)	33%	29.00 (6.65)	43%	30,81 (7.24)	63%	30.00 (7.13)	45%	30.00 (6.99)	50%	30.05 (7.18)	50%
<b>Manteniment</b>	23.92 (8.60)	8%	19.90 (5.52)	0%	18.89 (5.86)	0%	22.13 (8.20)	5%	22.55 (6.50)	0%	20.51 (6.78)	3%	20.33 (6.40)	2%
<b>Mesura logarítmica</b>	8.13 (3.12)		7.55 (2.92)		6.97 (2.31)		7.77 (2.94)		7.61 (2.72)		7.41 (2.41)		7.46 (2.47)	

Als gràfics 23 a 25 es representen, per a cada grup, les mitjanes obtingudes a cada estadi de canvi en els diferents moments de l'avaluació. Gràficament s'observen patrons de puntuació molts semblants en els diferents grups, on les puntuacions més elevades són als estadis de contemplació i acció (punt de vista inter-grups). També es poden observar lleugeres diferències entre els diferents moments d'avaluació dels tres grups analitzats (punt de vista intra-subjectes). Sembla que el Grup PIM va obtenir puntuacions més baixes a les mesures post-tractament, no obstant, cal apuntar que les mesures pre-tractament d'aquest grup eren més elevades que als altres grups, fet que pot distorsionar aquesta comparació visual junt amb la limitació de la grandària de la mostra d'aquest grup. En canvi, tant el Grup PF com el Grup control van obtenir puntuacions molt similars tret d'un lleuger increment a la puntuació de l'estadi de manteniment.

S'ha de destacar que les puntuacions a l'estadi de manteniment de tots els grups són molt inesperades, i posant-ho en relació amb els valors de correlació obtinguts per l'escala en aquest estadi (abans descrits) aquestes puntuacions haurien de interpretar-se amb precaució.

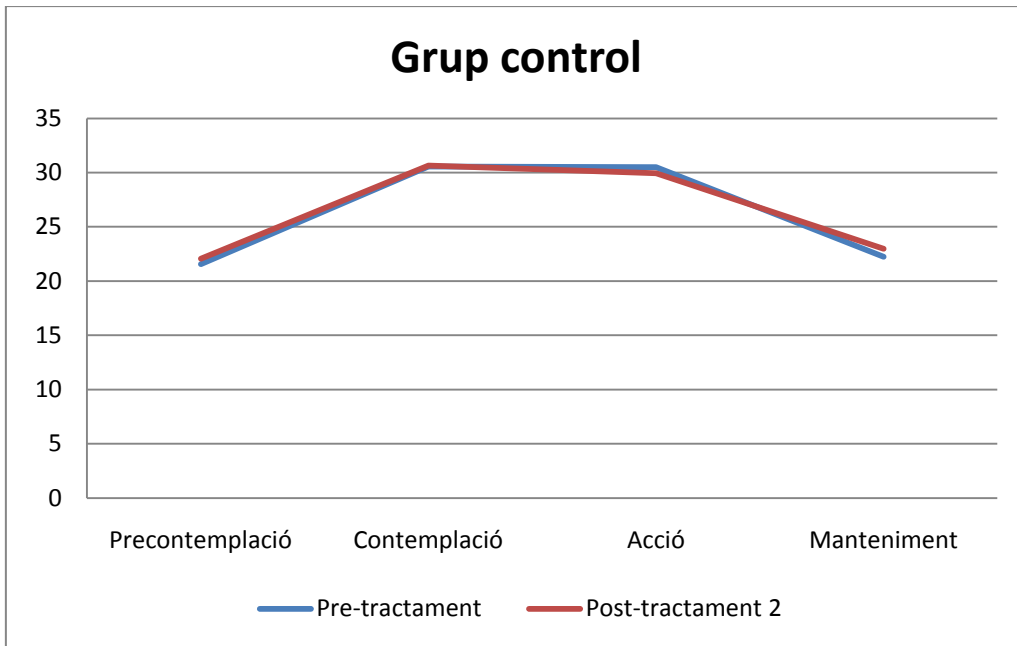


**Gràfic 23. Mitjana de puntuacions a cada estadi de canvi dels subjectes del Grup PIM**



**Gràfic 24. Mitjana de puntuacions a cada estadi de canvi dels subjectes del Grup PF**





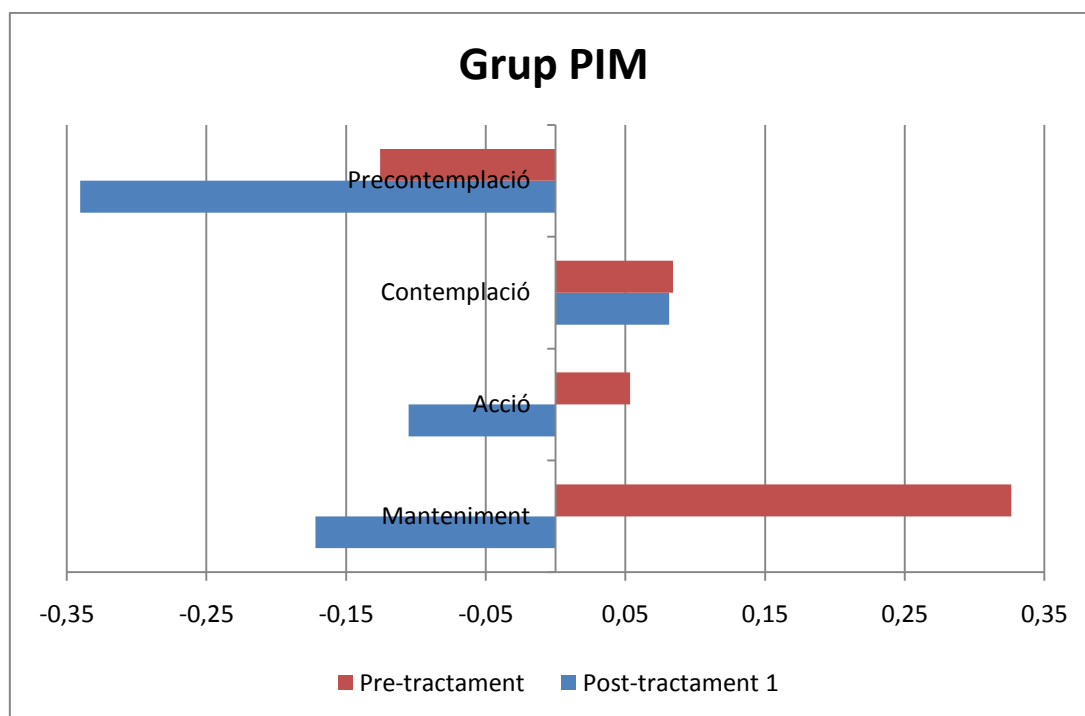
**Gràfic 25. Mitjana de puntuacions a cada estadi de canvi dels subjectes del Grup control**

## 5.2 Avaluació d'eficàcia del PIM.

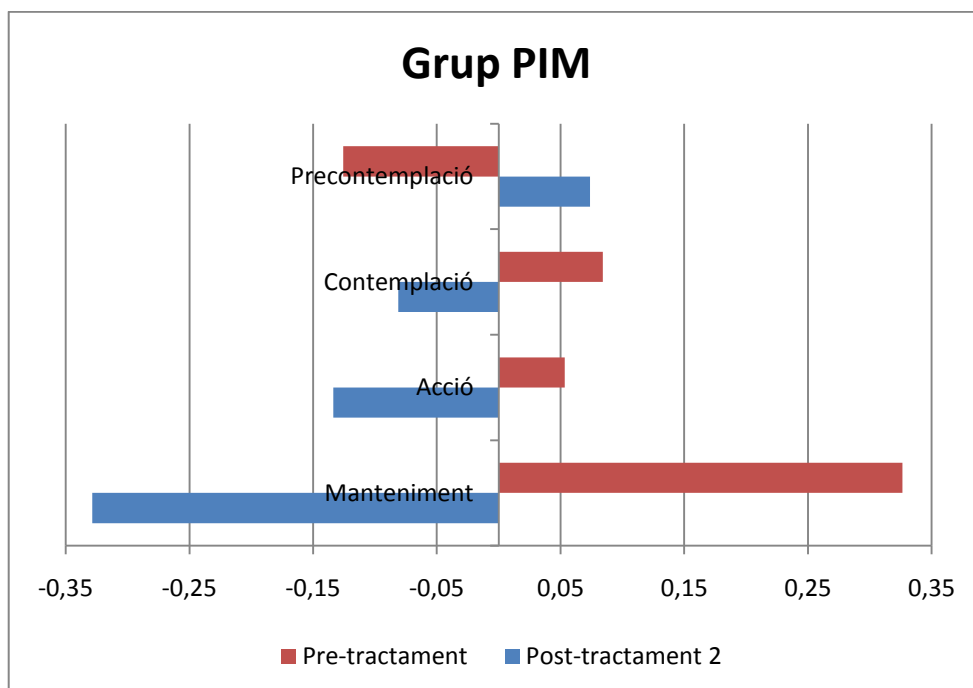
### 5.2.1 Anàlisis quantitativus

Donat que els anàlisis descriptius van mostrar perfils molt similars i petits canvis en les puntuacions dels diferents grups, tant analitzant-los de manera intra-subjecte com inter-grups, a continuació es farà una comparació de les puntuacions dels diferents grups en relació a la mitjana de la mostra total. Als següents gràfics (26 a 28) es mostren les puntuacions de cada grup un cop les seves mitjanes han estat centrades a la mitjana de la mostra total.

Com es pot observar al Gràfic 26, el Grup PIM, en relació a la mostra total, al moment pre-tractament comptava amb puntuacions elevades a Contemplació, Acció i Manteniment (de nou les puntuacions de l'estadi de manteniment són inesperades). En canvi, al moment post-tractament 1, el grup en relació a la mostra, obté puntuacions més elevades a Contemplació, estadi on s'observa un major canvi. D'altre banda, el Gràfic 27 que mostra les comparacions amb el moment Post-tractament 2, suggereix que un cop passat el temps el grup PIM torna a puntuar més elevat en Precontemplació.

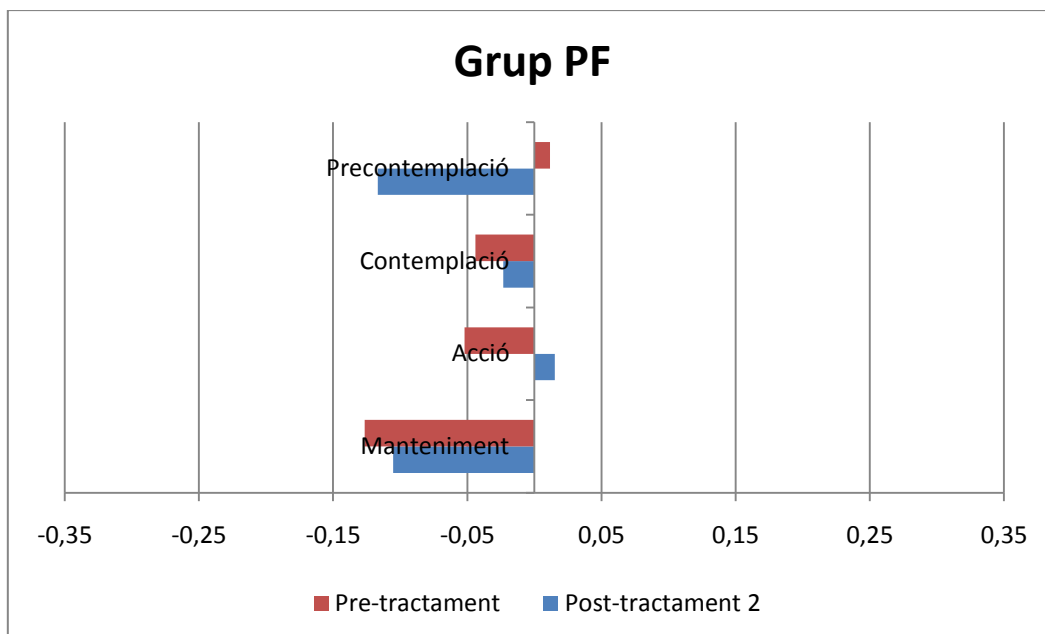


**Gràfic 26. Puntuacions a cada estadi obtingudes pel Grup PIM en comparació a la mitjana de la mostra total (Pre-tractament- Post-tractament 1).**



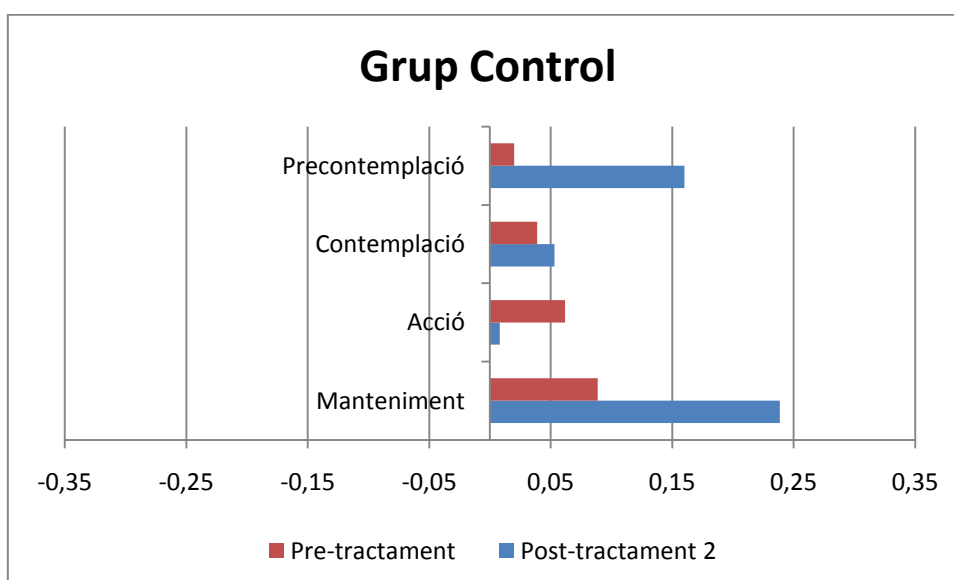
**Gràfic 27. Puntuacions a cada estadi obtingudes pel Grup PIM en comparació a la mitjana de la mostra total (Pre-tractament- Post-tractament 2).**

Pel que fa al Grup PF (Gràfic 28), l'única puntuació destacada a l'avaluació pre-tractament va ser a l'estadi Precontemplació, mentre que a la resta d'estadi els subjectes van obtenir puntuacions més baixes que la mitjana de la mostra total. De manera similar, les puntuacions del moment post-tractament 2 en relació a la mostra total, van ser més baixes als estadis de Precontemplació, Contemplació i Manteniment, obtenint una puntuació positiva però mínima a l'estadi d'Acció.



**Gràfic 28. Puntuacions a cada estadi obtingudes pel Grup PF en comparació a la mitjana de la mostra total.**

Finalment, la figura 29 mostra que el Grup control, en relació a la mostra total, al moment pre-tractament va obtenir puntuacions positives més aviat indicatives de una motivació pel canvi, mentre que al moment post-tractament 2, va obtenir puntuacions més elevades a Precontemplació, i estranyament a Manteniment.



**Gràfic 29. Puntuacions a cada estadi obtingudes pel Grup control en comparació a la mitjana de la mostra total.**

### 5.2.1.1 Hipòtesi 1

**Els subjectes que han realitzat el programa PIM (Grup PIM) hauran augmentat el seu nivell de motivació en finalitzar-lo i es mantindrà en finalitzar el PF VIDO.**

Per tal de comprovar les possibles diferències entre els estadis motivacionals del Grup PIM es va aplicar la prova estadística *Wilcoxon dels rangs amb signe* per a dades no paramètriques. Els resultats de la comparació intra-subjectes sobre el nivell de motivació entre el moment pretractament i post-tractament 1 no van ser significatius, tant amb la mesura discreta com amb la mesura continua. Els resultats referits a aquesta hipòtesi són, d'altra banda, esperables atès que l'objectiu del PIM és que els subjectes que realitzin el programa es situïn en l'estadi de Contemplació, i els subjectes en el moment pre-tractament ja van obtenir puntuacions elevades en aquest estadi.

Es van trobar diferències significatives a l'estadi de manteniment entre els moments pre-tractament i post-tractament 2. L'estadi de manteniment va reportar puntuacions superiors ( $M= 24.63$ ) al moment pre—tractament que al moment post-tractament 2 ( $M= 20.00$ ),  $Z= -1.992$ ,  $p=0.04$ ). Així mateix la puntuació logarítmica va ser superior ( $M= 8.13$ ) al moment pre—tractament que al moment post-tractament 2 ( $M= 6.97$ ),  $Z= -2.43$ ,  $p=0.01$ ).

Pel que fa a les comparacions post-tractament 1 i post-tractament 2 es van trobar diferències significatives en l'estadi de Precontemplació i en la mesura logarítmica. L'estadi de precontemplació va oferir puntuacions inferiors ( $M=19.40$ ) en el moment post-tractament 1 que en el moment post-tractament 2 ( $M=21.66$ ). Pel que fa a la puntuació logarítmica les puntuacions van ser superiors just en finalitzar el programa PIM ( $M$  post-tractament 1= $7.55$ ;  $M$  post-tractament 2 =  $6.97$ ).

### **5.2.1.2 Hipòtesi 2**

**Els grups PF i de control, no mostraran diferències motivacionals significatives entre els dos moments d'avaluació (pre-tractament i post-tractament 2).**

Tanmateix, la prova *Wilcoxon dels rangs amb signe* no va mostrar resultats significatius quant a la comparació intra-subjectes sobre el nivell de motivació entre el moment pretractament i post-tractament 2 dels grups PF i control, tant amb la mesura discreta com amb la mesura continua.

### **5.2.1.3 Hipòtesi 3**

**El Grup PIM presentarà un nivell de motivació més avançat en finalitzar el PF, en comparació amb altres grups d'estudi (Grup control i Grup PF).**

La prova de *Kruskal-Wallis* per a comparació de grups independents va indicar que les diferències entre els tres grups al moment post-tractament 2 no eren significatives ( $p > 0.05$ ) en cap dels estadis de canvi ni en la mesura logarítmica.

L'aplicació de la prova *U de Mann Whitney* per un anàlisi més detallat entre els grups tampoc van mostrar cap diferència en comparar el Grup PIM i el Grup control, ni entre el Grup Experimental i el Grup de Comparació, ni entre el Grup control i el PF

## **5.2.2 Anàlisi qualitatiu**

Donada la reduïda grandària de la mostra del Grup PIM a continuació es presenta un anàlisi de caire qualitatiu sobre els resultats de l'aplicació del programa motivacional. En primer lloc, als informes personals que es troben a l'Annex 1 es pot trobar un anàlisi individualitzat del casos que van participar al programa i dels seus perfils.

A la secció anterior, no es va observar que cap canvi motivacional significatiu entre els diferents moments d'avaluació. Malgrat aquests resultats, sembla interessant explorar individualment si han hagut canvis motivacionals i en quina direcció s'haurien produït. A la Taula 6 s'observa mitjançant l'ombrejat verd i

vermell els estadis més rellevants en que es situen els subjectes en cada període d'avaluació. Es pot veure que la major part de subjectes es mantenen en el mateix estadi de canvi o semblen avançar d'estadi, per tant es podria dir que consoliden la seva conscienciació del problema i alguns comencen a donar passes en direcció a solucionar-ho. D'altre banda, dos semblen canviar a un estadi motivacional menys avançat, i un no manifesta cap canvi.

Aquests resultats concorden amb els objectius del PIM; que els subjectes iniciïn el programa formatiu en les condicions més favorables per aprofitar-ne els continguts. No sorprèn, doncs, que l'estadi majoritari en el que es troben els subjectes sigui el de contemplació, entenent que l'estadi d'acció seria l'esperat en subjectes que han acabat el programa formatiu.

**Taula 6. Descripció de les puntuacions individuals del subjectes del Grup PIM a cada estadi, el seu perfil PAI i la seva evolució durant les tres avaluacions.**

Subjecte i perfil	Moment d'avaluació	Precont.	Contem.	Acció	Mant.	Evolució*
PIM 1 Moderat	Pre	22	<b>36</b>	<b>36</b>	25	Consolida conscienciació
	Post 1	16	<b>29</b>	26	16	
	Post 2	18	<b>28</b>	21	12	
PIM 2 Negador	Pre	16	<b>32</b>	<b>32</b>	19	Consolida conscienciació
	Post 1	12	<b>40</b>	<b>40</b>	20	
	Post 2					
PIM 3 Realista	Pre	15	32	<b>36</b>	<b>23</b>	Consolida conscienciació
	Post 1					
	Post 2	33	<b>39</b>	<b>39</b>	29	
PIM 4 Negador	Pre	23	20	<b>26</b>	8	Augmenta conscienciació
	Post 1	<b>22</b>	15	14	9	
	Post 2	20	<b>31</b>	<b>29</b>	12	
PIM 5 Negador- Moderat	Pre	18	<b>40</b>	39	28	Consolida conscienciació i es mou cap a acció
	Post 1	19	<b>36</b>	<b>37</b>	20	
	Post 2	18	<b>40</b>	29	28	
PIM 6 Negador	Pre	29	<b>32</b>	<b>35</b>	24	Decau
	Post 1	<b>28</b>	26	24	20	
	Post 2					
PIM 7 Negador	Pre	12	<b>20</b>	17	14	Consolida conscienciació i es mou cap a acció
	Post 1	15	<b>30</b>	20	19	
	Post 2	22	<b>26</b>	<b>24</b>	16	
PIM 8 Realista	Pre	20	<b>40</b>	<b>40</b>	32	Consolida conscienciació
	Post 1					
	Post 2	16	<b>38</b>	35	24	
PIM 9 Negador	Pre	31	<b>35</b>	34	26	Consolida conscienciació i es mou cap a acció
	Post 1	14	<b>39</b>	<b>38</b>	20	
	Post 2	19	29	<b>31</b>	16	
PIM 10 Negador	Pre	27	<b>36</b>	33	29	Augmenta conscienciació
	Post 1	<b>36</b>	34	30		
	Post 2	24	25	<b>29</b>	23	
PIM 11 Realista	Pre	8	<b>40</b>	<b>40</b>	34	Consolida conscienciació i es mou cap a acció
	Post 1	14	30	<b>33</b>	26	
	Post 2	14	<b>33</b>	<b>34</b>	22	
PIM 12 Negador	Pre	<b>24</b>	16	20	16	Estable
	Post 1	<b>33</b>	26	26	19	
	Post 2					

\* Consultar detalls concrets sobre els casos i la seva evolució a l'Annex 1

Per altre banda, es va realitzar un anàlisi dels informes finals elaborats pels formadors del Programa Formatiu. Aquests informes van permetre obtenir informació detallada sobre diverses variables: número de faltes o d'absències al PF, responsabilització dels fets, grau d'aprofitament, motivació per desenvolupar el PF; actitud del subjecte durant el programa i vers els



companys, grau de participació, i valoració del risc en finalitzar el PF. També ens permet obtenir altres variables de caire més psicològic vinculades als mòduls que es treballa al PF: consciència emocional, habilitats de comunicació, distorsions cognitives, empatia, resolució de problemes i prevenció de recaigudes.

A la Taula 7 es pot veure una comparació de les diferents variables extretes dels informes per a cada subjecte que va participar en el PF diferenciats entre els subjectes del Grup PIM y la resta d'usuaris que van realitzar el PF, sense la participació prèvia en el programa motivacional. En aquesta taula es va ombrejar amb color verd aquelles variables que es consideraven positives en relació a l'evolució del subjecte. D'altre banda es va utilitzar el color vermell per indicar aquelles variables relacionades amb una evolució negativa.

En primer lloc, es pot observar que dins el Grup PIM només un individu va resultar baixa del programa formatiu (de sis participants al PF) i en va ser per acumulació de faltes. En canvi, en el grup amb la resta d'individus van haver cinc baixes de grup (de 20 individus). Tot i que una comparació estadística temptativa mitjançant la comparació de mitges *U de Mann-Whitney* no va resultar significativa, sembla que hi va haver major taxa d'abandonament entre els individus que no van formar part del PIM.

Per altre banda, a nivell visual pot observar-se que el Grup PIM té major presència de variables ombrejades en verd que al grup amb la resta d'individus. Una comparació de les diferents variables extretes entre la proporció de subjectes del Grup PIM y la resta d'usuaris que van realitzar el PF, sense la participació prèvia en el programa motivacional. Mitjançant les *proves Z* es va realitzar una comparació de les variables entre la proporció de subjectes del Grup PIM y la resta d'usuaris. Així es van trobar diferències significatives en la proporció de subjectes del Grup PIM que van ser qualificats a l'informe amb aprofitament satisfactori, motivació adequada, i actitud positiva, en comparació amb els altres usuaris.

	Subjecte	Finalització PF	Faltes	Responsabilització dels fets	Aprofitament	Motivació	Actitud	Grau de participació	Risc actual
<b>Usuaris PIM</b>	PIM 1	El finalitza	0	Negació	Satisfactori	Suficient	Adequada	Baix	Baix
	PIM 2	El finalitza	0	Reconeix. Parcial	Satisfactori	Adequada	Positiva	Elevat	Baix
	PIM3	El finalitza	0	Reconeix. Parcial	Satisfactori	Moderada	Positiva	Moderat	Baix
	PIM 4	El finalitza	1 (justif.)	Reconeix. Parcial	Molt satisfactori	Adequada	Positiva	Moderada	Baix-moderat
	PIM6	El finalitza	0	Negació	Satisfactori	Moderada	Positiva	Moderat	Baix
	PIM7	El finalitza	1	Reconeix. Parcial	Basic	Adequada	Adequada	Elevat	Baix
	PIM8	Baixa del grup				Moderada		Moderat	
	PIM9	El finalitza	0	Assumeix	Satisfactori	Elevada	Positiva	Elevat	Baix
	PIM 10	El finalitza	1 (justif.)	Reconeix. parcial	Satisfactori	Moderada	Positiva	Moderat	Moderat
	PIM 11	El finalitza	0	Assumeix	Molt satisfactori	Elevada	Positiva	Elevat	Baix
	PIM 12	El finalitza	0	Reconeix. Parcial	Satisfactori	Moderada	Adequada	Baixa	Baix
	<b>Altres usuaris</b>	X1	El finalitza	0	Reconeix. Parcial	Baix	Baixa inicial	Adequada	Baix
X2		El finalitza	0	Assumeix	Satisfactori	Baixa inicial	Adequada	Moderat	Baix
X3		El finalitza	0	Reconeix. Parcial	Baix	Baixa inicial	Positiva	Moderat	Moderat
X4		Baixa del grup							
X5		Baixa del grup							

X6	El finalitza	1	Assumeix	Mig	Baixa inicial	Adequada	Moderat	Baix
X7	El finalitza	2	Negació	Mig	Baixa inicial	Adequada	Suficient	Baix
X8	El finalitza	0	Negació	Baix	Baixa inicial	Adequada	Suficient	Moderat
X9	Baixa del grup							
X10	El finalitza	0	Reconeix. Parcial	Mig	Baixa inicial	Adequada	Suficient	Moderat
X11	El finalitza	1	Reconeix. Parcial	Mig	Baixa inicial	Adequada	Moderat	Baix
X12	Baixa del grup							
X13	El finalitza	1	Assumeix	Mig	Baixa inicial	Positiva	Moderat	Moderat
X14	El finalitza	0	Assumeix	Mig	Moderada	Positiva	Moderat	Baix
X15	Baixa del grup							
X16	El finalitza	1	Reconeix. Parcial	Baix	Suficient	Adequada		Alt
X17	El finalitza	1	Reconeix. Parcial	Basic	Suficient	Adequada	Baix	Baix
X18	El finalitza	0	Negació	Baix	Suficient	Adequada	Suficient	Moderat
X19	El finalitza	0	Reconeix. Parcial	Basic	Suficient	Adequada	Moderat	Baix
X20	El finalitza	0	Assumeix	Mig	Suficient	Adequada	Baix	Baix
X21	El finalitza	0	Negació	Mig	Suficient	Adequada	Baix	Baix

	X22	El finalitza	1	Assumeix	Basic	Suficient	Adequad a	Baix	Baix
	X23	El finalitza	0	Reconeix. Parcial	Satisfactori	Suficient	Adequad a	Moderat	Baix
	X24	El finalitza	1	Reconeix. Parcial	Baix	Suficient	Adequad a	Baix	Baix
	X25	El finalitza	0	Reconeix. Parcial	Basic	Suficient	Adequad a	Moderat	Baix
	X26	El finalitza	0	Negació	Basic		Positiva	Baix	Moderat
	X27	El finalitza	0	Negació	Mig	Adecuada	Adequad a	Moderat	Baix
	X28	Baixa del grup							
	X29	El finalitza	0	Negació	Mig	Adecuada	Adequad a	Moderat	Baix
	X30	El finalitza	0	Reconeix. Parcial	Mig	Adecuada	Adequad a	Moderat	Baix

	Subjecte	Conscienciació emocional	Habilitats comunicatives	Distorsions cognitives	Empatia	Resolució de problemes	Prevenció de recaigudes
<b>Usuaris PIM</b>	PIM 1	Millora	Millora	Millora			Millora
	PIM 2	Millora	Millora	Millora	Millora	Millora	
	PIM3	Millora				Millora	Millora
	PIM 4	Millora	Millora	Lleu millora	Lleu millora	Millora	
	PIM 6	Dificultats	Millora	Rígid	Lleu millora	Millora	
	PIM 7	Millora		Millora		Millora	Millora
	PIM 8						
	PIM 9	Millora				Millora	
	PIM 10	Millora	Millora	Millora	Millora	Millora	
	PIM 11	Millora	Millora	Lleu millora	Lleu millora	Millora	
	PIM 12	Millora	Lleu millora	Lleu millora, però és rígid	Lleu millora	Lleu millora	
	<b>Altres usuaris</b>	X1	Millora				
X2		Millora			Millora		
X3		Millora		Millora			
X4							
X5							
X6		Millora		Lleu millora			
X7		Millora		Lleu millora			
X8		Millora			Millora		
X9							
X10		Millora	Millora			Dificultats	Millora

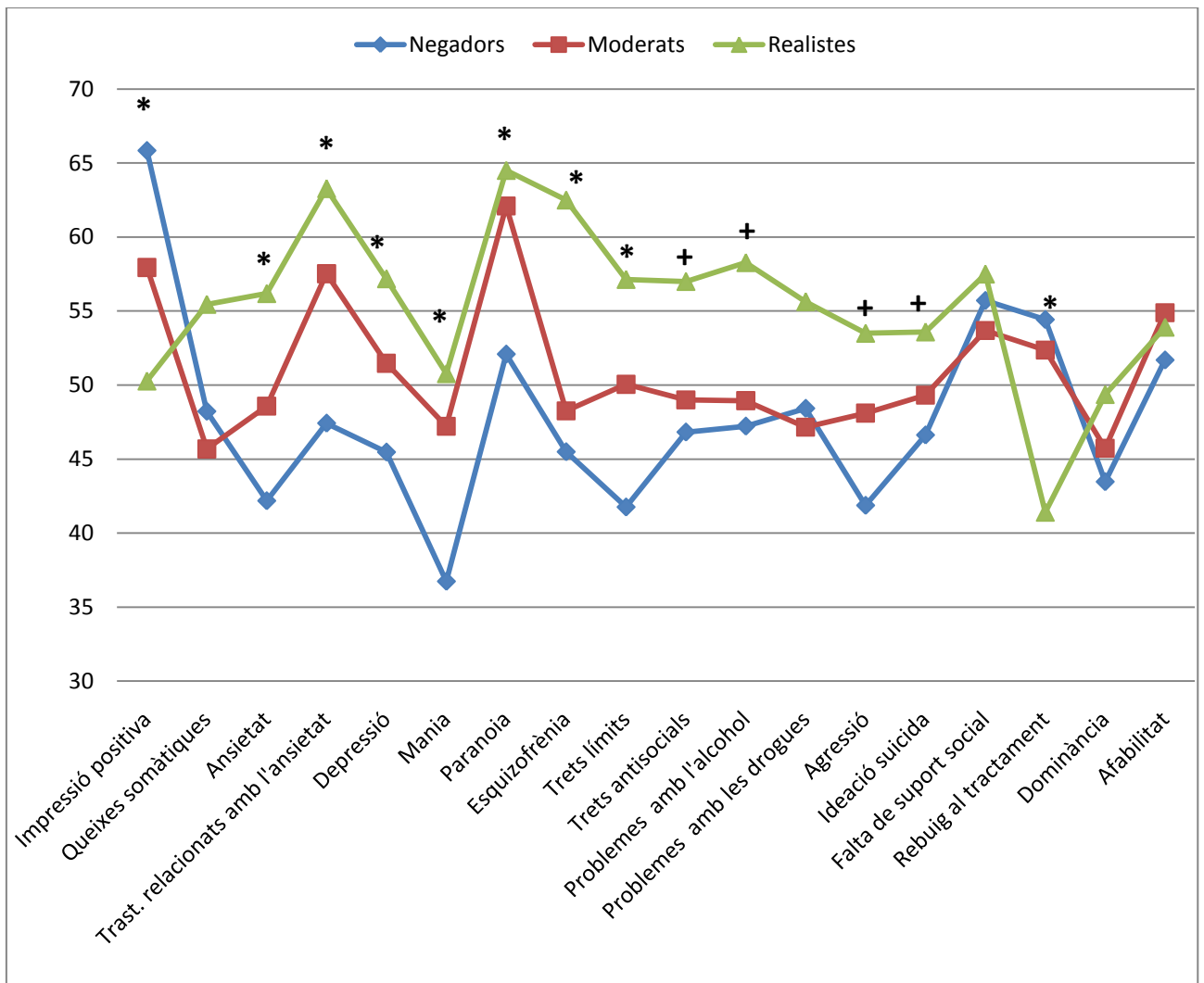
X11	Millora	Millora	Millora			
X12						
X13	Millora					
X14	Millora					
X15						
X16	Millora			Dificultats		
X17	Millora	Millora	Dificultats			Millora
X18	Dificultats	Dificultats	Rígid	Dificultats	Dificultats	
X19	Millora		Millora	Millora	Millora	Millora
X20	Millora	Millora	Lleu millora	Lleu millora		Millora
X21	Millora		Rígid		Millora	Millora
X22	Lleu millora	Millora	Millora	Millora		Millora
X23	Millora		Millora	Millora	Millora	Millora
X24	Millora	Millora	Rígid		Millora	Millora
X25	Millora	Millora	Millora	Millora		Millora
X26	Dificultats	Millora	Rígid	Lleu millora	Dificultats	
X27	Millora		Dificultats	Dificultats	Millora	
X28						
X29	Lleu millora		Dificultats	Dificultats	Millora	Millora
X30	Millora	Millora	Millora		Millora	Millora

Taula 7. Informació extreta dels informes finals dels PFs

### 5.3 Resultats sobre els perfils psicopatològics de la mostra

Amb l'objectiu de replicar els resultats quant als perfils psicopatològics de la mostra trobats a Civit et al. 2013, es realitzar un nou anàlisi de conglomerats amb el mètode Ward. Els resultats van revelar de nou l'existència de tres perfils diferenciats, que es van etiquetar temptativament com segueix: el perfil 1 "Negadors" (N=45 subjectes), el perfil 2 "Moderats" (N=19) i el perfil 3 "Realistes" (N=22). Al Gràfic 30 es representen les mitjanes obtingudes pels subjectes a les diferents escales del PAI segons la divisió de la mostra en els tres perfils generats. Al gràfic s'indiquen també, tant els resultats de les anàlisis ANOVA com la prova Kruskal Wallis (totes dues amb correcció de Bonferroni;  $p < 0,004$ ;  $p < 0,008$ , respectivament) indiquen diferències significatives entre els grups a totes les escales de l'inventari PAI, a excepció de les escales *Queixes Somàtiques* ( $\chi^2(2) = 7,47, p = 0,02$ ), *Trastorns relacionats amb les drogues* ( $\chi^2(2) = 7,38, p = 0,02$ ), *Manca de Suport Social* ( $F(85) = 0,38, p = 0,68$ ), *Dominància* ( $F(85) = 4,22, p = 0,02$ ) i *Afabilitat* ( $F(85) = 0,85, p = 0,43$ ).

Els resultats semblen replicar els perfils trobats a Civit et al., 2013. De nou les escales de *Impressió Positiva* i de *Rebuig al Tractament* resulten essencials per la diferenciació entre perfils, on el perfil de Negadors presenta puntuacions especialment elevades. El perfil dels Moderats, presenta puntuacions que se situen entre les puntuacions del grup de Negadors i dels Realistes. Finalment, el grup dels Realistes obté puntuacions superiors a la mitjana, i a la resta dels grups, a la majoria de les escales del PAI, exceptuant les escales *Impressió Positiva* i *Rebuig al Tractament* on obté les puntuacions més baixes en relació als Negadors i Moderats.



**Gràfic 30. Mitjanes obtingudes a les escales del PAI pels tres perfils de la mostra**

\*Significació de la prova ANOVA després d'aplicar correcció de Bonferroni a  $p < 0,004$ .

+Significació del test Kruskal Wallis després d'aplicar correcció de Bonferroni a  $p < 0,007$

Una segona anàlisi va ser la de les possibles diferències en el nivell de motivació al canvi pre-tractament (mesura contínua) i els tres perfils a través de la prova ANOVA. Els resultats de l'ANOVA van resultar significatius ( $F(2,85) = 7,120, P < 0.01$ ), indicant diferències en els nivells de motivació que presenten els diferents perfils de subjectes. Les comparacions múltiples entre els diferents perfils permeten observar entre quins grups es troben les diferències significatives. Com es pot observar a la Taula 8 els Realistes mostren un nivell de motivació al canvi significativament més alt que els subjectes que es



classifiquen en els Negadors, però aquesta diferència deixa de ser significativa en comparar-ho amb els Moderats.

Pel que fa a les diferències en el nivell de motivació al canvi post-tractament 2 (mesura contínua) i els tres perfils a través de la prova ANOVA van deixar de ser significatius ( $F(2,85) = 0,61, P=0,548$ ).

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

	Diferència de mitges	Error típic	Sig.	Interval de confiança al 95%	
				Límit inferior	Límit superior
<b>Realistes vs Negadors</b>	2,40*	0,64	0,001	0,84	3,96
<b>Realistes vs Moderats</b>	1,77	0,77	0,071	-0,11	3,64
<b>Moderats vs Negadors</b>	0,63	0,67	1,00	-2,27	1,01

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

\* La diferència de mitges és significativa a nivell 0.05.

## 6 Conclusions

A continuació es presenten les principals conclusions derivades dels resultats obtinguts a la recerca. En primer lloc, es resumeixen les principals característiques psicopatològiques que defineixen a la mostra d'aquest estudi avaluades a través de l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI), així com els perfils obtinguts. En segon lloc, es descriuen els perfils motivacionals avaluats a través de l'escala URICA. I a continuació s'exposarà una integració dels resultats trobats sobre l'eficàcia del programa PIM, que es basaran tant en els anàlisis quantitius com qualitius. Finalment, s'integren totes les conclusions de l'estudi, amb les propostes aplicades que es deriven per a la millora del programa PIM i de l'execució de les mesures penals alternatives.

Quant a les principals característiques clíniques de personalitat avaluades amb el PAI, s'observa que la majoria dels subjectes (aproximadament un 85%) se situen en el rang de la normalitat en la majoria de les escales. Els resultats obtinguts en aquesta recerca i el primer estudi (Civit et al., 2013) tornen a indicar la presència d'una menor simptomatologia clínica a la mostra, fet contrasta amb la literatura científica internacional.

Tanmateix, les distribucions a la majoria de les escales avaluades al PAI van ser molt semblants al primer estudi. Tot i això, es necessari tornar posar èmfasi sobre la rellevància sobre les elevades puntuacions obtingudes a l'escala d'*Impressió Positiva (IMP)*, fet que podria explicar la baixa presència de simptomatologia clínica. L'escala IMP indica una tendència a negar defectes personals que tindrien tres possibles explicacions: 1) que realment no existeixen característiques negatives o estiguin presents en menor mesura que la resta; 2) que el subjecte no sigui sincer; i 3) la manca de consciència de l'existència dels problemes que s'exploren. En aquest estudi, un 60% de la mostra obté puntuacions per sobre de la mitjana en *Impressió positiva* i, d'acord amb l'esmentat més amunt, es difícil determinar si les característiques estan presents a la mostra, si les respostes estan falsejades o si realment els subjectes no són conscients.

Centrant-nos en una escala rellevant com es l'escala de *Rebuig al Tractament*, els resultats mostren que la majoria dels individus no creuen necessitar-lo o es neguen a rebre'l. Aquesta última escala podria estar relacionada amb la baixa consciència o minimització dels problemes (les elevades puntuacions a IMP) i les baixes puntuacions a la resta d'escala clíniques.

En relació als tres perfil de subjectes obtinguts al primer estudi (Civit et al., 2013), aquests es van replicar en la present investigació, assenyalant una certa estabilitat dels patrons psicopatològics.

La grandària de la mostra, especialment pel que fa al Grup PIM, implica que les conclusions que es poden extreure sobre l'escala URICA s'hagin de prendre amb molta cautela. Mitjançant els anàlisis descriptius i les figures 23 A 25, es va veure que els tres grups seguien patrons motivacionals similars (amb puntuacions superiors en contemplació i acció). A més de trobar-se pocs canvis entre les diferents avaluacions temporals. Aquests resultats descriptius ja suggereixen que el nivell motivacional no havia augmentat o canviat en la direcció esperada.

D'altre banda, l'anàlisi de les puntuacions en relació a la mitjana obtinguda per tota la mostra va mostrar resultats interessants, en el sentit que el Grup PIM obté al moment postractament 1, puntuacions més elevades respecte a tota la mostra a Contemplació reflectint una major presència d'aquest estadi. De manera congruent amb els objectius de l'aplicació del PIM. Tot i que aquests canvis no es mantenen després de la realització del PF.

En canvi, el Grup PF va destacar per puntuacions més baixes que la mitjana de la mostra total a tots els estadis, a excepció de l'estadi d'acció on va presentar una lleugera puntuació positiva. Per últim, pel que fa al Grup control al moment post-tractament 2, va obtenir puntuacions més elevades a Precontemplació.

Paradoxalment, els resultats referits a l'estadi de Manteniment no permeten establir cap conclusió o interpretació coherent. Aquest fet podria explicar-se per limitacions pròpies de l'instrument utilitzat per avaluar els estadis de canvi, que com es van comentar anteriorment mostra una baixa correlació de l'escala manteniment amb tota la resta.

A continuació es comentaran els resultats derivats de la contrastació de les hipòtesis. Pel que fa a la **primera hipòtesi**: Els subjectes que han realitzat el programa PIM (Grup PIM) hauran augmentat el seu nivell de motivació en finalitzar-lo i es mantindrà en finalitzar el PF VIDO. Van trobar-se diferències significatives després de la realització del PF en l'estadi de manteniment i en la mesura logarítmica indicant que el grup disminuïa les seves puntuacions. Tot i que aquests resultats són de difícil interpretació, podrien indicar que la conscienciació de la problemàtica fa disminuir les puntuacions en manteniment donat que els subjectes es fan conscients de que es troben lluny de solucionar la problemàtica. Tanmateix s'ha considerat probable que els subjectes donin per solucionat el seu problema un cop finalitzada la intervenció i per això les puntuacions de URICA són indicatives de que no són conscients de tenir un problema.

Tal i com suggerien els gràfics de comparacions de mitges del grup PIM, les comparacions entre el post-tractament 1 i post-tractament 2 van ser significatives en l'estadi de Precontemplació i en la mesura logarítmica. Possiblement indicant que en finalitzar el PIM els subjectes podrien estar més motivats, però que els canvis no es mantenen a llarg termini durant la realització del PF.

Tot i que no s'ha observat que els subjectes del Grup PIM hagin augmentat a un nivell motivacional més avançat, si que es pot detectar que la majoria van situar-se preferentment en l'estadi de Contemplació un cop realitzat el programa (45% post-tractament 1 i 60% post-tractament 2). Aquests resultats podrien interpretar-se com a positius ja que suggereixen que s'ha produït una consolidació de la conscienciació sobre el problema.

Quant a la **segona hipòtesi**: Tal i com va succeir a la primera recerca, els Grups PF i Control, no mostraran diferències motivacionals significatives entre els dos moments d'avaluació (pre-tractament i post-tractament 2). Els resultats tampoc van resultar significatius, donant per validada la hipòtesi.

Finalment, en relació a la **hipòtesi tercera**: El Grup PIM presentarà un nivell de motivació més avançat en finalitzar el PF, en comparació amb altres grups

d'estudi (Grup PF i Grup control). Les diferències entre els grups tampoc van resultar estadísticament significatives per poder confirmar la hipòtesi.

A la llum d'aquests resultats i sobretot després de l'anàlisi quantitatiu de les dades i de la distribució de les puntuacions en l'escala URICA, tot sembla apuntar que l'instrument de mesura de la motivació al canvi utilitzat en aquesta recerca no aconsegueix distingir amb fiabilitat els diferents estadis motivacionals. Un primer argument per això es troba en que les correlacions de l'estadi de manteniment amb la resta d'estadis eren molt baixes i sense significació. També les altes correlacions entre els estadis de contemplació i acció, podrien estar reflectint un solapament en l'avaluació d'ambdós estadis per part de l'instrument. De manera que no estigui discriminant bé els estadis; ja que com s'ha pogut observar, la major part de subjectes se situen en els estadis de Contemplació i Acció en tots els grups.

Un segon argument, és que alguns subjectes presenten una tendència de respostes aleatòria als ítems de l'URICA, ja que l'anàlisi del contingut de les preguntes que exploren el mateix estadi i les respostes donades a les mateixes a vegades són incongruents.

Per aquests motius es va realitzar l'anàlisi qualitatiu derivat dels informes individuals dels subjectes que van realitzar el PIM. Mitjançant aquests anàlisi es va veure que la majoria de subjectes consolidaven la seva conscienciació del problema i començaven a realitzar alguns comportaments dirigits a solucionar-lo.

A més, a través de la comparació de les diferents variables extretes dels informes per a cada subjecte que va participar en el PF, es van observar diferències positives entre els usuaris que van realitzar el PIM i els que no. Per exemple, al Grup PIM en comparació amb els altres usuaris es van detectar menys baixes del PF, un aprofitament més satisfactori, una motivació adequada, i una actitud més positiva. Aquestes troballes es poden considerar favorables a la possible eficàcia del PIM com a instrument d'intervenció previ a l'aplicació del PF. A més, es considera que els informes finals han permès obtenir informació objectiva i detallada sobre l'evolució de cada subjecte en el

marc del PF. Com a valor afegit, aquestes valoracions positives han estat proporcionades per professionals aliens al grup d'investigació que desconeixien el contingut de la present recerca i que alguns dels usuaris van participar en un programa motivacional previ.

Malgrat que els resultats globals en termes de diferències significatives no són tan rellevants com es podria esperar, de les valoracions individuals dels professionals vinculats a la intervenció i al PF es desprèn en la majoria dels casos, una percepció positiva de l'evolució de l'usuari.

Amb tot, la discrepància entre les dades qualitatives i les quantitatives apunta a la hipòtesi que les proves seleccionades no són tan sensibles a la detecció dels canvis que s'han produït com ho podria ser el criteri clínic, especialment tenint en compte les limitacions derivades de la grandària de la mostra.

Més enllà de les conclusions exposades fins ara, en aquest punt de la memòria s'escau parlar de les impressions proporcionades després de l'aplicació del PIM. Una primera consideració positiva transmesa a partir de l'experiència dels professionals que han aplicat el PIM, és que el simple fet de dedicar un espai per a la reflexió sobre la situació problemàtica i els fets que han motivat la condemna, així com la disponibilitat d'uns canals i unes eines concretes, afavoreixen el procés d'introspecció en aquests homes. S'ha de tenir present que, en general, moltes d'aquestes persones mai s'han parat a pensar en les seves emocions o conductes, i aquest nou espai, dins el marc del compliment de la mesura, s'afavoreix que el subjecte es prengui un temps per pensar en tots aquests aspectes i, en concret, les circumstàncies implicades en la comissió del delictes.

Com a segon aspecte positiu, l'estil terapèutic del PIM potencia que siguin els mateixos subjectes els que expliquin les seves experiències amb el seu propi llenguatge i des de la seva percepció. És possible que sigui el primer cop que l'individu és preguntat sobre la seva vivència del problema des d'un posicionament totalment neutral per part d'un professional que, a més, el fa anar més enllà del relat bàsic dels fets.

Per altra banda, no tan sols s'ha observat una evolució positiva dels participants de l'aplicació del PIM sinó que, durant l'aplicació del programa no s'han produït reaccions negatives per part dels subjectes ni cap tipus de situació conflictiva.

L'estructura i la filosofia del PIM permeten analitzar el problema des d'una perspectiva molt concreta, discriminant-lo d'altres aspectes que el penat associa a la seva situació global i que, sovint, s'utilitzen com a justificació de la seva conducta o n'eclipsen la responsabilitat.

Així, aquesta focalització actua com a facilitador de la identificació de dificultats per establir dinàmiques relacionals adaptatives, tal i com assenyalen els propis subjectes.

El procés intrínsec a l'aplicació del PIM afavoreix el vincle terapèutic i, amb posterioritat, l'adherència al programa formatiu. Aquest element es relaciona amb una disminució de les faltes d'assistència al llarg del programa formatiu i, en conseqüència, de les baixes en el programa.

Tots aquests aspectes es constaten als diaris de sessions que realitzen els terapeutes, tal i com s'ha pogut observar amb anterioritat. Es destaca especialment l'actitud participativa i oberta des de les primeres sessions en comparació amb els subjectes que no han participat del PIM.

Cal destacar que les impressions positives dels professionals coincideixen amb una valoració positiva per part dels usuaris.

Pel que fa a l'aplicació concreta de les tasques incloses en el programa, no s'han observat dificultats ni a nivell de comprensió ni de contingut de les mateixes.

També s'observa que Les tasques concretes que formen part del programa són, en si mateixes, un facilitador per l'aparició d'un punt d'inflexió en el procés de conscienciació del subjecte.

En definitiva, el propòsit del PIM és optimitzar l'aprofitament del PF per tal de disminuir el risc de reincidència del penat, objectiu últim de qualsevol mesura

judicial. Amb tot l'exposat en la present memòria, considerant la combinació dels resultats estadístics amb l'anàlisi qualitatiu hi ha prou indicadors que permeten la consideració del PIM com una eina útil en la disminució dels factors de risc de reincidència.



## 7 Limitacions i propostes

A continuació s'exposen les limitacions observades al llarg de la recerca, així com les principals propostes que se'n deriven.

En quant a les proves psicomètriques aplicades per avaluar els diferents aspectes que requereix la posterior aplicació del PIM, hi ha dificultats per tal de concretar el concepte de "problema" que s'utilitza per a la seva aplicació. Aquesta dificultat apareix sobretot en l'aplicació posterior a la realització del PF ja que, atenent a la comparació dels resultats quantitius i qualitius, hi ha discrepàncies entre ells. Això fa pensar que la prova no es capaç de detectar la resolució de la "situació problema", sinó que la torna a identificar com una negació de la mateixa. Davant d'aquest fet, es proposa explorar noves eines per avaluar l'estadi motivacional mitjançant entrevista semiestructurada o utilitzant un algoritme decisonal, per exemple. En aquest sentit, a la breu revisió bibliogràfica efectuada en aquesta memòria es van destacar diversos estudis que suggerien que l'escala URICA no era útil per detectar el canvis a curt termini coincidint llavors amb els resultats d'aquesta recerca (Cook et al., 2015a; Hillen et al., 2015).

Una altra limitació relacionada amb les proves administrades és el llenguatge d'aquestes, dificultant el seu enteniment als subjectes i fent que, en ocasions, els resultats es veiessin distorsionats sense reflectir de manera realista la situació.

Pel que fa a la configuració del grup mostra al que se l'aplica el PIM, hi ha diversos aspectes que en dificulten la configuració. Es pot comptar entre ells la voluntarietat de la participació fora del marc obligatori de la mesura penal, que combinat amb la dispersió territorial dels casos atesos pel Servei de Mesures Penals Alternatives de Girona, suposa una pèrdua de subjectes rellevant. A aquest fet s'afegeixen el compliment dels criteris d'exclusió previstos al manual del PIM i les morts experimentals pròpies de la població diana a la que va dirigir el programa com a conseqüència, per exemple, d'un ingrés a presó.

Inicialment la mostra d'aquest estudi es composava d'un total de 168 homes que complien una mesura penal alternativa de PF VIDO, als quals s'ha de sumar 81 individus que van ser atesos com a possibles participants al PIM. No obstant això, degut als motius abans exposats, la mostra va quedar conformada per 109 subjectes

En quant a la planificació de l'aplicació del PIM, i donada l'estreta relació amb la resolució de l'adjudicació del concurs públic per a gestionar els programes formatius, es produeix una pèrdua de mostra molt important i difícilment salvable en el termini estipulat per dur a terme la recerca. Tot i que des de l'equip d'investigació s'exploren alternatives que permetin l'augment de la mostra, cap d'elles aporta els resultats esperats.

Tenint en compte la ja esmentada consideració dels indicadors favorables a la utilitat del PIM, es valora com a necessària l'aplicació generalitzada del programa per tal d'optimitzar l'eficàcia de la mesura penal alternativa, sense perjudici que aquest tipus d'implementació contribueixi a donar continuïtat en l'avaluació de la seva eficàcia.

A continuació es presenta un document amb una proposta de pla d'implementació model per tal d'aplicar el programa als diferents Serveis de Mesures Penals Alternatives de Catalunya.

# **PLA D'IMPLEMENTACIÓ DEL PIM**

## **PRESENTACIÓ**

En l'actualitat es disposa d'un ampli ventall d'intervencions terapèutiques que tenen la seva aplicació pràctica dins de diferents contextos, entre les que es troben els Programes Formatius en matèria de violència domèstica, els quals són intervencions específiques de reeducació i/o tractament psicològic que proporcionen a l'usuari una sèrie de coneixements facilitadors per a la reinserció a la comunitat. Aquests programes tenen com a principals objectius apropar el subjecte a les conseqüències dels seus actes, tant des de l'àmbit judicial, com des de la repercussió que aquests tenen per a altres individus o grups (víctimes, persones properes, grups de pertinença, etc.), i aportar elements que proporcionin maneres de fer diferents que possibilitin la recerca de solucions alternatives. En aquest moment, el ventall d'intervencions terapèutiques cap a agressors continua requerint de tots el esforços pràctics i científics per a millorar la seva eficàcia i disminuir les possibilitats de reincidència dels agressors de parella.

En estudis previs com *Anàlisi de la motivació al canvi en subjectes que han realitzat un programa formatiu en violència domèstica* de 2013 (Civit, Iturbe, Martínez-Catena, Muro, i Nguyen Vo, 2013) es va destacar com a resultat que els individus que participen d'aquests programes com a mesura judicial no es troben en la situació motivacional més adient per treure el màxim profit del PF en el que havien de participar i, que per tant, això afectaria a la seva eficàcia. També es va ressaltar que tampoc milloraven el seu nivell motivacional després de la seva realització. Per últim, en aquesta recerca es van identificar tres perfils que van mostrar certes similituds amb els perfils obtinguts en altres estudis internacionals (Chambers i Wilson, 2007).

La bibliografia internacional més recent ha remarcat que per millorar la eficàcia dels tractaments i l'adherència terapèutica és necessari que els individus es trobin preparats o motivats per iniciar un canvi terapèutic. El Programa d'Intervenció Motivacional (PIM) té l'objectiu d'augmentar els nivells de motivació al canvi, sent un programa dissenyat seguint els màxims estàndards

científics i les característiques més destacades d'altres intervencions semblants a nivell internacional que havien demostrat la seva eficàcia.

El PIM es va dissenyar per augmentar el nivell motivacional dels subjectes sota la base teòrica del model transteòric de Prochaska i DiClemente (McConaughy et al., 1983; Norcross et al., 2011b; Prochaska et al., 1992, 1988), la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1999; Miller et al., 1999; Miller, 1985) i les tècniques cognitiu-conductuals i constructivistes que han resultat més eficaces. Sota aquestes perspectives el PIM es planteja com una intervenció breu on el professional guia a l'individu a través de les diverses activitats proposades mitjançant el diàleg socràtic per tal que les iniciatives, suggeriments o opinions sobre el canvi neixin del propi individu.

## **JUSTIFICACIO**

Des de l'àmbit d'intervenció amb conductes delictives es valora aquest tipus de conducta com una conducta natural de la societat (Chambliss, 1997; Hulsman, 1997), i per tant, difícil de canviar, considerant als delinqüents com un grup resistent al tractament (Alexander, 2000), especialment degut als aspectes motivacionals (Krause, 1966). Tractar als subjectes que no volen canviar o que no participen en el tractament de manera voluntària de la mateixa forma que es tractaria a un grup de voluntaris genera frustració per a tots els individus immersos en la tasca terapèutica.

D'altra banda, un dels principals objectius de la societat i dels professionals implicats en el control i la gestió de la delinqüència és aconseguir la rehabilitació i reinserció dels agressors en la comunitat (Hollin, 2000) necessitant que es produeixi en l'individu un procés complex anomenat canvi terapèutic (Redondo i Martínez-Catena, 2012a), que normalment es veurà facilitat per un tractament psicològic. Aquest canvi és un procés difícil on es produeixen tota una sèrie de modificacions, de tipus cognitiu, emocional, actitudinal i conductual en els individus que reben el tractament (Redondo, 2008) i que conduiran a que aquests no tornin a reincidir en el delicte.

Un dels elements que s'han destacat com a facilitadors del canvi terapèutic és que l'individu compti amb una motivació genuïna vers aquest canvi (Andrews i

Bonta, 2010; Barbaree i Marshall, 2006; Harkins i Beech, 2007; Hollin i Palmer, 2006; Tierney i McCabe, 2002, 2004, 2005) entesa com la probabilitat que té una persona de començar, continuar i mantenir un procés de modificació del seu comportament (Miller, 1985). Malgrat això, la motivació ha estat un component del procés rehabilitador poc explorat i treballat fins a la última dècada, especialment pel que fa al camp de la delinqüència (Day, Casey, Ward, Howells & Vess, 2010). Autors que han considerat la motivació als seus models de rehabilitació de delinqüents són, entre d'altres, Andrews i Bonta (1994, 2010) en el model de Risc-Necessitats-Responsivitat (R-N-R) o el Model de les vides satisfactòries de Ward (2002). Altres estudis internacionals destaquen l'existència d'una correlació positiva entre un nivell més elevat de motivació al canvi i major eficàcia terapèutica, que el nivell de motivació està també relacionat positivament amb l'adherència al tractament i la necessitat d'adaptació del tractament als nivells motivacionals de l'individu.

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

El Programa de Intervenció Motivacional (*PIM*) (Martínez-Catena et al., 2015) és una intervenció dissenyada amb l'objectiu de ajudar als individus a situar-se en la millor situació per afrontar el PF i preparar-los per a que puguin treure el màxim profit del compliment d'aquesta mesura.

## **DESCRIPCIO DEL SERVEI DE MESURES PENALS ALTERNATIVES**

Les mesures penals alternatives permeten als òrgans judicials (jutges i tribunals) donar una resposta menys aflictiva que les penes privatives de llibertat per la comissió d'una falta o d'un delicte lleu o menys greu, al temps que se salvaguarden els drets de les víctimes.

Les mesures penals alternatives que s'imposen amb més freqüència són els Treballs en Benefici de la Comunitat, les Obligacions de Tractament Ambulatori

(bé sigui de salut mental o de deshabituació de les drogues) i les Obligacions de Participació en un Programa Formatiu de caire psicoeducatiu.

Els equips que en realitzen el seguiment s'encarreguen de vetllar per l'adequat compliment de les penes imposades, de mantenir informada la instància judicial competent sobre el compliment i l'evolució de la mesura, d'afavorir la integració social de la persona a qui s'ha imposat mitjançant el seguiment i suport socioeducatiu, de fomentar la dotació de recursos sociocomunitària adient i d'implicar i sensibilitzar la comunitat en els processos d'execució de les mesures penals alternatives.

La gestió de les mesures penals alternatives es duu a terme per part d'entitats externes al Departament de Justícia. A la província de Barcelona la gestió dels programes formatius es gestiona des de l'entitat IRES, que compta amb 3 equips de professionals que gestionen exclusivament mesures de programa formatiu i tractament. A la resta del territori català la gestió va a càrrec d'INTRESS, que compta amb equips que gestionen la totalitat de mesures penals alternatives del territori en el que tenen l'àmbit d'actuació.

El equips de mesures penals alternatives estan formats per professionals de l'àmbit social (psicòlegs, treballadors socials, educadors socials, criminòlegs, pedagogs...) que duen a terme el seguiment de l'execució de les mesures imposades. Aquests professionals són anomenats delegats de mesures penals alternatives.

## **DEFINICIÓ I OBJECTIUS**

El Pla d'Intervenció Motivacional (PIM) és un programa dirigit a augmentar el nivell de motivació al canvi en subjectes que han de iniciar un programa formatiu en violència domèstica i que compta amb els següents objectius:

**Adherència al tractament:** Els programes formatius que es duen a terme com a mesura penal alternativa són intervencions grupals que prenen un caire terapèutic i que, en conseqüència, requereixen d'una correcta adherència al tractament per tal de garantir-ne tant la continuïtat com la predisposició

adequada per l'assimilació dels continguts. La realització del PIM potencia aquest aspecte.

**Major aprofitament del contingut del PF:** L'inici del programa formatiu en un estadi adequat de motivació pel canvi n'afavoreix l'aprofitament del contingut, en tant que es vencen les reticències inicials prèvies i es dota de significat la participació en el mateix.

**Reducció taxa d'abandonament del programa formatiu:** La major adherència al tractament potenciada pel PIM implica una reducció en la taxa d'abandonament del programa. La continuïtat en l'assistència i el valor motivacional propi que s'atorga al curs redueixen el nombre de baixes del grup.

**Afavorir el compliment de la mesura judicial:** L'aplicació del PIM contribueix a augmentar la solidesa de l'estructura de la intervenció del delegat. La planificació acurada del contingut de les trobades amb el delegat es pot anticipar a la persona permetent que el penat compti amb unes expectatives realistes en relació al que se li demana i ofereix. Aquest aspecte afavoreix el compliment adequat de la mesura.

**Evitar la reincidència:** Un dels objectius principals de qualsevol intervenció en l'àmbit judicial és la d'evitar que es torni a produir la conducta delictiva. Amb el treball focalitzat en aquest tipus de conducta es promou la disminució del risc de reincidència.

**Disminució en la prescripció de mesures:** L'abandonament dels programes formatius per part dels penats té com a resultat la demora en el compliment de la pena. Aquesta demora pot comportar, fins i tot, la prescripció de la mesura, especialment als territoris en els que només es duu a terme un programa formatiu a l'any i, per tant, la baixa del grup suposa un any d'espera. La menor taxa d'abandonament del programa observada en els casos que han dut a terme el PIM comporta la reducció del nombre de mesures prescrites per aquest motiu.

**Augment de la rendibilitat del programa:** L'abandonament del programa formatiu no tan sols suposa una demora en el compliment de la mesura sinó

que també repercuteix en una major despesa econòmica, atès que la persona ocuparà una plaça en dos programes formatius, duplicant el cost de la seva intervenció. Qualsevol element que disminueixi el nombre de penats que han de repetir el programa, com és el cas del PIM, evitarà aquesta duplicitat de costos, augmentant la rendibilitat de la intervenció.

**Dotar de contingut les entrevistes del delegat:** El temps d'espera entre la primera entrevista amb el penat i l'inici del programa formatiu comprèn un període de temps durant el qual es duen a terme entrevistes de seguiment que tenen com a objectiu, d'una banda, conèixer la situació global de la persona i les seves necessitats de forma actualitzada i, de l'altra, preparar-la per a l'inici del programa formatiu. El PIM és una eina que dota de contingut les entrevistes prèvies al programa, posant el focus en aquells aspectes a treballar i en la conscienciació i responsabilització de la pròpia conducta i les seves conseqüències.

**Intervenció individualitzada:** Un dels requisits per al major grau d'aprofitament del contingut de la mesura és l'adaptació individual de la intervenció. El programa motivacional permet, en un marc comú, atendre de manera individualitzada les necessitats de cada persona

**Major satisfacció dels professionals que intervenen durant l'execució de mesura amb la va feina :** L'assoliment dels objectius de la mesura judicial i el correcte compliment per part del penat afecta a la feina diària del delegat. L'aplicació del PIM facilita l'execució i compliment de la mesura, revertint en una major satisfacció del delegat. Si aquesta situació es generalitza també es veurà reflectida en la percepció que el professional té de la seva tasca.

**Recollida sistemàtica de dades per posteriors estudis per millorar intervenció:** Les actuacions que es duen a terme en el marc de l'aplicació del PIM inclouen la recollida de dades necessàries per l'elaboració del perfil que determina el tipus d'intervenció. El valor d'aquestes dades és elevat per l'elaboració de futurs estudis d'avaluació de l'eficàcia o, fins i tot, de la reincidència.



## **DEFINICIO DE LA POBLACIO DIANA**

La població a la que va dirigit el programa són homes que han estat condemnats per un delict de violència domèstica a una mesura penal alternativa a la presó consistent en la realització d'un programa formatiu en matèria de violència domèstica.

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

- El desconeixement de la llengua en la que es realitzarà el programa motivacional i el programa formatiu (català o castellà) ja que impossibilitarà l'aprofitament del mateix i, per tant, requereix d'un treball d'alfabetització previ.
- El presentar una relació de dependència en consum actiu de qualsevol tipus de substància estupefaent donat que dificulta el correcte desenvolupament del PIM i pot afectar negativament als participants. És necessària l'abstinència completa i/o trobar-se sota un tractament de deshabitació previs a la inclusió en el programa.
- La presència d'un trastorn mental no compensat en el moment de participar al PIM tret que impediria el correcte assoliment dels objectius dels programes i de la mesura, afectant així mateix al seu desenvolupament. Es requereix un tractament centrat en la compensació del trastorn previ dels aspectes de salut mental.
- L'alteració de les capacitats cognitives en un grau important disminuiria notablement la possibilitat d'èxit en la participació del programa motivacional i formatiu. En aquests casos s'haurà d'adaptar la mesura judicial a les característiques del subjecte per assegurar-ne el seu aprofitament.

## **METODOLOGIA**

El Programa Motivacional per a homes que compleixen una mesura judicial de programa formatiu de violència domèstica s'estructura en 5 mòduls d'intervenció amb un total de 2 sessions d'avaluació i un màxim de 5 sessions d'intervenció individuals amb una duració aproximada d'una hora i una

periodicitat quinzenal. El programa es desenvolupa en un format individual i treballa les dificultats més significatives que presenta l'individu.

Cada sessió consta d'una mateixa estructura començant amb una síntesi del resultat de la sessió anterior, reforçant els avenços realitzats, seguint amb el desenvolupament d'una sèrie de tasques amb la finalitat de treballar els aspectes a millorar a cada mòdul, i acabant amb un resum dels aspectes més importants treballats a la sessió. Després de cada sessió es deixa un espai a l'usuari per a que pugui afegir, en cas que vulgui, qualsevol aspecte que ell consideri rellevant en relació a allò treballat amb anterioritat.

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

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

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

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

- **Mòdul 1. Hi ha alguna cosa que vulgui canviar? Feedback i Ambivalència:** La primera sessió d'intervenció es dedica a treballar la identificació d'aspectes que l'individu hauria de canviar. Correspon al professional fer un feedback d'allò exposat pel subjecte durant la fase d'avaluació i treballar l'ambivalència que pugui presentar en relació al canvi.

▪ **Mòdul 2. Hi ha alguna cosa que m'ajudi a canviar? Autoeficàcia i Suport Social:**

En la segona sessió, es treballa el sentiment d'autoeficàcia per a que l'individu assoleixi confiança en les seves capacitats per potenciar un canvi en la seva conducta. I la identificació del mapa de suport social amb el que compta el subjecte en aquest procés de canvi, així com aquells que poden entorpir-lo.

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

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

## **INTENSITAT D'APLICACIÓ DEL PIM**

Si durant l'entrevista semi-estructurada no es detecta cap criteri d'exclusió s'aplicaran els instruments d'avaluació mitjançant els quals es determinarà quina modalitat de programa és la més adequada per l'usuari.

Les dades que s'han de tenir en compte a l'hora d'adaptar la intervenció són les obtingudes de l'anàlisi i creuament dels resultats dels qüestionaris PAI i URICA.

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

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

A la següent taula es descriu la combinació dels resultats d'ambdós qüestionaris determinarà el tipus de programa que s'aplicarà al subjecte.

	PRECONTEMPLATIU	CONTEMPLATIU	ACCIÓ
NEGADOR	PIM Intensiu	PIM Intensiu	PIM Complet
MODERAT	PIM Complet	PIM Complet	PIM Reduït
REALISTA	PIM Complet	PIM Complet	PIM Reduït

## TEMPORALITZACIÓ

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

	REDUÏT	COMPLET	INTENSIU
<b>1a sessió avaluació</b>	X	X	X
<b>2a sessió avaluació</b>	X	X	X
<b>1a sessió d'intervenció</b>	Ambivalència i autoeficàcia	Ambivalència	Ambivalència
<b>Sessió de reforç</b>			Ambivalència i autoeficàcia
<b>2a sessió d'intervenció</b>		Autoeficàcia	Ambivalència i autoeficàcia
<b>3a sessió d'intervenció</b>	Mapa de ruta	Mapa de ruta	Mapa de ruta
<b>4a sessió d'intervenció</b>	Seguiment	Seguiment	Seguiment

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

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

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

## **ASPECTES ESTRUCTURALS**

### **Recursos Humans**

Els Serveis de Mesures Penals Alternatives estan configurats per professionals de l'àmbit social que duen a terme el seguiment de l'execució de la pena imposada mitjançant entrevistes individuals periòdiques. Per tal de realitzar aquesta tasca s'inicia el contacte amb el penat mitjançant una primera entrevista que té com a objectiu la valoració psicosocial de la persona, així com el seu risc de reincidència. Amb posterioritat a aquesta entrevista i fins al moment d'iniciar el programa es realitzen entrevistes periòdiques de seguiment del penat i de preparació a l'inici del curs.

El vincle que s'estableix al llarg d'aquestes trobades entre el delegat i el penat és un facilitador del treball motivacional orientat a una major aprofitament del contingut del programa formatiu que realitzarà amb posterioritat.

Atès tot l'exposat fins al moment, es valora que la persona més adequada per tal d'aplicar el PIM és el delegat de mesures penals alternatives referent del cas.

Les hores necessàries per a l'aplicació del programa són un total de 7, a més, la tasca del delegat inclou la dedicació de 6 hores a la gestió del cas (informes a jutjat, coordinació amb altres referents, derivació a l'entitat encarregada del PF...). Es pot concloure, doncs, que es requeriran un total de 13 hores per intervenir en cada cas, distribuïdes al llarg d'aproximadament 6 mesos des de la primera entrevista d'execució de la mesura fins al tancament de la mateixa.

	<b>HORES NECESSARIES</b>	<b>OBSERVACIONS</b>
Mòdul 0	2 hores	Es recomana fer en dues sessions
Mòdul 1	1 hora	Sessions quinzenals (periodicitat flexible). És

		indispensable
Mòdul 2	1 hora	Finalitzar les sessions amb anterioritat a l'inici del
Mòdul 3	1 hora	Programa Formatiu
Mòdul 4	1 hora	Aproximadament a la meitat del PF
Tancament	1 hora	Un cop finalitzat el PF
Gestió del cas	6 hores	Coordinacions, informes...

### **Recursos materials**

- 1 manual d'aplicació (per al professional)
- 1 quadernet d'activitats per cada cas. (inclosos els tests d'avaluació inicial)
- Bolígraf

### **Recursos logístics i altres**

- disponibilitat de sala d'entrevistes per ús individual (7 hores)
- adquisició dels usos i correccions de les proves psicomètriques
- Supervisió externa i/o suport en l'aplicació

## **PLA DE FORMACIÓ**

Tot i que el programa d'intervenció motivacional (PIM) no està dissenyat estrictament com una eina terapèutica sinó motivacional, en el marc de la seva aplicació poden sortir a la llum aspectes a treballar que requereixen d'una formació especialitzada en aquest tipus d'intervencions. En conseqüència, si bé no és indispensable que els professionals que el duguin a terme siguin psicòlegs, sí que ho és que participin d'un procés de formació orientat a l'aplicació del programa.

Programa de formació:

Explicació de la filosofia del programa (2 hores)

Exposició de cada mòdul i els seus exercicis (4 hores)

Role-playing / visionat de vídeos encarats a l'adquisició de les habilitats per l'EM (2 hores)

Els grups formatius tindran un màxim de 15 persones per garantir un correcte aprofitament del contingut.

2 professionals expertes en la matèria i amb àmplia experiència en l'aplicació del programa.

<b>TASCA</b>	<b>HORES</b>	<b>COST</b>
Preparació de la formació	2	200 euros
Teòric 1 (explicació general)	2	200 euros
Teòric 2 (aplicació i exercicis)	4	400 euros
Pràctic 1	2	200 euros
Logística (desplaçaments i material)		A calcular
		<b>TOTAL:1000</b> Euros+variables

## **PLA DE QUALITAT**

Per tal d'avaluar l'aplicació del PIM i la seva eficàcia, es proposen una sèrie d'ítems quantitatius:

- **Temps que la mesura passa en execució:** mesos entre l'entrevista inicial i la de tancament posterior a la realització del programa formatiu
- **Nombre d'abandonaments del PIM:** no finalització del PIM per abandonament voluntari
- **Nombre d'abandonaments del PF**
- **Temps de llista d'espera:** mitjana de mesos transcorreguts entre l'entrada del programa al Servei i l'assignació del cas al delegat referent.
- **Nombre de penats que han finalitzat un PFI'any.**

Més enllà dels aspectes quantitatius que permeten avaluar l'eficàcia d'un programa, hi ha altres aspectes objectivables que posen de manifest l'impacte qualitatiu del mateix. Es proposen dues eines per avaluar aquests aspectes:

- **Enquesta de satisfacció als usuaris**
- **Enquesta de satisfacció als professionals**



## 8 Referències bibliogràfiques

- Alexander, P. C., Tracy, A., Radek, M., & Koverola, C. (2009). Predicting stages of change in battered women. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(10), 1652–72. doi:10.1177/0886260509331494
- Andrade, B. F., Browne, D. T., & Naber, A. R. (2015). Parenting skills and parent readiness for treatment are associated with child disruptive behavior and parent participation in treatment. *Behavior Therapy, 46*(3), 365–78. doi:10.1016/j.beth.2015.01.004
- August, J. L., & Flynn, A. (2007). Applying Stage-Wise Treatment to a Mixed-Stage Co-occurring Disorders Group. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 10*(1), 53–63. doi:10.1080/15487760601166357
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847061>
- Becan, J. E., Knight, D. K., Crawley, R. D., Joe, G. W., & Flynn, P. M. (2015). Effectiveness of the Treatment Readiness and Induction Program for increasing adolescent motivation for change. *Journal of Substance Abuse Treatment, 50*, 38–49. doi:10.1016/j.jsat.2014.10.002
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behaviour. Journal of Political Economy*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Bergly, T. H., Stallvik, M., Nordahl, H. M., & Hagen, R. (2014). The Predictive Validity of the URICA in a Sample of Patients in Substance Use Treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment, 13*(4), 170–178. doi:10.1097/ADT.0000000000000041
- Bettmann, J. E., Russell, K. C., & Parry, K. (2013). How substance abuse recovery skills, readiness to change and symptom reduction impact change

- processes in wilderness therapy participants. *Journal of Child and Family Studies*, 22(2), 1039–1050.
- Bewick, B. M., Rumball, K., Birtwistle, J. C., Shaw, J. R., Johnson, O., Raistrick, D., & Tober, G. (2014). Developing a web-based intervention to increase motivation to change and encourage uptake of specialist face-to-face treatment by hospital inpatients: change drinking. *Drug and Alcohol Review*, 33(6), 674–7. doi:10.1111/dar.12174
- Bowen, E., & Gilchrist, E. (2004). Do court- and self-referred domestic violence offenders share the same characteristics? A preliminary comparison of motivation to change, locus of control and anger. *Legal and Criminological Psychology*, 9(2), 279–294. doi:10.1348/1355325041719383
- Casey, S., Day, A., & Howells, K. (2005). The application of the transtheoretical model to offender populations: Some critical issues. *Legal and Criminological Psychology*, 10(2), 157–171. doi:10.1348/135532505X36714
- Cavaiola, A. A., Fulmer, B. A., & Stout, D. (2015). The Impact of Social Support and Attachment Style on Quality of Life and Readiness to Change in a Sample of Individuals Receiving Medication-Assisted Treatment for Opioid Dependence. *Substance Abuse*, 36(2), 183–91. doi:10.1080/08897077.2015.1019662
- Chung, T., Pajtek, S., & Clark, D. B. (2013). White matter integrity as a link in the association between motivation to abstain and treatment outcome in adolescent substance users. *Psychology of Addictive Behaviors* : *Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 27(2), 533–42. doi:10.1037/a0026716
- Civit, N., Iturbe, N., Martínez-Catena, A., Muro, A., & Nguyen Vo, T. (2013). Anàlisi de la motivació al canvi en subjectes que han realitzat un programa formatiu en violència domèstica. *Invesbrenu*, 60, 1–4.

- Clausen, L., Lübeck, M., & Jones, A. (2013). Motivation to change in the eating disorders: a systematic review. *The International Journal of Eating Disorders*, *46*(8), 755–63. doi:10.1002/eat.22156
- Cook, S., Heather, N., & McCambridge, J. (2015a). Posttreatment motivation and alcohol treatment outcome 9 months later: findings from structural equation modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(1), 232–7. doi:10.1037/a0037981
- Cook, S., Heather, N., & McCambridge, J. (2015b). The role of the working alliance in treatment for alcohol problems. *Psychology of Addictive Behaviors* : *Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* *29*(2), 371–81. doi:10.1037/adb0000058
- Cooney, N. L., Litt, M. D., Sevarino, K. A., Levy, L., Kranitz, L. S., Sackler, H., & Cooney, J. L. (2015). Concurrent alcohol and tobacco treatment: Effect on daily process measures of alcohol relapse risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(2), 346–58. doi:10.1037/a0038633
- Day, A., Casey, S., Ward, T., Howells, K., & Vess, J. (2010). *Transitions to Better Lives: Offender Readiness and Rehabilitation*. Cullompton, Devon: Willan Publishing.
- De Oliveira Júnior, H. P., & Malbergier, A. (2003). Assessment of motivation for treatment in alcohol dependent patients who sought treatment at a specialized medical service. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo, Brazil)* : 1999) 25(1), 5–10. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12975673>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behaviour. The reasoned action approach*. New York: Taylor & Francis.
- Fitzpatrick, M. E., & Weltzin, T. (2014). Motivation for change as a predictor of eating disorder treatment outcomes using a brief self-report YBC-EDS in a residential eating disorder population. *Eating Behaviors*, *15*(3), 375–8. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.04.007

- Gantiva, C., Guerra, P., & Vila, J. (2015). From appetitive to aversive: motivational interviewing reverses the modulation of the startle reflex by tobacco cues in smokers not ready to quit. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 43–8. doi:10.1016/j.brat.2015.01.006
- Gašević, G. R. (2015). The challenges of creating the treatment readiness scale for youths taking part in mandatory psychosocial counseling. *Children and Youth Services Review*, 54, 8–19. doi:10.1016/j.childyouth.2015.04.011
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Harkins, L., & Beech, A. R. (2007). A review of the factors that can influence the effectiveness of sexual offender treatment: Risk, Need, Responsivity, and process issues. *Aggression and Violent Behavior*, 12(6), 615–627. doi:10.1016/j.avb.2006.10.006
- Hemphill, J. F., & Howell, a J. (2000). Adolescent offenders and stages of change. *Psychological Assessment*, 12(4), 371–81. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11147104>
- Hillen, S., Dempfle, A., Seitz, J., Herpertz-Dahlmann, B., & Bühren, K. (2015). Motivation to change and perceptions of the admission process with respect to outcome in adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 15(1), 140. doi:10.1186/s12888-015-0516-8
- Majer, J. M., Olson, B. D., Komer, A. C., & Jason, L. A. Motivation Among Ex-Offenders Exiting Treatment: The Role of Abstinence Self-Efficacy. *Journal of Offender Rehabilitation*, 54(3), 161–174. doi:10.1080/10509674.2015.1023483
- Martínez-Catena, A., Civit, N., Iturbe, N., Muro, A., & Nguyen, T. (2015). *La motivació al canvi dels agressors de parella que realitzen un programa formatiu: Disseny d'un Pla d'Intervenció Motivacional*. Barcelona.

- Mason, M., Benotsch, E. G., Way, T., Kim, H., & Snipes, D. (2014). Text messaging to increase readiness to change alcohol use in college students. *The Journal of Primary Prevention, 35*(1), 47–52. doi:10.1007/s10935-013-0329-9
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20*(3), 368–375. doi:10.1037/h0090198
- Mcmurran, M., Theodosi, E., & Sellen, J. (2006). Measuring engagement in therapy and motivation to change in adult prisoners: a brief report. *Criminal Behaviour and Mental Health: CBMH, 129*(16), 124–129. doi:10.1002/cbm
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin, 98*(1), 84–107.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1999). *Motivational Enhancement Therapy Manual. A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*. Maryland: National Institute of Health.
- Morey, C. L. (1991). *Personality Assessment Inventory - Professional Manual*. Florida: USA. Retrieved from [http://psychology.wikia.com/wiki/Morey\\_PAI](http://psychology.wikia.com/wiki/Morey_PAI)
- Mossière, A., & Serin, R. (2014). A critique of models and measures of treatment readiness in offenders. *Aggression and Violent Behavior, 19*(4), 383–389. doi:10.1016/j.avb.2014.06.004
- Mullan, B., & Westwood, J. (2010). The application of the theory of reasoned action to school nurses' behaviour. *Journal of Research in Nursing, 15*(3), 261–271. Retrieved from <a

href="http://dx.doi.org/10.1177/1744987109104674">[More Information]</a>

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

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

Orbell, S., Lidiert, P., Henderson, C. J., Geeraert, N., Uller, C., Uskul, A. K., & Kyriakaki, M. (2009). Social – Cognitive Beliefs , Alcohol , and Tobacco Use : A Prospective Community Study of Change Following a Ban on Smoking in Public Places, *28*(6), 753–761. doi:10.1037/a0016943

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

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

Prisciandaro, J. J., McRae-Clark, A. L., Myrick, H., Henderson, S., & Brady, K. T. (2014). Brain activation to cocaine cues and motivation/treatment status. *Addiction Biology, 19*(2), 240–249. doi:10.1111/j.1369-1600.2012.00446.x

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

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., & Fava, J. (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking.

*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 520–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3198809>

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

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

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

Scott, K., & Lewis, C. C. (2015). Using Measurement-Based Care to Enhance Any Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(1), 49–59. doi:10.1016/j.cbpra.2014.01.010

Sielski, C. L., Begun, A. L., & Hamel, J. (2015). Expanding Knowledge Concerning the Safe at Home Instrument for Assessing Readiness to Change Among Individuals in Batterer Treatment. *Partner Abuse*, 6(3), 255–272. doi:10.1891/1946-6560.6.3.255

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

Terry, K. J. (2001). Motivation and Sex Offender Treatment Efficacy: Leading a Horse to Water and Making It Drink? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(6), 663–672. doi:10.1177/0306624X01456003

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

- Tierney, D. W., & McCabe, M. P. (2004). The assessment of motivation for behaviour change among sex offenders against children: An investigation of the utility of the Stages of Change Questionnaire. *Journal of Sexual Aggression, 10*(2), 237–249. doi:10.1080/13552600412331289041
- Vella-Zarb, R. A., Mills, J. S., Westra, H. A., Carter, J. C., & Keating, L. (2015). A Randomized controlled trial of motivational interviewing + self-help versus psychoeducation + self-help for binge eating. *The International Journal of Eating Disorders, 48*(3), 328–32. doi:10.1002/eat.22242
- Vijay, A., Bazazi, A. R., Yee, I., Kamarulzaman, A., & Altice, F. L. (2015). Treatment readiness, attitudes toward, and experiences with methadone and buprenorphine maintenance therapy among people who inject drugs in Malaysia. *Journal of Substance Abuse Treatment, 54*, 29–36. doi:10.1016/j.jsat.2015.01.014
- Von Brachel, R., Hötzel, K., Hirschfeld, G., Rieger, E., Schmidt, U., Kosfelder, J., ... Vocks, S. (2014). Internet-based motivation program for women with eating disorders: Eating disorder pathology and depressive mood predict dropout. *Journal of Medical Internet Research, 16*(3), 145–157.
- Wade, M., & Andrade, B. F. (2014). Validation of a Measure of Parental Readiness for Treatment in a Clinical Sample of Children with Disruptive Behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 37*(2), 184–195. doi:10.1007/s10862-014-9458-6
- Ward, T., & Mann, R. (2004). Good lives and the rehabilitation of offenders: A positive approach to treatment. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology in practice* (pp. 598–616). New Jersey, NY: Wiley.



## **9. Annexos**

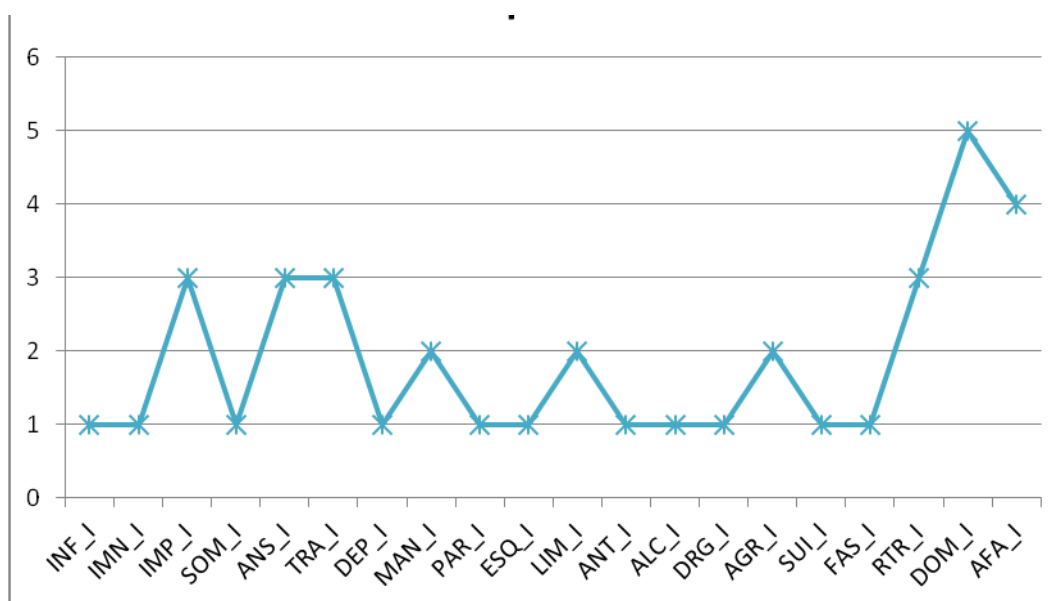
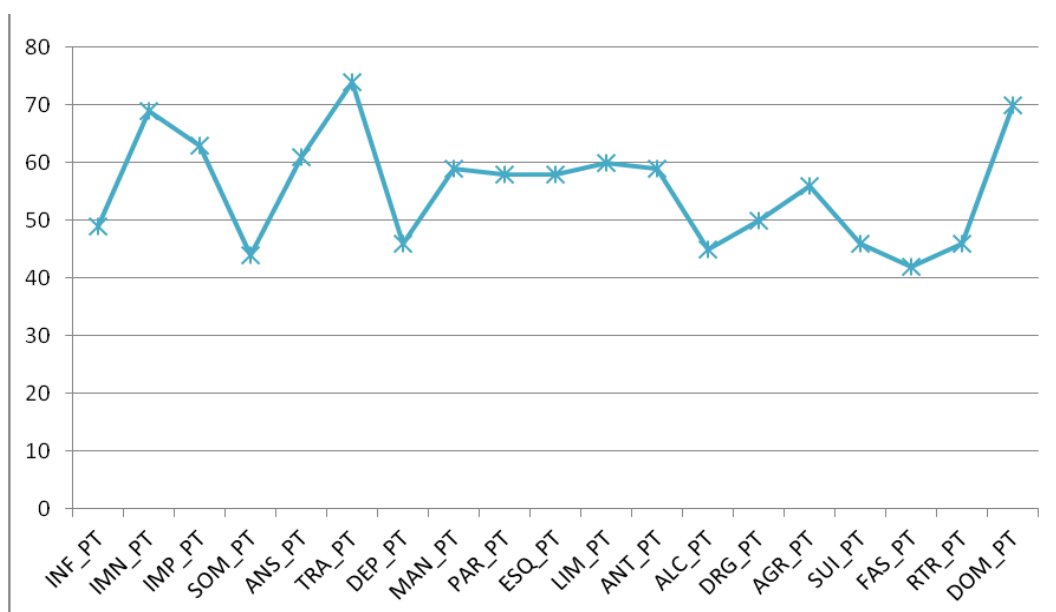
### **9.1 Annex I: Informes individuals subjectes PIM**

# Informe valoratiu del procés motivacional

Nom/ID del subjecte: PIM 1

Proves administrades i resultats obtinguts:

PAI





## Interpretació

**INF (Infreqüència):** La persona ha parat la suficient atenció al contingut dels ítems.

**IMN (Impressió Negativa):** Baixa distorsió negativa de les escales clíniques i possiblement l'avaluat no hagi mostrat una impressió negativa que la que podria suggerir la seva situació clínica.

**IMP (Impressió Positiva):** Certa presència de defensivitat a partir de puntuacions T 60, que poden cridar l'atenció del professional sobre la possible negació de defectes comuns i el seu impacte sobre les puntuacions del perfil PAI.

**SOM (Queixes somàtiques):** Persona amb poques queixes corporals. Aquestes persones són valorades com optimistes, actives i eficaces.

**ANS (Ansietat):** Pot estar experimentant cert nivell d'estrès i pot mostrar-se preocupat, sensible i emotiu.

**TRA (Trastorns relacionats amb l'ansietat):** Les puntuacions suggereixen limitacions associades amb porcs específiques. Aquestes persones poden ser percebudes com a insegures i amb dubtes sobre si mateixes, preocupades i especialment incòmodes en situacions socials.

**DEP (Depressió):** Té poques queixes de infelicitat o malestar. Són normalment percebuts com estables, amb autoconfiança, actius i relaxats.

**MAN (Mania):** Es mostra actiu, sociable, ambiciós i amb autoconfiança.

**PAR (Paranoia):** Persona oberta i que generalment perdona als demés.

**ESQ (Esquizofrènia):** Persona que diu ser eficaç en les relacions socials i que no té problemes d'atenció o concentració.

**LIM (Trets límits):** Es presenta com una persona amb mal humor, sensible i amb certes incerteses sobre els seus objectius vitals; en adults joves, aquestes puntuacions no són infreqüents.

**ANT (Trets antisocials):** Manté relacions càlides i properes amb els demés. També mostra un control raonable sobre els seus impulsos i conductes.

**ALC (Problemes amb l'alcohol):** Baix o moderat consum d'alcohol amb poques o cap conseqüència adversa associada amb la beguda.

**DRG (Problemes amb les drogues):** Afirmar consumir drogues de forma infreqüent, si és que les consumeix.

**AGR (Agressió):** Control raonable sobre l'expressió de la ira i l'hostilitat.

**SUI (Ideació Suïcida):** Té pocs pensaments sobre la mort o el suïcidi.

**FAS (Manca de suport social):** Manté vincles estrets, generalment de suport, per part de la família i amics.

**RTR (Rebuig al tractament):** Reconeix la necessitat d'efectuar alguns canvis, té una actitud positiva vers la possibilitat de canvi personal i accepta la importància de la pròpia responsabilitat..

**DOM (Dominància):** Persona que manifesta de forma molt notable una necessitat de control. Generalment són dominants i mostren poca tolerància amb qui no comparteix els seus plans i desitjos. Poden tractar de semblar competents i resolutius però probable

**AFA (Afabilitat):** Càlid, cordial i empàtic. Valora especialment les relacions armonioses i obtenen d'elles una gran satisfacció. Per això, poden sentir-se incòmodes en confrontacions o conflictes i tendeixen a evitar-los. Probablement perdonen fàcilment als demés i no tenen dificultats per donar una segona oportunitat.

## Termòmetre inicial

8 = És important canviar

## Escala MCD Victoria

### Puntuació:

**Puntuació global** = 57 (Rang mínim 20 màxim 100; punt de tall per considerar que hi ha disposició pel canvi 72).

**Subescala d'Actituds i motivació** = 12 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Reaccions Emocionals** = 12 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Creences delictives** = 10 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

**Subescala d'Eficàcia** = 13 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

### Interpretació:

Atenent a la puntuació global del subjecte es desprèn que es tracta d'un subjecte en el moment de la avaluació no motivat pel canvi.

Segons la puntuació a la subescala d'actituds i motivació, l'individu confia en que és capaç de desenvolupar un tractament però dubte de la seva eficàcia. Malgrat això no manifesta interès per deixar de delinquir.

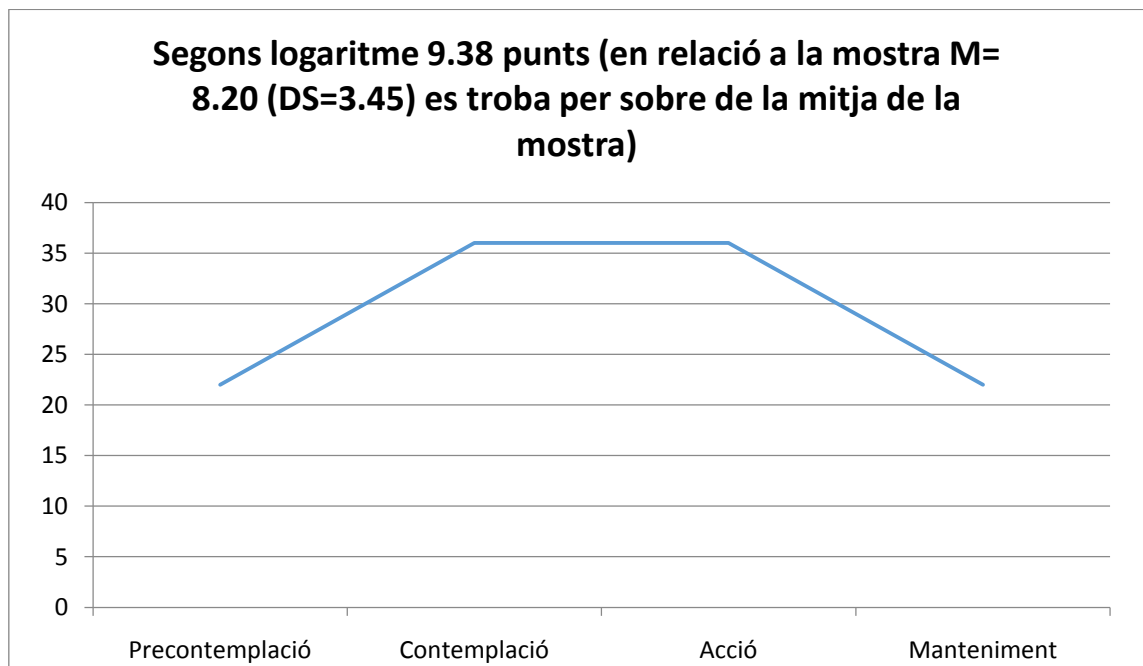
Per la puntuació obtinguda a la subescala de reaccions emocionals, l'individu mostra que té sentiments favorables al canvi, no mostra vergonya sobre el delicte que va cometre ni es penedeix del seu delicte, sentint-se molest per ser vist com a un delinqüent probablement perquè no es considera com a tal. El subjecte mostra enfado amb sí mateix per haver-se comportat d'aquesta manera.

Segons la puntuació a la subescala creences delictives que avalua locus de control i responsabilització del delicte, el subjecte no accepta la seva responsabilitat en el delicte i no creu que es mereixi complir la condemna.

Pels resultats a la subescala d'eficàcia el subjecte confia en les altres persones i creu que és una persona organitzada. Mostra certes dificultats per seguir ordres i afirma no haver tornat a delinquir.

## URICA Inicial

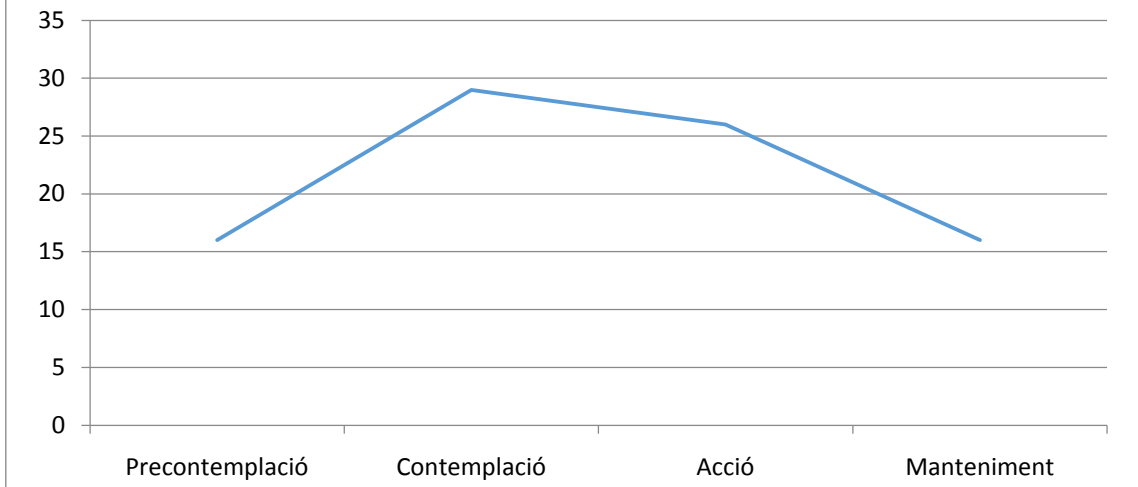
Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ/ ACCIÓ



## URICA post PIM

Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ

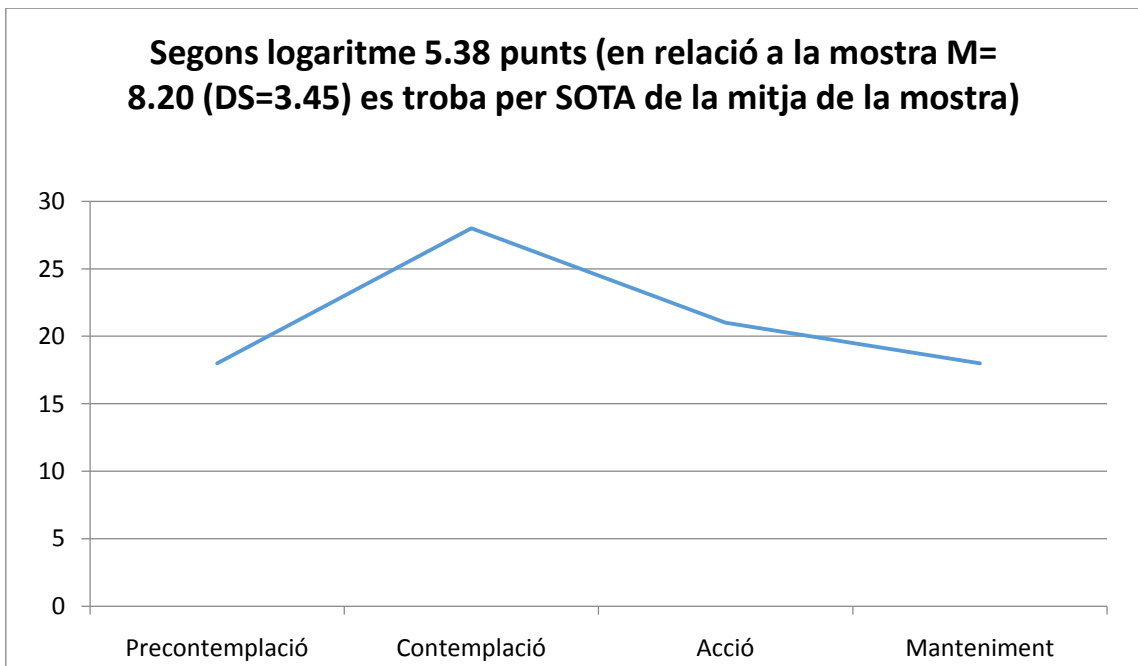
**Segons logaritme 6.88 punts (en relació a la mostra M= 8.20 (DS=3.45) es troba per SOTA de la mitja de la mostra)**



### URICA post PF

Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ

**Segons logaritme 5.38 punts (en relació a la mostra M= 8.20 (DS=3.45) es troba per SOTA de la mitja de la mostra)**

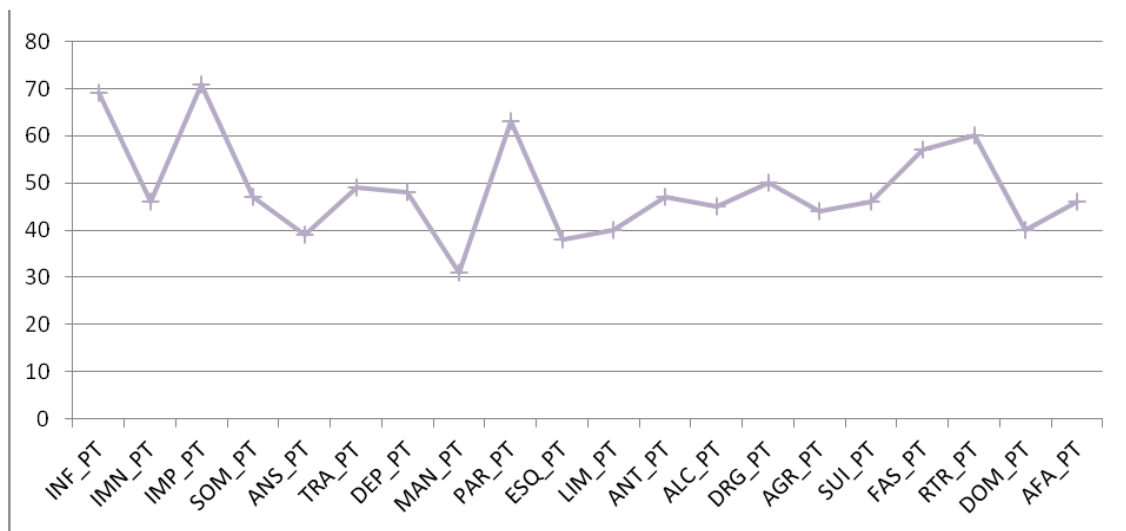


# Informe valoratiu del procés motivacional

Nom/ID del subjecte: PIM 2

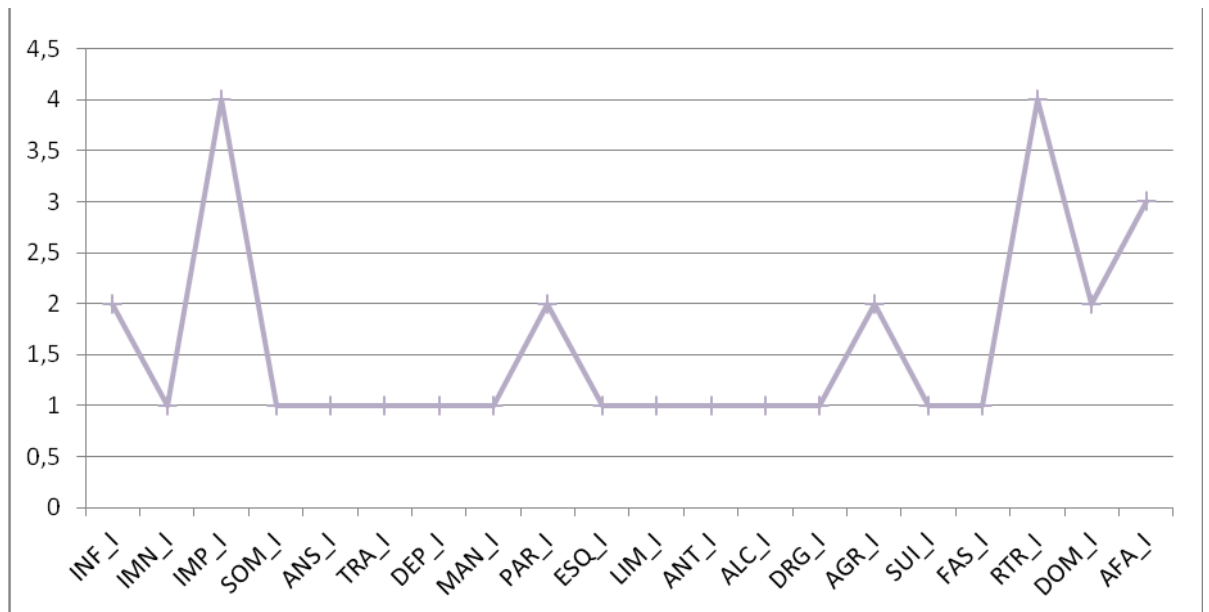
Proves administrades i resultats obtinguts:

PAI



**Puntuacions altes a Impressió Positiva i a Rebuig al Tractament. La majoria de puntuacions estan situades per sota de la mitja.**





## Interpretació

**\*NOTA:** *Tenir en compte que es tracta d'un subjecte amb perfil NEGADOR (vol donar una bona imatge i la resta d'escales poden mostrar puntuacions amb un perfil més positiu del que realment és).*

**INF (Infreqüència):** Respostes poc freqüents als ítems; es poden explicar per dificultats de lectura, resposta a l'atzar, confusió, errors d'anotació de les respostes o de correcció... La interpretació de la resta d'escales del PAI s'ha de fer amb precaució. Seria útil preguntar a l'avaluat pel sentit d'algunes de les seves respostes als ítems abans de la interpretació clínica dels resultats.

**IMN (Impressió Negativa):** Baixa distorsió negativa de les escales clíniques i possiblement l'avaluat no hagi mostrat una impressió negativa que la que podria suggerir la seva situació clínica.

**IMP (Impressió Positiva):** La persona ha intentat mostrar-se lliure dels defectes comuns que la majoria de les persones estan disposades a admetre. La validesa de la prova és discutible i es recomana extremar les precaucions a l'hora d'interpretar la resta d'escales.

**SOM (Queixes somàtiques):** Persona amb poques queixes corporals. Aquestes persones són valorades com optimistes, actives i eficaces.

**ANS (Ansietat):** Mostra una notable absència de temor. És possible que això suposi una manca considerable de precaució davant determinades situacions.

**TRA (Trastorns relacionats amb l'ansietat):** Poc malestar en general. Aquestes persones són percebudes normalment com segures de si mateixes, flexibles i serenes sota pressió.

**DEP (Depressió):** Té poques queixes de infelicitat o malestar. Són normalment percebuts com estables, amb autoconfiança, actius i relaxats.

**MAN (Mania):** Poques característiques de mania o hipomania.

**PAR (Paranoia):** Persona oberta i que generalment perdona als demés.

**ESQ (Esquizofrènia):** Persona que diu ser eficaç en les relacions socials i que no té problemes d'atenció o concentració.

**LIM (Trets límits):** Persona emocionalment estable i amb relacions sòlides.

**ANT (Trets antisocials):** Manté relacions càlides i properes amb els demés. També mostra un control raonable sobre els seus impulsos i conductes.

**ALC (Problemes amb l'alcohol):** Baix o moderat consum d'alcohol amb poques o cap conseqüència adversa associada amb la beguda.

**DRG (Problemes amb les drogues):** Afirmar consumir drogues de forma infreqüent, si és que les consumeix.

**AGR (Agressió):** Control raonable sobre l'expressió de la ira i l'hostilitat.

**SUI (Ideació Suïcida):** Té pocs pensaments sobre la mort o el suïcidi.

**FAS (Manca de suport social):** Manté vincles estrets, generalment de suport, per part de la família i amics.

**RTR (Rebuig al tractament):** Satisfacció amb un mateix i la consideració de que no necessita realitzar grans canvis en el seu comportament. Reflexa probablement una escassa motivació per començar un tractament, o en el cas de d'iniciar-lo, un alt risc de que finalitzi de forma prematura (abandonament).

**DOM (Dominància):** Persona que tendeix a ser bastant modesta i retreta, cohibida en les relacions socials i amb carència d'habilitats per imposar-se quan és necessari; així mateix, és probable que se senti incòmoda quan és el centre d'atenció.

**AFA (Afabilitat):** S'adapta amb èxit a distintes situacions interpersonals i és capaç de tolerar relacions estretes però també mantenir certa distància en les relacions si és necessari.

## Termòmetre inicial

7 = És molt important canviar

## Escala MCD Victoria

### Puntuació:

**Puntuació global** = 79 (Rang mínim 20 màxim 100; punt de tall per considerar que hi ha disposició pel canvi 72).

**Subescala d'Actituds i motivació** = 15 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Reaccions Emocionals** = 27 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Creences delictives** = 8 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

**Subescala d'Eficàcia** = 16 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

### **Interpretació:**

Atenent a la puntuació global del subjecte es desprèn que es tracta d'un subjecte en el moment de la avaluació amb certa disposició pel canvi.

Segons la puntuació a la subescala d'actituds i motivació l'individu confia en que és capaç de desenvolupar un tractament, el valora com positiu, i indica que vol canviar.

Per la puntuació obtinguda a la subescala de reaccions emocionals, tot i que el subjecte no mostra la seva opinió davant si sent culpabilitat pel delicte que va cometre, mostra reaccions emocionals de vergonya sobre el delicte, així com enfado amb sí mateix per haver-se comportat d'aquesta manera. A més, no li agrada el fet de ser vist com un delinqüent ni formar part del sistema de justícia.

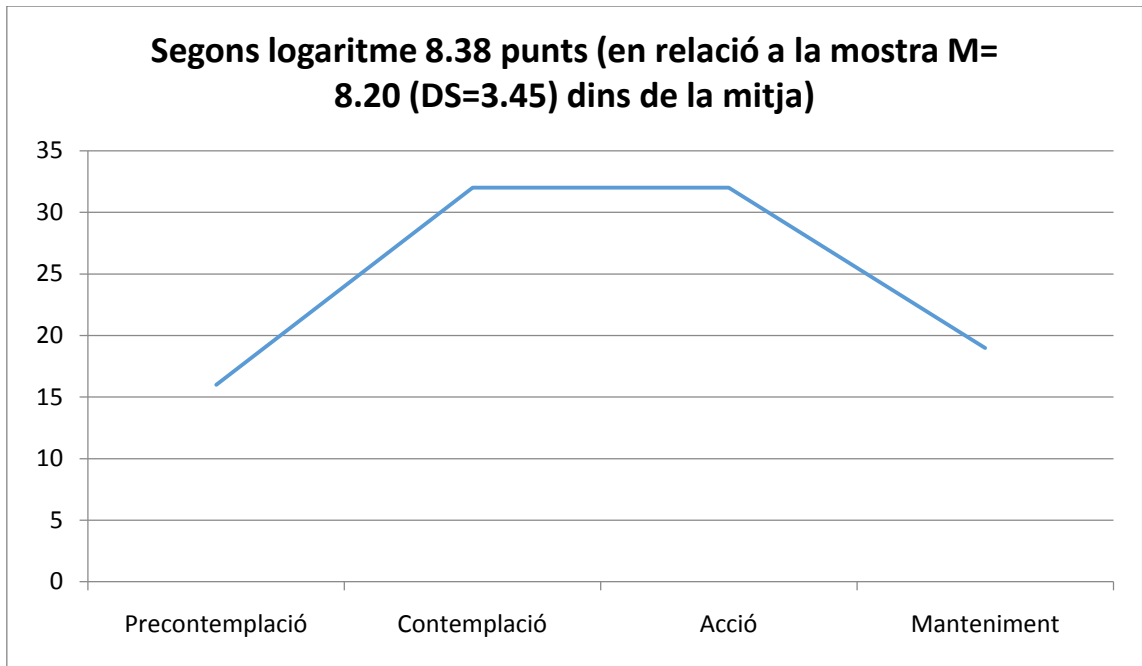
Segons la puntuació a la subescala creences delictives que avalua locus de control i responsabilització del delicte, el subjecte no accepta la seva responsabilitat en el delicte i no es manifesta als ítems compromesos relatius a la culpabilitat dels altres en el delicte. No creu que es mereixi complir la condemna.

Pels resultats a la subescala d'eficàcia el subjecte confia en les altres persones i creu que és una persona organitzada i capaç de seguir ordres. No es manifesta quant a si ha seguit realitzant comportaments agressius.

## **URICA Inicial**

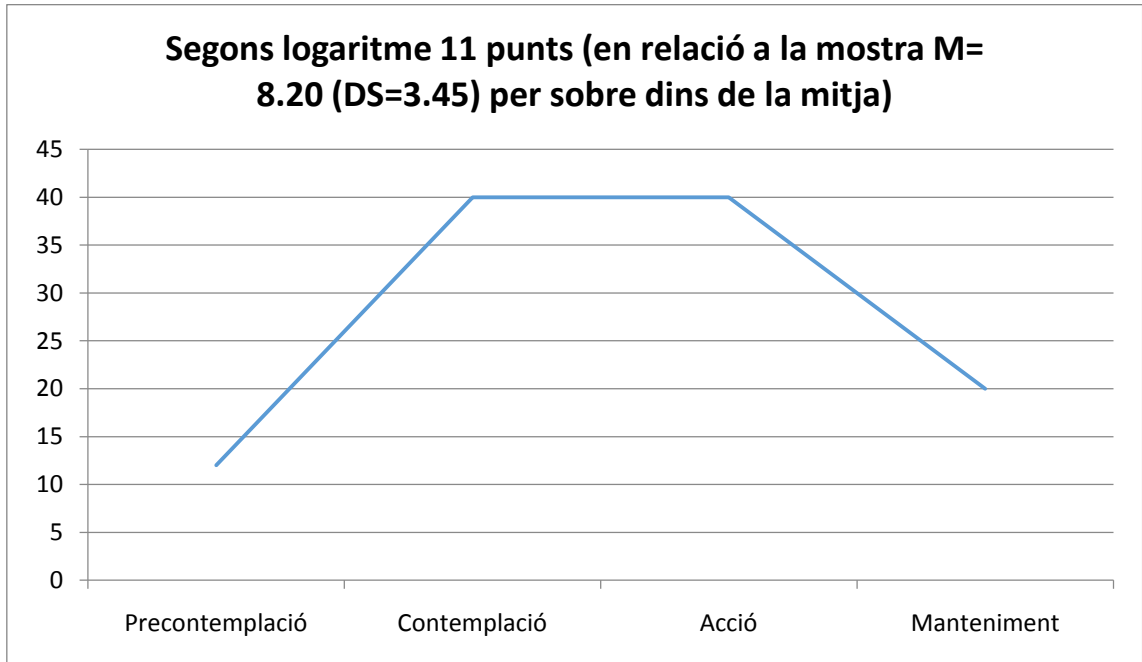
Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ/ ACCIÓ

És un perfil una mica ambigu, segons URICA el situaria més aviat CONTEMPLACIÓ però tenint en compte la escala VICTORIA no hauria de presentar moltes resistències



### URICA post PIM

Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ/ACCIÓ



### URICA post PF

Estadi motivacional → no avaluat

## **Valoració del professional referent:**

La intervenció s'inicia amb una actitud cordial però escèptica per part del penat. La defensa de la seva innocència és característica durant l'aplicació de tot el programa i, en conseqüència, no detecta cap conducta problemàtica ni susceptible de canvi. S'oblida de les visites fins a 2 vegades abans de l'inici del procés i també falla una vegada cada setmana, obligant a que se'l truqui setmanalment per recordar-li que ha d'assistir a les entrevistes.

Durant el programa pren una actitud passiva, quasi superficial, sovint defensa que ell : "no feia res" o "no fa res" i que, per tant, no entén el motiu del conflicte. Si bé en el transcurs de la intervenció relata haver rebut denúncies pel mateix motiu d'una parella anterior, segueix eximint-se de qualsevol tipus de responsabilitat, emparat en la seva actitud d'evitació dels conflictes.

En e darrer dia del programa la sessió pren un gir inesperat quan se li suggereix que en el mapa de ruta es puguin incloure accions que suposin sortir de la seva inhibició de la conducta. El penat se sorprèn en fer-se conscient que l'absència de comportament és en sí mateix un comportament amb conseqüències en les seves relacions personals i que és un tipus de resposta al conflicte, per bé que no el resol.

Aquest moment d'introspecció que es produeix en la darrera sessió desencadena una consciència de problema per part del penat que l'assumeix amb certa perplexitat, però per la que sembla trobar-se en situació de començar a donar resposta. L'elaboració del mapa de ruta es fa, doncs, des d'una major implicació personal i amb una actitud activa, lluny de l'apatia anterior.

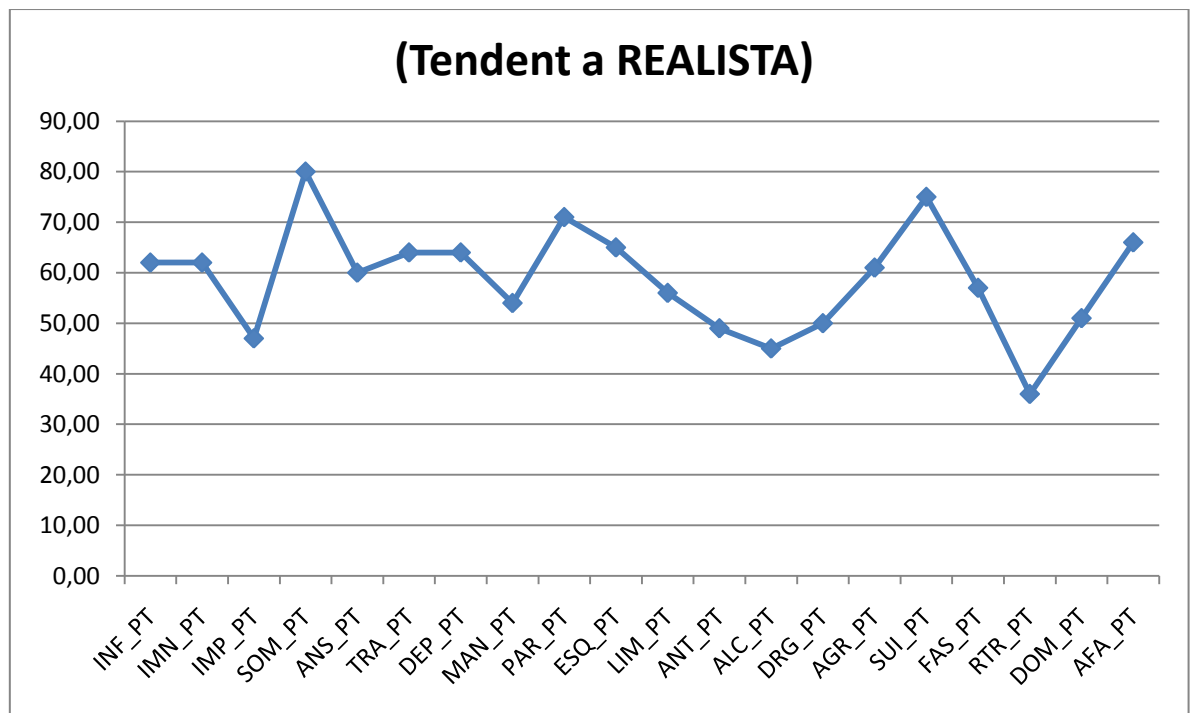
Com a valoració general, s'observa un canvi positiu que fa preveure un aprofitament del programa formatiu.

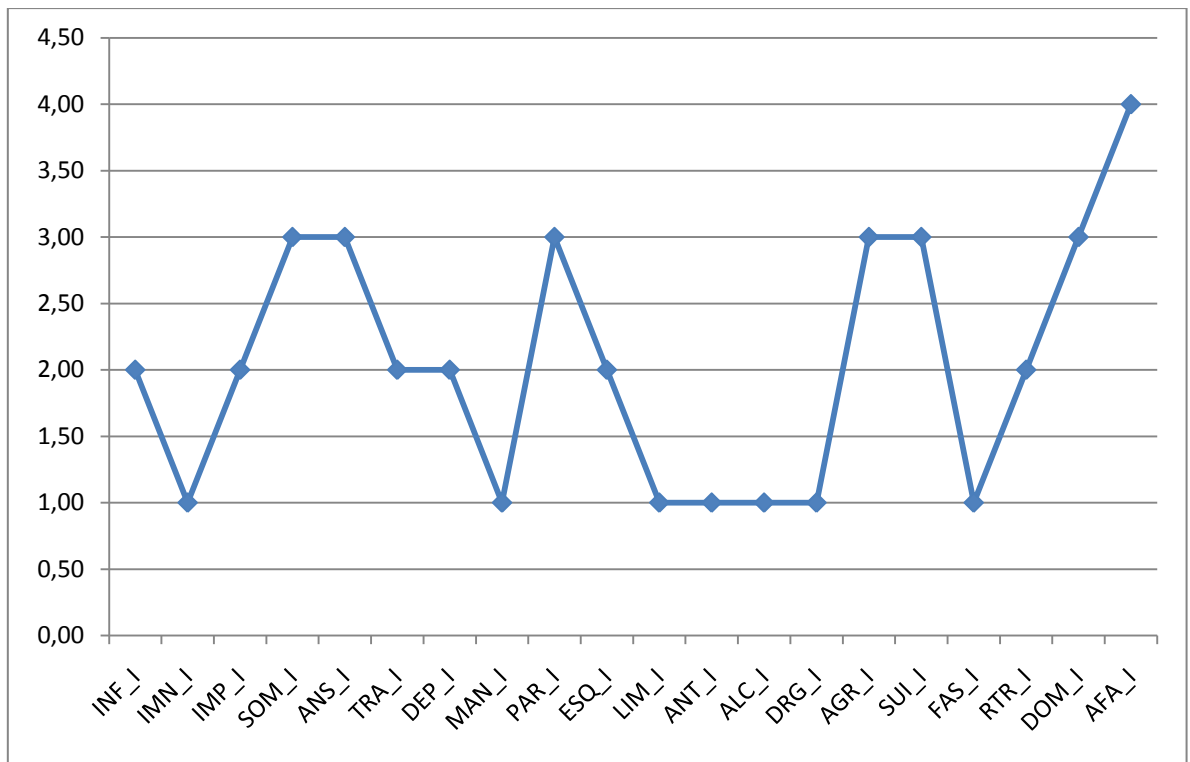
# Informe valoratiu del procés motivacional

Nom/ID del subjecte: PIM 3

Proves administrades i resultats obtinguts:

PAI





## Interpretació

**INF (Infreqüència):** Presència d'algunes respostes poc freqüents als ítems (dificultats de lectura, resposta a l'atzar, confusió...). Interpretar la resta d'escala amb precaucions

**IMN (Impressió Negativa):** Baixa distorsió negativa de les escales clíniques i possiblement l'avaluat no hagi mostrat una impressió negativa que la que podria suggerir la seva situació clínica.

**IMP (Impressió Positiva):** El subjecte no pretén presentar una impressió favorable irreal al completar el test.

**SOM (Queixes somàtiques):** Presenta preocupacions significatives sobre la salut i el cos i un probable deteriorament com a conseqüència dels símptomes somàtics. Sent que té mala salut i percep els seus problemes de salut complexos i de difícil tractament. Les seves relacions socials i temes de conversa probablement versin sobre els seus problemes de salut i la seva autoimatge pot estar influïda en gran mesura per la creença de que està incapacitat per la seva mala salut. Pot ser que els altres el considerin infeliç, llastimós i pessimista i és possible que utilitzi les queixes somàtiques per controlar als altres d'una forma passiva-agressiva.

**ANS (Ansietat):** Pot estar experimentant cert nivell d'estrès i pot mostrar-se preocupat, sensible i emotiu.

**TRA (Trastorns relacionats amb l'ansietat):** Existència d'algunes poros específiques o preocupacions. Té poca confiança en sí mateix.

**DEP (Depressió):** Sensible, pessimista, amb certa predisposició a dubtar de sí mateix i que és infeliç al menys una part del temps.

**MAN (Mania):** Presenta poques característiques de mania o hipomania.

**PAR (Paranoia):** Manifestament suspicax i hostil, tendeix a ser desconfiat en les seves relacions més properes i a tenir pocs amics íntims.

**ESQ (Esquizofrènia):** Persona retreta, distant i poc convencional.

**LIM (Trets límits):** Emocionalment estable i amb relacions sòlides.

**ANT (Trets antisocials):** Manté relacions càlides i properes amb els demés. També mostra un control raonable sobre els seus impulsos i conductes.

**ALC (Problemes amb l'alcohol):** Baix o moderat consum d'alcohol amb poques o cap conseqüència adversa associada amb la beguda.

**DRG (Problemes amb les drogues):** Afirmar consumir drogues de forma infreqüent, si és que les consumeix.

**AGR (Agressió):** Es mostra impacient, irritable i amb molt geni.

**SUI (Ideació Suïcida):** Ideació suïcida significativa. Ansiós i depressiu i sent que les persones que li rodegen no li donen suport. Pot ser una "crida d'auxili" i és important que sigui escoltat. Es recomana una avaluació acurada de les intencions del subjecte, les seves circumstàncies vitals i els sistemes de suport disponibles.

**FAS (Manca de suport social):** Manté vincles estrets, generalment de suport, per part de la família i amics.

**RTR (Rebuig al tractament):** Reconeix la necessitat d'efectuar alguns canvis, té una actitud positiva vers la possibilitat de canvi personal i accepta la importància de la pròpia responsabilitat..

**DOM (Dominància):** Probablement s'adapti amb èxit a les diverses situacions interpersonals, amb capacitat per assumir i cedir el control de les relacions segons sigui necessari.

**AFA (Afabilitat):** Càlid, cordial i empàtic. Valora especialment les relacions harmonioses i obté d'elles una gran satisfacció. Per això, poden sentir-se incòmodes en confrontacions o conflictes i tendeixen a evitar-los. Probablement perdonen fàcilment als demés i no tenen dificultats per donar una segona oportunitat.

## Termòmetre inicial

No avaluat

## Escala MCD Victoria

### Puntuació:

Puntuació global = 70 (Rang mínim 20 màxim 100; punt de tall per considerar que hi ha disposició pel canvi 72).

Subescala d'Actituds i motivació = 10 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

Subescala de Reaccions Emocionals = 22 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)



Subescala de Creences delictives = 16 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

Subescala d' Eficàcia = 12 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

### **Interpretació:**

La puntuació global del subjecte és de 70, de manera que es troba a dos punts del punt de tall de 72 establert pels autors de l'escala, com a indicatiu de disposició pel canvi. No obstant tenint en compte juntament amb l'escala Urica es pot considerar que es troba certament motivat.

Segons la subescala d'actituds i motivació, amb una puntuació de 10 també es troba una mica per sota de la meitat del rang (aquí no hi ha punts de tall establerts). Sembla que l'individu confia en que es capaç de desenvolupar un tractament i el veu amb bons ulls, però no indica clarament que vulgui canviar.

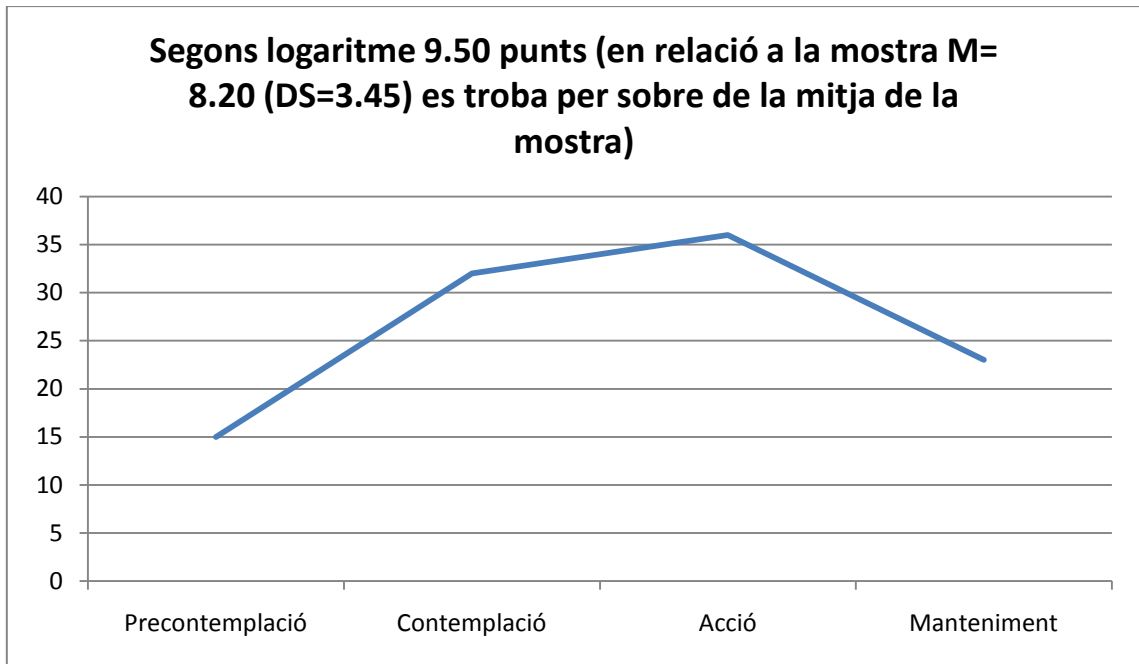
En la subescala de reaccions emocionals, l'individu obté una puntuació de 22, es pot considerar una puntuació bastant elevada. No obstant, l'anàlisi individualitzat del ítems mostra que té uns sentiments ambivalents: el subjecte mostra reaccions emocionals com vergonya sobre el delicte que va cometre i es penedeix del seu delicte, però no mostra cabreig amb sí mateix per haver-se comportat d'aquesta manera.

A l'escala creences delictives s'obté una puntuació molt elevada (16 punts), aquests ítems avaluen locus de control i responsabilització del delicte. Segons la seva puntuació el subjecte accepta la seva responsabilitat en el delicte malgrat és conscient de que és una problemàtica personal i culpa seva. Però no creu que es mereixi complir la condemna.

A la subescala d'eficàcia el subjecte obté una puntuació de 12 (per sobre de la meitat del rang). Aquesta subescala indica que l'individu no confia en les altres persones, però que es creu una persona organitzada i capaç de seguir ordres. Reconeix que continua comportant-se de la mateixa manera i agredint.

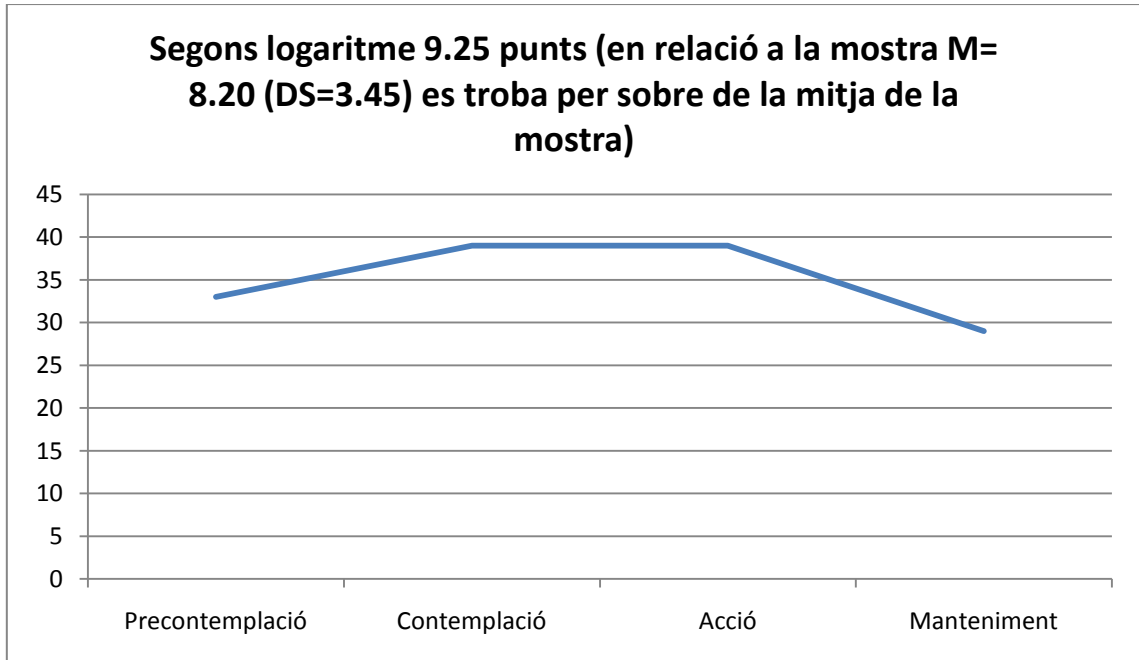
### **URICA inicial**

Estadi motivacional → ACCIÓ



## URICA post PIM

Estadi motivacional → ACCIÓ

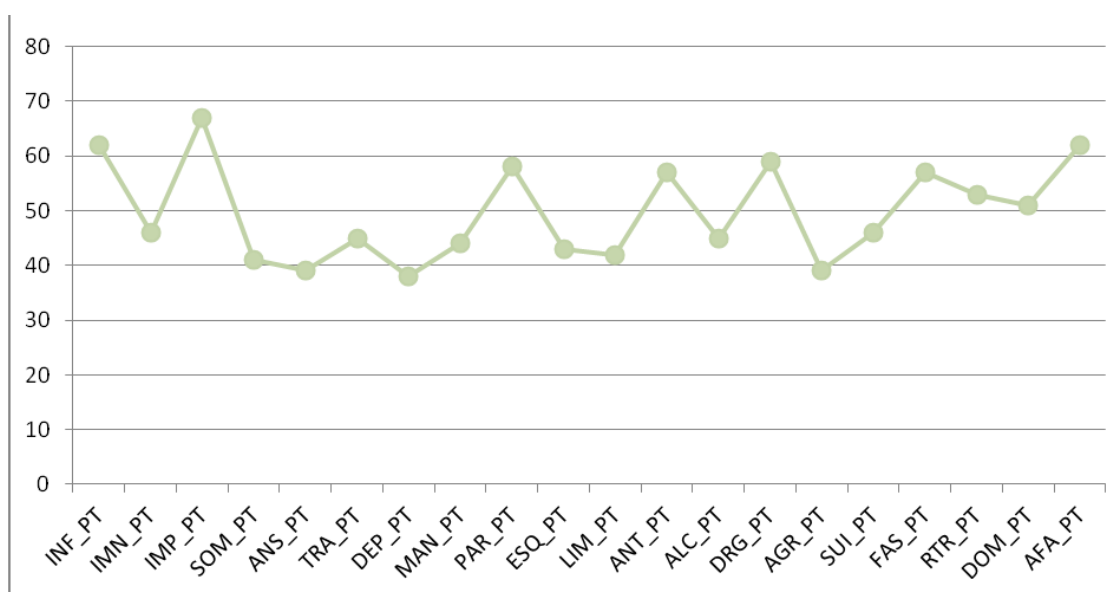


# Informe valoratiu del procés motivacional

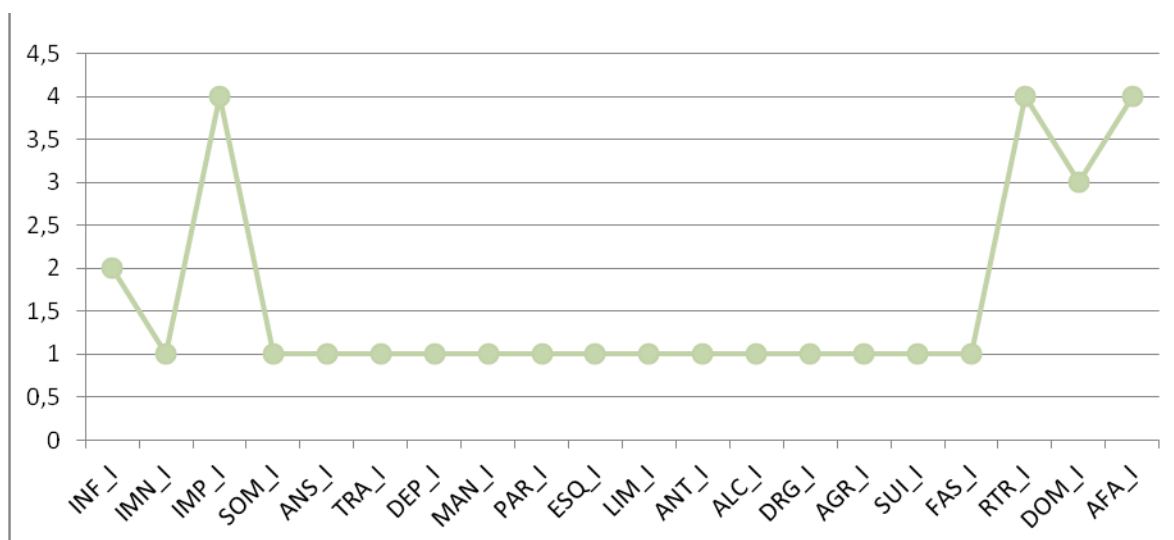
Nom/ID del subjecte: PIM 4

Proves administrades i resultats obtinguts:

PAI



**Puntuacions altes a Impressió Positiva i a Rebuig al Tractament. La majoria de puntuacions estan situades per sota de la mitja.**



## Interpretació

**NOTA:** *Tenir en compte que es tracta d'un subjecte amb perfil NEGADOR (vol donar una bona imatge i la resta d'escales poden mostrar puntuacions amb un perfil més positiu del que realment és).*

**INF (Infreqüència):** Respostes poc freqüents als ítems; es poden explicar per dificultats de lectura, resposta a l'atzar, confusió, errors d'anotació de les respostes o de correcció... La interpretació de la resta d'escales del PAI s'ha de fer amb precaució. Seria útil preguntar a l'avaluat pel sentit d'algunes de les seves respostes als ítems abans de la interpretació clínica dels resultats.

**IMN (Impressió Negativa):** Baixa distorsió negativa de les escales clíniques i possiblement l'avaluat no hagi mostrat una impressió negativa que la que podria suggerir la seva situació clínica.

**IMP (Impressió Positiva):** La persona ha intentat mostrar-se lliure dels defectes comuns que la majoria de les persones estan disposades a admetre. La validesa de la prova és discutible i es recomana extremar les precaucions a l'hora d'interpretar la resta d'escales.

**SOM (Queixes somàtiques):** Persona amb poques queixes corporals. Aquestes persones són valorades com optimistes, actives i eficaces.

**ANS (Ansietat):** Mostra una notable absència de temor. És possible que això suposi una manca considerable de precaució davant determinades situacions.

**TRA (Trastorns relacionats amb l'ansietat):** Poc malestar en general. Aquestes persones són percebudes normalment com segures de si mateixes, flexibles i serenes sota pressió.

**DEP (Depressió):** Té poques queixes de infelicitat o malestar. Són normalment percebuts com estables, amb autoconfiança, actius i relaxats.

**MAN (Mania):** Poques característiques de mania o hipomania.

**PAR (Paranoia):** Persona oberta i que generalment perdona als demés.

**ESQ (Esquizofrènia):** Persona que diu ser eficaç en les relacions socials i que no té problemes d'atenció o concentració.

**LIM (Trets límits):** Persona emocionalment estable i amb relacions sòlides.

**ANT (Trets antisocials):** Manté relacions càlides i properes amb els demés. També mostra un control raonable sobre els seus impulsos i conductes.

**ALC (Problemes amb l'alcohol):** Baix o moderat consum d'alcohol amb poques o cap conseqüència adversa associada amb la beguda.

**DRG (Problemes amb les drogues):** Afirmar consumir drogues de forma infreqüent, si és que les consumeix.

**AGR (Agressió):** Persona molt tímida i poc assertiva que té dificultat per reafirmar-se tot i en els casos en els que hauria de fer-ho.

**SUI (Ideació Suïcida):** Té pocs pensaments sobre la mort o el suïcidi.

**FAS (Manca de suport social):** Manté vincles estrets, generalment de suport, per part de la família i amics.

**RTR (Rebuig al tractament):** Satisfacció amb un mateix i la consideració de que no necessita realitzar grans canvis en el seu comportament. Reflexa probablement una escassa motivació per començar un tractament, o en el cas de d'iniciar-lo, un alt risc de que finalitzi de forma prematura (abandonament).

**DOM (Dominància):** Probablement s'adapti amb èxit a diverses situacions interpersonals, amb capacitat d'assumir i cedir el control de les relacions segons sigui necessari.

**AFA (Afabilitat):** Es descriuen com persones càlides, cordials i empàtiques. Valoren especialment les relacions harmonioses i obtenen d'aquestes una gran satisfacció. Per aquesta raó, poden sentir-se incòmodes en confrontacions o conflictes i tendeixen a evitar-los. Probablement perdonin fàcilment als demés i no tenen dificultats per donar una segona oportunitat.

## Termòmetre inicial

10 = és molt important canviar

## Escala MCD Victoria

### Puntuació:

**Puntuació global** = 70 (Rang mínim 20 màxim 100; punt de tall per considerar que hi ha disposició pel canvi 72).

**Subescala d'Actituds i motivació** = 15 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Reaccions Emocionals** = 15 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Creences delictives** = 10 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

**Subescala d'Eficàcia** = 17 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

### Interpretació:

Atenent a la puntuació global del subjecte es desprèn que es tracta d'un subjecte en el moment de la avaluació amb mala disposició pel canvi.

Segons la puntuació a la subescala d'actituds i motivació l'individu confia en que és capaç de desenvolupar un tractament, el valora com positiu, i indica que vol canviar.

Per la puntuació obtinguda a la subescala de reaccions emocionals, no mostra cap reacció de penediment o vergonya sobre el delicte que va cometre ni enfado amb sí mateix per haver-se comportat d'aquesta manera. Només mostra enfado perquè no li agrada el fet de ser vist com un delinqüent ni formar part del sistema de justícia. No hi ha cap reconeixement del delicte.

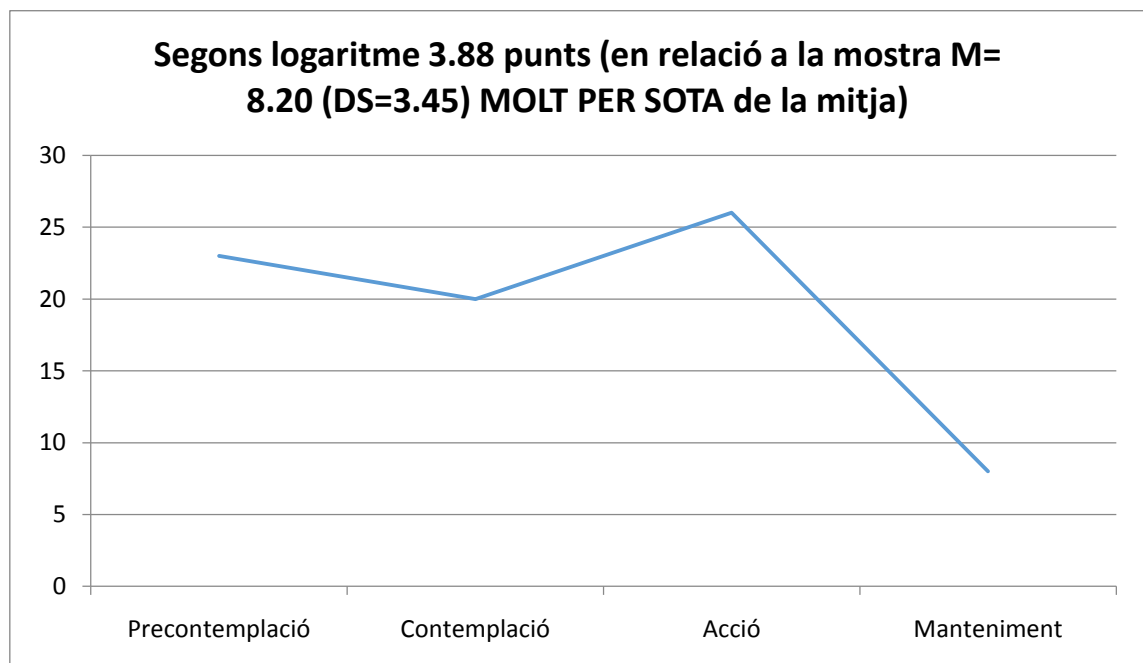
Segons la puntuació a la subescala creences delictives que avalua locus de control i responsabilització del delicte, el subjecte accepta la seva responsabilitat en el delicte (malgrat que anteriorment no mostrés penediment) però senyala la culpa d'altres també. No creu que es mereixi complir la condemna.

Pels resultats a la subescala d'eficàcia l'individu confia en les altres persones, i es creu una persona amb capacitat per organitzar-se i seguir ordres. Diu no haver tornat a agredir.

## URICA inicial

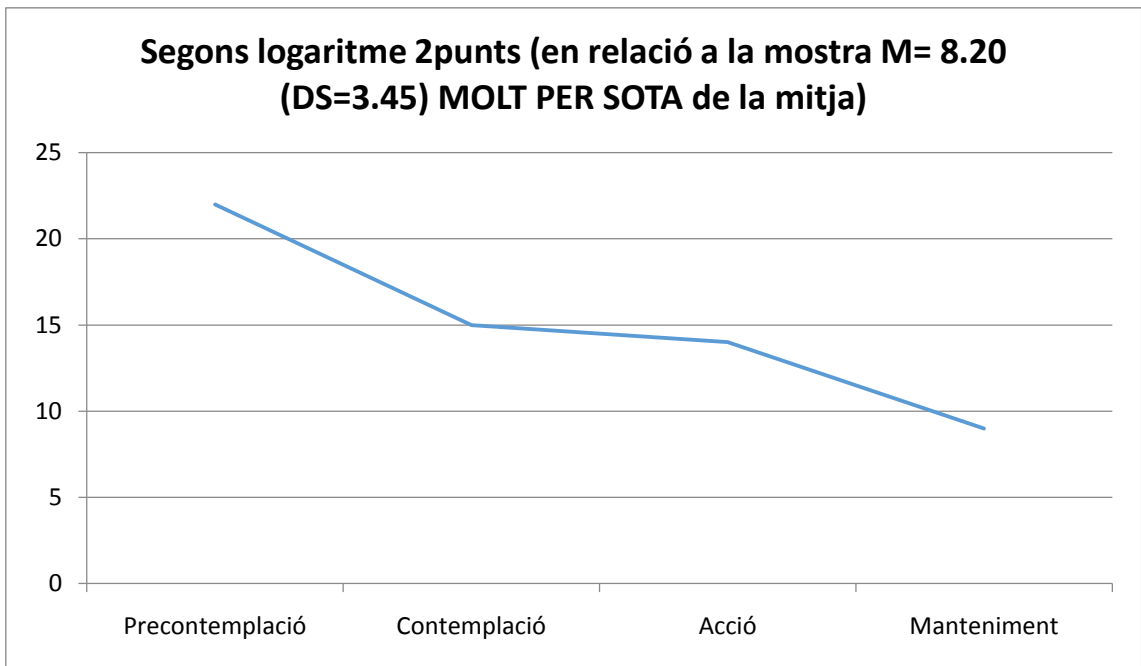
Estadi motivacional → PRECONTEMPLACIÓ/ACCIÓ

S'obté un perfil estrany. Hi ha dubtes envers la comprensió dels ítems o sospita d'una possible intenció de manipulació dels resultats de la prova.



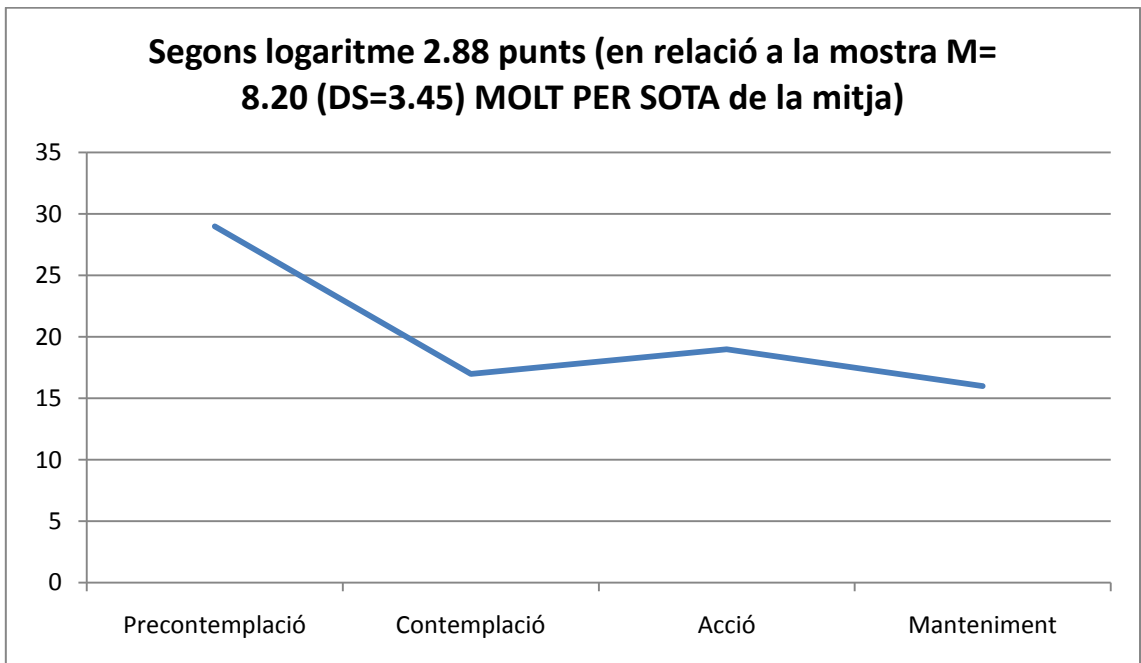
## URICA post PIM

Estadi motivacional → PRECONTEMPLACIÓ/ACCIÓ



### URICA post PF

Estadi motivacional → PRECONTEMPLACIÓ



### Valoració del professional referent:

La intervenció s'inicia amb una actitud disposada i expectant per part del penat. Es tracta d'una persona que es troba en règim de 3r grau penitenciari i en procés de deshabitució de consum d'alcohol i drogues, procés que es troba en un estadi avançat, amb una abstinència consolidada durant més d'un any.

El penat reconeix la presència de nombrosos comportaments problemàtics en el passat, tot i que els relaciona de forma directa amb el seu consum, fet que dificulta la identificació d'altres qüestions com a problema. És capaç de relatar i reconèixer la conducta delictiva i, fins i tot, en el transcurs de la intervenció pren consciència sobre l'establiment d'una dinàmica relacional conflictiva en la seva relació de parella passada i la contraposa amb la seva relació actual, molt més estable i amb menys tendència a la dependència emocional.

Tot i així, l'excessiva atribució de totes les qüestions problemàtiques del passat al consum limita la disposició al canvi de comportament en termes generals, ja que no es responsabilitza de la pròpia conducta, si bé en les darreres sessions s'observa una major voluntat per emprendre accions pròpies de canvi de les qüestions que poden resultar un conflicte en el futur, així com un major interès en l'adquisició d'eines que permetin consolidar l'estabilitat emocional derivada de l'actitud actual.

La valoració fa preveure una bona predisposició a l'aprofitament del programa formatiu i a l'adquisició de recursos personals, tot i que genera certs interrogants respecte la capacitat real de canvi en el cas que es produeixi alguna situació límit en la seva vida.

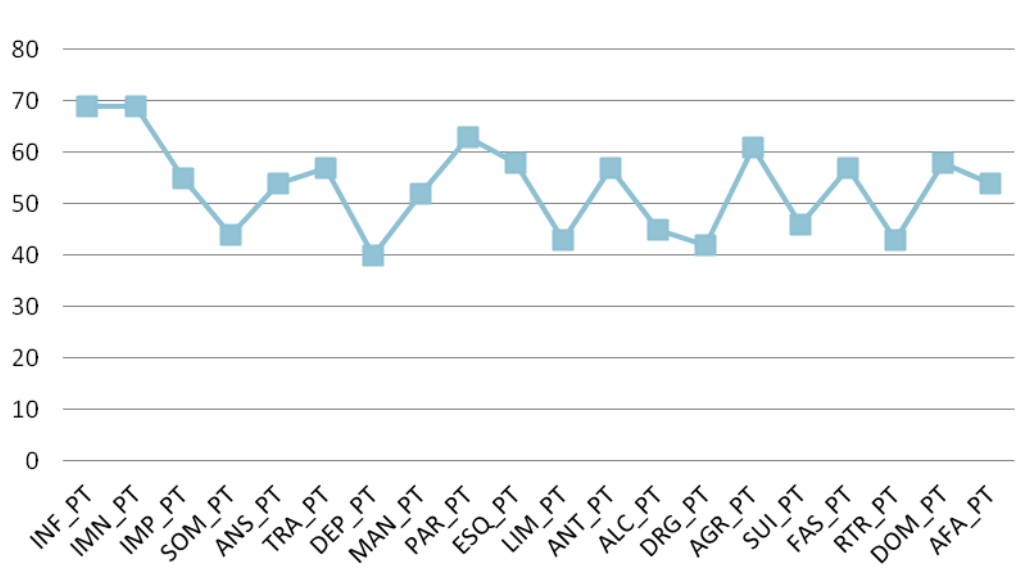


# Informe valoratiu del procés motivacional

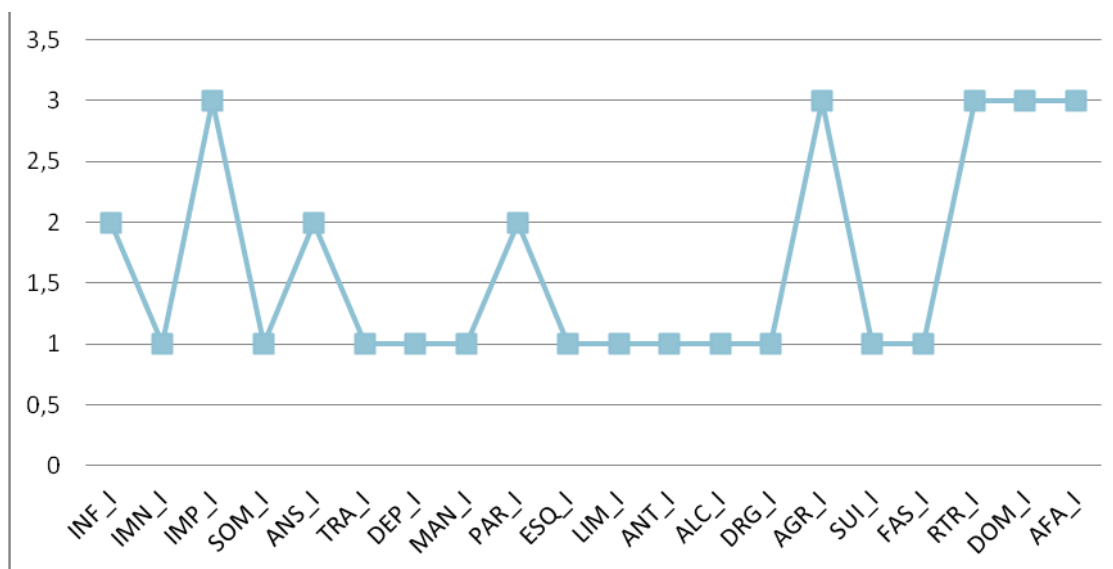
Nom/ID del subjecte: PIM 5

Proves administrades i resultats obtinguts:

## PAI



Puntuacions altes a Impressió Positiva i a Rebuig al Tractament. La majoria de puntuacions estan situades per sota de la mitja.





## Interpretació

**NOTA:** *Tenir en compte que es tracta d'un subjecte amb perfil NEGADOR (vol donar una bona imatge i la resta d'escales poden mostrar puntuacions amb un perfil més positiu del que realment és).*

**INF (Infreqüència):** Respostes poc freqüents als ítems; es poden explicar per dificultats de lectura, resposta a l'atzar, confusió, errors d' anotació de les respostes o de correcció... La interpretació de la resta d'escales del PAI s'ha de fer amb precaució. Seria útil preguntar a l'avaluat pel sentit d'algunes de les seves respostes als ítems abans de la interpretació clínica dels resultats.

**IMN (Impressió Negativa):** Baixa distorsió negativa de les escales clíniques i possiblement l'avaluat no hagi mostrat una impressió negativa que la que podria suggerir la seva situació clínica.

**IMP (Impressió Positiva):** Certa presència de defensivitat a partir de puntuacions T 60, que poden cridar l'atenció del professional sobre la possible negació de defectes comuns i el seu impacte sobre les puntuacions del perfil PAI.

**SOM (Queixes somàtiques):** Persona amb poques queixes corporals. Aquestes persones són valorades com optimistes, actives i eficaces.

**ANS (Ansietat):** Presenta poques queixes d'ansietat o tensió. Són persones que es descriuen a si mateixes com tranquil·les, optimistes i eficaces per afrontar l'estrés.

**TRA (Trastorns relacionats amb l'ansietat):** Poc malestar en general. Aquestes persones són percebudes normalment com segures de si mateixes, flexibles i serenes sota pressió.

**DEP (Depressió):** Té poques queixes de infelicitat o malestar. Són normalment percebuts com estables, amb autoconfiança, actius i relaxats.

**MAN (Mania):** Poques característiques de mania o hipomania.

**PAR (Paranoia):** Es mostra susceptible, intransigent i escèptic.

**ESQ (Esquizofrènia):** Persona que diu ser eficaç en les relacions socials i que no té problemes d'atenció o concentració.

**LIM (Trets límits):** Persona emocionalment estable i amb relacions sòlides.

**ANT (Trets antisocials):** Manté relacions càlides i properes amb els demés. També mostra un control raonable sobre els seus impulsos i conductes.

**ALC (Problemes amb l'alcohol):** Baix o moderat consum d'alcohol amb poques o cap conseqüència adversa associada amb la beguda.

**DRG (Problemes amb les drogues):** Afirma consumir drogues de forma infreqüent, si és que les consumeix.

**AGR (Agressió):** Es mostra impacient, irritable i amb molt geni.

**SUI (Ideació Suïcida):** Té pocs pensaments sobre la mort o el suïcidi.

**FAS (Manca de suport social):** Manté vincles estrets, generalment de suport, per part de la família i amics.

**RTR (Rebuig al tractament):** Reconeix la necessitat d'efectuar alguns canvis, té una actitud positiva cap a la possibilitat de canvi personal i accepta la importància de la pròpia responsabilitat.

**DOM (Dominància):** Persona que tendeix a ser bastant modesta i retreta, cohibida en les relacions socials i amb carència d'habilitats per imposar-se quan és necessari; així mateix, és probable que se senti incòmoda quan és el centre d'atenció.

**AFA (Afabilitat):** S'adapta amb èxit a distintes situacions interpersonals i és capaç de tolerar relacions estretes però també mantenir certa distància en les relacions si és necessari.

## Termòmetre inicial

10 = És molt important canviar

## Escala MCD Victoria

### Puntuació:

**Puntuació global** = 80 (Rang mínim 20 màxim 100; punt de tall per considerar que hi ha disposició pel canvi 72).

**Subescala d'Actituds i motivació** = 15 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Reaccions Emocionals** = 28 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Creences delictives** = 14 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

**Subescala d'Eficàcia** = 10 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

### Interpretació:

Atenent a la puntuació global del subjecte es desprèn que es tracta d'un subjecte en el moment de la avaluació disposat al canvi.

Segons la puntuació a la subescala d'actituds i motivació l'individu confia en que és capaç de desenvolupar un tractament, el valora com positiu i indica clarament que vol canviar.

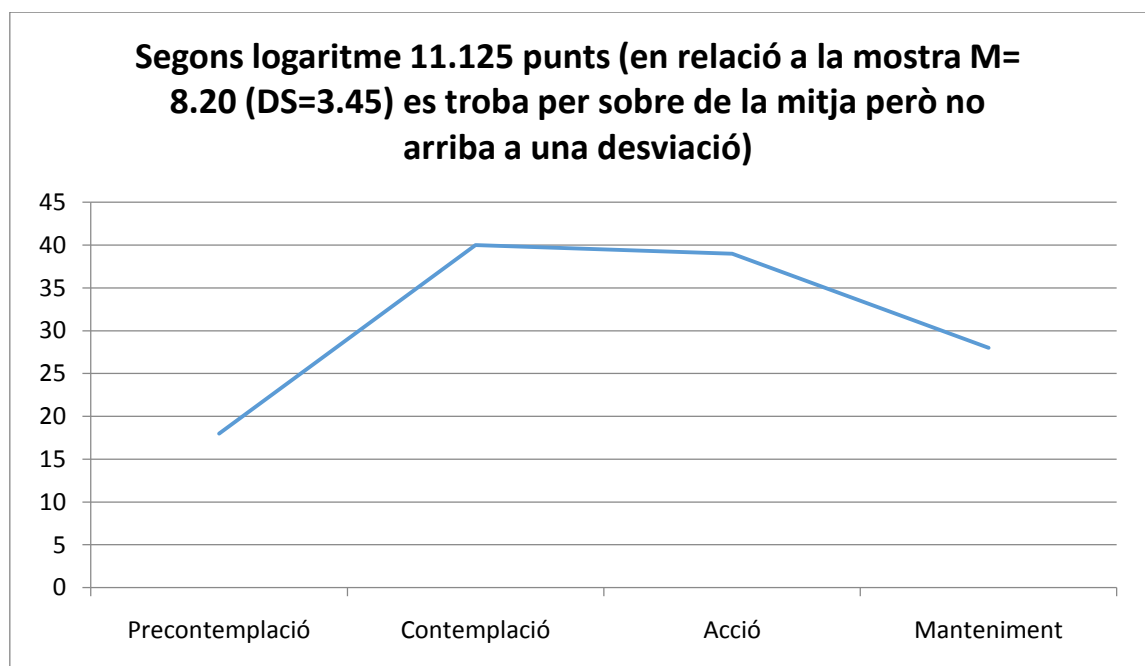
Per la puntuació obtinguda a la subescala de reaccions emocionals, mostra uns sentiments coherents per la disposició al canvi: el subjecte mostra reaccions emocionals com vergonya sobre el delicte que va cometre i es penedeix del seu delicte, mostra enfado amb sí mateix per haver-se comportat d'aquesta manera i no li agrada el fet de ser vist com un delinqüent.

Segons la puntuació a la subescala creences delictives que avalua locus de control i responsabilització del delicte, el subjecte no accepta la seva responsabilitat en el delicte ni creu que es mereixi complir la condemna.

Pels resultats a la subescala d'eficàcia el subjecte no confia en les altres persones, i es defineix com una persona amb dificultats per organitzar-se i seguir ordres, afirmant no haver tornat a agredir.

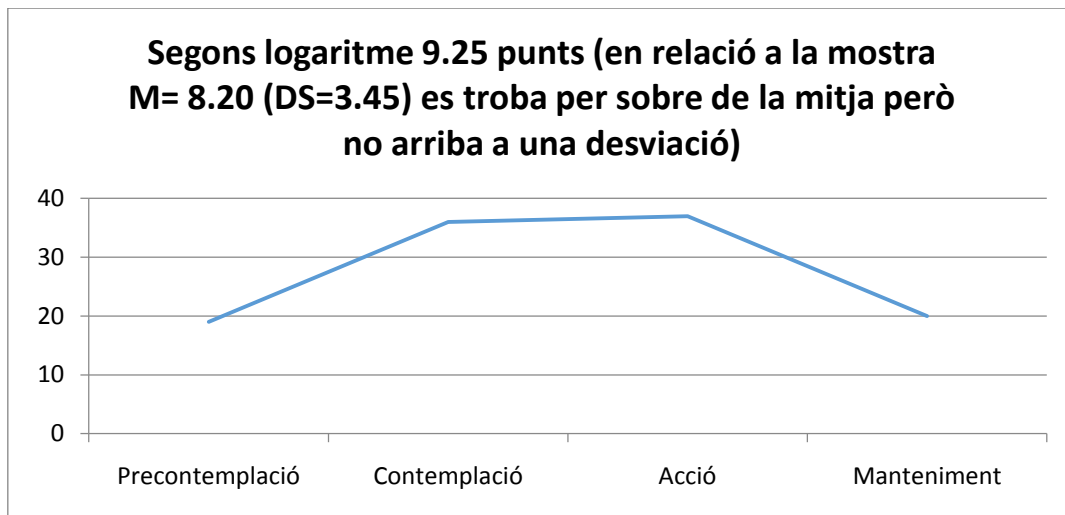
## URICA Inicial

Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ



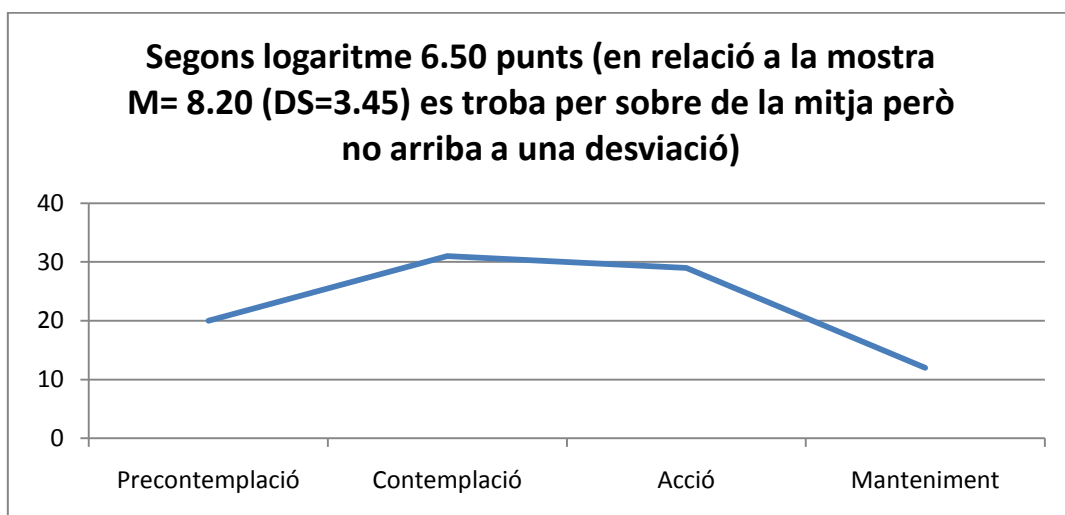
## URICA post PIM

Estadi motivacional → ACCIÓ



## URICA post PF

Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ/ACCIÓ



## Valoració del professional referent:

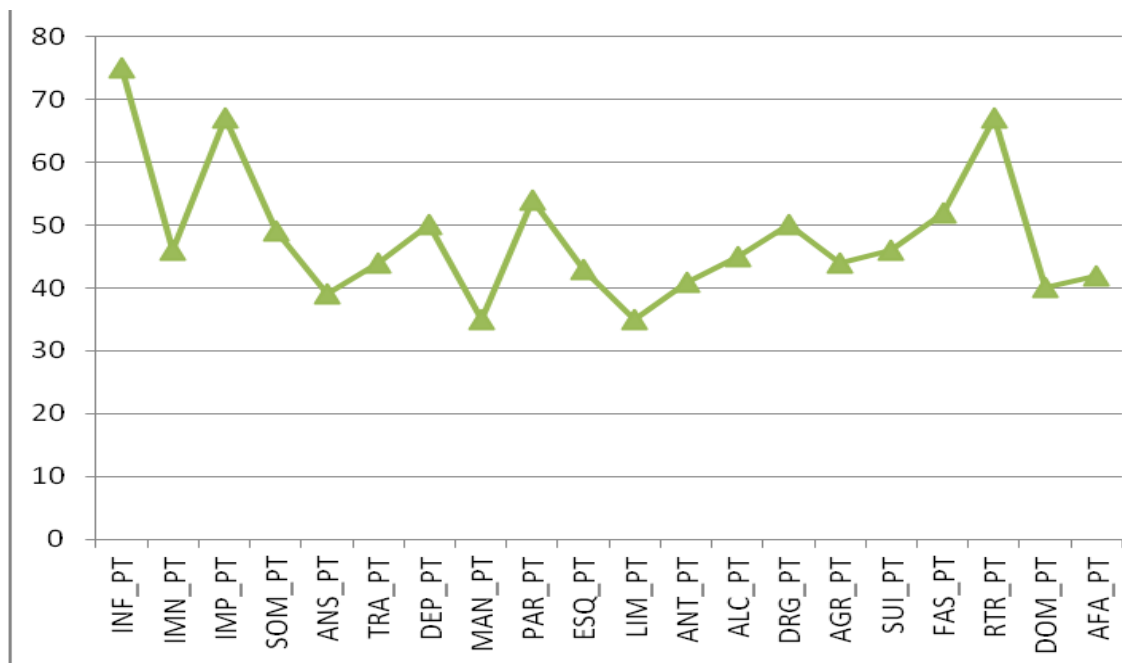
Inicialment reticent i costa q respecti les dates d'entrevista. Poc a poc es va adherint al seguiment i acaba reconeixent dificultats en la gestió de situacions conflictives. Si bé li costa aguantar la hora de sessió i se'l veu més nerviós en els darrers minuts però col.laborador i amb ganes d'expressar-se. La seva valoració de les sessions és q li han servit per pensar i aprendre.

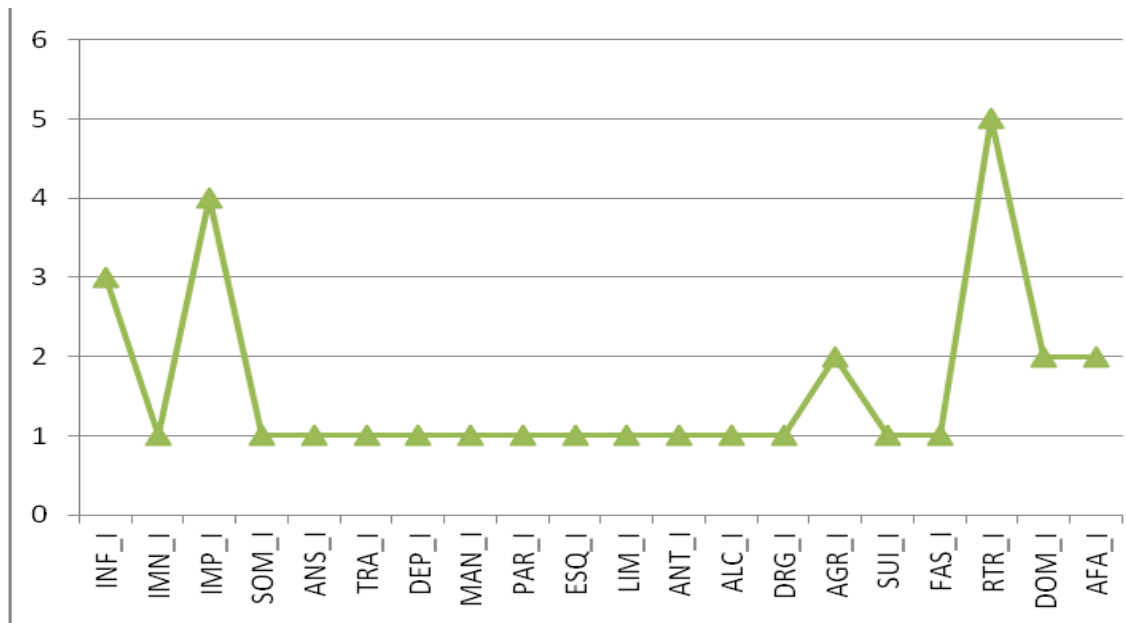
# Informe valoratiu del procés motivacional

Nom/ID del subjecte: PIM 6

Proves administrades i resultats obtinguts:

PAI







## Interpretació

**NOTA: Tenir en compte que es tracta d'un subjecte amb perfil NEGADOR (vol donar una bona imatge i la resta d'escales poden mostrar puntuacions amb un perfil més positiu del que realment és).**

**INF (Infreqüència):** No va prestar l'atenció necessària a l'hora de respondre al contingut dels ítems. Els resultats del test han de considerar-se invàlids i no ha de fer-se la interpretació clínica del perfil.

## Termòmetre inicial

7 = És important canviar

## Escala MCD Victoria

### Puntuació:

**Puntuació global** = 57 (Rang mínim 20 màxim 100; punt de tall per considerar que hi ha disposició pel canvi 72).

**Subescala d'Actituds i motivació** = 11 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Reaccions Emocionals** = 12 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Creences delictives** = 14 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

**Subescala d'Eficàcia** = 13 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

### Interpretació:

Atenent a la puntuació global del subjecte es desprèn que es tracta d'un subjecte en el moment de la avaluació no està disposat a realitzar cap canvi.

Segons la puntuació a la subescala d'actituds i motivació l'individu no està gens motivat pel tractament ni vol canviar res, així com no vol mostrar cap opinió vers el tractament.

Per la puntuació obtinguda a la subescala de reaccions emocionals, no mostra reaccions emocionals com culpabilitat i vergonya sobre el delicte que va cometre, ni enfado amb sí mateix per haver-se comportat d'aquesta manera. Sí que es penedeix del seu delicte (probablement pels problemes pràctics que ha comportat). Aquestes reaccions emocionals no són favorables al canvi.

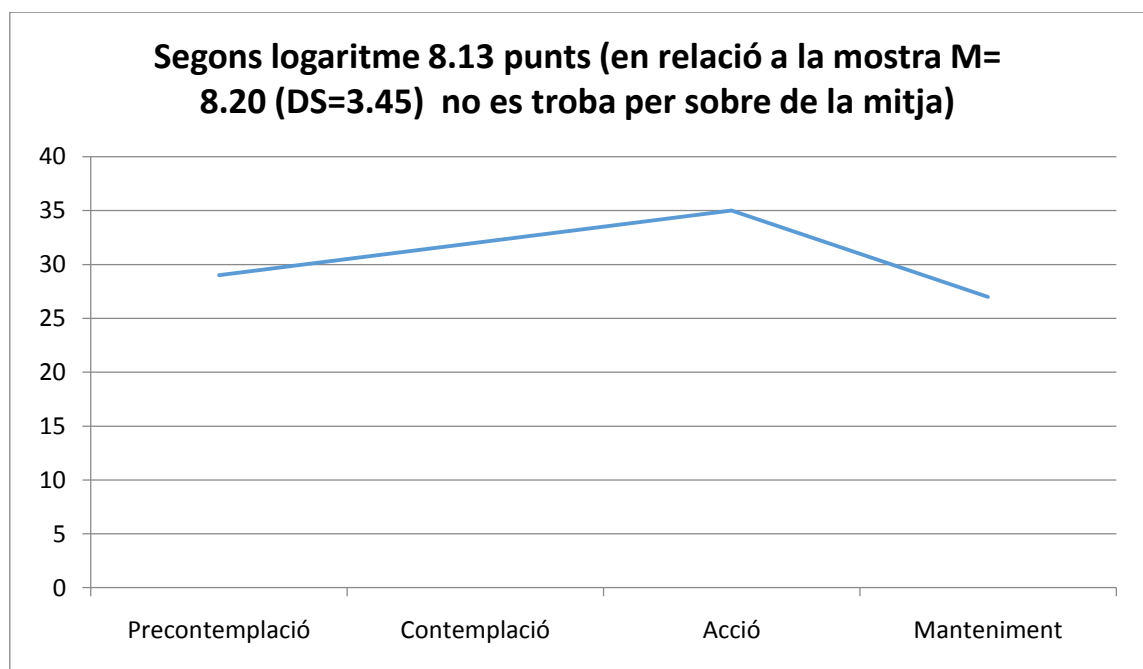
Segons la puntuació a la subescala creences delictives que avalua locus de control i responsabilització del delicte, el subjecte accepta la seva responsabilitat en relació al delicte i manifesta merèixer complir la condemna.

Pels resultats a la subescala d'eficàcia el subjecte confia en la seva capacitat i en els demés i es mostra col·laborador amb les ordres que donin altres. Té capacitat per organitzar-se i certa percepció d'autoeficàcia. Per últim afirma haver agredit de nou fa poc.

## URICA Inicial

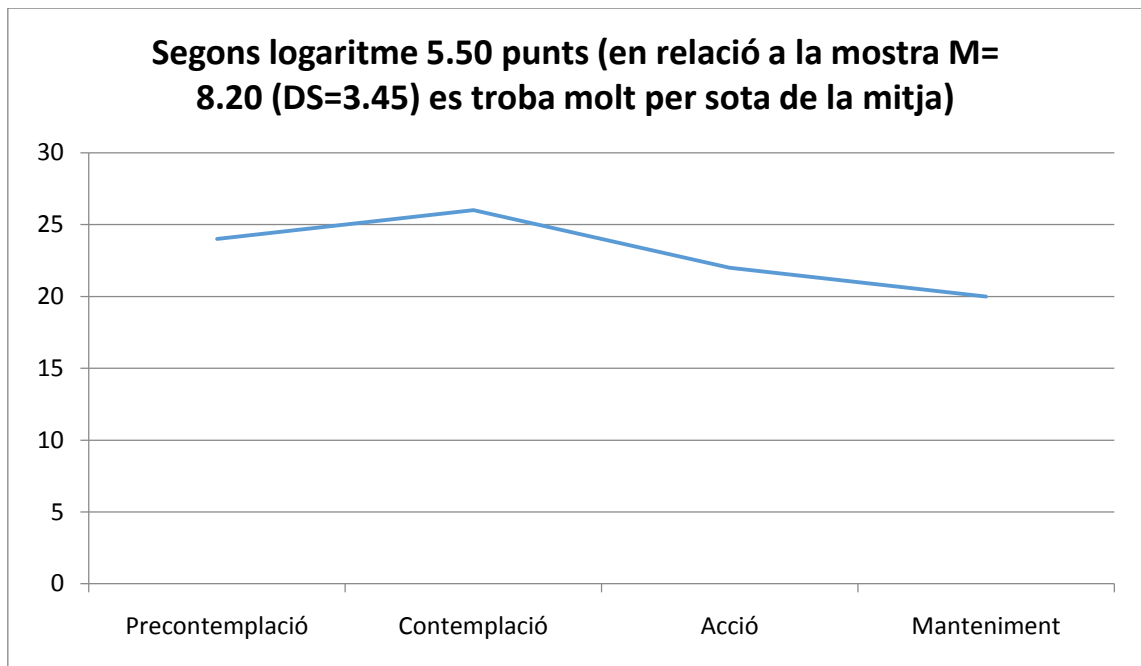
Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ/ACCIÓ

Interpretar amb cautela perquè la puntuació del logaritme diu que no es troba ni per sobre de la mitja. Probablement es troba entre l'estadi contemplació i d'acció. Es a dir, és conscient de tenir un problema i haurà fet o creu que ha fet algunes conductes encaminades al canvi. Perfil resultant contradictori amb els resultats d'altres proves administrades, amb sospita de manipulació de la prova i sent un estadi de precontemplació real.



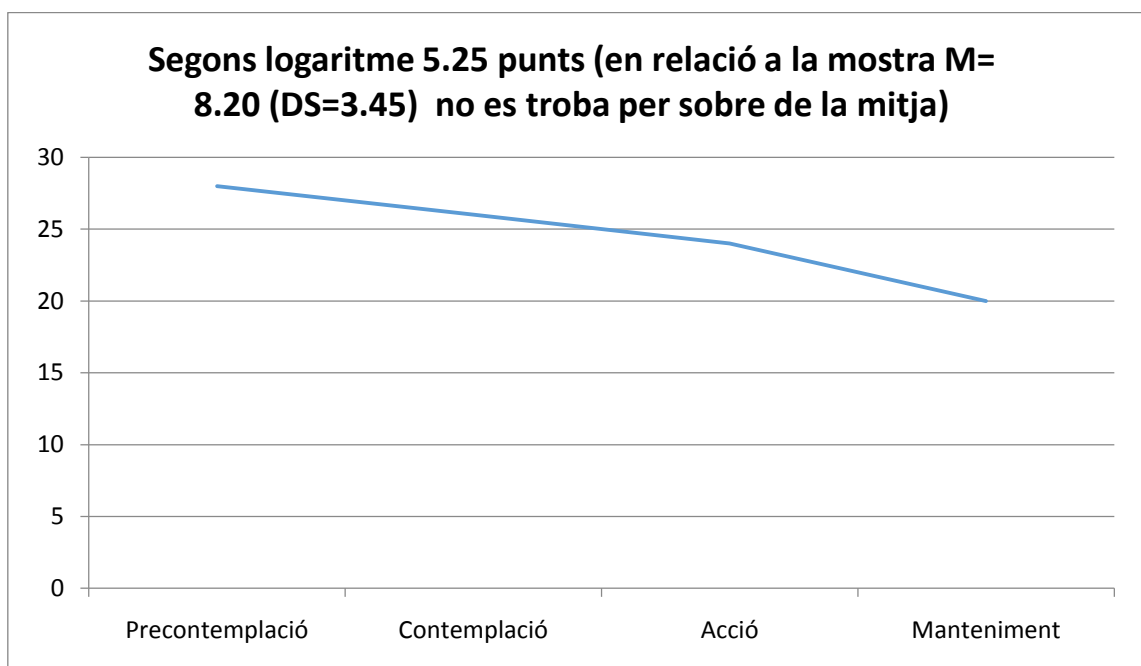
## URICA segona aplicació

Estadi motivacional → PRECONTEMPLACIÓ



### URICA post PIM

Estadi motivacional → PRECONTEMPLACIÓ



### URICA post PF

Estadi motivacional → No avaluat

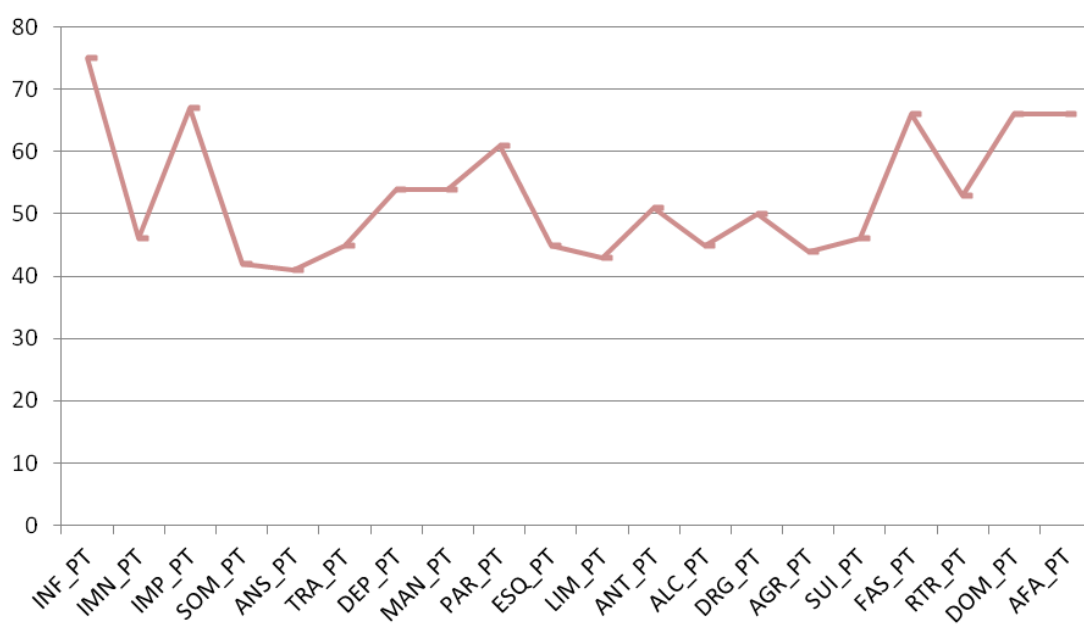
**Valoració del professional referent:**

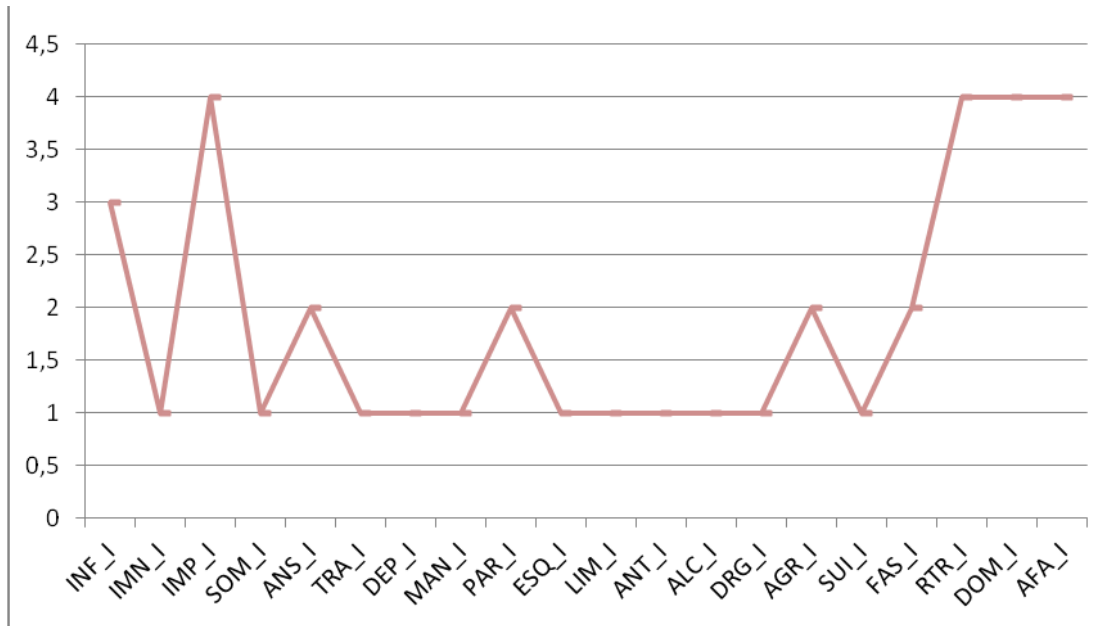
# Informe valoratiu del procés motivacional

Nom/ID del subjecte: PIM 7

Proves administrades i resultats obtinguts:

PAI





## Interpretació

**NOTA: Tenir en compte que es tracta d'un subjecte amb perfil NEGADOR (vol donar una bona imatge i la resta d'escales poden mostrar puntuacions amb un perfil més positiu del que realment és).**

**INF (Infreqüència):** No va prestar l'atenció necessària a l'hora de respondre al contingut dels ítems. Els resultats del test han de considerar-se invàlids i no ha de fer-se la interpretació clínica del perfil.

## Termòmetre inicial

\_\_\_ = \_\_\_\_\_

## Escala MCD Victoria

### Puntuació:

**Puntuació global** = 84 (Rang mínim 20 màxim 100; punt de tall per considerar que hi ha disposició pel canvi 72).

**Subescala d'Actituds i motivació** = 12 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Reaccions Emocionals** = 20 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Creences delictives** = 19 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

**Subescala d'Eficàcia** = 19 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

### Interpretació:

Atenent a la puntuació global del subjecte es desprèn que es tracta d'un subjecte en el moment de la avaluació disposat al canvi.

Segons la subescala d'actituds i motivació, el subjecte mostra ambivalència, per una part vol canviar i en certa mesura està motivat per fer-ho, però no és important per ell deixar de delinquir. Confia en la eficàcia dels tractaments, però no se sent capaç de seguir-ne. Aquesta ambivalència pot ser resultat d'una alta deseabilitat social, que caldrà controlar al llarg de la intervenció.

Segons la puntuació a la subescala de reaccions emocionals l'individu presenta reaccions emocionals incongruents, diu no estar enfadat ni mostrar penediment pels fets ni li molesta ser vist com un delinqüent però sí culpabilitat. No vol mostrar la seva opinió sobre la mesura judicial imposada.

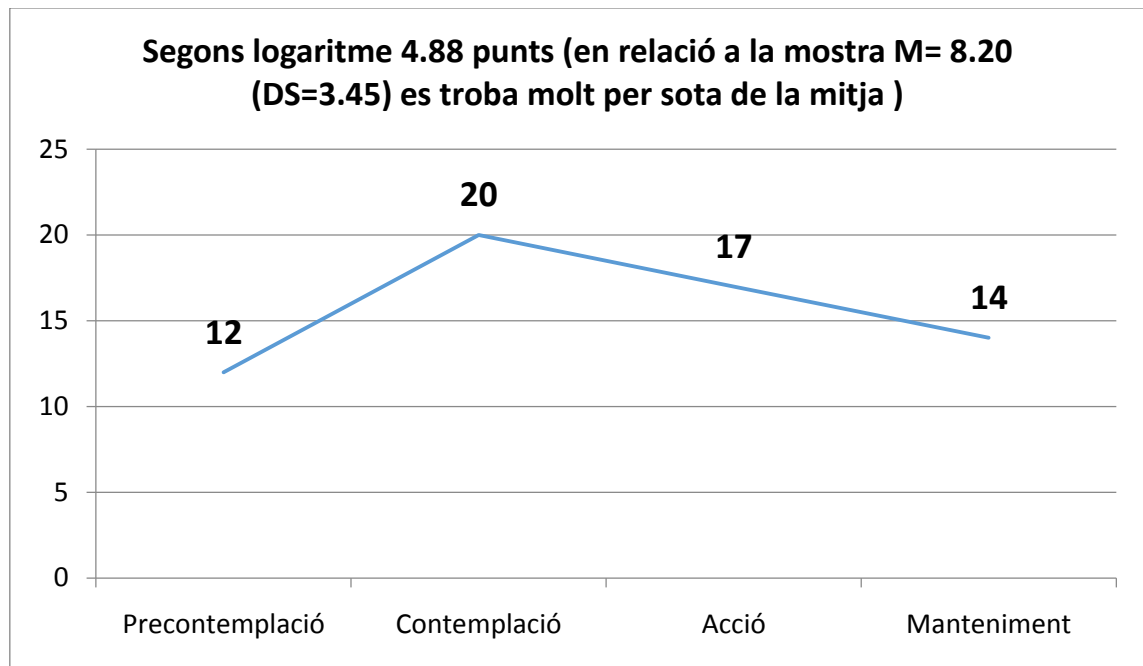
Segons la puntuació a la subescala creences delictives que avalua locus de control i responsabilització del delicte, el subjecte accepta la seva responsabilitat en el delicte i és

conscient de que és una problemàtica personal i ell té la culpa del seu comportament (locus de control intern). Creu que mereix complir la condemna.

Pels resultats a la subescala d'eficàcia el subjecte confia en les altres persones, i creu que és una persona organitzada i capaç de seguir ordres. Es mostra col·laborador amb el programa i el formador.

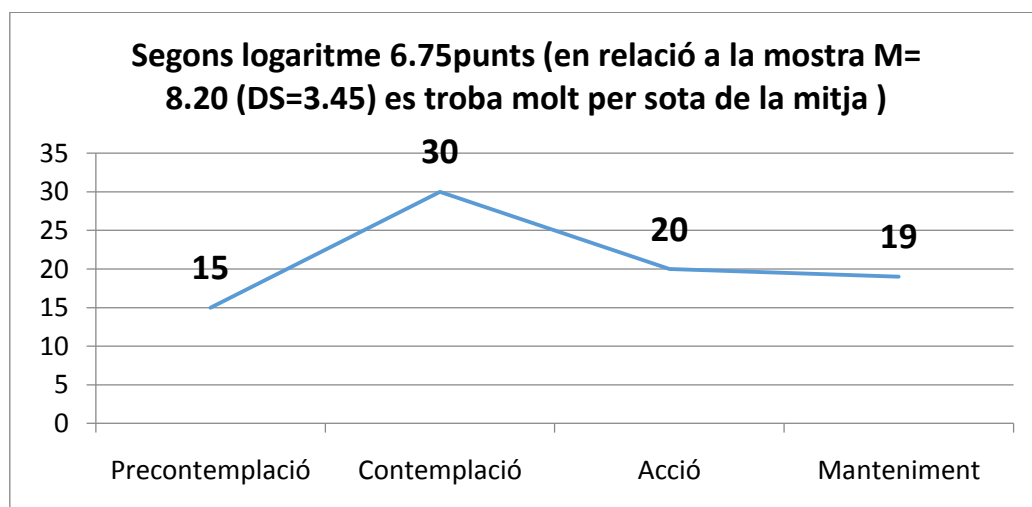
### URICA Inicial

Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ



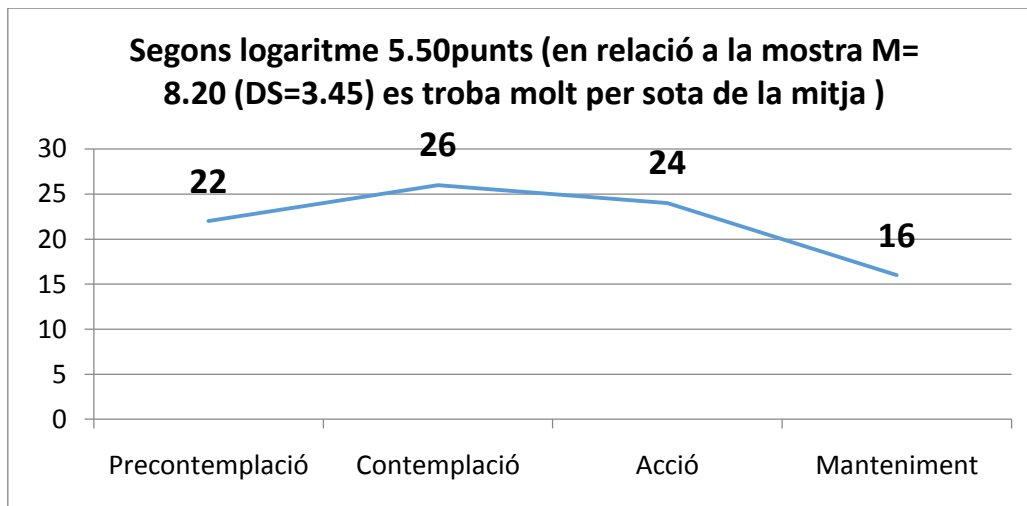
### URICA post PIM

Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ



### URICA post PF

Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ



### Valoració del professional referent:

La intervenció s'inicia amb una actitud predisposada per part del penat. Es mostra com una persona reflexiva amb una gran capacitat d'anàlisi de la pròpia conducta, fet que fa preveure una introspecció elevada i una identificació ràpida dels comportaments conflictius.

La presència de contacte amb la víctima i la necessitat d'exercir algun tipus d'influència sobre el seu comportament es fan molt evidents des de l'inici. La dificultat en l'aplicació del programa recau en la identificació per part del penat de la relació de dependència amb la víctima com a part vinculada al comportament conflictiu. Amb l'activitat del balanç motivacional el penat és capaç d'identificar la pròpia emocionalitat i de responsabilitzar-se dels seus comportaments, canviant el focus del discurs de la víctima a sí mateix.

L'evolució del cas és realment positiva, sobretot per la seva voluntat de participació en el programa i la seva implicació i actitud proactiva.

Tot fa preveure un elevat aprofitament del programa formatiu, així com un alt grau de participació.

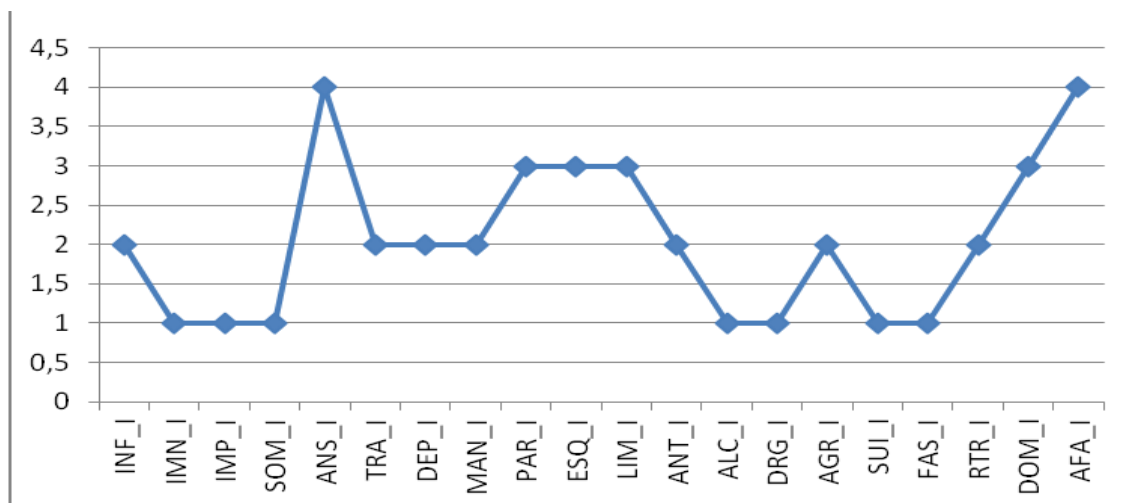
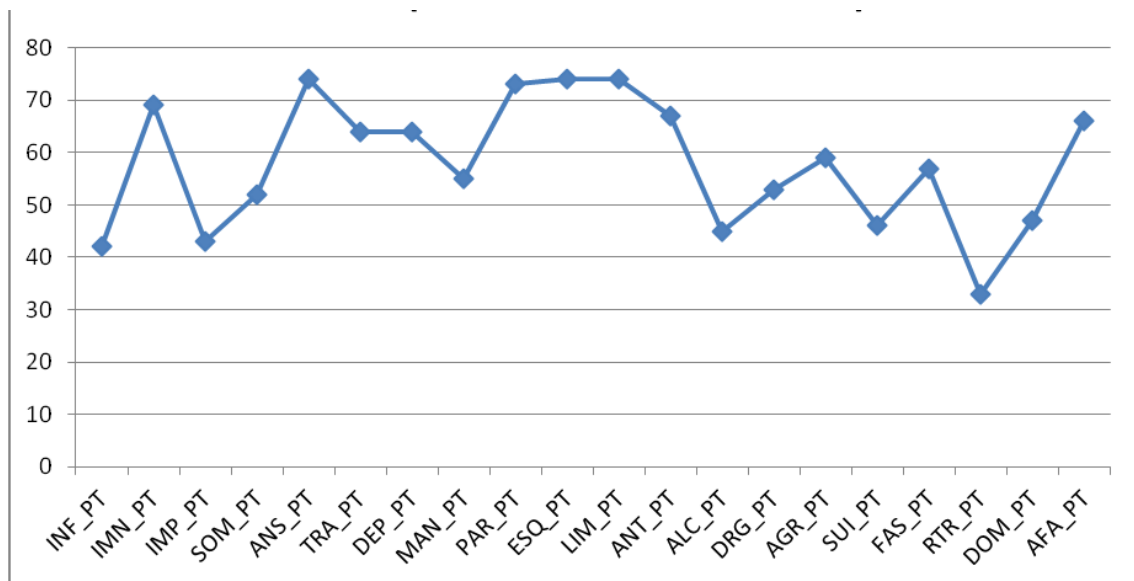


# Informe valoratiu del procés motivacional

Nom/ID del subjecte: PIM 8

Proves administrades i resultats obtinguts:

PAI





## Interpretació

**INF (Infreqüència):** Respostes poc freqüents als ítems; es poden explicar per dificultats de lectura, resposta a l'atzar, confusió, errors d' anotació de les respostes o de correcció... La interpretació de la resta d'escala del PAI s'ha de fer amb precaució. Seria útil preguntar a l'avaluat pel sentit d'algunes de les seves respostes als ítems abans de la interpretació clínica dels resultats.

**IMN (Impressió Negativa):** Baixa distorsió negativa de les escales clíniques i possiblement l'avaluat no hagi mostrat una impressió negativa que la que podria suggerir la seva situació clínica.

**IMP (Impressió Positiva):** Alta sinceritat en la resposta. Es considera que les persones amb aquestes puntuacions no tendeixen a ocultar molta informació.

**SOM (Queixes somàtiques):** Persona amb poques queixes corporals. Aquestes persones són valorades com optimistes, actives i eficaces.

**ANS (Ansietat):** Presenta significatius d'ansietat i tensió. Probablement estigui en tensió la major part del temps, amb rumiacions en les quals tenen el presentiment de que succeirà una desgràcia. Podem ser percebuts com persones impressionables, nervioses, tímides i dependents.

**TRA (Trastorns relacionats amb l'ansietat):** Existència d'algunes por específiques o preocupacions; la persona té poca confiança en si mateixa.

**DEP (Depressió):** Persona sensible, pessimista, amb certa predisposició a dubtar de sí mateixa i que és infeliç al menys una part del temps.

**MAN (Mania):** Amb poques característiques de mania o hipomania. Sense sentiments de grandesa ni nivells elevats d'activitat.

**PAR (Paranoia):** Probablement sigui una persona manifestament suspicax i hostil, amb tendència a la desconfiança en les seves relacions properes i a tenir pocs amics íntims.

### **ESQ (Esquizofrènia):**

**LIM (Trets límits):** Persona probablement impulsiva i amb labilitat emocional. Tendeix a sentir que no el comprenen (els altres solen pensar que és un individu egocèntric) i troben difícil mantenir relacions properes. Es mostren enfadats i suspicaxos i, alhora, ansiosos i necessitats, fent que les seves conductes siguin ambivalents en les seves interaccions amb els altres.

**ANT (Trets antisocials):** Tendència a la impulsivitat i a arriscar-se. Aquests trets són molt comuns en adults joves, particularment en homes. Amb puntuacions altes en aquest rang

(puntuat 65, entre un rang de 60-69) els individus poden ser més egocèntrics, desinhibits, escèptics davant les intencions dels altres i poc sentimentals en les relacions interpersonals.

**ALC (Problemes amb l'alcohol):** Baix o moderat consum d'alcohol amb poques o cap conseqüència adversa associada amb la beguda.

**DRG (Problemes amb les drogues):** Afirma consumir drogues de forma infreqüent, si és que les consumeix.

**AGR (Agressió):** Control raonable sobre l'expressió de la ira i l'hostilitat.

**SUI (Ideació Suïcida):** Té pocs pensaments sobre la mort o el suïcidi.

**FAS (Manca de suport social):** Manté vincles estrets, generalment de suport, per part de la família i amics.

**RTR (Rebuig al tractament):** Reconeix grans dificultats en el seu dia a dia i percep una clara necessitat d'ajuda per tractar aquests problemes.

**DOM (Dominància):** Probablement s'adapti amb èxit a distintes situacions interpersonals, amb capacitat per assumir i cedir el control de les relacions segons sigui necessari. És probable que la persona prefereixi mantenir algun grau d'autonomia i autosuficiència en les relacions.

**AFA (Afabilitat):** Son persones càlides, cordials i empàtiques. Valoren especialment les relacions harmonioses i obtenen gran satisfacció d'aquestes. Per aquesta raó, poden sentir-se incòmodes davant les confrontacions i els conflictes i tendeixen a evitar-los. Probablement perdonen fàcilment als altres i no tenen dificultats per donar una segona oportunitat.

## Termòmetre inicial

\_\_\_ = \_\_\_\_\_

## Escala MCD Victoria

### Puntuació:

**Puntuació global** = \_\_\_ (Rang mínim 20 màxim 100; punt de tall per considerar que hi ha disposició pel canvi 72).

**Subescala d'Actituds i motivació** = \_\_\_ (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Reaccions Emocionals** = \_\_\_ (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Creences delictives** = \_\_\_ (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

**Subescala d'Eficàcia** = \_\_\_ (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

### Interpretació:

Atenent a la puntuació global del subjecte es desprèn que es tracta d'un subjecte en el moment de la avaluació \_\_\_\_\_.

Segons la puntuació a la subescala d'actituds i motivació l'individu \_\_\_\_\_.

Per la puntuació obtinguda a la subescala de reaccions emocionals, \_\_\_\_\_.

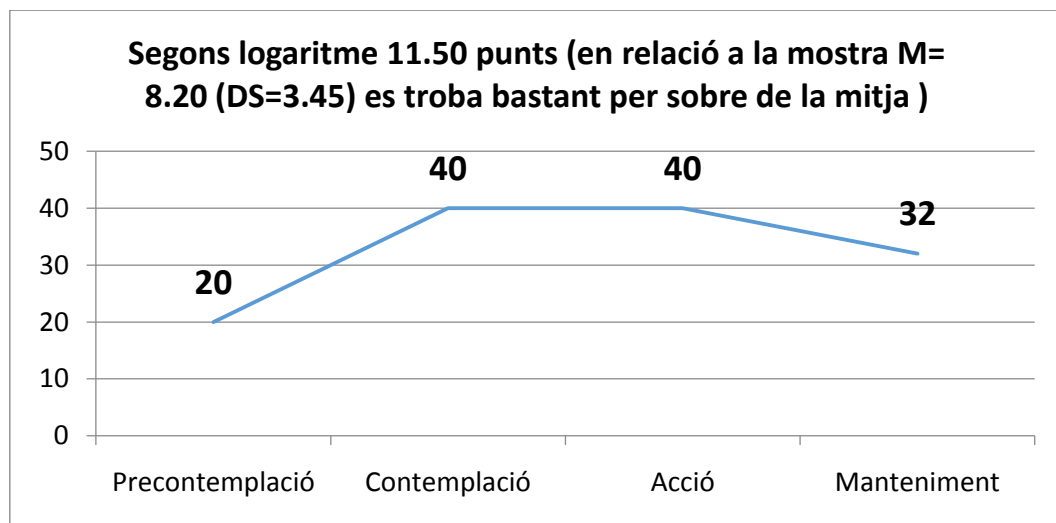
Segons la puntuació a la subescala creences delictives que avalua locus de control i responsabilització del delicte, el subjecte \_\_\_\_\_.

Pels resultats a la subescala d'eficàcia el subjecte \_\_\_\_\_.

## URICA Inicial

Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ/ACCIÓ

Existeixen dubtes envers la sinceritat de les respostes

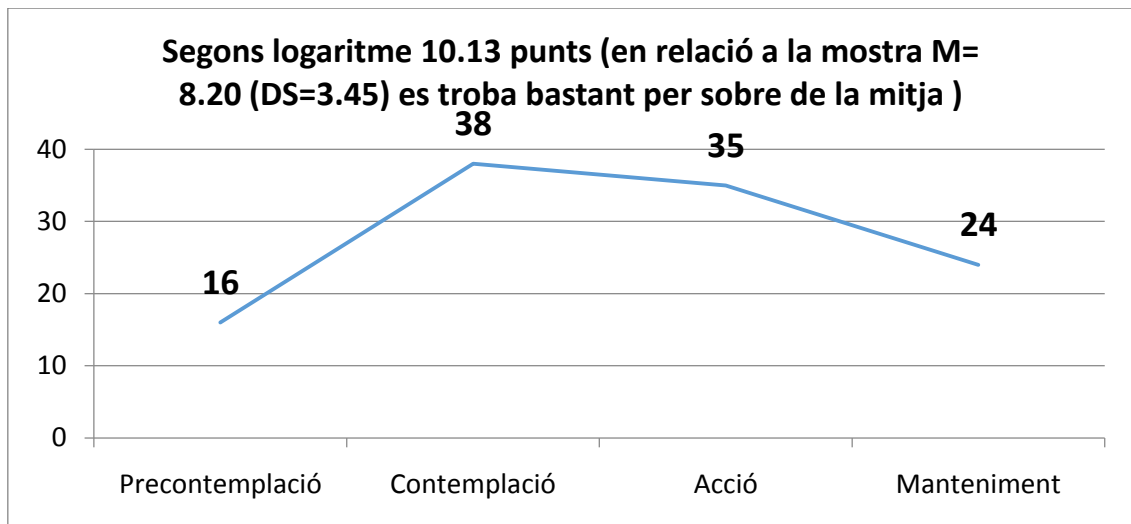


## URICA post PIM

Estadi motivacional → No avaluat

## URICA post PF

Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ



## Valoració del professional referent:

Inicia la intervenció amb un discurs que autojustifica la seva conducta violenta tot i que la reconeix. Tot i les dificultats per fer introspecció va participar activament en les activitats i reconeixent que hi havia una manca de control d'impulsos que anava més enllà de la parella i que li havia ocasionat altres problemes. Mostrava bona predisposició per fer un canvi, però sí és cert que l'entorn no és gaire prosocial per recolzar-lo en el procés.

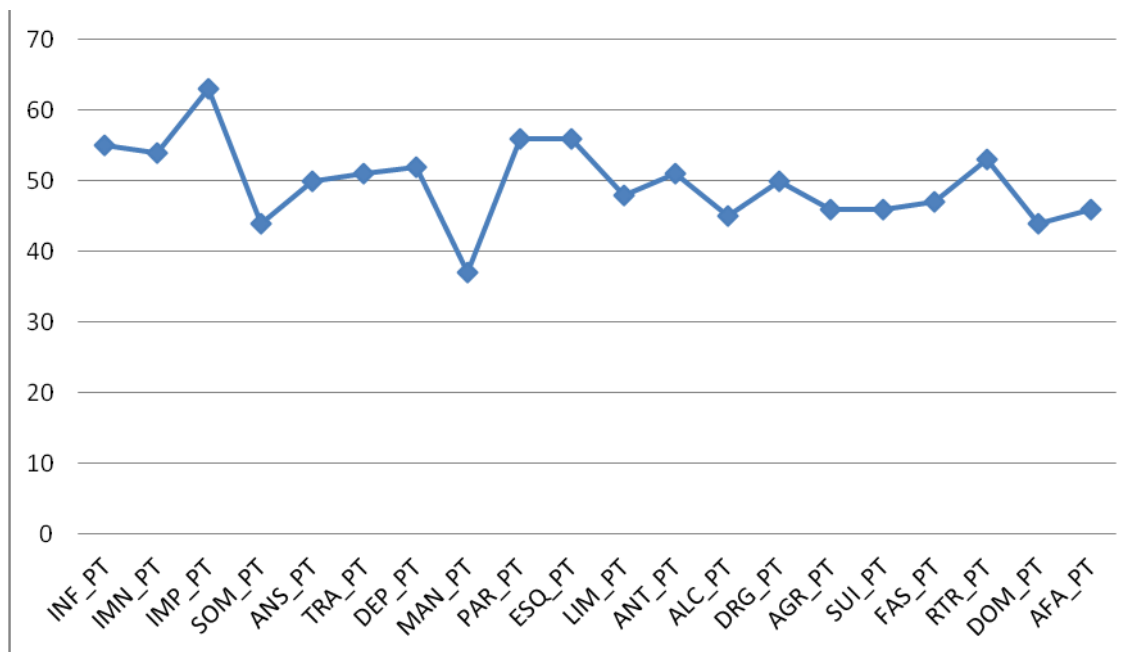
Bon vincle i una valoració positiva de les sessions.

# Informe valoratiu del procés motivacional

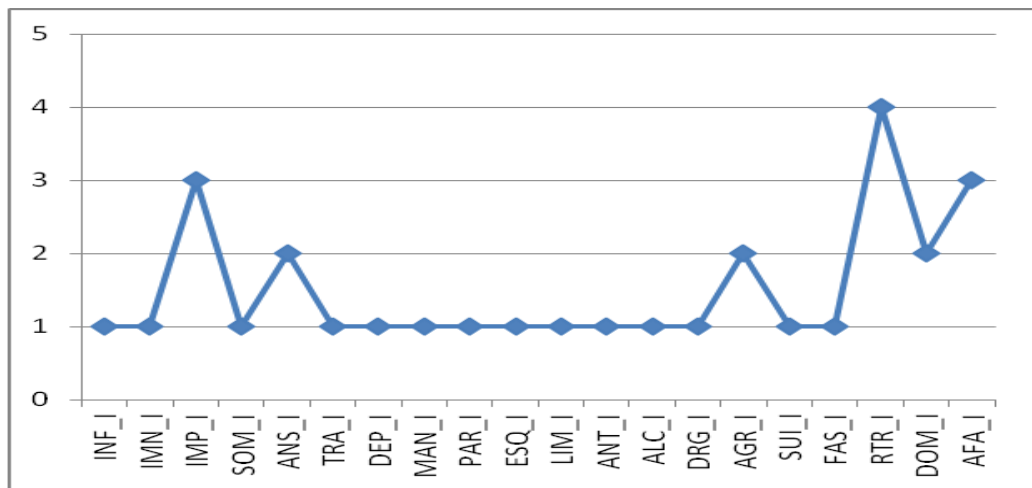
**Nom/ID del subjecte:** PIM 9

**Proves administrades i resultats obtinguts:**

## PAI



Puntuacions altes a Impressió Positiva i a Rebuig al Tractament. La majoria de puntuacions estan situades per sota de la mitja.



## Interpretació

**NOTA:** *Tenir en compte que es tracta d'un subjecte amb perfil NEGADOR (vol donar una bona imatge i la resta d'escales poden mostrar puntuacions amb un perfil més positiu del que realment és).*

**INF (Infreqüència):** La persona ha parat la suficient atenció al contingut dels ítems.

**IMN (Impressió Negativa):** Baixa distorsió negativa de les escales clíniques i possiblement l'avaluat no hagi mostrat una impressió negativa que la que podria suggerir la seva situació clínica.

**IMP (Impressió Positiva):** Certa presència de defensivitat a partir de puntuacions T 60, que poden cridar l'atenció del professional sobre la possible negació de defectes comuns i el seu impacte sobre les puntuacions del perfil PAI.

**SOM (Queixes somàtiques):** Persona amb poques queixes corporals. Aquestes persones són valorades com optimistes, actives i eficaces.

**ANS (Ansietat):** Presenta poques queixes d'ansietat o tensió. Són persones que es descriuen a si mateixes com tranquil·les, optimistes i eficaces per afrontar l'estrés.

**TRA (Trastorns relacionats amb l'ansietat):** Poc malestar en general. Aquestes persones són percebudes normalment com segures de si mateixes, flexibles i serenes sota pressió.

**DEP (Depressió):** Té poques queixes de infelicitat o malestar. Són normalment percebuts com estables, amb autoconfiança, actius i relaxats.

**MAN (Mania):** Poques característiques de mania o hipomania.

**PAR (Paranoia):** Persona oberta i que generalment perdona als demés.

**ESQ (Esquizofrènia):** Persona que diu ser eficaç en les relacions socials i que no té problemes d'atenció o concentració.



**LIM (Trets límits):** Persona emocionalment estable i amb relacions sòlides.

**ANT (Trets antisocials):** Manté relacions càlides i properes amb els demés. També mostra un control raonable sobre els seus impulsos i conductes.

**ALC (Problemes amb l'alcohol):** Baix o moderat consum d'alcohol amb poques o cap conseqüència adversa associada amb la beguda.

**DRG (Problemes amb les drogues):** Afirma consumir drogues de forma infreqüent, si és que les consumeix.

**AGR (Agressió):** Control raonable sobre l'expressió de la ira i l'hostilitat.

**SUI (Ideació Suïcida):** Té pocs pensaments sobre la mort o el suïcidi.

**FAS (Manca de suport social):** Manté vincles estrets, generalment de suport, per part de la família i amics.

**RTR (Rebuig al tractament):** Satisfacció amb un mateix i la consideració de que no necessita realitzar grans canvis en el seu comportament. Reflexa probablement una escassa motivació per començar un tractament, o en el cas de d'iniciar-lo, un alt risc de que finalitzi de forma prematura (abandonament).

**DOM (Dominància):** Persona que tendeix a ser bastant modesta i retreta, cohibida en les relacions socials i amb carència d'habilitats per imposar-se quan és necessari; així mateix, és probable que se senti incòmoda quan és el centre d'atenció.

**AFA (Afabilitat):** S'adapta amb èxit a distintes situacions interpersonals i és capaç de tolerar relacions estretes però també mantenir certa distància en les relacions si és necessari.

## Termòmetre inicial

\_\_\_ = \_\_\_\_\_

## Escala MCD Victoria

### Puntuació:

**Puntuació global** = \_\_\_ (Rang mínim 20 màxim 100; punt de tall per considerar que hi ha disposició pel canvi 72).

**Subescala d'Actituds i motivació** = \_\_\_ (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Reaccions Emocionals** = \_\_\_ (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Creences delictives** = \_\_\_ (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

**Subescala d'Eficàcia** = \_\_\_ (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

### Interpretació:

Atenent a la puntuació global del subjecte es desprèn que es tracta d'un subjecte en el moment de la avaluació \_\_\_\_\_.

Segons la puntuació a la subescala d'actituds i motivació l'individu \_\_\_\_\_.

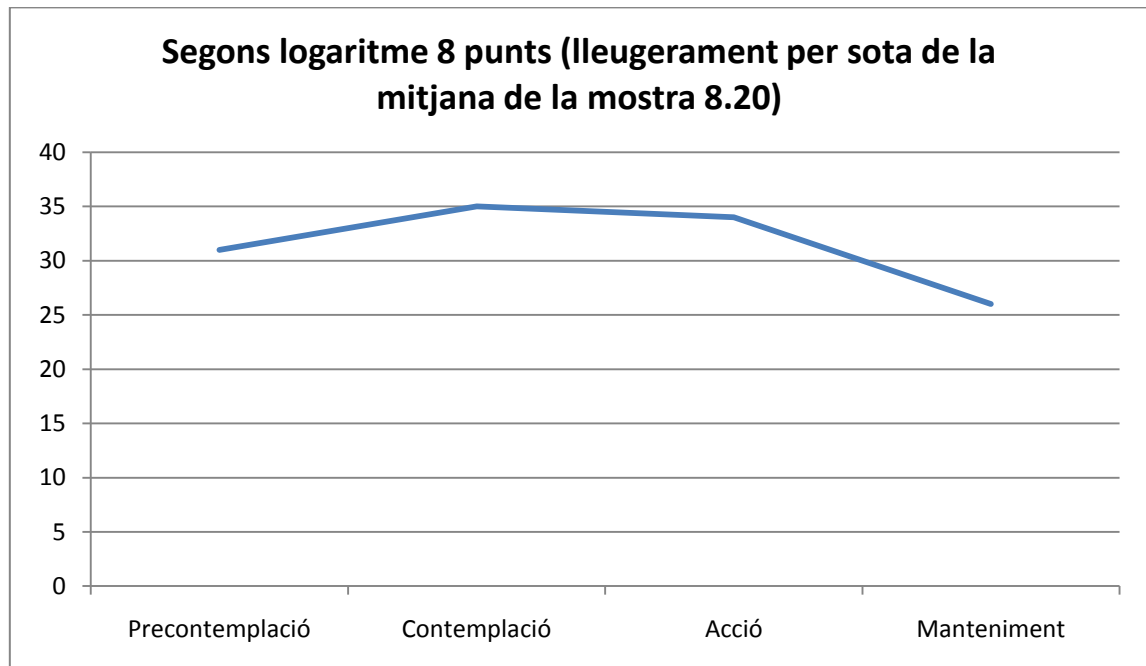
Per la puntuació obtinguda a la subescala de reaccions emocionals, \_\_\_\_\_.

Segons la puntuació a la subescala creences delictives que avalua locus de control i responsabilització del delicte, el subjecte \_\_\_\_\_.

Pels resultats a la subescala d'eficàcia el subjecte \_\_\_\_\_.

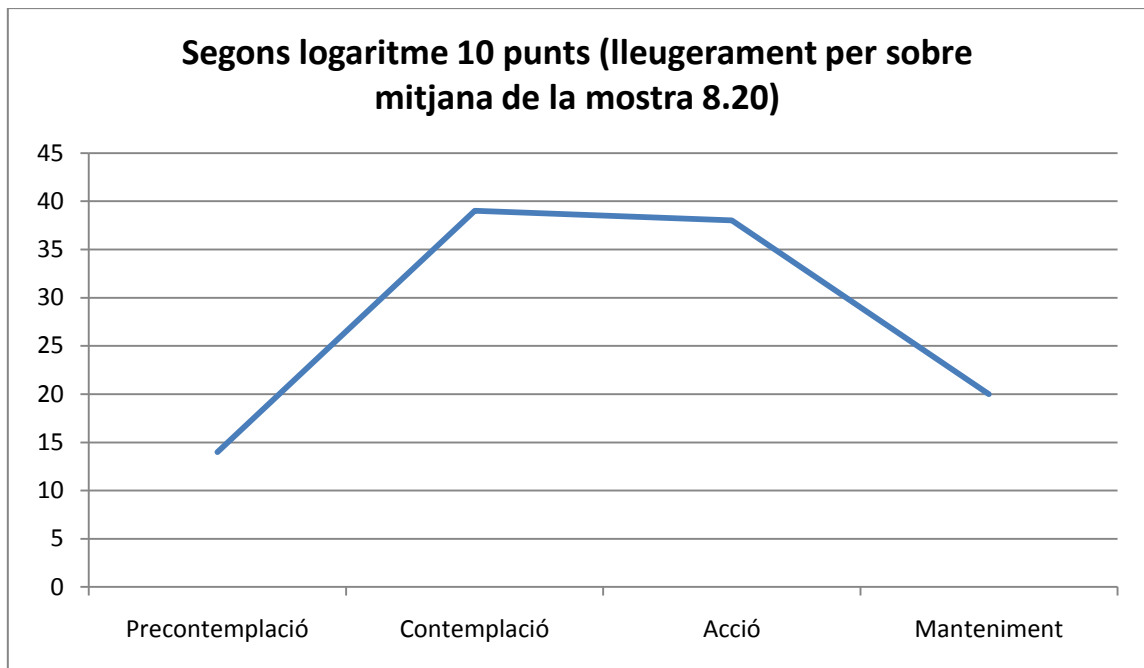
## URICA Inicial

Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ



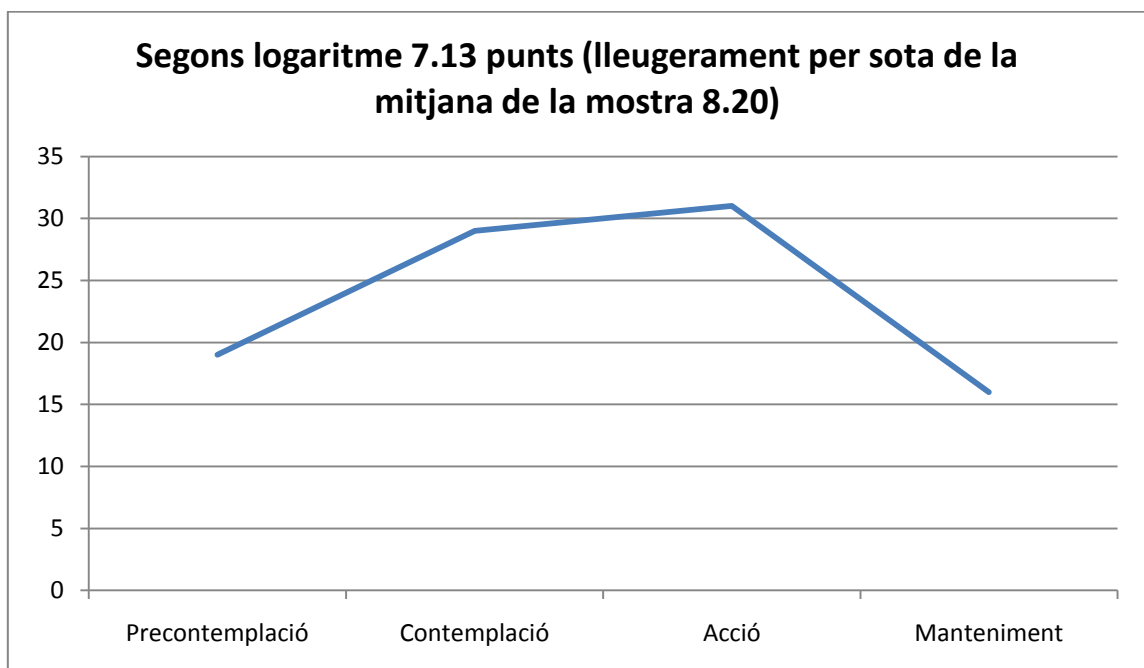
## URICA post PIM

Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ



## URICA post PF

Estadi motivacional → ACCIÓ



## Valoració del professional referent:

Inicialment amb dificultats per fer introspecció. Amb l'exercici de connectar la situació, pensaments, emoció i conducta, va connectar i es va adonar que sí havia coaccionat a la seva parella. Alhora que va connectar aquesta conducta amb altres persones, era molt dependent dels altres i davant la no resposta o la sensació de que o el tenien en compte, reaccionava sent molt insistent i amb ira.

En les sessions de vegades plantejava qüestions que es sortien de les activitats però que a ell l'angoixaven i se li va donar espai per poder-ho expressar.

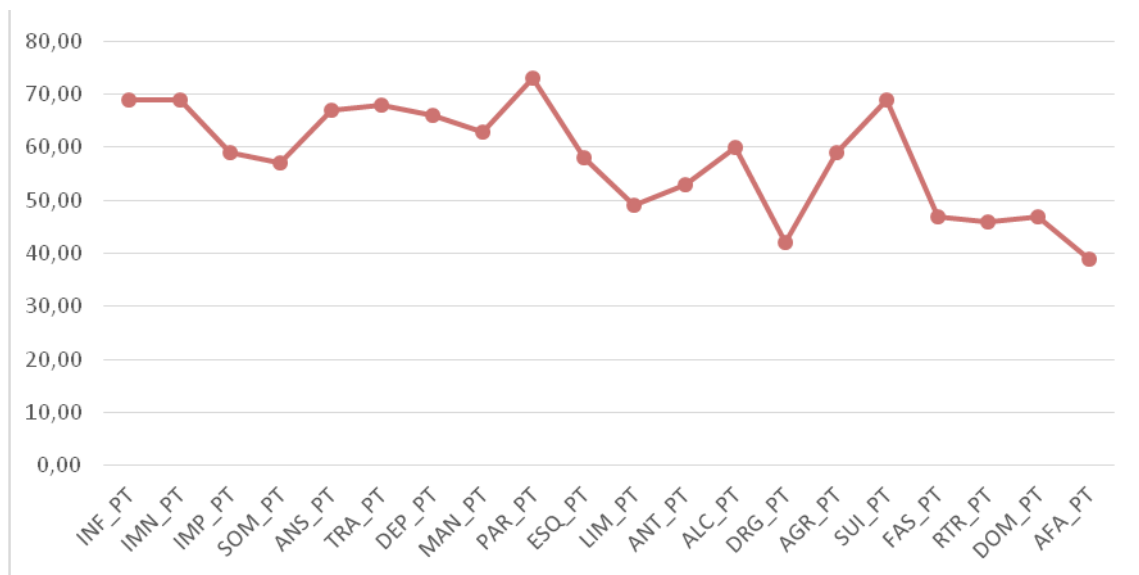
El seguiment i vincle va ser molt bo. La seva valoració també va ser molt positiva i va destacar el fet d'haver-li plantejat coses que mai havia pensat.

# Informe valoratiu del procés motivacional

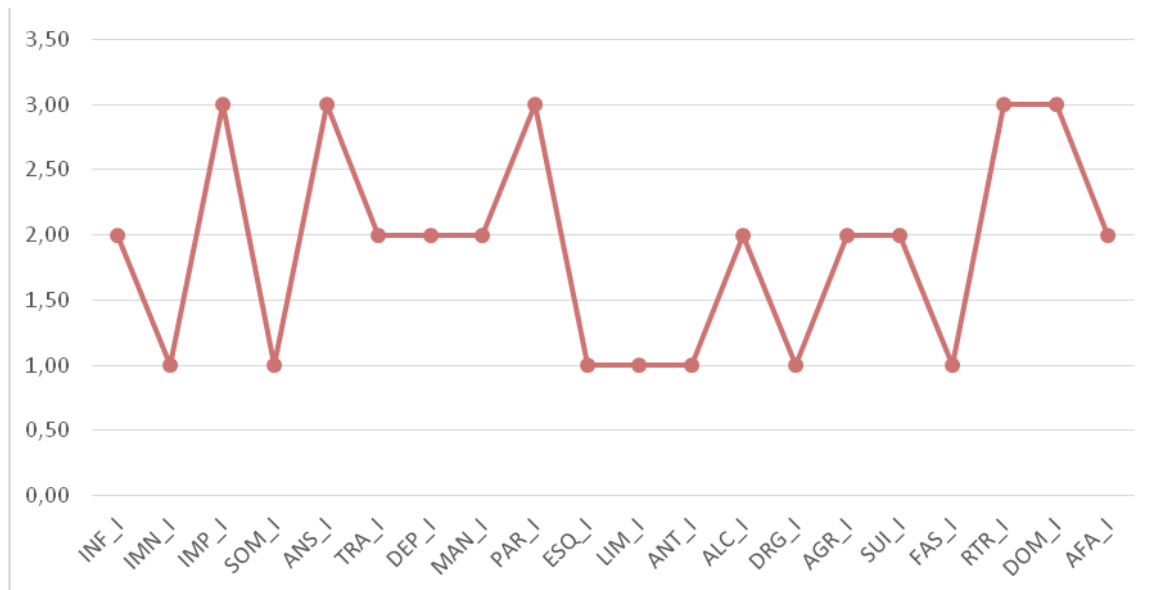
**Nom/ID del subjecte:** PIM 10

**Proves administrades i resultats obtinguts:**

**PAI**



Puntuacions altes a Impressió Positiva i a Rebuig al Tractament. La majoria de puntuacions estan situades per sota de la mitja.



## Interpretació

**NOTA:** *Tenir en compte que es tracta d'un subjecte amb perfil NEGADOR (vol donar una bona imatge i la resta d'escales poden mostrar puntuacions amb un perfil més positiu del que realment és).*

**INF (Infreqüència):** Respostes poc freqüents als ítems; es poden explicar per dificultats de lectura, resposta a l'atzar, confusió, errors d'anotació de les respostes o de correcció... La interpretació de la resta d'escales del PAI s'ha de fer amb precaució. Seria útil preguntar a l'avaluat pel sentit d'algunes de les seves respostes als ítems abans de la interpretació clínica dels resultats.

**IMN (Impressió Negativa):** Baixa distorsió negativa de les escales clíniques i possiblement l'avaluat no hagi mostrat una impressió negativa que la que podria suggerir la seva situació clínica.

**IMP (Impressió Positiva):** Certa presència de defensivitat a partir de puntuacions T 60, que poden cridar l'atenció del professional sobre la possible negació de defectes comuns i el seu impacte sobre les puntuacions del perfil PAI.

**SOM (Queixes somàtiques):** Persona amb poques queixes corporals. Aquestes persones són valorades com optimistes, actives i eficaces.

**ANS (Ansietat):** Presenta poques queixes d'ansietat o tensió. Són persones que es descriuen a si mateixes com tranquil·les, optimistes i eficaces per afrontar l'estrés.

**TRA (Trastorns relacionats amb l'ansietat):** Poc malestar en general. Aquestes persones són percebudes normalment com segures de si mateixes, flexibles i serenes sota pressió.

**DEP (Depressió):** És una persona sensible, pessimista, amb certa predisposició a dubtar de sí mateixa i que és infeliç al menys una part del temps.

**MAN (Mania):** Es mostra actiu, sociable, ambiciós i amb autoconfiança. Tot i que també pot ser en cert grau impacient, hostil i fàcilment irritable.

**PAR (Paranoia):** És una persona manifestament suspicaç i hostil, tendeix a ser desconfiat dins les seves relacions properes i a tenir pocs amics íntims.

**ESQ (Esquizofrènia):** Persona que diu ser eficaç en les relacions socials i que no té problemes d'atenció o concentració.

**LIM (Trets límits):** Persona emocionalment estable i amb relacions sòlides.

**ANT (Trets antisocials):** Manté relacions càlides i properes amb els demés. També mostra un control raonable sobre els seus impulsos i conductes.

**ALC (Problemes amb l'alcohol):** Té un consum regular d'alcohol que pot haver causat algunes conseqüències adverses rellevants.

**DRG (Problemes amb les drogues):** Afirma consumir drogues de forma infreqüent, si és que les consumeix.

**AGR (Agressió):** Control raonable sobre l'expressió de la ira i l'hostilitat.

**SUI (Ideació Suïcida):** Possibles idees i pensaments periòdics i passatgers sobre el suïcidi; així com infelicitat i pessimisme sobre les perspectives de futur.

**FAS (Manca de suport social):** Manté vincles estrets, generalment de suport, per part de la família i amics.

**RTR (Rebuig al tractament):** Reconeix la necessitat d'efectuar alguns canvis, té una actitud positiva cap a la possibilitat de canvi personal i accepta la importància de la pròpia responsabilitat.

**DOM (Dominància):** Persona que tendeix a ser bastant modesta i retreta, cohibida en les relacions socials i amb carència d'habilitats per imposar-se quan és necessari; així mateix, és probable que se senti incòmoda quan és el centre d'atenció.

**AFA (Afabilitat):** Tendeix a mantenir les distàncies a les relacions personals. És probable que no consideri valuoses les relacions estretes i de llarga durada. Afronta la majoria de les relacions socials sense molt entusiasme. Els altres poden considerar que no té empatia i que és inflexible; tot i així, probablement es percep a si mateix com independent, pràctic i menys preocupat que la majoria per les opinions dels demés.

## Termòmetre inicial

3 = \_\_\_\_\_

## Escala MCD Victoria

## Puntuació:

**Puntuació global** = 69 (Rang mínim 20 màxim 100; punt de tall per considerar que hi ha disposició pel canvi 72).

**Subescala d'Actituds i motivació** = 13 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Reaccions Emocionals** = 18 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Creences delictives** = 11 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

**Subescala d'Eficàcia** = 14 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

## Interpretació:

Atenent a la puntuació global del subjecte es desprèn que es tracta d'un subjecte en el moment de la avaluació no predisposat al canvi.

Segons la puntuació a la subescala d'actituds i motivació l'individu confia en que es capaç de desenvolupar un tractament i el valora com positiu, i indica que podria voler canviar alguna cosa.

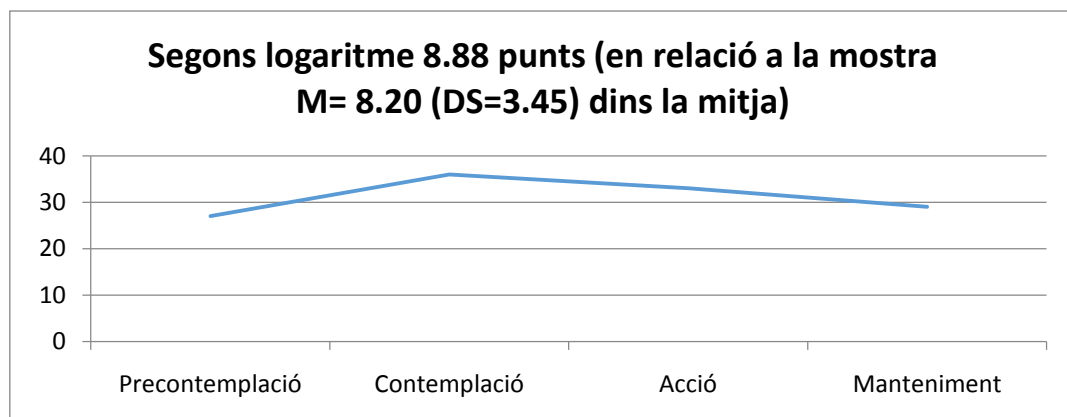
Per la puntuació obtinguda a la subescala de reaccions emocionals, l'anàlisi dels ítems indiquen sentiments incoherents (possible manipulació de la prova), sembla que es penedeix del seu delicte, però li és indiferent ser vist com un delinqüent o forma part del sistema de justícia.

Segons la puntuació a la subescala creences delictives que avalua locus de control i responsabilització del delicte, el subjecte mostra locus de control extern, tot i que diu acceptar haver de complir una condemna.

Pels resultats a la subescala d'eficàcia el subjecte no mostra la seva opinió en els ítems més compromesos, només refereix que és capaç d'organitzar-se bé.

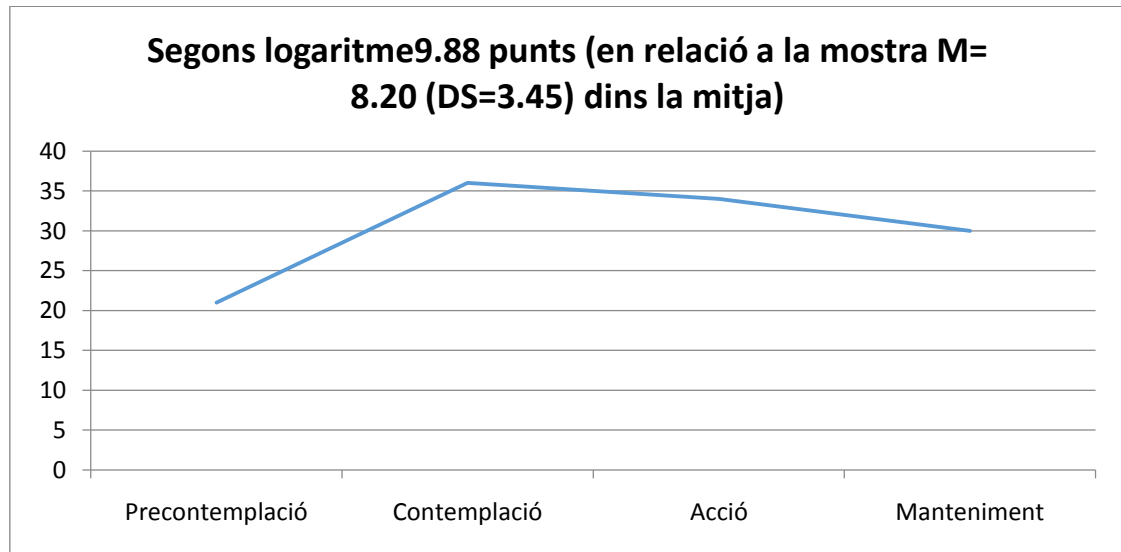
## URICA Inicial

Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ



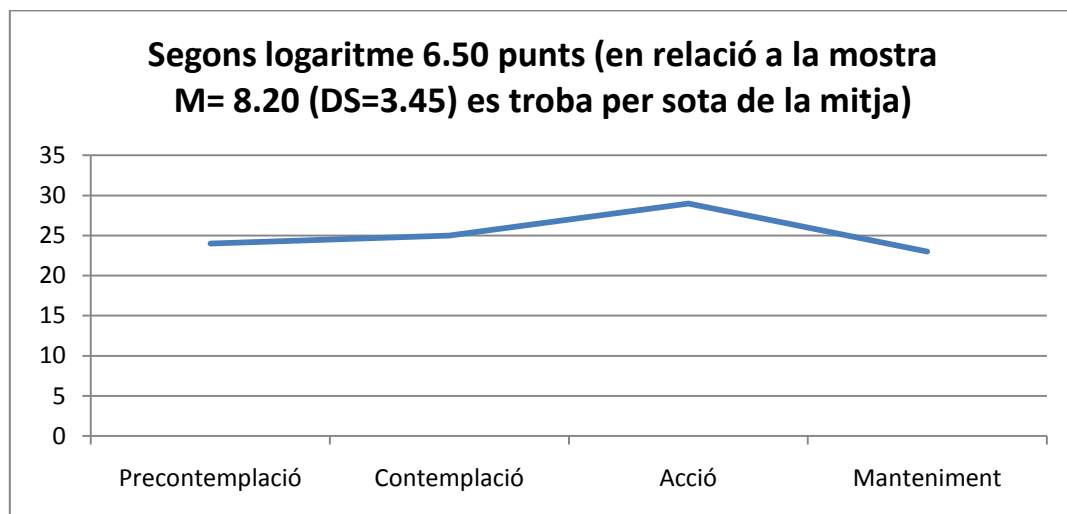
## URICA post PIM

Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ



## URICA post PF

Estadi motivacional → ACCIÓ



## Valoració del professional referent:

Col·laborador. Inicialment reservat i controlant la informació que facilitava. Curiosament en el balanç decisonal reconeix que utilitza alcohol com a forma d'afrontament quan a l'entrevista ho omet. Les següents sessions funcionen molt bé, realment vol fer un canvi per respectar-se a ell i no reaccionar de forma passiva al conflicte fins explotar. Durant les sessions



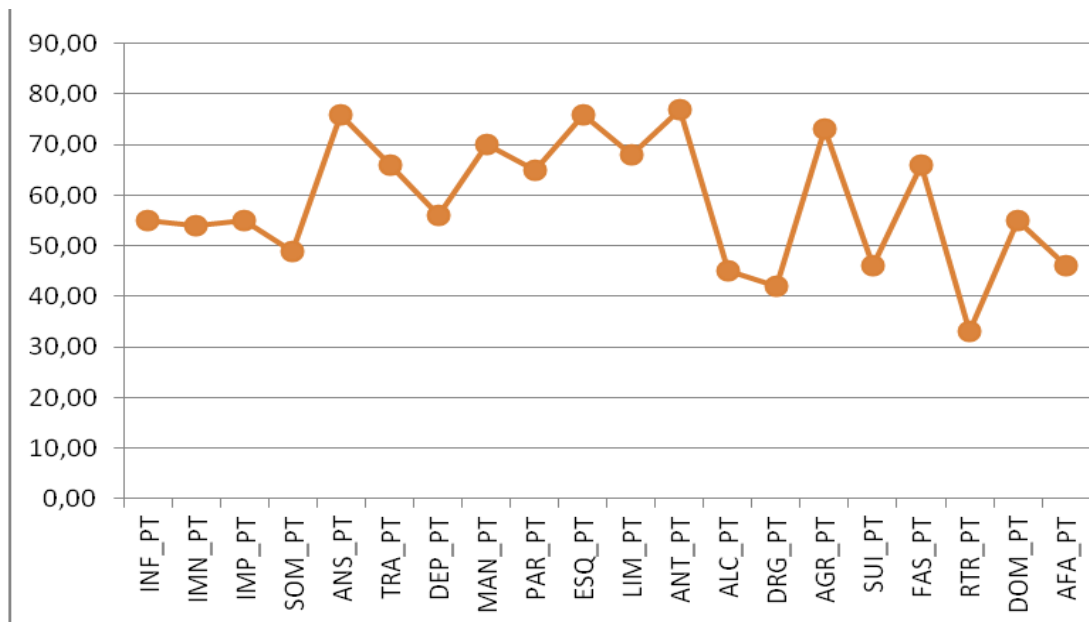
verbalitza que està posant en pràctica el que anem treballant. Surten alguns temes fora de les sessions i se li dóna l'espai per poder-se expressar. Bon vincle i una valoració positiva.

# Informe valoratiu del procés motivacional

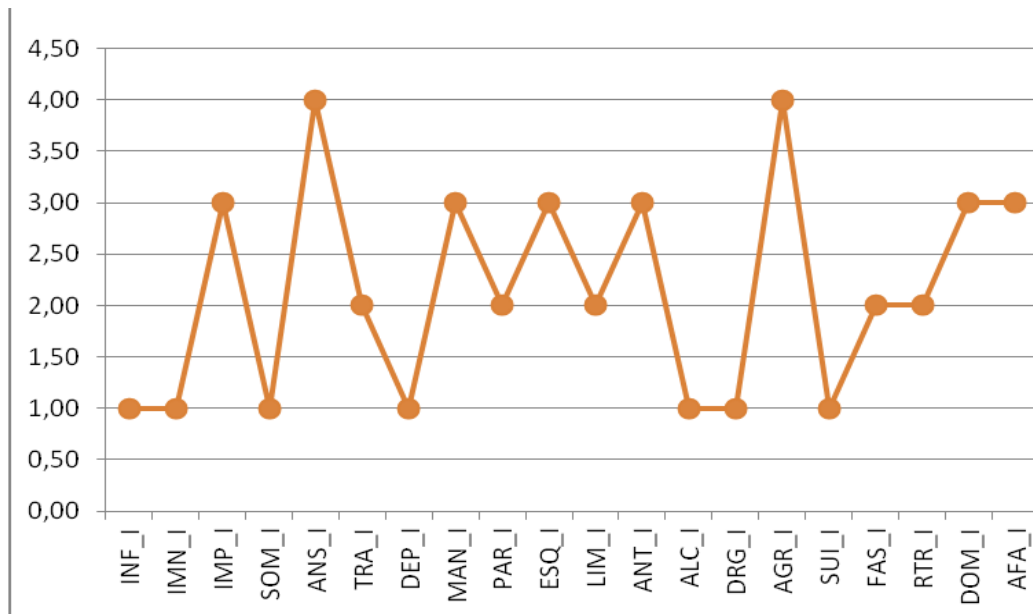
Nom/ID del subjecte: PIM 11

## Proves administrades i resultats obtinguts:

### PAI



Puntuacions mitjanes a Impressió Positiva i baixes a Rebuig al Tractament. Moltes puntuacions per sobre de la mitja.



## Interpretació

**INF (Infreqüència):** La persona ha parat la suficient atenció al contingut dels ítems.

**IMN (Impressió Negativa):** Baixa distorsió negativa de les escales clíniques i possiblement l'avaluat no hagi mostrat una impressió negativa que la que podria suggerir la seva situació clínica.

**IMP (Impressió Positiva):** Certa presència de defensivitat a partir de puntuacions T 60, que poden cridar l'atenció del professional sobre la possible negació de defectes comuns i el seu impacte sobre les puntuacions del perfil PAI.

**SOM (Queixes somàtiques):** Persona amb poques queixes corporals. Aquestes persones són valorades com optimistes, actives i eficaces.

**ANS (Ansietat):** Presenta significatius d'ansietat i tensió. Probablement estigui en tensió la major part del temps, amb rumiacions en les quals tenen el presentiment de que ocurrirà una desgràcia. Podem ser percebuts com persones impresionables, nervioses, tímides i depenents.

**TRA (Trastorns relacionats amb l'ansietat):** Existència d'algunes pors específiques o preocupacions; la persona té poca confiança en si mateixa.

**DEP (Depressió):** Té poques queixes de infelicitat o malestar. Són normalment percebuts com estables, amb autoconfiança, actius i relaxats.

**MAN (Mania):** Presenta inquietud, un augment de la impulsivitat i alts nivells d'energia. Altres observadors podran descriure'l com una persona antipàtica, malhumorada i temperamental.

**PAR (Paranoia):** Es mostra susceptible, intransigent i escèptic..

**ESQ (Esquizofrènia):** Probablement estigui aïllat i pugui sentir-se incomprès i rebutjat pels altres. També pot tenir algunes dificultats en el pensament, la concentració i la presa de decisions.

**LIM (Trets límits):** Es presenta com una persona malhumorada, sensible i amb certes incerteses sobre les seves metes vitals. Pot mostrar ira i manca de satisfacció amb les relacions interpersonals.

**ANT (Trets antisocials):** Són probablement persones impulsives i hostils, potser amb un historial d'actes temeraris o antisocials. Es mostren insensibles en les seves relacions i no solen conservar les seves amistats.

**ALC (Problemes amb l'alcohol):** Baix o moderat consum d'alcohol amb poques o cap conseqüència adversa associada amb la beguda.

**DRG (Problemes amb les drogues):** Afirmar consumir drogues de forma infreqüent, si és que les consumeix.

**AGR (Agressió):** Probablement estigui furiós gran part del temps i expressi lliurement la seva ira i hostilitat.

**SUI (Ideació Suïcida):** Té pocs pensaments sobre la mort o el suïcidi.

**FAS (Manca de suport social):** És possible que disposi de pocs amics íntims o se senti insatisfet amb la naturalesa d'aquestes relacions.

**RTR (Rebuig al tractament):** Reconeix grans dificultats en el seu dia a dia i percep una clara necessitat d'ajuda per tractar aquests problemes.

**DOM (Dominància):** Probablement s'adapti amb èxit a distintes situacions interpersonals, amb capacitat per assumir i cedir el control de les relacions segons sigui necessari. És probable que la persona prefereixi mantenir algun grau d'autonomia i autosuficiència en les relacions.

**AFA (Afabilitat):** S'adapta amb èxit a distintes situacions interpersonals i és capaç de tolerar relacions estretes però també mantenir certa distància en les relacions si és necessari.

## Termòmetre inicial

\_\_\_ = \_\_\_\_\_

## Escala MCD Victoria

### Puntuació:

**Puntuació global** = 91 (Rang mínim 20 màxim 100; punt de tall per considerar que hi ha disposició pel canvi 72).

**Subescala d'Actituds i motivació** = 16 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Reaccions Emocionals** = 26 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Creences delictives** = 19 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

**Subescala d' Eficàcia** = 16 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

### **Interpretació:**

Atenent a la puntuació global del subjecte es desprèn que es tracta d'un subjecte en el moment de la avaluació amb molta disposició pel canvi.

Segons la puntuació a la subescala d'actituds i motivació l'individu mostra que vol canviar i en està motivat per fer-ho. També indicaria bona disposició vers els tractaments i es creu capaç de seguir-lo.

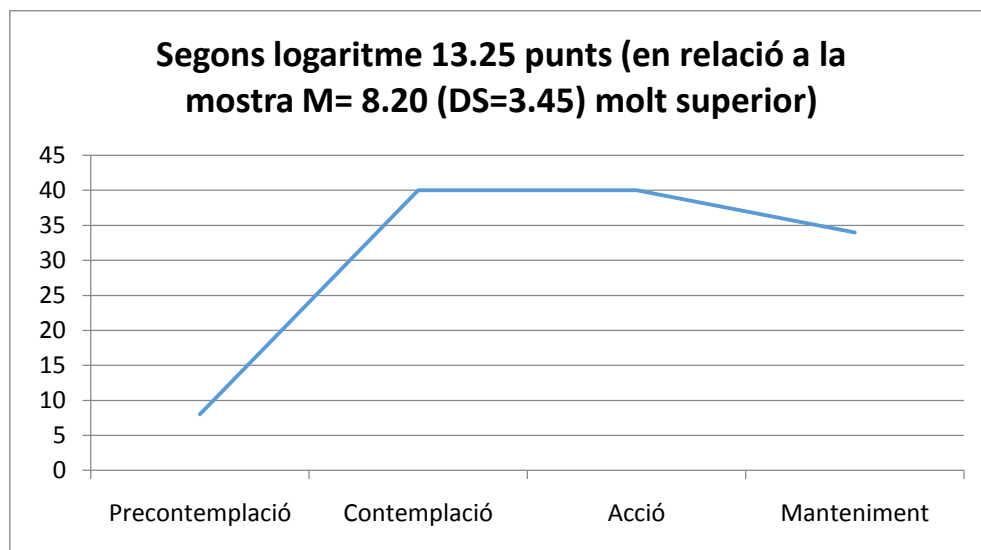
Per la puntuació obtinguda a la subescala de reaccions emocionals, mostra reaccions emocionals com culpabilitat i vergonya sobre el delicte que va cometre, enuig amb sí mateix per haver-se comportat d'aquesta manera i es penedeix del seu delicte. Aquestes reaccions emocionals són favorables al canvi. A més no se sent molest per formar part del sistema de justícia.

Segons la puntuació a la subescala creences delictives que avalua locus de control i responsabilització del delicte, el subjecte accepta la seva responsabilitat en el delicte i és conscient de que és una problemàtica personal i la culpa del seu comportament no és dels altres (locus de control intern). Accepta haver de complir la condemna.

Pels resultats a la subescala d'eficàcia el subjecte no sempre confia en les altres persones, però es defineix com una persona organitzada. En relació a seguir les ordres el subjecte no es manifesta, manté una actitud neutre.

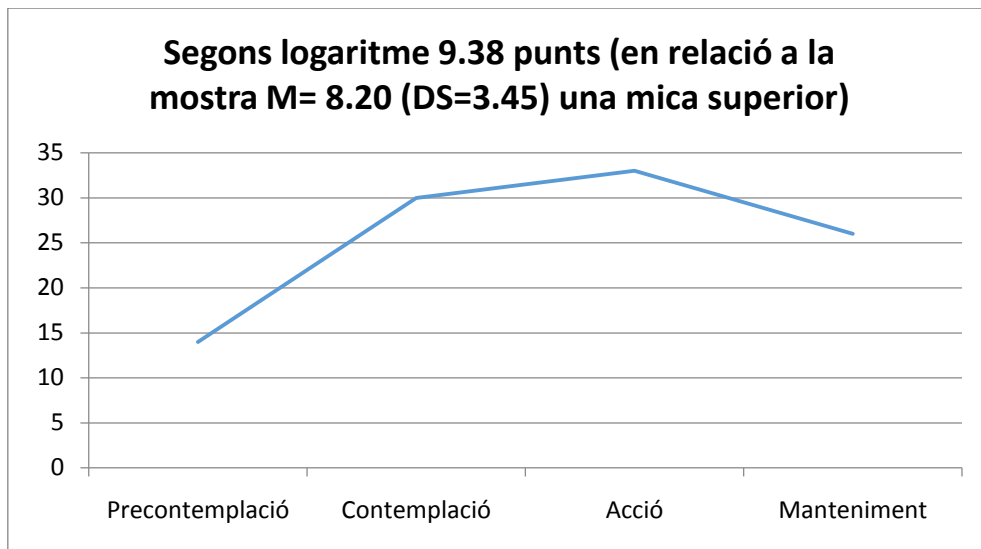
### **URICA Inicial**

Estadi motivacional → ACCIÓ



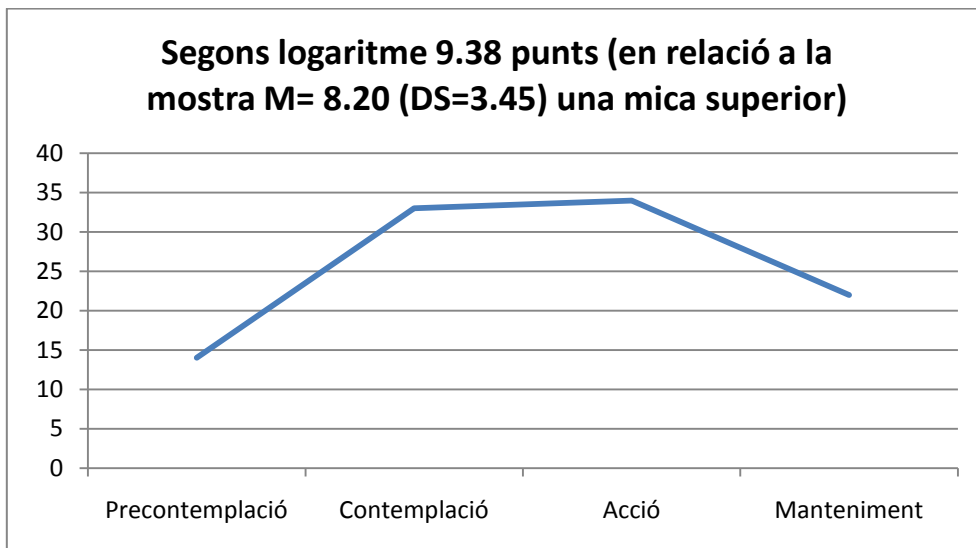
### **URICA post PIM**

Estadi motivacional → ACCIÓ



## URICA post PF

Estadi motivacional → ACCIÓ



## Valoració del professional referent:

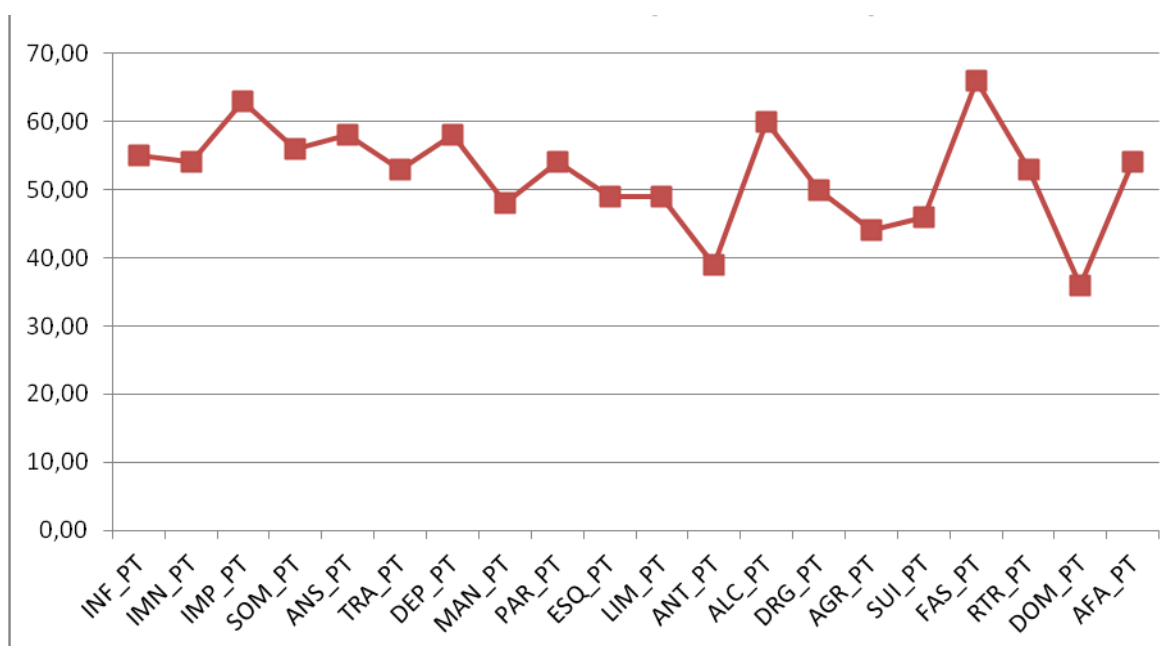
Molt col.laborador, des del primer moment reconeix els fets i es responsabilitza. Està fent seguiment amb psicòleg a l'unitat de terapia familiar i de parella a Salt. És l'únic cas que se li aplica el programa reduït però es difícil que segueixi les activitats proposades i té molta necessitat de parlar i exposar situacions amb la seva exparella i fills. És difícil portar les sessions cap als objectius. Ell fa bon vincle i agraeix aquestes sessions on se li ha facilitat un espai per poder-se expressar.

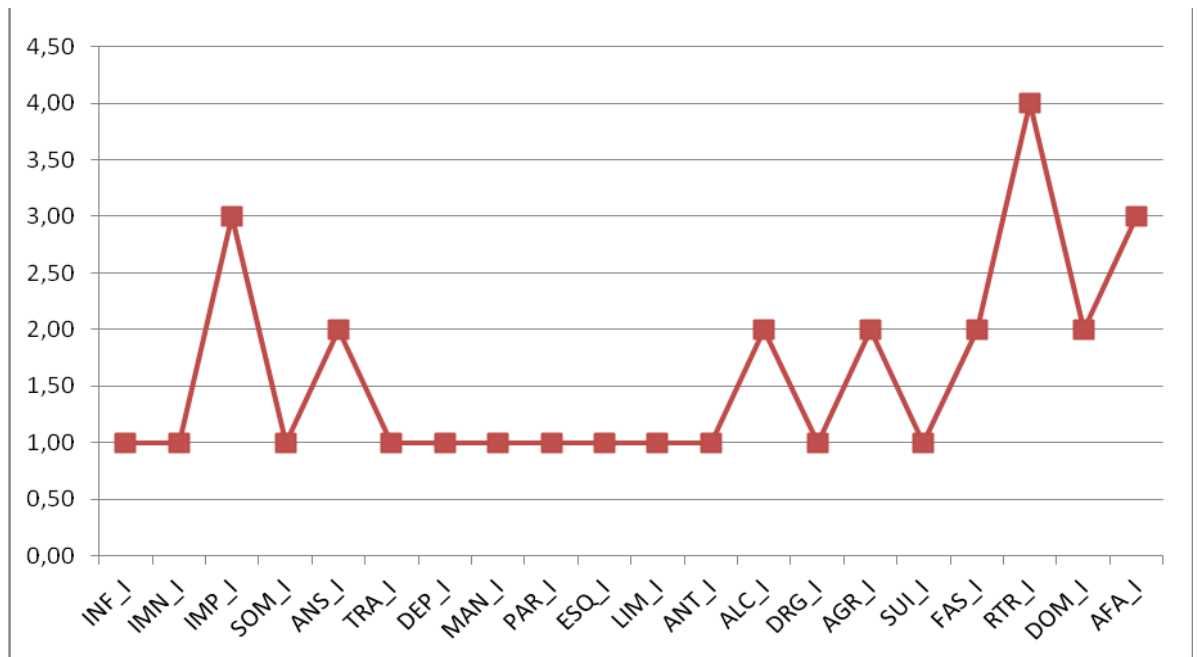
# Informe valoratiu del procés motivacional

Nom/ID del subjecte: PIM 12

Proves administrades i resultats obtinguts:

PAI





## Interpretació

**INF (Infreqüència):** La persona ha prestat l'atenció deguda al contingut dels ítems.

**IMN (Impressió Negativa):** Baixa distorsió negativa de les escales clíniques i possiblement l'avaluat no hagi mostrat una impressió negativa que la que podria suggerir la seva situació clínica.

**IMP (Impressió Positiva):** Certa presència de defensivitat a partir de puntuacions T 60, que poden cridar l'atenció del professional sobre la possible negació de defectes comuns i el seu impacte sobre les puntuacions del perfil PAI.

**SOM (Queixes somàtiques):** Persona amb poques queixes corporals. Aquestes persones són valorades com optimistes, actives i eficaces.

**ANS (Ansietat):** Presenta poques queixes d'ansietat o tensió. Són persones que es descriuen com tranquil·les, optimistes i eficaces per afrontar l'estrès.

**TRA (Trastorns relacionats amb l'ansietat):** Poc malestar en general. Normalment és percebut pels altres com segur de sí mateix, flexible i serè sota pressió.

**DEP (Depressió):** Té poques queixes d'infelicitat o malestar. Normalment són percebuts com estables, amb confiança en sí mateixos, actius i relaxats.

**MAN (Mania):** Presenta poques característiques de mania o hipomania.

**PAR (Paranoia):** Persona oberta i que generalment perdona als demés.

**ESQ (Esquizofrènia):** Afirmar ser eficaç en les relacions socials i no té problemes d'atenció o concentració.

**LIM (Trets límits):** Emocionalment estable i amb relacions sòlides.

**ANT (Trets antisocials):** Manté relacions càlides i properes amb els demés. També mostra un control raonable sobre els seus impulsos i conductes.

**ALC (Problemes amb l'alcohol):** Reflecteix un consum regular d'alcohol que pot haver causat algunes conseqüències adverses rellevants.

**DRG (Problemes amb les drogues):** Afirma consumir drogues de forma infreqüent, si és que les consumeix.

**AGR (Agressió):** Mostra un control raonable sobre l'expressió d'ira i hostilitat.

**SUI (Ideació Suïcida):** Té pocs pensaments sobre la mort o el suïcidi.

**FAS (Manca de suport social):** És possible que tingui pocs amics íntims o se senti insatisfet amb la naturalesa d'aquestes relacions.

**RTR (Rebuig al tractament):** Satisfacció amb un mateix i consideració de que no necessita realitzar grans canvis en el seu comportament.

**DOM (Dominància):** Tendeix a ser bastant modest i retret, a cohibir-se en les relacions socials i amb manca d'habilitats per imposar-se quan és necessari. Alhora, és probable que se senti incòmode quan és el centre d'atenció.

**AFA (Afabilitat):** S'adapta amb èxit a les distintes situacions interpersonals i és capaç de tolerar relacions estretes però també de mantenir certa distància en les relacions si és necessari.

## Termòmetre inicial

\_\_\_ = \_\_\_\_\_

## Escala MCD Victoria

### Puntuació:

**Puntuació global** = 77 (Rang mínim 20 màxim 100; punt de tall per considerar que hi ha disposició pel canvi 72).

**Subescala d'Actituds i motivació** = 15 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Reaccions Emocionals** = 22 (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Creences delictives** = 15 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

**Subescala d'Eficàcia** = 11 (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

### Interpretació:

Atenent a la puntuació global del subjecte es desprèn que es tracta d'un subjecte en el moment de la avaluació \_\_\_\_\_.



Segons la puntuació a la subescala d'actituds i motivació l'individu \_\_\_\_\_.

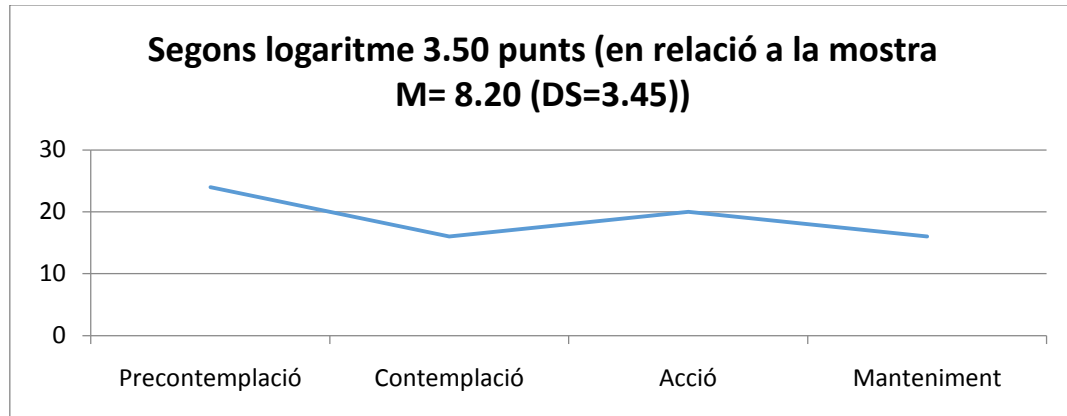
Per la puntuació obtinguda a la subescala de reaccions emocionals, \_\_\_\_\_.

Segons la puntuació a la subescala creences delictives que avalua locus de control i responsabilització del delicte, el subjecte \_\_\_\_\_.

Pels resultats a la subescala d'eficàcia el subjecte \_\_\_\_\_.

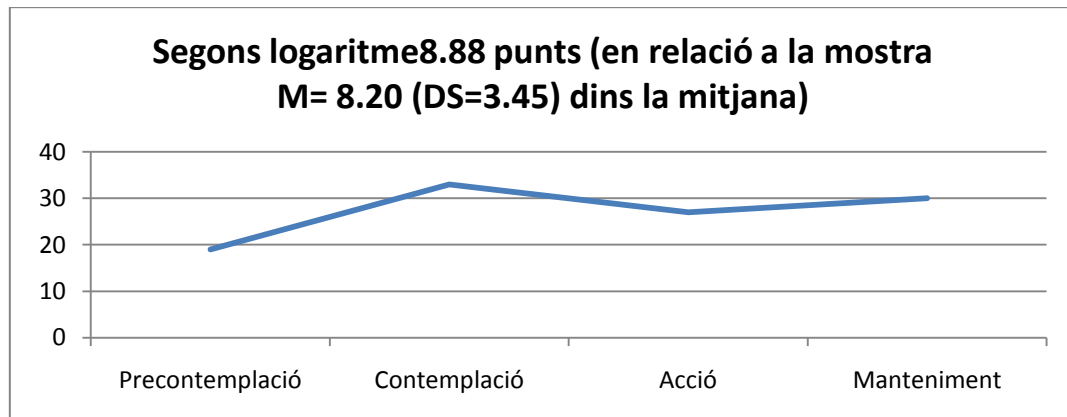
## URICA Inicial

Estadi motivacional → PRECONTEMPLACIÓ



## URICA post PIM

Estadi motivacional → CONTEMPLACIÓ



## URICA post PF

Estadi motivacional → No avaluat

## Valoració del professional referent:

La intervenció s'inicia amb resistència inicial per part del penat, que realitza alguna falta d'assistència. Sembla que les resistències es vencen amb l'aparició del vincle i la comoditat en l'espai d'entrevista.

El penat relata que en els darrers mesos ha deixat enrere el consum abusiu d'alcohol gràcies a l'augment de la seva implicació en la comunitat religiosa. Inicialment relaciona tots els comportaments conflictius del passat amb el consum, fet que dificulta la responsabilització sobre la pròpia conducta.

Amb el pas de les sessions i coincidint amb la major capacitat de connectar amb la pròpia emoció i amb la identificació de situacions conflictives, el penat arriba a relatar episodis de violència del passat, no només en la relació de parella sinó en altres relacions familiars. La identificació de la conducta problema es fa, doncs, evident, si bé resulta difícil que el penat projecti elements de canvi més enllà de l'abstinència que ja ha consolidat.

Es valora positivament, però, l'espai de reflexió establert i l'augment en la consciència de problema per part del penat, aspectes que caldrà aprofundir i treballar més específicament en el marc del programa formatiu.

## **9.2 Annex II: Model marc d'informe individual subjecte PIM**

# **Informe valoratiu del procés motivacional**

**Nom/ID del subjecte:**

**Referent:**

**Data inici de la intervenció:**

**Data fi de la intervenció:**

**Dades sociodemogràfiques rellevants:**

**Proves administrades i resultats obtinguts:**

**PAI**

## Termòmetre inicial

\_\_\_ = \_\_\_\_\_

## Escala MCD Victoria

### Puntuació:

**Puntuació global** = \_\_\_ (Rang mínim 20 màxim 100; punt de tall per considerar que hi ha disposició pel canvi 72).

**Subescala d'Actituds i motivació** = \_\_\_ (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Reaccions Emocionals** = \_\_\_ (Rang mínim 6 màxim 30/ puntuació mitjana 12)

**Subescala de Creences delictives** = \_\_\_ (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

**Subescala d'Eficàcia** = \_\_\_ (Rang mínim 4 màxim 20/ puntuació mitjana 8)

### Interpretació:

Atenent a la puntuació global del subjecte es desprèn que es tracta d'un subjecte en el moment de la avaluació \_\_\_\_\_.

Segons la puntuació a la subescala d'actituds i motivació l'individu \_\_\_\_\_.

Per la puntuació obtinguda a la subescala de reaccions emocionals, \_\_\_\_\_.

Segons la puntuació a la subescala creences delictives que avalua locus de control i responsabilització del delicte, el subjecte \_\_\_\_\_.

Pels resultats a la subescala d'eficàcia el subjecte \_\_\_\_\_.

## URICA Inicial

Estadi motivacional → \_\_\_\_\_

GRÀFIC

## URICA post PIM

Estadi motivacional → \_\_\_\_\_

GRÀFIC

## URICA post PF

Estadi motivacional → \_\_\_\_\_

GRÀFIC

## Valoració del professional referent:

\_\_\_\_\_

---

---

**Valoració de l'usuari:**

---

---

---

---

