

Àmbit social i criminològic

Ayudas a la investigación 2015

La motivación para el cambio de los agresores de pareja que realizan un programa formativo:

Aplicación piloto del
Plan de Intervención Motivacional
(PIM)

Autoras

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

2016

La motivación para el cambio de los agresores de pareja que realizan un programa formativo:

Aplicación piloto del
Plan de Intervención Motivacional
(PIM)

Núria Iturbe Ferré

Núria Civit Bel

Ana Martínez Catena

Alba Muro Marquina

Thuy Nguyen Vo

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

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

Aviso legal



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

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

Índice

1. <i>Introducción</i>	5
2. <i>Marco teórico</i>	7
2.1 Breve revisión sobre los últimos avances en la investigación sobre motivación para el cambio	7
2.2 El Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente.....	9
2.3 El Programa de Intervención Motivacional (PIM).....	10
3. <i>Objetivos</i>	13
3.1 Hipótesis.....	13
4. <i>Material y Método</i>	15
4.1 Diseño experimental.....	15
4.2 Participantes.....	15
4.3 Instrumentos.....	16
4.3.1 Protocolo de recogida de datos sociodemográficos y criminológicos.....	16
4.3.2 Escala de Evaluación del Cambio (URICA).....	16
4.3.3 Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI).....	17
4.3.4 Cuestionario MDC-Victoria	18
4.3.5 Termómetro de partida	19
4.3.6 Informes finales de los formadores del programa formativo VIDO	19
4.4 Procedimiento.....	19
4.5 Análisis de datos.....	23
5. <i>Resultados</i>	25
5.1 Análisis preliminares.....	25
5.1.1 Descripción de la muestra	25
5.1.1.1 Descripción del Grupo PIM.....	29

5.1.2 Resultados descriptivos del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) 31	
5.1.2.1 Comparación de las escalas entre el Grupo PIM, Grupo PF y Grupo Control.....	49
5.2.1 Resultados descriptivos de la motivación para el cambio	49
5.2 Evaluación de eficacia del PIM.....	56
5.2.1 Análisis cuantitativos	56
5.2.1.1 Hipótesis 1	59
5.2.1.2 Hipótesis 2	60
5.2.1.3 Hipótesis 3	60
5.2.2 Análisis cualitativos	61
5.3 Resultados sobre los perfiles psicopatológicos de la muestra.....	69
6 Conclusiones	72
7 Limitaciones y propuestas.....	79
8 Referencias bibliográficas	95
9. Anexos	103
9.1 Anexo I: Informes individuales sujetos PIM	103
9.2 Anexo II: Modelo marco de informe individual sujeto PIM	166

1. Introducción

Pocos años atrás, la violencia familiar era una problemática propia de la esfera privada de las familias, por lo que estos hechos nunca transcendían más allá de las puertas del hogar. Poco se conocía a nivel social de este fenómeno y todavía menos a nivel científico. Pero, afortunadamente, los recientes cambios sociales y legislativos facilitaron que este tipo de violencia dejara de formar parte de los secretos de las familias.

El reconocimiento de la existencia de esta problemática y su gradual visibilización ha favorecido el crecimiento de servicios y recursos disponibles en nuestras sociedades, tanto por asistir y atender a sus víctimas como a sus agresores. Sin embargo, la investigación científica ha aumentado exponencialmente con el objetivo de ayudar a las víctimas a sobreponerse a las experiencias vividas y con el objetivo de ayudar a los agresores a modificar su comportamiento para evitar la repetición de la violencia y la aparición de nuevas víctimas.

En la actualidad, el abanico de intervenciones terapéuticas con agresores continúa requiriendo de todos los esfuerzos prácticos y científicos para mejorar su eficacia y disminuir las posibilidades de reincidencia de los agresores de pareja.

Entre estas intervenciones específicas de reeducación y/o tratamiento psicológico, el estudio que se presentara a continuación está centrado en los programas formativos (PF) en materia de violencia doméstica. Esta investigación, constituye la última fase de un proyecto que se inició en 2012 con el propósito fundamental de mejorar la eficacia de los programas formativos actualmente aplicados en Cataluña.

La bibliografía internacional más reciente ha remarcado que para mejorar la eficacia de los tratamientos y la adherencia terapéutica es necesario que los individuos se encuentren preparados o motivados para iniciar un cambio terapéutico. Atendiendo a esta línea de investigación, durante una primera fase de este proyecto se evaluaron los niveles de motivación para el cambio

y las características psicopatológicas de una muestra de hombres condenados a la realización de un programa formativo en materia de violencia doméstica. Como resultado, se destacó que los individuos no se encontraban en la situación motivacional más adecuada para sacar el máximo provecho del PF en el que tenían que participar y, que por lo tanto, esto afectaría a su eficacia.

Para afrontar estos resultados, en la segunda fase de este proyecto se diseñó un Programa de Intervención Motivacional (PIM) para aumentar los niveles de motivación para el cambio de estos hombres. Este programa se diseñó siguiendo los máximos estándares científicos y las características más destacadas de otras intervenciones similares a nivel internacional que habían demostrado su eficacia.

Durante esta tercera fase, objeto de esta memoria, se pretende realizar una evaluación piloto de la eficacia del Programa de Intervención Motivacional aplicado a una muestra de hombres también condenados a la realización de un PF en materia de violencia doméstica.

2. Marco teórico

2.1 Breve revisión sobre los últimos avances en la investigación sobre motivación para el cambio

Según Ward *et al.* (2004), la disposición para cambiar la conducta delictiva persistente requiere de ciertos factores internos y condiciones externas en un contexto particular. Por ello, las limitaciones de los tratamientos para delincuentes pueden provenir de la persona, la situación o del contexto del tratamiento. Al iniciar este proyecto de investigación en 2012 (Civit *et al.*, 2013), se hizo una intensiva revisión de la relación entre motivación para el cambio y eficacia del tratamiento.¹ En aquella memoria se destacaron diversos estudios que recalcaban la importancia de la relación entre estos dos elementos (Alexander, Tracy, Radek y Koverola, 2009; August y Flynn, 2007; Bowen y Gilchrist, 2004; de Oliveira Júnior y Malbergier, 2003; Hemphill y Howell, 2000; McMurrin, Theodosi y Sellen, 2006; Norcross, Krebs y Prochaska, 2011a; Pelissier, 2007; K. L. Scott y Wolfe, 2003; Subirana-Malaret y Andrés-Pueyo, 2013; Terry, 2001; Tierney y McCabe, 2004).

A pesar de todo, ya se destacaba que la motivación para el cambio había sido un constructo olvidado por la investigación psicológica y criminológica, debido a numerosas dificultades. En primer lugar, el propio concepto de motivación para el cambio y su definición han sido objeto de considerables divergencias. Incluso, si se consideran como conceptos diferentes los de motivación para el cambio y de disposición para el tratamiento (Day, Casey, Ward, Howellos y Vess, 2010; Majer, Olson, Komer y Jason). Si se consideran ambos conceptos como diferenciados, podría encontrarse el caso de individuos motivados para cambiar de conducta pero no para realizar un tratamiento y viceversa, lo que complicaría todavía más el análisis en cuestión.

¹ Para una revisión más ampliada sobre los aspectos teóricos de la motivación para el cambio, su relación con el tratamiento en delincuencia así como sobre los estudios relacionados con los agresores de pareja se recomienda (Civit *et al.*, 2013).

Sin embargo, otra área conflictiva cuando se trata del estudio de la motivación para el cambio ha sido la base teórica de partida, dada la existencia también de múltiples posturas teóricas con sus correspondientes instrumentos evaluativos. Muchas de ellas formuladas desde campos muy diferentes a la criminología, por ejemplo: el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (Casey, Day y Howellos, 2005), el modelo de creencias sobre la salud (MCS) (Becker, 1974; Glanz, Rimer y Viswanath, 2008), la teoría de la motivación hacia la protección (Orbell *et al.*, 2009; Plotnikoff *et al.*, 2010; Rogers, 1975), la teoría de la autoeficacia (Bandura, 1977; Schunk y Pajares, 2004), o la teoría de la acción razonada (TRA) (Fishbein y Ajzen, 2010; Mullan y Westwood, 2010), entre otros.

Y en tercer lugar, pero no último, dado que pueden encontrarse muchas más áreas de conflicto, se encuentran las diferencias de opiniones respecto a la relación entre motivación y tratamiento. Existen tres perspectivas diferenciadas: la primera de ellas, pondría de relieve la necesidad de trabajar inicialmente para aumentar la motivación de los sujetos, de manera que la motivación debería constituir uno de los objetivos iniciales del tratamiento (Cooney *et al.*, 2015; Tierney y McCabe, 2002; Tierney y McCabe, 2004). La segunda, defendería que solo se tendría que incluir en el tratamiento a aquellos sujetos genuinamente motivados para el cambio (Harkins y Beech, 2007). Y la tercera, sugeriría que se tiene que ajustar el tratamiento al nivel de motivación mostrado inicialmente por el sujeto, adaptando objetivos y técnicas del tratamiento (Clarke y Carter, 2000; Hanson, 2000; citados en Tierney y McCabe, 2004).

En conclusión, después de diversos años de estudio de la psicología y la criminología sobre la motivación para el cambio, el estado de la cuestión todavía se encuentra lleno de incógnitas y resultados incoherentes. Especialmente, respecto a la fiabilidad de las perspectivas teóricas, de los instrumentos de evaluación y de la eficacia de los tratamientos motivacionales y de su vinculación con la eficacia del tratamiento. Mossière (2014) realizó en una relevante revisión de más de 11 modelos teóricos sobre motivación y los diferentes instrumentos de medida vinculados a

delincuentes. Como conclusión, destacó que es necesario encontrar un mayor consenso tanto respecto a las teorías como a los métodos de evaluación.

A pesar de todo, durante los últimos años ha habido un crecimiento de los estudios centrados en la motivación para el cambio. En este sentido han aumentado los estudios sobre creación de instrumentos de evaluación motivacionales (Bergly, Stallvik, Nordahl y Hagen, 2014; Fitzpatrick y Weltzin, 2014; Gašević, 2015; K. Scott y Lewis, 2015; Sielski, Begun y Hamel, 2015; Wade y Andrade, 2014); la relación entre motivación y tratamiento (Andrade, Browne y Naber, 2015; Cook, Heather y McCambridge, 2015b; Vijay, Bazazi, Yee, Kamarulzaman y Altice, 2015); e incluso estudios neurobiológicos (Chung, Pajtek y Clark, 2013; Prisciandaro, McRae-Clark, Myrick, Henderson y Brady, 2014)

Respecto a los programas motivacionales, objeto principal de análisis en esta investigación, también han aumentado los estudios que describen evaluaciones de eficacia con resultados positivos (Becan, Knight, Crawley, Joe y Flynn, 2015; Bewick *et al.*, 2014; Gantiva, Guerra y Vila, 2015; Mason, Benotsch, Way, Kim y Snipes, 2014; Vella-Zarb, Mills, Westra, Carter y Keating, 2015). Pero también pueden encontrarse estudios con resultados ambivalentes (Bettmann, Russell y Parry, 2013; Cavaiola, Fulmer y Stout, 2015; Clausen, Lübeck y Jones, 2013; von Brachel *et al.*, 2014) o que no muestran cambios a corto plazo pero sí a largo plazo (Cook, Heather y McCambridge, 2015a; Hillen, Dempfle, Seiz, Herpertz-Dahlmann y Bühren, 2015).

2.2 El Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente

Debido a la relevancia del Modelo Transteórico propuesto por Prochaska y DiClemente a partir de 1982, para estos estudios es preciso describir de nuevo sus elementos básicos (Casey *et al.*, 2005; Prochaska, Velicer, DiClemente y Fava, 1988). El modelo transteórico integra tres dimensiones

interrelacionadas (Norcross *et al.*, 2011a): estadios de cambio, procesos de cambio y niveles de cambio, que a continuación se explicarán brevemente.

La estructura más relevante se corresponde aquí con los *estadios de cambio*, o fases de motivación a través de las cuales va avanzando el individuo (Prochaska *et al.*, 1988). Estos estadios son: 1) *Precontemplación*: el sujeto no es consciente de la presencia de un problema y, en consecuencia, no existe el deseo de cambio; 2) *Contemplación*: aparece la conciencia de problema inicial y, con ella, el deseo de cambio; 3) *Acción*: el sujeto realiza acciones claramente dirigidas a solucionar su problema y ya ha alcanzado algunos éxitos; y 4) *Mantenimiento*: el individuo ha conseguido modificar su conducta y utiliza estrategias para evitar una recaída.

Se considera una estructura dinámica en la que los individuos pueden oscilar de un estadio a otro, avanzando o retrocediendo a lo largo de un tratamiento, sin seguir, necesariamente, la misma secuencia de estadios.

A grandes rasgos, una de las afirmaciones básicas del modelo transteórico, pilar de la presente investigación y de la del año anterior (Civit, Iturbe, Martínez-Catena, Muro y Nguyen Vo, 2013), es que si el sujeto acepta voluntariamente realizar un tratamiento, tiene que estar situado en el estadio de Contemplación o Acción y que, a medida que avanza el tratamiento, la persona irá evolucionando de estadio en estadio (Santos, González, Fons, Forcada, y Zamora, 2001).

2.3 El Programa de Intervención Motivacional (PIM)

En consideración a los argumentos científicos revisados hasta ahora sobre la importancia de la motivación para el cambio y el éxito del tratamiento, además de los resultados obtenidos en Civit *et al.* (2013), se diseñó el Programa de Intervención Motivacional (PIM) (Martínez-Catena, Civit, Iturbe, Muro y Nguyen, 2015). El PIM es una intervención diseñada con el objetivo de ser aplicada a los hombres condenados a realizar un programa formativo (PF) en violencia doméstica antes de la realización del mismo. Su finalidad

es ayudar a los individuos a colocarse en la mejor situación para afrontar el PF y prepararlos para que puedan sacar el máximo provecho del cumplimiento de esta medida.

El PIM se diseñó para aumentar el nivel motivacional de los sujetos bajo la base teórica del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983; Norcross, Krebs y Prochaska, 2011b; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska *et al.*, 1988), la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1999; Miller, Zweben, DiClemente y Rychtarik, 1999; Miller, 1985) y las técnicas cognitivo-conductuales y constructivistas que han resultado más eficaces. Tomando estas perspectivas como base teórica, el PIM se plantea como una intervención breve donde el profesional guía al individuo mediante un diálogo socrático, a través de diversas actividades que potencian opiniones favorables al cambio.

En concreto, el PIM se compone de cinco módulos dirigidos a aumentar la motivación del individuo:

- **Módulo 0 Evaluación:** en este módulo se analiza con detalle la historia de vida y delictiva del sujeto, se realiza el encuadre de la medida. Además, mediante la aplicación de diversos instrumentos psicológicos, se evalúan las características clínicas de personalidad y los aspectos motivacionales de los individuos que son necesarios para la aplicación del PIM.
- **Módulo 1 Feedback y Ambivalencia:** donde se realiza la devolución de la información obtenida en el módulo anterior que se considera necesaria para que el individuo identifique su problemática, y se trabaja para que entienda los costes derivados de su problema y los beneficios que puede proporcionar un cambio.
- **Módulo 2 Autoeficacia y Apoyo Social:** dedicado a reforzar la creencia de autoeficacia para que el individuo logre confianza en sus capacidades para potenciar un cambio en su conducta. Se ayudará al usuario a identificar a los individuos de su entorno

que pueden ofrecerle apoyo y ayudar en este proceso de cambio, así como a aquellos que pueden entorpecerlo.

- Módulo 3 Mapa de ruta: se guía al usuario para que escoja cuáles serán sus objetivos de cambio y la manera de llevarlos a cabo.
- Módulo 4 Seguimiento: destinado a evitar que el individuo retroceda y pierda la motivación adquirida, y a ayudarle a identificar los riesgos que le pueden llevar a un nivel motivacional anterior.

El programa tiene tres niveles de intensidad diferente (reducido, completo e intensivo) en función del perfil psicopatológico de los individuos y el nivel motivacional en el que se encuentran. Es decir, la intensidad del programa se ajusta a los tres perfiles psicopatológicos que se obtuvieron en Civit *et al.* (2013), llamados: negadores, moderados y realistas; y en los estadios motivacionales: precontemplación, contemplación y acción (el estadio de Mantenimiento no se tiene en cuenta dado que si algún sujeto se encontrara en este estadio no requeriría de la aplicación de esta intervención). Por ejemplo, un agresor con un perfil de negador y situado en el estadio de Precontemplación tendría que participar en un programa intensivo; mientras que un individuo realista y en el estadio acción participaría en la versión reducida del PIM.

3. Objetivos

El objetivo principal de esta investigación es implementar el programa motivacional PIM en una muestra de agresores de pareja que realizan el programa formativo en violencia doméstica (PF VIDO en adelante).

A fin de alcanzar este propósito, se plantean los siguientes subobjetivos:

1. Implementación piloto de la técnica motivacional.
2. Evaluación de la motivación para el cambio en una muestra de agresores de pareja a los que se les ha aplicado el PIM, y que, además, han realizado el PF VIDO. El objetivo principal del PIM es que los sujetos inician el programa formativo en las condiciones más favorables para aprovechar sus contenidos. Por lo tanto, en términos de estadio de cambio, se espera que los sujetos que realicen el PIM se sitúen como mínimo en el estadio de Contemplación, salvo aquellos que ya se encuentren situados en estadios más avanzados donde el objetivo consistiría en mantener ese estadio de motivación.
3. Exploración de la existencia de diferentes perfiles psicopatológicos de toda la muestra y su implicación sobre la motivación para el cambio.

3.1 Hipótesis

Las hipótesis que se plantean en este estudio son las siguientes:

- Hipótesis 1: los sujetos que han realizado el programa PIM (Grupo PM) habrán aumentado su nivel de motivación al finalizarlo y se mantendrá al finalizar el PF VIDO.
- Hipótesis 2: Tal como sucedió en la primera investigación, los Grupos PF y Control, no mostrarán diferencias motivacionales significativas entre los dos momentos de evaluación (Pretratamiento y Postratamiento 2).

- Hipótesis 3: El Grupo PIM presentará un nivel de motivación más avanzado al finalizar el PF, en comparación con otros grupos de estudio (Grupo PF y Grupo Control).

4. Material y Método

4.1 Diseño experimental

El diseño de investigación de este estudio es un diseño de comparación intra-sujeto e inter-grupos, que permite hacer la comparación entre las puntuaciones obtenidas por diversos grupos y las puntuaciones obtenidas por los propios individuos en diferentes momentos temporales.

En concreto, en este estudio se evalúan tres grupos de sujetos en diferentes momentos temporales. Por un lado, el Grupo PIM (grupo de hombres a los que se les aplicará el programa motivacional y que también realizarán el PF) se evalúa en tres momentos temporales: antes de la realización de cualquier intervención (Pretratamiento), después de la aplicación del PIM y antes de haber iniciado el PF VIDO (Postratamiento 1), y una vez finalizado el PF VIDO (Postratamiento 2). Además, los Grupos PF y Control son evaluados en dos momentos temporales: Pretratamiento y Postratamiento 2.

4.2 Participantes

La muestra de la presente investigación esta formada en su totalidad por 109 hombres condenados a una medida judicial ante su autoría de un delito de violencia machista. Todos los miembros del grupo tienen la obligación de participar en un programa formativo de Violencia Doméstica como medida penal alternativa.

Esta muestra se divide en tres grupos diferenciados:

- Grupo PIM: formado por 12 hombres a los que se les ha aplicado el Programa de Intervención Motivacional (PIM) antes de iniciar el PF VIDO y han realizado el programa formativo.
- Grupo PF: compuesto por 58 hombres que han participado en un PF VIDO siguiendo el protocolo existente en la actualidad y que,

por lo tanto, no han recibido ninguna intervención motivacional previamente.

- Grupo Control: formado por 38 usuarios que se encuentran en lista de espera para la realización del PF VIDO y que, por lo tanto, en el momento de las evaluaciones pre y post todavía no lo habían realizado.

4.3 Instrumentos

Para ofrecer continuidad a este estudio en relación a los anteriores (2012 y 2014), en términos generales, se han recogido las mismas variables y aplicado los mismos instrumentos, excepto dos nuevos instrumentos que forman parte de la evaluación inicial necesaria para la aplicación del PIM. A continuación se describen los instrumentos aplicados a la muestra.

4.3.1 Protocolo de recogida de datos sociodemográficos y criminológicos

El grupo de investigación diseñó *ad hoc* una plantilla para recoger un amplio grupo de variables sociodemográficas y de carrera criminal de cada sujeto de la muestra. Se recogieron todas aquellas variables que la bibliografía científica destaca como relevantes, y se dedicó especial atención al riesgo de reincidencia de los individuos.

Toda la información se obtuvo mediante diversas fuentes, en especial, los informes sobre las entrevistas personales desarrollados por los miembros del equipo del servicio de ejecución de medidas penales alternativas, los expedientes judiciales y sentencias, el aplicativo de gestión de expedientes de Justicia Juvenil y Medidas Penales Alternativas (JOVO), así como la consulta del Sistema Informático Penitenciario Catalán (SIPC).

4.3.2 Escala de Evaluación del Cambio (URICA)

La Escala de Evaluación del Cambio (URICA) fue diseñada por McConaughy, Prochaska y Velicer (1983, traducción de Redondo, 2012)

con el objetivo de medir los diferentes estadios de cambio postulados en el modelo transteórico de cambio (precontemplación, contemplación, acción o mantenimiento). Esta escala y toda la información respecto a los diferentes métodos de corrección se encuentran disponibles en la página web del Cancer Prevention Research Centre de la Universidad de Rhode Island (EEUU), centro dirigido por James Prochaska.

La escala URICA es un autoinforme de 32 ítems referidos a creencias y disposiciones que puede tener el individuo sobre el problema que experimenta, cada uno de ellos vinculados a uno de los estadios de cambio. Estos ítems se refieren a la conducta problema de manera general, mediante afirmaciones genéricas sobre «el problema» o «mi problema». Los participantes tienen que valorar, en una escala de tipo Likert de 1 a 5 puntos, su grado de desacuerdo/acuerdo con el contenido de cada afirmación o ítem.

Como se indicó en los estudios anteriores, esta escala todavía no ha sido validada y dispone de diferentes métodos de corrección. El sistema básico, consiste simplemente en el sumatorio de los ítems correspondientes a cada estadio, para poder así conocer en qué estadio destaca el individuo (Callaghan y Taylor, 2006; DiClemente, Schlundt, y Gemmell, 2004; Hemphill y Howell, 2000).

El segundo sistema de corrección se obtiene a través de un logaritmo (Callaghan, 2005), consistente en calcular el sumatorio de la media de contemplación, acción y mantenimiento, menos la media de la escala de Precontemplación. Este cálculo proporciona una puntuación total continua donde, a mayor puntuación, mayor motivación para el cambio.

4.3.3 Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)

Respecto a la evaluación de las características psicopatológicas de los sujetos de la muestra, se ha aplicado el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) (Morey, 1991; adaptado a la población española recientemente por TEA Ediciones, 2011). La versión «screening» o abreviada, que es la que se ha utilizado en esta investigación, consta de 165

ítems a los que el sujeto tiene que responder en qué grado es aplicable cada ítem en su caso, en una escala tipo Likert de 1 a 4 puntos (que va desde «falso» a «completamente verdadero»). El PAI screening evalúa un total de 22 escalas:

- Cuatro escalas de validez para evaluar el grado de distorsión: Inconsistencia, Infrecuencia, Impresión negativa e Impresión Positiva.
- Once escalas clínicas: Quejas Somáticas, Ansiedad, Trastornos relacionados con la Ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos Límites, Rasgos Antisociales, Problemas con el Alcohol y Problemas con las Drogas.
- Cinco escalas relacionadas con la respuesta al tratamiento: Agresión, Ideaciones Suicidas, Estrés, Falta de Apoyo Social y Rechazo al Tratamiento.
- Dos escalas sobre relaciones interpersonales: Dominancia y Afabilidad.

Esta escala cuenta con un alto reconocimiento sobre todo en el ámbito forense, y presenta buenas propiedades psicométricas (una consistencia interna media con valores alfa entre 0,74 y 0,81; y consistencia temporal con un coeficiente test-retest=0,82).

4.3.4 Cuestionario MDC-Victoria

Como parte de la evaluación inicial de los sujetos para proceder a la aplicación del PIM, también se aplicó el Cuestionario Multifactorial de Disposición al Cambio de la Universidad de Victoria (Cuestionario MDC-Victoria) a la muestra perteneciente al Grupo PIM. Este cuestionario proporciona una valoración general de la disposición al cambio de los individuos e información más detallada sobre cuatro factores relevantes para la intervención motivacional: Actitudes y Motivación, Reacciones Emocionales, Creencias Delictivas, y Eficacia. Consta de 20 ítems con respuesta en escala Likert (0 «Completamente en desacuerdo»; 5

«Completamente de acuerdo»). Este cuestionario fue traducido al español por el propio grupo de investigación.

4.3.5 Termómetro de partida

Sin embargo, al Grupo PIM se le aplicó el llamado «termómetro de partida», que consiste en una escala gráfica del 0 (nada importante) al 10 (muy importante), donde el individuo tiene que valorar lo importante que es para él cambiar en ese momento.

4.3.6 Informes finales de los formadores del programa formativo

VIDO

Estos informes son valoraciones finales emitidas por los psicólogos o formadores que aplican el programa formativo VIDO.

4.4 Procedimiento

Este estudio se ha realizado siguiendo una serie de fases necesarias para el buen desarrollo y la aplicación del PIM. En términos generales, el trabajo de este estudio se ha dividido en fase de aplicación del PIM, recogida de datos y evaluaciones postratamiento, análisis y explotación de datos, y elaboración de conclusiones.

A partir de la resolución de las becas para la investigación, estudios y análisis en los ámbitos de la ejecución penal, la mediación penal, de atención a la víctima, la administración de justicia y el derecho civil catalán de fecha 22 de diciembre de 2014 y atendiendo a la previsión de distribución para 2015 de los programas formativos en materia de violencia doméstica en la demarcación de Girona, diseñamos el cronograma de recogida de la muestra y la distribución de sujetos en los diferentes grupos Control y PIM.

Hay que tener en cuenta que la recogida de muestra del Grupo PIM se ve comprometida también por las características del diseño experimental y las limitaciones temporales de aplicación del PIM, ya que este fue diseñado para que precediera en el tiempo a los PF, de manera que los sujetos inician el

PF justo al acabar el PIM. Por lo tanto, la fase del estudio correspondiente a la aplicación del PIM a una muestra de usuarios de medidas penales alternativas de Girona requirió toda una serie de pasos para ajustarnos a los requerimientos establecidos por el programa y por la investigación que se describen a continuación.

En primer lugar, se realizó una reunión con la directora general de los Servicios Territoriales (SSTT) de Girona, el jefe de servicio del Área de Apoyo a la Ejecución Penal y la jefa de sección de los Servicios Sociales del Ámbito Penal para comunicar el inicio de la aplicación de la prueba piloto del PIM y detallar en qué consistiría esta intervención. Seguidamente, los miembros del equipo de investigación se reunieron con el equipo de medidas penales alternativas de Girona para comunicar el inicio de este proyecto, explicar el funcionamiento del PIM y proponer a otros miembros si querían colaborar. Los resultados de esta reunión fueron muy positivos dado que todos los miembros del equipo encargados de la gestión de los PF VIDO se mostraron motivados para participar en este proyecto y aplicar el PIM a algunos de sus casos, por lo que les agradecemos su colaboración. El equipo facilitó a estos profesionales el manual del PIM y otros materiales como la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (1998) para que conocieran el programa, y se les ofreció una formación detallada.

Para la efectiva aplicación del PIM, ante la apertura de concurso para la concesión de la gestión de los programas formativos y la previsión de resolución del mismo en enero de 2015, la recogida de la muestra queda condicionada al momento de inicio de los programas formativos del año.

Como consecuencia de la previsión de demora de la resolución del concurso, la Generalitat de Cataluña aprueba una prórroga para las entidades que están llevando a cabo los programas y una partida presupuestaria excepcional para dar salida de forma urgente a los casos que están en lista de espera. Esto precipita el inicio de algunos programas formativos al mes de diciembre de 2014, e imposibilita que los sujetos que participan en él puedan formar parte del Grupo PIM al que se aplica el plan piloto.

Con fecha 6 de marzo de 2015 y coincidiendo con una reunión explicativa de nuestro proyecto a los Servicios Territoriales de Girona, en la que estaban presentes la directora general de los Servicios Territoriales (SSTT) de Girona, el jefe de servicio del Área de Apoyo a la Ejecución Penal, la jefa de sección de los Servicios Sociales del Ámbito Penal y el coordinador de Medidas Penales Alternativas en Girona, se plantea la dificultad de aplicación del plan piloto en Girona, atendiendo a la demora en la resolución del concurso (todavía pendiente) y se exploran alternativas, entre las que surge la posibilidad de colaboración con otros equipos de Medidas Penales Alternativas, de otros territorios.

Desde el equipo de investigación valoramos muy positivamente esta opción, dado que enriquece la evaluación tanto cualitativa como cuantitativa del objeto de nuestra investigación. El jefe de sección ofrece la posibilidad de realizar un primer contacto con el subdirector, después del cual, en fecha 9 de abril de 2015, se contacta con el responsable del área de Medidas Penales Alternativas, de la Dirección General de Ejecución Penal a la Comunidad y de Justicia Juvenil, mediante correo electrónico donde se expone la situación de la investigación y se solicita colaboración por parte de los equipos de Barcelona provincia. Se recibe respuesta inmediata con la aprobación correspondiente para iniciar el contacto con las coordinadoras de los equipos de MPA Barcelona.

Después de diversas llamadas telefónicas a lo largo del mes de abril, el 6 de mayo de 2015, conseguimos contactar con una de las coordinadoras para exponerle nuestra demanda. En la misma fecha le hacemos llegar mediante correo electrónico el Plan de Intervención Motivacional para que lo comparta con el resto de coordinadoras y con el compromiso de darnos una fecha de reunión para exponer el plan a los delegados de cada equipo.

El 14 de mayo de 2015, nos trasladan la demanda de hacer una reunión previa con las coordinadoras para resolver dudas y clarificar los términos de la colaboración, y se propone el día 29 de mayo. Desde el equipo nos mostramos de acuerdo con la propuesta y, finalmente, la reunión se lleva a cabo el 4 de junio de 2015, a petición de las coordinadoras de MPA. Si bien

en la mencionada reunión no se explicitan reticencias que imposibiliten la aplicación de la prueba piloto, sí que se pueden observar diferentes grados de implicación en la colaboración.

Sin embargo, para dar respuesta a las posibles dificultades de implementación derivadas de las cargas de trabajo de los delegados/as, desde el equipo de investigación se ofrece la alternativa de que profesionales formados en la aplicación de la intervención motivacional puedan desarrollar el plan piloto, lo que permite que la labor del delegado se reduzca a la selección de sujetos compatibles con la muestra.

La semana posterior a la reunión, se concretan dos fechas para realizar las reuniones explicativas con los delegados de cada equipo (22 y 23 de junio de 2015). Desde las coordinadoras de MPA se nos solicita que redactemos un correo electrónico dirigido a los delegados/as para introducir el objeto de nuestra visita a sus reuniones de equipo.

En las fechas establecidas, se llevan a cabo las reuniones con los delegados/as en el marco de sus reuniones de equipo en cada sede territorial y se les facilita el manual de aplicación del PIM para que valoren la posibilidad de colaborar con el proyecto de investigación. Con posterioridad a la reunión, se envía un correo electrónico explicativo con las instrucciones detalladas para la aplicación del plan piloto.

En fecha 16 de julio de 2015, una de las coordinadoras se pone en contacto con el equipo para informar de que tres de sus delegados están interesados en participar en el proyecto. Aunque, ante la falta de participación de algún delegado en la aplicación piloto, el 22 de septiembre de 2015 desde el equipo volvemos a contactar por correo electrónico con los diferentes responsables para poder aumentar la muestra, y ofrecemos de nuevo la posibilidad de que profesionales formados sean los que lleven a cabo la aplicación. A pesar de ello, no se obtiene ninguna respuesta.

A fecha de hoy, no nos han informado de la realización completa de ninguna implementación del plan piloto en el territorio de Barcelona provincia.

En paralelo, y respecto a la aplicación del programa en la provincia de Girona, se resuelve el concurso durante el mes de abril de 2015, y se inician los cursos en mayo. La necesidad de iniciar los cursos de forma inminente, reduce en gran medida el número de casos susceptibles de formar parte de la muestra. Desde el equipo de MPA Girona, participan en la aplicación dos delegados/as que no forman parte del equipo de investigación pero que, tal como se ha comentado anteriormente, han recibido la formación necesaria dado su interés en colaborar con el proyecto.

La recogida de muestra en el territorio de Girona se hace efectiva tanto con los sujetos que realizan el PF en mayo como con los que inician curso en octubre de 2015. La selección de la muestra del Grupo PIM se realizó siguiendo las indicaciones del manual del PIM, mediante las evaluaciones iniciales de los sujetos, de manera que la muestra no fue completamente aleatorizada ya que se requería que los resultados de las aplicaciones de las pruebas de evaluación fueran claros y coherentes.

Paralelamente, se ampliaron las muestras de los otros grupos de análisis y se realizó la recogida de datos sociodemográficos y criminales procedentes de las entrevistas personales realizadas a los sujetos, los expedientes judiciales y sentencias, el aplicativo informático JOVO, y el aplicativo SIPC.

Además, se hizo una recopilación de las impresiones personales de los profesionales que participaron en la aplicación del PIM sobre su viabilidad y eficacia subjetiva.

4.5 Análisis de datos

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

Como paso inicial, se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de las frecuencias de las variables sociodemográficas, criminológicas y de las escalas URICA y PAI para toda la muestra y para cada uno de los grupos.

Como análisis previo sobre la escala URICA, se efectuó un análisis de fiabilidad mediante la exploración de las correlaciones que presentan las diferentes escalas, mediante correlaciones de Spearman, y la obtención del coeficiente Alfa de Cronbach para cada subescala.

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

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

Una vez identificados los diferentes perfiles, se aplicaron pruebas de ANOVA y Kruskal Wallis para comprobar si había diferencias significativas en las escalas del PAI, según los perfiles.

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

5 Resultados

5.1 Análisis preliminares

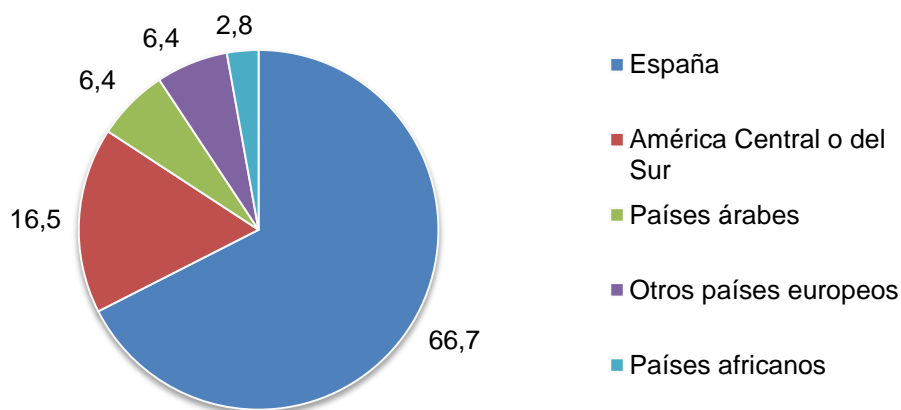
5.1.1 Descripción de la muestra

A continuación se describen las principales características sociodemográficas de la totalidad de la muestra de este estudio.

La muestra evaluada en esta investigación está formada por hombres con una edad media de 41,46 años (DS=9,82; Mín.21/Máx. 68) todos ellos con residencia en el momento de cumplimiento de la medida en la provincia de Girona y con una media de hijos de 1,67.

En el gráfico 1, se observa el territorio de origen de los sujetos de la muestra. El 66,7% de la muestra nació en España, de los cuales un 34,9% lo hizo en Cataluña. El resto de los sujetos de la muestra procede de América Central o del Sur (16,5%), países árabes (6,4%), otros países europeos (6,4%) y países africanos (2,8%). De todos ellos, un 3,7% se encuentra en situación irregular en el país.

Gráfico 1. Territorio de origen de los sujetos de la muestra



En relación al nivel de estudios alcanzado, el 33,9% finalizó los estudios primarios, un 11,9% tiene estudios secundarios, un 12,8% ha realizado un ciclo formativo o profesional, un 1,8% ha finalizado el bachillerato, un 2,8%

tiene estudios universitarios y, un 1,8% presenta analfabetismo, pero cabe destacar que en un alto porcentaje de la muestra (32,1%) esta información no ha sido explorada.

Respecto a la profesión de los sujetos, la mayor parte de ellos se dedican a oficios que requieren baja o media cualificación: ámbito de la construcción, transporte, mecánica u hostelería, entre otros. Así, se ha observado que, del total de los participantes, un 55,9% ha tenido una vida laboral estable, mientras que, en el momento de la evaluación, el 45,8% se encuentra en paro. A pesar de que un porcentaje más bajo, el 26,6%, también se encontraba en situación de desempleo en el momento en que cometió el delito.

Si atendemos al nivel de ingresos de la muestra, gran parte de la muestra (el 44%) cuenta con un nivel de ingresos medio y un 3% con un nivel alto. Por el contrario, el 13,8% manifiesta no contar con ningún tipo de ingresos económicos, el 27,5% está recibiendo la prestación por desempleo y un 5,5%, el PIRMI.

En relación a la salud de los sujetos, un 79,8% no padece ninguna incapacidad ni enfermedad crónica diagnosticada, mientras que el 8,3% informa que está diagnosticado de una enfermedad física y un 5,5%, de un trastorno mental. Además, se observa que el 15,5% de la muestra está vinculado a algún servicio de desintoxicación, normalmente un Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias, un 7,3% a un Centro de Salud Mental y un 9,2% recibe asistencia de los Servicios Sociales del territorio.

Por último, si atendemos al consumo de tóxicos de los sujetos a lo largo de su vida, un 57,8% no ha sido consumidores de ningún tipo de sustancias que generen adicción, mientras que un 19,3% informó que sí lo habían sido con anterioridad y un 17,4% que lo era en el momento de la evaluación. Las sustancias consumidas mayoritariamente son alcohol (56,4%), cocaína (5,1%), tetrahidrocannabinol (12,8%) y heroína (2,6%), y en un 23,1% de estos casos los sujetos presentaban policonsumo de estas sustancias. Cabe

destacar que un 27,5% de la muestra relaciona el delito motivo de la condena actual con el consumo de sustancias tóxicas en aquel momento.

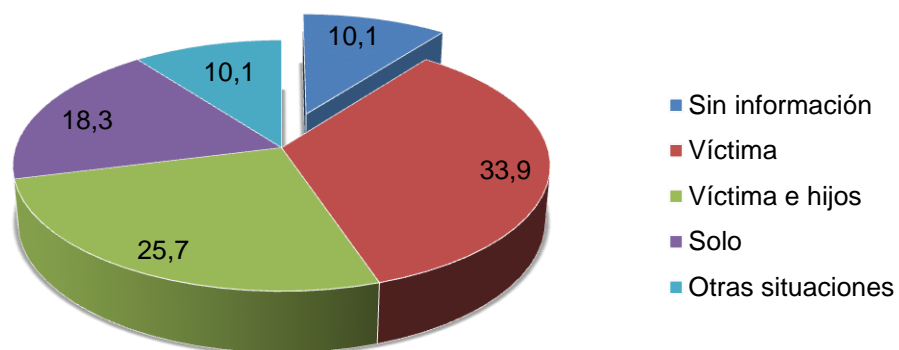
Si nos centramos en el estudio descriptivo de los diferentes aspectos, relacionados con el delito se obtienen los siguientes datos.

El tiempo medio de condena a prisión por los delitos cometidos es de 9,18 meses (DS=5,18; Mín. 3/Máx. 24) y la media de suspensión de la condena, de 25,69 meses (DS=6.87; Mín. 6/Máx. 60). Un 97,2% de los sujetos fue condenado también a cumplir una orden de alejamiento. Del total de los sujetos, un 25,7% tenía antecedentes penales por la comisión anterior de un delito, especialmente vinculado a violencia contra la mujer y otros delitos violentos. Un 13,8% de los sujetos contaba con antecedentes policiales o judiciales anteriores.

Centrándonos en el delito que motiva la condena a la realización de un programa formativo en materia de violencia doméstica, se puede observar que en el momento de los hechos el 20,2% de los hombres estaba casados con la víctima y un 3,7% se encontraba inmersos en un proceso de separación. Respecto al núcleo de convivencia en aquel momento, el 33,9%

convivía con la pareja víctima del delito, el 25,7% lo hacía también con los hijos, el 18,3% vivía solo y el 10,1% vivía en otras situaciones como, por ejemplo, con los padres o compartía piso con amigos (Gráfico 2).

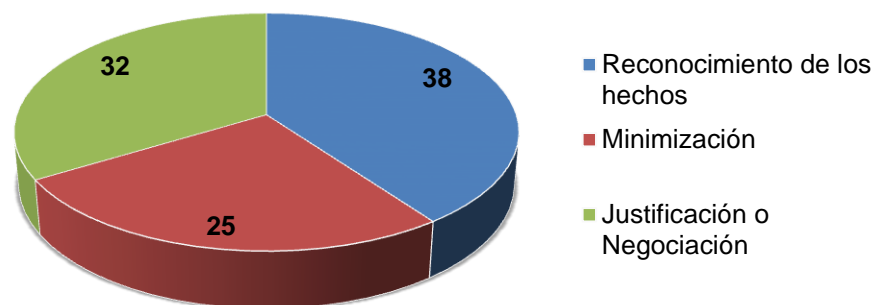
Gráfico 2. Núcleo de convivencia en el momento de comisión del delito



Así, actualmente de este grupo, un 30,3% vive solo, un 23% lo hace con una nueva pareja e hijos, y un 35,8% lo hace en otras situaciones. Cabe destacar que solo un sujeto refirió convivir con la víctima del delito. A la hora de valorar este hecho cabe tener en cuenta que la mayoría de los sujetos todavía tienen vigente una orden de alejamiento de la víctima. En la actualidad, el 43,1% de la muestra no tiene pareja, el 31,2% tiene una nueva pareja y el 4,6% sigue teniendo una relación sentimental con la víctima del delito.

En relación al posicionamiento de los sujetos ante el delito, un 38% relata los hechos sin que existan discrepancias con la redacción de la sentencia, un 25% minimiza los hechos y un 32% los justifica o niega que hayan sucedido (Gráfico 3).

Gráfico 3. Posicionamiento de los sujetos ante los hechos

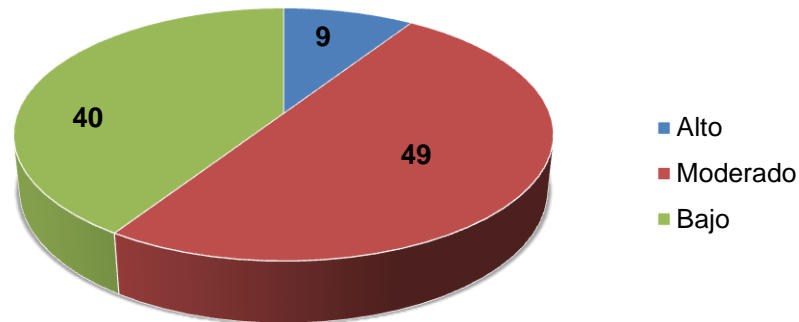


De los hechos descritos en la sentencia, el 39,4% presenta violencia física, el 23,9% violencia verbal y el 26,6% presenta violencia física y verbal. En el 71% de los casos, se trata de un hecho puntual y aislado, y en la mayor parte de los casos no se requirió intervención por parte de los Cuerpos de Seguridad (62%) ni de servicios médicos o psicológicos (55%). En el 11,9% de la totalidad de los casos estudiados, el hombre utilizó un arma (arma blanca) u otro tipo de objeto (palos, cinturones...) para infligir la violencia.

Por último, en relación a la valoración realizada por el Servicio de Ejecución de Medidas Penales Alternativas respecto al riesgo de reincidencia de los

sujetos condenados (Gráfico 4), se observa que el 40,4% de la muestra fue valorada como riesgo bajo de reincidencia, el 48,6% como moderado y el 9,2% como riesgo alto.

Gráfico 4. Valoración del riesgo de reincidencia de los sujetos de la muestra efectuada por el Servicio de Ejecución de Medidas Penales Alternativas



5.1.1.1 Descripción del Grupo PIM

El Grupo PIM finalmente quedó formado por 12 individuos que participaron en el programa motivacional. Atendiendo a las características de aplicación del PIM este grupo no fue seleccionado al azar, sino que en primer lugar se hizo una primera selección atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión del manual (por ejemplo, habilidad lingüística, presencia de otros trastornos, consumo activo de tóxicos, etc.) y de otros motivos que imposibilitaran la aplicación completa del PIM, como podían ser sus horarios laborales, traslados, la previsión de encarcelamiento, etc. En la Tabla 1, se describen los principales motivos y el número de individuos que tuvieron que ser excluidos de la muestra PIM.

Tabla 1. Motivos de exclusión de la muestra PIM

RAZONES BAJA	N	%
Consumo activo	0	0
Encarcelamiento	3	3,70
Horario laboral	19	23,46
Imposibilidad logística	18	22,22
Negativa a realizar el PIM	7	8,64
No localización	7	8,64
Problemas idiomáticos	18	22,22
Realización previa de un PF	2	2,47
Salud mental	1	1,23
Traslado	6	7,41
TOTAL	81	100

Además, el programa PIM requiere evaluar a los individuos mediante la aplicación de las pruebas previstas en el Módulo 0. Especialmente, a través de las pruebas PAI y URICA se obtienen los perfiles de los sujetos para ajustarlos a la intensidad de intervención más adecuada. En este sentido, la muestra quedó conformada por los perfiles que se observan en la Tabla 2.

Tabla 2: Perfiles de la muestra del Grupo PIM

Sujeto y perfil	Perfil	Estadio URICA inicial	Evaluaciones realizadas
PIM 1	Moderado	Contemplación	Pre, Post 1, Post 2
PIM 2	Negador	Contemplación-Acción	Pre, Post 1
PIM 3	Realista	Acción	Pre, Post 2
PIM 4	Negador	Precontemplación	Pre, Post 1, Post 2
PIM 5	Negador-Moderado	Contemplación	Pre, Post 1, Post 2
PIM 6	Negador	Contemplación-Acción	Pre, Post 1
PIM 7	Negador	Contemplación	Pre, Post 1, Post 2
PIM 8	Realista	Contemplación-Acción	Pre, Post 2
PIM 9	Negador	Contemplación	Pre, Post 1, Post 2
PIM 10	Negador	Contemplación	Pre, Post 1, Post2
PIM 11	Realista	Contemplación-Acción	Pre, Post 1, Post 2
PIM 12	Negador	Precontemplación	Pre, Post 1

Respecto a las medidas intersujetos, el Grupo Experimental se compone por 12 sujetos evaluados, de los que 7 cuentan con una evaluación completa (es decir, que fueron evaluados en los tres momentos temporales Pretratamiento, Postratamiento 1 y Postratamiento 2) y 2 también pudieron ser evaluados al finalizar el PF.

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

Del total de la muestra (N=109), el 99,08% de los sujetos completó el inventario PAI (n=108). Como ya se hizo en la investigación anterior (Civit *et al.*, 2013), se procedió a identificar y eliminar aquellos casos en que las puntuaciones superaban los puntos de corte que garantizan la validez de la prueba en las escalas que evalúan la distorsión de respuesta. Según el manual de corrección e interpretación de la prueba, no es conveniente continuar con la interpretación del resto de escalas si los individuos presentan puntuaciones transformadas (PT) iguales o superiores a las siguientes escalas:

Inconsistencia: Puntuación Transformada ≥ 75

Infrecuencia: Puntuación Transformada ≥ 75

Impresión Negativa: Puntuación Transformada ≥ 101

Por esta razón, se omitieron los casos con estas puntuaciones a la hora de realizar los posteriores análisis. Como ya se decidió en la investigación anterior, los casos con PT iguales o superiores a 65 en la escala Impresión Positiva se incluyeron en la muestra de estudio, ya que la bibliografía científica refiere que esta variable estaría presente a la hora de evaluar la eficacia del tratamiento.

Una vez eliminados los sujetos mencionados, los casos susceptibles de análisis de los perfiles PAI constituían el 94,49% de la muestra (103 casos). La Tabla 3 muestra las puntuaciones medias en cada una de las escalas clínicas, relacionadas con el tratamiento y de relación interpersonal para la totalidad de la muestra, y los grupos PIM, PF y Control. Por una cuestión de coherencia con otras investigaciones previas (Civit *et al.*, 2013), en esta ocasión tampoco se incluyó la escala Estrés de la versión española abreviada del PAI.

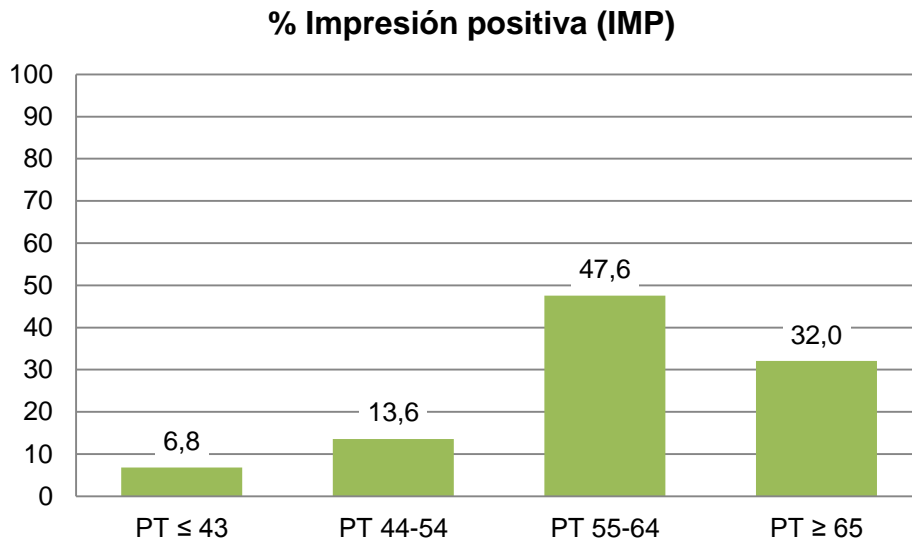
Tabla 3. Resultados descriptivos del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) para el conjunto de la muestra y para los grupos de estudio

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

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; SOM=Somatización; ANS=Ansiedad; TRA=Trastornos relacionados con la Ansiedad; DEP=Depresión; MAN=Manía; PAR=Paranoia; ESQ=Esquizofrenia; LIM=Rasgos Límites; ANT=Rasgos Antisociales; ALC=Problemas con el Alcohol; DRG=Problemas con las Drogas; AGR=Agresión; SUI=Ideaciones Suicidas; FAS=Falta de Apoyo Social; RTR=Rechazo al Tratamiento; DOM=Dominancia; AFA=Afabilidad

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

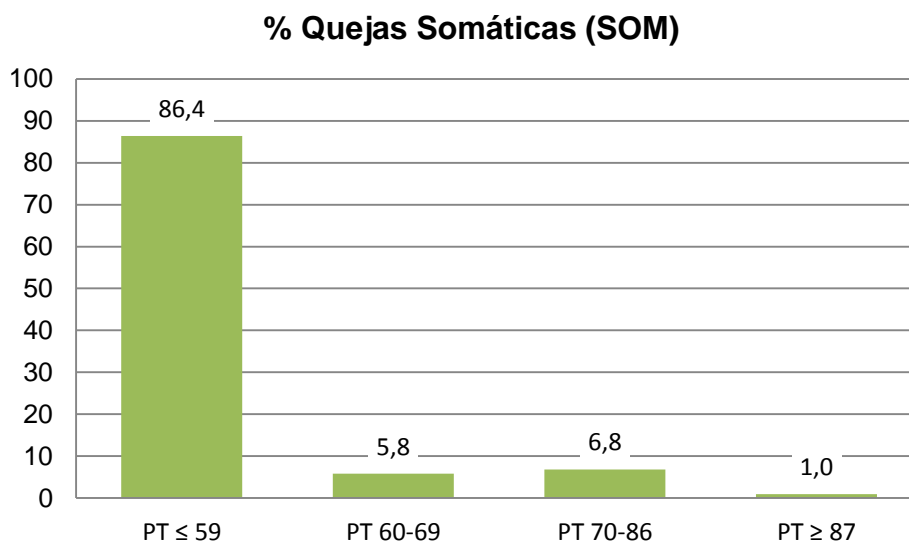
Gráfico 5. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Impresión Positiva



La escala Impresión Positiva (IMP) nos permite detectar a aquellos sujetos que tratan de dar una imagen positiva de sí mismos, ya que explora el reconocimiento de defectos personales poco relevantes. Esta distorsión puede darse porque los sujetos en realidad no poseen las características negativas que evalúa la prueba, están intentando falsear sus respuestas, o bien no son conscientes de su problemática. Como se puede apreciar en el Gráfico 5, un 20,4% de la muestra obtiene puntuaciones iguales o inferiores a 54, lo que indica que estos sujetos no pretenden presentar una imagen favorable irreal, en cambio, un 47,6% de la muestra presenta puntuaciones transformadas (PT) que oscilan entre 55 y 64, lo que quiere decir que estos sujetos tienden a minimizar los problemas o defectos comunes, además de mostrar una cierta defensividad. Resulta también destacable que más del 30% de los sujetos de la muestra obtenga PT superiores a 65, cuando solo un 6,4% de casos no clínicos obtiene puntuaciones en este rango en la muestra utilizada para la adaptación de la prueba a la población española. Como ya se ha comentado anteriormente, hay que tener en cuenta la posibilidad de que el resto de

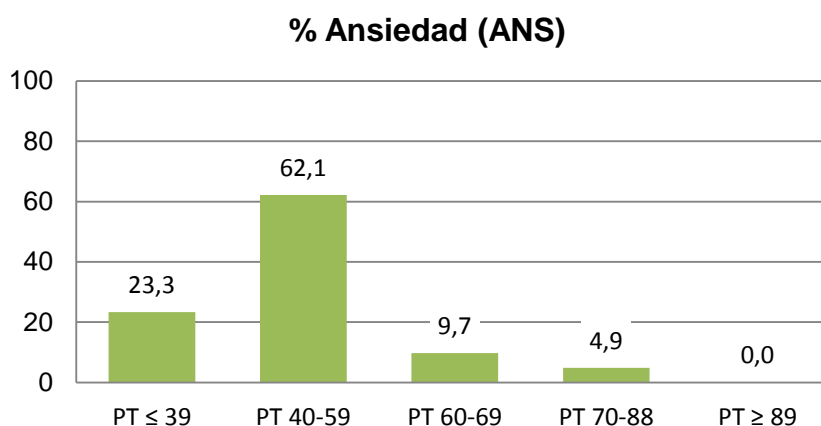
escalas del PAI muestren una puntuación más baja de la que realmente se obtendría dada esta tendencia minimizadora.

Gráfico 6. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Quejas Somáticas



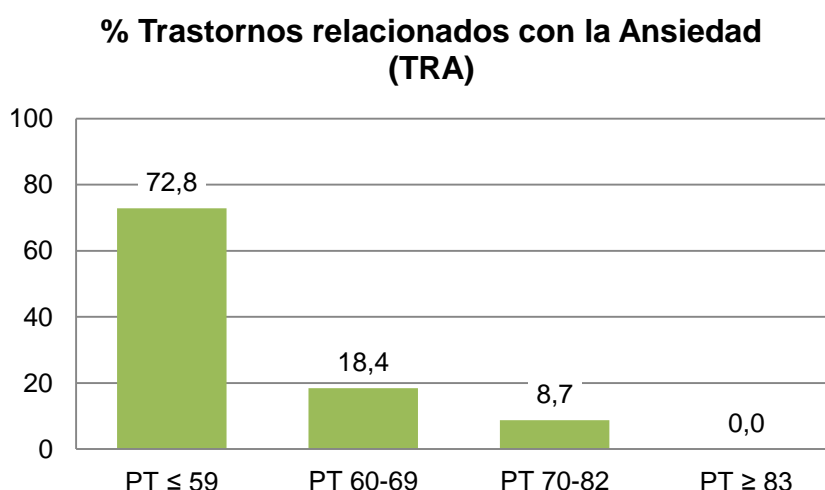
La escala Quejas Somáticas (SOM) evalúa el grado de preocupación sobre problemas físicos y de salud, así como el grado de deterioro percibido como consecuencia de la sintomatología somática (Gráfico 6). Como se puede observar, el 86,4% de los sujetos evaluados son personas con pocas quejas corporales y son percibidas por los demás como optimistas, activas y eficaces. Además, un 6,8% de la muestra presenta puntuaciones por encima de 70, lo que indica la presencia de preocupaciones importantes sobre la salud y las Quejas Somáticas. Finalmente, un 1% de los sujetos evaluados manifiesta una preocupación constante sobre la salud y un gran deterioro como consecuencia de la sintomatología somática, asumiendo un rol de incapacidad. Además, no serían buenos candidatos para iniciar un tratamiento.

Gráfico 7. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Ansiedad



La escala de Ansiedad (ANS) evalúa el grado de tensión y emoción negativa que un sujeto puede manifestar cognitiva, emocional y fisiológicamente. Como se puede apreciar en el Gráfico 7, el 23,3% presenta puntuaciones por debajo de 39, lo que indica que podría tratarse de personas con tendencia a la temeridad en determinadas situaciones. En contraste, un 62,1% de la muestra presenta pocas quejas de ansiedad (PT=40-56). Casi el 10% de los participantes podría estar experimentando ciertos problemas de estrés o ansiedad. Y, finalmente, un 4,9%, padecería niveles significativos de ansiedad y tensión durante la mayor parte del tiempo.

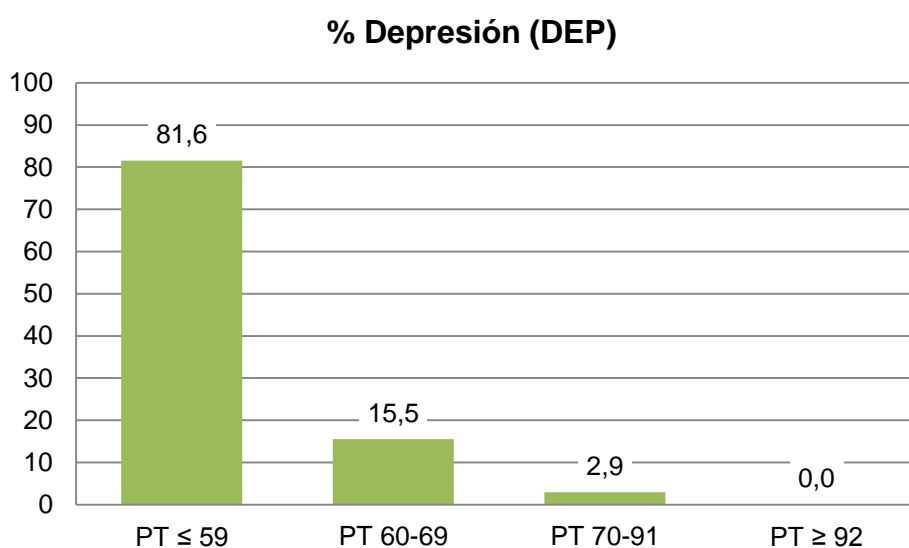
Gráfico 8. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Trastornos relacionados con la Ansiedad



A diferencia de la anterior, la escala Trastornos relacionados con la Ansiedad (TRA) evalúa de manera general el grado de manifestación de la ansiedad a nivel conductual. Prácticamente las tres cuartas partes de la muestra obtiene

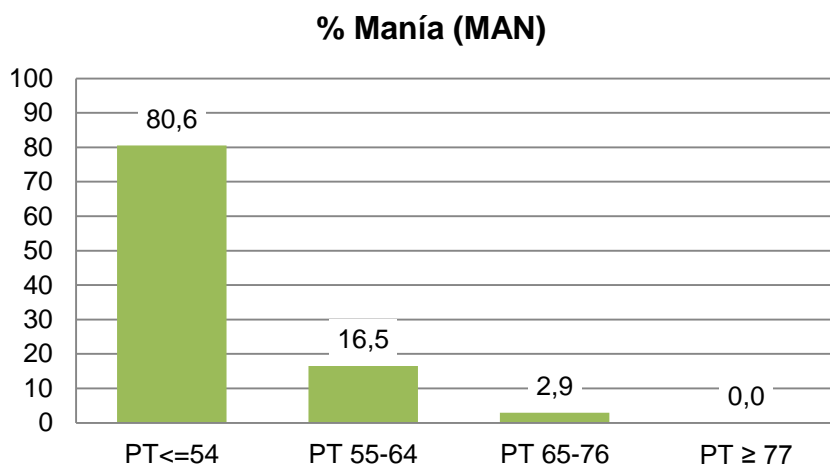
puntuaciones inferiores a 59, lo que indica que son personas que experimentan poco malestar y son percibidas como seguras de sí mismas, flexibles y serenas, cuando se encuentran bajo presión. Casi el 20% de los sujetos muestra algún tipo de miedo específico y baja autoconfianza. Es destacable que el 8,7% de los individuos se caracterizan por parecer inseguros, preocupados e incómodos en situaciones sociales (Gráfico 8).

Gráfico 9. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Depresión



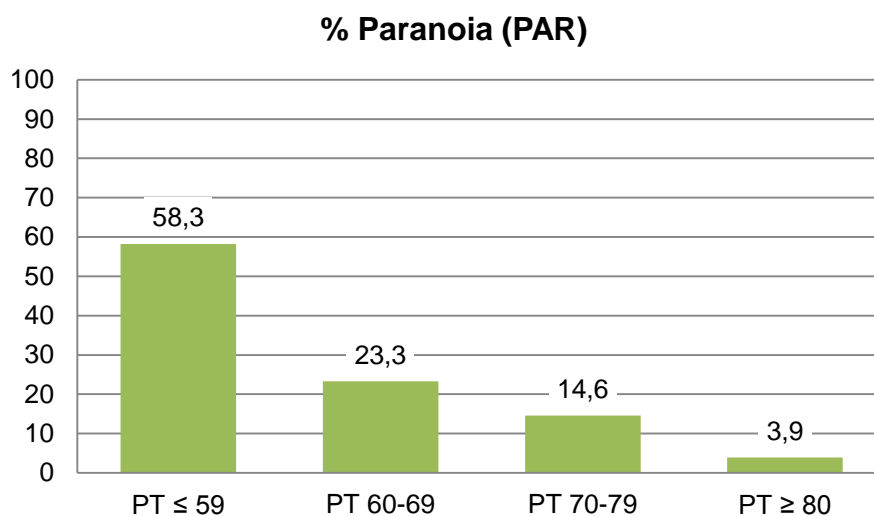
La escala Depresión (DEP) evalúa sintomatología depresiva, así como su grado de severidad. Por un lado, en el Gráfico 9 se observa que el 81,6% de los sujetos muestra pocas quejas de infelicidad o malestar, mientras que un 15,5% de la muestra presenta poca confianza en sí misma, tiende a ser sensible y pesimista, y es infeliz en ciertos momentos. Por otro, tenemos un 2,9% de los sujetos con puntuaciones entre 70 y 91, lo que se puede interpretar como que son individuos infelices y tristes la mayor parte del tiempo, y son percibidos por los demás como sujetos deprimidos e insatisfechos.

Gráfico 10. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Manía



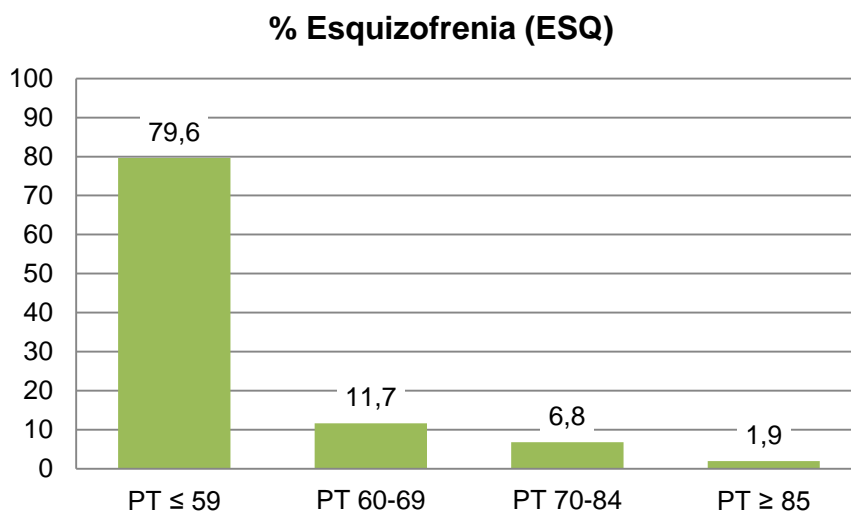
La escala Manía (MAN) evalúa la sintomatología clínica asociada a la manía y la hipomanía (estado de ánimo expansivo, hiperactividad y/o irritabilidad). En este caso, el 80,6% de los sujetos presentarían pocas o ninguna característica de este tipo. Un 16% de la muestra se describen como personas activas, sociables y con confianza en sí mismas y, en algunos casos, hostiles, impacientes y fácilmente irritables. Las puntuaciones iguales o superiores a 65 indican inquietud, impulsividad y un alto grado de energía; estas personas son percibidas como antipáticas, malhumoradas y temperamentales, lo que se observa en un 2,9% de la muestra de estudio (Gráfico 10).

Gráfico 11. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Paranoia



La escala Paranoia (PAR) evalúa la hostilidad y la falta de confianza, así como la hipervigilancia, el control excesivo y la tendencia al resentimiento. Como se puede observar en el Gráfico 11, casi el 60% de la muestra presenta puntuaciones iguales o inferiores a 59, lo que indica que se trata de personas abiertas y que generalmente tienen capacidad para perdonar a los demás. En cambio, el 23,3% de los sujetos obtiene puntuaciones entre 60 y 69, lo que sugiere que son personas susceptibles, inflexibles y recelosas. El 14,6% de la muestra se caracteriza por la suspicacia, la hostilidad, la desconfianza y la baja sociabilidad. Es destacable que casi un 3,9% de la muestra obtenga puntuaciones superiores a 80, indicativo de que son personas resentidas y celosas, que también pueden presentar ideación delirante de referencia, persecución o grandiosidad.

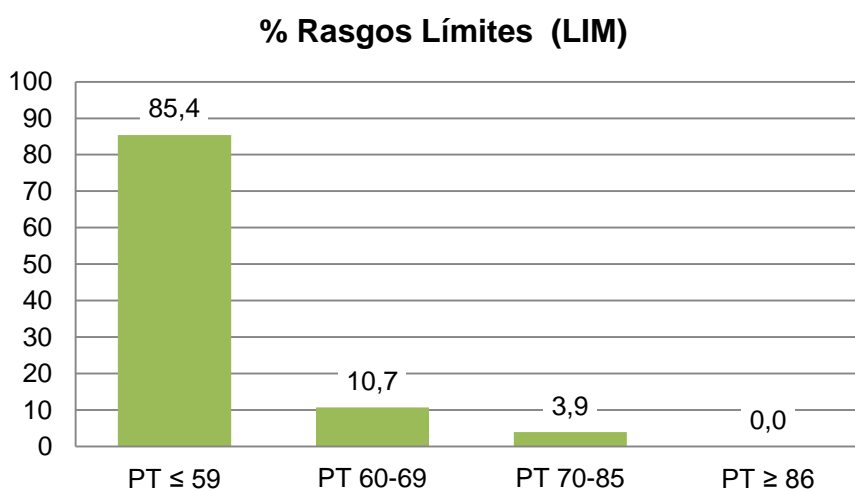
Gráfico 12. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Esquizofrenia



La escala Esquizofrenia (ESQ) está diseñada para detectar sintomatología asociada a la Esquizofrenia, como creencias o percepciones extrañas, baja competencia social, incapacidad para disfrutar de las relaciones sociales, problemas de atención, de concentración y de procesos de asociación. Como se puede apreciar, casi el 80% de la muestra se presenta como competentes en las relaciones sociales y con ausencia de problemas de atención y concentración. Las puntuaciones transformadas entre 60 y 69 describen a individuos retraídos, distantes y poco convencionales, lo que representa el

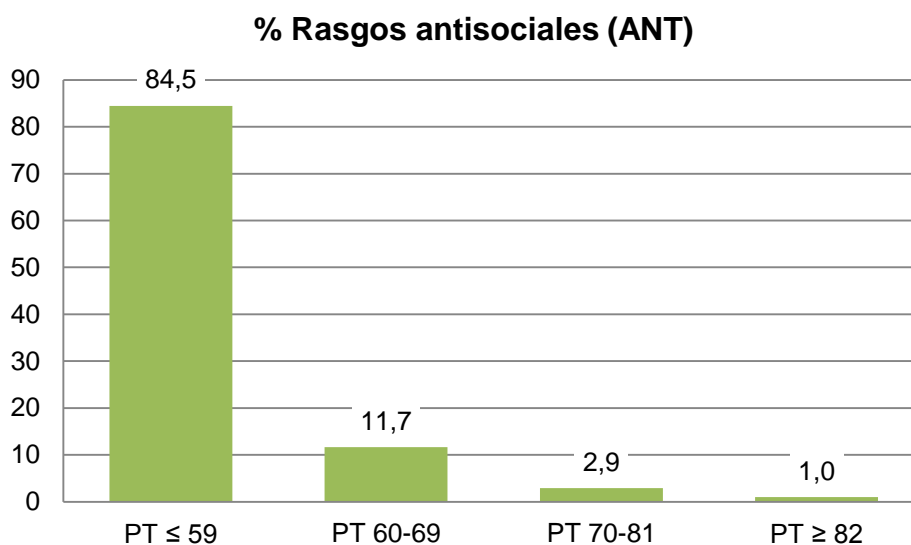
11,7% de la muestra estudiada. Lo más destacable son aquellos sujetos con puntuaciones superiores a 70. Así, tenemos un 6,8% de la muestra que presenta un probable aislamiento, con sentimientos de incomprensión y rechazo, además de posibles dificultades de pensamiento, concentración y toma de decisiones. Las puntuaciones por encima de 85, que corresponden al 1,9% de la muestra, indica la posible presencia de sintomatología psicótica activa (Gráfico 12).

Gráfico 13. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Rasgos Límites



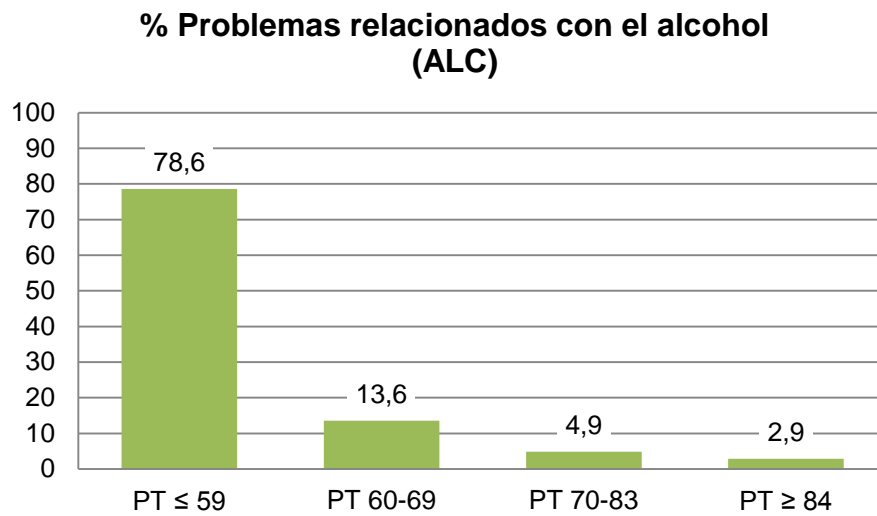
La escala Rasgos Límites (LIM) evalúa características asociadas al Trastorno Límite de la Personalidad y de otros tipos, como son la falta de control sobre las emociones y la ira, problemas de identidad y valores, relaciones con los demás y conductas perjudiciales para uno mismo. En general, como se observa en el Gráfico 13, la mayoría de los sujetos de la muestra (85,4%) se definen por la estabilidad emocional y el establecimiento de relaciones sólidas. Un 10,7% obtiene puntuaciones entre 60-69, lo que indica que se trata de personas con mal humor, sensibles y con dudas sobre sus objetivos vitales. Ningún individuo presenta puntuaciones extremas (PT superior a 86), pero sí que se observa que un 3,9% de los agresores de pareja obtiene puntuaciones iguales o superiores a 70, lo que indica que se trata de personas impulsivas, emocionalmente inestables, suspicaces, ansiosas y con problemas para mantener relaciones cercanas.

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



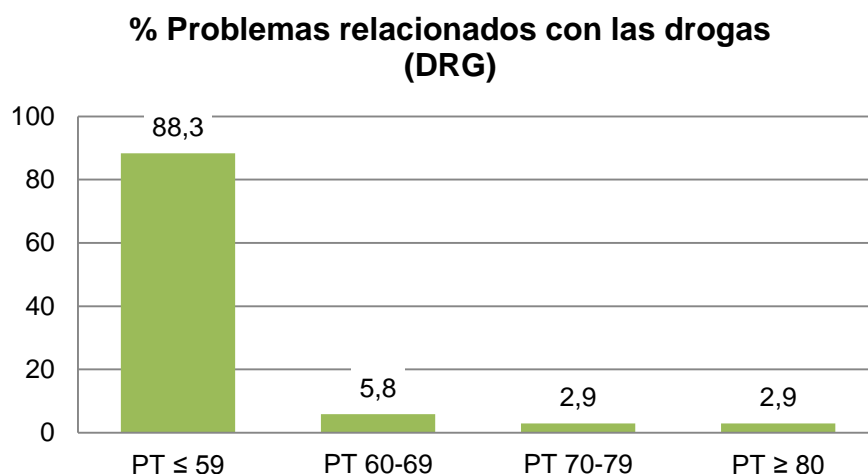
La escala Rasgos Antisociales (ANT) evalúa rasgos y características relacionados con el Trastorno Antisocial de la Personalidad y la Psicopatía. Al contrario de lo que se podría pensar, dado que se trata de una muestra de agresores de pareja, casi el 85% de la muestra obtiene puntuaciones inferiores a 59, lo que indica que son personas que mantienen relaciones cálidas y cercanas con el resto de la gente, así como capacidad para controlar su comportamiento y los impulsos. Por el contrario, tenemos un 11,7% de sujetos que tiende a la impulsividad y temeridad, egocentrismo, desinhibición, escepticismo y baja sensibilidad en las relaciones con los demás. Un 2,9% de los agresores obtiene puntuaciones por encima de 70, lo que indica presencia de impulsividad, hostilidad, dificultades en las relaciones interpersonales y, muy probablemente, una historia de conducta antisocial. Finalmente, solo un 1% de la muestra obtiene puntuaciones indicativas de un posible Trastorno Antisocial de la Personalidad (Gráfico 14).

Gráfico 15. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Problemas relacionados con el Alcohol



La escala de Problemas relacionados con el Alcohol (ALC) evalúa los comportamientos y las consecuencias asociadas al consumo, abuso y dependencia del alcohol. En este caso, las puntuaciones más significativas son aquellas iguales o superiores a 70, que corresponden al 6% de la muestra. Estos sujetos presentan problemas asociados a un abuso o dependencia del alcohol en la actualidad o en el pasado, así como problemas interpersonales, laborales o de salud. Es importante señalar que casi un 3% de los sujetos presenta problemas actuales y en el pasado asociados con una grave dependencia del alcohol, que se refleja en la obtención de puntuaciones iguales o superiores a 84 (Gráfico 15).

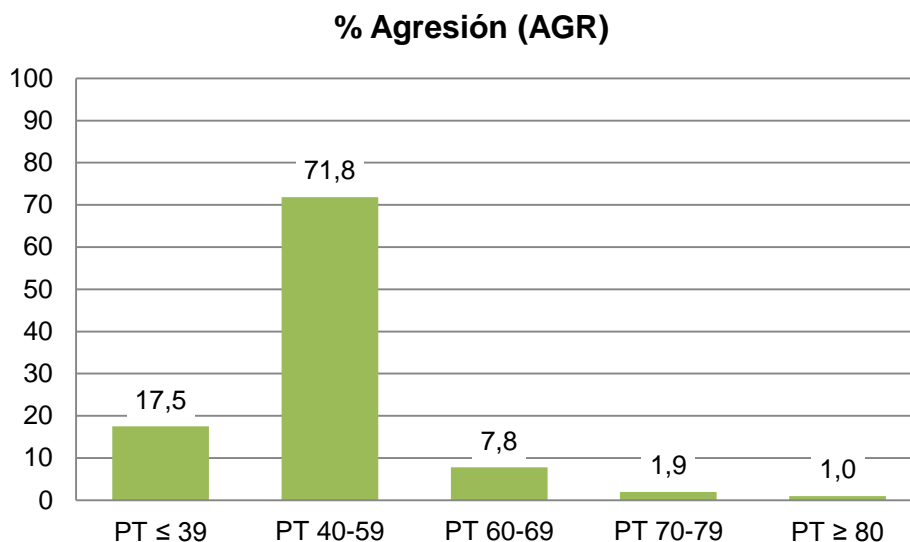
Gráfico 16. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Problemas relacionados con las Drogas



La escala de Problemas relacionados con las Drogas (DRG) evalúa los comportamientos y las consecuencias asociadas al consumo, abuso y dependencia de las drogas (a excepción del alcohol, que ya se valora en la escala ALC). En el Gráfico 16, se puede observar que un 5,8% de la muestra presenta algún tipo de consumo habitual, con la posible problemática asociada a este consumo. Un 2,9% de los hombres evaluados obtiene puntuaciones dentro del rango de 70 y 79, lo que refleja una problemática de abuso de drogas en algún momento de su vida, pero no necesariamente en el presente. Cabe destacar que casi un 3% de la muestra presenta puntuaciones extremas iguales o superiores a 80, lo que es indicativo de una situación de drogodependencia.

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

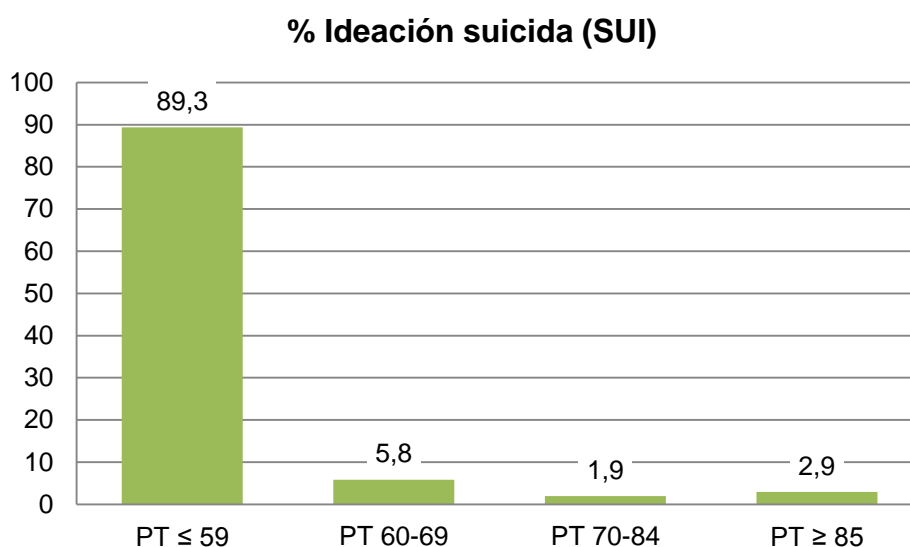
Gráfico 17. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Agresión



La escala Agresión (AGR) hace referencia a comportamientos y actitudes hacia la agresividad, la ira y la hostilidad. Al igual que en la escala ANT, se podría pensar que, por las características de la muestra, se obtendrían puntuaciones elevadas para esta escala. En contra de esta idea, se puede observar como el 89,3% de los participantes presenta puntuaciones inferiores a 60, lo que es indicativo de una capacidad razonable para controlar las manifestaciones de ira

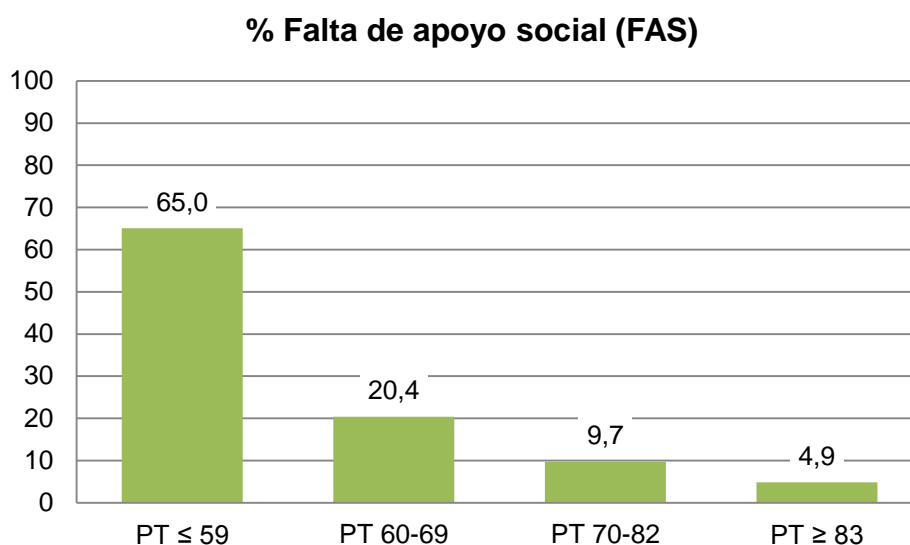
y hostilidad. Aquellas personas con puntuaciones entre 60 y 69 (un 7,8% de la muestra), se caracterizarían por ser impacientes, irritables y enfadarse con facilidad. Las puntuaciones más elevadas dentro de este rango indican facilidad para sentirse provocado por los demás. Un 1,9% de los sujetos presenta una gran probabilidad de estar furioso la mayor parte del tiempo, así como la tendencia a expresar de manera incontrolada su ira y hostilidad. Finalmente, solo un 1% de la muestra presenta un nivel importante de ira y una conducta potencialmente agresiva, además de una alta probabilidad de presentar una historia de comportamiento agresivo (Gráfico 17).

Gráfico 18. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Ideación Suicida



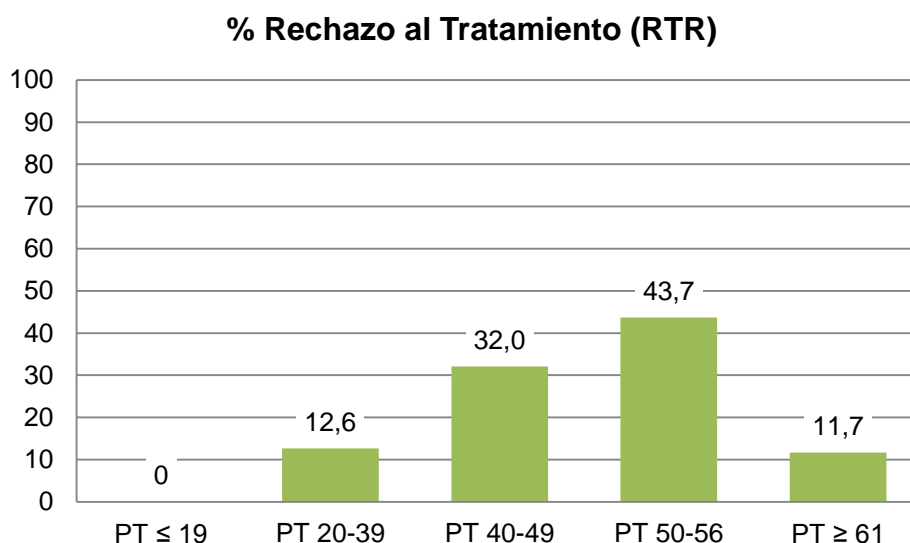
La escala Ideación Suicida (SUI) evalúa la presencia de pensamientos e ideación relacionados con la muerte y el suicidio. Las puntuaciones más significativas son aquellas iguales o superiores a 70. En el Gráfico 18, se puede observar que un 1,9% de la muestra puntúa dentro del rango entre 70 y 84, lo que indica que existe una ideación suicida a tener en cuenta y se podría interpretar como un intento de pedir ayuda. Lo que es destacable en este caso es que un 2,9% de los sujetos de la muestra presenta puntuaciones extremas iguales o superiores a 85, lo que refleja que estas personas están desesperadas, se sienten inútiles y rechazadas y presentan una alta probabilidad de suicidio que se llevaría a cabo en breve.

Gráfico 19. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Falta de Apoyo Social



La escala Falta de Apoyo Social (FAS) hace referencia a la percepción que tiene el sujeto sobre el apoyo social recibido. Cuanto más bajas son las puntuaciones, más apoyo social percibe la persona. Como se puede observar en el Gráfico 9, el 65% de los participantes indica la presencia de vínculos estrechos por parte de familiares y amigos (PT≤59). Un 20,4% de la muestra percibe que tiene pocas amistades íntimas o que estas no son satisfactorias. Un 9,7% obtiene puntuaciones iguales o superiores a 70, lo que indica una percepción de falta de apoyo, con relaciones familiares distantes o conflictivas, y relaciones de amistad que no son capaces de proporcionar el apoyo necesario. Finalmente, un 4,9% de la muestra obtiene puntuaciones extremas que reflejan la ausencia de apoyo social percibida por el sujeto, que tiende a ser muy crítico con él mismo y los demás, y presentar dificultades para afrontar situaciones difíciles y tendencia a padecer estrés.

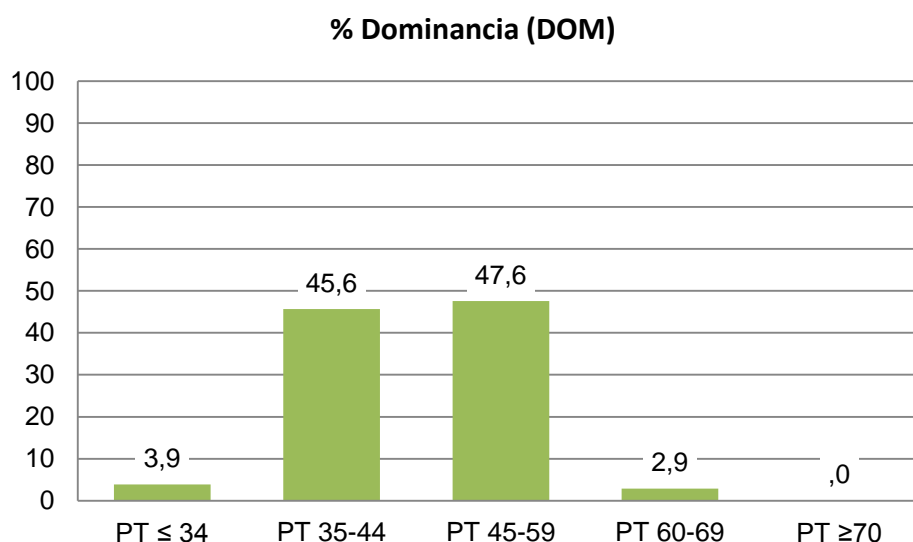
Gráfico 20. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Rechazo al Tratamiento



La escala Rechazo al Tratamiento (RTR) evalúa la actitud y capacidad para querer realizar cambios personales a nivel psicológico o emocional. En este caso, cuanto más altas son las puntuaciones en RTR, menos dispuesto está el sujeto a participar activamente en el tratamiento y a reconocer la presencia de problemas, así como menos motivado para aceptar la responsabilidad de los mismos. En primer lugar, encontramos que un 12,6% de la muestra obtiene puntuaciones entre 20-39, lo que implica el reconocimiento de grandes dificultades diarias y percepción de una clara necesidad de ayuda para hacerles frente. En segundo lugar, en la muestra de estudio, un 32% de los sujetos se sitúa dentro del rango de puntuaciones entre 40-49, lo que indica que reconocen la necesidad de cambiar determinados aspectos, así como disposición para el cambio. Resulta muy destacable que casi la mitad de la muestra (43,7%) obtiene puntuaciones en el rango entre 50 y 60, lo que sugiere que estas personas se sienten satisfechas consigo mismas y piensan que no necesitan realizar cambios importantes sobre su conducta. Las puntuaciones extremas dentro de este rango indicarían una baja motivación para iniciar el tratamiento o un alto riesgo de abandono si este ya se ha iniciado. Para acabar, hay que tener en cuenta que un 11,7% de los participantes presenta puntuaciones iguales o superiores a 61, que constituye el rango de las puntuaciones más extremas. En este caso, estos sujetos tienden a negar las

dificultades y no tienen intención de cambiar su situación. Es probable que se nieguen a buscar ayuda e iniciar un tratamiento. Presentan una baja implicación y una tendencia a minimizar la utilidad de la terapia. En general, las puntuaciones en este rango están asociadas a un intento deliberado de causar una buena impresión. En resumen, nos encontramos que un 55,4% de los participantes muestra algún tipo de resistencia al tratamiento y baja motivación para el cambio terapéutico (Gráfico 20).

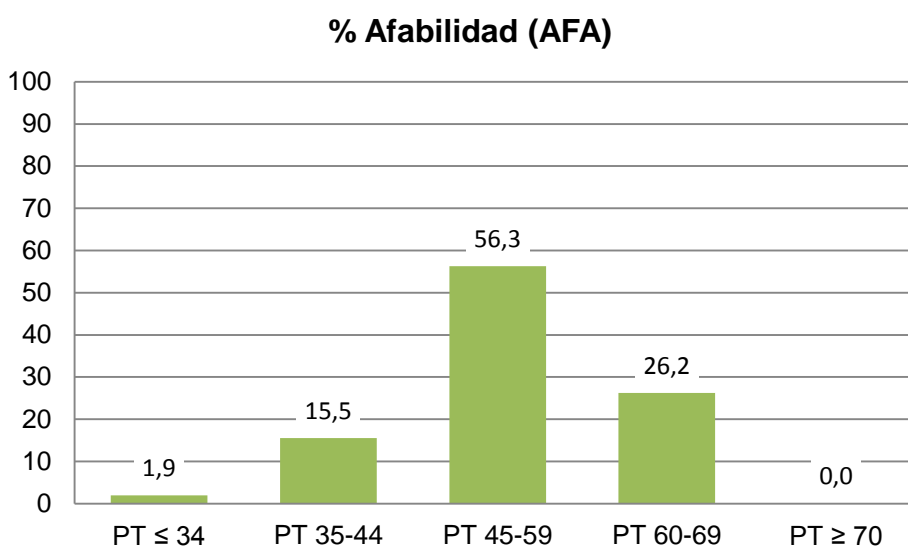
Gráfico 21. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Dominancia



La escala de Dominancia (DOM) evalúa el grado de sumisión o autonomía de una persona a sus relaciones con los demás. En este sentido, casi un 4% de los individuos muestra poca confianza a la hora de interactuar socialmente, y tienden a priorizar las necesidades de los demás sobre sus propias necesidades. Los sujetos de la muestra se distribuyen en mayor proporción entre las puntuaciones 35 y 59. En el primer rango de estas puntuaciones, es decir, entre 35 y 44, encontramos al 45,6% de la muestra, lo que indica que se trata de personas inhibidas socialmente, con pocas habilidades para imponer su criterio cuando es necesario, y a las que no les gusta ser el centro de atención. En el segundo rango de las puntuaciones comentadas anteriormente, es decir, entre 45 y 59, encontramos a un 47,6% de la muestra, que se caracterizarían por tener la capacidad de adaptarse bien a las situaciones sociales, y por mantener cierto grado de autonomía y autosuficiencia en sus

relaciones interpersonales. Finalmente, destacar que casi un 3% de los sujetos se muestra autosuficientes, seguros, con carácter firme y necesidad de mantener el control durante las interacciones sociales. (Gráfico 21).

Gráfico 22. Distribución de las puntuaciones de la muestra en la escala Afabilidad



La escala Afabilidad (AFA) evalúa la capacidad de empatía, sociabilidad, solidaridad y afecto de un sujeto en relación a los demás. Casi el 2% de la muestra presenta puntuaciones iguales o inferiores a 34, lo que refleja la incapacidad para mostrar emociones, insensibilidad y poco interés por mantener relaciones personales. Un 15,5% de los individuos tiende a mantener las distancias en sus relaciones sociales y no valoran las relaciones estrechas y de larga duración, y se consideran independientes, prácticos y poco preocupados por lo que piensen de ellos. Lo más destacable en la muestra de estudio es que más de la mitad de la muestra obtiene puntuaciones entre 45 y 59, lo que indica que estos sujetos tienen la capacidad de adaptarse con éxito a las situaciones sociales y mantener relaciones estrechas. Mientras un 26,1% obtiene puntuaciones en el rango de 60-69, que se traduce en personas cálidas, cordiales y empáticas, que tienden a evitar los conflictos y son capaces de perdonar y dar segundas oportunidades (Gráfico 22).

5.1.2.1 Comparación de las escalas entre el Grupo PIM, Grupo PF y Grupo Control

A fin de comprobar que los tres grupos eran homogéneos y comparables, se procedió a realizar una comparación de medias para descartar que las diferencias en los estadios de motivación para el cambio de los grupos pudieran ser debidas a la influencia de variables relacionadas con cualquiera de las escalas del PAI, especialmente de las escalas relacionadas con el tratamiento (Agresión, Ideaciones Suicidas, Falta de Apoyo Social y Rechazo al Tratamiento).

Dado que las puntuaciones de las escalas de Infrecuencia, Impresión Negativa, Somatización, Rasgos Antisociales, Problemas con el Alcohol, Problemas con las Drogas, Agresión e Ideaciones Suicidas no se distribuyen normalmente, se realizaron comparaciones mediante la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes. Para el resto de escalas con una distribución normal (Impresión Positiva, Trastornos relacionados con la Ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos Límites, Falta de Apoyo Social, Rechazo al Tratamiento, Dominancia y Afabilidad) se realizó una comparación mediante el análisis de la varianza de un factor (ANOVA) para muestras independientes. Dado el amplio número de comparaciones múltiples, se aplicó una corrección de Bonferroni ($p=0,002$) para ajustar el valor de significación y disminuir la probabilidad de cometer el error Tipo I.

En este sentido, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de comparación en ninguna escala del PAI.

5.2.1 Resultados descriptivos de la motivación para el cambio

En la Tabla 4 se muestran las relaciones existentes entre los cuatro estadios de cambio de la escala URICA y su consistencia interna, valorados a través del índice de correlación de Spearman y el coeficiente alfa de Cronbach.

Los resultados sobre la consistencia interna de la escala presentaron valores Alfa de Cronbach altos para todas las subescalas en los tres momentos de evaluación, con valores entre $\alpha=0,73$ y $\alpha=0,92$.

En cuanto a las correlaciones de Spearman, en la Tabla 4, se observa que existe una correlación negativa entre la escala de Precontemplación, y las escalas de Contemplación, Acción y Mantenimiento, que es significativa en las dos primeras. Además, las escalas de Contemplación, Acción y Mantenimiento muestran una correlación positiva y significativa entre ellas. Cabe destacar que el estadio Mantenimiento en su relación con los otros estadios obtiene los valores más bajos y sin significación, hecho que habría que tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados obtenidos en este estadio.

Tabla 4. Correlaciones de Spearman e índice de fiabilidad Alfa de Cronbach

Correlaciones Pretratamiento					
	Precon.	Contem.	Acción	Mant.	α
Precontemplación	1				.73
Contemplación	-0,342**	1			.80
Acción	-0,412**	0,865**	1		.85
Mantenimiento	-0,001	0,665**	0,559**	1	.81
Correlaciones Postratamiento 1					
Precontemplación	1				.86
Contemplación	-0,752*	1			.85
Acción	-0,579	0,893**	1		.92
Mantenimiento	-0,286	0,601	0,620	1	.77
Correlaciones Postratamiento 2					
Precontemplación	1				.75
Contemplación	-0,412**	1			.87
Acción	-0,355**	0,817**	1		.88
Mantenimiento	-0,013	0,494**	0,480**	1	.76

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

Respecto a las medidas inter-sujetos, el Grupo PIM se compone de 12 sujetos evaluados, de los que 8 cuentan con una evaluación completa (es decir, que fueron evaluados en los tres momentos temporales Pretratamiento, Postratamiento 1 y Postratamiento 2). Además, 2 sujetos solo cuentan con una

evaluación Postratamiento 1, porque en el momento de finalización de la investigación todavía no habían comenzado el Programa formativo VIDO, y otros 2, con una evaluación Postratamiento 2.

En cuanto al Grupo Control, fueron evaluados 38 sujetos en los momentos pre y Postratamiento 2, y del Grupo PF se evaluaron 58 hombres. La Tabla 5 presenta para cada grupo de la muestra la media y la desviación estándar de cada estadio de cambio, obtenidas en los diferentes momentos temporales y la puntuación de motivación continua según el cálculo logarítmico. También se presenta el porcentaje de sujetos que parece situarse en cada estadio de cambio.

La prueba de Kruskal-Wallis para comparación de grupos independientes indicó que las diferencias entre los tres grupos analizados en el momento Pretratamiento no eran significativas ($p > 0,05$) en ninguno de los estadios de cambio ni en la medida logarítmica. Por lo tanto, los grupos parecen *a priori* homogéneos y comparables entre ellos.

Tabla 5. Resultados descriptivos de la motivación para el cambio para los dos grupos de estudio

	Grupo PIM (N=12)						Grupo Control (N=38)				Grupo PF (N=58)			
	Pre (n=12)		Post 1 (n=10)		Post 2 (n=9)		Pre		Post 2		Pre		Post 2	
	M (DS)	% suj.	M (DS)	% suj.	M (DS)	% suj.	M (DS)	% suj.	M (DS)	% suj.	M (DS)	% suj.	M (DS)	% suj.
Precontemplación	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%
Contemplación	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%
Acción	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%
Mantenimiento	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%
Medida logarítmica	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)	

En los gráficos 23 a 25 se representan, para cada grupo, las medias obtenidas en cada estadio de cambio en los diferentes momentos de la evaluación. Gráficamente, se observan patrones de puntuación muy similares en los diferentes grupos, donde las puntuaciones más elevadas aparecen en los estadios de Contemplación y Acción (punto de vista inter-grupos). También se pueden observar ligeras diferencias entre los diferentes momentos de evaluación de los tres grupos analizados (punto de vista intra-sujetos). Parece que el Grupo PIM obtuvo puntuaciones más bajas en las medidas Postratamiento, no obstante, cabe apuntar que las medidas Pretratamiento de este grupo eran más elevadas que en los otros grupos, lo que puede distorsionar esta comparación visual junto con la limitación del tamaño de la muestra de este grupo. En cambio, tanto el Grupo PF como el Grupo Control obtuvieron puntuaciones muy similares salvo un ligero incremento de la puntuación del estadio de mantenimiento.

Se tiene que destacar que las puntuaciones en el estadio de Mantenimiento de todos los grupos son muy inesperadas, por lo que si las relacionamos con los valores de correlación obtenidos para la escala en este estadio (antes descritos), estas puntuaciones deberían interpretarse con precaución.

Gráfico 23. Media de puntuaciones en cada estadio de cambio de los sujetos del Grupo PIM

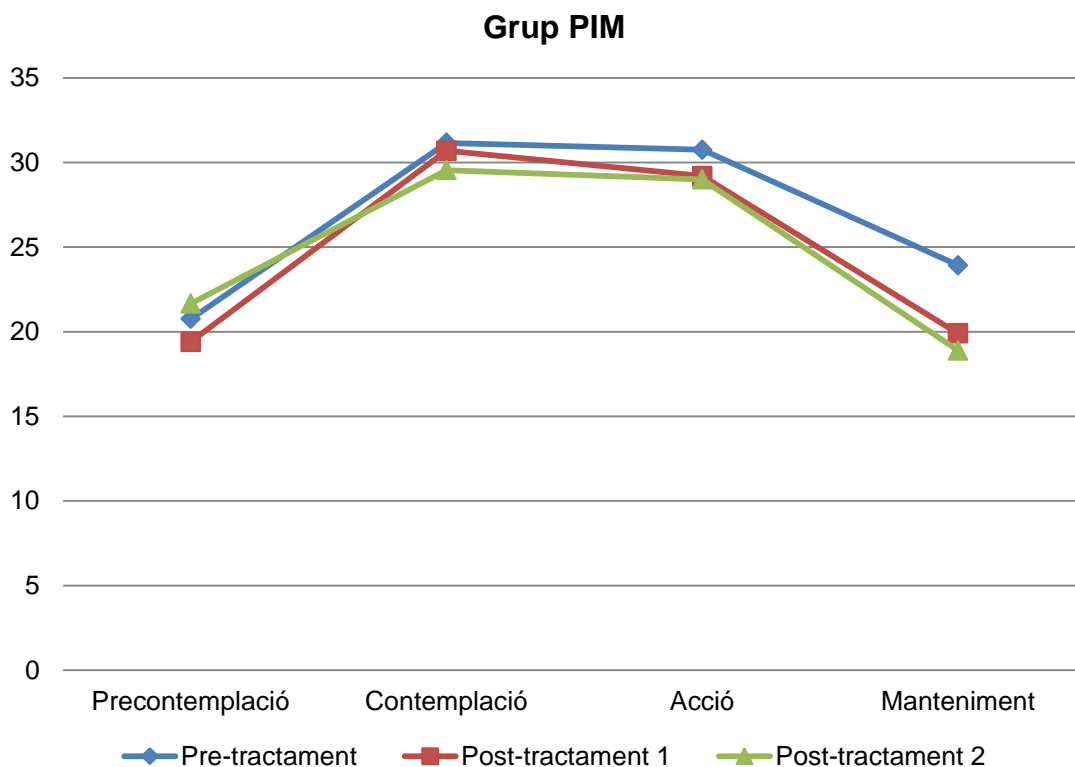


Gráfico 24. Media de puntuaciones en cada estadio de cambio de los sujetos del Grupo PF

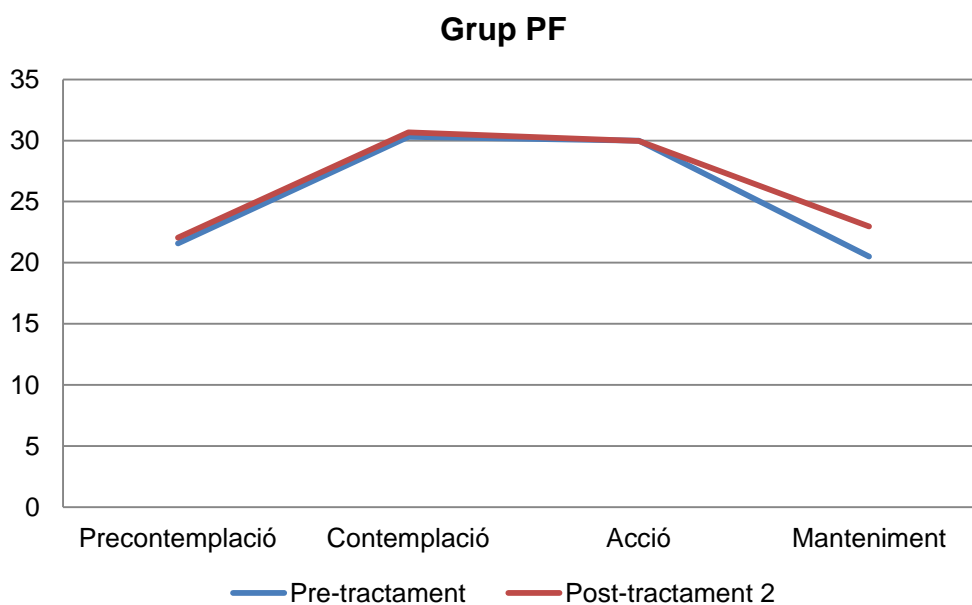
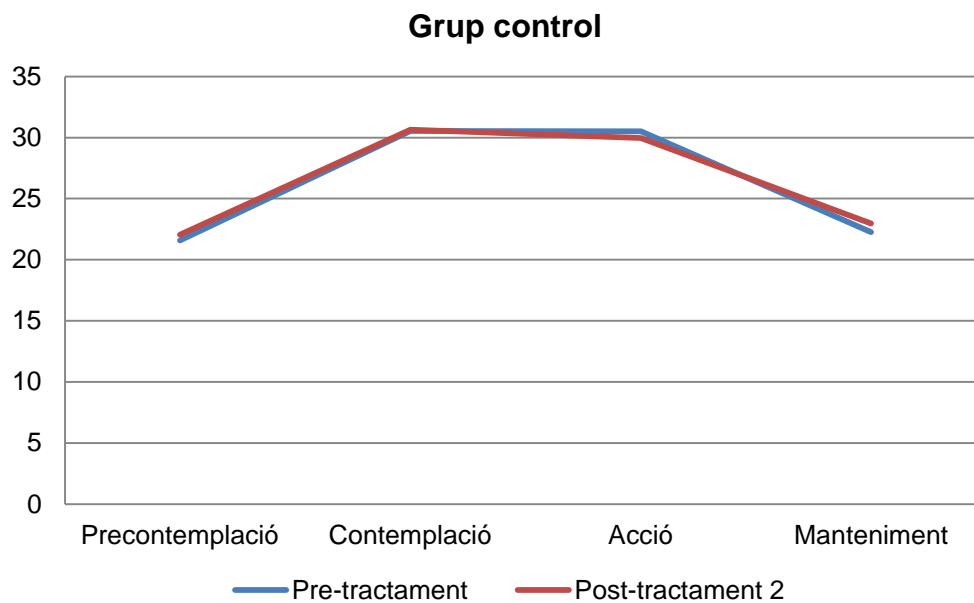


Gráfico 25. Media de puntuaciones en cada estadio de cambio de los sujetos del Grupo Control



5.2 Evaluación de eficacia del PIM

5.2.1 Análisis cuantitativos

Dado que los análisis descriptivos mostraron perfiles muy similares y pequeños cambios en las puntuaciones de los diferentes grupos, tanto analizándolos de manera intra-sujeto como inter-grupos, a continuación se hará una comparación de las puntuaciones de los diferentes grupos en relación a la media de la muestra total. En los gráficos siguientes (26 a 28), se muestran las puntuaciones de cada grupo una vez sus medias han sido centradas en la media de la muestra total.

Como se puede observar en el Gráfico 26, el Grupo PIM, en relación a la muestra total, en el momento Pretratamiento contaba con puntuaciones elevadas en Contemplación, Acción y Mantenimiento (de nuevo las puntuaciones del estadio de Mantenimiento son inesperadas). En cambio, al momento Postratamiento 1, el grupo en relación a la muestra, obtiene puntuaciones más elevadas en Contemplación, estadio donde se observa un mayor cambio. Por otro lado, el Gráfico 27 que muestra las comparaciones con el momento Postratamiento 2, sugiere que una vez pasado el tiempo el Grupo PIM vuelve a puntuar más elevado en Precontemplación.

Gráfico 26. Puntuaciones en cada estadio obtenidas por el Grupo PIM en comparación con la media de la muestra total (Pretratamiento-Postratamiento 1)

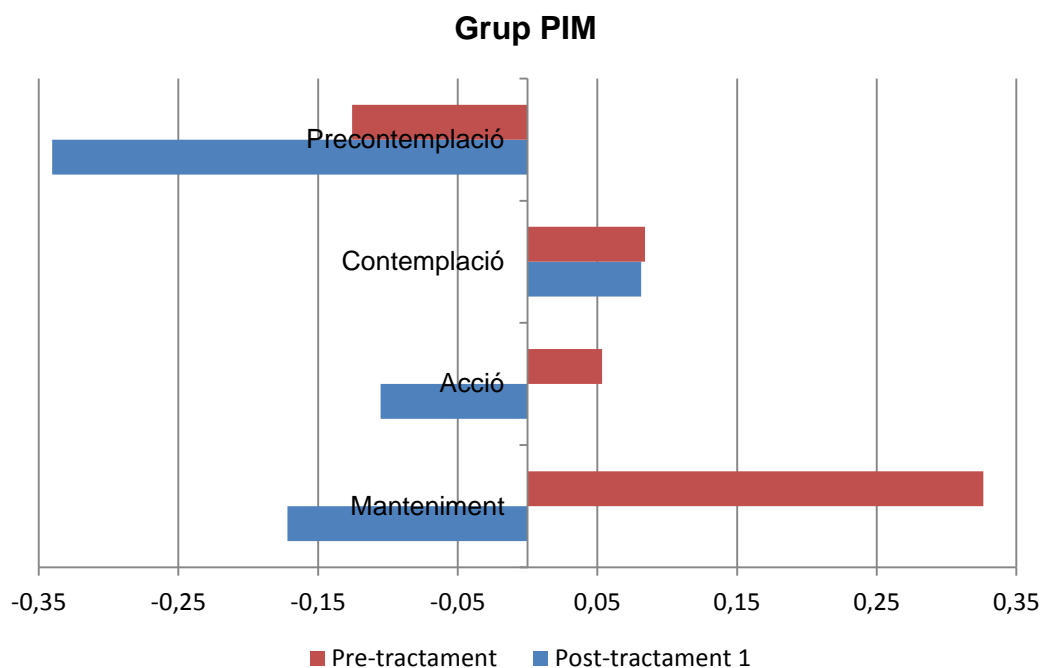
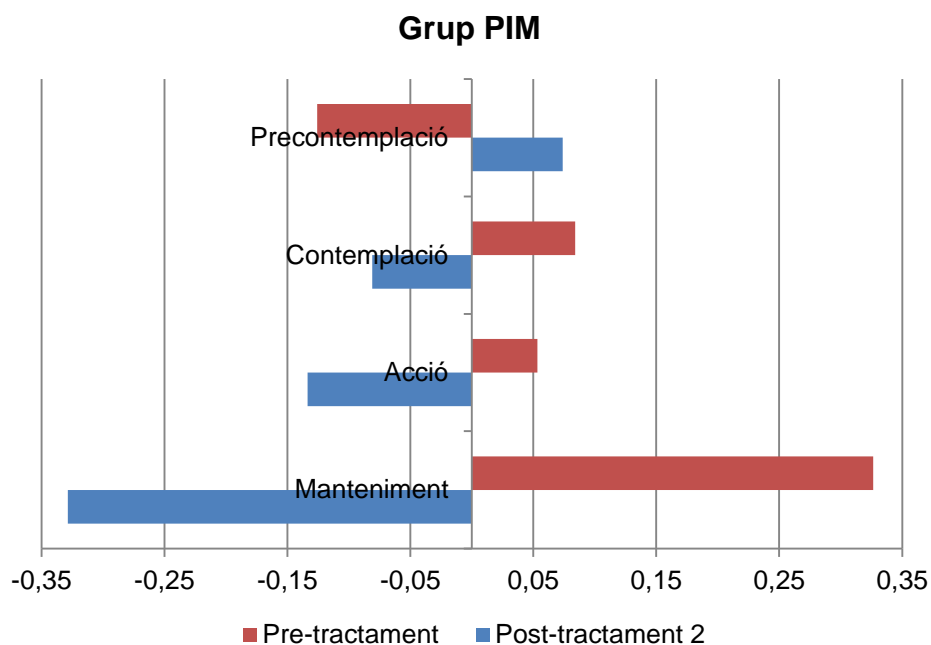
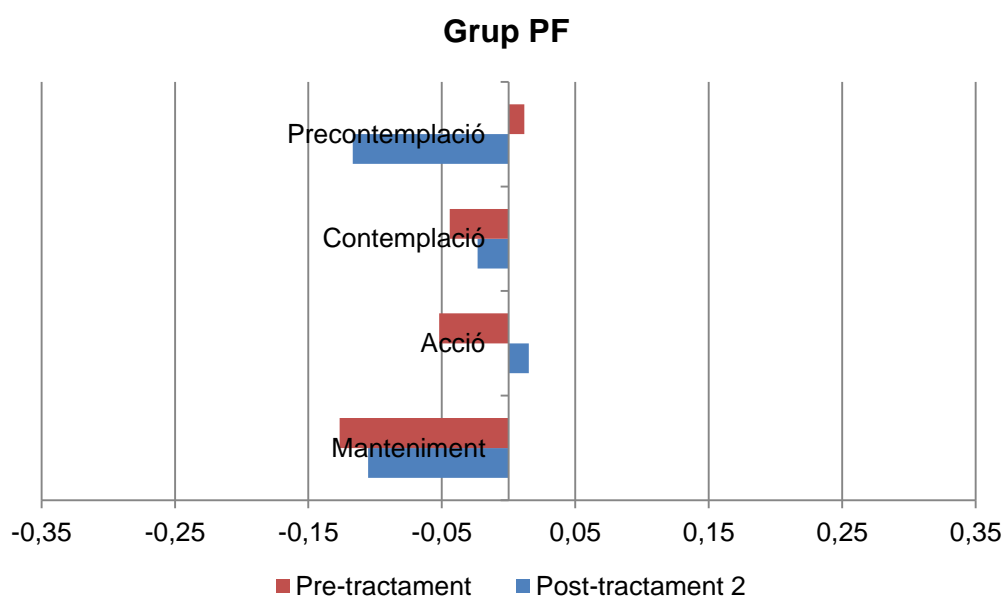


Gráfico 27. Puntuaciones en cada estadio obtenidas por el Grupo PIM en comparación con la media de la muestra total (Pretratamiento-Postratamiento 2)



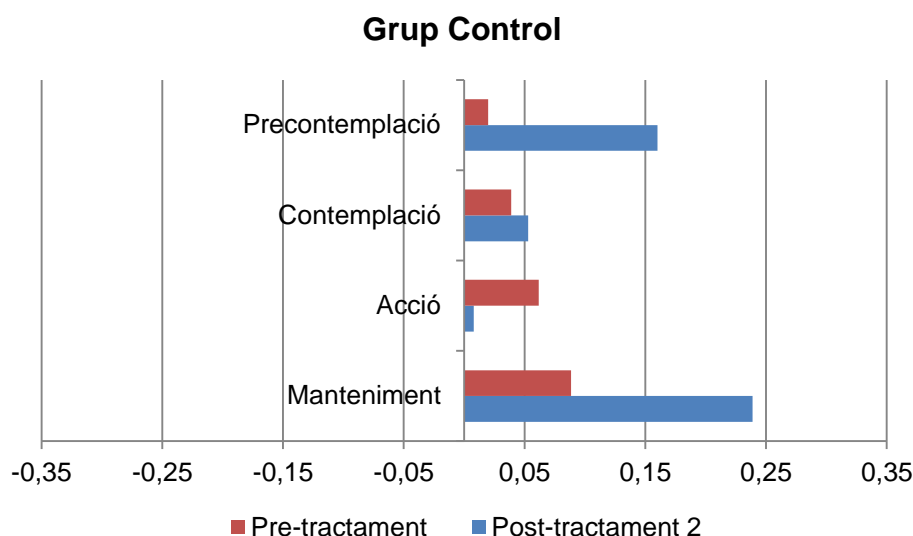
Respecto al Grupo PF (Gráfico 28), la única puntuación destacada en la evaluación Pretratamiento fue en el estadio Precontemplación, mientras que en el resto de estadios los sujetos obtuvieron puntuaciones más bajas que la media de la muestra total. De forma similar, las puntuaciones del momento Postratamiento 2, en relación a la muestra total, fueron más bajas en los estadios de Precontemplación, Contemplación y Mantenimiento, y se obtuvo una puntuación positiva pero mínima en el estadio de Acción.

Gráfico 28. Puntuaciones en cada estadio obtenidas por el Grupo PF en comparación con la media de la muestra total



Finalmente, la figura 29 muestra que el Grupo Control, en relación a la muestra total, obtuvo puntuaciones positivas en el momento Pretratamiento, que son más bien indicativas de una motivación para el cambio, mientras que en el momento Postratamiento 2, obtuvo puntuaciones más elevadas en Precontemplación y, extrañamente, en Mantenimiento.

Gráfico 29. Puntuaciones en cada estadio obtenidas por el Grupo Control en comparación con la media de la muestra total



5.2.1.1 Hipótesis 1

Los sujetos que han realizado el programa PIM (Grupo PIM) habrán aumentado su nivel de motivación al finalizarlo y se mantendrá al finalizar el PF VIDO.

A fin de comprobar las posibles diferencias entre los estadios motivacionales del Grupo PIM, se aplicó la prueba estadística de rangos con signo de Wilcoxon para datos no paramétricos. Los resultados de la comparación intra-sujetos sobre el nivel de motivación entre el momento Pretratamiento y Postratamiento 1 no fueron significativos, ni con la medida discreta ni con la medida continua. No obstante, los resultados referidos a esta hipótesis son esperables dado que el objetivo del PIM es que los sujetos que realicen el programa se sitúen en el estadio de Contemplación, y los sujetos en el momento Pretratamiento ya obtuvieron puntuaciones elevadas en este estadio.

Se encontraron diferencias significativas en el estadio de Mantenimiento entre los momentos Pretratamiento y Postratamiento 2. El estadio de Mantenimiento reportó puntuaciones superiores ($M=24.63$) en el momento Pretratamiento que en el momento Postratamiento 2 ($M=20.00$), $Z=-1.992$, $p=0.04$). Asimismo, la

puntuación logarítmica fue superior ($M=8.13$) en el momento Pretratamiento que en el momento Postratamiento 2 ($M=6.97$), $Z=-2.43$, $p=0.01$).

Respecto a las comparaciones Postratamiento 1 y Postratamiento 2, se encontraron diferencias significativas en el estadio de Precontemplación y en la medida logarítmica. El estadio de Precontemplación ofreció puntuaciones inferiores ($M=19.40$) en el momento Postratamiento 1 que en el momento Postratamiento 2 ($M=21.66$). Respecto a la puntuación logarítmica, las puntuaciones fueron superiores justo al finalizar el programa PIM (M Postratamiento 1= 7.55 ; M Postratamiento 2= 6.97).

5.2.1.2 Hipótesis 2

Los grupos PF y de Control no mostrarán diferencias motivacionales significativas entre los dos momentos de evaluación (Pretratamiento y Postratamiento 2).

Sin embargo, la prueba de rangos con signo de Wilcoxon no mostró resultados significativos en cuanto a la comparación intra-sujetos sobre el nivel de motivación entre el momento Pretratamiento y Postratamiento 2 de los grupos PF y control, tanto con la medida discreta como con la medida continua.

5.2.1.3 Hipótesis 3

El Grupo PIM presentará un nivel de motivación más avanzado al finalizar el PF, en comparación con otros grupos de estudio (Grupo Control y Grupo PF).

La prueba de Kruskal-Wallis para comparación de grupos independientes indicó que las diferencias entre los tres grupos en el momento Postratamiento 2 no eran significativas ($p>0.05$) en ninguno de los estadios de cambio ni en la medida logarítmica.

La aplicación de la prueba U de Mann Whitney para un análisis más detallado entre los grupos tampoco mostró ninguna diferencia al comparar el Grupo PIM

y el Grupo Control, ni entre el Grupo Experimental y el Grupo de Comparación, ni entre el Grupo Control y el PF

5.2.2 Análisis cualitativos

Dado el reducido tamaño de la muestra del Grupo PIM, a continuación se presenta un análisis de tipo cualitativo sobre los resultados de la aplicación del programa motivacional. En primer lugar, en los informes personales que se encuentran en el Anexo 1, se puede encontrar un análisis individualizado de los casos que participaron en el programa y de sus perfiles.

En la sección anterior, no se observó ningún cambio motivacional significativo entre los diferentes momentos de evaluación. A pesar de estos resultados, parece interesante explorar individualmente si ha habido cambios motivacionales y en qué dirección se habrían producido. En la Tabla 6, se observan, mediante el sombreado verde y rojo, los estadios más relevantes en los que se sitúan los sujetos en cada periodo de evaluación. Se puede observar que la mayoría de los sujetos se mantienen en el mismo estadio de cambio o parecen avanzar de estadio, por lo tanto se podría decir que consolidan su concienciación del problema y algunos empiezan a dar pasos en dirección a solucionarlo. Además, dos de ellos parecen cambiar a un estadio motivacional menos avanzado, y uno no manifiesta ningún cambio.

Estos resultados concuerdan con los objetivos del PIM: que los sujetos inicien el programa formativo en las condiciones más favorables para aprovechar sus contenidos. No sorprende, pues, que el estadio mayoritario en el que se encuentran los sujetos sea el de Contemplación, entendiéndose que el estadio de Acción sería el esperado en sujetos que han acabado el programa formativo.

Tabla 6. Descripción de las puntuaciones individuales de los sujetos del Grupo PIM en cada estadio, su perfil PAI y su evolución durante las tres evaluaciones

Sujeto y perfil	Momento de evaluación	Precont.	Contem.	Acción	Mant.	Evolución*
PIM 1 Moderado	Pre	22	36	36	25	Consolida concienciación
	Post 1	16	29	26	16	
	Post 2	18	28	21	12	
PIM 2 Negador	Pre	16	32	32	19	Consolida concienciación
	Post 1	12	40	40	20	
	Post 2					
PIM 3 Realista	Pre	15	32	36	23	Consolida concienciación
	Post 1					
	Post 2	33	39	39	29	
PIM 4 Negador	Pre	23	20	26	8	Aumenta concienciación
	Post 1	22	15	14	9	
	Post 2	20	31	29	12	
PIM 5 Negador- Moderado	Pre	18	40	39	28	Consolida concienciación y se mueve hacia acción
	Post 1	19	36	37	20	
	Post 2	18	40	29	28	
PIM 6 Negador	Pre	29	32	35	24	Decae
	Post 1	28	26	24	20	
	Post 2					
PIM 7 Negador	Pre	12	20	17	14	Consolida concienciación y se mueve hacia acción
	Post 1	15	30	20	19	
	Post 2	22	26	24	16	
PIM 8 Realista	Pre	20	40	40	32	Consolida concienciación
	Post 1					
	Post 2	16	38	35	24	
PIM 9 Negador	Pre	31	35	34	26	Consolida concienciación y se mueve hacia acción
	Post 1	14	39	38	20	
	Post 2	19	29	31	16	
PIM 10 Negador	Pre	27	36	33	29	Aumenta concienciación
	Post 1	36	34	30		
	Post 2	24	25	29	23	
PIM 11 Realista	Pre	8	40	40	34	Consolida concienciación y se mueve hacia acción
	Post 1	14	30	33	26	
	Post 2	14	33	34	22	
PIM 12 Negador	Pre	24	16	20	16	Estable
	Post 1	33	26	26	19	
	Post 2					

* Consultar detalles concretos sobre los casos y su evolución en el Anexo 1

Además, se realizó un análisis de los informes finales elaborados por los formadores del Programa Formativo. Estos informes permitieron obtener información detallada sobre diversas variables: número de faltas o de

ausencias en el PF, responsabilización de los hechos, grado de aprovechamiento, motivación para desarrollar el PF, actitud del sujeto durante el programa y hacia los compañeros, grado de participación, y valoración del riesgo al finalizar el PF. También nos permite obtener otras variables de tipo más psicológico vinculadas a los módulos que se trabajan en el PF: conciencia emocional, habilidades de comunicación, distorsiones cognitivas, empatía, resolución de problemas y prevención de recaídas.

En la Tabla 7, se puede observar una comparación de las diferentes variables extraídas de los informes para cada sujeto que participó en el PF, diferenciados entre los sujetos del Grupo PIM y el resto de usuarios que realizaron el PF, sin la participación previa en el programa motivacional. En esta tabla, se sombrearon en verde aquellas variables que se consideraban positivas en relación a la evolución del sujeto. Asimismo, se utilizó el color rojo para indicar aquellas variables relacionadas con una evolución negativa.

En primer lugar, se puede observar que dentro del Grupo PIM solo un individuo resultó baja del programa formativo (de 6 participantes en el PF) y fue por acumulación de faltas. En cambio, en el grupo con el resto de individuos hubo cinco bajas de grupo (de 20 individuos). Aunque una comparación estadística tentativa mediante la comparación de medias U de Mann-Whitney no resultó significativa, parece que hubo mayor tasa de abandono entre los individuos que no formaron parte del PIM.

Además, a simple vista puede observarse que el Grupo PIM tiene mayor presencia de variables sombreadas en verde que el grupo con el resto de individuos. Mediante las pruebas Z se realizó una comparación de las variables entre la proporción de sujetos del Grupo PIM y el resto de usuarios. Así, se encontraron diferencias significativas en la proporción de sujetos del Grupo PIM que fueron calificados en el informe con aprovechamiento satisfactorio, motivación adecuada, y actitud positiva, en comparación con los demás usuarios.

Tabla 7. Información extraída de los informes finales de los PF

	Sujeto	Finalización PF	Faltas	Responsabilización de los hechos	Aprovechamiento	Motivación	Actitud	Grado de participación	Riesgo actual
Usuarios PIM	PIM 1	Lo finaliza	0	Negación	Satisfactorio	Suficiente	Adecuada	Bajo	Bajo
	PIM 2	Lo finaliza	0	Reconoc. Parcial	Satisfactorio	Adecuada	Positiva	Elevado	Bajo
	PIM3	Lo finaliza	0	Reconoc. Parcial	Satisfactorio	Moderada	Positiva	Moderado	Bajo
	PIM 4	Lo finaliza	1 (justif.)	Reconoc. Parcial	Muy satisfactorio	Adecuada	Positiva	Moderada	Bajo-moderado
	PIM6	Lo finaliza	0	Negación	Satisfactorio	Moderada	Positiva	Moderado	Bajo
	PIM7	Lo finaliza	1	Reconoc. Parcial	Básico	Adecuada	Adecuada	Elevado	Bajo
	PIM8	Baja del grupo				Moderada		Moderado	
	PIM9	Lo finaliza	0	Asume	Satisfactorio	Elevada	Positiva	Elevado	Bajo
	PIM 10	Lo finaliza	1 (justif.)	Reconoc. parcial	Satisfactorio	Moderada	Positiva	Moderado	Moderado
	PIM 11	Lo finaliza	0	Asume	Muy satisfactorio	Elevada	Positiva	Elevado	Bajo
	PIM 12	Lo finaliza	0	Reconoc. Parcial	Satisfactorio	Moderada	Adecuada	Baja	Bajo
	Otros usuarios	X1	Lo finaliza	0	Reconoc. Parcial	Bajo	Baja inicial	Adecuada	Bajo
X2		Lo finaliza	0	Asume	Satisfactorio	Baja inicial	Adecuada	Moderado	Bajo
X3		Lo finaliza	0	Reconoc. Parcial	Bajo	Baja inicial	Positiva	Moderado	Moderado
X4		Baja del grupo							
X5		Baja del grupo							
X6		Lo finaliza	1	Asume	Medio	Baja inicial	Adecuada	Moderado	Bajo

						da		
X7	Lo finaliza	2	Negación	Medio	Baja inicial	Adecuada	Suficiente	Bajo
X8	Lo finaliza	0	Negación	Bajo	Baja inicial	Adecuada	Suficiente	Moderado
X9	Baja del grupo							
X10	Lo finaliza	0	Reconoc. Parcial	Medio	Baja inicial	Adecuada	Suficiente	Moderado
X11	Lo finaliza	1	Reconoc. Parcial	Medio	Baja inicial	Adecuada	Moderado	Bajo
X12	Baja del grupo							
X13	Lo finaliza	1	Asume	Medio	Baja inicial	Positiva	Moderado	Moderado
X14	Lo finaliza	0	Asume	Medio	Moderada	Positiva	Moderado	Bajo
X15	Baja del grupo							
X16	Lo finaliza	1	Reconoc. Parcial	Bajo	Suficiente	Adecuada		Alto
X17	Lo finaliza	1	Reconoc. Parcial	Básico	Suficiente	Adecuada	Bajo	Bajo
X18	Lo finaliza	0	Negación	Bajo	Suficiente	Adecuada	Suficiente	Moderado
X19	Lo finaliza	0	Reconoc. Parcial	Básico	Suficiente	Adecuada	Moderado	Bajo
X20	Lo finaliza	0	Asume	Medio	Suficiente	Adecuada	Bajo	Bajo
X21	Lo finaliza	0	Negación	Medio	Suficiente	Adecuada	Bajo	Bajo
X22	Lo finaliza	1	Asume	Básico	Suficiente	Adecuada	Bajo	Bajo
X23	Lo finaliza	0	Reconoc. Parcial	Satisfactorio	Suficiente	Adecuada	Moderado	Bajo

	X24	Lo finaliza	1	Reconoc. Parcial	Bajo	Suficiente	Adecuada	Bajo	Bajo
	X25	Lo finaliza	0	Reconoc. Parcial	Básico	Suficiente	Adecuada	Moderado	Bajo
	X26	Lo finaliza	0	Negación	Básico		Positiva	Bajo	Moderado
	X27	Lo finaliza	0	Negación	Medio	Adecuada	Adecuada	Moderado	Bajo
	X28	Baja del grupo							
	X29	Lo finaliza	0	Negación	Medio	Adecuada	Adecuada	Moderado	Bajo
	X30	Lo finaliza	0	Reconoc. Parcial	Medio	Adecuada	Adecuada	Moderado	Bajo

	Sujeto	Concienciación emocional	Habilidades comunicativas	Distorsiones cognitivas	Empatía	Resolución de problemas	Prevención de recaídas
Usuarios PIM	PIM 1	Mejora	Mejora	Mejora			Mejora
	PIM 2	Mejora	Mejora	Mejora	Mejora	Mejora	
	PIM3	Mejora				Mejora	Mejora
	PIM 4	Mejora	Mejora	Leve mejora	Leve mejora	Mejora	
	PIM 6	Dificultades	Mejora	Rígido	Leve mejora	Mejora	
	PIM 7	Mejora		Mejora		Mejora	Mejora
	PIM 8						
	PIM 9	Mejora				Mejora	
	PIM 10	Mejora	Mejora	Mejora	Mejora	Mejora	
	PIM 11	Mejora	Mejora	Leve mejora	Leve mejora	Mejora	
	PIM 12	Mejora	Leve mejora	Leve mejora, pero es rígido	Leve mejora	Leve mejora	
	Otros usuarios	X1	Mejora				
X2		Mejora			Mejora		
X3		Mejora		Mejora			
X4							
X5							
X6		Mejora		Leve mejora			
X7		Mejora		Leve mejora			
X8		Mejora			Mejora		
X9							
X10		Mejora	Mejora			Dificultad	Mejora

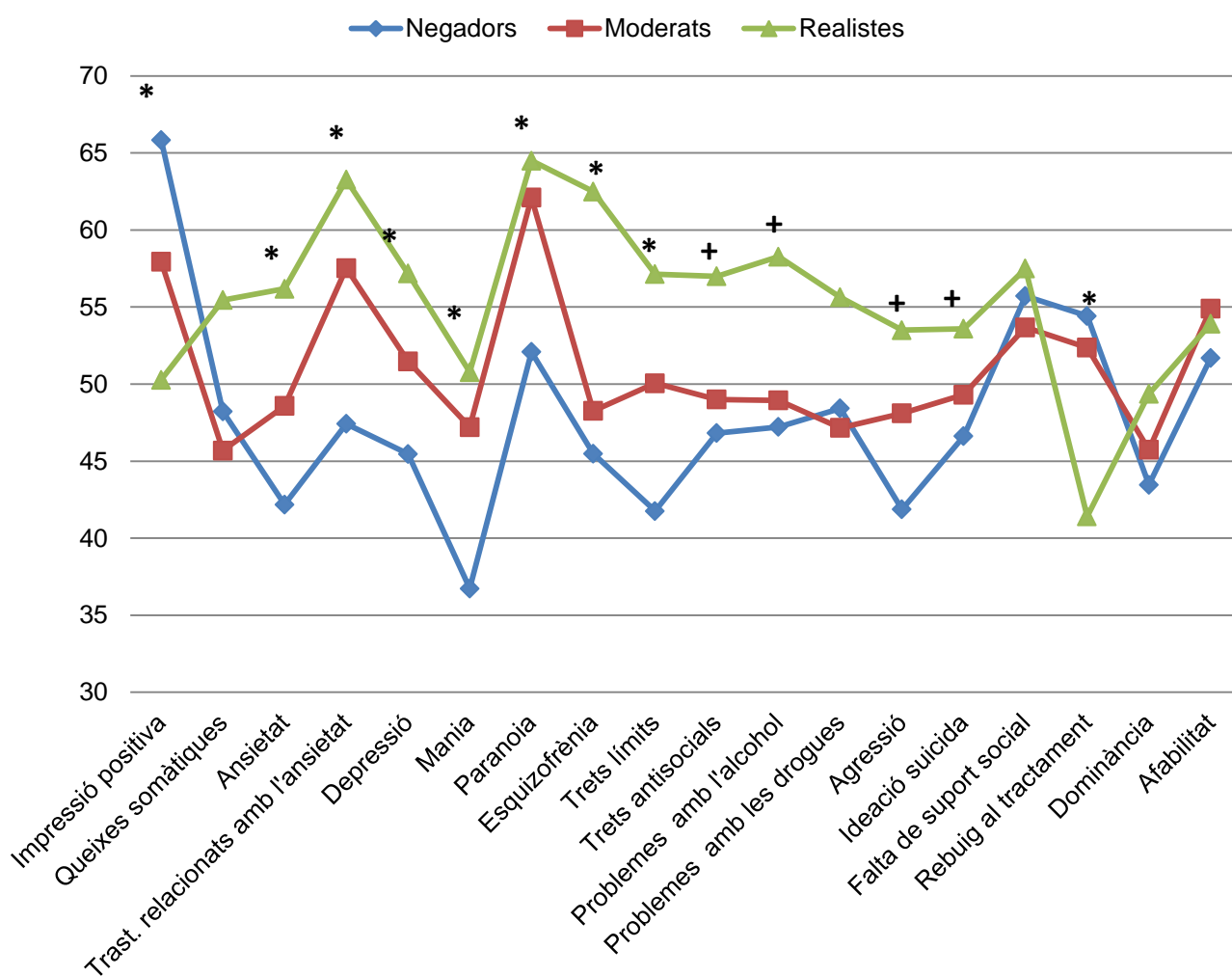
				es		
X11	Mejora	Mejora	Mejora			
X12						
X13	Mejora					
X14	Mejora					
X15						
X16	Mejora			Dificultades		
X17	Mejora	Mejora	Dificultades			Mejora
X18	Dificultades	Dificultades	Rígido	Dificultades	Dificultades	
X19	Mejora		Mejora	Mejora	Mejora	Mejora
X20	Mejora	Mejora	Leve mejora	Leve mejora		Mejora
X21	Mejora		Rígido		Mejora	Mejora
X22	Leve mejora	Mejora	Mejora	Mejora		Mejora
X23	Mejora		Mejora	Mejora	Mejora	Mejora
X24	Mejora	Mejora	Rígido		Mejora	Mejora
X25	Mejora	Mejora	Mejora	Mejora		Mejora
X26	Dificultades	Mejora	Rígido	Leve mejora	Dificultades	
X27	Mejora		Dificultades	Dificultades	Mejora	
X28						
X29	Leve mejora		Dificultades	Dificultades	Mejora	Mejora
X30	Mejora	Mejora	Mejora		Mejora	Mejora

5.3 Resultados sobre los perfiles psicopatológicos de la muestra

Con el objetivo de replicar los resultados en cuanto a los perfiles psicopatológicos de la muestra encontrados en Civit *et al.* 2013, se realizó un nuevo análisis de conglomerado con el método Ward. Los resultados nuevamente revelaron la existencia de tres perfiles diferenciados, que se etiquetaron tentativamente como sigue: el perfil 1 «Negadores» (N=45 sujetos), el perfil 2 «Moderados» (N=19) y el perfil 3 «Realistas» (N=22). En el Gráfico 30, se representan las medias obtenidas para los sujetos en las diferentes escalas del PAI según la división de la muestra en los tres perfiles generados. Se indican también, tanto los resultados de los análisis ANOVA como la prueba Kruskal Wallis (ambas con corrección de Bonferroni; $p < 0,004$; $p < 0,008$, respectivamente). Pueden observarse diferencias significativas entre los grupos en todas las escalas del inventario PAI, a excepción de las escalas Quejas Somáticas ($\chi^2(2)=7,47$, $p=0,02$), Trastornos relacionados con las Drogas ($\chi^2(2)=7,38$, $p=0,02$), Falta de Apoyo Social ($F(85)=0,38$, $p=0,68$), Dominancia ($F(85)=4,22$, $p=0,02$) y Afabilidad ($F(85)=0,85$, $p=0,43$).

Los resultados parecen replicar los perfiles encontrados en Civit *et al.*, 2013. De nuevo las escalas de Impresión Positiva y de Rechazo al Tratamiento resultan esenciales para la diferenciación entre perfiles, donde el perfil de Negadores presenta puntuaciones especialmente elevadas. El perfil de los Moderados, presenta puntuaciones que se sitúan entre las puntuaciones del grupo de Negadores y de los Realistas. Finalmente, el grupo de los Realistas obtiene puntuaciones superiores a la media, y al resto de los grupos, en la mayoría de las escalas del PAI, exceptuando las escalas Impresión Positiva y Rechazo al Tratamiento donde obtiene las puntuaciones más bajas en relación a Negadores y Moderados.

Gráfico 30. Medias obtenidas en las escalas del PAI para los tres perfiles de la muestra



*Significació de la prueba ANOVA después de aplicar corrección de Bonferroni a $p < 0,004$

+Significació del test Kruskal Wallis después de aplicar corrección de Bonferroni a $p < 0,007$

Un segundo análisis fue el de las posibles diferencias en el nivel de motivación para el cambio Pretratamiento (medida continua) y los tres perfiles a través de la prueba ANOVA. Los resultados del ANOVA resultaron significativos ($F(2,85)=7,120, P < 0.01$), e indicaron diferencias en los niveles de motivación que presentan los diferentes perfiles de sujetos. Las comparaciones múltiples entre los diferentes perfiles permiten observar entre qué grupos se encuentran las diferencias significativas. Como se puede observar en la Tabla 8, los Realistas muestran un nivel de motivación para el cambio significativamente más alto que

los sujetos que se clasifican en los Negadores, pero esta diferencia deja de ser significativa al compararlo con los Moderados.

Respecto a las diferencias en el nivel de motivación para el cambio, Postratamiento 2 (medida continua) y los tres perfiles a través de la prueba ANOVA dejaron de ser significativos ($F(2,85)=0,61$, $P=0,548$).

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

	Diferencia de medias	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Realistas vs Negadores	2,40*	0,64	0,001	0,84	3,96
Realistas vs Moderados	1,77	0,77	0,071	-0,11	3,64
Moderados vs Negadores	0,63	0,67	1,00	-2,27	1,01

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

* La diferencia de medias es significativa a nivel 0.05

6 Conclusiones

A continuación se presentan las principales conclusiones derivadas de los resultados obtenidos en la investigación. En primer lugar, se resumen las principales características psicopatológicas que definen la muestra de este estudio evaluadas a través del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI), así como los perfiles obtenidos. En segundo lugar, se describen los perfiles motivacionales evaluados a través de la escala URICA. Y a continuación se expondrá una integración de los resultados encontrados sobre la eficacia del programa PIM, que se basarán tanto en los análisis cuantitativos como cualitativos. Finalmente, se integran todas las conclusiones del estudio, con las propuestas aplicadas que se derivan para la mejora del programa PIM y de la ejecución de las medidas penales alternativas.

En cuanto a las principales características clínicas de personalidad evaluadas con el PAI, se observa que la mayoría de los sujetos (aproximadamente un 85%) se sitúan en el rango de la normalidad en la mayoría de las escalas. Los resultados obtenidos en esta investigación y el primer estudio (Civit *et al.*, 2013) vuelven a indicar la presencia de una menor sintomatología clínica en la muestra, hecho que contrasta con la literatura científica internacional.

Sin embargo, las distribuciones en la mayoría de las escalas evaluadas en el PAI fueron muy similares al primer estudio. A pesar de ello, es necesario hacer nuevamente énfasis en la relevancia de las elevadas puntuaciones obtenidas en la escala de Impresión Positiva (IMP), hecho que podría explicar la baja presencia de sintomatología clínica. La escala IMP indica una tendencia a negar defectos personales que tendrían tres posibles explicaciones: 1) que realmente no existan características negativas o que estén presentes en menor medida que el resto; 2) que el sujeto no sea sincero; y 3) la falta de conciencia de la existencia de los problemas que se exploran. En este estudio, un 60% de la muestra obtiene puntuaciones por encima de la media en Impresión Positiva y, de acuerdo con lo mencionado más arriba, es difícil determinar si las características están presentes en la muestra, si las respuestas están falseadas o si realmente los sujetos no son conscientes.

Centrándonos en una escala relevante como es la escala de Rechazo al Tratamiento, los resultados muestran que la mayoría de los individuos no creen necesitarlo o se niegan a recibirlo. Esta última escala podría estar relacionada con la baja conciencia o minimización de los problemas (las elevadas puntuaciones en IMP) y las bajas puntuaciones en el resto de escalas clínicas.

En relación a los tres perfiles de sujetos obtenidos en el primer estudio (Civit *et al.*, 2013), estos se replicaron en la presente investigación, señalando una cierta estabilidad de los patrones psicopatológicos.

El tamaño de la muestra, especialmente respecto al Grupo PIM, implica que las conclusiones que se pueden extraer sobre la escala URICA deban tomarse con mucha cautela. Mediante los análisis descriptivos y las figuras 23 a 25, se observó que los tres grupos seguían patrones motivacionales similares (con puntuaciones superiores en contemplación y acción), además de encontrarse pocos cambios entre las diferentes evaluaciones temporales. Estos resultados descriptivos ya sugieren que el nivel motivacional no había aumentado o cambiado en la dirección esperada.

Además, el análisis de las puntuaciones en relación a la media obtenida para toda la muestra arrojó resultados interesantes, en el sentido de que el Grupo PIM obtiene en el momento Postratamiento 1, puntuaciones más elevadas respecto a toda la muestra en Contemplación, lo que refleja una mayor presencia de este estadio, lo que es congruente con los objetivos de la aplicación del PIM. Si bien estos cambios no se mantenían después de la realización del PF.

En cambio, el Grupo PF destacó por puntuaciones más bajas que la media de la muestra total en todos los estadios, a excepción del estadio de acción donde presentó una ligera puntuación positiva. Por último, respecto al Grupo Control en el momento Postratamiento 2, obtuvo puntuaciones más elevadas en Precontemplación.

Paradójicamente, los resultados referidos al estadio de Mantenimiento no permiten establecer ninguna conclusión o interpretación coherente. Este hecho podría explicarse por limitaciones propias del instrumento utilizado para evaluar

los estadios de cambio, que como se comentó anteriormente muestra una baja correlación de la escala Mantenimiento con todo el resto.

A continuación, se comentarán los resultados derivados de la contrastación de las hipótesis. Respecto a la **primera hipótesis**: los sujetos que hayan realizado el programa PIM (Grupo PIM) habrán aumentado su nivel de motivación al finalizarlo y se mantendrá al finalizar el PF VIDO. Se encontraron diferencias significativas después de la realización del PF en el estadio de Mantenimiento y en la medida logarítmica, lo que indica que el grupo disminuía sus puntuaciones. Aunque estos resultados son de difícil interpretación, podrían indicar que la concienciación de la problemática hace disminuir las puntuaciones en mantenimiento dado que los sujetos se hacen conscientes de que se encuentran lejos de solucionar la problemática. Sin embargo, se ha considerado probable que los sujetos den por solucionado su problema una vez finalizada la intervención y por ello las puntuaciones de URICA son indicativas de que no son conscientes de tener un problema.

Tal como sugerían los gráficos de comparaciones de medias del Grupo PIM, las comparaciones entre el Postratamiento 1 y Postratamiento 2 fueron significativas en el estadio de Precontemplación y en la medida logarítmica. Lo que, posiblemente, indica que al finalizar el PIM los sujetos podrían estar más motivados, pero que los cambios no se mantienen a largo plazo durante la realización del PF.

Aunque no se ha observado que los sujetos del Grupo PIM hayan aumentado a un nivel motivacional más avanzado, sí que se puede detectar que la mayoría se situaron preferentemente en el estadio de Contemplación una vez realizado el programa (45% Postratamiento 1 y 60% Postratamiento 2). Estos resultados podrían interpretarse como positivos ya que sugieren que se ha producido una consolidación de la concienciación sobre el problema.

En cuanto a la **segunda hipótesis**: tal como sucedió en la primera investigación, los Grupos PF y Control, no mostrarán diferencias motivacionales significativas entre los dos momentos de evaluación

(Pretratamiento y Postratamiento 2). Los resultados tampoco resultaron significativos, por lo que se dio por validada la hipótesis.

Finalmente, en relación a la **hipótesis tercera**: El Grupo PIM presentará un nivel de motivación más avanzado al finalizar el PF, en comparación con otros grupos de estudio (Grupo PF y Grupo Control). Las diferencias entre los grupos tampoco resultaron estadísticamente significativas para poder confirmar la hipótesis.

A la luz de estos resultados y sobre todo después del análisis cuantitativo de los datos y de la distribución de las puntuaciones en la escala URICA, todo parece apuntar a que el instrumento de medida de la motivación para el cambio utilizado en esta investigación no consigue distinguir con fiabilidad los diferentes estadios motivacionales. Un primer argumento para ello se encuentra en que las correlaciones del estadio de Mantenimiento con el resto de estadios eran muy bajas y sin significación. También las altas correlaciones entre los estadios de Contemplación y Acción, podrían estar reflejando un solapamiento en la evaluación de ambos estadios por parte del instrumento, debido a que no se estén discriminando bien los estadios, ya que, como se ha podido observar, la mayor parte de sujetos se sitúan en los estadios de Contemplación y Acción en todos los grupos.

Un segundo argumento, es que algunos sujetos presentan una tendencia de respuestas aleatoria a los ítems del URICA, ya que el análisis del contenido de las preguntas que exploran el mismo estadio y las respuestas dadas a las mismas, a veces, son incongruentes.

Por estos motivos, se realizó el análisis cualitativo derivado de los informes individuales de los sujetos que realizaron el PIM. Mediante estos análisis se observó que la mayoría de los sujetos consolidaban su concienciación del problema y empezaban a realizar algunos comportamientos dirigidos a solucionarlo.

Además, a través de la comparación de las diferentes variables extraídas de los informes para cada sujeto que participó en el PF, se observaron diferencias positivas entre los usuarios que realizaron el PIM y los que no. Por ejemplo, en

el Grupo PIM, en comparación con los otros usuarios, se detectaron menos bajas del PF, un aprovechamiento más satisfactorio, una motivación adecuada, y una actitud más positiva. Estas cuestiones se pueden considerar favorables a la posible eficacia del PIM como instrumento de intervención previo a la aplicación del PF. Además, se considera que los informes finales han permitido obtener información objetiva y detallada sobre la evolución de cada sujeto en el marco del PF. Es un valor añadido el hecho de que estas valoraciones positivas hayan sido proporcionadas por profesionales ajenos al grupo de investigación, que desconocían el contenido de la presente investigación, y que algunos de los usuarios participaran en un programa motivacional previo.

A pesar de que los resultados globales en términos de diferencias significativas no son tan relevantes como se podría esperar, de las valoraciones individuales de los profesionales vinculados a la intervención y al PF en la mayoría de los casos se desprende una percepción positiva de la evolución del usuario.

Con todo, la discrepancia entre los datos cualitativos y los cuantitativos apunta a la hipótesis de que las pruebas seleccionadas no son tan sensibles a la detección de los cambios que se han producido como lo podría ser el criterio clínico, especialmente teniendo en cuenta las limitaciones derivadas del tamaño de la muestra.

Más allá de las conclusiones expuestas hasta ahora, en este punto de la memoria procede hablar de las impresiones proporcionadas después de la aplicación del PIM. Una primera consideración positiva transmitida a partir de la experiencia de los profesionales que han aplicado el PIM, es que el simple hecho de dedicar un espacio para la reflexión sobre la situación problemática y los hechos que han motivado la condena, así como la disponibilidad de unos canales y unas herramientas concretos, favorecen el proceso de introspección en estos hombres. Hay que tener presente que, en general, muchas de estas personas nunca se han parado a pensar en sus emociones o conductas, y en este nuevo espacio, dentro del marco del cumplimiento de la medida, se favorece que el sujeto se tome un tiempo para pensar en todos estos aspectos y, en concreto, en las circunstancias implicadas en la comisión del delito.

Como segundo aspecto positivo, el estilo terapéutico del PIM potencia que sean los mismos sujetos los que expliquen sus experiencias con su propio lenguaje y desde su percepción. Es posible que sea la primera vez que el individuo es preguntado sobre su vivencia del problema desde un posicionamiento totalmente neutral por parte de un profesional que, además, le hace ir más allá del relato básico de los hechos.

Además, no tan solo se ha observado una evolución positiva de los participantes de la aplicación del PIM sino que, durante la aplicación del programa, no se han producido reacciones negativas por parte de los sujetos ni situaciones conflictivas de ningún tipo.

La estructura y la filosofía del PIM permiten analizar el problema desde una perspectiva muy concreta, discriminándolo de otros aspectos que el penado asocia a su situación global y que, a menudo, se utilizan como justificación de su conducta o eclipsan su responsabilidad.

Así, esta focalización actúa como facilitador de la identificación de dificultades para establecer dinámicas relacionales adaptativas, tal como señalan los propios sujetos.

El proceso intrínseco en la aplicación del PIM favorece el vínculo terapéutico y, con posterioridad, la adherencia al programa formativo. Este elemento se relaciona con una disminución de las faltas de asistencia a lo largo del programa formativo y, en consecuencia, de las bajas en el programa.

Todos estos aspectos se constatan en los diarios de sesiones que realizan los terapeutas, tal como se ha podido observar con anterioridad. Se destaca especialmente la actitud participativa y abierta desde las primeras sesiones en comparación con los sujetos que no han participado del PIM.

Cabe destacar que las impresiones positivas de los profesionales coinciden con una valoración positiva por parte de los usuarios.

Respecto a la aplicación concreta de las tareas incluidas en el programa, no se han observado dificultades ni a nivel de comprensión ni de contenido de las mismas.

También se observa que las tareas concretas que forman parte del programa son, en sí mismas, un facilitador para que se produzca un punto de inflexión en el proceso de concienciación del sujeto.

En definitiva, el propósito del PIM es optimizar el aprovechamiento del PF para disminuir el riesgo de reincidencia del penado, objetivo último de cualquier medida judicial. Con todo lo expuesto en la presente memoria, considerando la combinación de los resultados estadísticos con el análisis cualitativo, existen suficientes indicadores que permiten considerar el PIM como una herramienta útil en la disminución de los factores de riesgo de reincidencia.

7 Limitaciones y propuestas

A continuación se exponen las limitaciones observadas a lo largo de la investigación, así como las principales propuestas que de ella se derivan.

En cuanto a las pruebas psicométricas aplicadas para evaluar los diferentes aspectos que requiere la posterior aplicación del PIM, existen dificultades para concretar el concepto de «problema» que se utiliza para su aplicación. Esta dificultad aparece sobre todo en la aplicación posterior a la realización del PF ya que, atendiendo a la comparación de los resultados cuantitativos y cualitativos, existen discrepancias entre ellos. Ello hace pensar que la prueba no es capaz de detectar la resolución de la «situación problema», sino que la vuelve a identificar como una negación de la misma. Ante este hecho, se propone explorar nuevas herramientas para evaluar el estadio motivacional mediante entrevista semiestructurada o utilizando un algoritmo decisional, por ejemplo. En este sentido, en la breve revisión bibliográfica efectuada en esta memoria se destacaron diversos estudios que sugerían que la escala URICA no era útil para detectar los cambios a corto plazo, lo que coincidía con los resultados de esta investigación (Cook *et al.*, 2015a; Hillen *et al.*, 2015).

Otra limitación relacionada con las pruebas administradas es el lenguaje de estas, que dificulta su entendimiento a los sujetos y hace que, en ocasiones, los resultados se vean distorsionados y no reflejen de forma realista la situación.

Respecto a la configuración del grupo muestra al que se le aplica el PIM, hay diversos aspectos que dificultan su configuración. Entre ellos, se encuentra la voluntariedad de la participación fuera del marco obligatorio de la medida penal, que combinado con la dispersión territorial de los casos atendidos por el Servicio de Medidas Penales Alternativas de Girona, supone una pérdida de sujetos relevante. A este hecho, se añaden el cumplimiento de los criterios de exclusión previstos en el manual del PIM y las muertes experimentales propias de la población diana a la que va dirigido el programa como consecuencia, por ejemplo, de un ingreso en prisión.

Inicialmente, la muestra de este estudio se componía de un total de 168 hombres que cumplían una medida penal alternativa de PF VIDO, a los que se tienen que sumar 81 individuos que fueron atendidos como posibles participantes en el PIM. A pesar de ello, por los motivos antes expuestos, la muestra quedó conformada por 109 sujetos

En cuanto a la planificación de la aplicación del PIM, y dada la estrecha relación con la resolución del la adjudicación del concurso público para gestionar los programas formativos, se produce una pérdida de muestra muy importante y difícilmente salvable en el plazo estipulado para llevar a cabo la investigación. Aunque desde el equipo de investigación se exploran alternativas que permitan el aumento de la muestra, ninguna de ellas aporta los resultados esperados.

Teniendo en cuenta la ya mencionada consideración de los indicadores favorables a la utilidad del PIM, se valora como necesaria la aplicación generalizada del programa a fin de optimizar la eficacia de la medida penal alternativa, sin perjuicio de que este tipo de implementación contribuya a dar continuidad en la evaluación de su eficacia.

A continuación, se presenta un documento con una propuesta de plan de implementación modelo para aplicar el programa a los diferentes servicios de medidas penales alternativas de Cataluña.

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL PIM

PRESENTACIÓN

En la actualidad, se dispone de un amplio abanico de intervenciones terapéuticas que tienen su aplicación práctica dentro de diferentes contextos, entre las que se encuentran los programas formativos en materia de violencia doméstica, que son intervenciones específicas de reeducación y/o tratamiento psicológico que proporcionan al usuario una serie de conocimientos facilitadores para la reinserción en la comunidad. Estos programas tienen como principales objetivos acercar al sujeto a las consecuencias de sus actos, tanto desde el ámbito judicial, como desde la repercusión que estos tienen para otros individuos o grupos (víctimas, personas cercanas, grupos de pertenencia, etc.), y aportar elementos que proporcionen maneras de hacer diferentes que posibiliten la investigación de soluciones alternativas. En este momento, el abanico de intervenciones terapéuticas hacia agresores sigue requiriendo de todos los esfuerzos prácticos y científicos para mejorar su eficacia y disminuir las posibilidades de reincidencia de los agresores de pareja.

En estudios previos como *Análisis de la motivación para el cambio en sujetos que han realizado un programa formativo en violencia doméstica* de 2013 (Civit, Iturbe, Martínez-Catena, Muro, y Nguyen Vo, 2013), se destacó como resultado que los individuos que participan en estos programas como medida judicial no se encuentran en la situación motivacional más adecuada para sacar el máximo provecho del PF en el que tenían que participar y que, por lo tanto, ello afectaría a su eficacia. También se resaltó que tampoco mejoraban su nivel motivacional después de su realización. Por último, en esta investigación se identificaron tres perfiles que mostraron ciertas similitudes con los perfiles obtenidos en otros estudios internacionales (Chambers y Wilson, 2007).

La bibliografía internacional más reciente ha remarcado que para mejorar la eficacia de los tratamientos y la adherencia terapéutica es necesario que los individuos se encuentren preparados o motivados para iniciar un cambio terapéutico. El Programa de Intervención Motivacional (PIM) tiene el objetivo de aumentar los niveles de motivación para el cambio, y es un programa diseñado

siguiendo los máximos estándares científicos y las características más destacadas de otras intervenciones similares a nivel internacional, que habían demostrado su eficacia.

El PIM se diseñó para aumentar el nivel motivacional de los sujetos bajo la base teórica del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (McConaughy *et al.*, 1983; Norcross *et al.*, 2011b; Prochaska *et al.*, 1992, 1988), la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1999; Miller *et al.*, 1999; Miller, 1985) y las técnicas cognitivo-conductuales y constructivistas que han resultado más eficaces. Bajo estas perspectivas, el PIM se plantea como una intervención breve donde el profesional guía al individuo a través de las diversas actividades propuestas mediante el diálogo socrático para que las iniciativas, sugerencias u opiniones sobre el cambio nazcan del propio individuo.

JUSTIFICACIÓN

Desde el ámbito de intervención con conductas delictivas se valora este tipo de conducta como una conducta natural de la sociedad (Chambliss, 1997; Hulsman, 1997), y por lo tanto, difícil de cambiar, considerando a los delincuentes como un grupo resistente al tratamiento (Alexander, 2000), especialmente debido a los aspectos motivacionales (Krause, 1966). Tratar a los sujetos que no quieren cambiar o que no participan en el tratamiento de manera voluntaria de la misma manera que se trataría a un grupo de voluntarios genera frustración para todos los individuos inmersos en la labor terapéutica.

Además, uno de los principales objetivos de la sociedad y de los profesionales implicados en el control y la gestión de la delincuencia es conseguir la rehabilitación y reinserción de los agresores en la comunidad (Hollin, 2000) para lo que es necesario que se produzca en el individuo un proceso complejo llamado cambio terapéutico (Redondo y Martínez-Catena, 2012a), que normalmente se verá facilitado por un tratamiento psicológico. Este cambio es un proceso dificultoso donde se producen toda una serie de modificaciones, de tipo cognitivo, emocional, actitudinal y conductual en los individuos que reciben

el tratamiento (Redondo, 2008) y que conducirán a que estos no vuelvan a reincidir en el delito.

Uno de los elementos que se han destacado como facilitadores del cambio terapéutico es que el individuo cuente con una motivación genuina hacia este cambio (Andrews y Bonta, 2010; Barbaree y Marshall, 2006; Harkins y Beech, 2007; Hollin y Palmer, 2006; Tierney y McCabe, 2002, 2004, 2005), entendida como la probabilidad que tiene una persona de empezar, continuar y mantener un proceso de modificación de su comportamiento (Miller, 1985). A pesar de ello, la motivación ha sido un componente del proceso rehabilitador poco explorado y trabajado hasta la última década, especialmente respecto al campo de la delincuencia (Day, Casey, Ward, Howellos y Vess, 2010). Autores que han considerado la motivación en sus modelos de rehabilitación de delincuentes son, entre otros, Andrews y Bonta (1994, 2010) en el modelo de Riesgo-Necesidades-Responsividad (R-N-R) o el Modelo de las vidas satisfactorias de Ward (2002). Otros estudios internacionales destacan la existencia de una correlación positiva entre un nivel más elevado de motivación para el cambio y mayor eficacia terapéutica, la relación positiva entre el nivel de motivación y la adherencia al tratamiento, y la necesidad de adaptación del tratamiento a los niveles motivacionales del individuo.

En definitiva, respecto al tratamiento de los agresores de pareja se ha establecido una relación positiva entre el éxito del programa y que los individuos sean conscientes de su problema, asuman su responsabilidad, y estén motivados para participar y finalizar la intervención (Echeburúa y Amor, 2010; Helton, 2011; Jewel y Worthmith, 2010).

El Programa de Intervención Motivacional (PIM) (Martínez-Catena *et al.*, 2015) es una intervención diseñada con el objetivo de ayudar a los individuos a colocarse en la mejor situación para afrontar el PF y prepararlos para que puedan sacar el máximo provecho del cumplimiento de esta medida.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS

Las medidas penales alternativas permiten a los órganos judiciales (jueces y tribunales) dar una respuesta menos aflictiva que las penas privativas de

libertad por la comisión de una falta o de un delito leve o menos grave, al tiempo que se salvaguardan los derechos de las víctimas.

Las medidas penales alternativas que se imponen con mayor frecuencia son los trabajos en beneficio de la comunidad, las obligaciones de tratamiento ambulatorio (ya sea de salud mental o de deshabituación de las drogas) y las obligaciones de participación en un programa formativo de tipo psicoeducativo.

Los equipos que realizan su seguimiento se encargan de velar por el adecuado cumplimiento de las penas impuestas, de mantener informada a la instancia judicial competente sobre el cumplimiento y la evolución de la medida, de favorecer la integración social de la persona a la que se ha impuesto, mediante el seguimiento y apoyo socioeducativo, de fomentar la dotación de recursos sociocomunitaria adecuada y de implicar y sensibilizar a la comunidad en los procesos de ejecución de las medidas penales alternativas.

La gestión de las medidas penales alternativas se lleva a término por parte de entidades externas al Departamento de Justicia. En la provincia de Barcelona, la gestión de los programas formativos se gestiona desde la entidad IRES, que cuenta con 3 equipos de profesionales que gestionan exclusivamente medidas de programa formativo y tratamiento. En el resto del territorio catalán, la gestión corre a cargo de INTRESS, que cuenta con equipos que gestionan la totalidad de medidas penales alternativas del territorio en el que tienen el ámbito de actuación.

Los equipos de medidas penales alternativas están formados por profesionales del ámbito social (psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, criminólogos, pedagogos...) que llevan a cabo el seguimiento de la ejecución de las medidas impuestas. Estos profesionales se conocen como delegados de medidas penales alternativas.

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

El Plan de Intervención Motivacional (PIM) es un programa dirigido a aumentar el nivel de motivación para el cambio en sujetos que tienen que iniciar un

programa formativo en violencia doméstica y que cuenta con los siguientes objetivos:

Adherencia al tratamiento: los programas formativos que se llevan a cabo como medida penal alternativa son intervenciones grupales que adquieren un cariz terapéutico y que, en consecuencia, requieren de una correcta adherencia al tratamiento para garantizar tanto la continuidad como la predisposición adecuada para la asimilación de los contenidos. La realización del PIM potencia este aspecto.

Mayor aprovechamiento del contenido del PF: el inicio del programa formativo en un estadio adecuado de motivación para el cambio favorece el aprovechamiento de su contenido, en tanto que se vencen las reticencias iniciales previas y se dota de significado la participación en el mismo.

Reducción de la tasa de abandono del programa formativo: la mayor adherencia al tratamiento potenciada por el PIM implica una reducción en la tasa de abandono del programa. La continuidad en la asistencia y el valor motivacional propio que se otorga al curso reducen el número de bajas del grupo.

Favorecer el cumplimiento de la medida judicial: la aplicación del PIM contribuye a aumentar la solidez de la estructura de la intervención del delegado. La planificación cuidadosa del contenido de los encuentros con el delegado se puede anticipar a la persona permitiendo que el penado cuente con unas expectativas realistas en relación a lo que se le pide y ofrece. Este aspecto favorece el cumplimiento adecuado de la medida.

Evitar la reincidencia: uno de los objetivos principales de cualquier intervención en el ámbito judicial es el de evitar que se vuelva a producir la conducta delictiva. Con el trabajo focalizado en este tipo de conducta, se promueve la disminución del riesgo de reincidencia.

Disminución en la prescripción de medidas: el abandono de los programas formativos por parte de los penados tiene como resultado la demora en el cumplimiento de la pena. Esta demora puede comportar, incluso, la

prescripción de la medida, especialmente en los territorios en los que solo se lleva a cabo un programa formativo al año y, por lo tanto, la baja del grupo supone un año de espera. La menor tasa de abandono del programa observada en los casos que han llevado a cabo el PIM comporta la reducción del número de medidas prescritas por este motivo.

Aumento de la rentabilidad del programa: el abandono del programa formativo no tan solo supone una demora en el cumplimiento de la medida sino que también repercute en un mayor gasto económico, dado que la persona ocupará una plaza en dos programas formativos, lo que duplicará el coste de su intervención. Cualquier elemento que disminuya el número de penados que tienen que repetir el programa, como es el caso del PIM, evitará esta duplicidad de costes, y aumentará la rentabilidad de la intervención.

Dotar de contenido las entrevistas del delegado: el tiempo de espera entre la primera entrevista con el penado y el inicio del programa formativo comprende un periodo de tiempo durante el cual se llevan a cabo entrevistas de seguimiento que tienen como objetivo, por un lado, conocer la situación global de la persona y sus necesidades de forma actualizada y, por otro, prepararla para el inicio del programa formativo. El PIM es una herramienta que dota de contenido las entrevistas previas al programa, y pone el foco en aquellos aspectos a trabajar y en la concienciación y responsabilización de la propia conducta y sus consecuencias.

Intervención individualizada: uno de los requisitos para el mayor grado de aprovechamiento del contenido de la medida es la adaptación individual de la intervención. El programa motivacional permite, en un marco común, atender de manera individualizada las necesidades de cada persona.

Mayor satisfacción de los profesionales que intervienen durante la ejecución de medida con su trabajo: la consecución de los objetivos de la medida judicial y el correcto cumplimiento por parte del penado afecta a la herramienta diaria del delegado. La aplicación del PIM facilita la ejecución y el cumplimiento de la medida, lo que revierte en una mayor satisfacción del

delegado. Si esta situación se generaliza, también se verá reflejada en la percepción que el profesional tiene de su labor.

Recogida sistemática de datos para posteriores estudios a fin de mejorar la intervención: las actuaciones que se llevan a cabo en el marco de la aplicación del PIM incluyen la recogida de datos necesarios para la elaboración del perfil que determina el tipo de intervención. Estos datos son muy valiosos para la elaboración de futuros estudios de evaluación de la eficacia o, incluso, de la reincidencia.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

El programa está dirigido a hombres que han sido condenados por un delito de violencia doméstica a una medida penal alternativa a la prisión, consistente en la realización de un programa formativo en materia de violencia doméstica.

Para asegurar el buen desarrollo y el aprovechamiento del programa motivacional, se han establecido los siguientes criterios de exclusión de los usuarios:

- El desconocimiento de la lengua en la que se realizará el programa motivacional y el programa formativo (catalán o castellano) ya que imposibilitará el aprovechamiento del mismo y, por lo tanto, requiere de un trabajo de alfabetización previo.
- El presentar una relación de dependencia en consumo activo de cualquier tipo de sustancia estupefaciente, dado que dificulta el correcto desarrollo del PIM y puede afectar negativamente a los participantes. Es necesaria la abstinencia completa y/o encontrarse bajo un tratamiento de deshabituación previo a la inclusión en el programa.
- La presencia de un trastorno mental no compensado en el momento de participar en el PIM, lo que impediría la correcta consecución de los objetivos de los programas y de la medida, que afectaría también a su desarrollo. Se

requiere un tratamiento centrado en la compensación del trastorno previo de los aspectos de salud mental.

- La alteración de las capacidades cognitivas en un grado importante disminuiría notablemente la posibilidad de éxito en la participación del programa motivacional y formativo. En estos casos, la medida judicial se tendrá que adaptar a las características del sujeto para asegurar su aprovechamiento.

METODOLOGÍA

El programa motivacional para hombres que cumplen una medida judicial de programa formativo de violencia doméstica se estructura en 5 módulos de intervención con un total de 2 sesiones de evaluación y un máximo de 5 sesiones de intervención individuales con una duración aproximada de una hora y una periodicidad quincenal. El programa se desarrolla en un formato individual y trabaja las dificultades más significativas que presenta el individuo.

Cada sesión consta de una misma estructura. Empieza con una síntesis del resultado de la sesión anterior, que refuerza los avances realizados, sigue con el desarrollo de una serie de tareas que tienen la finalidad de trabajar los aspectos a mejorar en cada módulo, y concluye con un resumen de los aspectos más importantes trabajados en la sesión. Después de cada sesión se deja un espacio al usuario para que pueda añadir, en caso de que lo desee, cualquier aspecto que considere relevante en relación a lo que se ha trabajado con anterioridad.

El PIM se compone de cinco módulos dirigidos a aumentar la motivación del individuo:

▪ **Módulo 0. Evaluación:** previo al desarrollo del PIM y la toma de decisión de la conveniencia de su aplicación o no al caso, se realizan dos sesiones iniciales de evaluación que propiamente formarían parte de la habitual evaluación desarrollada por el delegado de ejecución penal en el marco de la medida de programa formativo.

El objetivo es hacer el encuadre del sujeto dentro de la medida judicial que tiene que cumplir, el programa formativo de violencia doméstica, así como las

consecuencias del incumplimiento. También se realizará la anamnesis y la exploración del sujeto y su situación actual.

Si durante esta primera sesión no se detecta en el usuario la presencia de ningún criterio de exclusión, al finalizar, se administrarán las pruebas URICA y termómetro de partida. Y durante la segunda sesión las pruebas restantes para completar la información necesaria (PAI y Cuestionario MDC-Victoria).

▪ **Módulo 1. ¿Hay algo que quiera cambiar? Feedback y ambivalencia:** la primera sesión de intervención se dedica a trabajar la identificación de aspectos que el individuo tendría que cambiar. Corresponde al profesional hacer un feedback de lo expuesto por el sujeto durante la fase de evaluación y trabajar la ambivalencia que pueda presentar en relación al cambio.

▪ **Módulo 2. ¿Hay algo que me ayude a cambiar? Autoeficacia y apoyo social:** en la segunda sesión, se trabaja el sentimiento de autoeficacia para que el individuo consiga confianza en sus capacidades para potenciar un cambio en su conducta, y la identificación del mapa de apoyo social con el que cuenta el sujeto en este proceso de cambio, así como de aquellos que pueden entorpecerlo.

▪ **Módulo 3. Mapa de ruta.** En la tercera sesión se establece el mapa de ruta con los objetivos a corto, medio y largo plazo que se plantea el sujeto y se fijan las estrategias de cambio para alcanzarlos. El profesional ayudará al usuario a escoger cuáles serán sus objetivos de cambio y la mejor manera de llevarlos a cabo.

▪ **Módulo 4. Siguiendo adelante. Seguimiento.** Por último, en la cuarta sesión, se hace una recopilación de los aspectos más relevantes trabajados durante las sesiones anteriores, y se refuerzan los aspectos motivacionales que se consideren importantes para alcanzar de la manera más satisfactoria posible los objetivos de la medida judicial y del programa formativo que está realizando.

INTENSIDAD DE APLICACIÓN DEL PIM

Si durante la entrevista semi-estructurada no se detecta ningún criterio de exclusión, se aplicarán los instrumentos de evaluación mediante los que se determinará qué modalidad de programa es la más adecuada para el usuario.

Los datos que se tienen que tener en cuenta a la hora de adaptar la intervención son los obtenidos del análisis y cruce de resultados de los cuestionarios PAI y URICA.

Por un lado, del análisis de los resultados del cuestionario PAI se obtienen tres perfiles diferenciados: negador, moderado o realista (más información en el *Manual del terapeuta, Módulo 0. Evaluación*).

Por otro, el cuestionario URICA proporciona cuatro estadios de motivación para el cambio: precontemplativo, contemplativo, acción, mantenimiento (si los resultados muestran que el sujeto se encuentra en este último estadio del cambio, no es necesario llevar a cabo una intervención motivacional).

En la siguiente tabla, se describe la combinación de los resultados de ambos cuestionarios que determinará el tipo de programa que se aplicará al sujeto.

	PRECONTEMPLATIVO	CONTEMPLATIVO	ACCIÓN
NEGADOR	PIM Intensivo	PIM Intensivo	PIM Completo
MODERADO	PIM Completo	PIM Completo	PIM Reducido
REALISTA	PIM Completo	PIM Completo	PIM Reducido

TEMPORALIZACIÓN

Aunque la aplicación del programa motivacional consta de dos sesiones de evaluación y cuatro de intervención, estas sesiones serán adaptadas según el resultado de la exploración inicial y de los resultados de las pruebas psicométricas administradas. Así, se han determinado tres tipos de aplicaciones, según la intensidad que requiera cada caso, que coinciden en la sesión de evaluación inicial pero que difieren en el número de sesiones de intervención y en su contenido.

	REDUCIDO	COMPLETO	INTENSIVO
1ª sesión evaluación	X	X	X
2ª sesión evaluación	X	X	X
1ª sesión de intervención	Ambivalencia y autoeficacia	Ambivalencia	Ambivalencia
Sesión de refuerzo			Ambivalencia y autoeficacia
2ª sesión de intervención		Autoeficacia	Ambivalencia y autoeficacia
3ª sesión de intervención	Mapa de ruta	Mapa de ruta	Mapa de ruta
4ª sesión de intervención	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento

El **PROGRAMA COMPLETO** es el estándar de intervención que se realizará en el mayor número de casos, ya que engloba diversos supuestos. Este consta de cuatro sesiones de intervención en cada una de las que se trabajará uno de los módulos del programa.

El **PROGRAMA REDUCIDO**, destinado a los casos más avanzados, consta de tres sesiones y está indicado para aquellos casos en los que los resultados muestran que el sujeto presenta una buena predisposición al cambio. Por este motivo, los módulos 1 y 2 se trabajarán en una misma sesión.

El **PROGRAMA INTENSIVO**, dedicado a los casos más difíciles, consta de cinco sesiones, tres de las cuales se dedican a trabajar los módulos 1 y 2. El objetivo es incidir con mayor fuerza en las resistencias al cambio de los sujetos.

ASPECTOS ESTRUCTURALES

Recursos Humanos

Los servicios de medidas penales alternativas están configurados por profesionales del ámbito social que llevan a cabo el seguimiento de la ejecución de la pena impuesta mediante entrevistas individuales periódicas. A fin de realizar esta tasca se inicia el contacto con el penado mediante una primera entrevista que tiene como objetivo la valoración psicosocial de la

persona, así como su riesgo de reincidencia. Con posterioridad a esta entrevista y hasta al momento de iniciar el programa, se realizan entrevistas periódicas de seguimiento del penado y de preparación al inicio del curso.

El vínculo que se establece a lo largo de estos encuentros entre el delegado y el penado es un facilitador del trabajo motivacional orientado a un mayor aprovechamiento del contenido del programa formativo que realizará con posterioridad.

Atendiendo a todo lo expuesto hasta el momento, se valora que la persona más adecuada para aplicar el PIM es el delegado de medidas penales alternativas, referente del caso.

Son necesarias 7 horas para la aplicación del programa son un total de 7, además, la labor del delegado incluye la dedicación de 6 horas a la gestión del caso (informes a juzgado, coordinación con otros referentes, derivación a la entidad encargada del PF...). De forma que serán necesarias un total de 13 horas para intervenir en cada caso, distribuidas a lo largo de aproximadamente 6 meses desde la primera entrevista de ejecución de la medida hasta al cierre de la misma.

	HORAS NECESARIAS	OBSERVACIONES
Módulo 0	2 horas	Se recomienda que se haga en dos sesiones
Módulo 1	1 hora	Sesiones quincenales (periodicidad flexible). Es indispensable
Módulo 2	1 hora	Finalizar las sesiones con anterioridad al inicio del PF
Módulo 3	1 hora	Programa Formativo
Módulo 4	1 hora	Aproximadamente a la mitad del PF
Cierre	1 hora	Una vez finalizado el PF
Gestión del caso	6 horas	Coordinaciones, informes...

Recursos materiales

- 1 manual de aplicación (para el profesional)
- 1 cuadernillo de actividades para cada caso (incluidos los tests de evaluación inicial)
- Bolígrafo

Recursos logísticos y otros

- Disponibilidad de sala de entrevistas para uso individual (7 horas)
- Adquisición de los usos y correcciones de las pruebas psicométricas
- Supervisión externa y/o apoyo en la aplicación

PLAN DE FORMACIÓN

Aunque el Programa de Intervención Motivacional (PIM) no está diseñado estrictamente como una herramienta terapéutica sino motivacional, en el marco de su aplicación pueden salir a la luz aspectos a trabajar que requieren de una formación especializada en este tipo de intervenciones. En consecuencia, si bien no es indispensable que los profesionales que lo lleven a cabo sean psicólogos, sí que lo es que participen de un proceso de formación orientado a la aplicación del programa.

Programa de formación:

Explicación de la filosofía del programa (2 horas)

Exposición de cada módulo y sus ejercicios (4 horas)

Role-playing /visionado de vídeos encarados a la adquisición de las habilidades para la entrevista motivacional (2 horas)

Los grupos formativos tendrán un máximo de 15 personas para garantizar un correcto aprovechamiento del contenido.

2 profesionales expertas en la materia y con amplia experiencia en la aplicación del programa.

TAREA	HORAS	COSTE
Preparación de la formación	2	200 euros
Teórico 1 (explicación general)	2	200 euros
Teórico 2 (aplicación y ejercicios)	4	400 euros
Práctico 1	2	200 euros
Logística (desplazamientos y material)		A calcular
		TOTAL:1000 Euros+variables

PLAN DE CALIDAD

A fin de evaluar la aplicación del PIM y su eficacia, se proponen una serie de ítems cuantitativos:

- **Tiempo que la medida pasa en ejecución:** meses entre la entrevista inicial y la de cierre posterior a la realización del programa formativo
- **Número de abandonos del PIM:** no finalización del PIM por abandono voluntario
- **Número de abandonos del PF**
- **Tiempo de lista de espera:** media de meses transcurridos entre la entrada del programa en el servicio y la asignación del caso al delegado referente.
- **Números de penados que han finalizado un PF en el año**

Más allá de los aspectos cuantitativos que permiten evaluar la eficacia de un programa, existen otros aspectos objetivables que ponen de manifiesto el impacto cualitativo del mismo. Se proponen dos herramientas para evaluar estos aspectos:

- **Encuesta de satisfacción a los usuarios**
- **Encuesta de satisfacción a los profesionales**

8 Referencias bibliográficas

Alexander, P. C., Tracy, A., Radek, M. y 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. y 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. y 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. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847061>

Becan, J. E., Knight, D. K., Crawley, R. D., Joe, G. W. y 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. y Hagen, R. (2014). The Predictive Validity of the URICA in a Sample of Patients in Substance Use Treatment. *Addictive Disorders y Their Treatment*, 13(4), 170–178. doi:10.1097/ADT.0000000000000041

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

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

Cavaiola, A. A., Fulmer, B. A. y 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. y 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. y Nguyen Vo, T. (2013). Anàlisi de la motivació al canvi en subjectes que han realitzat un programa formatiu en violència domèstica. *Invesbreu*, 60, 1–4.

Clausen, L., Lübeck, M. y 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. y 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. y 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. y 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. y Vess, J. (2010). *Transitions to Better Lives: Offender Readiness and Rehabilitation*. Cullompton, Devon: Willan Publishing.

De Oliveira Júnior, H. P. y 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, Brasil : 1999)*, 25(1), 5–10. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12975673>

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

Fitzpatrick, M. E. y 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. y 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. y Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

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

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

Hillen, S., Dempfle, A., Seitz, J., Herpertz-Dahlmann, B. y 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. y 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. y 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. y 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. y 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. y 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. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C. y 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: EEUU. Disponible en http://psychology.wikia.com/wiki/Morey_PAI

Mossière, A. y 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. y Westwood, J. (2010). The application of the theory of reasoned action to school nurses' behaviour. *Journal of Research in Nursing*, 15(3), 261–271. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1177/1744987109104674>>[More Information]

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

Orbell, S., Lidieth, P., Henderson, C. J., Geeraert, N., Uller, C., Uskul, A. K. y 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. y 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. y 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. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, *47*(9), 1102–14. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1329589>

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C. y Fava, J. (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(4), 520–8. Disponible en <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. y Pajares, F. (2004). Self-efficacy in education revisited: Empirical and applied evidence. En M. McInerney y S. Etten Van (Eds.), *Big theories revisited* (pp. 115–138). Greenwich, CT: Information Age

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

Scott, K. y 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. y 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. y 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. y McCabe, M. P. (2002). Motivation for behavior change among sex offenders. A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 113–29. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11793576>

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

Vella-Zarb, R. A., Mills, J. S., Westra, H. A., Carter, J. C. y 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. y 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. y 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. y Mann, R. (2004). Good lives and the rehabilitation of offenders: A positive approach to treatment. En P. A. Linley y S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology in practice* (pp. 598–616). New Jersey, NY: Wiley

9. Anexos

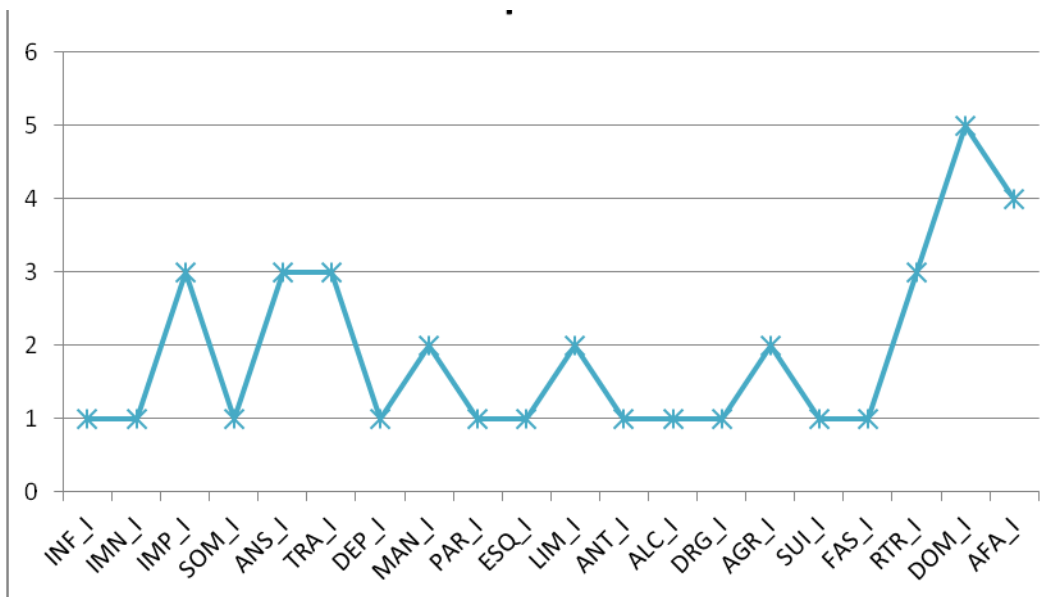
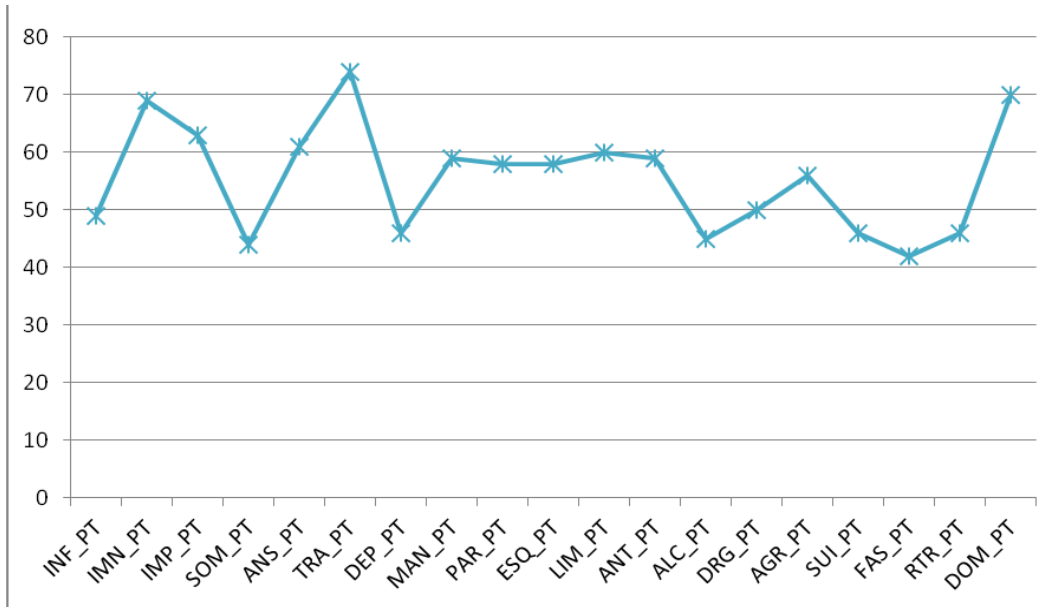
9.1 Anexo I: Informes individuales sujetos PIM

Informe valorativo del proceso motivacional

Nombre/ID del sujeto: PIM 1

Pruebas administradas y resultados obtenidos:

PAI



Interpretación

INF (Infrecuencia): la persona ha prestado la suficiente atención al contenido de los ítems.

IMN (Impresión negativa): baja distorsión negativa de las escalas clínicas y posiblemente el evaluado no haya mostrado una impresión negativa sobre su situación clínica.

IMP (Impresión Positiva): cierta presencia de defensividad a partir de puntuaciones T 60, que pueden llamar la atención del profesional sobre la posible negación de defectos comunes y su impacto sobre las puntuaciones del perfil PAI.

SOM (Quejas Somáticas): persona con pocas quejas corporales. Estas personas son valoradas como optimistas, activas y eficaces.

ANS (Ansiedad): puede estar experimentando cierto nivel de estrés y puede mostrarse preocupado, sensible y emotivo.

TRA (Trastornos relacionados con la Ansiedad): las puntuaciones sugieren limitaciones asociadas con miedos específicos. Estas personas pueden ser percibidas como inseguras y con dudas sobre sí mismas, preocupadas y especialmente incómodas en situaciones sociales.

DEP (Depresión): tiene pocas quejas de infelicidad o malestar. Son normalmente percibidos como estables, con autoconfianza, activos y relajados.

MAN (Manía): se muestra activo, sociable, ambicioso y con autoconfianza.

PAR (Paranoia): persona abierta y que generalmente perdona a los demás.

ESQ (Esquizofrenia): persona que dice ser eficaz en las relaciones sociales y que no tiene problemas de atención o concentración.

LIM (Rasgos Límites): se presenta como una persona con mal humor, sensible y con ciertas incertidumbres sobre sus objetivos vitales; en adultos jóvenes, estas puntuaciones no son infrecuentes.

ANT (Rasgos Antisociales): mantiene relaciones cálidas y cercanas con los demás. También muestra un control razonable sobre sus impulsos y conductas.

ALC (Problemas con el Alcohol): bajo o moderado consumo de alcohol con pocas o ninguna consecuencia adversa asociada con la bebida.

DRG (Problemas con las Drogas): afirma consumir drogas de forma infrecuente, si es que las consume.

AGR (Agresión): control razonable sobre la expresión de la ira y la hostilidad.

SUI (Ideación Suicida): tiene pocos pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

FAS (Falta de Apoyo Social): mantiene vínculos estrechos, generalmente de apoyo, con la familia y amigos.

RTR (Rechazo al Tratamiento): reconoce la necesidad de efectuar algunos cambios, tiene una actitud positiva hacia la posibilidad de cambio personal y acepta la importancia de la propia responsabilidad.

DOM (Dominancia): persona que manifiesta de forma muy notable una necesidad de control. Generalmente son dominantes y muestran poca tolerancia con quien no comparte sus planes y deseos. Pueden tratar de parecer competentes y resolutivos pero su competencia es más bien aparente.

AFA (Afabilidad): cálido, cordial y empático. Valora especialmente las relaciones armoniosas y obtienen de ellas una gran satisfacción. Por ello, pueden sentirse incómodos en confrontaciones o conflictos y tienden a evitarlos. Probablemente perdonan fácilmente a los demás y no tienen dificultades en dar una segunda oportunidad.

Termómetro inicial

8=es importante cambiar

Escala MCD Victoria

Puntuación:

Puntuación global=57 (Rango mínimo 20 máximo 100; punto de corte para considerar que existe disposición para el cambio 72).

Subescala de Actitudes y Motivación=12 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Reacciones Emocionales=12 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Creencias Delictivas=10 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Subescala de Eficacia=13 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Interpretación:

De la puntuación global del sujeto se desprende que se trata de un sujeto que, en el momento de la evaluación, no está motivado para el cambio.

Según la puntuación en la subescala de Actitudes y Motivación, el individuo confía en que es capaz de desarrollar un tratamiento pero duda de su eficacia. A pesar de ello, no manifiesta interés por dejar de delinquir.

La puntuación obtenida en la subescala de Reacciones Emocionales muestra que el individuo tiene sentimientos favorables al cambio, no muestra vergüenza sobre el delito que cometió ni se arrepiente de su delito, y se siente molesto por ser visto como un delincuente probablemente porque no se considera como tal. El sujeto muestra enfado consigo mismo por haberse comportado así.

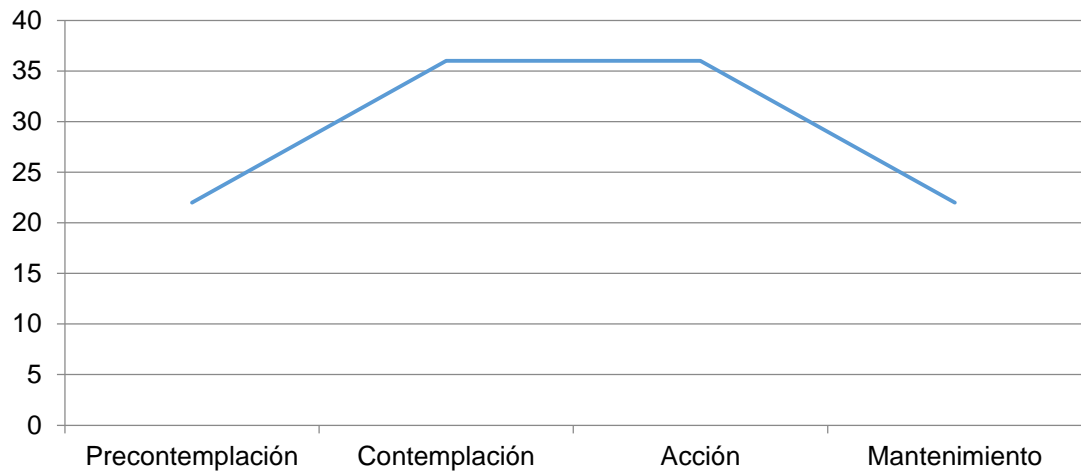
Según la puntuación en la subescala Creencias Delictivas, que evalúa locus de control y responsabilización del delito, el sujeto no acepta su responsabilidad en el delito y no cree que se merezca cumplir la condena.

Los resultados en la subescala de Eficacia muestran que el sujeto confía en los demás y cree que es una persona organizada. Muestra ciertas dificultades para seguir órdenes y afirma no haber vuelto a delinquir.

URICA Inicial

Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN/ACCIÓN

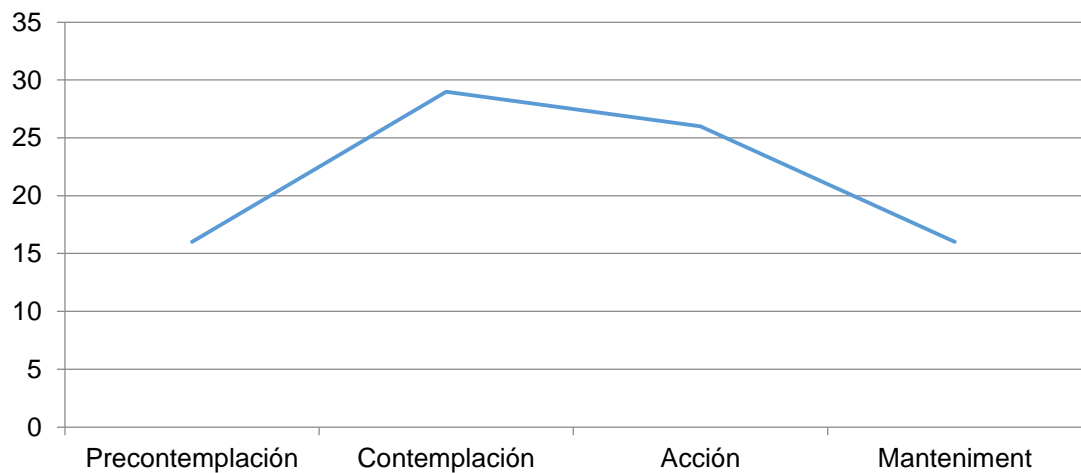
Según logaritmo 9,38 puntos (en relación a la muestra M=8.20 (DS=3.45) se encuentra por encima de la media de la muestra)



URICA post PIM

Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN

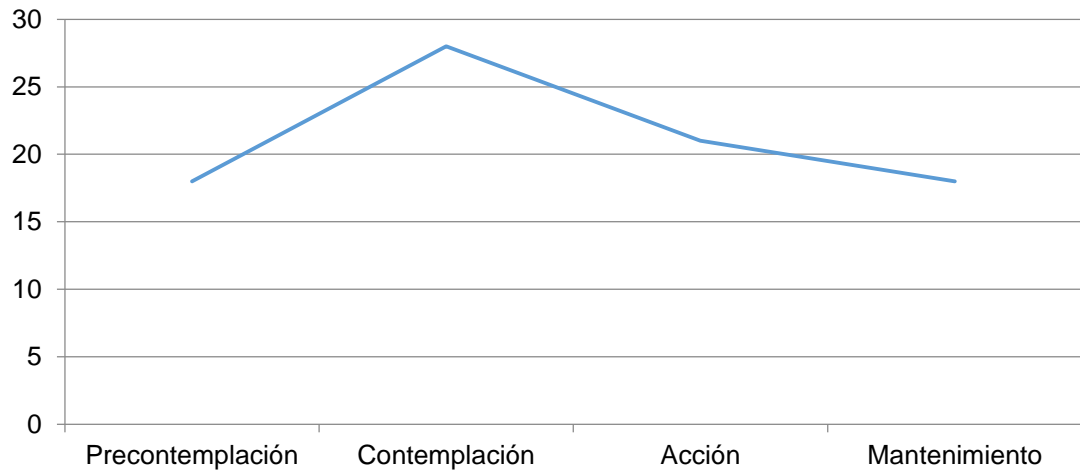
Según logaritmo 6.88 puntos (en relación a la muestra M= 8.20 (DS=3.45) se encuentra por DEBAJO de la media de la muestra)



URICA post PF

Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN

**Según logaritmo 5.38 puntos (en relación a la muestra M= 8.20
(DS=3.45) dentro de la media)**

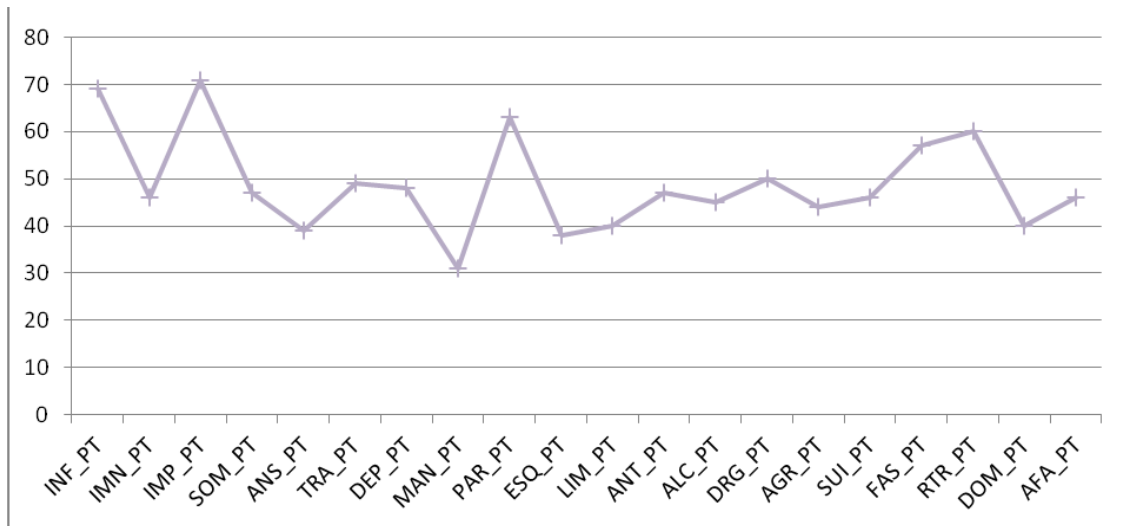


Informe valorativo del proceso motivacional

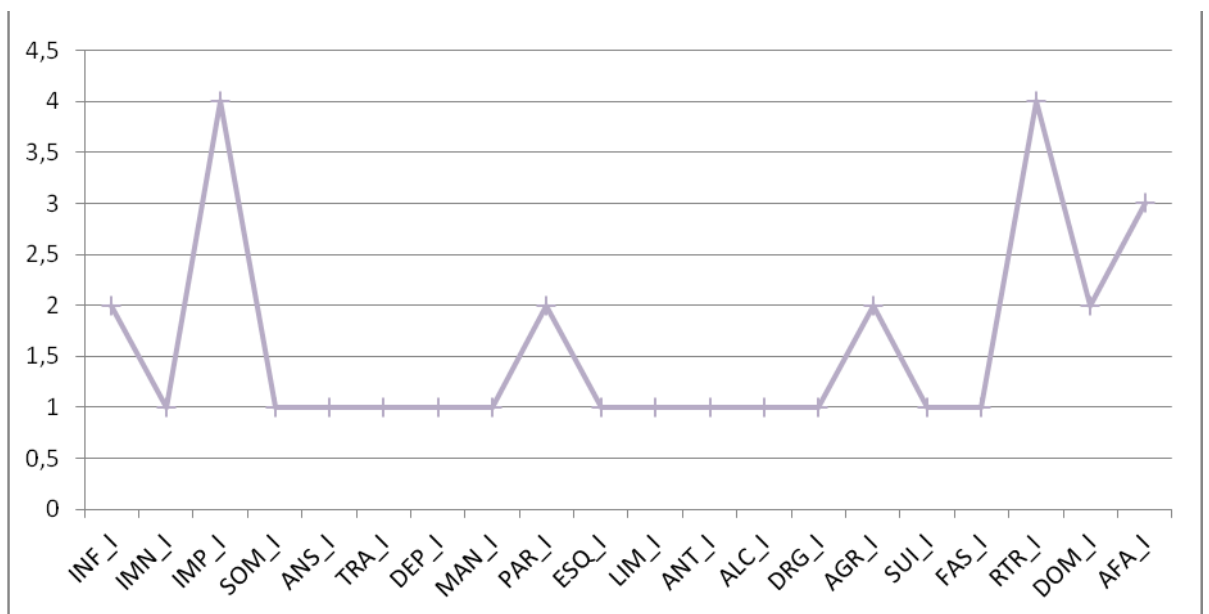
Nombre/ID del sujeto: PIM 2

Pruebas administradas y resultados obtenidos:

PAI



Puntuaciones altas en Impresión Positiva y en Rechazo al Tratamiento. La mayoría de las puntuaciones están situadas por debajo de la media.



Interpretación

***NOTA:** tener en cuenta que se trata de un sujeto con perfil **NEGADOR** (quiere dar una buena imagen y el resto de escalas pueden mostrar puntuaciones con un perfil más positivo de lo que realmente es).

INF (Infrecuencia): respuestas poco frecuentes a los ítems; se pueden explicar por dificultades de lectura, respuesta al azar, confusión, errores de anotación de las respuestas o de corrección... La interpretación del resto de escalas del PAI se tiene que hacer con precaución. Sería útil preguntar al evaluado por el sentido de algunas de sus respuestas a los ítems antes de la interpretación clínica de los resultados.

IMN (Impresión negativa): baja distorsión negativa de las escalas clínicas y posiblemente el evaluado no haya mostrado una impresión negativa sobre su situación clínica.

IMP (Impresión Positiva): la persona ha intentado mostrarse libre de los defectos comunes que la mayoría de las personas están dispuestas a admitir. La validez de la prueba es discutible y se recomienda extremar las precauciones a la hora de interpretar el resto de escalas.

SOM (Quejas Somáticas): persona con pocas quejas corporales. Estas personas son valoradas como optimistas, activas y eficaces.

ANS (Ansiedad): muestra una notable ausencia de temor. Es posible que ello suponga una falta considerable de precaución ante determinadas situaciones.

TRA (Trastornos relacionados con la Ansiedad): poco malestar en general. Estas personas son percibidas normalmente como seguras de sí mismas, flexibles y serenas bajo presión.

DEP (Depresión): tiene pocas quejas de infelicidad o malestar. Son normalmente percibidos como estables, con autoconfianza, activos y relajados.

MAN (Manía): pocas características de manía o hipomanía.

PAR (Paranoia): persona abierta y que generalmente perdona a los demás.

ESQ (Esquizofrenia): persona que dice ser eficaz en las relaciones sociales y que no tiene problemas de atención o concentración.

LIM (Rasgos Límites): persona emocionalmente estable y con relaciones sólidas.

ANT (Rasgos Antisociales): mantiene relaciones cálidas y cercanas con los demás. También muestra un control razonable sobre sus impulsos y conductas.

ALC (Problemas con el Alcohol): bajo o moderado consumo de alcohol con pocas o ninguna consecuencia adversa asociada con la bebida.

DRG (Problemas con las Drogas): afirma consumir drogas de forma infrecuente, si es que las consume.

AGR (Agresión): control razonable sobre la expresión de la ira y la hostilidad.

SUI (Ideación Suicida): tiene pocos pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

FAS (Falta de apoyo social): mantiene vínculos estrechos, generalmente de apoyo, con la familia y amigos.

RTR (Rechazo al Tratamiento): satisfacción con uno mismo y la consideración de que no necesita realizar grandes cambios en su comportamiento. Refleja probablemente una escasa motivación para empezar un tratamiento, o en el caso de iniciarlo, un alto riesgo de que finalice de forma prematura (abandono).

DOM (Dominancia): persona que tiende a ser bastante modesta y retraída, cohibida en las relaciones sociales y con carencia de habilidades para imponerse cuando es necesario; asimismo, es probable que se sienta incómoda cuando es el centro de atención.

AFA (Afabilidad): se adapta con éxito a distintas situaciones interpersonales y es capaz de tolerar relaciones estrechas pero también mantener cierta distancia en las relaciones, si es necesario.

Termómetro inicial

7=es muy importante cambiar

Escala MCD Victoria

Puntuación:

Puntuación global=79 (Rango mínimo 20 máximo 100; punto de corte para considerar que existe disposición para el cambio 72).

Subescala de Actitudes y Motivación=15 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Reacciones Emocionales=27 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Creencias Delictivas=8 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Subescala de Eficacia=16 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Interpretación:

De la puntuación global del sujeto se desprende que se trata de un sujeto que, en el momento de la evaluación, tiene cierta disposición para el cambio.

Según la puntuación en la subescala de Actitudes y Motivación, el individuo confía en que es capaz de desarrollar un tratamiento, lo valora como positivo, e indica que quiere cambiar.

Atendiendo a la puntuación obtenida en la subescala de Reacciones Emocionales, aunque el sujeto no muestra su opinión sobre si siente culpabilidad por el delito que cometió, muestra Reacciones Emocionales de vergüenza sobre el delito, así como enfado consigo mismo por haberse comportado de esta manera. Además, no le gusta el hecho de ser visto como un delincuente ni formar parte del sistema de justicia.

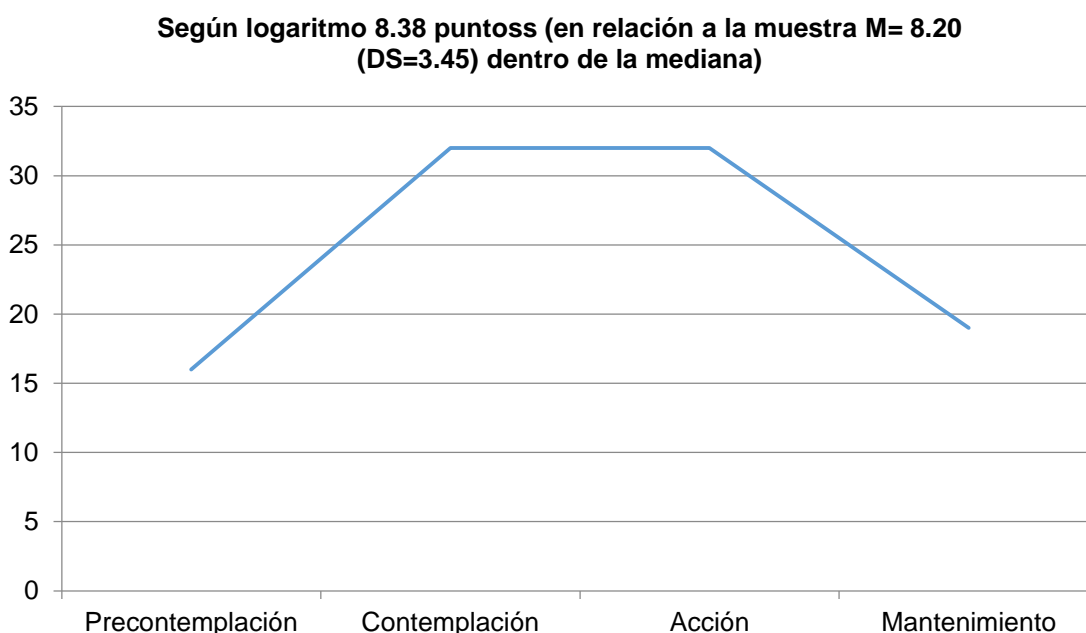
Según la puntuación en la subescala Creencias Delictivas, que evalúa locus de control y responsabilización del delito, el sujeto no acepta su responsabilidad en el delito y no se manifiesta en los ítems comprometidos, relativos a la culpabilidad de los demás en el delito. No cree que se merezca cumplir la condena.

Los resultados en la subescala de Eficacia muestran que el sujeto confía en los demás y cree que es una persona organizada y capaz de seguir órdenes. No se manifiesta respecto a si ha seguido realizando comportamientos agresivos.

URICA Inicial

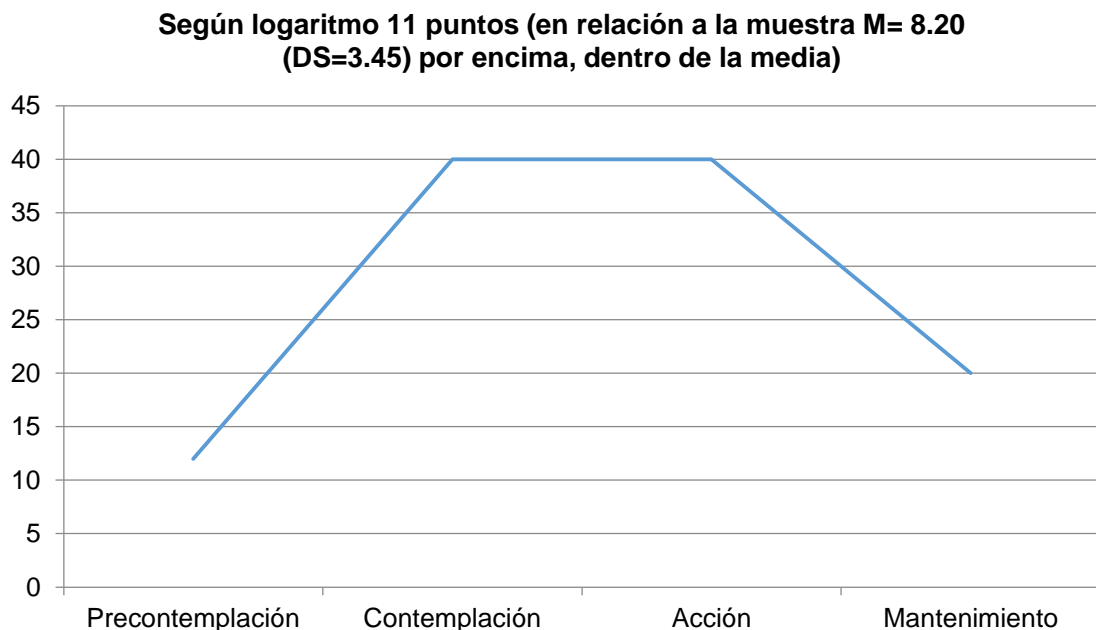
Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN/ACCIÓN

Es un perfil un tanto ambiguo, según URICA se situaría más bien en CONTEMPLACIÓN pero, teniendo en cuenta la escala VICTORIA, no debería presentar muchas resistencias.



URICA post PIM

Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN/ACCIÓN



URICA post PF

Estadio motivacional → no evaluado

Valoración del profesional referente:

La intervención se inicia con una actitud cordial pero escéptica por parte del penado. La defensa de su inocencia es característica durante la aplicación de todo el programa y, en consecuencia, no detecta ninguna conducta problemática ni susceptible de cambio. Se olvida de las visitas hasta dos veces antes del inicio del proceso y también falla una vez cada semana, lo que obliga a que se le llame semanalmente para recordarle que tiene que asistir a las entrevistas.

Durante el programa adopta una actitud pasiva, casi superficial. A menudo, defiende que él «no hacía nada» o «no hace nada» y que, por lo tanto, no entiende el motivo del conflicto. Aunque, en el transcurso de la intervención, relata haber recibido denuncias por el mismo motivo de una pareja anterior, sigue eximiéndose de cualquier tipo de responsabilidad, amparado en su actitud de evitación de los conflictos.

El último día del programa, la sesión da un giro inesperado cuando se le sugiere que en el mapa de ruta se puedan incluir acciones que supongan salir de su inhibición de la conducta. El penado se sorprende al hacerse consciente de que la ausencia de comportamiento es en sí mismo un comportamiento con consecuencias en sus

relaciones personales y que es un tipo de respuesta al conflicto, aunque no lo resuelve.

Este momento de introspección que se produce en la última sesión desencadena una conciencia de problema por parte del penado que lo asume con cierta perplejidad, pero por la que parece encontrarse en situación de empezar a dar respuesta. De esta forma, la elaboración del mapa de ruta se hace desde una mayor implicación personal y con una actitud activa, lejos de la apatía anterior.

Como valoración general, se observa un cambio positivo que hace prever un aprovechamiento del programa formativo.

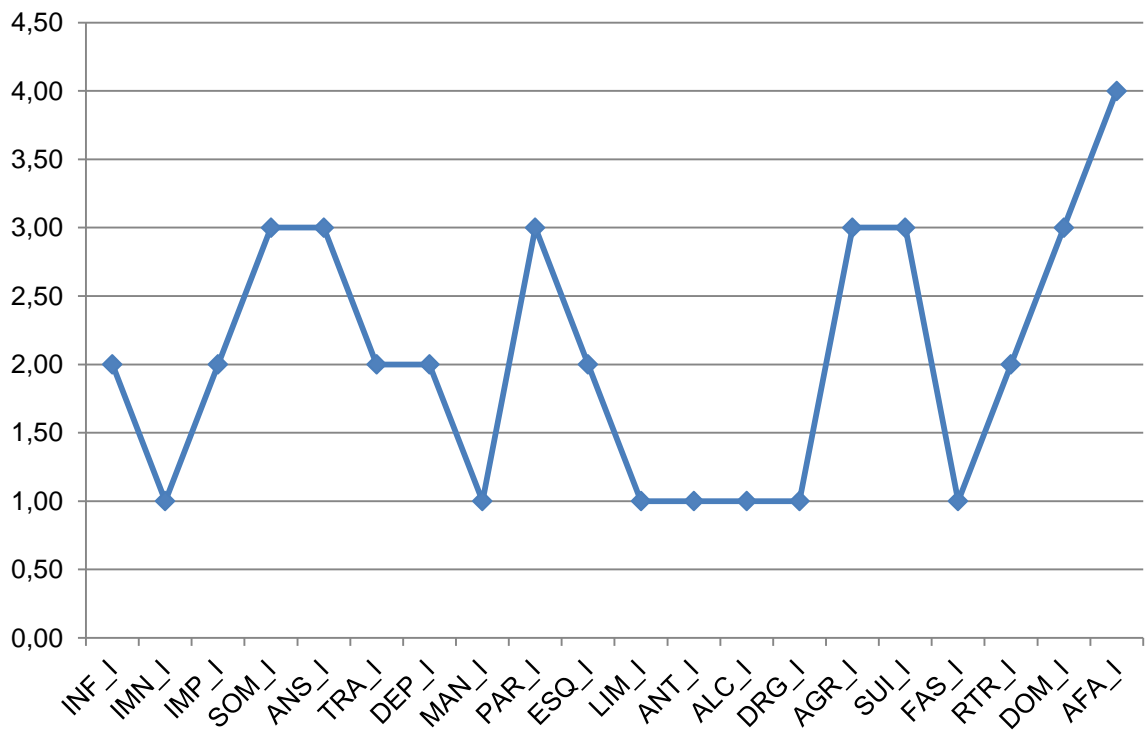
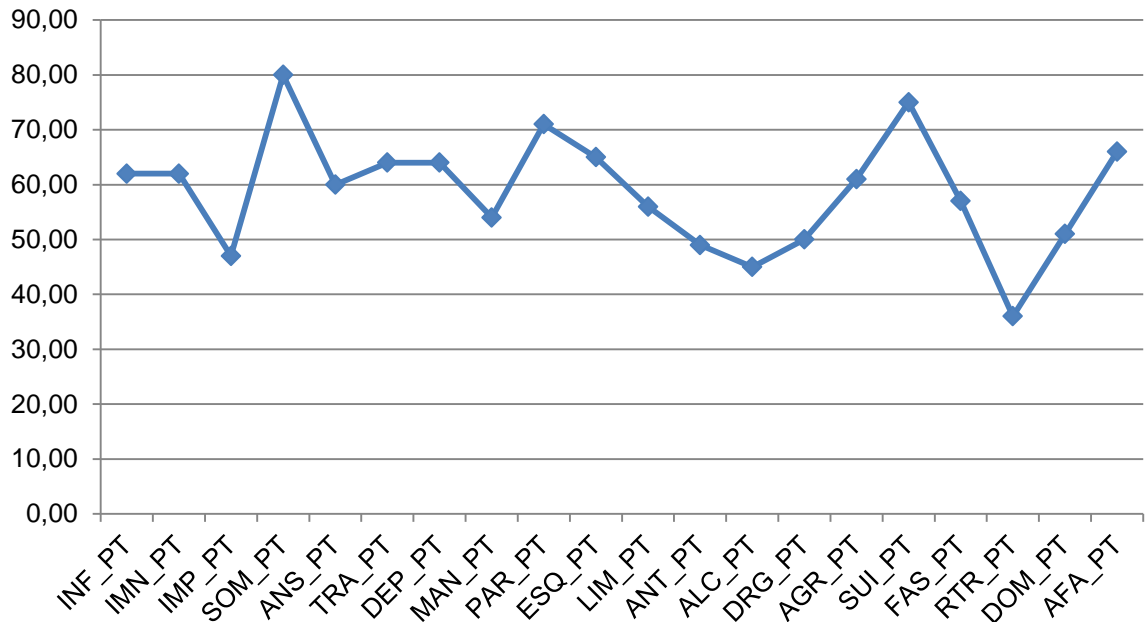
Informe valorativo del proceso motivacional

Nombre/ID del sujeto: PIM 3

Pruebas administradas y resultados obtenidos:

PAI

(Tendencia a REALISTA)



Interpretación

INF (Infrecuencia): presencia de algunas respuestas poco frecuentes en los ítems (dificultades de lectura, respuesta al azar, confusión...). Interpretar el resto de escalas con precauciones.

IMN (Impresión negativa): baja distorsión negativa de las escalas clínicas y posiblemente el evaluado no haya mostrado una impresión negativa sobre su situación clínica.

IMP (Impresión Positiva): el sujeto no pretende presentar una impresión favorable irreal al completar el test.

SOM (Quejas Somáticas): presenta preocupaciones significativas sobre la salud y el cuerpo y un probable deterioro como consecuencia de los síntomas somáticos. Siente que tiene mala salud y percibe sus problemas de salud como complejos y de difícil tratamiento. Sus relaciones sociales y temas de conversación probablemente versen sobre sus problemas de salud, y su autoimagen puede estar influida en gran medida por la creencia de que está incapacitado por su mala salud. Puede ser que los demás lo consideren infeliz, lastimoso y pesimista y es posible que utilice las quejas somáticas para controlar a los demás de una forma pasiva-agresiva.

ANS (Ansiedad): puede estar experimentando cierto nivel de estrés y puede mostrarse preocupado, sensible y emotivo.

TRA (Trastornos relacionados con la Ansiedad): existencia de algunos miedos específicos o preocupaciones. Tiene poca confianza en sí mismo.

DEP (Depresión): sensible, pesimista, con cierta predisposición a dudar de sí mismo y sentir que es infeliz al menos una parte del tiempo.

MAN (Manía): presenta pocas características de manía o hipomanía.

PAR (Paranoia): manifiestamente suspicaz y hostil, tiende a ser desconfiado en sus relaciones más cercanas y a tener pocos amigos íntimos.

ESQ (Esquizofrenia): persona retraída, distante y poco convencional.

LIM (Rasgos Límites): emocionalmente estable y con relaciones sólidas.

ANT (Rasgos Antisociales): mantiene relaciones cálidas y cercanas con los demás. también muestra un control razonable sobre sus impulsos y conductas.

ALC (Problemas con el alcohol): bajo o moderado consumo de alcohol con pocas o ninguna consecuencia adversa asociada con la bebida.

DRG (Problemas con las Drogas): afirma consumir drogas de forma infrecuente, si es que las consume.

AGR (Agresión): se muestra impaciente, irritable y con mucho genio.

SUI (Ideación Suicida): ideación suicida significativa. Ansioso y depresivo, siente que las personas que lo rodean no le apoyan. Puede ser una «llamada de auxilio» y es importante que sea escuchado. Se recomienda una evaluación cuidadosa de las intenciones del sujeto, sus circunstancias vitales y los sistemas de apoyo disponibles.

FAS (Falta de Apoyo Social): mantiene vínculos estrechos, generalmente de apoyo, con la familia y amigos.

RTR (Rechazo al Tratamiento): reconoce la necesidad de efectuar algunos cambios, tiene una actitud positiva hacia la posibilidad de cambio personal y acepta la importancia de la propia responsabilidad.

DOM (Dominancia): probablemente se adapte con éxito a las diversas situaciones interpersonales, con capacidad para asumir y ceder el control de las relaciones, según sea necesario.

AFA (Afabilidad): cálido, cordial y empático. Valora especialmente las relaciones armoniosas y obtiene de ellas una gran satisfacción. Por ello, pueden sentirse incómodos en confrontaciones o conflictos y tienden a evitarlos. Probablemente perdonan fácilmente a los demás y no tienen dificultades en dar una segunda oportunidad.

Termómetro inicial

No evaluado

Escala MCD Victoria

Puntuación:

Puntuación global=70 (Rango mínimo 20 máximo 100; punto de corte para considerar que existe disposición para el cambio 72).

Subescala de Actitudes y Motivación=10 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Reacciones Emocionales=22 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Creencias Delictivas=16 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Subescala de Eficacia=12 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Interpretación:

La puntuación global del sujeto es de 70, de manera que se encuentra a dos puntos del punto de corte de 72 establecido por los autores de la escala, como indicativo de disposición para el cambio. No obstante, si además tenemos en cuenta la puntuación obtenida en la escala Urica se puede considerar que ciertamente se encuentra motivado.

Según la subescala de Actitudes y Motivación, con una puntuación de 10 también se encuentra un poco por debajo de la mitad del rango (aquí no hay puntos de corte establecidos). Parece que el individuo confía en que es capaz de desarrollar un tratamiento y lo ve con buenos ojos, pero no indica claramente que quiera cambiar.

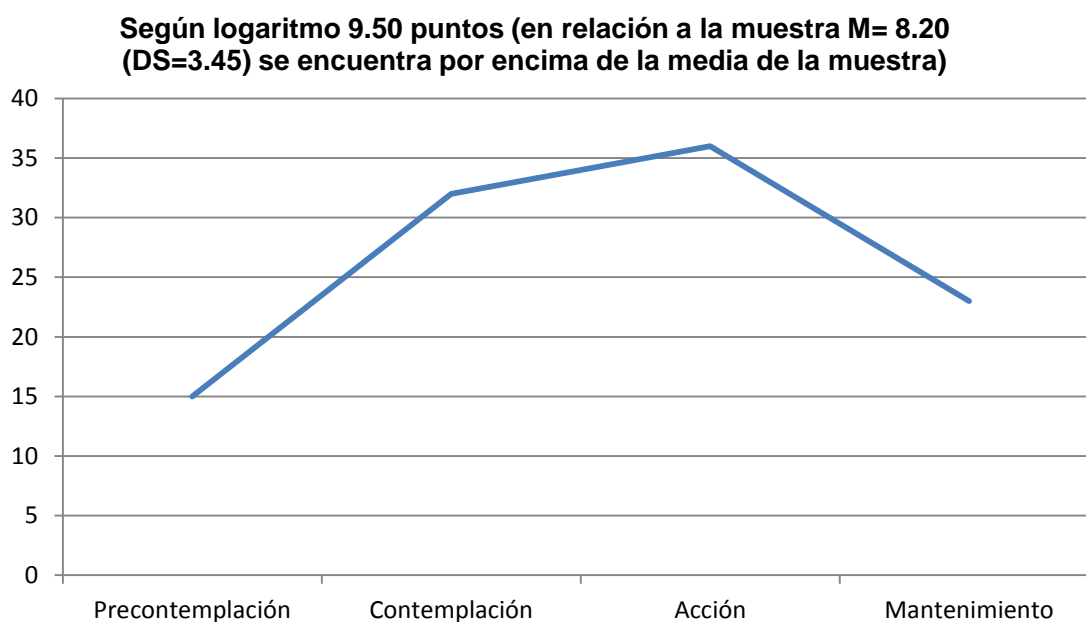
En la subescala de Reacciones Emocionales, el individuo obtiene una puntuación de 22, lo que se puede considerar una puntuación bastante elevada. No obstante, el análisis individualizado de los ítems muestra que tiene unos sentimientos ambivalentes: el sujeto muestra Reacciones Emocionales como vergüenza sobre el delito que cometió y se arrepiente de su delito, pero no muestra enfado consigo mismo por haberse comportado de esta manera.

En la subescala Creencias Delictivas se obtiene una puntuación muy elevada (16 puntos), estos ítems evalúan locus de control y responsabilización del delito. Según su puntuación, el sujeto acepta su responsabilidad en el delito a pesar de que es consciente de que es una problemática personal y culpa suya. Pero no cree que se merezca cumplir la condena.

En la subescala de Eficacia el sujeto obtiene una puntuación de 12 (por encima de la mitad del rango). Esta subescala indica que el individuo no confía en los demás, pero que se cree una persona organizada y capaz de seguir órdenes. Reconoce que sigue comportándose de la misma manera y agrediendo.

URICA inicial

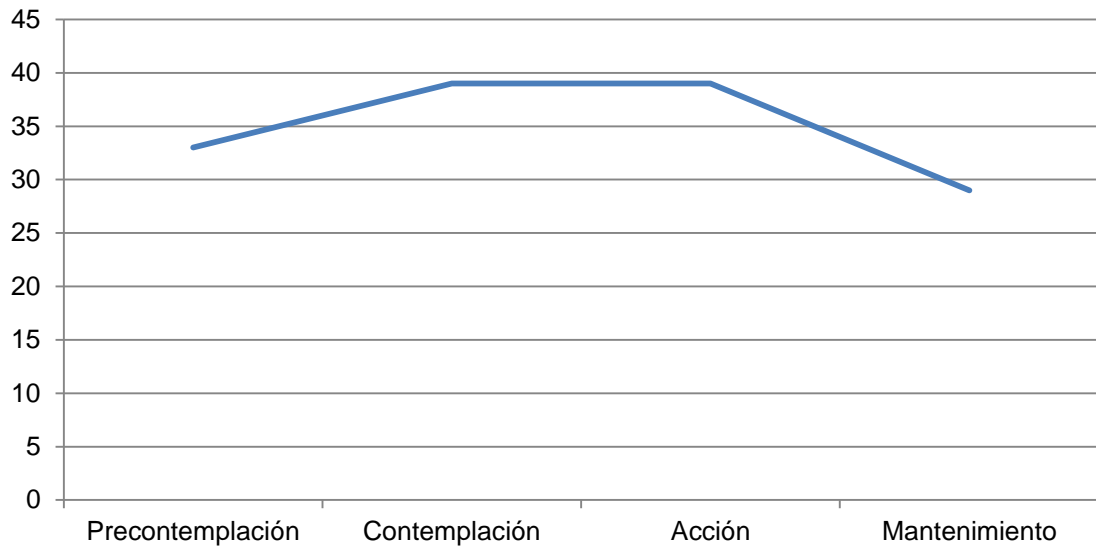
Estadio motivacional → ACCIÓN



URICA post PIM

Estadio motivacional → ACCIÓN

Según logaritmo 9.25 puntos (en relación a la muestra M= 8.20 (DS=3.45) se encuentra por encima de la media de la muestra)

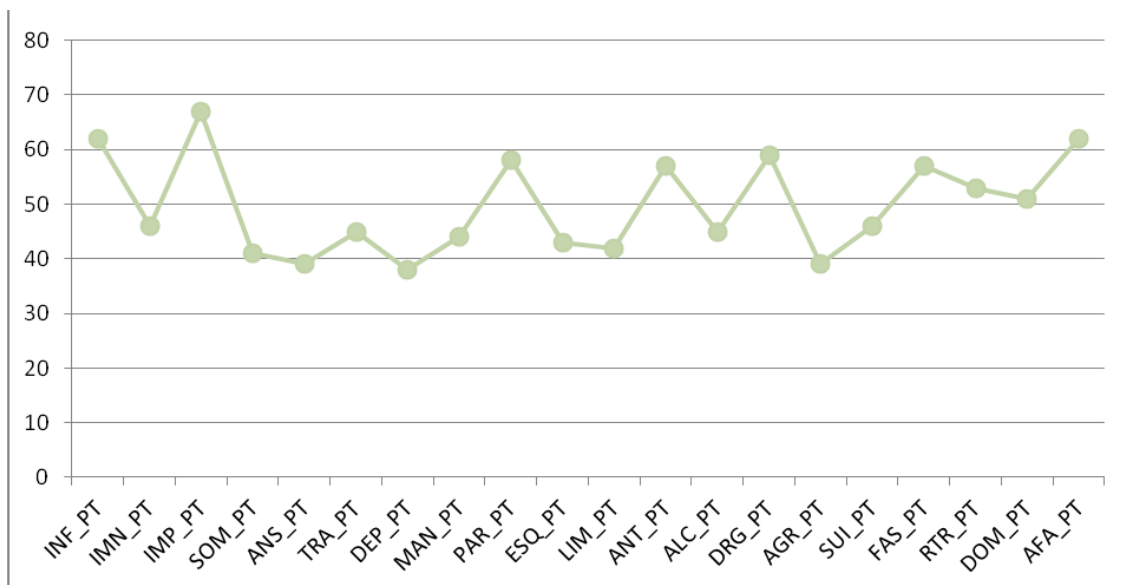


Informe valorativo del proceso motivacional

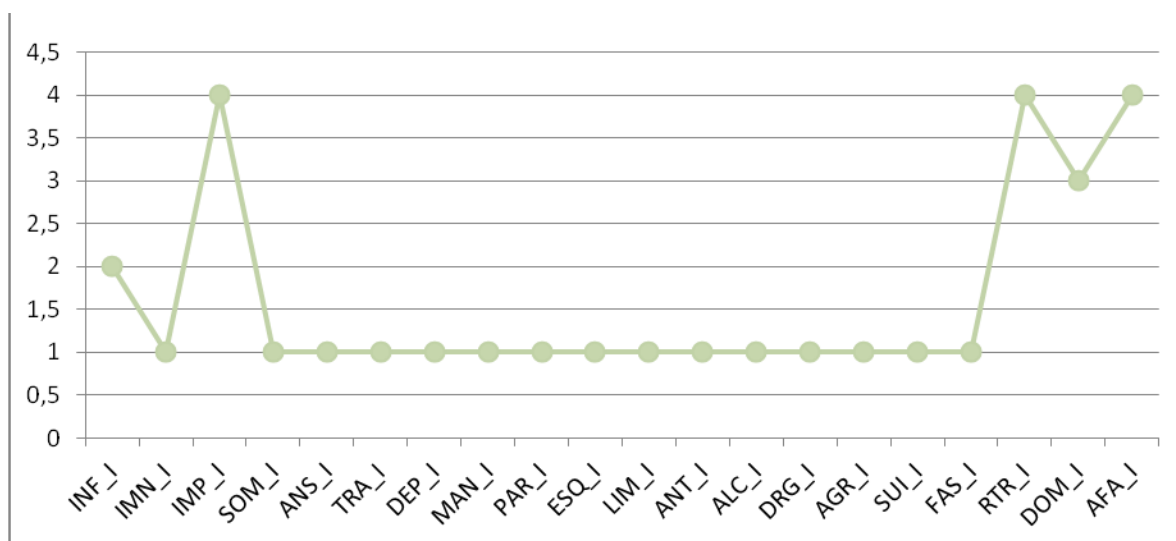
Nombre/ID del sujeto: PIM 4

Pruebas administradas y resultados obtenidos:

PAI



Puntuaciones altas en Impresión Positiva y en Rechazo al Tratamiento. La mayoría de las puntuaciones están situadas por debajo de la media.



Interpretación

NOTA: tener en cuenta que se trata de un sujeto con perfil **NEGADOR** (quiere dar una buena imagen y el resto de escalas pueden mostrar puntuaciones con un perfil más positivo de lo que realmente es).

INF (Infrecuencia): respuestas poco frecuentes a los ítems; se pueden explicar por dificultades de lectura, respuesta al azar, confusión, errores de anotación de las respuestas o de corrección... La interpretación del resto de escalas del PAI se tiene que hacer con precaución. Sería útil preguntar al evaluado por el sentido de algunas de sus respuestas a los ítems antes de la interpretación clínica de los resultados.

IMN (Impresión negativa): baja distorsión negativa de las escalas clínicas y posiblemente el evaluado no haya mostrado una impresión negativa sobre su situación clínica.

IMP (Impresión Positiva): la persona ha intentado mostrarse libre de los defectos comunes que la mayoría de las personas están dispuestas a admitir. La validez de la prueba es discutible y se recomienda extremar las precauciones a la hora de interpretar el resto de escalas.

SOM (Quejas Somáticas): persona con pocas quejas corporales. Estas personas son valoradas como optimistas, activas y eficaces.

ANS (Ansiedad): muestra una notable ausencia de temor. Es posible que ello suponga una falta considerable de precaución ante determinadas situaciones.

TRA (Trastornos relacionados con la Ansiedad): poco malestar en general. Estas personas son percibidas normalmente como seguras de sí mismas, flexibles y serenas bajo presión.

DEP (Depresión): tiene pocas quejas de infelicidad o malestar. Son normalmente percibidos como estables, con autoconfianza, activos y relajados.

MAN (Manía): pocas características de manía o hipomanía.

PAR (Paranoia): persona abierta y que generalmente perdona a los demás.

ESQ (Esquizofrenia): persona que dice ser eficaz en las relaciones sociales y que no tiene problemas de atención o concentración.

LIM (Rasgos Límites): persona emocionalmente estable y con relaciones sólidas.

ANT (Rasgos Antisociales): mantiene relaciones cálidas y cercanas con los demás. También muestra un control razonable sobre sus impulsos y conductas.

ALC (Problemas con el Alcohol): bajo o moderado consumo de alcohol con pocas o ninguna consecuencia adversa asociada con la bebida.

DRG (Problemas con las Drogas): afirma consumir drogas de forma infrecuente, si es que las consume.

AGR (Agresión): persona muy tímida y poco asertiva que tiene dificultad para reafirmarse incluso en los casos en los que tendría que hacerlo.

SUI (Ideación Suicida): tiene pocos pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

FAS (Falta de Apoyo Social): mantiene vínculos estrechos, generalmente de apoyo, con la familia y amigos.

RTR (Rechazo al Tratamiento): satisfacción con uno mismo y la consideración de que no necesita realizar grandes cambios en su comportamiento. Refleja probablemente una escasa motivación para empezar un tratamiento, o en el caso de iniciarlo, un alto riesgo de que finalice de forma prematura (abandono).

DOM (Dominancia): probablemente se adapte con éxito a diversas situaciones interpersonales, con capacidad de asumir y ceder el control de las relaciones, según sea necesario.

AFA (Afabilidad): se describen como personas cálidas, cordiales y empáticas. Valoran especialmente las relaciones armoniosas y obtienen de estas una gran satisfacción. Por esta razón, pueden sentirse incómodas en confrontaciones o conflictos y tienden a evitarlos. Probablemente perdonen fácilmente a los demás y no tengan dificultades en dar una segunda oportunidad.

Termómetro inicial

10=es muy importante cambiar

Escala MCD Victoria

Puntuación:

Puntuación global=70 (Rango mínimo 20 máximo 100; punto de corte para considerar que existe disposición para el cambio 72).

Subescala de Actitudes y Motivación=15 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Reacciones Emocionales=15 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Creencias Delictivas=10 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Subescala de Eficacia=17 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Interpretación:

De la puntuación global del sujeto se desprende que se trata de un sujeto que, en el momento de la evaluación, muestra mala disposición para el cambio.

La puntuación en la subescala de Actitudes y Motivación el individuo muestra que el individuo confía en su capacidad de desarrollar un tratamiento, lo valora como positivo, e indica que quiere cambiar.

De acuerdo con la puntuación obtenida en la subescala de Reacciones Emocionales, no muestra ninguna reacción de arrepentimiento o vergüenza sobre el delito que cometió ni enfado consigo mismo por haberse comportado de esta manera. Solo muestra enfado porque no le gusta el hecho de ser visto como un delincuente ni formar parte del sistema de justicia. No muestra ningún reconocimiento del delito.

Según la puntuación en la subescala Creencias Delictivas, que evalúa locus de control y responsabilización del delito, el sujeto acepta su responsabilidad en el delito (a pesar de que anteriormente no mostrara arrepentimiento) pero señala también la culpa de otros. No cree que se merezca cumplir la condena.

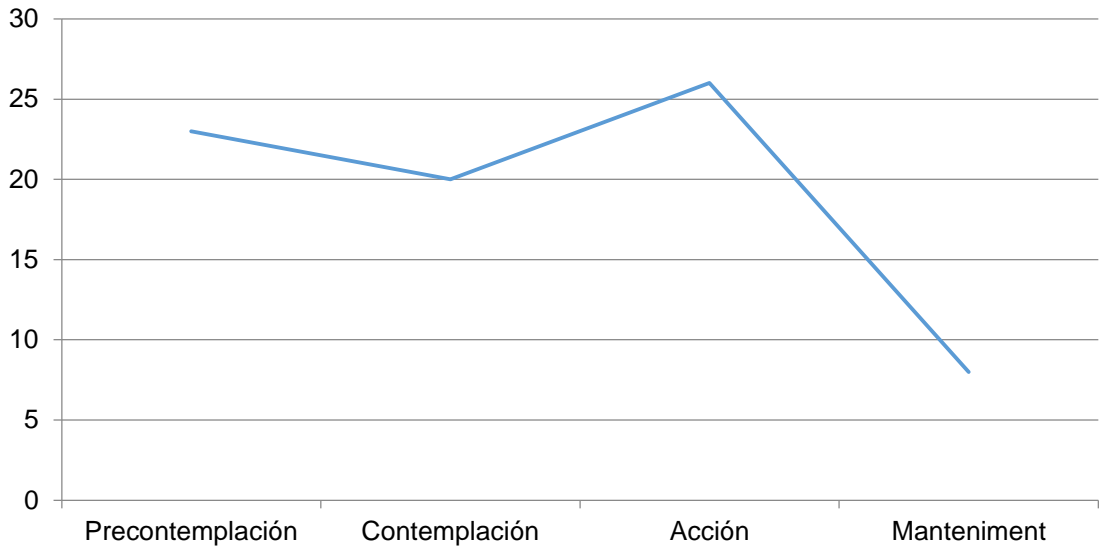
Los resultados en la subescala de Eficacia muestran que el individuo confía en los demás, y se cree una persona con capacidad para organizarse y seguir órdenes. Dice no haber vuelto a agredir.

URICA inicial

Estadio motivacional → PRECONTEMPLACIÓN/ACCIÓN

Se obtiene un perfil extraño. Existen dudas sobre la comprensión de los ítems o sospecha de una posible intención de manipulación de los resultados de la prueba.

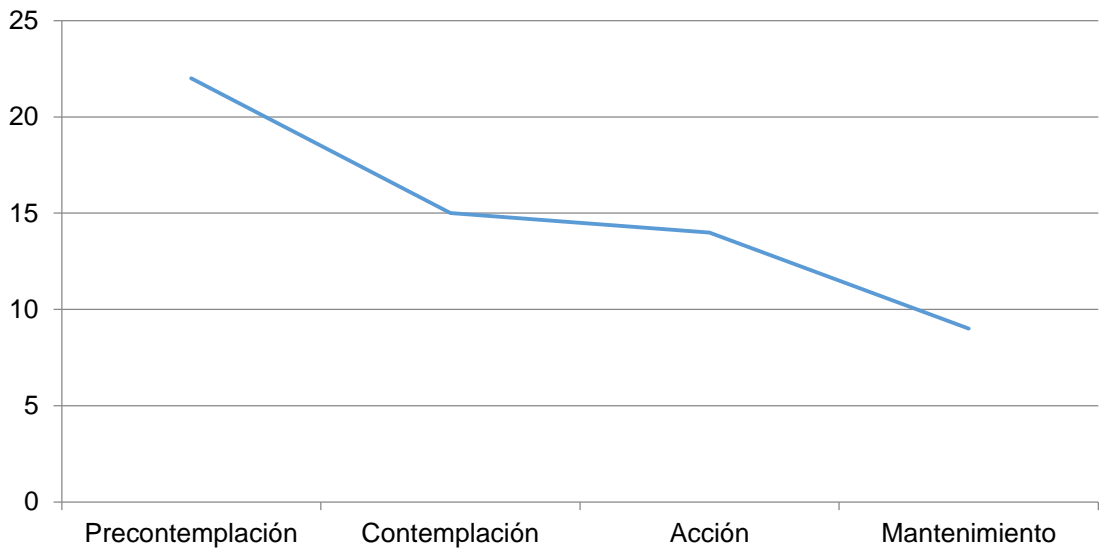
**Según logaritmo 3.88 puntos (en relación a la muestra M= 8.20
(DS=3.45) MUY POR DEBAJO de la medida)**



URICA post PIM

Estadio motivacional → PRECONTEMPLACIÓN/ACCIÓN

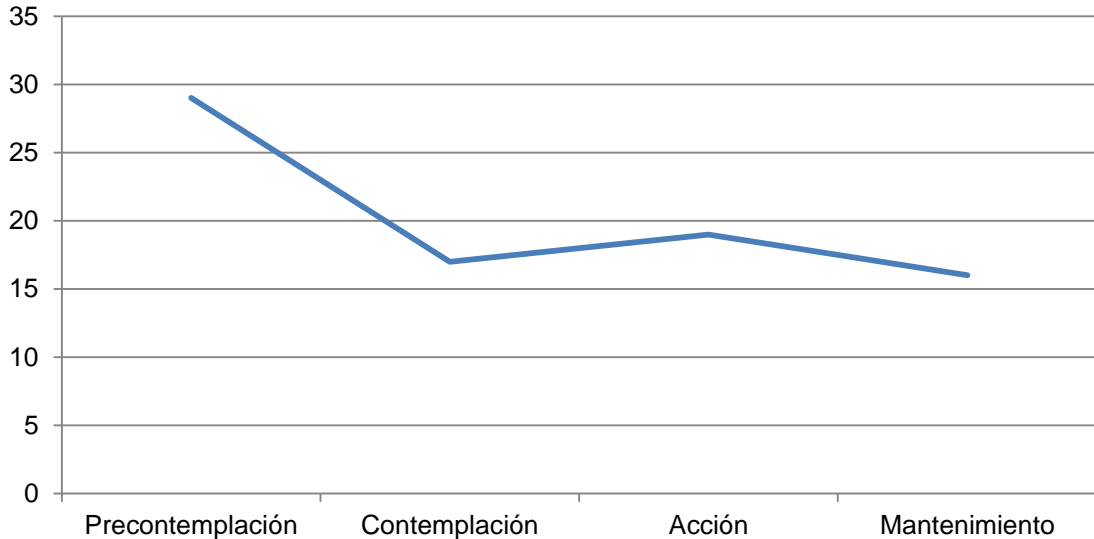
**Según logaritmo 2 puntos (en relación a la muestra M= 8.20
(DS=3.45) MUY POR DEBAJO de la media)**



URICA post PF

Estadio motivacional → PRECONTEMPLACIÓN

**Según logaritmo 2.88 puntos (en relación a la muestra M= 8.20
(DS=3.45) MUY POR DEBAJO de la media)**



Valoración del profesional referente:

La intervención se inicia con una actitud dispuesta y expectante por parte del penado. Se trata de una persona que se encuentra en régimen de tercer grado penitenciario y en proceso de deshabitación de consumo de alcohol y drogas, proceso que se encuentra en un estadio avanzado, con una abstinencia consolidada durante más de un año.

El penado reconoce la presencia de numerosos comportamientos problemáticos en el pasado, aunque los relaciona de forma directa con su consumo, hecho que dificulta la identificación de otras cuestiones como problema. Es capaz de relatar y reconocer la conducta delictiva e, incluso, en el transcurso de la intervención, toma conciencia sobre el establecimiento de una dinámica relacional conflictiva en su relación de pareja pasada y la contrapone con su relación actual, mucho más estable y con menos tendencia a la dependencia emocional.

A pesar de ello, la excesiva atribución de todas las cuestiones problemáticas del pasado al consumo limita la disposición al cambio de comportamiento en términos generales, ya que no se responsabiliza de la propia conducta, si bien en las últimas sesiones se observa una mayor voluntad para emprender acciones propias de cambio de las cuestiones que pueden resultar un conflicto en el futuro, así como un mayor interés en la adquisición de herramientas que permitan consolidar la estabilidad emocional derivada de la actitud actual.

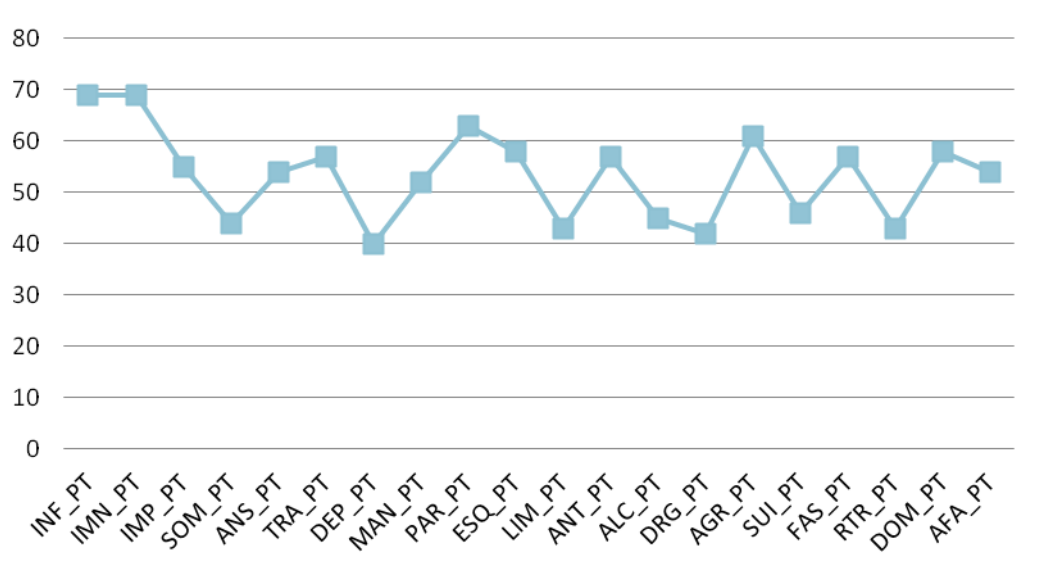
La valoración hace prever una buena predisposición al aprovechamiento del programa formativo y a la adquisición de recursos personales, aunque genera ciertos interrogantes respecto a la capacidad real de cambio en el caso de que se produzca alguna situación límite en su vida.

Informe valorativo del proceso motivacional

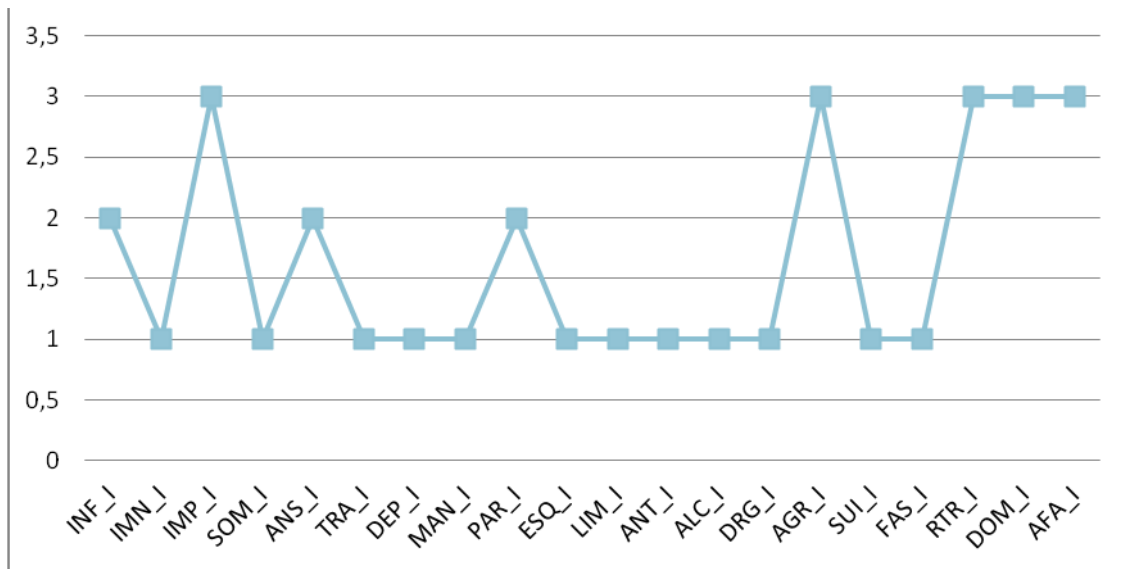
Nombre/ID del sujeto: PIM 5

Pruebas administradas y resultados obtenidos:

PAI



Puntuaciones altas en Impresión Positiva y en Rechazo al Tratamiento. La mayoría de las puntuaciones están situadas por debajo de la media.



Interpretación

NOTA: *tener en cuenta que se trata de un sujeto con perfil NEGADOR (quiere dar una buena imagen y el resto de escalas pueden mostrar puntuaciones con un perfil más positivo de lo que realmente es).*

INF (Infrecuencia): respuestas poco frecuentes a los ítems; se pueden explicar por dificultades de lectura, respuesta al azar, confusión, errores de anotación de las respuestas o de corrección... La interpretación del resto de escalas del PAI se tiene que hacer con precaución. Sería útil preguntar al evaluado por el sentido de algunas de sus respuestas a los ítems antes de la interpretación clínica de los resultados.

IMN (Impresión negativa): baja distorsión negativa de las escalas clínicas y posiblemente el evaluado no haya mostrado una impresión negativa sobre su situación clínica.

IMP (Impresión Positiva): cierta presencia de defensividad a partir de puntuaciones T 60, que pueden llamar la atención del profesional sobre la posible negación de defectos comunes y su impacto sobre las puntuaciones del perfil PAI.

SOM (Quejas Somáticas): persona con pocas quejas corporales. Estas personas son valoradas como optimistas, activas y eficaces.

ANS (Ansiedad): presenta pocas quejas de ansiedad o tensión. Son personas que se describen a sí mismas como tranquilas, optimistas y eficaces para afrontar el estrés.

TRA (Trastornos relacionados con la Ansiedad): poco malestar en general. Estas personas son percibidas normalmente como seguras de sí mismas, flexibles y serenas bajo presión.

DEP (Depresión): tiene pocas quejas de infelicidad o malestar. Son normalmente percibidos como estables, con autoconfianza, activos y relajados.

MAN (Manía): pocas características de manía o hipomanía.

PAR (Paranoia): se muestra susceptible, intransigente y escéptico.

ESQ (Esquizofrenia): persona que dice ser eficaz en las relaciones sociales y que no tiene problemas de atención o concentración.

LIM (Rasgos Límites): persona emocionalmente estable y con relaciones sólidas.

ANT (Rasgos Antisociales): mantiene relaciones cálidas y cercanas con los demás. También muestra un control razonable sobre sus impulsos y conductas.

ALC (Problemas con el Alcohol): bajo o moderado consumo de alcohol con pocas o ninguna consecuencia adversa asociada con la bebida.

DRG (Problemas con las Drogas): afirma consumir drogas de forma infrecuente, si es que las consume.

AGR (Agresión): se muestra impaciente, irritable y con mucho genio.

SUI (Ideación Suicida): tiene pocos pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

FAS (Falta de Apoyo Social): mantiene vínculos estrechos, generalmente de apoyo, con la familia y amigos.

RTR (Rechazo al Tratamiento): reconoce la necesidad de efectuar algunos cambios, tiene una actitud positiva hacia la posibilidad de cambio personal y acepta la importancia de la propia responsabilidad.

DOM (Dominancia): persona que tiende a ser bastante modesta y retraída, cohibida en las relaciones sociales y con carencia de habilidades para imponerse cuando es necesario; asimismo, es probable que se sienta incómoda cuando es el centro de atención.

AFA (Afabilidad): se adapta con éxito a distintas situaciones interpersonales y es capaz de tolerar relaciones estrechas pero también mantener cierta distancia en las relaciones, si es necesario.

Termómetro inicial

10=es muy importante cambiar

Escala MCD Victoria

Puntuación:

Puntuación global=80 (Rango mínimo 20 máximo 100; punto de corte para considerar que existe disposición para el cambio 72).

Subescala de Actitudes y Motivación=15 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Reacciones Emocionales=28 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Creencias Delictivas=14 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Subescala de Eficacia=10 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Interpretación:

De la puntuación global del sujeto se desprende que se trata de un sujeto que, en el momento de la evaluación, muestra disposición para el cambio.

Según la puntuación en la subescala de Actitudes y Motivación el individuo confía en que es capaz de desarrollar un tratamiento, lo valora como positivo e indica claramente que quiere cambiar.

De acuerdo con la puntuación obtenida en la subescala de Reacciones Emocionales, muestra unos sentimientos coherentes para la disposición al cambio: el sujeto muestra Reacciones Emocionales como vergüenza sobre el delito que cometió y se arrepiente de su delito, muestra enfado consigo mismo para haberse comportado de esta manera y no le gusta el hecho de ser visto como un delincuente.

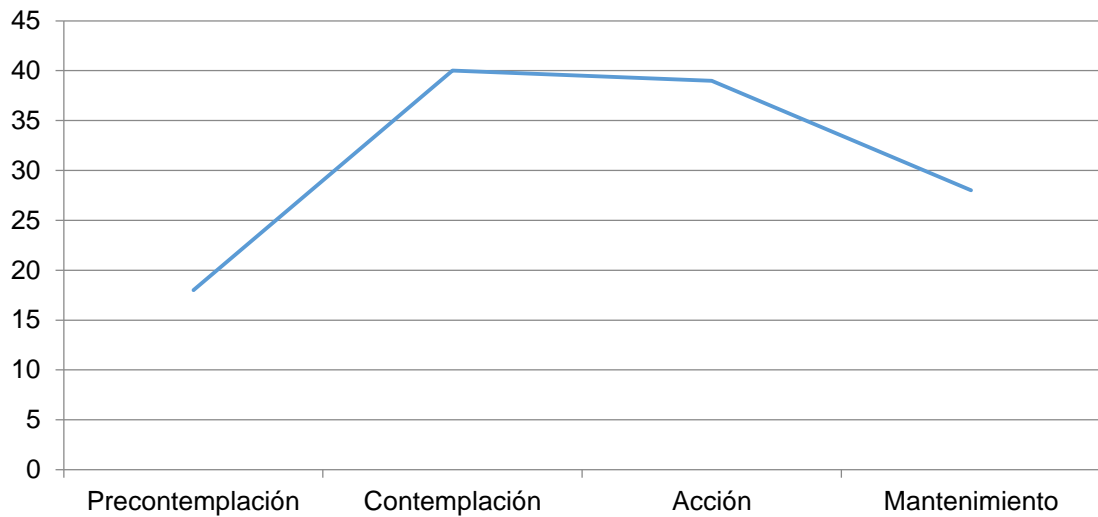
Según la puntuación en la subescala Creencias Delictivas, que evalúa locus de control y responsabilización del delito, el sujeto no acepta su responsabilidad en el delito ni cree que se merezca cumplir la condena.

Los resultados en la subescala de Eficacia muestran que el sujeto no confía en los demás, y se define como una persona con dificultades para organizarse y seguir órdenes, y afirma no haber vuelto a agredir.

URICA Inicial

Estadio motivacional → **CONTEMPLACIÓN**

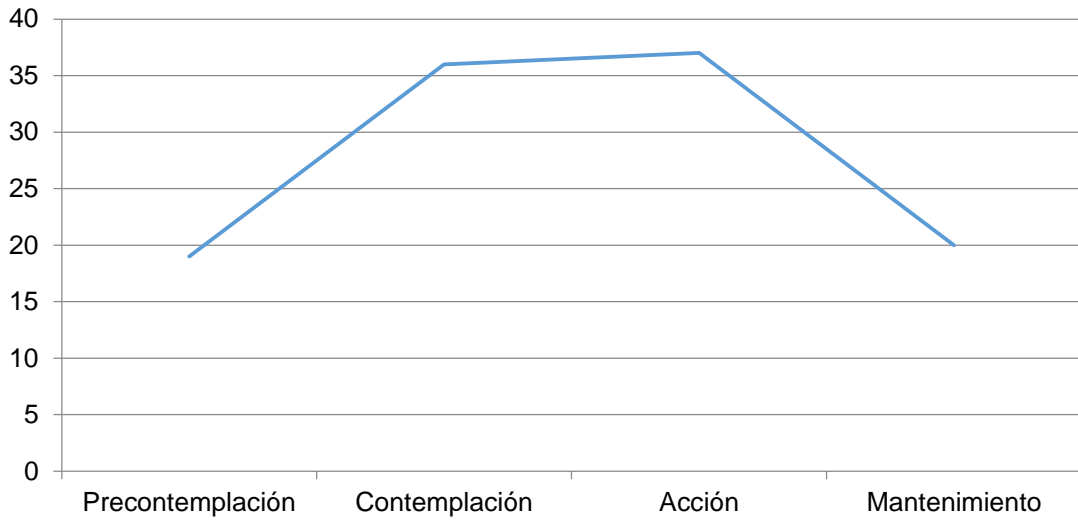
Según logaritmo 11.125 puntos (en relación a la muestra M= 8.20 (DS=3.45) se encuentra por encima de la media pero no llega a una desviación)



URICA post PIM

Estadio motivacional → **ACCIÓN**

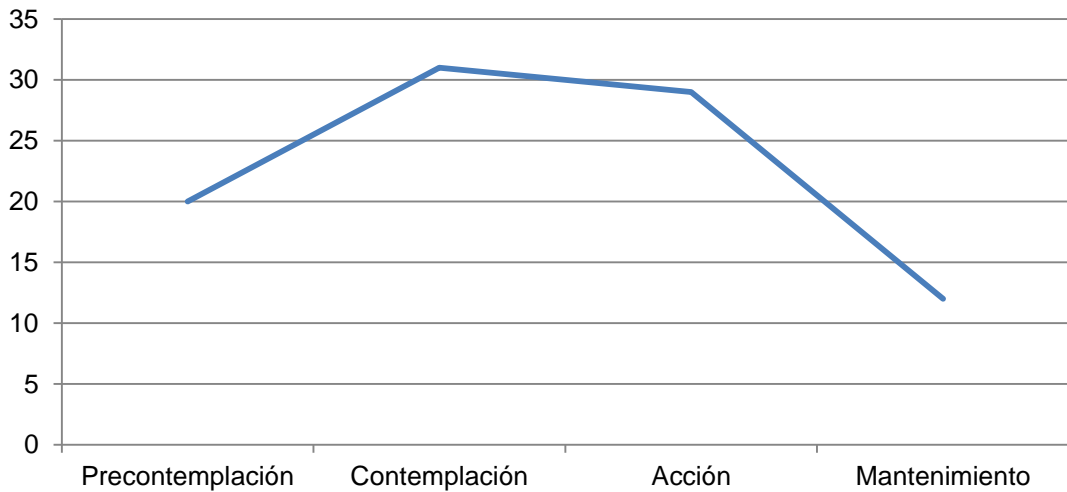
Según logaritmo 9.25 puntos (en relación a la muestra M= 8.20 (DS=3.45) se encuentra por encima de la media pero no llega a una desviación)



URICA post PF

Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN/ACCIÓN

Según logaritmo 6.50 puntos (en relación a la muestra M= 8.20 (DS=3.45) se encuentra por encima de la media pero no llega a una desviación)



Valoración del profesional referente:

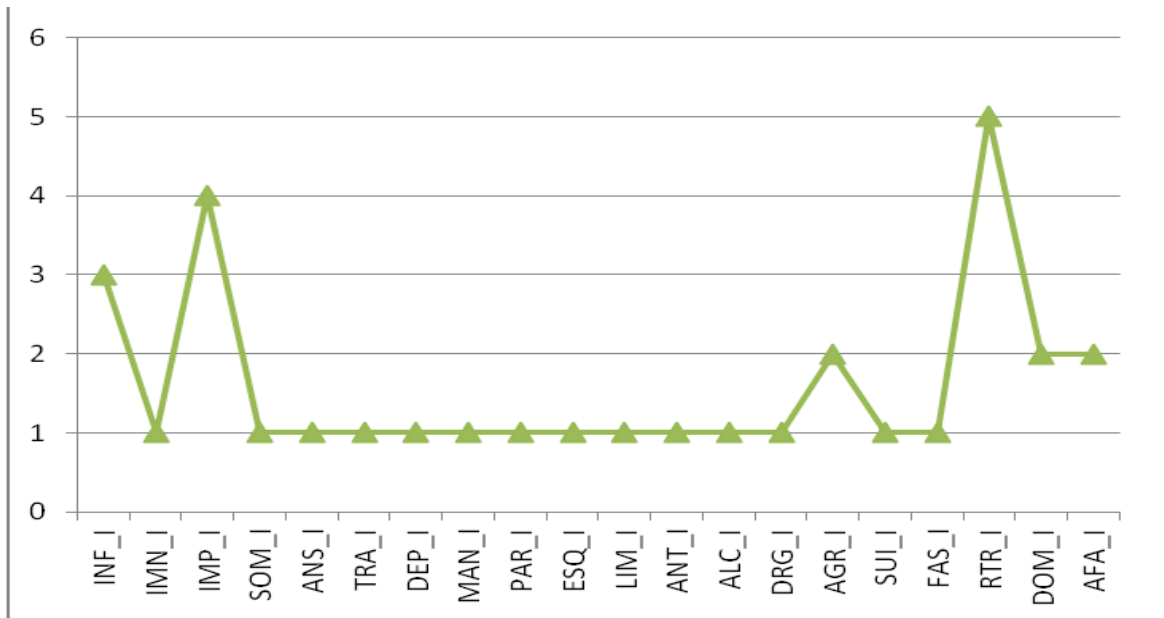
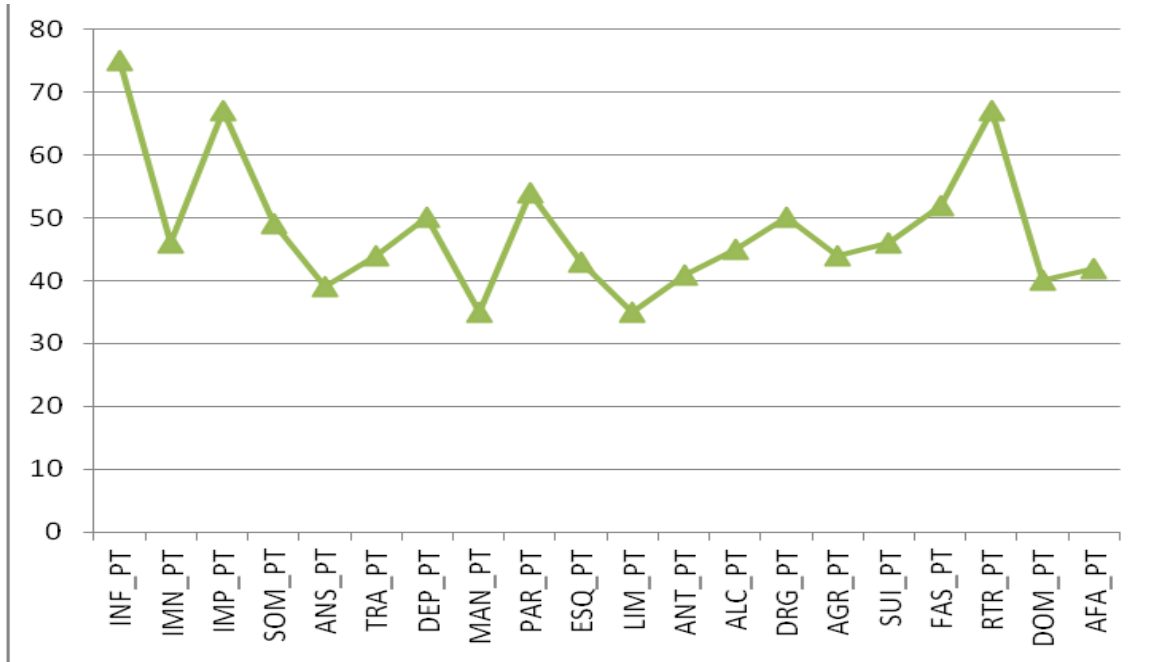
Inicialmente reticente y cuesta que respete las fechas de entrevista. Poco a poco se va adhiriendo al seguimiento y acaba reconociendo dificultades en la gestión de situaciones conflictivas, aunque le cuesta aguantar la hora de sesión y se le ve más nervioso en los últimos minutos, pero colaborador y con ganas de expresarse. Su valoración de las sesiones es que le han servido para pensar y aprender.

Informe valorativo del proceso motivacional

Nombre/ID del sujeto: PIM 6

Pruebas administradas y resultados obtenidos:

PAI



Interpretación

NOTA: tener en cuenta que se trata de un sujeto con perfil NEGADOR (quiere dar una buena imagen y el resto de escalas pueden mostrar puntuaciones con un perfil más positivo de lo que realmente es).

INF (Infrecuencia): no prestó la atención necesaria a la hora de responder al contenido de los ítems. Deben considerarse inválidos los resultados del test y no debe hacerse la interpretación clínica del perfil.

Termómetro inicial

7=es importante cambiar

Escala MCD Victoria

Puntuación:

Puntuación global=57 (Rango mínimo 20 máximo 100; punto de corte para considerar que existe disposición para el cambio 72).

Subescala de Actitudes y Motivación=11 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Reacciones Emocionales=12 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Creencias Delictivas=14(Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Subescala de Eficacia=13 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Interpretación:

De la puntuación global del sujeto se desprende que se trata de un sujeto que, en el momento de la evaluación, no está dispuesto a realizar ningún cambio.

Según la puntuación en la subescala de Actitudes y Motivación, el individuo no está nada motivado por el tratamiento ni quiere cambiar nada, y tampoco quiere mostrar ninguna opinión respecto al tratamiento.

La puntuación obtenida en la subescala de Reacciones Emocionales no muestra Reacciones Emocionales como culpabilidad y vergüenza sobre el delito que cometió, ni enfado consigo mismo por haberse comportado de esta manera. Sí que se arrepiente de su delito (probablemente por los problemas prácticos que ha comportado). Estas Reacciones Emocionales no son favorables al cambio.

Según la puntuación en la subescala Creencias Delictivas, que evalúa locus de control y responsabilización del delito, el sujeto acepta su responsabilidad en relación al delito y manifiesta merecer cumplir la condena.

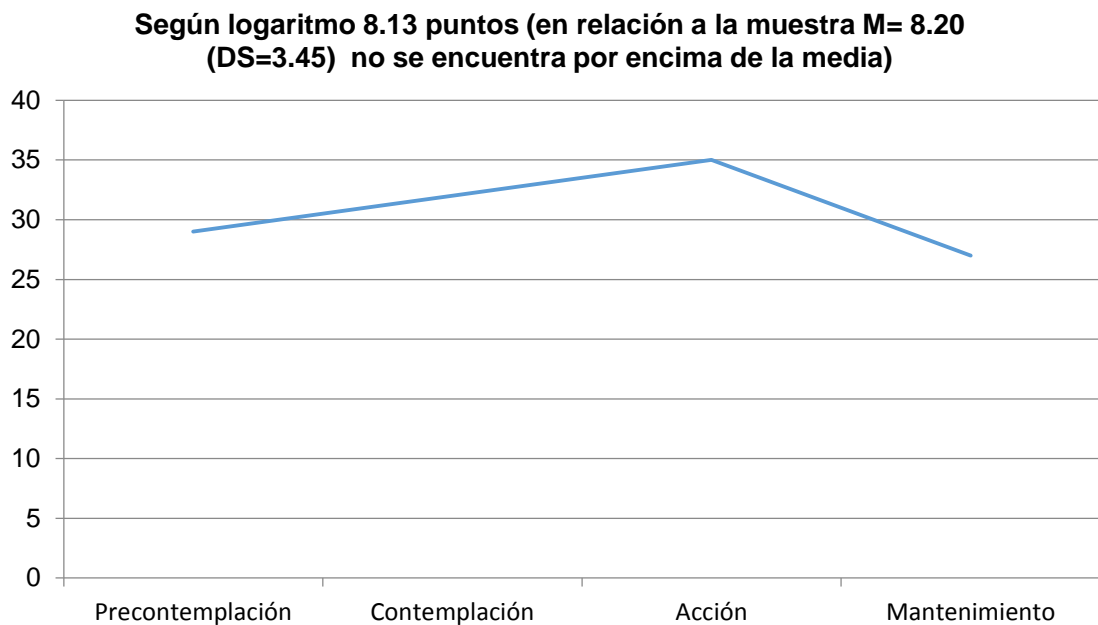
Los resultados en la subescala de Eficacia muestran que el sujeto confía en su capacidad y en los demás y se muestra colaborador con las órdenes que den otros.

Tiene capacidad para organizarse y cierta percepción de autoeficacia. Por último, afirma haber agredido de nuevo hace poco.

URICA Inicial

Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN/ACCIÓN

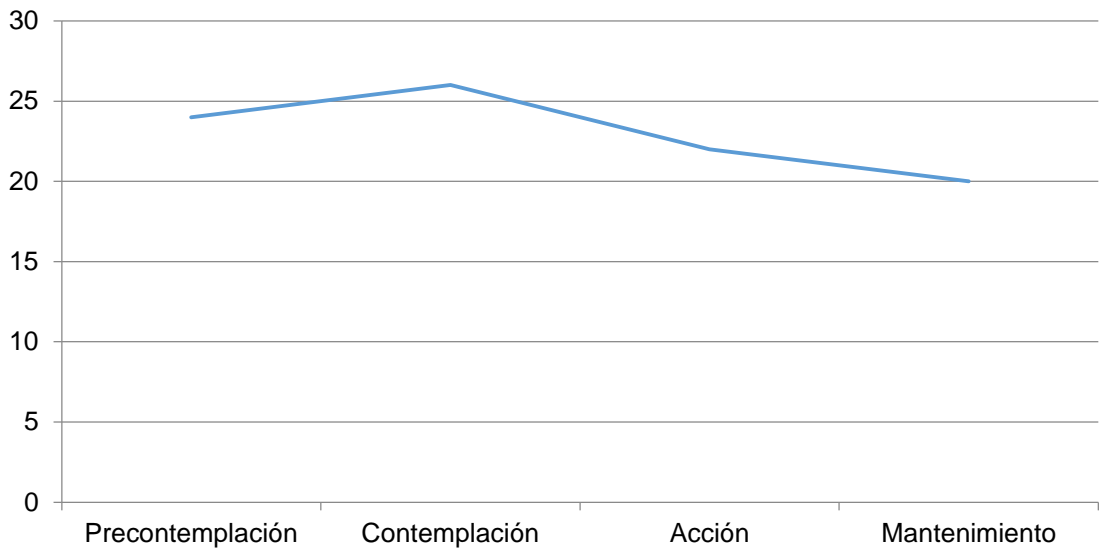
Interpretar con cautela porque la puntuación del logaritmo dice que no se encuentra ni por encima de la media. Probablemente se encuentra entre el estadio contemplación y acción. Es decir, es consciente de tener un problema y habrá tenido o cree que ha tenido algunas conductas encaminadas al cambio. Perfil resultante contradictorio con los resultados de otras pruebas administradas, con sospecha de manipulación de la prueba y, probablemente, sea un estadio de precontemplación real.



URICA segunda aplicación

Estadio motivacional → PRECONTEMPLACIÓN

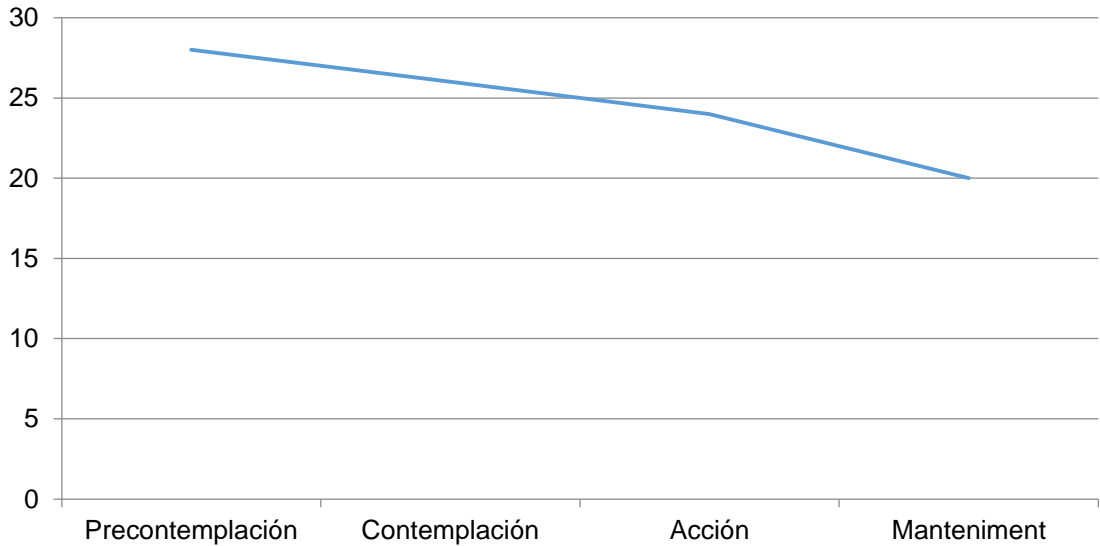
**Según logaritmo 5.50 puntos (en relación a la muestra M= 8.20
(DS=3.45) no se encuentra por encima de la media)**



URICA post PIM

Estadio motivacional → PRECONTEMPLACIÓN

**Según logaritmo 5.25 puntos (en relación a la muestra M= 8.20
(DS=3.45) no se encuentra por encima de la media)**



URICA post PF

Estadio motivacional → No evaluado

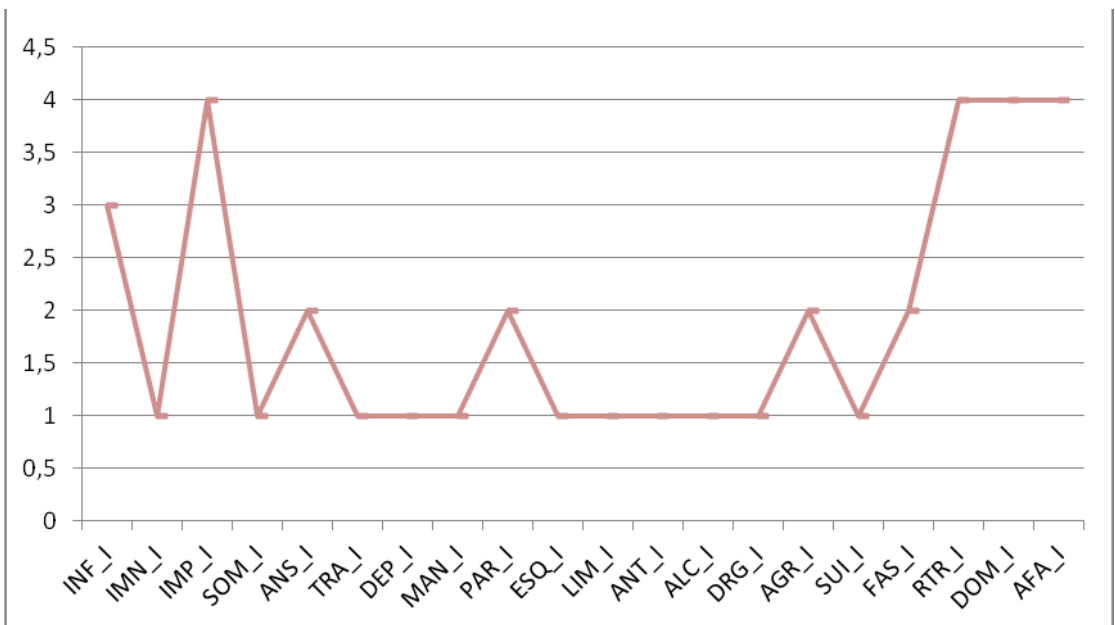
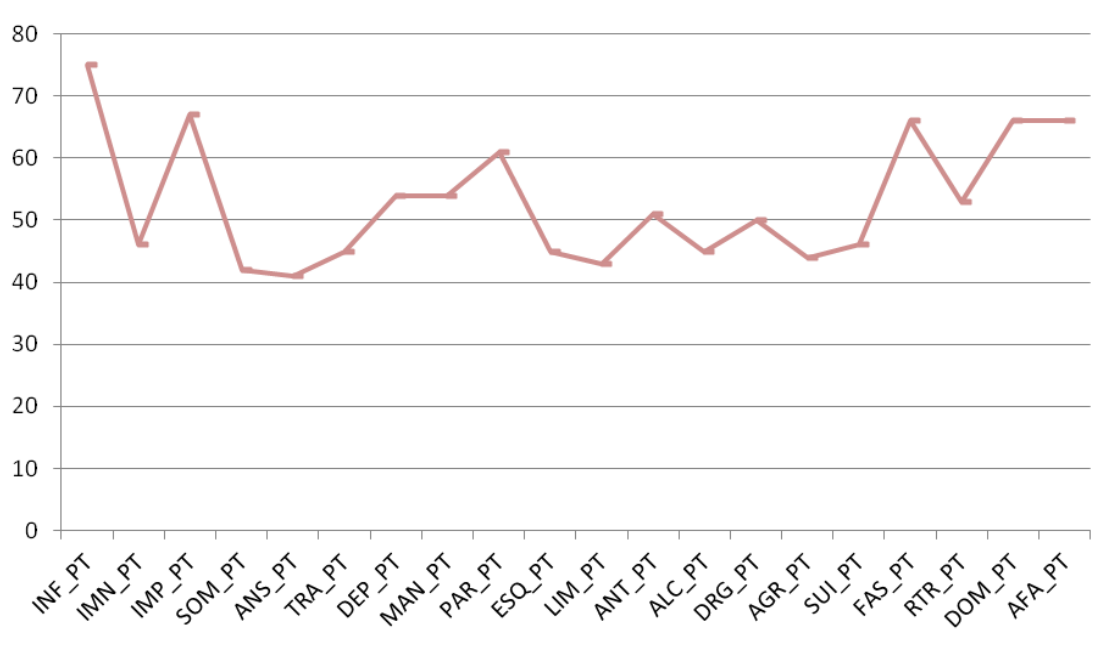
Valoración del profesional referente:

Informe valorativo del proceso motivacional

Nombre/ID del sujeto: PIM 7

Pruebas administradas y resultados obtenidos:

PAI



Interpretación

NOTA: tener en cuenta que se trata de un sujeto con perfil NEGADOR (quiere dar una buena imagen y el resto de escalas pueden mostrar puntuaciones con un perfil más positivo de lo que realmente es).

INF (Infrecuencia): no prestó la atención necesaria a la hora de responder al contenido de los ítems. Deben considerarse inválidos los resultados del test y no debe hacerse la interpretación clínica del perfil.

Termómetro inicial

____ = _____

Escala MCD Victoria

Puntuación:

Puntuación global=84 (Rango mínimo 20 máximo 100; punto de corte para considerar que existe disposición para el cambio 72).

Subescala de Actitudes y Motivación=12 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Reacciones Emocionales=20 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Creencias Delictivas=19(Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Subescala de Eficacia=19 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Interpretación:

De la puntuación global del sujeto se desprende que se trata de un sujeto que, en el momento de la evaluación, está dispuesto al cambio.

Según la subescala de Actitudes y Motivación, el sujeto muestra ambivalencia, por una parte quiere cambiar y en cierta medida está motivado para hacerlo, pero no es importante para él dejar de delinquir. Confía en la eficacia de los tratamientos, pero no se siente capaz de seguirlos. Esta ambivalencia puede ser resultado de una alta deseabilidad social, que habrá que controlar a lo largo de la intervención.

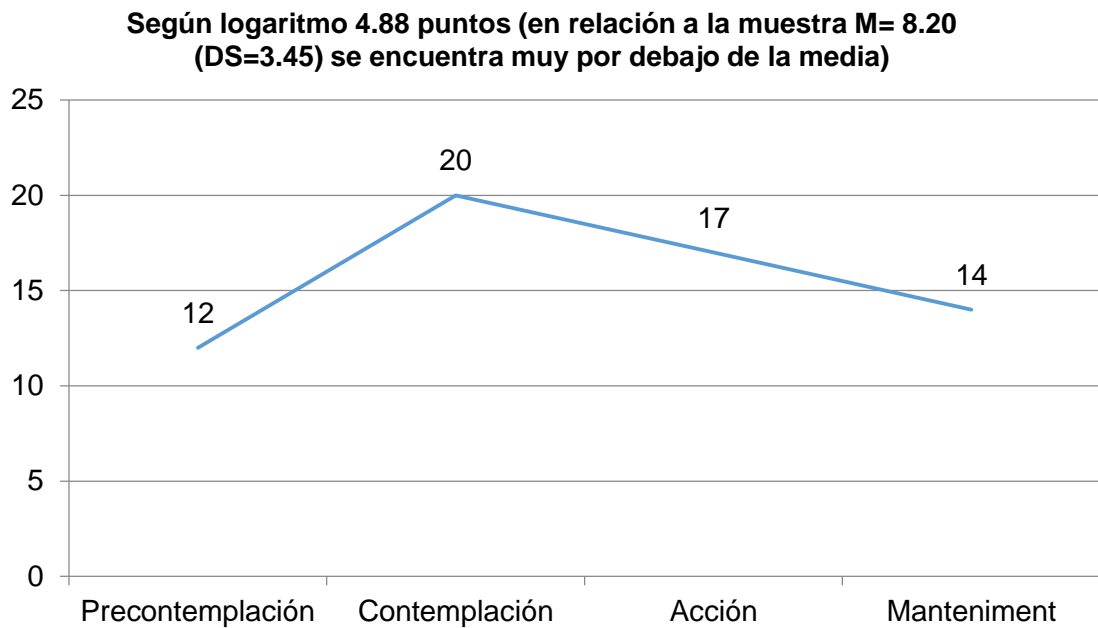
Según la puntuación en la subescala de Reacciones Emocionales, el individuo presenta Reacciones Emocionales incongruentes. Dice no estar enfadado, no muestra arrepentimiento por los hechos ni le molesta ser visto como un delincuente, pero sí muestra culpabilidad. No quiere mostrar su opinión sobre la medida judicial impuesta.

Según la puntuación en la subescala Creencias Delictivas, que evalúa locus de control y responsabilización del delito, el sujeto acepta su responsabilidad en el delito y es consciente de que es una problemática personal y él tiene la culpa de su comportamiento (locus de control interno). Cree que merece cumplir la condena.

Los resultados en la subescala de Eficacia muestran que el sujeto confía en los demás, y cree que es una persona organizada y capaz de seguir órdenes. Se muestra colaborador con el programa y el formador.

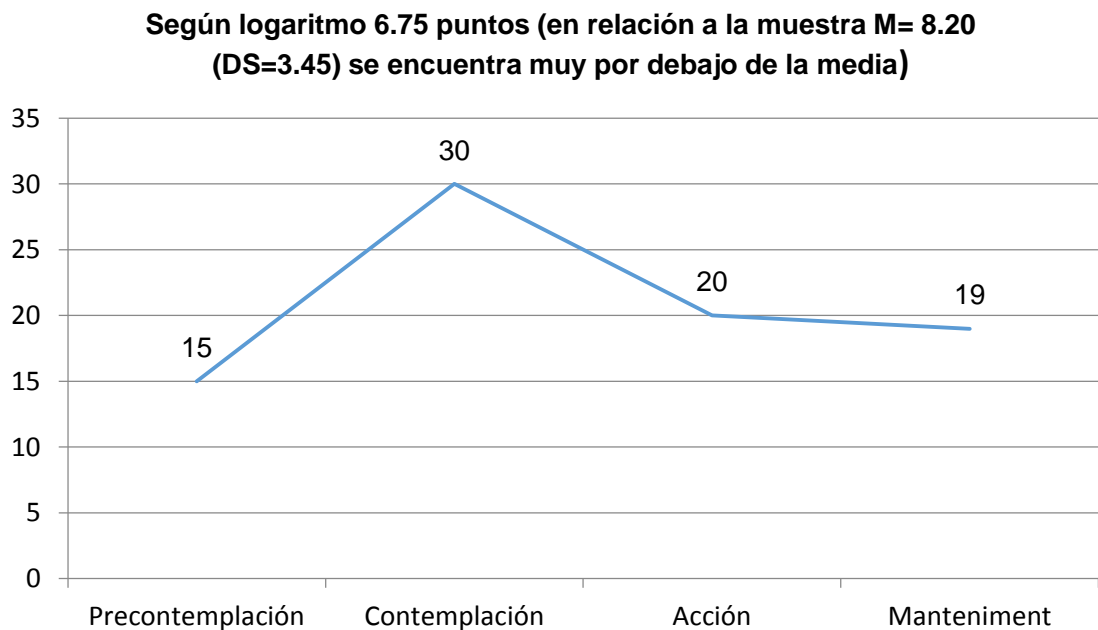
URICA Inicial

Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN



URICA post PIM

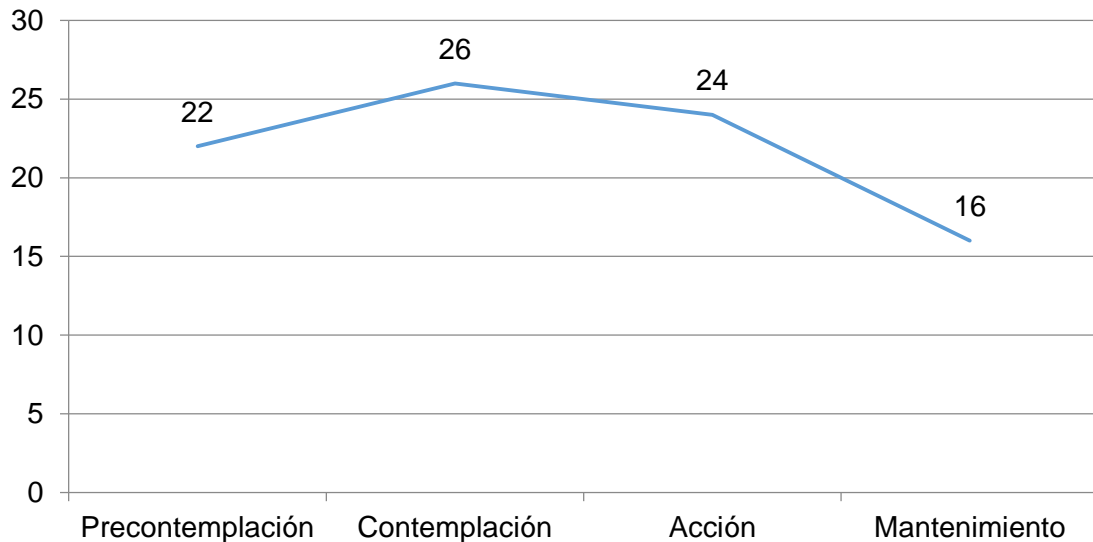
Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN



URICA post PF

Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN

Según logaritmo 5.50 puntos (en relación a la muestra M= 8.20
(DS=3.45) se encuentra muy por debajo de la media)



Valoración del profesional referente:

La intervención se inicia con una actitud predispuesta por parte del penado. Se muestra como una persona reflexiva con una gran capacidad de análisis de la propia conducta, hecho que hace prever una introspección elevada y una identificación rápida de los comportamientos conflictivos.

La presencia de contacto con la víctima y la necesidad de ejercer algún tipo de influencia sobre su comportamiento resultan muy evidentes desde el inicio. La dificultad en la aplicación del programa recae en la identificación por parte del penado de la relación de dependencia con la víctima como parte vinculada al comportamiento conflictivo. Con la actividad del balance motivacional el penado es capaz de identificar la propia emocionalidad y de responsabilizarse de sus comportamientos, cambiando el foco del discurso de la víctima a sí mismo.

La evolución del caso es realmente positiva, sobre todo por su voluntad de participación en el programa y su implicación y actitud proactiva.

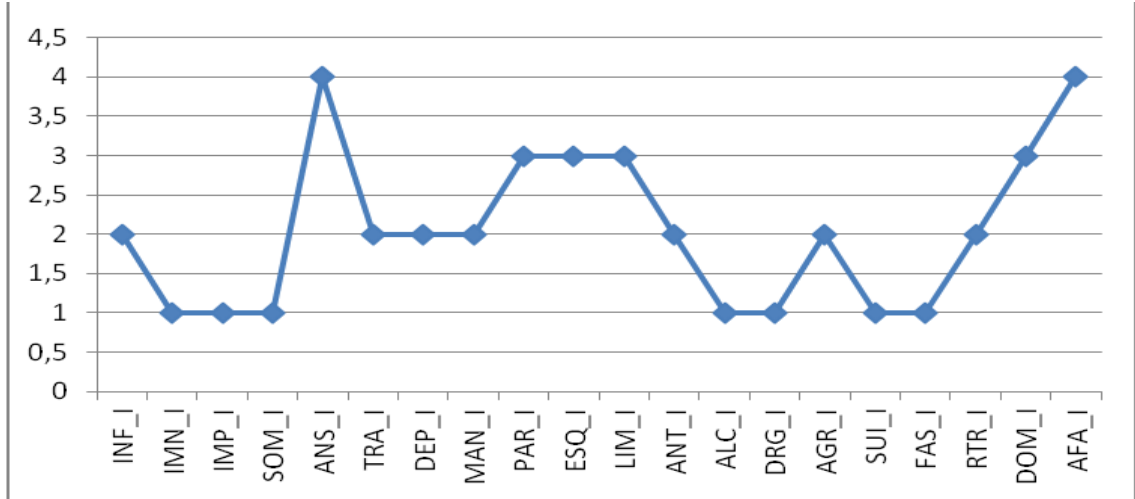
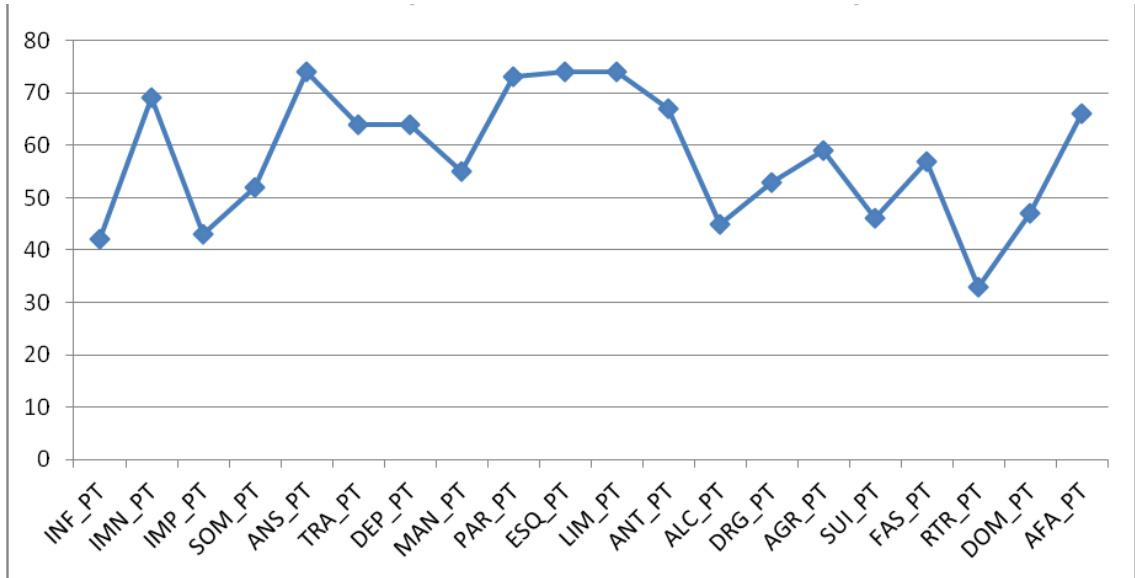
Todo hace prever un elevado aprovechamiento del programa formativo, así como un alto grado de participación.

Informe valorativo del proceso motivacional

Nombre/ID del sujeto: PIM 8

Pruebas administradas y resultados obtenidos:

PAI



Interpretación

INF (Infrecuencia): respuestas poco frecuentes a los ítems; se pueden explicar por dificultades de lectura, respuesta al azar, confusión, errores de anotación de las respuestas o de corrección... La interpretación del resto de escalas del PAI debe hacerse con precaución. Sería útil preguntar al evaluado por el sentido de algunas de sus respuestas a los ítems, antes de la interpretación clínica de los resultados.

IMN (Impresión negativa): baja distorsión negativa de las escalas clínicas, y posiblemente el evaluado no haya mostrado una impresión negativa sobre su situación clínica.

IMP (Impresión Positiva): alta sinceridad en la respuesta. Se considera que las personas con estas puntuaciones no tienden a ocultar mucha información.

SOM (Quejas Somáticas): persona con pocas quejas corporales. Estas personas son valoradas como optimistas, activas y eficaces.

ANS (Ansiedad): presenta significativos de ansiedad y tensión. Probablemente, esté en tensión la mayor parte del tiempo, con presentimientos de que sucederá una desgracia. Pueden ser percibidos como personas impresionables, nerviosas, tímidas y dependientes.

TRA (Trastornos relacionados con la Ansiedad): existencia de algunos miedos específicos o preocupaciones; la persona tiene poca confianza en sí misma.

DEP (Depresión): persona sensible, pesimista, con cierta predisposición a dudar de sí misma y que es infeliz al menos una parte del tiempo.

MAN (Manía): con pocas características de manía o hipomanía. Sin sentimientos de grandeza ni niveles elevados de actividad.

PAR (Paranoia): probablemente sea una persona manifiestamente suspicaz y hostil, con tendencia a la desconfianza en sus relaciones cercanas y a tener pocos amigos íntimos.

ESQ (Esquizofrenia):

LIM (Rasgos Límites): persona probablemente impulsiva y con labilidad emocional. Tiende a sentir que no le entienden (los demás suelen pensar que es un individuo egocéntrico) y encuentran difícil mantener relaciones cercanas. Se muestran enfadados y suspicaces y, al mismo tiempo, ansiosos y necesitados, tienen conductas ambivalentes en sus interacciones con los demás.

ANT (Rasgos Antisociales): tendencia a la impulsividad y a arriesgarse. Estos rasgos son muy comunes en adultos jóvenes, particularmente en hombres. Con puntuaciones altas en este rango (puntuación 65, entre un rango de 60-69), los individuos pueden ser más egocéntricos, desinhibidos, escépticos ante las intenciones de los demás y poco sentimentales en las relaciones interpersonales.

ALC (Problemas con el Alcohol): bajo o moderado consumo de alcohol con pocas o ninguna consecuencia adversa asociada con la bebida.

DRG (Problemas con las Drogas): afirma consumir drogas de forma infrecuente, si es que las consume.

AGR (Agresión): control razonable sobre la expresión de la ira y la hostilidad.

SUI (Ideación Suicida): tiene pocos pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

FAS (Falta de Apoyo Social): mantiene vínculos estrechos, generalmente de apoyo, con la familia y amigos.

RTR (Rechazo al Tratamiento): reconoce grandes dificultades en su día a día y percibe una clara necesidad de ayuda para tratar estos problemas.

DOM (Dominancia): probablemente, se adapte con éxito a distintas situaciones interpersonales, con capacidad para asumir y ceder el control de las relaciones, según sea necesario. Es probable que la persona prefiera mantener cierto grado de autonomía y autosuficiencia en las relaciones.

AFA (Afabilidad): son personas cálidas, cordiales y empáticas. Valoran especialmente las relaciones armoniosas y obtienen gran satisfacción de estas. Por ello, pueden sentirse incómodas ante las confrontaciones y los conflictos, y tienden a evitarlos. Probablemente perdonan fácilmente a los demás y no tienen dificultades en dar una segunda oportunidad.

Termómetro inicial

____ = _____

Escala MCD Victoria

Puntuación:

Puntuación global=____ (Rango mínimo 20 máximo 100; punto de corte para considerar que existe disposición para el cambio 72).

Subescala de Actitudes y Motivación=____ (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Reacciones Emocionales=____ (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Creencias Delictivas=____ (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Subescala de Eficacia=____ (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Interpretación:

De la puntuación global del sujeto se desprende que se trata de un sujeto que, en el momento de la evaluación, _____.

Según la puntuación en la subescala de Actitudes y Motivación, el individuo _____.

Atendiendo a la puntuación obtenida en la subescala de Reacciones Emocionales, _____.

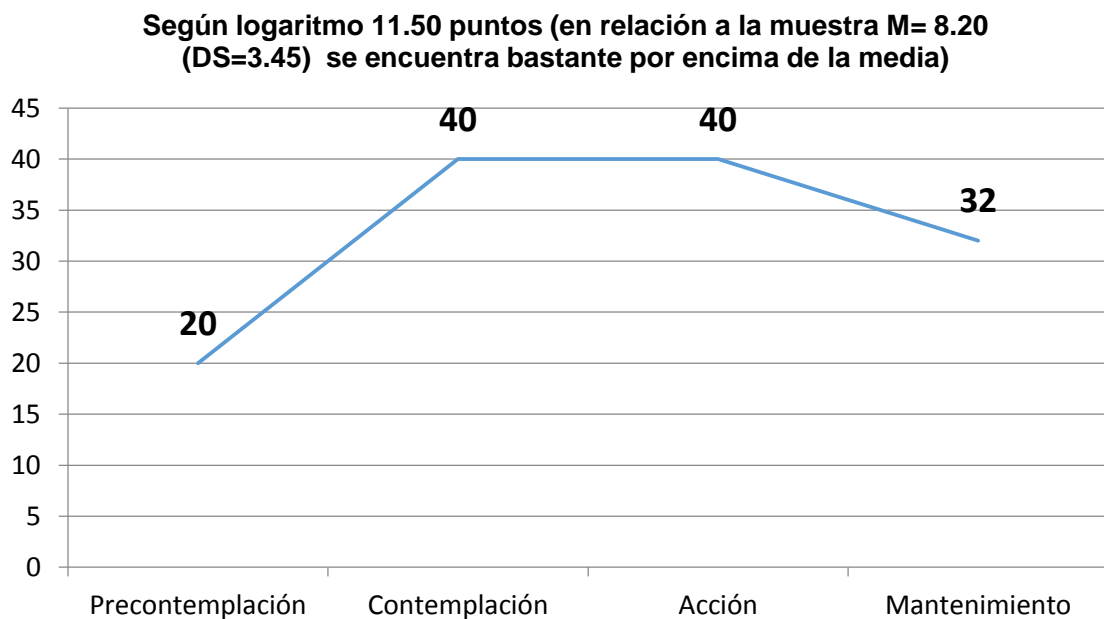
Según la puntuación en la subescala Creencias Delictivas, que evalúa locus de control y responsabilización del delito, el sujeto _____.

Conforme a los resultados en la subescala de Eficacia, el sujeto _____.

URICA Inicial

Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN/ACCIÓN

Existen dudas respecto a la sinceridad de las respuestas.

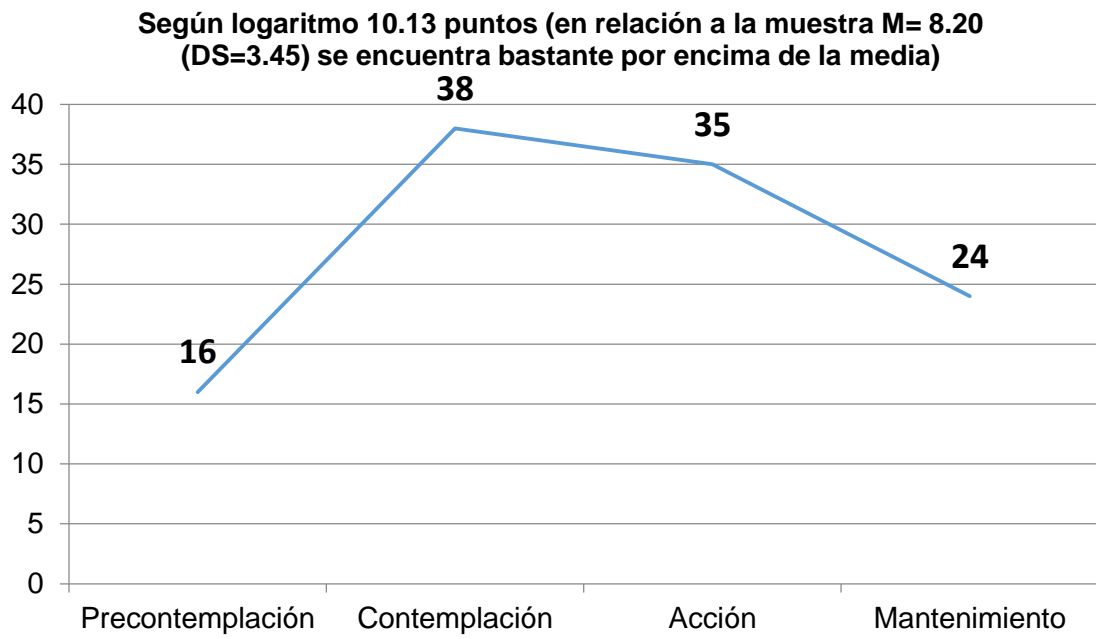


URICA post PIM

Estadio motivacional → No evaluado

URICA post PF

Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN



Valoración del profesional referente:

Inicia la intervención con un discurso que autojustifica su conducta violenta aunque la reconoce. A pesar de las dificultades para hacer introspección, participó activamente en las actividades, y reconoció que había una falta de control de impulsos que iba más allá de la pareja y que le había ocasionado otros problemas. Mostraba buena predisposición a hacer un cambio, pero sí es cierto que el entorno no es demasiado prosocial para respaldarlo en el proceso.

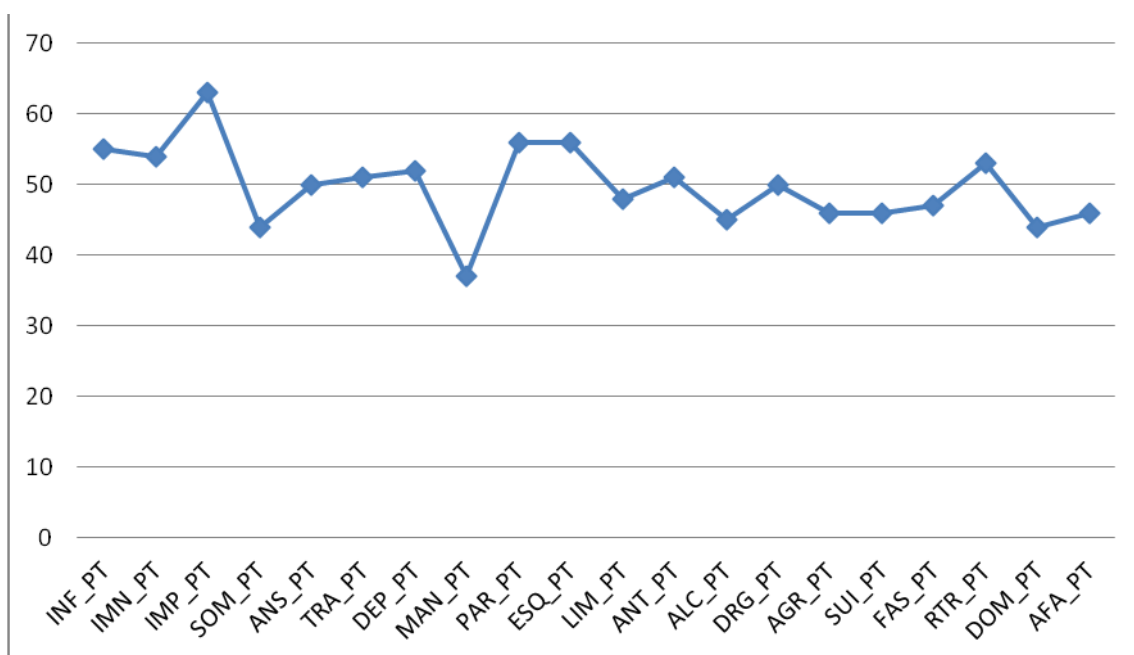
Buen vínculo y una valoración positiva de las sesiones.

Informe valorativo del proceso motivacional

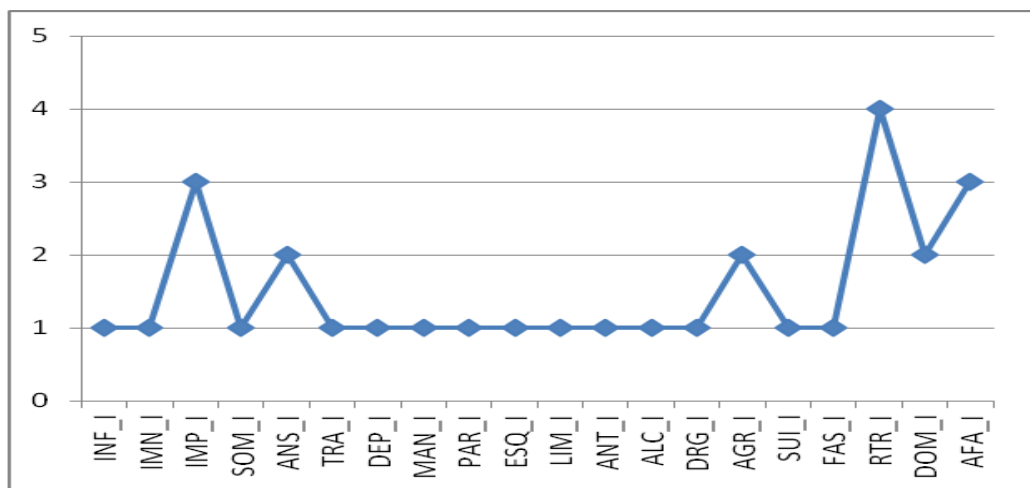
Nombre/ID del sujeto: PIM 9

Pruebas administradas y resultados obtenidos:

PAI



Puntuaciones altas en Impresión Positiva y en Rechazo al Tratamiento. La mayoría de las puntuaciones se sitúan por debajo de la media.



Interpretación

NOTA: tener en cuenta que se trata de un sujeto con perfil **NEGADOR** (quiere dar una buena imagen y el resto de escalas pueden mostrar puntuaciones con un perfil más positivo de lo que realmente es).

INF (Infrecuencia): la persona ha prestado la suficiente atención al contenido de los ítems.

IMN (Impresión negativa): baja distorsión negativa de las escalas clínicas y posiblemente el evaluado no haya mostrado una impresión negativa sobre su situación clínica.

IMP (Impresión Positiva): cierta presencia de defensividad a partir de puntuaciones T 60, que pueden llamar la atención del profesional sobre la posible negación de defectos comunes y su impacto sobre las puntuaciones del perfil PAI.

SOM (Quejas Somáticas): persona con pocas quejas corporales. Estas personas son valoradas como optimistas, activas y eficaces.

ANS (Ansiedad): presenta pocas quejas de ansiedad o tensión. Son personas que se describen a sí mismas como tranquilas, optimistas y eficaces para afrontar el estrés.

TRA (Trastornos relacionados con la Ansiedad): poco malestar en general. Estas personas son percibidas normalmente como seguras de sí mismas, flexibles y serenas bajo presión.

DEP (Depresión): tiene pocas quejas de infelicidad o malestar. Son normalmente percibidos como estables, con autoconfianza, activos y relajados.

MAN (Manía): pocas características de manía o hipomanía.

PAR (Paranoia): persona abierta y que generalmente perdona a los demás.

ESQ (Esquizofrenia): persona que dice ser eficaz en las relaciones sociales y que no tiene problemas de atención o concentración.

LIM (Rasgos Límites): persona emocionalmente estable y con relaciones sólidas.

ANT (Rasgos Antisociales): mantiene relaciones cálidas y cercanas con los demás. También muestra un control razonable sobre sus impulsos y conductas.

ALC (Problemas con el Alcohol): bajo o moderado consumo de alcohol con pocas o ninguna consecuencia adversa asociada con la bebida.

DRG (Problemas con las Drogas): afirma consumir drogas de forma infrecuente, si es que las consume.

AGR (Agresión): control razonable sobre la expresión de la ira y la hostilidad.

SUI (Ideación Suicida): tiene pocos pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

FAS (Falta de Apoyo Social): mantiene vínculos estrechos, generalmente de apoyo, con la familia y amigos.

RTR (Rechazo al Tratamiento): satisfacción con uno mismo y la consideración de que no necesita realizar grandes cambios en su comportamiento. Refleja probablemente una escasa motivación para empezar un tratamiento, o en el caso de iniciarlo, un alto riesgo de que finalice de forma prematura (abandono).

DOM (Dominancia): persona que tiende a ser bastante modesta y retraída, cohibida en las relaciones sociales y con carencia de habilidades para imponerse cuando es necesario; asimismo, es probable que se sienta incómoda cuando es el centro de atención.

AFA (Afabilidad): se adapta con éxito a distintas situaciones interpersonales y es capaz de tolerar relaciones estrechas pero también mantener cierta distancia en las relaciones, si es necesario.

Termómetro inicial

____=_____

Escala MCD Victoria

Puntuación:

Puntuación global=_____ (Rango mínimo 20 máximo 100; punto de corte para considerar que existe disposición para el cambio 72).

Subescala de Actitudes y Motivación=_____ (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Reacciones Emocionales=_____ (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Creencias Delictivas=_____ (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Subescala de Eficacia=_____ (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Interpretación:

De la puntuación global del sujeto se desprende que se trata de un sujeto en el momento de la evaluación _____.

Según la puntuación en la subescala de Actitudes y Motivación, el individuo _____.

Atendiendo a la puntuación obtenida en la subescala de Reacciones Emocionales, _____.

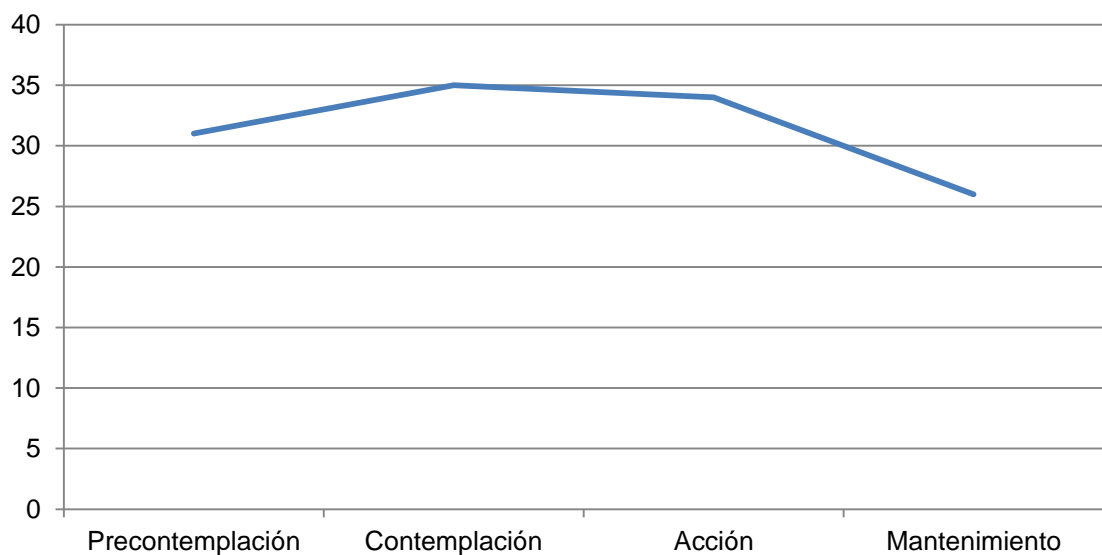
Según la puntuación en la subescala Creencias Delictivas, que evalúa locus de control y responsabilización del delito, el sujeto _____.

Conforme a los resultados en la subescala de Eficacia, el sujeto _____.

URICA Inicial

Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN

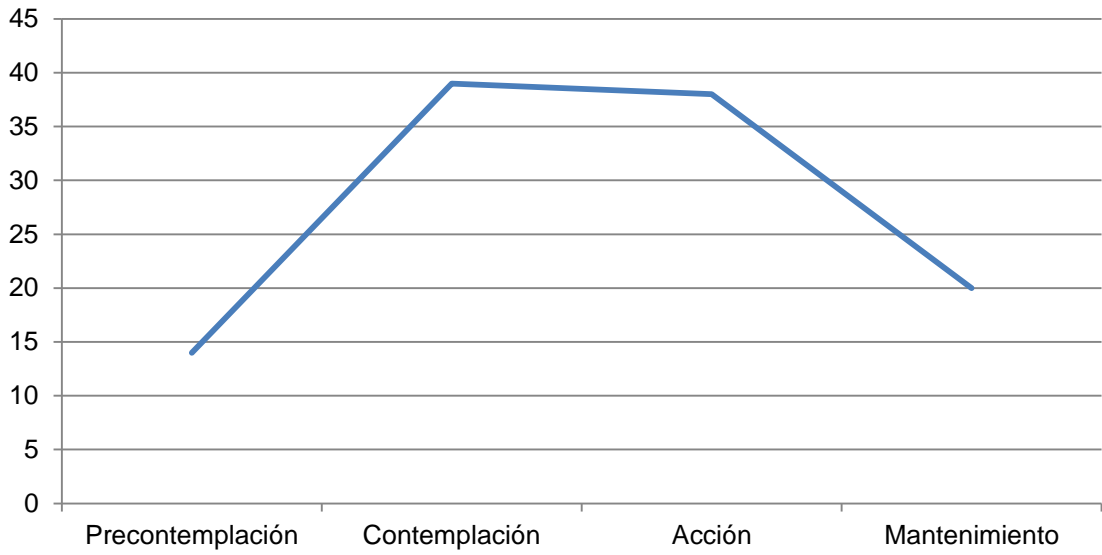
Según logaritmo 8 puntos (ligeramente por debajo de la media de la muestra 8.20)



URICA post PIM

Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN

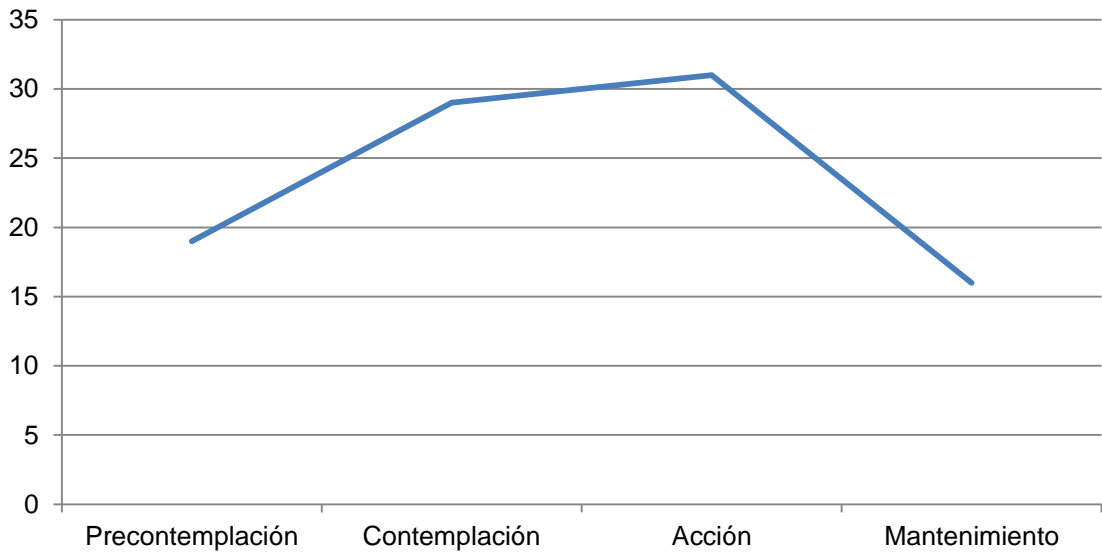
Según logaritmo 10 puntos (ligeramente por encima de la media de la muestra 8.20)



URICA post PF

Estadio motivacional → ACCIÓN

Según logaritmo 7.13 puntos (ligeramente por debajo de la media de la muestra 8.20)



Valoración del profesional referente:

Inicialmente con dificultades para hacer introspección. Con el ejercicio de conectar la situación, pensamientos, emoción y conducta, conectó y se dio cuenta de que sí había coaccionado a su pareja. Al mismo tiempo, conectó esta conducta con otras personas,

era muy dependiente de los demás y ante la no respuesta o la sensación de que no lo tenían en cuenta, reaccionaba con mucha insistencia y con ira.

En las sesiones a veces planteaba cuestiones que se salían de las actividades pero que a él le angustiaban, y se le dio espacio para poder expresarlo.

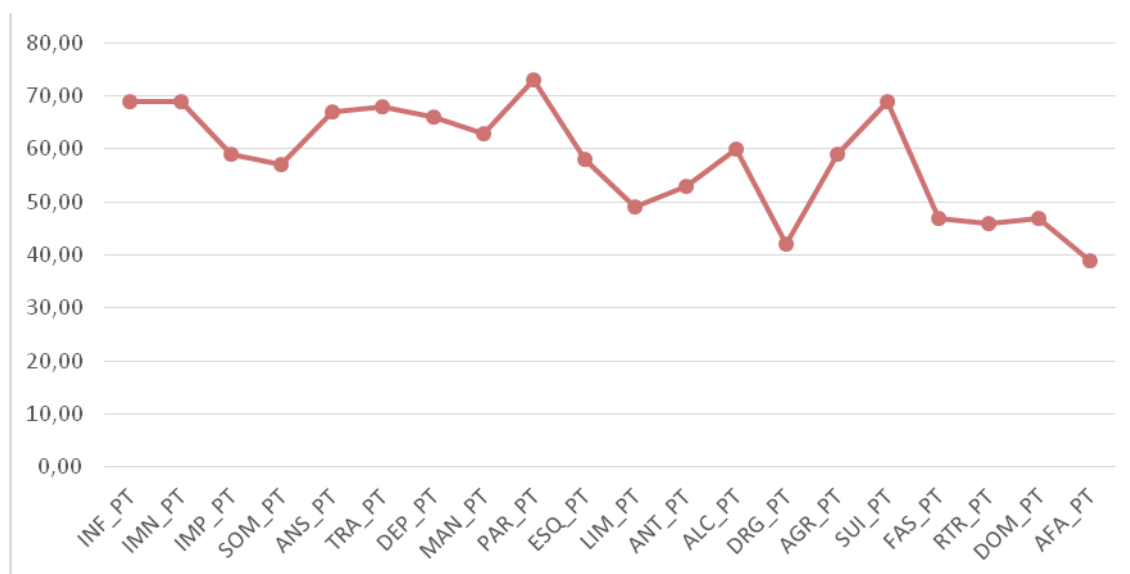
El seguimiento y el vínculo fueron muy buenos. Su valoración también fue muy positiva y destacó el hecho de haberle planteado cosas que nunca había pensado.

Informe valorativo del proceso motivacional

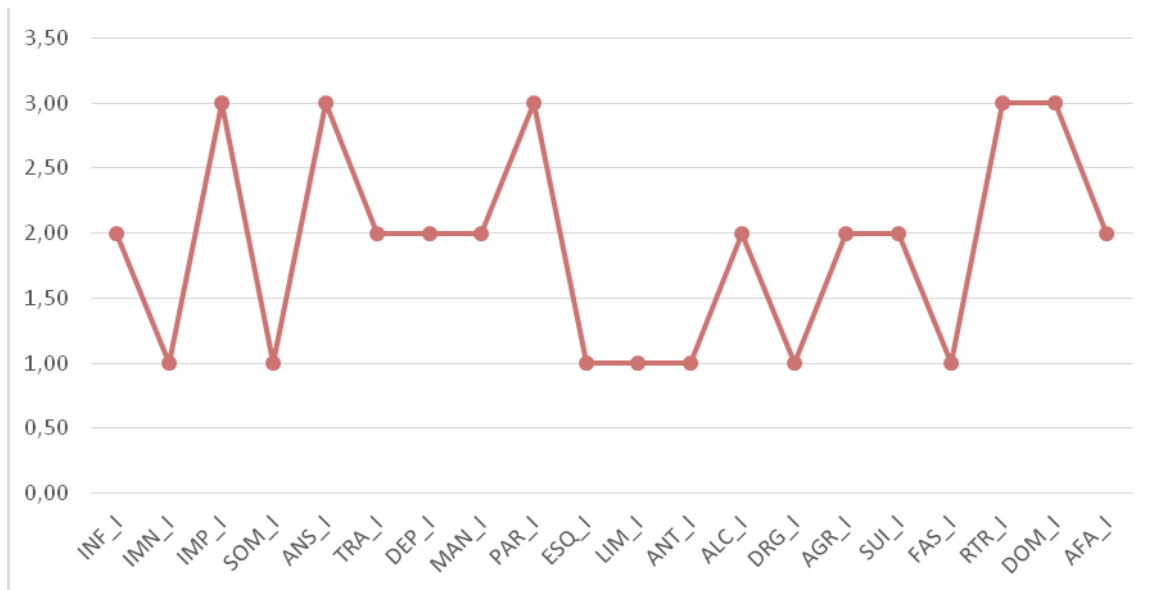
Nombre/ID del sujeto: PIM 10

Pruebas administradas y resultados obtenidos:

PAI



Puntuaciones altas en Impresión Positiva y en Rechazo al Tratamiento. La mayoría de las puntuaciones se sitúan por debajo de la media.



Interpretación

NOTA: tener en cuenta que se trata de un sujeto con perfil NEGADOR (quiere dar una buena imagen y el resto de escalas pueden mostrar puntuaciones con un perfil más positivo de lo que realmente es).

INF (Infrecuencia): respuestas poco frecuentes a los ítems; se pueden explicar por dificultades de lectura, respuesta al azar, confusión, errores de anotación de las respuestas o de corrección... La interpretación del resto de escalas del PAI se tiene que hacer con precaución. Sería útil preguntar al evaluado por el sentido de algunas de sus respuestas a los ítems antes de la interpretación clínica de los resultados.

IMN (Impresión negativa): baja distorsión negativa de las escalas clínicas y posiblemente el evaluado no haya mostrado una impresión negativa sobre su situación clínica.

IMP (Impresión Positiva): cierta presencia de defensividad a partir de puntuaciones T 60, que pueden llamar la atención del profesional sobre la posible negación de defectos comunes y su impacto sobre las puntuaciones del perfil PAI.

SOM (Quejas Somáticas): persona con pocas quejas corporales. Estas personas son valoradas como optimistas, activas y eficaces.

ANS (Ansiedad): presenta pocas quejas de ansiedad o tensión. Son personas que se describen a sí mismas como tranquilas, optimistas y eficaces para afrontar el estrés.

TRA (Trastornos relacionados con la Ansiedad): poco malestar en general. Estas personas son percibidas normalmente como seguras de sí mismas, flexibles y serenas bajo presión.

DEP (Depresión): es una persona sensible, pesimista, con cierta predisposición a dudar de sí misma y que es infeliz al menos una parte del tiempo.

MAN (Manía): se muestra activo, sociable, ambicioso y con autoconfianza. Aunque también puede ser en cierto grado impaciente, hostil y fácilmente irritable.

PAR (Paranoia): es una persona manifiestamente suspicaz y hostil, tiende a ser desconfiada dentro de sus relaciones cercanas y a tener pocos amigos íntimos.

ESQ (Esquizofrenia): persona que dice ser eficaz en las relaciones sociales y que no tiene problemas de atención o concentración.

LIM (Rasgos Límites): persona emocionalmente estable y con relaciones sólidas.

ANT (Rasgos Antisociales): mantiene relaciones cálidas y cercanas con los demás. También muestra un control razonable sobre sus impulsos y conductas.

ALC (Problemas con el Alcohol): tiene un consumo regular de alcohol que puede haber causado algunas consecuencias adversas relevantes.

DRG (Problemas con las Drogas): afirma consumir drogas de forma infrecuente, si es que las consume.

AGR (Agresión): control razonable sobre la expresión de la ira y la hostilidad.

SUI (Ideación Suicida): posibles ideas y pensamientos periódicos y pasajeros sobre el suicidio; así como infelicidad y pesimismo sobre las perspectivas de futuro.

FAS (Falta de Apoyo Social): mantiene vínculos estrechos, generalmente de apoyo, con la familia y amigos.

RTR (Rechazo al Tratamiento): reconoce la necesidad de efectuar algunos cambios, tiene una actitud positiva hacia la posibilidad de cambio personal y acepta la importancia de la propia responsabilidad.

DOM (Dominancia): persona que tiende a ser bastante modesta y retraída, cohibida en las relaciones sociales y con carencia de habilidades para imponerse cuando es necesario; asimismo, es probable que se sienta incómoda cuando es el centro de atención.

AFA (Afabilidad): tiende a mantener las distancias en las relaciones personales. Es probable que no considere valiosas las relaciones estrechas y de larga duración. Afronta la mayoría de las relaciones sociales sin mucho entusiasmo. Los demás pueden considerar que no tiene empatía y que es inflexible; aunque, probablemente, se percibe a sí mismo como independiente, práctico y menos preocupado que la mayoría por las opiniones de los demás.

Termómetro inicial

3= _____

Escala MCD Victoria

Puntuación:

Puntuación global=69 (Rango mínimo 20 máximo 100; punto de corte para considerar que existe disposición para el cambio 72).

Subescala de Actitudes y Motivación=13 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Reacciones Emocionales=18 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Creencias Delictivas=11 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Subescala de Eficacia=14 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Interpretación:

De la puntuación global del sujeto se desprende que se trata de un sujeto que, en el momento de la evaluación, no está predispuesto al cambio.

Según la puntuación en la subescala de Actitudes y Motivación el individuo confía en que es capaz de desarrollar un tratamiento y lo valora como positivo, e indica que podría querer cambiar alguna cosa.

Atendiendo a la puntuación obtenida en la subescala de Reacciones Emocionales, el análisis de los ítems indica sentimientos incoherentes (posible manipulación de la prueba), parece que se arrepienta de su delito, pero le resulta indiferente ser visto como un delincuente o formar parte del sistema de justicia.

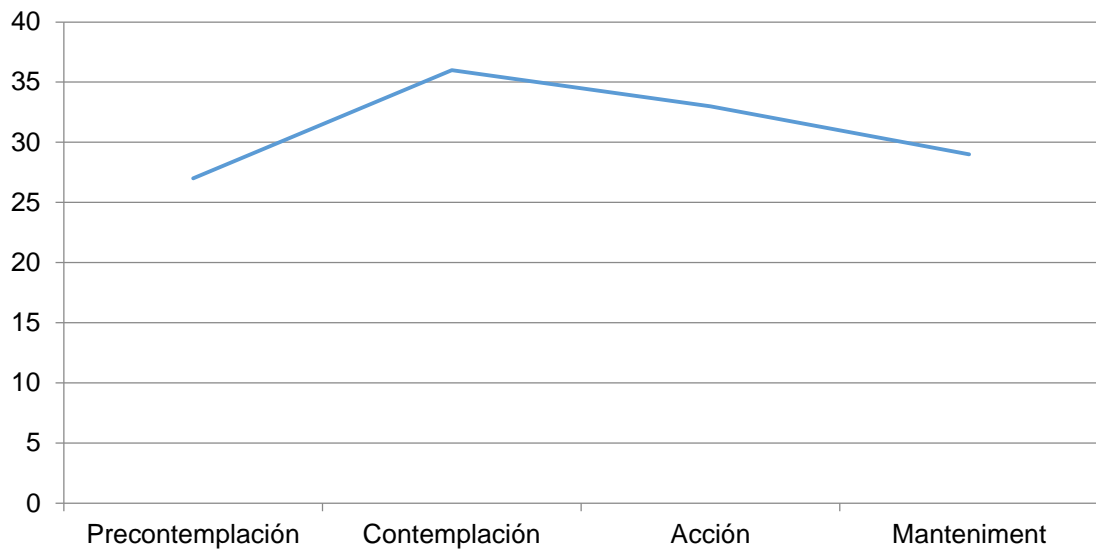
Según la puntuación en la subescala Creencias Delictivas, que evalúa locus de control y responsabilización del delito, el sujeto muestra locus de control externo, aunque dice aceptar tener que cumplir una condena.

Los resultados en la subescala de Eficacia muestran que el sujeto no muestra su opinión en los ítems más comprometidos, solo refiere que es capaz de organizarse bien.

URICA Inicial

Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN

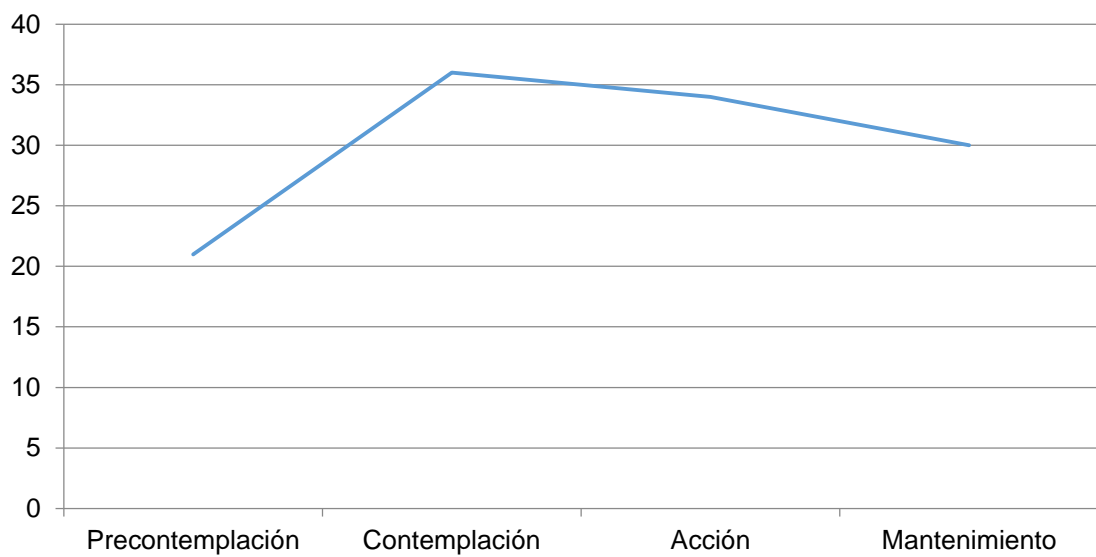
**Según logaritmo 8.88 puntos (en relación a la muestra M= 8.20
(DS=3.45) dentro de la media)**



URICA post PIM

Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN

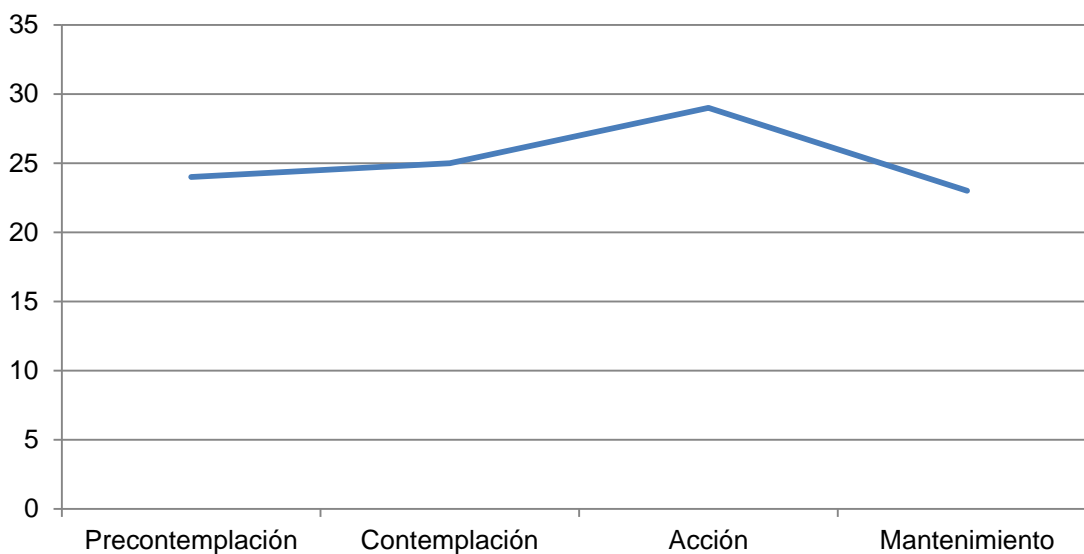
**Según logaritmo 9.88 puntos (en relación a la muestra M= 8.20
(DS=3.45) dentro de la media)**



URICA post PF

Estadio motivacional → ACCIÓN

Según logaritmo 6.50 puntos (en relación a la muestra $M= 8.20$
($DS=3.45$) se encuentra por debajo de la media)



Valoración del profesional referente:

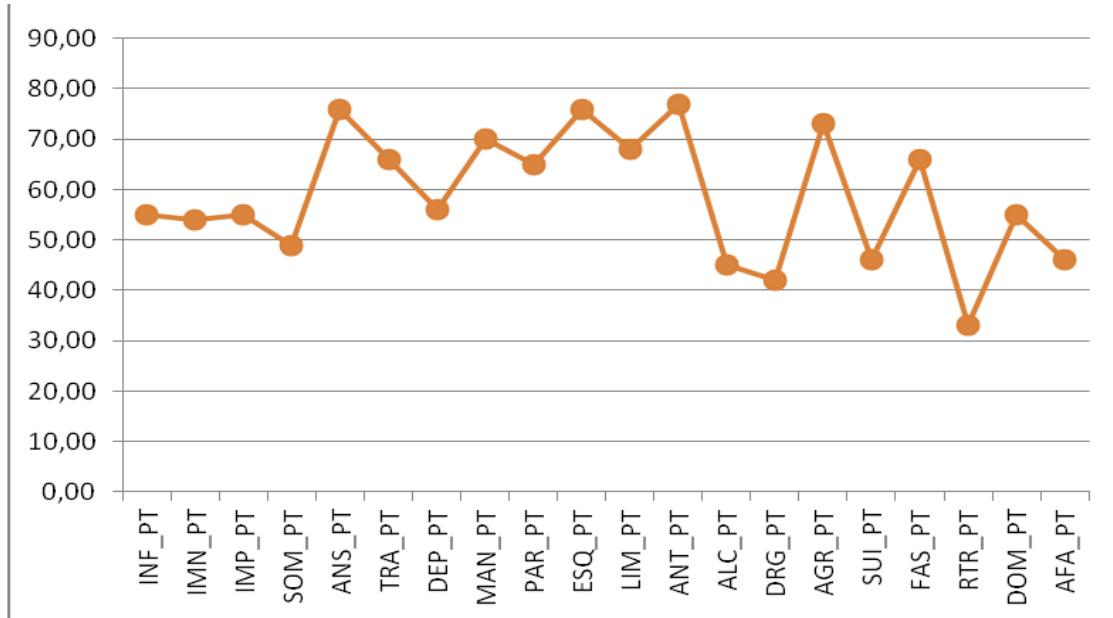
Colaborador. Inicialmente reservado y controlador de la información que facilitaba. Curiosamente, en el balance decisional reconoce que utiliza alcohol como forma de afrontamiento, cuando en la entrevista lo omite. Las siguientes sesiones funcionan muy bien, realmente quiere hacer un cambio para respetarse a sí mismo y no reaccionar de forma pasiva al conflicto hasta explotar. Durante las sesiones verbaliza que está poniendo en práctica lo que vamos trabajando. Salen algunos temas fuera de las sesiones y se le da el espacio para poderse expresar. Buen vínculo y una valoración positiva.

Informe valorativo del proceso motivacional

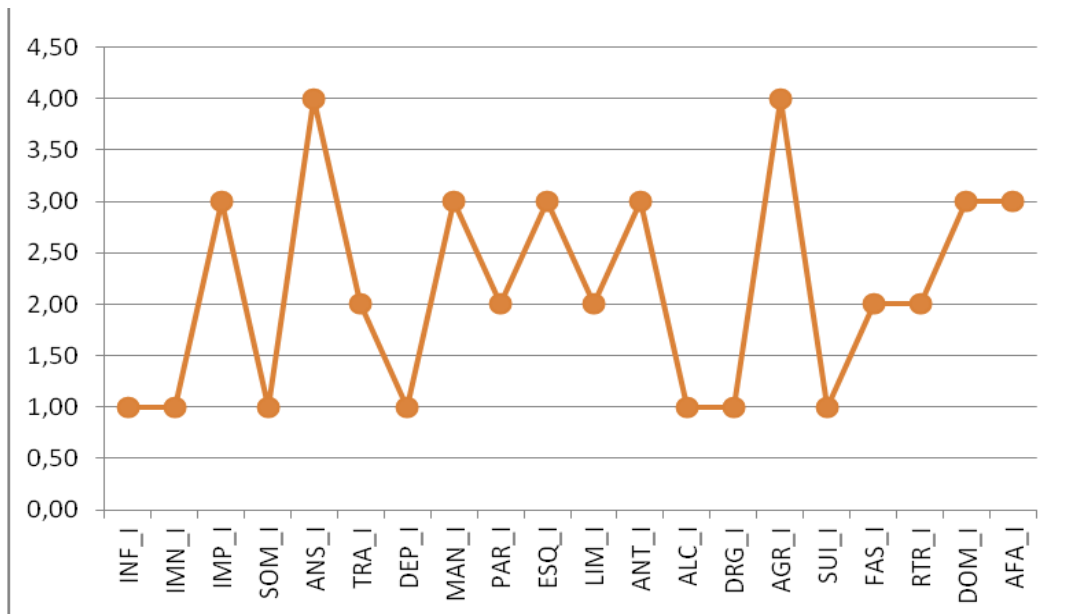
Nombre/ID del sujeto: PIM 11

Pruebas administradas y resultados obtenidos:

PAI



Puntuaciones medias en Impresión Positiva y bajas en Rechazo al Tratamiento. Muchas puntuaciones por encima de la media.



Interpretación

INF (Infrecuencia): la persona ha prestado la suficiente atención al contenido de los ítems.

IMN (Impresión Negativa): baja distorsión negativa de las escalas clínicas y posiblemente el evaluado no haya mostrado una impresión negativa sobre su situación clínica.

IMP (Impresión Positiva): cierta presencia de defensividad a partir de puntuaciones T 60, que pueden llamar la atención del profesional sobre la posible negación de defectos comunes y su impacto sobre las puntuaciones del perfil PAI.

SOM (Quejas Somáticas): persona con pocas quejas corporales. Estas personas son valoradas como optimistas, activas y eficaces.

ANS (Ansiedad): presenta significativos de ansiedad y tensión. Probablemente, esté en tensión la mayor parte del tiempo, con presentimientos de que ocurrirá una desgracia. Pueden ser percibidos como personas impresionables, nerviosas, tímidas y dependientes.

TRA (Trastornos relacionados con la Ansiedad): existencia de algunos miedos específicos o preocupaciones; la persona tiene poca confianza en sí misma.

DEP (Depresión): tiene pocas quejas de infelicidad o malestar. Son normalmente percibidos como estables, con autoconfianza, activos y relajados.

MAN (Manía): presenta inquietud, un aumento de la impulsividad y altos niveles de energía. Otros observadores podrán describirlo como una persona antipática, malhumorada y temperamental.

PAR (Paranoia): se muestra susceptible, intransigente y escéptico.

ESQ (Esquizofrenia): probablemente esté aislado y pueda sentirse incomprendido y rechazado por los demás. También puede tener algunas dificultades en el pensamiento, la concentración y la toma de decisiones.

LIM (Rasgos Límites): se presenta como una persona malhumorada, sensible y con ciertas incertidumbres sobre sus metas vitales. Puede mostrar ira y falta de satisfacción con las relaciones interpersonales.

ANT (Rasgos Antisociales): son probablemente personas impulsivas y hostiles, tal vez con un historial de actos temerarios o antisociales. Se muestran insensibles en sus relaciones y no suelen conservar sus amistades.

ALC (Problemas con el Alcohol): bajo o moderado consumo de alcohol con pocas o ninguna consecuencia adversa asociada con la bebida.

DRG (Problemas con las Drogas): afirma consumir drogas de forma infrecuente, si es que las consume.

AGR (Agresión): probablemente esté furioso gran parte del tiempo y exprese libremente su ira y hostilidad.

SUI (Ideación Suicida): tiene pocos pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

FAS (Falta de Apoyo Social): es posible que cuente con de pocos amigos íntimos o se sienta insatisfecho con la naturaleza de estas relaciones.

RTR (Rechazo al Tratamiento): reconoce grandes dificultades en su día a día y percibe una clara necesidad de ayuda para tratar estos problemas.

DOM (Dominancia): probablemente se adapte con éxito a distintas situaciones interpersonales, con capacidad para asumir y ceder el control de las relaciones, según sea necesario. Es probable que la persona prefiera mantener cierto grado de autonomía y autosuficiencia en las relaciones.

AFA (Afabilidad): se adapta con éxito a distintas situaciones interpersonales y es capaz de tolerar relaciones estrechas pero también mantener cierta distancia en las relaciones, si es necesario.

Termómetro inicial

___ = _____

Escala MCD Victoria

Puntuación:

Puntuación global=91 (Rango mínimo 20 máximo 100; punto de corte para considerar que existe disposición para el cambio 72).

Subescala de Actitudes y Motivación=16 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Reacciones Emocionales=26 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Creencias Delictivas=19 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Subescala de Eficacia=16 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Interpretación:

De la puntuación global del sujeto se desprende que se trata de un sujeto que, en el momento de la evaluación, muestra mucha disposición para el cambio.

Según la puntuación en la subescala de Actitudes y Motivación, el individuo muestra que quiere cambiar y está motivado para hacerlo. Asimismo, mostraría buena disposición hacia los tratamientos y capacidad para seguirlos.

Atendiendo a la puntuación obtenida en la subescala de Reacciones Emocionales, muestra reacciones emocionales como culpabilidad y vergüenza sobre el delito que cometió, enojo consigo mismo por haberse comportado de esta manera y

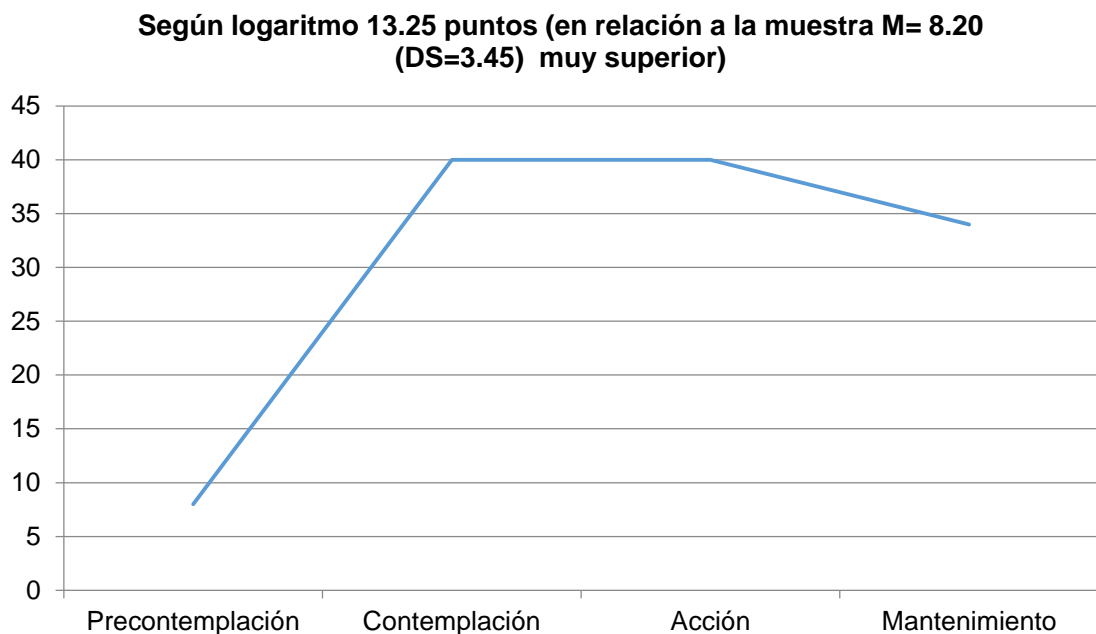
arrepentimiento de su delito. Estas reacciones emocionales son favorables al cambio. Además, no se siente molesto por formar parte del sistema de justicia.

Según la puntuación en la subescala Creencias Delictivas, que evalúa locus de control y responsabilización del delito, el sujeto acepta su responsabilidad en el delito y es consciente de que es una problemática personal y que la culpa de su comportamiento no es de los demás (locus de control interno). Acepta tener que cumplir la condena.

Por resultados en la subescala de Eficacia, el sujeto no siempre confía en los demás, pero se define como una persona organizada. Respecto al seguimiento de las órdenes, el sujeto no se manifiesta y mantiene una actitud neutra.

URICA Inicial

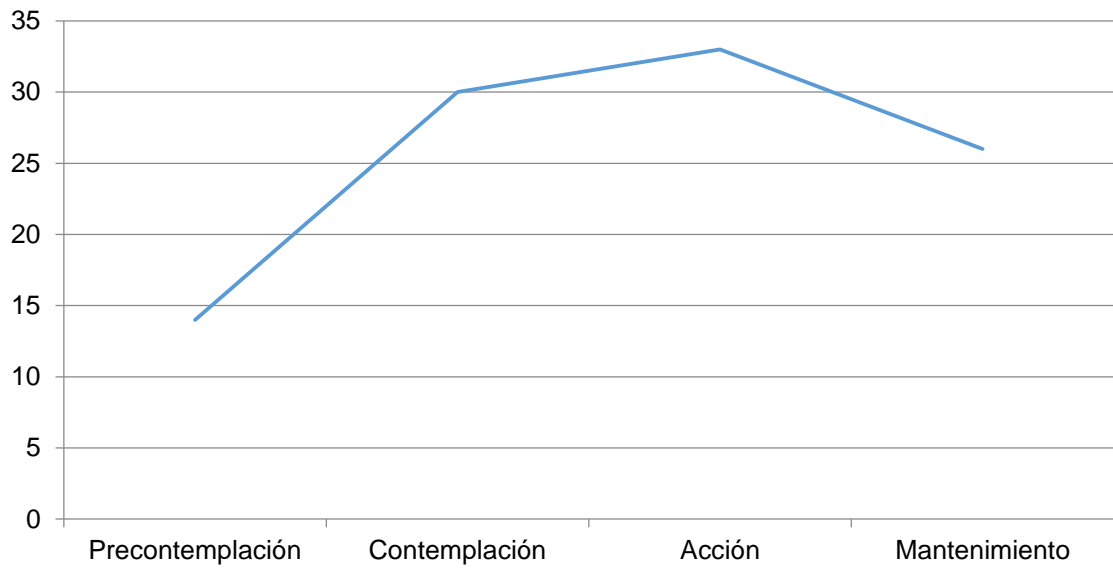
Estadio motivacional → ACCIÓN



URICA post PIM

Estadio motivacional → ACCIÓN

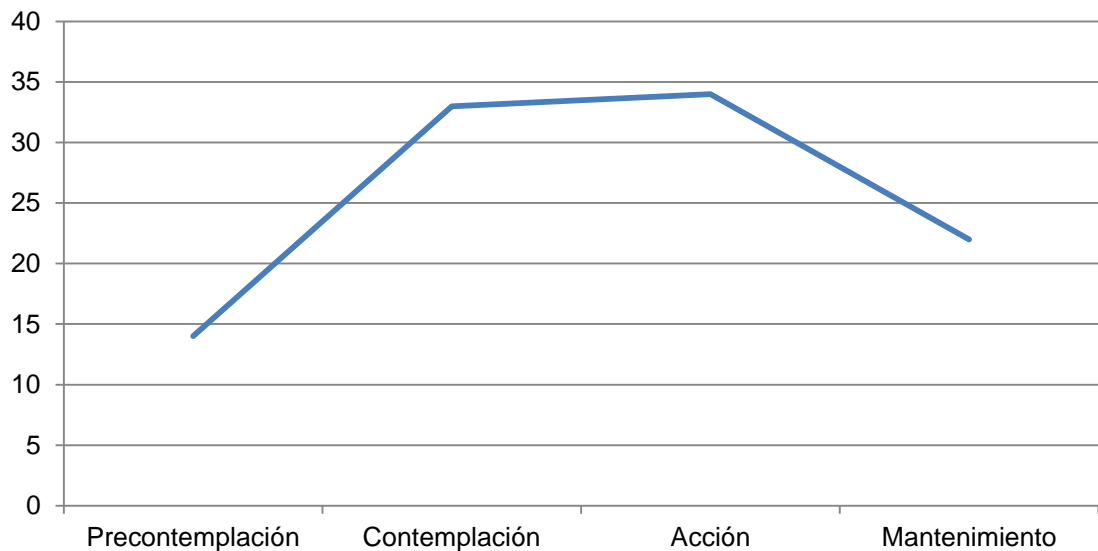
Según logaritmo 9.38 puntos (en relación a la muestra M= 8.20 (DS=3.45) un poco superior)



URICA post PF

Estadio motivacional → ACCIÓN

Según logaritmo 9.38 puntos (en relación a la muestra M= 8.20 (DS=3.45) un poco superior)



Valoración del profesional referente:

Muy colaborador, desde el primer momento reconoce los hechos y se responsabiliza. Está haciendo seguimiento con psicólogo en la unidad de terapia familiar y de pareja en Salt. Es el único caso al que se aplica el programa reducido pero es difícil que siga

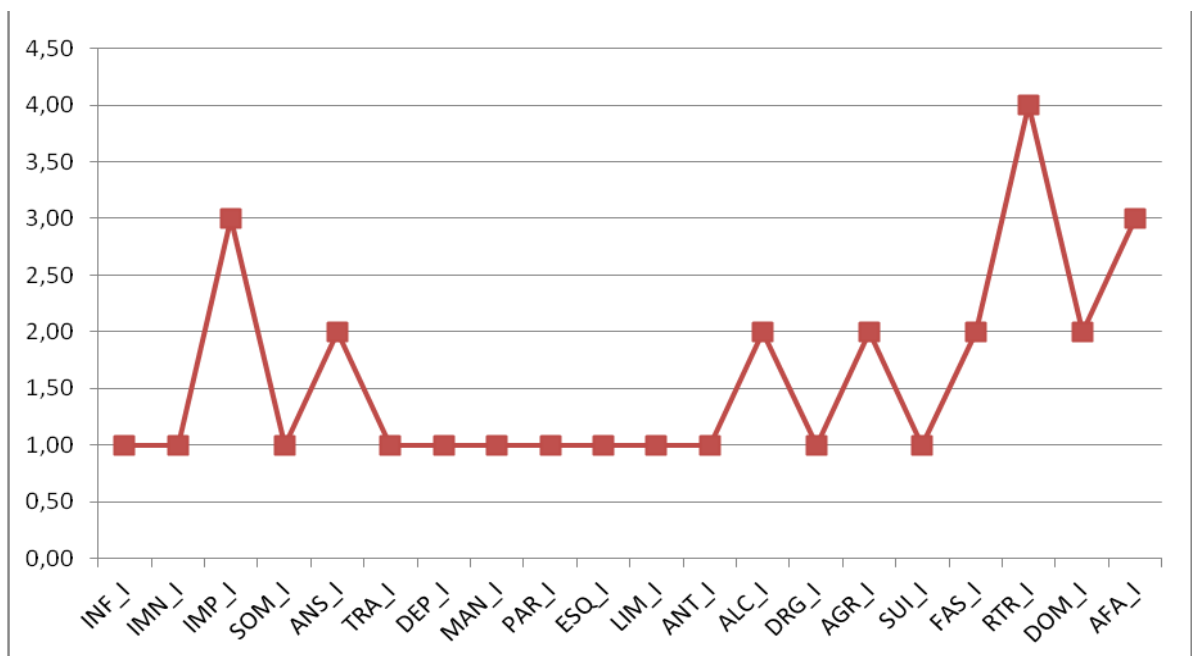
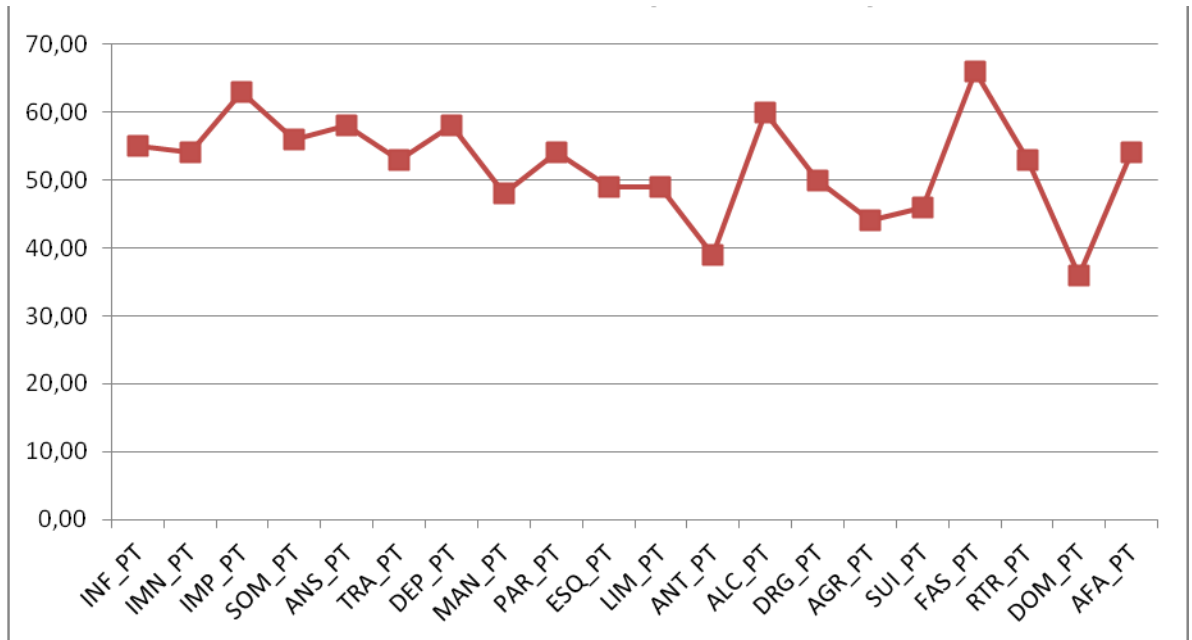
las actividades propuestas y tiene mucha necesidad de hablar y exponer situaciones con su expareja e hijos. Es difícil conducir las sesiones hacia los objetivos. Él desarrolla buen vínculo y agradece estas sesiones con las que se le ha facilitado un espacio para poderse expresar.

Informe valorativo del proceso motivacional

Nombre/ID del sujeto: PIM 12

Pruebas administradas y resultados obtenidos:

PAI



Interpretación

INF (Infrecuencia): la persona ha prestado la atención debida al contenido de los ítems.

IMN (Impresión Negativa): baja distorsión negativa de las escalas clínicas y posiblemente el evaluado no haya mostrado una impresión negativa sobre su situación clínica.

IMP (Impresión Positiva): cierta presencia de defensividad a partir de puntuaciones T 60, que pueden llamar la atención del profesional sobre la posible negación de defectos comunes y su impacto sobre las puntuaciones del perfil PAI.

SOM (Quejas Somáticas): persona con pocas quejas corporales. Estas personas son valoradas como optimistas, activas y eficaces.

ANS (Ansiedad): presenta pocas quejas de ansiedad o tensión. Son personas que se describen como tranquilas, optimistas y eficaces para afrontar el estrés.

TRA (Trastornos relacionados con la Ansiedad): poco malestar en general. Normalmente es percibido por los demás como seguro de sí mismo, flexible y sereno bajo presión.

DEP (Depresión): tiene pocas quejas de infelicidad o malestar. Normalmente son percibidos como estables, con confianza en sí mismos, activos y relajados.

MAN (Manía): presenta pocas características de manía o hipomanía.

PAR (Paranoia): persona abierta y que generalmente perdona a los demás.

ESQ (Esquizofrenia): afirma ser eficaz en las relaciones sociales y no tiene problemas de atención o concentración.

LIM (Rasgos Límites): emocionalmente estable y con relaciones sólidas.

ANT (Rasgos Antisociales): mantiene relaciones cálidas y cercanas con los demás. También muestra un control razonable sobre sus impulsos y conductas.

ALC (Problemas con el Alcohol): refleja un consumo regular de alcohol que puede haber causado algunas consecuencias adversas relevantes.

DRG (Problemas con las Drogas): afirma consumir drogas de forma infrecuente, si es que las consume.

AGR (Agresión): muestra un control razonable sobre la expresión de la ira y la hostilidad.

SUI (Ideación Suicida): tiene pocos pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

FAS (Falta de apoyo social): es posible que tenga pocos amigos íntimos o se sienta insatisfecho con la naturaleza de estas relaciones.

RTR (Rechazo al Tratamiento): satisfacción con uno mismo y consideración de que no necesita realizar grandes cambios en su comportamiento.

DOM (Dominancia): tiende a ser bastante modesto y retraído, a cohibirse en las relaciones sociales y carece de habilidades para imponerse cuando es necesario. También, es probable que se sienta incómodo cuando es el centro de atención.

AFA (Afabilidad): se adapta con éxito a las distintas situaciones interpersonales y es capaz de tolerar relaciones estrechas pero también de mantener cierta distancia en las relaciones, si es necesario.

Termómetro inicial

___=_____

Escala MCD Victoria

Puntuación:

Puntuación global=77 (Rango mínimo 20 máximo 100; punto de corte para considerar que existe disposición para el cambio 72).

Subescala de Actitudes y Motivación=15 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Reacciones Emocionales=22 (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Creencias Delictivas=15 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Subescala de Eficacia=11 (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Interpretación:

De la puntuación global del sujeto se desprende que se trata de un sujeto que, en el momento de la evaluación, _____.

Según la puntuación en la subescala de Actitudes y Motivación el individuo _____.

Atendiendo a la puntuación obtenida a la subescala de Reacciones Emocionales, _____.

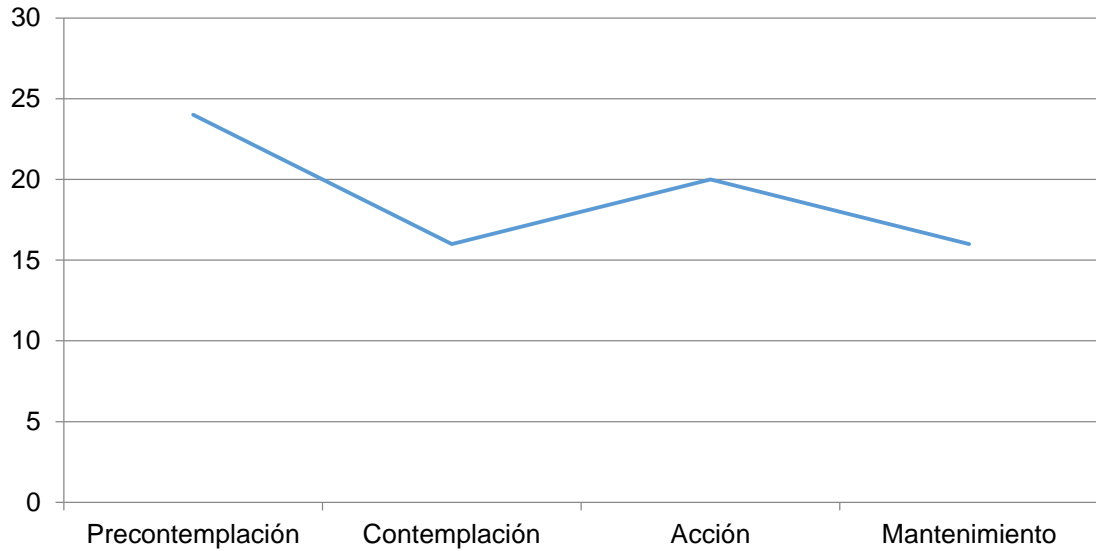
Según la puntuación en la subescala Creencias Delictivas, que evalúa locus de control y responsabilización del delito, el sujeto_____.

Conforme a los resultados en la subescala de Eficacia, el sujeto _____.

URICA Inicial

Estadio motivacional → PRECONTEMPLACIÓN

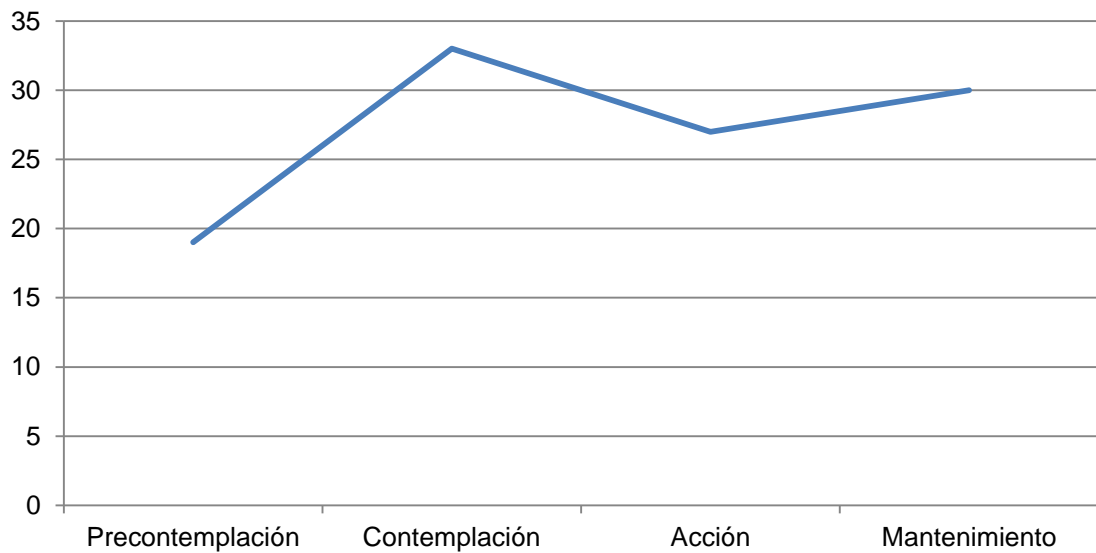
Según logaritmo 3.50 puntos (en relación a la muestra M= 8.20 (DS=3.45))



URICA post PIM

Estadio motivacional → CONTEMPLACIÓN

Según logaritmo 8.88 puntos (en relación a la muestra M= 8.20 (DS=3.45) dentro de la media)



URICA post PF

Estadio motivacional → No evaluado

Valoración del profesional referente:

La intervención se inicia con resistencia inicial por parte del penado, que protagoniza alguna falta de asistencia. Parece que las resistencias se vencen con la aparición del vínculo y la comodidad en el espacio de entrevista.

El penado relata que en los últimos meses ha dejado atrás el consumo abusivo de alcohol gracias al aumento de su implicación en la comunidad religiosa. Inicialmente relaciona todos los comportamientos conflictivos del pasado con el consumo, hecho que dificulta la responsabilización sobre la propia conducta.

Con el paso de las sesiones y coincidiendo con la mayor capacidad de conectar con la propia emoción y con la identificación de situaciones conflictivas, el penado llega a relatar episodios de violencia del pasado, no solo en la relación de pareja sino en otras relaciones familiares. Así, la identificación de la conducta problema se hace evidente, aunque resulta difícil que el penado proyecte elementos de cambio más allá de la abstinencia que ya ha consolidado.

Se valora positivamente el espacio de reflexión establecido y el aumento en la conciencia de problema por parte del penado, aspectos que habrá que profundizar y trabajar más específicamente en el marco del programa formativo.

9.2 Anexo II: Modelo marco de informe individual sujeto PIM

Informe valorativo del proceso motivacional

Nombre/ID del sujeto:

Referente:

Fecha inicio de la intervención:

Fecha fin de la intervención:

Datos sociodemográficos relevantes:

Pruebas administradas y resultados obtenidos:

PAI

Termómetro inicial

____=_____

Escala MCD Victoria

Puntuación:

Puntuación global=____ (Rango mínimo 20 máximo 100; punto de corte para considerar que existe disposición para el cambio 72).

Subescala de Actitudes y Motivación=____ (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Reacciones Emocionales=____ (Rango mínimo 6 máximo 30/puntuación media 12)

Subescala de Creencias Delictivas=____ (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Subescala de Eficacia=____ (Rango mínimo 4 máximo 20/puntuación media 8)

Interpretación:

De la puntuación global del sujeto se desprende que se trata de un sujeto que, en el momento de la evaluación, _____.

Según la puntuación en la subescala de Actitudes y Motivación, el individuo _____.

Atendiendo a la puntuación obtenida en la subescala de Reacciones Emocionales, _____.

Según la puntuación en la subescala Creencias Delictivas, que evalúa locus de control y responsabilización del delito, el sujeto _____.

Conforme a los resultados en la subescala de Eficacia, el sujeto _____.

URICA Inicial

Estadio motivacional → _____

GRÁFICO

URICA post PIM

Estadio motivacional → _____

GRÁFICO

URICA post PF

Estadio motivacional → _____

GRÁFICO

Valoración del profesional referente:

Valoración del usuario:
