

Àmbit social i criminològic

## Ayudas a la investigación 2014

# **La motivación al cambio de los agresores de pareja que realizan un programa formativo:**

**Diseño de un Plan de Intervención  
Motivacional**

Autores

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

**Año 2015**

# **La motivación al cambio de los agresores de pareja que realizan un programa formativo:**

Diseño de un Plan de Intervención  
Motivacional

Ana Martínez Catena  
Núria Civit Bel  
Núria Iturbe Ferré  
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-NoComercialsenseObraDerivada 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>

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

# Índice

1. Introducción.....	5
2. Breve marco teórico .....	7
2.1 La motivación para el cambio en el tratamiento con delincuentes .....	7
2.2. El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente.....	10
3. Objetivos .....	13
4. Metodología.....	14
4.1. Procedimiento.....	14
4.2 Participantes .....	17
4.3 Instrumentos .....	18
5. Resultados .....	20
5.1 Revisión bibliográfica exhaustiva.....	20
5.1.1 Resultados cuantitativos derivados de la revisión exhaustiva .....	20
5.1.2 Resultados cualitativos derivados de la revisión exhaustiva .....	22
5.1.3 Conclusiones relevantes para el diseño del programa motivacional	39
5.2 Plan de Intervención Motivacional .....	40
1. ¿Qué es el Plan de Intervención Motivacional (PIM)?.....	42
2. Fundamentación teórica del PIM.....	42
3. Estructura, contenido y desarrollo del PIM.....	44
4. El papel del profesional: características y estrategias .....	49
5. Indicaciones para la evaluación de la eficacia.....	51
Manual del terapeuta.....	52
7. Cuadernillo de actividades .....	83
MÓDULO 1. ¿Hay algo que quiera cambiar?.....	87
MÓDULO 2. ¿Hay algo que me ayude a cambiar? .....	90
MÓDULO 3. Mapa de ruta.....	94
MÓDULO 4. No volver al inicio.....	96

4.1 Ejercicio: Factores de riesgo.....	96
4.2 Ejercicio: Desarrollando nuevas opciones y planes.....	99
6. Conclusiones y propuestas .....	100
7. Limitaciones .....	103
8. Referencias bibliográficas .....	105
9. Anexos .....	115
9.1. Referencias bibliográficas de la revisión exhaustiva.....	115
9.2. Referencias bibliográficas de la revisión de técnicas terapéuticas .....	121
9.3. Escalas de evaluación .....	123

## 1. Introducción

En la actualidad se dispone de un amplio abanico de intervenciones terapéuticas que tienen su aplicación práctica dentro de diferentes contextos. Entre ellas 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. Sus principales objetivos son acercar al sujeto a las consecuencias de sus actos, tanto desde el ámbito judicial, como desde la repercusión que estos tienen para otros individuos o grupos (víctimas, personas cercanas, grupos de pertenencia, etc.), y aportar elementos que proporcionen formas de hacer diferentes que posibiliten la búsqueda de soluciones alternativas.

El estudio que se presentará a continuación constituye una continuación de la investigación *Análisis de la motivación al cambio en sujetos que han realizado un programa formativo en violencia doméstica* de 2013 (Civit, Iturbe, Martínez-Catena, Muro, y Nguyen Vo, 2013). En este estudio se evaluó la motivación para el cambio en una muestra de agresores de pareja que realizaba un programa formativo en materia de violencia doméstica en Girona, en comparación con una muestra de agresores de pareja que no recibió ninguna intervención terapéutica. Sin embargo, el objetivo secundario del estudio fue explorar la existencia de diferentes perfiles psicopatológicos de agresores de pareja en la muestra. Los principales resultados de esta investigación fueron que los sujetos no estaban motivados para iniciar un cambio terapéutico antes del inicio del programa formativo, y que tampoco mejoraban en su motivación después de su realización. En segundo término, atendiendo a las características clínicas de personalidad de los sujetos, se identificaron tres perfiles etiquetados tentativamente como realistas, moderados y negadores, y que mostraron ciertas similitudes con los perfiles obtenidos en otros estudios internacionales (Chambers y Wilson, 2007). La principal conclusión que se derivó de este estudio fue que los sujetos no estaban motivados para la realización del programa formativo, lo que podía interferir con la eficacia del PF, tal como sugiere la bibliografía científica.

Por estos motivos en este estudio *La motivación al cambio de los agresores de pareja que realizan un programa formativo: Diseño de un Plan de Intervención Motivacional* se pretende profundizar en los resultados obtenidos en el anterior proyecto y, de esta forma, aportar una nueva herramienta de mejora. En este estudio se presenta un plan de intervención dirigido a impulsar la motivación al cambio en sujetos sometidos a un programa formativo en materia de violencia doméstica como medida penal alternativa. La finalidad del programa motivacional es maximizar la eficacia de los programas formativos en violencia doméstica que se aplican en Cataluña para favorecer la reinserción de los agresores.

## **2. Breve marco teórico**

### **2.1 La motivación para el cambio en el tratamiento con delincuentes**

Muchos profesionales creen que el comportamiento delictivo es una conducta natural de la sociedad (Chambliss, 1997; Hulsman, 1997) y que, por lo tanto, cambiarla es, claramente, una tarea difícil. Partiendo de esta idea se consideraría que los delincuentes son un grupo resistente al tratamiento (Alexander, Robbins, y Sexton, 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 genera frustración para todos los individuos inmersos en la situación terapéutica, tanto clientes como profesionales.

Pero, sin duda, uno de los principales objetivos de la sociedad y de los especialistas implicados en el control y la gestión de la delincuencia es conseguir la rehabilitación y reinserción de los agresores en la comunidad (Hollin y Palmer, 2009). Para alcanzar este objetivo global es necesario que se produzca en el individuo un proceso complejo llamado «cambio terapéutico» (Redondo y Martínez-Catena, 2011; Redondo, 2008), que normalmente se verá facilitado por un tratamiento psicológico. El cambio terapéutico es un proceso dificultoso donde se producen toda una serie de modificaciones, de tipo cognitivo, emocional, actitudinal y conductual en los individuos que reciben el tratamiento (Redondo, 2008), y que conducirán a que estos no vuelvan a reincidir en el delito.

Uno de los elementos que se ha destacado como facilitador del cambio terapéutico es que el individuo cuente con una motivación genuina hacia dicho cambio (Andrews y Bonta, 2010; Barbaree y Marshall, 2006; Harkins y Beech, 2007; Hollin y Palmer, 2009; Tierney y McCabe, 2002; Tierney y McCabe, 2004). 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 esto, 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, Gerace, Wilson, y Howells, 2008).

Afortunadamente, se constata que la motivación se ha considerado en los principales modelos de la rehabilitación de delincuentes, como es el caso del modelo con más éxito en la actualidad llamado modelo de Riesgo-Necesidades-Responsividad (R-N-R) de Andrews y Bonta (2010). Esta teoría rehabilitadora pone de relieve que para conseguir los mejores resultados de eficacia de un tratamiento, este debe incluir tres aspectos: en primer lugar, se tiene que dirigir a sujetos de alto riesgo (principio de riesgo); en segundo, tiene que centrarse en sus principales necesidades criminogénicas (principio de necesidades); y por último, el tratamiento se tiene que individualizar en función de las características personales y situacionales de los individuos (principio de responsividad) (Andrews y Bonta, 2010; Andrews y Dowden, 2007).

Específicamente, el principio de responsividad puede referirse a dos tipos de factores: los externos al individuo y los internos. Respecto a las variables externas al delincuente, a tener en cuenta para la aplicación del tratamiento, se han puesto de relieve factores como las habilidades del terapeuta y sus características, la baja calidad de la relación terapéutica o la inadecuación del contenido del programa de tratamiento. En cuanto a los factores internos se destacan: las características sociodemográficas de los delincuentes (sexo, edad, etnia, etc.), su capacidad intelectual y las estrategias cognitivo-conductuales que utilizan, el nivel educativo y sus capacidades lecto-escritoras, el estado de ánimo, la presencia de trastornos mentales y, finalmente, la motivación para el cambio de conducta (McMurrin, 2009).

Sin embargo, la segunda teoría de la rehabilitación más relevante de la actualidad, aunque fundamentada en la Psicología humanístico-existencialista de los años setenta, es el modelo de las vidas satisfactorias de Ward (2002), que también considera en su formulación los aspectos motivacionales como disposición indispensable. A grandes rasgos este modelo de rehabilitación considera que para reinsertar al individuo en la sociedad hay que dotarlo de las herramientas necesarias para que viva una vida más satisfactoria. Por ello, la disposición para la rehabilitación por parte del agresor es una pre-condición

necesaria para el tratamiento (Gannon, Terriere, y Leader, 2012; Ward y Mann, 2004; Ward, Vess, Collie, y Gannon, 2006).

Como puede derivarse de lo expuesto con anterioridad, el estudio científico del fenómeno delictivo y, en concreto, de la violencia doméstica, que se ha desarrollado durante las últimas décadas, ha generado un amplio conocimiento sobre sus características propias del fenómeno y de las principales partes implicadas, la víctima y el agresor. Los resultados de estos estudios han permitido profundizar en la topografía del desarrollo del delito, las principales características de personalidad o psicopatológicas, de víctimas y agresores, etc., dado que son aspectos tradicionalmente más fáciles de evaluar y de atender en la aplicación de los tratamientos (Browne, 1989; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Echeburúa y Redondo, 2010). En cambio, los factores motivacionales presentan mayor dificultad de conceptualización y evaluación, lo que ha condicionado la investigación y el avance en este campo (Civit et al., 2013).

A pesar de ello, una revisión de los estudios existentes sobre motivación al cambio y tratamiento, que se comentará aquí muy brevemente,<sup>1</sup> permite concluir que existe una correlación positiva entre un nivel más elevado de motivación al cambio y mayor eficacia terapéutica (August y Flynn, 2007; Bowen y Gilchrist, 2004; de Oliveira Júnior y Malbergier, 2003; Pelissier, 2007; Terry, 2001; Tierney y McCabe, 2002). Sin embargo, se ha encontrado que el nivel de motivación está también relacionado positivamente con la adherencia al tratamiento (Arce, Fariña, y Suárez, 2005; Callaghan *et al.*, 2005; Chang y Saunders, 2002; Daly, Power, y Gondolf, 2001; Scott y Wolfe, 2003) y con una menor probabilidad de abandono prematuro de la intervención (Eckhardt, Babcock, y Homack, 2004; Pelissier, 2007). Y finalmente, algunos estudios han puesto de relieve la necesidad de adaptación del tratamiento a los niveles motivacionales del individuo (Clarke y Carter, 2000; Eckhardt, Babcock, y Homack, 2004; Hanson, 2000; citados en Tierney y McCabe, 2004).

---

<sup>1</sup> Para una revisión más amplia sobre los aspectos teóricos de la motivación al 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)

En definitiva, en lo que se refiere 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 por participar y finalizar la intervención (Echeburúa y Amor, 2010; Helton, 2011; Jewell y Wormith, 2010).

## **2.2. El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente**

Es de especial interés para este estudio la formulación teórica sobre motivación al cambio propuesta por Prochaska y DiClemente, a partir de 1982, el modelo transteórico de cambio (Casey, Day, y Howells, 2005; Prochaska, Velicer, DiClemente, y Fava, 1988). Aunque cabe mencionar que en la bibliografía científica existen otras conceptualizaciones teóricas sobre la motivación para el cambio (Bandura, 1977; Becker, 1974; Fishbein y Ajzen, 2010; Glanz, Rimer, y Viswanath, 2008; Mullan y Westwood, 2010; Plotnikoff *et al.*, 2010; R. W. Rogers, 1975; Rosenstock, 1974; Schunk y Pajares, 2004).

El modelo transteórico integra tres dimensiones interrelacionadas (Prochaska, DiClemente, y Norcross, 1992): estadios de cambio, procesos de cambio y niveles de cambio, que a continuación se explicarán brevemente.

La estructura más conocida y utilizada de este modelo se corresponde a los *estadios de cambio*, o fases de motivación a través de las cuales el individuo va avanzando (Norcross, Krebs, y Prochaska, 2011; Prochaska *et al.*, 1988). Estos estadios son: 1) *Precontemplación*: el sujeto no es consciente de la presencia de un problema y, en consecuencia, no hay deseo de cambio; 2) *Contemplación*: aparece la conciencia de problema inicial y, con ella, un deseo de iniciar un 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 actualidad anterior (Civit *et al.*, 2013), es que si el sujeto acepta voluntariamente realizar un tratamiento, debe 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 (Diez, Brines, y Chapa, 2001).

La segunda estructura corresponde a los *procesos de cambio* que son las diferentes actividades o comportamientos, visibles o no, que los individuos suelen utilizar para modificar sus problemas. Estos se consideran los auténticos promotores del cambio y ayudan a entender cómo se produce un cambio intencionado (Prochaska *et al.*, 1988) y son, por ejemplo, el aumento de *la concienciación*, *la autorreevaluación*, *la reevaluación ambiental*, *el manejo de contingencias*, *las relaciones de ayuda*, etc.

Por último encontraríamos los niveles de cambio, que consisten en los diferentes contextos o ámbitos de la vida en que se tiene que producir el cambio (Prochaska *et al.*, 1992). Concretamente estos son: el *nivel situacional*, el *cognitivo*, el *interpersonal*, el *intrapersonal* y los *conflictos interpersonales*.

Aunque la aplicación del modelo de Prochaska y DiClemente al campo de la delincuencia todavía puede considerarse reducida, empieza a ser notoria su aplicación en la evaluación y el tratamiento de infractores viales que conducen bajo los efectos de sustancias tóxicas (Nochajski y Stasiewicz, 2005; Wells-Parker, Kenne, Spratke, y Williams, 2000), delincuentes encarcelados (Mcmurran, Theodosi, y Sellen, 2006), delincuentes juveniles (Hemphill y Howell, 2000), maltratadores de pareja (Alexander y Morris, 2008; Echeburúa, 2013; Norcross *et al.*, 2011; Scott y Wolfe, 2003; Subirana-Malaret y Andrés-Pueyo, 2013), y agresores sexuales (Tierney y McCabe, 2002; Tierney y Mccabe, 2004). Además, no hay que olvidar que este modelo cuenta con el aval de numerosas aplicaciones y publicaciones en el campo del tratamiento de conductas abusivas, como son el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, y otras problemáticas como trastornos alimentarios, esquizofrenia, trastorno bipolar, estrés psicológico, conducta suicida, estrés postraumático, trastornos alimentarios, ansiedad, depresión y otros (Norcross *et al.*, 2011).

El modelo de Prochaska y DiClemente constituye, en primera instancia, una conceptualización global del proceso de cambio terapéutico. Pero, además, puede ser una herramienta útil para evaluar la motivación individual para el cambio de conducta, permitiendo adaptar la intervención al momento motivacional de cada participante (August y Flynn, 2007; Civit *et al.*, 2013; Redondo y Martínez-Catena, 2011), consiguiendo así la máxima eficacia del programa de intervención.

### **3. Objetivos**

La finalidad principal de este estudio es diseñar un Plan de Intervención Motivacional para hombres condenados a la realización de un programa formativo en violencia doméstica.

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

1. Realizar una investigación bibliográfica de los estudios científicos especializados que existen a nivel nacional e internacional en relación a la intervención motivacional. Revisar y analizar en detalle las diferentes técnicas e intervenciones motivacionales disponibles. La finalidad de este objetivo es conocer con detalle los tipos de intervenciones motivacionales que se realizan para tener una base teórica sólida a la hora de diseñar el programa motivacional.
2. Continuar la recogida de datos a fin de ampliar la muestra obtenida durante el 2013.
3. Diseñar el Plan de Intervención Motivacional (PIM).

## 4. Metodología

### 4.1. Procedimiento

El primer subobjetivo de este estudio es la revisión exhaustiva de todas las técnicas e intervenciones motivacionales existentes en la bibliografía científica especializada a nivel nacional e internacional.

Para la localización de esta información, se rastrearon todos los artículos publicados sobre motivación al cambio y tratamiento en la literatura científica. Esta investigación bibliográfica se realizó mediante las principales bases de datos electrónicas disponibles en psicología, criminología y delincuencia: *Psycinfo* y *Sage*, así como la interficie de Internet *Google Scholar*. Para obtener un número de artículos suficientemente amplio para poder revisar y que a la vez fuera exhaustivo, se introdujeron diversos términos clave sin ninguna limitación temporal, es decir, se han revisado todos los artículos disponibles en las bases de datos de revistas científicas sobre esta materia. Además, esta investigación no se limitó solo a las publicaciones relacionadas con el ámbito de la conducta violenta sino, también, con otras áreas del comportamiento donde se han aplicado programas o intervenciones motivacionales. A continuación, la Tabla 1 detalla las búsquedas realizadas mediante este procedimiento:

**Tabla 1. Palabras clave utilizadas y número de documentos encontrados en la investigación bibliográfica en bases de datos especializadas**

<b>Palabra clave</b>	<b>Número de documentos encontrados</b>
Motivation	56.221
Motivation to change	728
<b>Motivation to change &amp; treat*</b>	<b>169</b>
<b>Motivation to change &amp; enhance*</b>	<b>28</b>
Readiness to change	1015
<b>Readiness to change &amp; treat*</b>	<b>275</b>
<b>Readiness to change &amp; enhance*</b>	<b>30</b>
Motivation enhancement	407
<b>Motivation enhancement &amp;treat*</b>	<b>113</b>
<b>Motivation enhancement program</b>	<b>22</b>
Motivational training	392
<b>Motivational training program</b>	<b>40</b>

Nota: las palabras indicadas en negrita se corresponden a los artículos que han sido revisados.  
Fuente: elaboración propia

Los artículos seleccionados para hacer una primera revisión mediante la lectura de sus resúmenes, son los que se corresponden a las siguientes búsquedas: «Motivation to change & treat\*»; «Motivation to change & enhance\*»; «Readiness to change & treat\*»; «Readiness to change & enhance\*»; «Motivation enhancement & treat\*»; «Motivation enhancement program»; y «Motivational training program». En primer lugar, se revisaron los resúmenes de 677 artículos, con la idea de seleccionar los más relevantes para su lectura. Finalmente se han trabajado en profundidad 58 artículos, dado que la mayor parte de los resúmenes de artículos revisados se centraban en otros temas no relacionados con nuestro proyecto, como por ejemplo: diferentes posturas teóricas sobre motivación, la estructura factorial de la escala URICA, etc. (véase la relación de artículos revisados en el Anexo 7.1).

Además, se han trabajado en profundidad tres libros clave para desarrollar nuestro estudio:

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

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

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

Para sintetizar estos estudios y facilitar la adquisición de conclusiones, se generaron tablas resumen de la información más relevante de cada artículo, con el objetivo de encontrar las diferentes técnicas motivacionales utilizadas internacional y nacionalmente, así como sus características y sus resultados de eficiencia. Finalmente, se generó otra tabla de comparación para extraer las conclusiones más relevantes de la literatura revisada.

Una vez finalizada esta búsqueda bibliográfica, que permitió conocer las diferentes intervenciones disponibles para establecer la base teórica del programa motivacional en diseño, se procedió a una segunda revisión



bibliográfica. Esta segunda búsqueda bibliográfica tenía la finalidad de revisar técnicas y ejercicios concretos de intervención procedentes de la psicología general, aplicada, psicología social, psicoterapia, etc., idóneos para el programa de motivación a diseñar. Con este objetivo también se realizó una búsqueda concreta en las bases de datos *Psycinfo* y *Sage*, así como en la interficie de Internet general y en *Google Scholar*. Así mismo, para ampliar los resultados se optó por revisar manualmente todos los libros de la biblioteca de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, seleccionando para una lectura más detenida aquellos relacionados con los módulos del programa en creación (véase relación de libros revisados en el Anexo 7.2).

Para la realización del segundo objetivo, desarrollado paralelamente en el resto de objetivos de este estudio, se realizaron las dos primeras fases del trabajo empírico: recogida e introducción de datos.

El primer paso que se realizó consistió de nuevo en la comunicación y explicación del proyecto al coordinador y miembros del equipo de Ejecución de Medidas Penales Alternativas de Girona. Igual que en el anterior proyecto, los miembros del equipo ofrecieron una gran ayuda durante la fase del trabajo de campo.

Posteriormente, se llevaron a cabo reuniones de coordinación regulares a fin de tener conocimiento en todo momento de la previsión de realización de programas formativos. De todas formas, se informó a las entidades formadores (ADIPS y TD3 terapeutas) para conseguir su colaboración durante la fase de recogida de datos.

La recogida de datos y la obtención de la muestra dependen de variables directamente relacionadas con el funcionamiento del Servicio de Medidas Penales Alternativas. Resulta necesario, en este punto, hacer una breve síntesis de la planificación de programas formativos que se ha llevado a cabo en el marco de las Medidas Penales Alternativas de la provincia de Girona durante 2014.

El año 2014 ha estado marcado por la licitación pública en la adjudicación de las entidades responsables de llevar a cabo los programas formativos. Esta

licitación se ha publicado en junio de 2014 y ha condicionado, junto con la aprobación de presupuestos, la planificación de los programas.

Con todo, se han llevado a cabo dos programas formativos durante el primer semestre del año, mientras que en octubre se han iniciado cinco programas. La falta de previsión en la realización de programas tiene como consecuencia que los penados que tienen programas formativos impuestos no sean asignados a los delegados y, por lo tanto, no sean entrevistados por un delegado ni se administre la pasación de pruebas que constituye la recogida de datos de nuestro estudio.

Por otro lado, la planificación precipitada de los programas formativos durante el último trimestre del año ha comportado muchas dificultades para la recogida de datos, el poco tiempo entre la entrevista y el inicio del programa ha hecho que se perdieran muchos sujetos por cuestiones logísticas.

La selección de la muestra vino determinada por los ritmos de trabajo del servicio, teniendo en cuenta que el objetivo de este estudio era ampliar la muestra ya existente, las limitaciones temporales para el desarrollo del estudio, y la voluntad de interferir lo mínimo posible en el trabajo del Servicio de Ejecución de Medidas Penales Alternativas, y en la propia ejecución de las medidas en los individuos.

## **4.2 Participantes**

La muestra de la investigación de 2013 quedó formada por 116 hombres condenados a cumplir una medida penal alternativa de programa formativo en Violencia doméstica (VIDO). Después de las tareas de depuración de datos, la muestra quedó reducida a 71 hombres, de forma que el grupo experimental quedó formado por 48 sujetos, que participaron en el programa formativo VIDO, y 23 sujetos, que no realizaron el programa formativo VIDO durante la investigación.

Durante la presente anualidad, con el objetivo de ampliar la muestra y teniendo en cuenta las circunstancias anteriormente expuestas, se han aplicado los

instrumentos de evaluación a 39 agresores de pareja condenados a la medida penal alternativa de programa formativo VIDO.

De manera que actualmente contamos con 39 sujetos más a sumar a la muestra de la anualidad anterior; estos están distribuidos en grupo control y grupo experimental, tal como muestra la siguiente tabla:

**Tabla 2. Sujetos evaluados a fecha 15 de noviembre de 2014**

	Grupo Experimental		Grupo Control	
	2013	2014	2013	2014
Pre-tratamiento	48	15	23	24
Post-tratamiento	48	4	23	11
Total provisional	63		47	

Fuente: Elaboración propia

En el presente año, tal como ocurrió con la muestra de la investigación de 2013, se ha producido una pérdida de sujetos que inicialmente conformaban la muestra, por razones ajenas a la voluntad de las investigadoras, es decir, abandonos de los sujetos durante el programa formativo, negativa a continuar participando en la investigación, ingresos en prisión de los sujetos, entre otros. Sin embargo, la finalidad del equipo investigador es continuar con la aplicación de los instrumentos de evaluación de forma ininterrumpida para paliar los efectos de la muerte de la muestra.

### **4.3 Instrumentos**

Con la idea de ampliar el tamaño de la muestra de la investigación del año 2013, favoreciendo la continuidad entre este estudio y el anterior, en esta investigación se utilizaron los mismos instrumentos psicológicos:

- Para la valoración del estadio de motivación al cambio se utilizó la Escala del evaluación del cambio (escala URICA) (McConaughy, Prochaska, y Velicer, 1983). Esta escala es un autoinforme que consta de 32 ítems con respuesta de tipo Likert que evalúa los cuatro estadios de cambio postulados por el modelo transteórico de

Prochaska y DiClemente: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

- El segundo instrumento utilizado para evaluar las características de personalidad psicopatológicas fue el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) en su versión *screening*. Este instrumento fue construido por Leslie C. Morey (1991) y adaptado recientemente al español por TEA Ediciones, y cuenta con gran relevancia en la evaluación clínica en el ámbito forense. La prueba consta de 22 escalas: 4 de validez, 11 clínicas, 5 de consideraciones para el tratamiento y 2 de relaciones interpersonales.

## 5. Resultados

### 5.1 Revisión bibliográfica exhaustiva

#### 5.1.1 Resultados cuantitativos derivados de la revisión exhaustiva

Inicialmente se revisaron 677 resúmenes de artículos científicos seleccionados de las diferentes bases de datos electrónicas. De estos, 64 fueron los únicos artículos relevantes en cuanto a los objetivos de esta investigación. De estos artículos, 23 corresponden a estudios empíricos, 21 con análisis de muestras experimentales, 6 se relacionan con estudios vinculados al Proyecto Match (que se describirá con más detalle más adelante), y el resto fueron estudios de carácter más cualitativo.

Respecto a los estudios empíricos consistentes en la aplicación de algún tipo de intervención motivacional en muestras de sujetos con problemáticas diversas, se evaluó un total de 2.852 sujetos, una media de 142,60 individuos (mínimo 1/ máximo 539 sujetos). A pesar de ello, solo en seis artículos el estudio cuenta con un grupo de comparación. En cuanto a la problemática de los casos, diez estudios tratan sobre consumo de drogas, siete sobre trastornos psiquiátricos, dos sobre violencia doméstica, dos sobre delitos violentos, uno sobre trastornos alimentarios y un estudio sobre dolor crónico.

En relación al principal objetivo de esta revisión, conocer e identificar los programas o técnicas motivacionales más utilizados en la comunidad científica, se obtuvo como resultado que 11 estudios utilizaban el *Motivational Enhancement Therapy (MET)* (Miller *et al.*, 1999) y 5 utilizaban la *Entrevista Motivacional* de Miller y Rollnick (1999) o una adaptación de esta. El resto de estudios empleaban terapias motivacionales diseñadas a propósito utilizando, por ejemplo, técnicas como el balance motivacional, cuestionarios motivacionales seguidos de técnicas cognitivo-conductuales, BMI (Brief Motivational interventions), facilitar información de los tratamientos disponibles, etc.

En cuanto a la base teórica utilizada, se constató que la mayoría de los programas motivacionales se fundamentan en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (14 estudios) y en la entrevista Motivacional (4 estudios). Además, como programa de tratamiento complementario y consecutivo al motivacional se utilizaban programas fundamentados en el modelo cognitivo-conductual.

En lo que se refiere a la duración de los programas estos se estructuran en torno a un mínimo de una sesión y un máximo de seis. Los profesionales dedicados a la aplicación del programa son en la mayoría de los casos psicólogos clínicos entrenados en la terapia motivacional, seguidos de otros profesionales con experiencia práctica. La tasa media de abandono de los programas es de 19,97% (desviación estándar de 8,59). Atendiendo a los resultados obtenidos por estos estudios la mayoría obtienen resultados positivos (13 estudios), pero solo cinco de ellos identificaron cambios a largo plazo y cinco más a corto plazo. Cuatro estudios obtuvieron resultados ambivalentes, y solo dos de ellos informaron de resultados negativos derivados del programa. En dos estudios no se reportaron resultados de eficacia.

Otro objetivo importante de este estudio era determinar qué instrumentos de evaluación de la motivación se utilizan habitualmente en el marco de las intervenciones motivacionales. En cinco de los estudios se utiliza la escala URICA (McConaughy *et al.*, 1983) en combinación con otros instrumentos destinados a evaluar el estado de la problemática diana, otro utiliza la escala SOCRATES (Miller y Tonigan, 1996), uno diseñó un instrumento motivacional propio que no se especifica, nueve utilizaron otros tipos de instrumentos no motivacionales y dos no utilizaron ninguno.

Finalmente, destacar que todos los estudios cuentan con avales científicos como, por ejemplo, que encuentran resultados coherentes con otros estudios previos o con la literatura, pero cuentan también con importantes limitaciones como la falta de grupos controles en muchos de ellos, la no aleatorización de los sujetos, la existencia de patologías duales, etc.

### 5.1.2 Resultados cualitativos derivados de la revisión exhaustiva

- *La entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999)*

La entrevista motivacional se ha constituido como la herramienta más extendida y generalizada para trabajar la motivación para el cambio (Miller y Rollnick, 1999). Si bien el texto ofrece un elevado número de recursos y técnicas, su piedra angular no es sino una filosofía de fondo para trabajar la consecución de los cambios conductuales, que dista mucho de la confrontación y los métodos coercitivos que se habían utilizado clásicamente.

La entrevista motivacional ofrece un punto de partida en el que el sujeto deja de ser un agente pasivo que recibe órdenes o pautas que tiene que seguir para convertirse en un agente activo que toma parte del proceso de cambio, erigiéndose en el protagonista y construyéndolo desde los propios recursos. En esta nueva asignación de roles, el terapeuta es un respetuoso acompañante que ofrece alternativas o re-significa aquellas cuestiones que el sujeto pone de manifiesto implícita o explícitamente.

La ambivalencia y el papel que esta desarrolla en el proceso de cambio son considerados, según esta perspectiva, el núcleo del problema cuando se observa una resistencia a cambiar. Por ello, los esfuerzos se centrarán en hacer consciente el dilema a los ojos del sujeto, así como las consecuencias que se derivan tanto del mantenimiento de la actual conducta como de un hipotético cambio en la misma. Se cree que si en este proceso de toma de conciencia se detecta una discrepancia entre la conducta actual y los objetivos del sujeto, esta se podrá clarificar y ampliar hasta convertirse en un motivo para el cambio que nazca de las prioridades y del sujeto, y no de las exigencias o voluntades externas a él. Resulta obvio que este tipo de motivación será mucho más poderosa para el sujeto, en la medida que dará respuesta a sus propias expectativas.

La entrevista motivacional cuenta con 5 principios generales que el terapeuta no puede perder de vista si quiere ser fiel al estilo constructivista y centrado en el sujeto que esta perspectiva defiende: 1) expresar empatía, 2) crear discrepancia, 3) evitar la discusión, 4) dar un giro a la resistencia, y 5) fomentar la autoeficacia.

Con el fin de acompañar en el proceso de cambio, el terapeuta tendrá *que expresar la empatía*, haciendo gala no tan solo de una aceptación facilitadora del cambio sino también de una adecuada escucha reflexiva. Esta actitud pasa por intentar deducir lo que la persona quiere decir sin caer en el juicio del discurso que haga consciente el proceso que está llevando a cabo el sujeto. La empatía del terapeuta debe tener como objetivo la respuesta a los puntos de vista del paciente de forma comprensiva, global y válida.

De acuerdo con el objetivo de superar la ambivalencia, el terapeuta intentará *crear una discrepancia* que se sustente en las razones propias del sujeto para cambiar, y cómo estas se ven parcial o totalmente bloqueadas por la conducta actual.

*Evitar la discusión* es tal vez uno de los principios más característicos de la entrevista motivacional. Las discusiones se consideran contraproducentes y potenciadoras de defensividad, y la defensa acérrima de un argumento por parte del sujeto se vive tan solo como un síntoma. Se considera que la resistencia es un indicador de la necesidad de cambiar de estrategia. A fin de *potenciar un giro en la resistencia*, se practica el ingenioso concepto de «judo psicológico», según el cual un ataque nunca se maneja con una confrontación directa, sino que se debe emplear la propia vivencia que experimenta en ese momento el atacante para obtener el máximo provecho.

El último de los principios generales de la entrevista motivacional, y tal vez uno de los más relevantes para que se produzca el cambio es el que consiste en *fomentar la autoeficacia*, porque responde a uno de los objetivos generales de la entrevista motivacional, que es el de aumentar las percepciones de los sujetos sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio.



Si bien los principios generales son conceptos transversales en la aplicación de la entrevista motivacional, esta aplicación se puede dividir en dos fases diferenciadas. En la primera, se construye la motivación para el cambio, mientras que en la segunda se refuerza el compromiso para este cambio. Por descontado, cada una de estas fases requiere de unas estrategias diferentes, sin perder nunca de vista los principios rectores mencionados anteriormente.

A fin de articular la primera fase, en la que se construye la motivación, es necesario que el terapeuta evite caer en trampas que podrían interferir en el proceso, como puede ser entrar en una dinámica en la que el terapeuta formula preguntas que el sujeto responde de forma breve, adoptando una actitud pasiva y expectante, o bien la de caer en la necesidad de dar respuesta a todo como «experto». Con el objetivo de establecer una dinámica adecuada que prevenga la aparición de este tipo de trampas, la entrevista motivacional pone mucho énfasis en las estrategias iniciales, derivadas en gran medida de la terapia centrada en el paciente, con la clara aportación de la estrategia consistente en provocar afirmaciones automotivadoras, que es una potente herramienta para resolver la ambivalencia.

Entre las herramientas características de la entrevista motivacional para resolver la ambivalencia se encuentra el balance decisional. La construcción de este balance por parte del sujeto permite concretar y detallar tanto los aspectos de cambio como las preocupaciones que lo bloquean. La especificación de estos aspectos da pie a la predicción de las consecuencias, hecho fundamental si se puede dar respuesta a la ambivalencia.

Otras de las características fundamentales y definitorias de esta perspectiva es la utilización del *feedback* personalizado. El porqué de la importancia de esta herramienta es una de las definiciones centrales de la motivación para el cambio según este enfoque, que dice: «la motivación para el cambio se produce cuando la persona percibe una discrepancia entre el momento en que se encuentra y el lugar donde quiere llegar». Así pues, un *feedback* personalizado no solo evidenciará que el sujeto no se encuentra allí donde

quiere estar, sino que también será el resultado de una cuidadosa evaluación previa. Este *feedback* puede convertirse en el punto de transición entre la fase de construcción de la motivación y la de compromiso con el cambio.

El manejo de la resistencia es otro de los aspectos claves en la aplicación de la entrevista motivacional. Desde la certeza de que los momentos más elevados de resistencia se producirán durante la fase intermedia del proceso, reconocer la aparición de la misma es el primer paso para combatirla. Son numerosas las herramientas para hacer frente a la resistencia, si bien es sabido que esta es una de las tareas más complicadas con las que se puede encontrar el terapeuta.

Una vez se ha construido la motivación para el cambio es hora de adquirir el compromiso para cambiar. Hay que tomar la decisión. La labor del terapeuta radica, en esta fase, en detectar los indicadores de disponibilidad del sujeto a fin de proponer el compromiso para el cambio como nuevo objetivo. Aunque la entrevista motivacional contempla todos los aspectos que se suceden a este compromiso, hay que tener en cuenta que el proceso de cambio puede contar con recaídas o pasos atrás que deben servir para consolidar todos aquellos aspectos que se han planteado y trabajado anteriormente.

Dado que la entrevista motivacional analiza el proceso de cambio desde un modelo centrado en los estadios de cambio, se considera que este proceso culmina en la transición hacia el estadio de acción. A fin de provocar el compromiso que desencadene esta transición es necesaria la aprobación del sujeto, la aceptación del plan y la decisión de los pasos inmediatos a llevar a cabo. Por descontado, no se olvida la presencia de la fase de mantenimiento ni la prevención de recaídas, aunque se considera que una correcta aplicación de la entrevista motivacional habrá aprovisionado al sujeto de un nivel suficientemente elevado de autoeficacia y recursos como para que haga frente de forma prácticamente autónoma a este tipo de contratiempos.

La entrevista motivacional se presenta como una perspectiva válida para todo tipo de procesos de cambio. De todas formas, no se puede obviar que ha sido

testada principalmente en ámbitos como la deshabituación de sustancias, y por lo tanto son necesarias adaptaciones para aplicarla a otros ámbitos.

- *La «Motivational Enhancement Therapy (MET)»*

De la revisión exhaustiva se concluyó que la terapia más utilizada en la mayor parte de los estudios fue la *Motivational Enhancement Therapy (MET)* (Abo Hamza, 2011; Anton *et al.*, 2005; Buckner y Carroll, 2010; Buckner, Ledley, Heimberg, y Schmidt, 2008; Carroll *et al.*, 2007; Clive, 2005; Galloway, Polcin, Kielstein, Brown, y Mendelson, 2007; Newman, 1994; Roffman, Edleson, Neighbors, Mbilinyi, y Walker, 2008; Touyz, Thornton, Rieger, George, y Beumont, 2003; Walker *et al.*, 2011; etc.). El MET es una terapia derivada de la entrevista motivacional y la terapia motivacional, utilizado en el conocido Proyecto Match. El MET es una terapia limitada a cuatro sesiones, basada en una perspectiva de asesoramiento que pretende ayudar a los individuos a resolver su ambivalencia hacia la vinculación al tratamiento y el abandono de su consumo. Sus objetivos no son ayudar paso a paso al individuo en el proceso de recuperación, sino evocar un cambio motivacional interno de manera rápida. Esta terapia consiste en una primera sesión de evaluación, seguida de dos o cuatro sesiones individuales con el terapeuta. En la primera sesión se proporciona un *feedback* al paciente, estimulando la discusión sobre los motivos personales del consumo de alcohol y provocando argumentos auto-motivacionales. Se utilizan los principios de la entrevista motivacional para reforzar la motivación y construir un plan de cambio. En los casos de alto riesgo se sugieren estrategias de afrontamiento que son discutidas con el paciente. En el resto de sesiones, el terapeuta hace un seguimiento del cambio, controla las estrategias que está utilizando el individuo para no consumir y continúa motivándolo para conseguir el éxito en el cambio y la abstinencia. A veces los pacientes son motivados para llevar a terapia a otras personas significativas que puedan darles apoyo.

Del conjunto de estudios revisados, vemos que muchos de ellos utilizan como base teórica fundamental la entrevista motivacional y el MET para diseñar programas motivacionales propios adaptándolos a sus necesidades. Por

ejemplo, el grupo del *Center for Health and Behavior*, de Syracuse (Nueva York), desarrolló un manual para una intervención motivacional de cuatro sesiones bajo la perspectiva de la entrevista motivacional destinada al tratamiento de pacientes psiquiátricos con comorbilidad para trastornos de abuso de sustancias (Carey, Purnine, Maisto, y Carey, 2001). Las evaluaciones de esta intervención fueron positivas (Carey, Purnine, Maisto, y Carey, 2002).

Este protocolo se ha seguido desarrollando y mejorando, mediante su ampliación a 12 sesiones de una duración aproximada de 20 o 30 minutos, aplicadas por un terapeuta formado en MET. A continuación, se ofrece una breve descripción de esta terapia motivacional (Carey, Leontieva, Dinmock, Maisto, y Batki, 2007):

#### SESIÓN 1: Escalas de importancia y confianza

- Establece que el terapeuta está interesado en la perspectiva del paciente, y ayuda a identificar y respaldar los objetivos de cambio del paciente (*autoeficacia*).
- Se muestran gráficas de termómetros para representar la importancia y la confianza del individuo en sí mismo.
- Utilizan dos figuras: abandono conducta – disminución conducta (representando dos niveles diferentes de preparación al cambio).

#### SESIONES 2 y 3: Retroalimentación personalizada

- El objetivo es dar a conocer el grado de consumo y los problemas actuales y desarrollar la discrepancia.

#### SESIÓN 4: Balance decisiones

- Utilizada para explorar *la ambivalencia* sobre el cambio y desarrollar la discrepancia entre las ventajas (pros) y las desventajas (contras) de seguir consumiendo.
- Promueve el pensamiento causa-efecto.

**Tabla 3. Ejemplo de ejercicio de balance motivacional**

<b>Cosas buenas de beber</b>	<b>Cosas no tan buenas de beber</b>
Cosas buenas sobre el consumo	Cosas no tan buenas sobre el consumo

Fuente: Carey *et al.*, 2007.

SESIÓN 5: Sesión flexible

SESIÓN 6: Revisión anteriores sesiones

SESIÓN 7: *Objetivos personales*

- Evaluación de los esfuerzos personales conseguidos con sus conductas.
- Se introduce a través de: «*A menudo la gente tiene objetivos en su vida; cosas buenas que ellos esperan que les pasen en el futuro*».
- Se promueve que cada paciente genere entre 2 y 4 objetivos y explique la importancia de cada uno.

**Tabla 4. Ejemplo de ejercicio de establecimiento de objetivos de cambio**

<b>¿Qué cosas desea para su futuro cercano? En las siguientes semanas o meses</b>	<b>¿Si tu disminuyeras o abandonarás el consumo, qué efecto tendría para conseguir tu objetivo?</b>
Objetivo 1	Sería más fácil para conseguir el objetivo No habría ninguna diferencia Sería más difícil conseguir el objetivo

Fuente: Carey *et al.*, 2007.

SESIONES 8 y 9: Siguientes pasos

- Los objetivos son más efectivos cuando son específicos, difíciles todavía de conseguir y próximos.
- Esta sesión se divide en dos partes de aproximadamente 20-30 min. La primera parte se centra en el ajuste de los objetivos y en identificar los pasos concretos que le ayudarán a conseguir los

objetivos. En la segunda parte, se hace una breve revisión de los objetivos identificados y por qué estos son importantes.

### SESIONES 10,11 y 12: Revisión, sesión flexible, resumen

Las últimas sesiones de la intervención se destinarán a revisar y concluir los aspectos más relevantes.

En el caso de Buckner, Ledley, Heimberg, y Schmidt (2008), presentaron los resultados del tratamiento motivacional fundamentado en MET aplicado en un caso único de un hombre de 33 años con trastorno de ansiedad social y de consumo de alcohol. La estructura de su programa consistía en:

- o 1ª fase: El terapeuta trabaja con el paciente para aumentar la motivación al cambio utilizando técnicas como reforzar *la autoeficacia* y crear *discrepancias entre las consecuencias* del consumo de alcohol por parte del paciente y cómo quiere vivir su vida.
- o 2ª fase: MET-Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC): Desarrollar planes *de cambio* en relación a las conductas de bebida, incluyendo formas de disminuir el consumo en general, consumo en situaciones sociales y consumos para regular reacciones ansiosas tanto a diario como parte del tratamiento en ansiedad social.
- o 3ª fase: completar las estrategias (*revisar el progreso*, renovar la motivación para continuar).

#### - *El Proyecto MATCH*

El Proyecto MATCH, es un gran estudio norteamericano subvencionado, dirigido al tratamiento de problemas relacionados con el consumo de alcohol. En este proyecto los investigadores seleccionaron tres tipos de programas de tratamiento con grandes diferencias entre ellos, pero, que ya habían demostrado su eficacia con anterioridad:

1. Asesoramiento en 12 pasos, basado en los principios de Alcohólicos Anónimos, pero con un diseño independiente creado para familiarizar a los pacientes con su filosofía y motivarlos a participar (Nowinski, Baker, y Carroll, 1992).
2. Entrenamiento cognitivo-conductual, basado en la teoría del aprendizaje social y diseñado para dotar a los individuos de habilidades de afrontamiento (Kadden, Litt, Cooney, y Busher, 1992).
3. El MET (descrito previamente) (Miller *et al.*, 1999).

Más de 25 terapeutas fueron asignados a las tres condiciones, y recibieron entrenamiento específico para cada condición. Participaron 1.726 pacientes con un diagnóstico de abuso o dependencia del alcohol, según los criterios del DSM-III-R. Los sujetos fueron asignados aleatoriamente a cada una de las condiciones (todas protocolizadas).

En cuanto a los resultados, en general, los pacientes mostraron mejoras significativas con un incremento de los días de abstinencia, y con pocas diferencias clínicamente significativas entre los tres tratamientos aplicados. Por el contrario, se han publicado diferencias muy concretas en función de las variables concretas a las que se atiende (Project MATCH Group, 1998a, 1998b). Por ejemplo:

- La mayor parte de los individuos con niveles bajos de motivación obtuvieron mejores resultados si eran asignados al tratamiento MET que al TCC (Witkiewiz, Hartzler, y Donovan, 2010).
- Más días de abstinencia durante el tratamiento para los pacientes ambulatorios en la condición TCC, y para los pacientes ingresados en el MET.
- Mayor número de bebidas cuando consumían durante el tratamiento para los pacientes ingresados en la condición MET.
- Mayor abstinencia durante la fase de seguimiento de pacientes ambulatorios en la condición TCC, pero también mayor intensidad de consumo cuando lo hacían.

- Mayor abstinencia durante la fase de seguimiento de pacientes ingresados en la condición MET y TCC
- Efectos similares sobre la recaída, pero TCC y TSF obtienen mejores resultados que MET, reduciendo las recaídas por presión social (Zywiak *et al.*, 2006).
- En general, las mujeres mostraron mayor abstinencia en la condición TSF si su terapeuta era otra mujer.
- Moyers y Martin (2006), entre un total de 225 grabaciones de las sesiones terapéuticas realizadas en el Proyecto MATCH, seleccionaron una muestra de 38 grabaciones para analizar la relación entre la conducta del terapeuta y las verbalizaciones de cambio del paciente, mediante el *Sequential Code for Observing Process Exchanges (SCOPE)*. Se trata del primer estudio publicado que establece una relación temporal entre las conductas que promueve el terapeuta y las respuestas sobre las intenciones del propio paciente. De manera específica, cuando los terapeutas ofrecen recomendaciones congruentes con el EM, el resultado es un aumento inmediato de la probabilidad de que el cliente discuta las razones a favor de cambiar la conducta de consumo, la necesidad de este cambio, su deseo o la capacidad para llevarla a cabo.

- *Aportaciones del modelo transteórico*

Sobre el modelo teórico de Prochaska y DiClemente descrito brevemente en el marco teórico de este estudio, se tienen que destacar ahora algunos de sus argumentos por su relevancia en el diseño de un programa motivacional.

Eckhardt, Babcock, y Homack (2004) observaron atentamente los procesos de cambio mencionados anteriormente, que pueden considerarse como los auténticos promotores del cambio, y se puede apreciar que estos pueden dividirse en procesos experienciales y procesos conductuales. Por un lado, los procesos experienciales son aquellos que implican que el sujeto piense o sienta cómo le afecta a él y a los otros la conducta problema. Por otro lado, los procesos conductuales consisten en el conjunto de acciones que se realizan



para modificar el problema o los cambios que se efectúan sobre el ambiente o contexto del sujeto para evitar las recaídas. Ambos tipos de procesos deberían tenerse en cuenta en un proceso de cambio terapéutico.

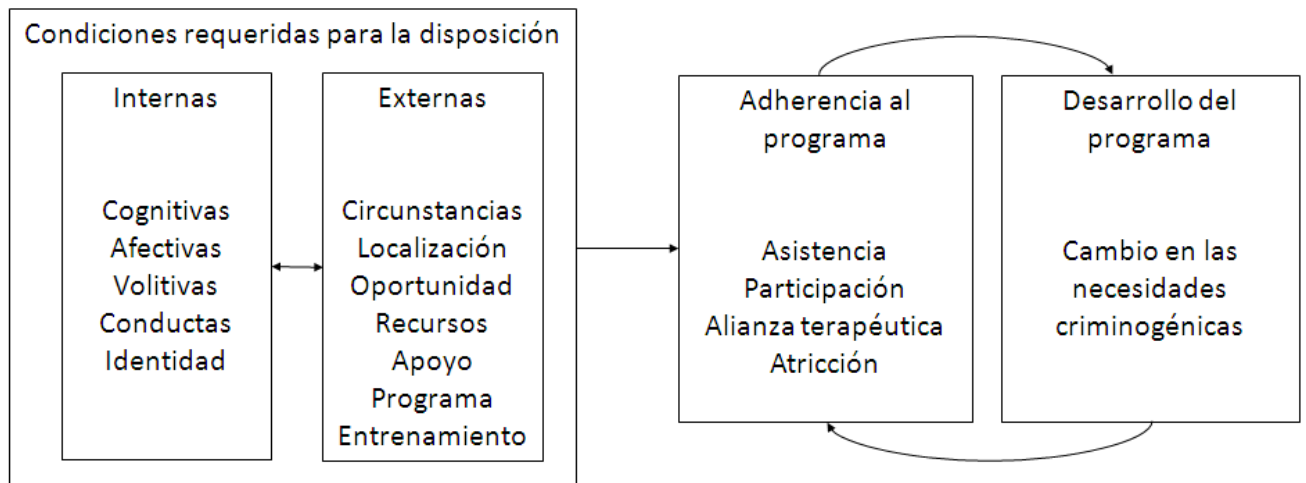
En lo que se refiere al nivel de cambio, que representa lo que tiene que ser modificado, Prochaska y DiClemente destacan que normalmente, el tratamiento se centra en uno o diversos de estos niveles, dado que se hace muy difícil incidir en cada uno de ellos sin repercutir en la extensión y el costo del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

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

- *Aportaciones del modelo: «The Multifactor Offender Readiness modelo (MORM)»*

Ward *et al.* (2004), propusieron el modelo Multifactorial de Disposición de Agresores que considera que las limitaciones de los tratamientos para delincuentes pueden provenir de la persona, la situación o del contexto del tratamiento. Por ello la disposición para cambiar la conducta delictiva persistente hacia otras conductas más prosociales, requiere de la existencia de ciertos factores internos y condiciones externas en un contexto particular (Figura 1). Los factores internos son aquellas características psicológicas que permiten a los agresores actuar en un contexto terapéutico, y que tradicionalmente han recibido la atención de la comunidad científica, por ejemplo: cogniciones como las creencias y estrategias cognitivas; emociones; aspectos volitivos como el establecimiento de objetivos y deseos de los

individuos; y conductas como sus habilidades y competencias. En cambio, los factores externos son aquellas características del ambiente y el contexto en el que se ofrece el tratamiento, que también pueden interferir en la habilidad del individuo para adherirse al tratamiento, por ejemplo: contexto comunitario o de privación de libertad, lugar donde se sitúa el centro dentro de la población, disposición de recursos materiales y humanos suficientes, etc.



**Figura 1. Modelo de disposición para el tratamiento en delincuentes**

Fuente: Day, Casey, Ward, Howells, y Vess, 2010.

Respecto a los factores cognitivos internos, el modelo MORM destaca la relevancia de *la autoeficacia* como factor especialmente vinculado con la adherencia terapéutica. La autoeficacia puede ser entendida como la valoración que hace uno mismo de su capacidad para tratar o solucionar una situación (Bandura, 1977), y se ha relacionado con el aumento de la motivación y la capacidad del individuo para desarrollar el tratamiento (Bandura y Locke, 2003).

Las creencias generales sobre el cambio personal también pueden influenciar la probabilidad de un individuo de identificar la necesidad de un tratamiento y de vincularse a él. Para que un individuo dé pasos dirigidos al cambio, tiene que ser consciente de que la conducta se puede volver a repetir, que agredir es un problema grave, y que los beneficios derivados del cambio superan a los

costos (Chew, Palmer, Slonska, y Subbiah, 2002; Day, Casey, Ward, *et al.*, 2010).

Las expectativas de lo que puede suceder en el tratamiento también pueden influir sobre la disposición al cambio. Estas pueden proceder de experiencias previas, reputación de los programas o profesionales, etc.

Respecto a los factores emocionales, el modelo MORM indica que parecen estar estrechamente relacionados con la estructura motivacional, y, consiguientemente, con el deseo de iniciar una intervención terapéutica, pero todavía no se entiende claramente esta relación. Parece ser que sería necesario un acceso suficiente a las emociones personales, aunque podría asimismo obstaculizar el normal desarrollo del tratamiento.

Por otro lado, los aspectos volitivos como la identificación de objetivos y el desarrollo de un plan de acción se vinculan también con una mayor disposición al cambio. Ford (1992) identificó las condiciones necesarias que deben cumplir los objetivos que establezcan los individuos para que puedan alcanzarlos:

1. Los objetivos personales tienen que ser coherentes con los objetivos del tratamiento.
2. Las emociones del individuo tienen que ser coherentes con los objetivos.
3. Las creencias de capacidad para desarrollarlos tienen que estar presentes.
4. Contextos positivos tienen que estar presentes (ambiente de apoyo).
5. Hay que tener en cuenta las habilidades actuales.
6. Hay que tener en cuenta los contextos actuales.

Finalmente, en cuanto a factores conductuales, el modelo MORM destaca la necesidad de que los individuos cuenten con las capacidades de comunicación básicas y las habilidades sociales suficientes para participar en el desarrollo del programa.

Por último, destacar que una aportación relevante de los autores del modelo MORM es el diseño del instrumento de evaluación «Corrections Victoria Treatment Readiness Questionnaire» (Casey *et al.*, 2005), instrumento multifactorial que pretende identificar todos los factores individuales relevantes para la disposición al cambio (este instrumento se describirá detalladamente más adelante).

- *Otras aportaciones*

En rasgos generales, Newman (1994) resumió los aspectos más relevantes que debían contener las intervenciones dirigidas a aumentar la motivación al cambio. Estos factores serían los siguientes:

1. Educar al cliente sobre la terapia:
  - Explicar el modelo de tratamiento. Previsión de la duración esperada y del contenido de la terapia. Discusión de roles y responsabilidades del terapeuta y el cliente.
  - Proponer lecturas complementarias al inicio del tratamiento.
  - Ofrecer *feedback* sobre los progresos.
2. Utilizar el *método socrático*:
  - Favorecer el recuerdo del cliente haciendo que sea él quien genere la información relevante. Muy útil para pacientes que valoran mucho su autonomía.
3. Proporcionar elecciones / *alternativas* para poder escoger:
  - Ofrecer un abanico de posibles opciones para que sea el cliente quien escoja.
4. Colaboración y compromiso:
  - Ser flexible para crear una atmósfera de cooperación
5. Revisar los *pros y contras de cambiar y no cambiar*
6. Proporcionar empatía hacia la resistencia

7. Discutir la conceptualización del caso con el cliente
8. Utilizar el lenguaje del cliente
9. Maximizar la autonomía del cliente:
  - Documentar las respuestas adaptativas del cliente, para poder utilizarlas como recordatorio y revisarlas posteriormente cuando las resistencias del cliente no le permitan avanzar. Tanto el terapeuta como el cliente toman notas.
10. Persistir gradualmente cuando el cliente evita o se resiste de repente.
  - No se tiene que aceptar un «No lo sé» sin explorar más allá.

De manera similar, específicamente en el campo de la delincuencia, McMurrin y Ward (2004) trabajaron en un artículo los aspectos más relevantes sobre la tarea de motivar a delincuentes mediante la terapia. Para estos autores se destacan dos aspectos clave: en primer lugar, hay que averiguar los motivos por los que el sujeto comete el delito, y cuáles son los objetivos vitales o satisfacciones principales que pretende adquirir a través de este. En segundo lugar, habrá que trabajar la ambivalencia que siente el sujeto y ayudarle a ver que este problema de conducta interfiere en la adquisición de muchos otros objetivos vitales. En este artículo los autores exponen diez indicaciones indispensables para potenciar la motivación en el tratamiento de delincuentes:

- 1) Identificar y hacer conocer a los sujetos *la ambivalencia* entre sus objetivos y las consecuencias u obstáculos que supone conseguirlos mediante el delito.
- 2) Necesidad de *negociar los objetivos* en terapia.
- 3) Los sujetos que realizan el tratamiento por obligación judicial cuentan con una motivación extrínseca, y hay que esforzarse en transformar dicha motivación en intrínseca.
- 4) *El estilo terapéutico* tiene que fomentar la autonomía, la competencia y la relación de ayuda.
- 5) Hay que tener en cuenta las capacidades del agresor.

- 6) Los objetivos tienen que ser específicos.
- 7) La terapia no consiste solo en pedir que se interrumpa la conducta delictiva, sino que tienen que ofrecer *alternativas*.
- 8) Hay que partir de una perspectiva basada en *dotar* a los individuos de las *habilidades necesarias* para obtener sus objetivos vitales.
- 9) Potenciar *la autoeficacia*.
- 10) Se tiene que ver al agresor de manera holística, centrándose en las múltiples preocupaciones que puede tener.
- 11) Hay que elaborar un plan *de vida* donde los objetivos no entran en contradicción.
- 12) Tener en cuenta el *mantenimiento del cambio*.

Otros estudios ponen de relieve el ofrecimiento de otros *beneficios secundarios como* la posibilidad de hacer visitas o pasar tiempo con la familia, recompensas económicas o cheques regalo, etc., después de la aplicación de la técnica motivacional, y han reportado resultados positivos de estas iniciativas (Abo Hamza, 2011; Carey *et al.*, 2001; Gregoire y Burke, 2004; Tevyaw, Borsari, Colby, y Monti, 2007).

Por otro lado, atendiendo a la necesidad de adaptación de los programas motivacionales a las características de los pacientes, Touyz, Thornton, Rieger, George, y Beumont (2003) incorporaron el modelo de los estadios de cambio al tratamiento de un hospital de día para pacientes con anorexia nerviosa. Estos autores diseñaron un programa motivacional fundamentado en el programa MET y la terapia motivacional (RTM). Concretamente, el programa marco en el que se encuadra la intervención motivacional consiste en tres programas, independientes entre ellos, para tratar la anorexia nerviosa. Estos funcionan desde las 10 de la mañana hasta las 6.30 de la tarde, y se trata de un grupo abierto con la posibilidad de que se incorporen nuevos pacientes cada semana. No existe un plazo fijo de permanencia, pero se espera como mínimo una estancia de 3 semanas. Tanto cuando se produce el ingreso como cuando se tiene lugar el alta del paciente, se aplican numerosas pruebas de evaluación,

por ejemplo: el índice de masa corporal, el *Eating Disorder Inventory II (EDI II)*, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la *Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ)*, etc.

Se diseñaron *tres programas de mayor a menor intensidad*, atendiendo a la gravedad de los casos y al estadio de motivación en el que se encontraban los pacientes:

- Programa de 5 días: destinado a pacientes en el estadio de contemplación, en el que se pretende ayudar a los pacientes a evocar sus propias razones para realizar un cambio. También se entrenan habilidades cognitivas y conductuales para manejar el malestar por la comida (grupal e individual).

- Programa de 3 días: para pacientes entre el estadio de contemplación y acción, donde se ayuda a los pacientes a identificar los factores de riesgo, y en la prevención de recaídas y solución de problemas. Se centra más en la terapia cognitivo-conductual, en la que las enfermeras dirigen grupos de autoestima, asertividad, relajación, comunicación, arte terapia e imagen corporal.

- Programa de larga duración: destinado a pacientes con diagnóstico principal de trastorno alimentario desde hace al menos 7 años y sin remisión, aun habiendo realizado tratamiento previo. Basado en los principios del RTM o MET, con una duración de 5 horas un día a la semana.

Desgraciadamente hasta el momento, este estudio todavía se encuentra en fase de recogida de datos por lo que no se publican resultados de eficacia.

Finalmente, Zalmanowiz, Babins-Wagner, Corbett, y Leschild (2013) analizaron la relación entre el nivel de motivación y reconocimiento de malestar personal, sobre una muestra de 211 hombres condenados por VIDO a realizar un programa de prevención de la violencia doméstica (106 grupo control; 105 grupo experimental). En este estudio, antes y después del tratamiento, se aplicaron los instrumentos URICA, URICA-DV (versión de la escala URICA para violencia doméstica) y OQ (Outcome Questionnaire) que mide el progreso y funcionamiento general durante la terapia.

Los resultados mostraron mayores puntuaciones en la escala OQ (mayor malestar) en el grupo control, aunque estas diferencias no fueron significativas. Además, se encontró una correlación positiva entre OQ y estadio de cambio (precontemplación o contemplación), lo que indica que los sujetos en estadios más primarios reconocían menores niveles de malestar, probablemente debido a procesos de negación. Por otro lado, estadios de cambio más avanzados puntúan más alto en el OQ, lo que sugiere que los niveles más elevados de motivación para el cambio se asocian a mayor capacidad para reconocer la existencia del problema y la necesidad de tratamiento. Sin embargo, los análisis intra-sujetos demostraron que la intervención motivacional consistente en una sesión de «*counselling*» y dos sesiones de entrevista motivacional, podían ayudar a los individuos a afrontar parte de sus circunstancias problemáticas antes de la realización del programa terapéutico de prevención de la violencia. Estos resultados parecen coherentes con los *perfiles de agresores* identificados en el estudio de Civit *et al.* (2012), que ponen de relieve la importancia que pueden tener los perfiles en el tratamiento motivacional.

### **5.1.3 Conclusiones relevantes para el diseño del programa motivacional**

- Los principios que propone la entrevista motivacional constituyen la base más sólida y utilizada en los programas que tienen como objetivo la mejora de la disposición al cambio.
- Durante el proceso se tienen que contemplar tanto los procesos experienciales, teniendo en cuenta cómo la conducta problema afecta al usuario y a las personas de su entorno, como los procesos conductuales referidos al conjunto de acciones realizadas para modificar el problema (Eckhardt *et al.*, 2004).
- Los niveles de cambio son interdependientes, implicando que el cambio en uno o diversos de estos niveles propiciará por sí mismo la modificación de los otros (Prochaska *et al.*, 1988).
- Las expectativas sobre el tratamiento también influyen sobre la disposición al cambio (Day, Casey y Gerace, 2010).



- Pueden generarse diferentes intensidades del programa motivacional según el estadio de motivación que presentan los sujetos (Touyz *et al.*, 2003) y según el perfil (Zalmanowiz *et al.*, 2013).
- El estilo terapéutico tiene que estar basado en el diálogo socrático y tiene que perseguir la autonomía y la buena relación terapéutica (Mcmurran y Ward, 2004; Miller y Rollnick, 1999; Moyers y Martin, 2006; Newman, 1994).
- La mayoría de los programas analizados se han llevado a cabo en formato individual, y contienen un número de sesiones que oscila entre 4 y 6.
- Es necesaria la devolución de la evaluación inicial por parte del profesional como punto de partida del proceso (Mcmurran y Ward, 2004; Newman, 1994).
- El concepto de autoeficacia constituye un elemento relevante para el aumento de la motivación al cambio (Bandura y Locke, 2003; Bandura, 1977; Miller y Rollnick, 1999).
- Otro elemento esencial es el balance decisional, en el que el individuo tiene que ver que los beneficios derivados del cambio superan a los costos (Chew *et al.*, 2002; Day, Casey, y Gerace, 2010).
- Es totalmente imprescindible el compromiso del usuario, que se materializa en la identificación de objetivos específicos y directos, y el desarrollo de un plan de acción que ofrezca alternativas de conducta (Day, Casey, y Gerace, 2010; Ford, 1992).

## **5.2 Plan de Intervención Motivacional**

Lo que se presenta a continuación es el producto fundamental de este estudio. La elaboración del mismo es fruto de la revisión exhaustiva descrita en los resultados detallados anteriormente (apartado 5.1). Se ha elaborado este producto en formato de manual a fin de simplificar su aplicabilidad y convertirlo en una herramienta sencilla y comprensible para los profesionales que la utilicen.

---

*Plan de Intervención  
Motivacional (PIM)*

---

# 1. ¿Qué es el Plan de Intervención Motivacional (PIM)?

El Plan de Intervención Motivacional (PIM) es un programa dirigido a aumentar el nivel de motivación al cambio en sujetos que tienen que iniciar un programa formativo en violencia doméstica.

## 2. Fundamentación teórica del PIM

El Plan de Intervención Motivacional (PIM) se fundamenta en las principales teorías motivacionales de la actualidad: el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (Diclemente y Prochaska, 1982; McConaughy, Diclemente, Prochaska, y Velicer, 1989; Norcross *et al.*, 2011), la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999; Miller *et al.*, 1999) y las principales aportaciones de otros enfoques terapéuticos, como pueden ser el del modelo cognitivo-conductual o el constructivista.

El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente integra tres dimensiones interrelacionadas (Norcross *et al.*, 2011): estadios de cambio, procesos de cambio y niveles de cambio.

La estructura más relevante para el desarrollo del PIM se corresponde a los estadios de cambio, o fases de motivación a través de las que el individuo va avanzando. Se considera una estructura dinámica en la que el individuo puede ir avanzando o retrocediendo a lo largo de un tratamiento. Estos estadios son:

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

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

3) *Acción*: el sujeto realiza acciones claramente dirigidas a solucionar su problema y ya ha alcanzado algunos éxitos.

4) *Mantenimiento*: el individuo ha conseguido modificar su conducta y utiliza estrategias para evitar una recaída.

Por otro lado, este Plan de Intervención Motivacional se fundamenta primordialmente en la entrevista motivacional diseñada por Miller y Rollnick a finales de los años noventa. Esta se ha constituido durante las últimas décadas como la herramienta más extendida y generalizada para el trabajo de la motivación para el cambio. Aunque ofrece un elevado número de recursos y técnicas, su piedra angular no es sino una filosofía de fondo para trabajar la consecución de los cambios conductuales, que dista mucho de la confrontación y los métodos coercitivos que se habían utilizado clásicamente. Para la implementación del PIM, el profesional tendrá que estar entrenado en esta filosofía, o al menos, es necesaria la lectura detenida del libro *La entrevista motivacional. Prepara para el cambio de conductas adictivas* (Miller y Rollnick, 1999).

Teniendo en cuenta ambas perspectivas se derivan una serie de indicaciones y sugerencias para trabajar la motivación para el cambio (Rojas, 2006):

Los individuos que se encuentran en el estadio de precontemplación, no consideran que tengan un problema y no intentan cambiar. No son conscientes de que su comportamiento pueda tener consecuencias negativas, son resistentes al cambio, ven más puntos negativos que positivos en el hecho de cambiar, y tienen baja autoconfianza. Como profesional de la motivación, el objetivo terapéutico es conseguir que el sujeto empiece a pensar en cambiar. Para trabajar este objetivo será de utilidad informar al sujeto sobre su conducta y así facilitar la toma de conciencia, trabajar sobre las creencias erróneas, y revisar los beneficios y costos del cambio.

Las personas que se encuentran en el estadio de contemplación se caracterizan por encontrarse inmersos en un estado de ambivalencia, es decir, un estado de «tendría que hacerlo pero...». Estos sujetos conocen las consecuencias negativas de no cambiar, pero, no saben por dónde iniciar un cambio. Todavía creen que los puntos negativos del cambio son superiores a los positivos, tal vez solo se encuentran externamente motivados, y también tienen una baja autoconfianza. El objetivo del profesional en estos casos tiene que ser ayudar al individuo a incrementar la autopercepción sobre sus

conductas evaluando los beneficios y costos de estas, así como las barreras que se oponen al cambio.

Los individuos que se sitúan en el estadio de acción son conscientes de la existencia de su problema y presentan intentos de cambio consistentes. Tal vez solo presentan pequeños cambios y experiencias de recaída, pero los puntos negativos derivados del cambio ya son inferiores a los beneficios. Estos individuos ya definen acciones y plazos, se encuentran internamente motivados y cuentan con mayor percepción de autoconfianza. En estos casos el objetivo del profesional tiene que ser favorecer que el sujeto verbalice su disposición al cambio y ayudarlo en su elaboración de un plan de acción aceptable, con objetivos concretos, útiles, alcanzables y mensurables a corto plazo. Sin embargo, será de utilidad reforzar su percepción de autoeficacia y su vínculo social.

Finalmente, los individuos en estadio de mantenimiento presentan conductas adoptadas para transformar el antiguo comportamiento y estilo de vida. Han incrementado su autoeficacia y autoconfianza, y utilizan estrategias para prevenir las recaídas. El objetivo profesional en estos casos tendrá que enfatizar la importancia de que el sujeto «autodirija» su tratamiento. Será de utilidad revisar las habilidades de afrontamiento de los individuos para manejar situaciones de riesgo de recaída y recomendar el apoyo social; destacar sus avances y consecuencias positivas, y continuar aprovechando los errores como aprendizaje.

### **3. Estructura, contenido y desarrollo del PIM**

El Programa Motivacional para hombres que cumplen una medida judicial de programa formativo de violencia doméstica se estructura en 5 módulos de intervención. Consta de 2 sesiones de evaluación y un máximo de 5 sesiones de intervención individuales con una duración aproximada de una hora. Las sesiones motivacionales tendrán lugar con una periodicidad quincenal. Con la finalidad de aumentar el nivel de motivación relativo a su participación en el programa formativo y su cambio de conducta, el programa se desarrolla en un

formato individual y trabaja las dificultades más significativas que presenta el individuo.

### **DESARROLLO GENERAL DEL PIM**

Cada sesión consta de una misma estructura donde al inicio se hace una síntesis del resultado de la sesión anterior, para reforzar los avances realizados. Seguidamente, se desarrollan una serie de tareas con la finalidad de trabajar los aspectos que hay que mejorar en cada módulo. Y, finalmente, el profesional junto con el usuario hacen un resumen de los aspectos más importantes trabajados en la sesión, y se deja un espacio al usuario para que pueda añadir, si así lo desea, cualquier aspecto que considere relevante en relación a aquello trabajado con anterioridad.

### **CONTENIDO de los MÓDULOS**

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

- **Módulo 0. Evaluación:** Previamente 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 formarían parte propiamente 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 la presencia de ningún criterio de exclusión en el usuario, 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 que ha expuesto 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 adquiera confianza en sus capacidades para potenciar un cambio en su conducta. También se trabaja la identificación del mapa de apoyo social con el que cuenta el sujeto en este proceso de cambio, así como aquellas personas 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 hacia 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.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se han establecido los siguientes criterios de exclusión de los usuarios para asegurar el buen desarrollo y el aprovechamiento del programa motivacional:

- El desconocimiento de la lengua en la que se realizará el programa motivacional y el programa formativo (catalán o castellano). Este déficit imposibilita 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 deshabitación previamente a la inclusión en el programa.

- La presencia de un trastorno mental no compensado en el momento de participar al PIM, rasgo que impediría la correcta consecución de los objetivos de los programas y de la medida, y afectaría asimismo 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 se tendrá que adaptar la medida judicial a las características del sujeto para asegurar su aprovechamiento.

### **INTENSIDAD DE APLICACIÓN DEL PIM**

Si durante la entrevista semi-estructurada no se detecta ningún criterio de exclusión se aplicarían los instrumentos de evaluación mediante los cuales se determinará qué modalidad de programa es la más adecuada para el usuario. Los datos que hay que tener en cuenta a la hora de adaptar la intervención son los obtenidos del análisis y cruce de los 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 lado, el cuestionario URICA proporciona cuatro estadios de motivación al cambio: precontemplativo, contemplativo, acción y 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).



Tal como se describe en la Tabla 1 la combinación de los resultados de ambos cuestionarios determinará el tipo de programa que se aplicará al sujeto.

**Tabla 1. Tabla decisional según intensidad de aplicación del PIM**

	PRECONTEMPLATIVO	CONTEMPLATIVO	ACCIÓN
NEGADOR	INTENSIVO	INTENSIVO	COMPLETO
MODERADO	COMPLETO	COMPLETO	REDUCIDO
REALISTA	COMPLETO	COMPLETO	REDUCIDO

Fuente: elaboración propia

### **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 (Tabla 2).

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 cuales 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 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.

**Tabla 2. Temporalización del programa PIM**

	<b>REDUCIDO</b>	<b>COMPLETO</b>	<b>INTENSIVO</b>
1a sesión de evaluación	X	X	X
2a sesión de 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

Fuente: elaboración propia

#### **4. El papel del profesional: características y estrategias**

Según Miller y Rollnick (1999), un terapeuta tiene que adoptar una serie de estrategias específicas para poder llevar a cabo con éxito la entrevista motivacional. Estas estrategias estarían basadas en cinco principios básicos que el terapeuta deberá tener presentes durante las sesiones:

1. Expresar empatía. El estilo empático constituye uno de los elementos centrales de la entrevista motivacional. La clave para expresar empatía es la utilización de la escucha reflexiva, en la que el terapeuta escucha atentamente y después le comunica al usuario qué es lo que cree que este ha dicho. El terapeuta con este estilo terapéutico tiene que poner en práctica y tener una actitud que se caracterice por lo siguiente:

- Respetar y aceptar al usuario
- Promover una relación terapeuta-usuario sin prejuicios, respetuosa y colaboradora
- Establecer un ambiente seguro y abierto para el usuario, con el objetivo de poder dialogar sobre sus preocupaciones y generar razones para el cambio
- Hacer cumplidos y elogiar en vez de menospreciar

- Dejar al usuario la capacidad de decidir en vez de decirle lo que tiene que hacer
- Aceptar la ambivalencia como un fenómeno normal en nuestra vida, así como durante el proceso de cambio

2. Crear una discrepancia. Se trataría de favorecer que el paciente sea consciente de los costos que le supone mantener la conducta actual, y cómo dichos costos entran en conflicto con cuestiones u objetivos personales importantes.

3. Evitar la discusión. El terapeuta que utiliza la entrevista motivacional se caracteriza por evitar la discusión, así como la confrontación directa, que solo consigue generar más resistencia por parte del paciente. Un ejemplo de técnicas que podrían utilizarse son la devolución simple, devolución amplificada, reformulación, paradoja terapéutica, etc. (para profundizar en la utilización de estas técnicas se puede consultar Miller y Rollnick, 1999).

4. Sugerir, no imponer. Más que un experto que le dice a un paciente lo que tiene que hacer, el terapeuta tiene que sugerir al paciente nuevos puntos de vista, entendiendo que este es capaz de generar soluciones a sus problemas.

5. Fomentar la autoeficacia. El terapeuta tiene que transmitir al paciente la idea de que él tiene la capacidad de alcanzar el objetivo de cambiar por sí mismo, y situarse como un colaborador que puede ayudarle en el cambio.

En resumen, actualmente no existen muchos estudios disponibles sobre las características propias de lo que se entiende como un buen terapeuta motivacional. Por un lado, algunas investigaciones sugieren que la empatía y las habilidades de escucha constituirían los dos elementos esenciales (Bertholet, Faouzi, Gmel, Gaume, y Daepfen, 2010; McCambridge, Day, Thomas, y Strang, 2011; Tollison *et al.*, 2013). Por otro lado, parece más importante evitar la utilización de determinadas estrategias de entrevista (como el juicio, las preguntas cerradas o los consejos directivos) que hacer un uso consistente de estrategias cercanas a las del enfoque de la entrevista motivacional (Gaume, Gmel, Faouzi, y Daepfen, 2009).

En cuanto a otras características del terapeuta, no existen evidencias sobre qué tipo de profesionales son más efectivos a la hora de llevar a cabo una

entrevista motivacional, ni sobre qué variables sociodemográficas pueden influir sobre esta efectividad (The Health Foundation, 2011). Pero sí que parece relevante que los profesionales cuenten con experiencia práctica en el campo terapéutico o en su defecto estén entrenados en la terapia motivacional (Humphress *et al.*, 2002).

## **5. Indicaciones para la evaluación de la eficacia**

Para velar por la mayor eficacia e integridad de los programas de tratamiento, es necesario que toda intervención sea evaluada de forma continua y consistente (Redondo, 2008). La eficacia de este programa motivacional, como en otros casos, se tiene que evaluar siguiendo los máximos estándares científicos y de manera constante. La evaluación de los programas de tratamiento se puede realizar en tres momentos temporales: 1) durante la realización del programa; 2) al finalizar el programa; y 3) durante la fase de seguimiento. Además del momento temporal en que se puede realizar una evaluación de eficacia, hay que tener en cuenta que estas pueden realizarse de manera intra-individuo, es decir, analizando la evolución de un mismo sujeto después de la aplicación de la intervención; o de manera inter-sujetos, comparando los participantes expuestos a diversas condiciones experimentales (por ejemplo, comparando aquellos sujetos que han realizado el programa motivacional con otros que no lo han realizado).

Para una evaluación continuada de este programa motivacional se recomienda, como mínimo, una evaluación intra-sujetos al finalizar la intervención motivacional. Para la realización de esta evaluación se recomienda la aplicación del mismo instrumento URICA antes y después de la finalización del programa, dado que sus resultados permiten observar si el usuario ha avanzado de un estadio motivacional a otro.

Sin embargo, para una evaluación más intensiva de la eficacia del programa motivacional y de sus efectos a largo plazo se tendrá que aplicar de nuevo el instrumento URICA al finalizar el programa formativo en violencia doméstica. De esta manera, se evaluará la eficacia del programa en dos momentos temporales, al finalizar el PIM y durante la fase de seguimiento.

## Manual del terapeuta

A continuación se explican los cinco módulos que componen el PIM. En líneas generales, en primer lugar se definen los elementos que se tratarán durante el módulo y se describen brevemente sus principales fundamentos teóricos. Seguidamente, se enumeran los objetivos que se quieren alcanzar en el módulo, y una relación del material necesario a lo largo del módulo. Se describen detenidamente las tareas que tienen que desarrollarse a lo largo del módulo, y se exponen los ejercicios que se tienen que realizar, así como un ejemplo de un caso hipotético. Y finalmente, se indica brevemente qué aspectos tendrán que destacarse en la fase de cierre de cada módulo.

La siguiente sección no está destinada al usuario sino que está dirigida directamente al profesional encargado de la aplicación del PIM, que podrá encontrar ejemplos sobre la manera más idónea de plantear los ejercicios, preguntas, sugerencias y consejos para su desarrollo. A continuación de esta sección, para que los usuarios trabajen cada módulo, se ha creado el *Cuadernillo de actividades*, que es la relación de tests de evaluación (a excepción del PAI que tiene que ser adquirido por las vías habituales a través de TEA Ediciones) y ejercicios. El Cuadernillo de actividades ha sido diseñado para que el profesional pueda utilizarlo, independientemente del manual del terapeuta del PIM.

## **MÓDULO 0. Evaluación**

### **Definición y fundamentos teóricos**

La evaluación psicológica consiste en un proceso de estudio de la conducta y de las características de un sujeto desde su consideración bio-psico-social, de sus formas de acción, reacción, elaboración e interacción con los demás y con la realidad y de sus procesos de cambio. La evaluación psicológica comporta la toma de decisiones clínicas, educativas, judiciales y/o sociales, relacionadas con la conducta analizada. La formación y la base de conocimientos del profesional evaluador guían el proceso de evaluación, y acercan la praxis diaria al modelo de actuación científica.

El módulo de evaluación inicial es el primer paso para poder hacer triaje de aquellos sujetos que cumplen los criterios de inclusión para participar en la intervención motivacional, al tiempo que nos facilita aquella información previa necesaria para, posteriormente, poder trabajar la motivación intrínseca del sujeto. Es decir, la recogida exhaustiva de datos del sujeto es de crucial importancia.

### **Objetivos de la sesión**

- Recoger la información necesaria del sujeto para dar respuesta al encargo judicial, así como atender las características criminogénicas.
- Obtener los datos que se utilizan como punto de partida para la inclusión del usuario en la fase adecuada del plan de intervención motivacional, según la etapa del cambio donde se sitúe y el perfil resultante del Inventario PAI.
- Crear una adecuada alianza terapéutica (Miller y Rollnick, 1999).

### **Material**

- ✓ Entrevista semi-estructurada adaptada del Manual de Valoración del Riesgo de Violencia contra la Pareja (S.A.R.A).
- ✓ Escala de evaluación del cambio (URICA).
- ✓ Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI).

- ✓ Cuestionario Multifactorial de Disposición al Cambio de la Universidad de Victoria (Cuestionario MDC-Victoria)
- ✓ Ejercicio: Termómetro de partida

## Desarrollo

Per llevar a cabo esta evaluación, el diseño del programa contempla dos sesiones de una hora de duración, y se recomienda, a fin de completar esta fase, realizar la siguiente distribución de tareas:

EVALUACIÓN INICIAL	
1ª Sesión	2ª Sesión
Encuadre	PAI
Anamnesis y exploración	Cuestionario MDC-Victoria
URICA (pre)	Cierre
Termómetro de partida	

Hay que tener en cuenta que la fase de evaluación necesaria para la aplicación del PIM, se inicia con la administración de las escalas URICA, Termómetro, PAI y Victoria, entendiéndose que previamente se habrá llevado a cabo el encuadre, la anamnesis y la exploración del caso. Por otro lado, si la persona que lleva a cabo el PIM es el propio delegado de ejecución de medidas, se entenderá que esta persona será la encargada de llevar a cabo la totalidad de las tareas de evaluación inicial.

### **Aplicación de instrumentos:**

- **Escala de evaluación del cambio (URICA).**

La escala URICA es un cuestionario autoinforme que consta de un total de 32 ítems que se refieren a creencias y disposiciones que puede tener el individuo sobre el problema que experimenta (Anexo 6.3). 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.

Además, incluye dos preguntas de autovaloración a los individuos. En la primera de ellas se pide a los sujetos que valoren sus grados de reincidencia

en las mismas conductas, donde los sujetos tienen que responder en un rango de 0 (ningún riesgo) a 10 (un alto riesgo de reincidir). Por último, mediante la segunda pregunta se pide a los sujetos que valoren en una escala de 0 (no ha mejorado nada) a 7 (ha mejorado mucho) en qué grado consideran que han mejorado globalmente como consecuencia del tratamiento recibido.

Resulta del todo imprescindible definir con el usuario cuál es la conducta problema (situación conflictiva que aparece en los hechos probados de la sentencia).

- **Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)**

A fin de evaluar las características psicopatológicas de los sujetos, se utiliza el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) desarrollado por Leslie C. Morey (1991), y adaptado a la población española por TEA Ediciones (2011).

El instrumento destaca por su relevancia en la evaluación clínica en el ámbito forense y se ha utilizado en numerosas investigaciones de ámbito internacional (Rogers, Jackson, y Kaminsky, 2005; Wang *et al.*, 1997; White, 1996).

La versión del PAI utilizada en la exploración es la versión de «screening» o abreviada, que consta de 165 ítems, en la que el sujeto tiene que responder en qué grado es aplicable cada ítem en su caso en una escala tipo Likert (que va desde «falso» a «completamente verdadero»). La administración de esta prueba tiene una duración aproximada de 30-45 minutos.

- **Cuestionario Multifactorial de Disposición al Cambio de la Universidad de Victoria (Cuestionario MDC-Victoria)**

Este cuestionario es una traducción del original cuestionario *Corrections Victoria Treatment Readiness Questionnaire* diseñado por Casey, Day, Howells y Ward (2007) (Anexo 6.3). Este cuestionario ha sido creado bajo la perspectiva teórica del modelo Multifactorial de Disposición de Agresores que considera que la disposición para cambiar la conducta delictiva requiere de la existencia de factores internos y condiciones externas en un contexto particular.



Este cuestionario se compone de 20 ítems con respuesta en escala Likert (0 «Completamente desacuerdo»; 5 «Completamente de acuerdo») que pretenden evaluar la disposición al cambio valorando cuatro factores diferentes: Actitudes y Motivación, Reacciones Emocionales, Creencias Delictivas y Eficacia. Estas puntuaciones pueden utilizarse como indicadores de las áreas donde se tiene que intervenir cuando las puntuaciones en la escala de *Disposición al Cambio* son bajas. Sin embargo, Casey *et al.* recomiendan un punto de corte de 72 puntos como indicativo de la presencia de una disposición al tratamiento.

- **Termómetro de partida**

En una escala del 0 al 10, ahora mismo qué importancia tiene para ti cambiar.

Nada importante

Muy importante

0									10

## Cierre

Para el cierre adecuado del módulo se tendrá que ofrecer al usuario el espacio para exponer dudas y aclaraciones, y explicar qué se realizará con el contenido de la evaluación y, a continuación, se tendrá que hacer una breve explicación de la siguiente sesión.

## MÓDULO 1. ¿Hay algo que quiera cambiar? *Feedback* y Ambivalencia

### Definición y fundamentos teóricos

El *feedback* o proceso de retroalimentación consiste en informar, de forma verbal (y no verbal), a la persona sobre su conducta y cómo esta nos afecta. Habitualmente, el *feedback* incluye un componente de percepción (lo que el evaluador observa del otro) y un componente emocional (qué sentimientos produce su conducta observada). La comunicación de los resultados del proceso de evaluación es un requisito científico y ético al mismo tiempo (Fernández-Ballesteros, 2004). Una parte del *feedback* consistirá en la devolución de la información relevante o pertinente que se ha recogido durante el proceso de evaluación.

Tiene como principal función que el sujeto conozca su situación actual, entienda el significado de su conducta, así como sus consecuencias y las reacciones que produce sobre los demás.

El sujeto no solo tiene derecho a conocer los resultados de su evaluación sino que, además, este procedimiento permite hacer el cierre de la fase de evaluación e iniciar la fase de intervención. El *feedback* también permite mejorar la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento. Durante el *feedback* se señalan las conductas, pensamientos o actitudes diana que se tendrían que modificar, y, por lo tanto, facilita el cambio y el aprendizaje. Además, favorece las expectativas del sujeto ante la intervención y permite hacerlo partícipe de este proceso de cambio desde el principio.

A menudo, cuando un individuo inicia un tratamiento, llega con numerosos obstáculos y barreras internas, por lo que el desarrollo del tratamiento es una tarea difícil. Estas barreras pueden proceder de una historia anterior de fracaso en sus intentos de cambio de conducta, de sentimientos de marginación o aislamiento, de desesperanza, de la creencia en que los tratamientos son

ineficaces, de otras experiencias de manipulación sobre los demás, de expectativas poco realistas sobre el tratamiento, de la creencia en que los tratamientos son para los débiles o que es un castigo por su comportamiento, etc.

Estas experiencias anteriores producen en el individuo un estado *de ambivalencia*. La ambivalencia se define como la co-existencia de sentimientos opuestos respecto al mismo elemento. En este caso, el individuo puede verse en conflicto entre sentimientos de deseo contra sentimientos de miedo ante un cambio, sentimientos favorables respecto al tratamiento contra sentimientos negativos, deseo de cambiar para conseguir consecuencias positivas contra desinterés por estas, etc. Los sentimientos de ambivalencia son una experiencia común en los seres humanos, dado que de ambas partes en conflicto se derivan tanto beneficios como costos.

Pero a menudo la ambivalencia juega un papel muy relevante, e incluso nuclear, en los problemas psicológicos (Orford, 2001). Como, por ejemplo, en los casos de trastornos alimentarios, en los que el individuo desea volver a comer normalmente y se avergüenza de sus conductas purgativas, pero tiene miedo de perder el control, engordarse o dejar de gustar a la gente.

En conclusión, para trabajar la ambivalencia, por considerarla un mal signo, en vez de intentar persuadir al sujeto para que cambie de opinión, tendría que tratarse como un hecho normal, aceptable y comprensible (Miller y Rollnick, 1999).

### **Objetivos de la sesión**

- Comunicar de forma clara y concisa los resultados de la evaluación realizada al usuario durante la fase anterior.
- Identificar claramente los problemas del usuario (motivos por los que se encuentra realizando esta medida)
- Favorecer el debate con el usuario sobre los aspectos coherentes y los discordantes según su punto de vista.

- Ayudar al usuario a analizar las ventajas y desventajas derivados de un posible cambio.

### **Preguntas para facilitar el abordaje:**

*¿Qué tendría que suceder para que usted crea que esto es un problema serio? ¿Qué signos de alarma indicarían que existe un problema? ¿Conoce los efectos que puede tener esto en sus relaciones sociales? ¿Por qué desea cambiar en este momento? ¿Cuáles son las razones para no cambiar? ¿Qué le alejaría de cambiar? ¿Cuáles son las barreras para cambiar? ¿Qué le ayudaría en este aspecto? ¿Qué cosas (personas, programas y conductas) le ayudaron en el pasado? ¿Qué beneficios imagina que puede obtener si cambia? ¿Cuáles cree que serían las dificultades que tendría que afrontar?*

### **Material**

- ✓ Ejercicio: El Puente
- ✓ Ejercicio: Balance motivacional
- ✓ Ejercicio: Identificación de alternativas

### **Desarrollo**

#### **Feedback**

El *feedback* tiene como objetivo, no solo transmitir la información obtenida, sino aprovechar el proceso para identificar las conductas problemáticas del usuario y aquellas que son susceptibles de cambio.

A la hora de identificar estas conductas problemáticas será de utilidad tener en cuenta (Izquierdo Martínez, 1982):

- La desadaptabilidad social de estas conductas
- Que sea un problema que suceda con frecuencia suficiente
- Que la persona esté descontenta de su situación y, por lo tanto, interesada en cambiar
- Que su propia vida se vea influida por el cambio
- Que el hecho de cambiar comporte una afectación positiva en su entorno
- Tendrá menos posibilidades de éxito si son los otros los que desean que cambie

- Que el cambio que se quiere conseguir sea coherente con el estilo de vida del individuo y sus propias ideas y valores, siempre que estos sean prosociales

### **Consejos para el desarrollo de un buen *feedback***

En general, para que el proceso de *feedback* sea mucho más favorable, se recomienda empezar por destacar los aspectos positivos y fuertes del usuario. Enfatizar las fortalezas de los individuos ayuda a no obsesionarse solo en hacer saber a los usuarios cuáles son sus problemas y lo que necesitan para resolverlos (Ledley, Marx, y Heimberg, 2005). El *feedback* se tiene que proporcionar de manera empática, positiva y esperanzadora. Algunos consejos para el buen desarrollo del *feedback* son:

- Explicarse de manera comprensible y concisa. Utilizar el vocabulario y lenguaje adecuados para asegurar la comprensión del sujeto.
- Ser siempre consciente de las reacciones del individuo ante el *feedback*. Ayudar al usuario a procesar la información difícil.
- Revisar los resultados relevantes o adecuados de las pruebas aplicadas.
- Destacar los aspectos positivos y fortalezas, así como dialogar sobre las debilidades y problemas.
- Proponer una lista de problemas, pero destacar que no todo se tiene que solucionar.
- Estar seguro de que no se ha olvidado nada.
- Promover que el individuo tome conciencia de que sus conductas, actitudes o pensamientos aparentemente separados, se conectan con sentido.
- Adaptarse a la manera que tiene el usuario de ver los problemas.
- Admitir que también se puede estar en el error.
- Pedir *feedback* cuando se da *feedback*.
- Escuchar.
- Aclarar cualquier cuestión que se le presente al individuo.

Un ejemplo para iniciar el *feedback* sería dar información positiva: «*Me ha gustado...*», «*Quiero felicitarte por...*», «*Estuviste muy bien cuando...*», etc.

Mientras que para sugerir alternativas un estilo adecuado sería: «*Podría mejorarse si...*», «*Lo que se podría hacer es...*», «*Hay algunos aspectos que conviene mejorar...*»

### **Ambivalencia**

El abordaje de la ambivalencia en este programa se realizará atendiendo al perfil motivacional inicial del sujeto, según el cual se aplicará la versión reducida, completa o intensiva del programa.

Una buena manera para iniciar los ejercicios que se siguen es explicando al usuario la función de la tarea:

*Normalmente, para modificar una conducta o un aspecto de la vida, se requiere que el individuo piense en ella y en su posibilidad de cambio. Una de las actividades que ayudan a las personas cuando están pensando en cambiar es realizar una lista de beneficios y costos de cambiar y de no cambiar su comportamiento. Ver la lista completa de los beneficios y costos de un cambio puede ayudar a tomar mejor la decisión. En estas situaciones es habitual tener una mezcla de sentimientos hacia las diferentes posibilidades.*

### **TAREAS VERSIÓN REDUCIDA**

La versión reducida se dirige a los sujetos de perfil moderado o realista que se encuentran en estadio motivacional de acción. Atendiendo a que estos sujetos se encuentran mucho más avanzados, solo se requerirá poner de relieve los inconvenientes de su problema y los beneficios derivados del cambio.

1. A partir del EJERCICIO: EL PUENTE solo se pretende respaldar las ideas y actitudes favorables al cambio que el individuo ya tiene. Para ayudar al sujeto a realizar esta tarea se tendrá que completar el ejercicio listando los costos del problema y los beneficios derivados de un cambio, atendiendo a las diferentes áreas que se preguntan (véase Cuadernillo de actividades, Módulo 1).

Beneficios del cambio	Costos de continuar con el comportamiento
¿Me sentiré mejor conmigo mismo? ¿Puede mejorar mi calidad de vida? ¿Mejorará mi salud física? ¿Mejorará mis relaciones sociales? (...)	¿Emocionalmente, físicamente, socialmente, económicamente? ¿En tu vida familiar? ¿Con los amigos? (...)

2. A continuación se tendrá que reflexionar y debatir mediante el diálogo motivacional sobre los costos y beneficios identificados para llegar a una conclusión.

**Ejemplo de un caso**

Beneficios del cambio	Costos de continuar con el comportamiento
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Volveré con mi mujer</li> <li>- Los míos me aceptarían</li> <li>- No tendré más problemas con la justicia</li> <li>- No tendría tantos motivos para beber</li> <li>- Volvería mi casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- He tenido que volver a vivir con los padres</li> <li>- Estoy peor económicamente</li> <li>- No veo a mis hijos</li> <li>- He perdido a mi mujer</li> <li>- Me quedan juicios pendientes y tengo antecedentes</li> <li>- Me he tenido que cambiar de pueblo porque la gente me miraba</li> <li>- Me he quedado solo</li> <li>- No puedo confiar en nadie</li> <li>- He empezado a beber más</li> </ul>

**TAREAS VERSIÓN COMPLETA**

La versión completa se dirige a los sujetos de perfil negador en estadio de Acción, o a los perfiles moderado o realista que se encuentran en estadio motivacional de Precontemplación y Contemplación. Atendiendo a que estos sujetos se encuentran en estadios iniciales de motivación y en algunos casos solo son conscientes de su problema, será necesaria una tarea más completa que la anterior.

1. A partir del EJERCICIO: BALANCE MOTIVACIONAL, se tendrán que enumerar detalladamente tanto los beneficios como los costos derivados de cambiar, así como los de no cambiar de conducta (véase Cuadernillo de actividades, Módulo 1).

2. Mediante el diálogo motivacional se tendrá que ayudar al sujeto a que se dé cuenta de que los beneficios derivados del cambio son más que los inconvenientes, y que mantener la conducta tampoco supera los beneficios del cambio.

### ***Ejemplo de un caso***

	<b>No Cambio</b>	<b>Cambio</b>
<b>Beneficios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Me desahogo</li> <li>- No tengo que esforzarme en nada</li> <li>- Me salgo con la mía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Volver con mi mujer</li> <li>- Los míos me aceptarían</li> <li>- No tener más problemas con la justicia</li> <li>- No tendría tantos motivos para beber</li> <li>- Volvería a mi casa</li> <li>- Mis padres estarán más tranquilos</li> </ul>
<b>Costos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- He tenido que volver a vivir con los padres</li> <li>- Estoy peor económicamente</li> <li>- No veo a mis hijos</li> <li>- He perdido a mi mujer</li> <li>- Me quedan juicios pendientes y tengo antecedentes</li> <li>- Me he tenido que cambiar de pueblo porque la gente me miraba</li> <li>- Me he quedado solo</li> <li>- No puedo confiar en nadie</li> <li>- He empezado a beber más</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tengo que venir aquí y perder el tiempo</li> <li>- Tengo que esforzarme</li> <li>- Tengo que recordar cosas que no quiero recordar</li> <li>- Tengo que reconocer que he hecho una cosa que no he hecho</li> <li>- Tengo que darle la razón a mi mujer y al juez</li> </ul>

### **TAREAS VERSIÓN INTENSIVA**

La versión intensiva se dirige a los sujetos de perfil negador en estadio de Precontemplación y Contemplación, que son susceptibles de mostrar especial resistencia hacia el cambio. Atendiendo a que estos sujetos se encuentran en estadios iniciales de motivación, es decir, sin conciencia o con poca conciencia de la existencia de un problema, será necesaria una tarea más completa que en el apartado anterior, que se realizará durante dos sesiones.



1. En la primera sesión, como primer paso se realizará el EJERCICIO: BALANCE MOTIVACIONAL en el que se presupone que el usuario tendría dificultades para completarlo dado que no es consciente de una necesidad de cambio. Si se da esta situación, se aprovechará para introducir la necesidad de realizar la tarea siguiente mucho más completa (en caso contrario, si el usuario tiene facilidad para realizarlo y el profesional observa que el sujeto avanza fácilmente en la tarea y observa un cambio motivacional genuino, queda a discrecionalidad del profesional decidir si el usuario solo tiene que realizar la tarea de la versión completa).

2. A continuación se trabajará el EJERCICIO: IDENTIFICACIÓN DE ALTERNATIVAS en el que se tiene que describir detalladamente la situación o contexto problemático. En este ejercicio se tienen que describir las emociones que el usuario experimentaba en aquella situación (en los momentos inmediatamente previos), los pensamientos automáticos que tenía durante la situación, la evidencia que el usuario tiene a favor de aquellos pensamientos, la evidencia en contra y, finalmente, describir si habría una alternativa al comportamiento que tuvo en aquel momento (véase Cuadernillo de actividades, Módulo 1). Este ejercicio se tendrá que repetir con todas las situaciones o contextos que se crean necesarios en cada caso.

3. Mediante el diálogo motivacional se tendrá que ayudar al usuario a identificar si habría una alternativa al comportamiento que se realizó en aquel momento.

4. En la segunda sesión se tendrá que retomar o finalizar el diálogo motivacional sobre las alternativas de conducta posibles. Para acabar de ayudar al individuo en este cambio, se acabará de rellenar el ejercicio de BALANCE MOTIVACIONAL que se realizó en la primera sesión, poniendo de relieve que ahora el individuo sí que es capaz de ver las ventajas derivadas del cambio.

## Ejemplo de un caso

---

<b>Situación o contexto</b>	Estaba llegando a casa después de pasar varias horas buscando a mi hija que había desaparecido con un chico. Y mi mujer estaba durmiendo.
¿Dónde estabas? ¿Qué hacías? ¿Quién había?	
<b>Emoción</b>	Enfadado 100% Nervioso 60% Preocupado 100%
¿Qué sentías en aquellos momentos? (evalúalo de 0-100%)	
<b>Pensamientos automáticos</b>	- Que la culpa es de mi mujer y encima no está haciendo nada para solucionarlo - Que a mi hija le podría haber pasado algo grave - El trabajo de mi mujer es cuidar de los hijos y no lo hace bien. ¡Y después se queja de mí!
¿Qué pasa por tu mente justo en el momento? ¿Cuál es el pensamiento que más te preocupa?	
<b>Evidencia a favor de estos pensamientos</b>	- Mi mujer estaba durmiendo cuando llegué - Mi hija estaba desaparecida
<b>Evidencia que no respalda estos pensamientos</b>	- Quien decidió marchar es mi hija, que es mayor de edad - Mientras yo estuve fuera de casa, mi mujer estuvo llamando a los hospitales, a la policía y a los amigos de mi hija - Mi mujer estuvo intentando convencer a la hija de que no marchara - No recibieron ninguna llamada ni del hospital ni de la policía que indicara que le había pasado algo grave
<b>Identificar otras alternativas</b>	Despertar a la mujer para preguntarle si sabía algo nuevo 80% Intentar decidir entre los dos qué más podíamos hacer 40%
¿Hay alternativa al comportamiento que vas realizar? (Evalúa cuánto crees en este nuevo pensamiento 0-100%)	

---

## **Cierre**

Una vez finalizados los ejercicios se tendrá que realizar el cierre del módulo, recapitulando las principales conclusiones a las que se ha llegado. En este módulo se tendrá que resumir brevemente la información más relevante proporcionada durante el *feedback*, identificando especialmente cuáles serían en concreto los principales problemas del sujeto. Por último, se tendrán que recordar de manera positiva, junto con la ayuda del usuario, los resultados derivados de la tarea de balance motivacional incidiendo, especialmente, en todas las ventajas que se pueden derivar del cambio.

## **MÓDULO 2. ¿Hay algo que me ayude a cambiar? Autoeficacia y Apoyo Social.**

### **Definición y fundamentos teóricos**

*La autoeficacia percibida* es la opinión que las personas tienen sobre sus propias capacidades y recursos, sobre lo que son capaces de hacer, y la expectativa en relación a su eficacia personal para utilizar estas capacidades con éxito en determinadas tareas.

La autoeficacia percibida puede verse influida en función de dónde sitúa el locus de control del individuo (control externo o interno) y de sus experiencias anteriores de éxito o fracaso. Si nos centramos en los fracasos vividos, esta autoeficacia será subestimada, mientras que si valoramos los momentos de éxito, intentaremos reproducir aquellas acciones que nos han resultado eficaces.

Por lo tanto la percepción de autoeficacia puede ser modificada atendiendo a las experiencias de aprendizaje.

El *apoyo social* se refiere a las diferentes formas en que las personas se respaldan entre ellas mediante apoyo emocional, consejos, información o

asistencia concreta y se puede dar de manera formal (intervención profesional) o informal (familia, amigos...). Esta última se caracteriza principalmente por la reciprocidad y la informalidad.

Así, la red social de una persona es la estructura y cantidad de relaciones interconectadas que dan apoyo al sujeto para su vida diaria. Se trata de un constructo multidimensional que incluye más allá del número de recursos existentes, el tipo de intercambio que aparece, la percepción de disponibilidad del recurso, así como el acceso y mantenimiento de este.

Estos recursos sociales pueden tener efectos directos en el bienestar del sujeto, bien potenciadores o bien reductores, por lo que se tiene que identificar la existencia de estos elementos y su efecto.

Whittaker, Tracy y Marckworth desarrollaron en 1989 el Mapa de Red Social, una herramienta de análisis y mejora de los recursos de apoyo social que evalúa los recursos informales existentes y potenciales, las barreras presentes y los factores decisivos para incorporar nuevos elementos.

## **Objetivos de la sesión**

- Enfatizar el trabajo de la autoeficacia y reforzar aspectos positivos que puedan promover la motivación para el cambio
- Reforzar su capacidad de tomar decisiones
- Reflexionar sobre la red social con la que cuenta el sujeto

## **Material**

- ✓ Ejercicio: El Termómetro de la Autoeficacia.
- ✓ Ejercicio: Mapa de la Red Social.
- ✓ Ejercicio: Parrilla de la Red Social.

## **Desarrollo**

### ***Autoeficacia***

1. A partir del ejercicio EL TERMÓMETRO DE LA AUTOEFICACIA se realizará una lluvia de ideas en la que el sujeto enumerará todas las acciones que cree que pueden ayudarle a conseguir realizar el cambio que se propone.

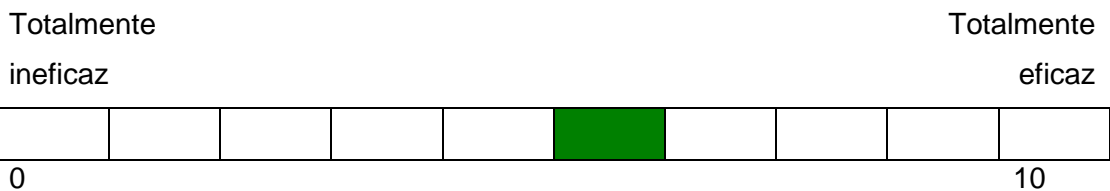
Para cada una de estas opciones, se valorará su percepción de éxito mediante un termómetro donde el 0 significa totalmente incapaz y el 10 significa totalmente capaz (véase Cuadernillo de actividades, Módulo 2). Se intentará que las acciones expuestas sean exigentes, pero, al mismo tiempo, realistas y específicas.

**Ejemplo de un caso**

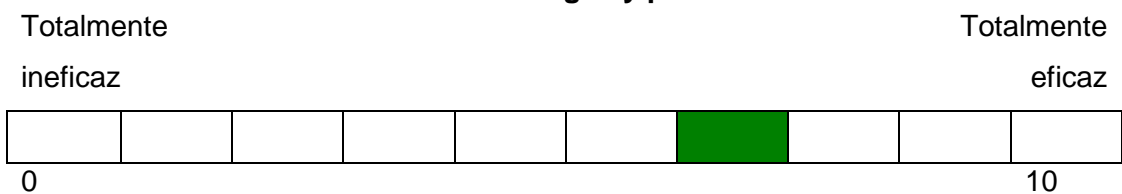
Lluvia de ideas:

- Dejar de beber
- Hablar más con mis amigos y padres
- Intentar ponerme en la posición de mi mujer
- Buscar trabajo activamente
- Venir aquí a hablar contigo
- Aprender a controlarme
- Pensar antes de actuar
- No pensar mal de todo el mundo

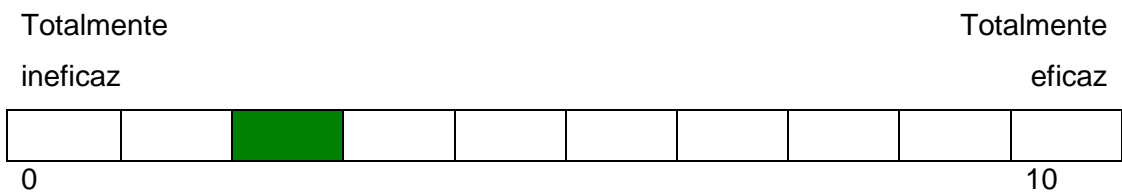
**Acción 1: Dejar de beber....**



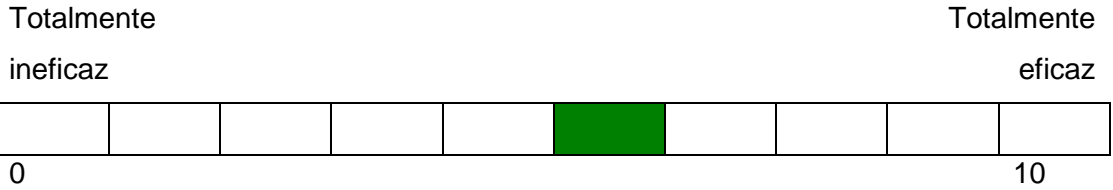
**Acción 2: Hablar más con mis amigos y padres**



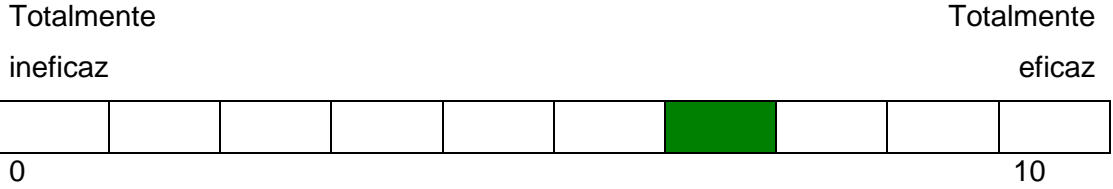
**Acción 3: Intentar ponerme en la posición de mi mujer**



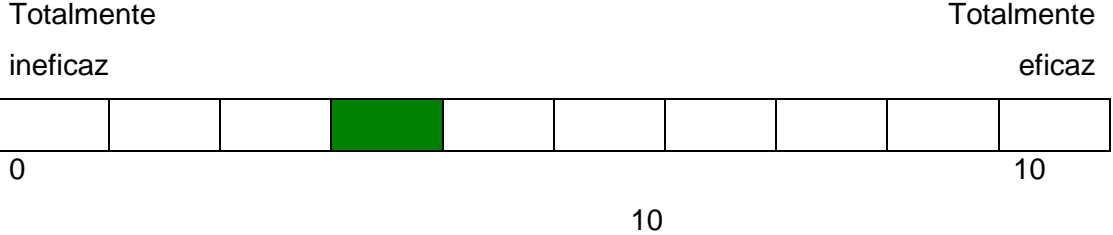
**Acción 4: Buscar trabajo activamente.....**



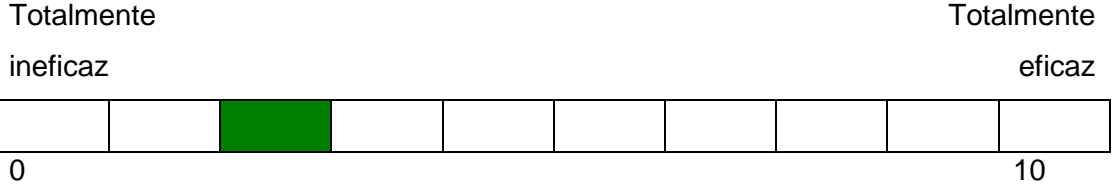
**Acción 5: Venir aquí a hablar contigo.....**



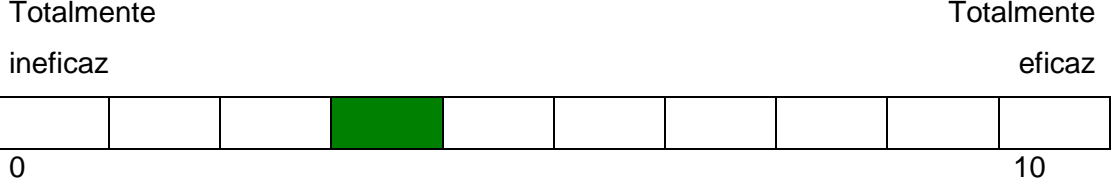
**Acción 6: Aprender a controlarme.....**



**Acción 7: Pensar antes de actuar.....**



**Acción 8: No pensar mal de todo el mundo.....**



2. Mediante un diálogo motivacional, de las opciones valoradas con menor puntuación de autoeficacia, se identificarán los motivos por los que el sujeto piensa de esta manera. En este punto el usuario puede remitirse a experiencias de éxito previas a fin de objetivar su posibilidad de repetir esta eficacia. Se pedirá al sujeto que evoque situaciones de éxito. La percepción de autoeficacia puede ser generalizable a otras situaciones similares.

### ***Ejemplo de un caso***

Profesional:

– Me acabas de comentar que crees que para ti sería muy difícil aprender a controlarte, ¿cuál es el motivo de este pensamiento?

Usuario:

– Pues que ya he intentado controlarme muchas veces y no lo he conseguido.

P:

– ¿Qué te parece si en lugar de pensar en estas veces en las que dices que no has conseguido lo que te proponías, intentamos pensar en una en que sí lo hayas conseguido?

U:

– Sí, a veces querría aplastar a alguien con el coche porque va muy lento pero al final no lo hago.

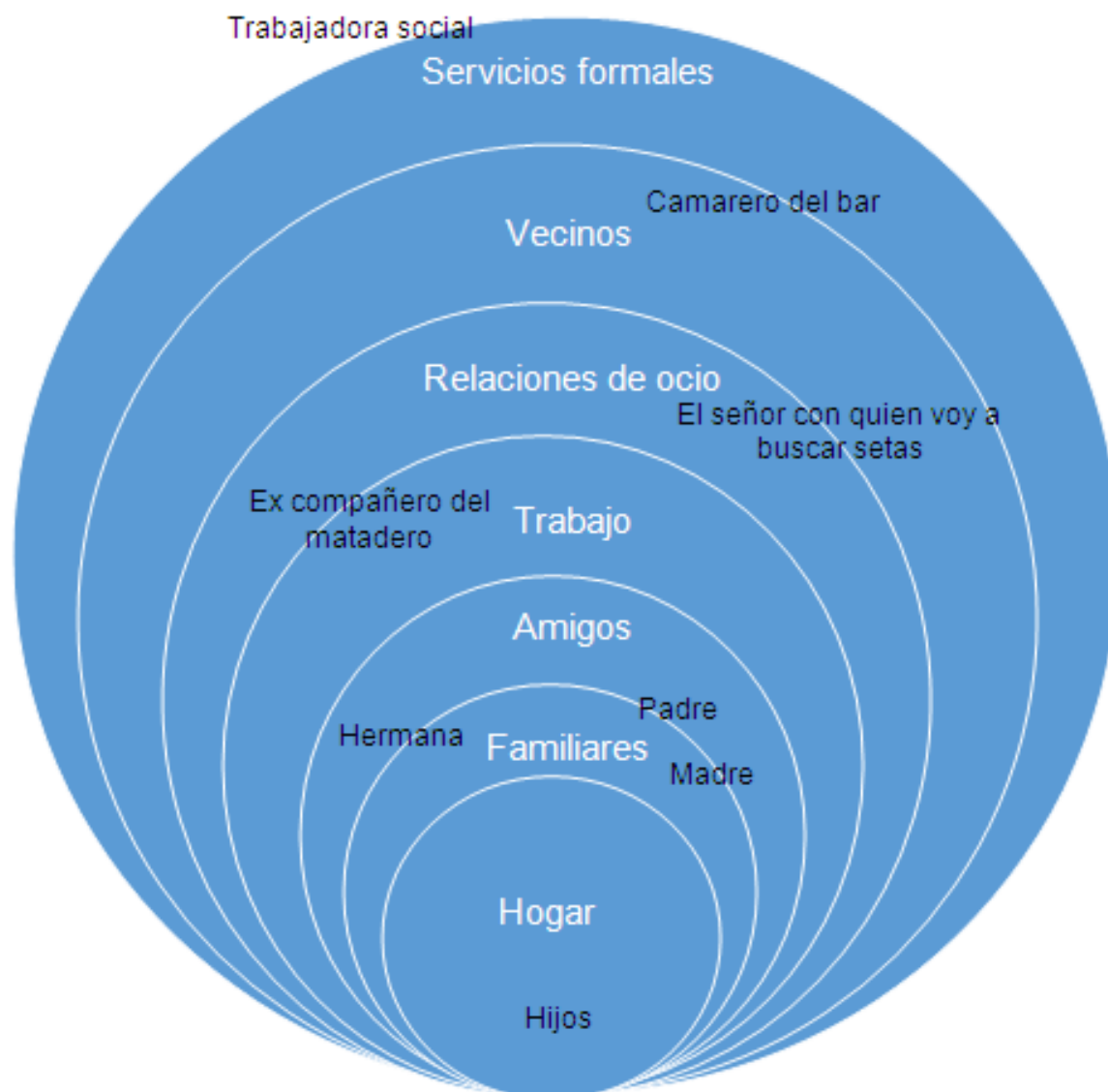
P:

– Este es un buen ejemplo. ¿Piensas que podrías actuar de la misma manera en otras situaciones?

### ***Apoyo social***

1. Utilizando el ejercicio MAPA DE RED SOCIAL, presentado anteriormente, se pedirá al sujeto que sitúe a los miembros de su red social (personas, grupos, recursos...) en su área correspondiente (máximo 15 personas) (véase Cuadernillo de actividades, Módulo 2).

### **Ejemplo de un caso**



2. A continuación, se solicitará que escoja a los 5 miembros más relevantes y que rellene la PARRILLA DE RED SOCIAL. Con esta actividad, el terapeuta conduce la descripción de la naturaleza de la relación, el tipo de apoyo (emocional, informativo o concreto), la dirección de la ayuda... (véase Cuadernillo de actividades, Módulo 2).



## **Ejemplo de un caso**

ID.1:   **Madre**  

---

### ÁREA DE LA VIDA:

- Hogar
- Familiar
- Amigos
- Trabajo
- Ocio
- Vecindario
- Servicio profesional

### NIVEL DE APOYO CONCRETO:

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre

### NIVEL DE APOYO EMOCIONAL:

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre

### NIVEL DE APOYO INFORMACIONAL:

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre

### NIVEL DE CRÍTICA:

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- 

### DIRECCIÓN DE LA AYUDA:

- Dos direcciones
- De usted hacia ellos
- De ellos hacia usted

### NIVEL DE PROXIMIDAD:

- No muy cercano
- Poco cercano
- Muy cercano

#### FRECUENCIA DE RELACIÓN:

- No se ven
- Pocas veces al año
- Mensualmente
- Semanalmente
- Diariamente

#### TIEMPO QUE HACE QUE SE CONOCEN:

- Menos de un año
- 1-5 años
- Más de cinco años

3. Sobre los miembros de apoyo, el sujeto reflexionará para cada uno si se trata de una persona que puede ser de ayuda en el mantenimiento del cambio o si, por el contrario, esta relación potencia el mantenimiento de la conducta actual.

4. Por último, tendrá que anticipar conjuntamente las posibles modificaciones en la red social que puede generar su cambio y las herramientas con las que el sujeto cuenta para aceptarlas y vivirlas de forma positiva.

### **Cierre**

Al finalizar este módulo se enfatizarán los aspectos positivos derivados de los ejercicios realizados, poniendo de relieve las capacidades de autoeficacia del usuario, así como el apoyo social con el que cuenta para afrontar su cambio.

## **MÓDULO 3. Mapa de ruta**

### **Definición y fundamentos teóricos**

El mapa de ruta es el plan de acción que se define para materializar el cambio que se persigue. A la hora de definir las acciones que se llevarán a cabo, resulta totalmente imprescindible haber realizado una cuidada evaluación, así como haber identificado los elementos que pueden ayudar en la consecución de los objetivos.

Los elementos claves en un mapa de ruta eficaz son la definición de unos objetivos concretos, realistas y evaluables, la proyección de metas significativas que se produzcan durante el proceso y la identificación de obstáculos potenciales, así como de alternativas que permitan la superación de estos obstáculos.

El mapa de ruta tiene que ser una herramienta eminentemente práctica, que el usuario tiene que sentir como propia, entender en su totalidad, y haber definido en todos los matices.

La importancia de un mapa de ruta radica en su utilidad. De poco sirve haber analizado todos los recursos de los que se dispone y todas las cuestiones que pueden propiciar o no un cambio, si no se establece un buen plan de acción para tirar adelante con todo aquello que se ha observado que tiene un papel clave en el cambio.

Por ello, en este punto concreto será necesario prestar una especial atención, a la recogida de todo lo que se ha trabajado, pero también a la hora de permitir al usuario definir sus objetivos, desde el propio empoderamiento y criterio. El éxito o fracaso del plan que se ponga en marcha tendrá mucho que ver con una correcta y realista definición de estos objetivos y de los pasos a seguir para llevarlos a cabo.

## **Objetivos de la sesión**

- Definir los objetivos a alcanzar para favorecer el cambio
- Proporcionar al usuario un espacio donde aclarar y definir las acciones que se van a llevar a cabo
- Recoger todos los aspectos trabajados en los módulos anteriores y hacerlos evidentes como herramientas en el proceso de cambio
  
- Potenciar la percepción de autoeficacia del usuario a fin de aumentar sus posibilidades de éxito
- Dotar al usuario de recursos a fin de combatir los obstáculos que puedan aparecer en la aplicación del mapa de ruta

## Material

- ✓ Tabla de objetivos según plazo
- ✓ Tabla de trabajo específico de objetivos
- ✓ Listado de acciones

## Desarrollo

Se iniciará la sesión realizando un breve resumen de todos los aspectos trabajados en los módulos 1 y 2 a fin de poner de relieve todos los recursos que se han hecho conscientes.

La primera actividad a llevar a cabo durante la sesión es la definición de los objetivos que formarán parte del mapa de ruta.

1. En primer lugar, se rescatarán los aspectos trabajados en el ejercicio del termómetro del módulo 2 (TERMÓMETRO DE LA AUTOEFICACIA) y se reconvertirán en objetivos a alcanzar. Los objetivos que se marquen tienen que ser realistas, específicos y alcanzables, para que su consecución durante el proceso actúe como refuerzo del mismo, y la no consecución sea analizable de forma concreta.

Estos objetivos que se habrán ido definiendo se ubicarán en cada una de las 3 columnas de la TABLA DE OBJETIVOS POR PLAZOS TEMPORALES (véase Cuadernillo de actividades, Módulo 3).

CORTO PLAZO	MEDIO PLAZO	LARGO PLAZO
-------------	-------------	-------------

A la hora de ubicarlos se podrán establecer plazos temporales fijos, siempre teniendo en cuenta que estos deberán ser fijados por el propio usuario de forma realista a fin de evitar generar sentimientos de frustración si no se alcanzan.

Resultará más adecuada la utilización de márgenes temporales para la consecución de un objetivo que la fijación de un momento temporal exacto.

2. Una vez se hayan utilizado todos los aspectos trabajados en el módulo 2 se procederá a dejar un espacio de diálogo en el que se podrán introducir nuevos objetivos que aparezcan en cada una de las 3 columnas. Siempre teniendo en cuenta los aspectos fundamentales en la definición de objetivos comentados anteriormente.

3. Con el cuadro completo y todos los objetivos a trabajar definidos se procederá a hacer el EJERCICIO: PLAN DE ACCIÓN (véase Cuadernillo de actividades, Módulo 3) en el que estos se trabajarán específicamente uno a uno de la siguiente manera:

- A. Llevar a cabo una definición clara y sencilla, utilizando palabras simples y conceptos conocidos y comprensibles.
- B. Identificar obstáculos a superar en la consecución de los mismos.

***Ejemplo de un caso***

Objetivo	No pensar mal de todo el mundo
Predicción de las consecuencias más probables	No me sentiré tan solo Tendré más amigos en que confiar No me sentiré tan mal
Obstáculos potenciales	Que alguien me haga una mala pasada  Me entero de que la gente me pone una cara y después habla de mí a mis espaldas
Estrategias para superar los obstáculos	Hablar directamente con la persona sobre lo que ha sucedido Afrontar las emociones de manera no violenta
Resultados	Entenderé por qué ha actuado así y no pensaré que todo el mundo tiene que actuar igual Podré hacer evidente mi malestar

Siempre que aparezcan aspectos que forman parte del contenido del programa formativo, se pondrá de relieve que la realización del programa también supone una oportunidad para adquirir y desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento.

En el diálogo que se llevará a cabo entre usuario y profesional para ir llenando esta tabla con cada uno de los objetivos, el profesional no puede perder de

vista que las estrategias principales para superar los obstáculos son los recursos trabajados en los módulos anteriores y lo que el usuario aprenderá durante el PF.

4. Con las tablas completas se realizará un vaciado consistente en listar las acciones que tiene que realizar el usuario hasta la próxima sesión. En el caso de que alguno de los objetivos a corto plazo se fije como realizable antes de la próxima sesión, se apuntará también en la lista con las acciones para llevarlo a cabo.

## **Cierre**

Esta sesión tiene que concluir con una definición clara de las acciones a llevar a cabo por parte del usuario, así que habrá que dedicar la parte final de la sesión a resumir aquellos objetivos que se ha decidido trabajar, y a las acciones que llevarán a la consecución del mismo. Resulta esencial llevar a cabo un buen cierre en este módulo.

## **MÓDULO 4. Siguiendo hacia adelante**

### **Definición y fundamentos teóricos**

El objetivo principal del mantenimiento del cambio de conducta y de la prevención de recaídas es aumentar en el individuo el conocimiento y la variedad de posibles elecciones relacionadas con su conducta, desarrollar estrategias de afrontamiento específicas y habilidades de autogestión. Es importante enfatizar en que se trata de un proceso continuo que el individuo tendrá que poner en práctica a lo largo de su vida si quiere mantenerse alejado de su comportamiento problemático. De hecho, la fase de mantenimiento es una de las más complejas a la hora de alcanzar el éxito a largo plazo. Hay que tener en cuenta que es más fácil aprender nuevas estrategias de afrontamiento que mantenerlas y aplicarlas a lo largo del tiempo.

Definiciones:

- **Recaída:** puede definirse como un retorno a un patrón de comportamiento que previamente se había dejado de realizar.

- **Fallo:** se puede considerar un fallo cuando no se pone en marcha con éxito una estrategia de afrontamiento adecuada en el momento de experimentar un sentimiento, pensamiento o ritual asociado a la conducta problemática. Difiere de la recaída en el hecho de que se trata de un hecho aislado y no se ha retornado manifestación de este comportamiento problemático. El fallo se tiene que considerar un signo de alarma que nos está informando de que las estrategias de afrontamiento puestas en marcha actualmente son deficientes y que se tendrían que revisar y mejorar. Si no se utilizan estrategias de afrontamiento adecuadas durante los fallos, la probabilidad de recaída es mayor.

- **Situaciones de riesgo:** son el conjunto de experiencias (sentimientos, pensamientos, rituales, lugares, personas, etc.) que han estado asociadas a la conducta problema y que aumentan la probabilidad de llevarla a cabo.

Llegados a este último módulo, es importante hacer un repaso de los avances que el sujeto ha realizado durante los módulos anteriores. Por esta razón, es muy importante volver a dar *feedback* de todos los aspectos trabajados y reforzar los progresos, aunque sean pequeños.

Una vez hecho esto, se le tiene que remarcar que, a pesar de su esfuerzo, todavía tiene que continuar trabajando para alcanzar y mantener este cambio, poniendo de nuevo de relieve que una de las estrategias de las que dispondrá es precisamente el programa formativo.

Para aumentar las probabilidades de éxito, es importante que el sujeto establezca algunos objetivos para el futuro y que estos sean realistas. No solo se tienen que clarificar los objetivos y ajustar las expectativas, sino también prever qué dificultades pueden surgir y de qué estrategias dispone ahora el sujeto para hacerles frente. Para llevar a cabo esta actividad, es necesario, en primer lugar, identificar los factores de riesgo que pueden precipitar una recaída.

## Objetivos

- Identificación de factores de riesgo de recaída
- Desarrollo de nuevas opciones y planes de conducta
- Elaboración de un plan de emergencia motivacional

### ***Preguntas para facilitar el abordaje:***

*¿Qué le hizo dar este paso? ¿Qué fue lo que no funcionó para darlo?  
¿Cómo podría evitarlo? ¿Qué le ayudaría? ¿Cuáles son las situaciones de alto riesgo?*

## Material

- ✓ Ejercicio: Identificación de factores de riesgo
- ✓ Ejercicio: Desarrollando nuevas acciones y planes
- ✓ Ejercicio: Plan de emergencia motivacional

## Desarrollo

El primer ejercicio de este módulo es el EJERCICIO: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE RECAÍDA, que se tendrá que plantear al usuario que haga una descripción sobre una situación en la que se haya encontrado en riesgo de reproducir la conducta problema (véase Cuadernillo de actividades, Módulo 4).

Las siguientes cuestiones y las categorías de factores de riesgo están pensadas para ayudarlo a completar este ejercicio.

### Cuestiones:

- ¿Dónde y cuándo se produce la conducta?
- ¿Qué otras personas están presentes en estos momentos y como les afecta?
- ¿Qué consigues con tu conducta? ¿Cuál es tu propósito ?

### Categorías generales de factores de riesgo:

- Estado emocional (p.ej.: ira, tristeza, alegría)
- Estado físico (p.ej.: relajado, tenso, cansado, excitado)
- Presencia de otras personas
- Disponibilidad



- Ambiente físico (p.ej.: en el trabajo, en casa de mi expareja, en una fiesta)
- Presión social (p.ej.: ¿te obligan o coaccionan para hacer cosas que no quieres hacer?)
- Actividades (p.ej.: trabajar, beber)
- Pensamientos (p.ej.: recordar otros episodios en los que has actuado así)

### **Ejemplo de un caso**

#### **SITUACIÓN 1:**

Descríbela brevemente:

*He tenido el juicio por la custodia de los hijos, y la mujer me pide más dinero para la manutención. Y yo he ido a la puerta de casa para encontrarme con ella y decirle que me parece injusto.*

Describe las consecuencias que habitualmente se han producido en relación a esta situación. Tienes que considerar tanto las positivas, como las negativas y si se presentan justo en el mismo momento o más tarde.

Consecuencias POSITIVAS:

*Si hubiera hablado con ella, habría podido hacer mis demandas.*

Consecuencias NEGATIVAS:

*Vuelvo a revivir la situación y siento mucha rabia.*

*He roto la orden de alejamiento y puedo empeorar mi situación judicial.*

*No he podido solucionar la situación porque sigo pagando lo mismo.*

Estrategias ALTERNATIVAS:

*Hablar con mi abogado para que haga llegar al juez mi situación económica.*

*Utilizar estrategias de relajación y de afrontamiento trabajadas en el programa formativo.*

\*Nota: se pueden trabajar tantas situaciones de riesgo como sean necesarias.

Para completar la tarea anterior se realizará el ejercicio DESARROLLO DE NUEVAS OPCIONES y planes (véase Cuadernillo de actividades, Módulo 4). En este ejercicio, se le pedirá al usuario que piense en nuevas estrategias y planes de acción para enfrentarse a las situaciones de alto riesgo que ha descrito en el ejercicio 1.

Situación de riesgo	Predicción de las consecuencias más probables	Obstáculos potenciales	Estrategias para superar los obstáculos	Resultados
Situación 1				
Situación 2				
Situación 3				

Para los casos de mayor dificultad o en los que se identifique mayor riesgo de recaída motivacional se contempla un tercer ejercicio, llamado PLAN DE EMERGENCIA (véase Cuadernillo de actividades, Módulo 4). Este puede resultar útil para aquellas personas que se olvidan de las estrategias de las que disponen, en el momento en que se encuentran en una situación de riesgo. Se trata de desarrollar un «plan de emergencia» basado en las estrategias generadas en el ejercicio 2. En este caso, se le pide al sujeto que recoja, de manera resumida y por puntos, el plan de acción en un papel de pequeñas dimensiones y lo lleve siempre encima, para poder leerlo en el momento en que se encuentre en una situación de riesgo. Un ejemplo podría ser:

**¿Qué tengo que hacer para evitar comportarme violentamente?**

- Marchar del lugar para tranquilizarme
- Evitar beber
- Buscar un espacio tranquilo (habitación, baño, etc.) y hacer respiración controlada o relajación
- Etc.

**Cierre**

Una vez finalizados los ejercicios se tendrá que realizar el cierre del módulo, recapitulando las principales conclusiones a las que se ha llegado. En este módulo se tendrán que enumerar cuáles son los principales factores de riesgo de recaída del usuario, así como las estrategias de las que dispone en el momento actual. Se tiene que hacer un repaso de todos los elementos que ya se han trabajado en los módulos anteriores y remarcar el hecho de que,

además, ya ha iniciado el programa formativo y que este también constituye una fuente importante de recursos que puede proporcionar nuevas herramientas y estrategias para hacer frente a estas situaciones de riesgo.

## **RECOMENDACIONES FINALES**

---

Este manual es una guía de intervención que se tiene que aplicar siguiendo sus indicaciones, aunque no se trata de una herramienta rígida, sino que hay que tener en cuenta las características del usuario a fin de maximizar su eficacia. Queda en manos del criterio profesional utilizar otras herramientas adicionales que se hayan mostrado efectivas para trabajar problemáticas concretas que no se contemplan en el manual.

## 7. Cuadernillo de actividades

### Relación de tareas y ejercicios que se encuentran en el Cuadernillo de actividades

#### MÓDULO 0. Evaluación

- 0.1 El termómetro de partida
- 0.2 Escala de evaluación del cambio URICA
- 0.3 Cuestionario Multifactorial de Disposición al Cambio (Cuestionario MDC)

#### MÓDULO 1. ¿Hay algo que quiera cambiar?

- 1.1 Ejercicio. El Puente
- 1.2 Ejercicio: Balance decisional
- 1.3 Ejercicio: Identificación de alternativas

#### MÓDULO 2. ¿Hay algo que me ayude a cambiar?

- 2.1 Ejercicio. El termómetro de la autoeficacia
- 2.2 Ejercicio: Mapa de la red social
- 2.3 Ejercicio: Parrilla de la red social

#### MÓDULO 3. Mapa de ruta

- 3.1 Ejercicio: Tabla de objetivos por plazos temporales
- 3.2 Ejercicio: Plan de acción

#### MÓDULO 4. No volver al inicio

- 4.1 Ejercicio: Factores de riesgo
- 4.2 Ejercicio: Desarrollando nuevas opciones y planes

### *Termómetro de partida*

En una escala del 0 al 10, ahora mismo qué importancia tiene para ti cambiar.

Nada importante Muy importante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 10

### Escala de evaluación del cambio (URICA) (Versión para aplicación)

IDENTIFICADOR/NÚMERO:

FECHA:

CENTRO:

GRUPO:

EVALUACIÓN: (1) Inicial (2) Pre (3) Durante (4) Post (5) Otras.....

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

1= Completamente en desacuerdo

2= En desacuerdo

3= No tengo opinión

4= De acuerdo

5= Completamente de acuerdo

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

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

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

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

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

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

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

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

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

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

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

## MÓDULO 1. ¿Hay algo que quiera cambiar?

---

### 1.1 Ejercicio: El Puente

Rellene el cuadro siguiente reflexionando sobre los inconvenientes que tiene continuar con el problema en cuestión y sobre las ventajas derivadas de un cambio.

Inconvenientes de continuar	Ventajas del cambio
-----------------------------	---------------------





### 1.2 Ejercicio: Balance decisional

En el cuadro enumere en la columna de la izquierda tanto los beneficios como los costos derivados de cambiar de conducta. Utilice la columna de la derecha para listar tanto los beneficios como los costos, si sigue con el mismo problema o conducta.

	Cambio	No cambio
Beneficios		
Costos		

### 1.3. Ejercicio: Identificación de alternativas

Rellene el cuadro siguiente reflexionando sobre la situación que le ha llevado a la realización de este programa y de otras situaciones problemáticas similares que haya vivido recientemente.

---

#### Situación o contexto

¿Dónde estabas?  
¿Qué hacías?  
¿Quién estaba?

---

#### Emoción

¿Qué sentías en aquellos momentos? (evalúa su intensidad de 0-100%)

---

#### Pensamientos automáticos

¿Qué pasa por tu mente justo en el momento?  
¿Cuál es el pensamiento que más te preocupa?

---

#### Evidencia a favor de estos pensamientos

---

#### Evidencia que no da apoyo a estos pensamientos

---

#### Identificar otras alternativas

¿Existe una alternativa al comportamiento que vas realizar? (evalúa cuánto crees en este pensamiento 0-100%)

---

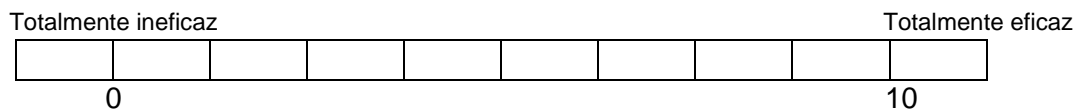
## MÓDULO 2. ¿Hay algo que me ayude a cambiar?

---

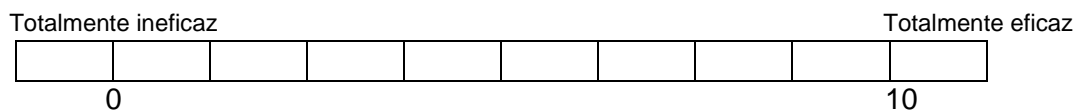
### 2.1. Ejercicio: El termómetro de la autoeficacia

A continuación enumere todas las acciones que crea que pueden ayudarle a conseguir realizar el cambio que se propone. Utilice el termómetro dibujado para valorar qué grado de éxito cree que puede conseguir al llevar a cabo cada acción. El 0 significa que se siente totalmente incapaz de hacerlo y 10 significa totalmente capaz.

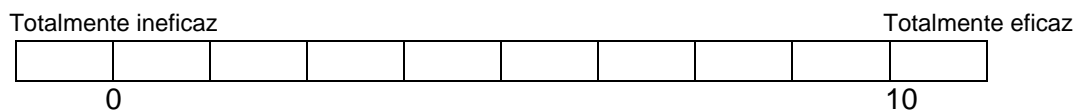
Acción 1:.....



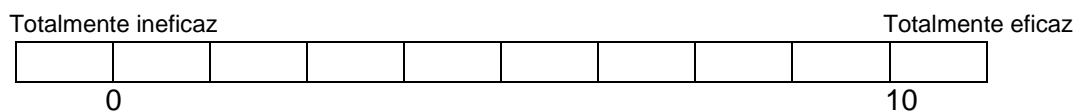
Acción 2:.....



Acción 3:.....

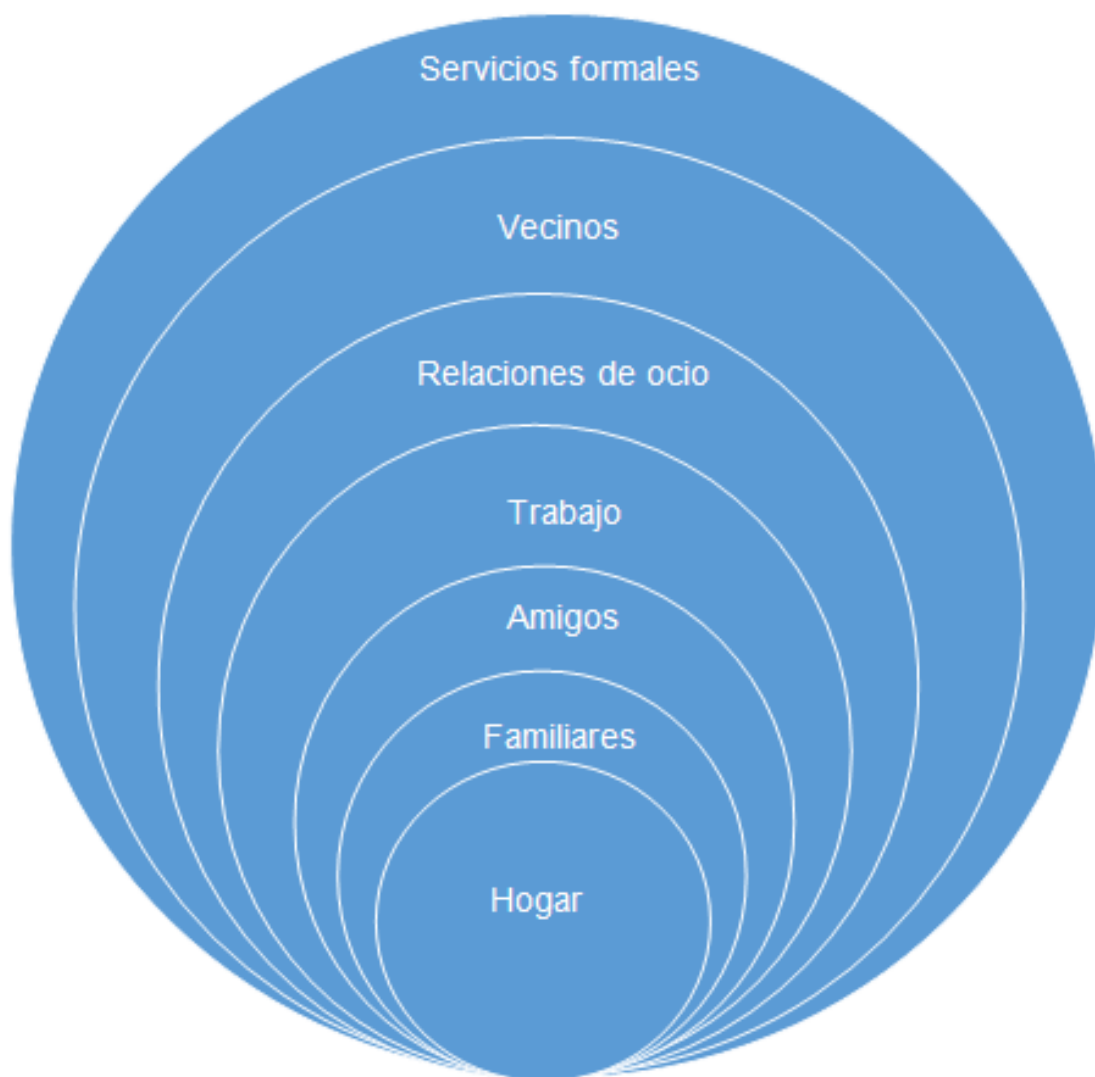


Acción 4:.....



## 2.2. Ejercicio: Mapa de la red social

Sitúe a los miembros de su red social (personas, grupos, recursos...) en el área correspondiente de la figura (máximo 15 personas).



### 2.3. Ejercicio: Parrilla de la red social

Escoja a los 5 miembros más relevantes que ha identificado en la figura anterior y rellene para cada individuo las cuestiones que se plantean seleccionando una de las opciones indicadas

ID.1:

---

#### ÁREA DE LA VIDA:

- Hogar
- Familia
- Amigos
- Trabajo
- Ocio
- Vecindario
- Servicio profesional

#### NIVEL DE APOYO CONCRETO:

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre

#### NIVEL DE APOYO EMOCIONAL:

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre

#### NIVEL DE APOYO INFORMACIONAL:

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre

#### NIVEL DE CRÍTICA:

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre

#### DIRECCIÓN DE LA AYUDA:

- Dos direcciones
- De usted hacia ellos
- De ellos hacia usted

#### NIVEL DE PROXIMIDAD:

- No muy cercano
- Poco cercano
- Muy cercano

**FRECUENCIA DE RELACIÓN:**

- No se ven
- Pocas veces al año
- Mensualmente
- Semanalmente
- Diariamente

**TIEMPO QUE HACE QUE SE CONOCEN:**

- Menos de un año
- 1-5 años
- Más de cinco años

## MÓDULO 3. Mapa de ruta

---

### 3.1 EJERCICIO: *Tabla de objetivos por plazos temporales*

Identifique cuáles serían sus principales objetivos para conseguir un cambio de conducta y anótelos según su temporalidad.

<b>CORTO PLAZO</b>	
<b>MEDIO PLAZO</b>	
<b>LARGO PLAZO</b>	

### 3.2 EJERCICIO: Plan de acción

Rellene el cuadro siguiente reflexionando sobre todos los aspectos que se le piden sobre los principales objetivos que se ha planteado en el ejercicio anterior.

<b>Objetivo</b>	
<b>Predicción de las consecuencias más probables</b>	
<b>Obstáculos potenciales</b>	
<b>Estrategias para superar los obstáculos</b>	



Resultados

---

## MÓDULO 4. No volver al inicio

---

### **4.1 Ejercicio: Factores de riesgo**

#### **SITUACIÓN 1:**

Descríbala brevemente: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Describe las consecuencias que habitualmente se han producido en relación a esta situación. Tiene que considerar tanto las positivas, como las negativas y si se presentan justo en el mismo momento o más tarde.

Consecuencias POSITIVAS: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Consecuencias NEGATIVAS: .....

.....

.....

.....

.....

.....

**SITUACIÓN 2:**

Descríbala brevemente: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Describe las consecuencias que habitualmente se han producido en relación a esta situación. Tiene que considerar tanto las positivas, como las negativas y si se presentan justo en el mismo momento o más tarde.

Consecuencias POSITIVAS: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Consecuencias NEGATIVAS: .....

.....

.....

.....

#### **4.2 Ejercicio: Desarrollando nuevas opciones y planes**

En este ejercicio, desarrollará nuevas estrategias y planes de acción para enfrentarse a las situaciones de alto riesgo que ha descrito en el ejercicio 1.

<b>Situación de riesgo</b>	<b>Predicción de las consecuencias más probables</b>	<b>Obstáculos potenciales</b>	<b>Estrategias para superar los obstáculos</b>	<b>Resultados</b>
----------------------------	--	-------------------------------	--	-------------------

**Situación**

**1**

---

**Situación**

**2**

---

**Situación**

**3**

---

**Situación**

**4**

---

## 6. Conclusiones y propuestas

El principal producto del estudio que se ha presentado en esta memoria ha sido la elaboración de un Plan de Intervención Motivacional (PIM) y el diseño de un manual para su aplicación, con la finalidad de dar respuesta a la necesidad detectada en el estudio de Civit *et al.*, (2013) sobre motivación al cambio en sujetos que han realizado un programa formativo en violencia doméstica.

Para llevar a cabo este objetivo se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva, para detectar las intervenciones que ya se estaban realizando en este ámbito. Esta revisión y su posterior análisis han puesto de relieve, que a pesar del interés científico por la motivación al cambio y la existencia de diversos modelos teóricos, los estudios relacionados con intervenciones dirigidas a su aumento y mejora son todavía escasos, especialmente en el campo de la violencia. Se ha puesto de manifiesto, por otro lado, que los principios de la entrevista motivacional, diseñada por Miller y Rollnick a finales de los años noventa, son los que constituyen la base de la mayoría de programas dirigidos a promover la disposición al cambio. La entrevista motivacional ha sido relevante, especialmente, porque aporta una nueva filosofía de trabajo para la consecución de los cambios conductuales que dista mucho de la confrontación y los métodos coercitivos clásicos. Además es una herramienta que ofrece un gran número de recursos y técnicas, que se recomienda conocer en profundidad para trabajar los aspectos motivacionales de cualquier individuo.

La elaboración de nuestro Plan de Intervención Motivacional (PIM) ha incluido aquellas ideas comunes que se han extraído de la revisión bibliográfica exhaustiva. Este programa, por lo tanto, se fundamenta en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente y en los principios de la entrevista motivacional. Concretamente, el PIM es un programa individualizado, con una duración de entre 4 y 6 sesiones. La intensidad de la intervención dependerá del estadio motivacional que presente el usuario y su perfil (producto de la interacción de los resultados obtenidos en las pruebas psicométricas). El PIM se caracteriza por ser una intervención con un estilo terapéutico basado en el diálogo socrático, que persigue la autonomía del usuario, y donde se trabajan

su autoeficacia, la resolución de la ambivalencia, la identificación de objetivos específicos y el desarrollo de un plan de acción alternativo. En esta memoria se han detallado exhaustivamente las tareas y actividades que tiene que trabajar los usuarios a fin de facilitar el cambio motivacional. Estas tareas fueron diseñadas por el grupo de investigación mediante la revisión de las técnicas y ejercicios más aplicados en psicología general y clínica, psicoterapia u otras ramas científicas.

Como se ha destacado a lo largo de la memoria, tanto la bibliografía científica como el estudio previo sobre nuestra realidad (Civit *et al.*, 2013), han puesto de relieve la necesidad del trabajo motivacional como paso previo a la participación en un programa formativo. Por ello, resulta coherente que la primera propuesta que se sugiere es la inclusión del programa PIM en el circuito de MPA de manera que, garantizando la integridad del programa y su temporalización, el usuario quede incluido automáticamente en el siguiente PF que se lleve a cabo.

A fin de conseguir una aplicación del programa unificada, sería necesaria una formación específica de los profesionales que lo llevarán a cabo. Esta formación tendrá como objetivo garantizar la adquisición de los conceptos y competencias básicas para la correcta implementación del programa. En este sentido, se considera que la mejor opción sería la aplicación del programa motivacional por parte de los delegados de MPA, sin que este hecho suponga una sobrecarga de trabajo para estos profesionales. Sería necesario dotar al servicio de los recursos necesarios para su aplicación, incluyendo la formación adecuada de los profesionales integrantes del equipo.

A pesar de que la implementación del programa correría a cargo de los delegados de MPA, también es necesario que exista un conocimiento adecuado del programa y sus contenidos por parte de los terapeutas que imparten el PF con posterioridad.

En relación a aspectos propios de la implementación del PIM, hay que tener en cuenta que, aunque lo que se presenta en esta memoria es un programa

estandarizado y que, como tal, hay que velar por su implementación con integridad, también se tiene que garantizar la discrecionalidad del profesional para poder utilizar otras herramientas complementarias que valore como adecuadas. Estas técnicas tienen que dar respuesta a las características concretas del usuario con el que se está trabajando, como podrían ser técnicas de relajación, de control de ansiedad, etc.

Finalmente, la propuesta final de este estudio es la necesidad de realizar una aplicación piloto del Plan de Intervención Motivacional para comprobar su viabilidad y eficacia, así como efectuar las mejoras necesarias en su diseño.

## 7. Limitaciones

Para finalizar, se expondrán las principales limitaciones encontradas en el desarrollo de este estudio. Durante la primera fase de la investigación, en la que se hizo una revisión exhaustiva de bibliografía científica sobre la intervención en la motivación, tanto en el ámbito de la violencia como en otros, la primera limitación que encontramos fue la escasa bibliografía que existe sobre este tipo de intervención, y más todavía si se acota a la investigación en intervención motivacional con personas que han presentado conductas violentas.

Por otro lado, dentro de los estudios encontrados, que exponían principalmente investigaciones sobre eficacia de la intervención motivacional, se detectó la falta de descripción de las técnicas y herramientas utilizadas para llevar a cabo esta intervención. Más allá de basarse en la entrevista motivacional, muchas de ellas no especificaban las tareas que empleaban en los supuestos donde trabajaban la motivación de los sujetos, dificultando así la elección de las que se incluirían en el manual objeto de esta investigación.

En cuanto al desarrollo del manual y la elección de las herramientas que se utilizarían para trabajar los diferentes aspectos que se han considerado relevantes en la intervención de la motivación, otra dificultad derivada de la anterior, fue que se tuvieron que adaptar tareas de uso general para incidir en las áreas a trabajar en este programa motivacional. Por lo tanto no se trata de ejercicios específicos para trabajar la motivación sino que se han escogido y adaptado a la finalidad del programa y las necesidades de los usuarios, según el estadio motivacional en el que se encuentran.

Respecto a la utilización de instrumentos empíricos relacionados con la valoración de la motivación de los usuarios que tienen que participar en un programa formativo en materia de violencia doméstica, además de la exigencia del diseño experimental de seguir utilizando los mismos instrumentos a fin de ofrecer continuidad entre este estudio y el anterior, la revisión efectuada ha puesto de relieve la falta de herramientas para valorar el estadio motivacional.



Este aspecto imposibilita la valoración y la elección de otros instrumentos diferentes de la URICA a pesar de las limitaciones y carencias ya destacadas en la anterior investigación. Por este motivo la evaluación de los usuarios que participan en el PIM se ha completado con la aplicación de un nuevo instrumento identificado en la revisión: el Cuestionario Multifactorial de Disposición al Cambio de la Universidad de Victoria (Cuestionario MDC-Victoria). El equipo de investigación consideró que este instrumento podía aportar al profesional información muy relevante para la implementación del programa motivacional. Aunque se consideró la necesidad de no sobrecargar a los individuos con instrumentos de evaluación, la importancia y brevedad de este instrumento condujo finalmente a su inclusión en el marco de la evaluación.

Por último, y relacionado con el desarrollo del manual del programa motivacional, se ha detectado una falta de oferta de formación específica y presencial en este campo a fin de profundizar en la base y desarrollo de diferentes técnicas de intervención relacionadas con la motivación. Dentro de la oferta existente nos hemos encontrado con dificultades económicas para acceder a ella.

Otra gran limitación a lo largo de toda la investigación ha sido la situación de las MPA. Este año se llevó a cabo la licitación pública de las entidades que llevan a cabo los programas formativos. La situación de inestabilidad, la demora en la resolución de la licitación y la paralización presupuestaria han llevado a una irregularidad en la asignación de casos que nos ha llevado a perder sujetos potenciales de la muestra, así como a tener que intensificar el seguimiento a fin de administrar todas las pruebas, dificultando la ampliación de muestra prevista inicialmente.

## 8. Referencias bibliográficas

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

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

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

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

Andrews, D. A., y Dowden, C. (2007). The Risk–Need–Responsivity Model of Assessment and Human Service in Prevention and Corrections: Crime-Prevention Jurisprudence. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice* 2 (Vol. 49). Recuperado de <http://utpjournals.metapress.com/content/u7r05rw24683214q/>

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

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

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. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847061>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Casey, S., Day, A., 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

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

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

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

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

Civit, N., Iturbe, N., Martínez-Catena, A., Muro, A., 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.

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

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

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

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

Day, A., Gerace, A., Wilson, C., y Howells, K. (2008). Promoting forgiveness in violent offenders: A more positive approach to offender rehabilitation? *Aggression and Violent Behavior*, 13(3), 195–200. doi:10.1016/j.avb.2008.03.004

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 Avaliação da motivação para tratamento em pacientes dependentes de. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo, Brasil: 1999)*, 25(1), 5–10.

DiClemente, C. C., y Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7(2), 133–142. doi:10.1016/0306-4603(82)90038-7

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ledley, D. R., Marx, B. P., y Heimberg, R. G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work: clinical process for new practitioners*. Nueva York: Guilford Press. Recuperado de [http://cataleg.ub.edu/record=b1938514~S1\\*cat](http://cataleg.ub.edu/record=b1938514~S1*cat)

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

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

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

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

Mcmurrin, 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

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

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

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

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

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., 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: USA. Recuperado de [http://psychology.wikia.com/wiki/Morey\\_PAI](http://psychology.wikia.com/wiki/Morey_PAI)

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

Mullan, B., 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. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1177/1744987109104674>>[More Information]</a>

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

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

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

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

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

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

Plotnikoff, R. C., Lippke, S., Trinh, L., Courneya, K. S., Birkett, N., 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

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. Recuperado de <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. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3198809>



Project MATCH Group. (1998a). Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from Project MATCH. *Journal of Mental Health*, 7(6), 589–602.

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

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

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

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

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

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

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

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

Schunk, D. H., y Pajares, F. (2004). Self-efficacy in education revisited: Empirical and applied evidence. En M. McInerney y S. Etten Van (Eds.), *Big theories revisited* (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

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

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

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

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. Recuperado de <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

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

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

Walker, D. D., Stephens, R., Roffman, R., Demarce, J., Lozano, B., Towe, S., y Berg, B. (2011). Randomized controlled trial of motivational enhancement therapy with nontreatment-seeking adolescent cannabis users: a further test of the teen marijuana check-up. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 25(3), 474–84. doi:10.1037/a0024076

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

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

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

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

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

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

Zalmanowitz, S. J., Babins-Wagner, R., Rodger, S., Corbett, B. A., y Leschied, A. (2013). The association of readiness to change and motivational interviewing with treatment outcomes in males involved in domestic violence group therapy. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(5), 956–74. doi:10.1177/0886260512459381

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

## 9. Anexos

### 9.1. Referencias bibliográficas de la revisión exhaustiva

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

Barnett, N. P., Goldstein, A. L., Murphy, J. G., Colby, S. M., y Monti, P. M. (2011). «I'll never drink like that again»: Characteristics of alcohol-related incidents and predictors of motivation to change in college students. *Journal Studies Alcohol*, 67(5), 754–763.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Chung, T., Maisto, S. a, Mihalo, A., Martin, C. S., Cornelius, J. R., y Clark, D. B. (2011). Brief assessment of readiness to change tobacco use in treated youth. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(2), 137–47. doi:10.1016/j.jsat.2011.02.010
- Civit, N., Iturbe, N., Martínez-Catena, A., Muro, A., 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.
- Clair, M., Stein, L. a R., Martin, R., Barnett, N. P., Colby, S. M., Monti, P. M., ... Lebeau, R. (2011). Motivation to change alcohol use and treatment engagement in incarcerated youth. *Addictive Behaviors*, 36(6), 674–80. doi:10.1016/j.addbeh.2011.01.007
- Clive, G. (2005). Issues in running smoking cessation groups with forensic psychiatric ... *The British Journal of Forensic Practice*, 7(2), 22–28.
- Crane, C. a, y Eckhardt, C. I. (2013). Evaluation of a single-session brief motivational enhancement intervention for partner abusive men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 180–7. doi:10.1037/a0032178
- Csillik, A. S., y Petot, J.-M. (2012). L'évaluation des stades de changement dans les addictions. *L'Évolution Psychiatrique*, 77(3), 331–341. doi:10.1016/j.evopsy.2012.02.002
- DiClemente, C. C. (1999). Motivation for Change: Implications for Substance Abuse Treatment. *Psychological Science*, 10(3), 209–213. doi:10.1111/1467-9280.00137
- Galloway, G. P., Polcin, D., Kielstein, A., Brown, M., y Mendelson, J. (2007). A nine session manual of motivational enhancement therapy for methamphetamine dependence: adherence and efficacy. *Journal of Psychoactive Drugs, Suppl 4*, 393–400. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18286727>
- Geller, J., y Dunn, E. C. (2011). Integrating Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Eating Disorders: Tailoring Interventions to Patient Readiness for Change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 5–15. doi:10.1016/j.cbpra.2009.05.005
- Harrell, P. T., Trenz, R. C., Scherer, M., Martins, S. S., y Latimer, W. W. (2013). A latent class approach to treatment readiness corresponds to a transtheoretical (“Stages of Change”) model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(3), 249–56. doi:10.1016/j.jsat.2013.04.004
- Heapy, A., Otis, J., Marcus, K. S., Frantsve, L. M., Janke, E. A., Shulman, M., ... Kerns, R. D. (2005). Intersession coping skill practice mediates the relationship between readiness for self-management treatment and goal accomplishment. *Pain*, 118(3), 360–8. doi:10.1016/j.pain.2005.09.004

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

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

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

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

Kotler, L. a, Boudreau, G. S., y Devlin, M. J. (2003). Emerging psychotherapies for eating disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(6), 431–441. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15985966>

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

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

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

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

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

Mcmurran, M., Theodosi, E., 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

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

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

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

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

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

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

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

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

Project MATCH Group. (1998a). Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from Project MATCH. *Journal of Mental Health*, 7(6), 589–602.

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

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

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

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

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

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

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

Scott, K. L., 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

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

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

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

Stein, M. D., Hagerty, C. E., Herman, D. S., Phipps, M. G., y Anderson, B. J. (2011). A brief marijuana intervention for non-treatment-seeking young adult



women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(2), 189–98. doi:10.1016/j.jsat.2010.11.001

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

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.

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

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

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

Walker, D. D., Stephens, R., Roffman, R., Demarce, J., Lozano, B., Towe, S., y Berg, B. (2011). Randomized controlled trial of motivational enhancement therapy with nontreatment-seeking adolescent cannabis users: a further test of the teen marijuana check-up. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 25(3), 474–84. doi:10.1037/a0024076

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

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

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

## 9.2. Referencias bibliográficas de la revisión de técnicas terapéuticas

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

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

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

Bouillercé, B. (2004). *Cómo motivarse en la vida personal y profesional*. París: Larousse.

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

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

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

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

Conchell, R., Lila, M., Catalá, A., Del Hierro, G. y Lorenzo, M.V. (2011). *Motivar para educar: estrategias para incrementar la adherencia en los programas de reeducación de maltratadores*. Recuperado de [www.uv.es/contexto/enriquegracia/Abstract\\_Valladolid\\_Raquel.pdf](http://www.uv.es/contexto/enriquegracia/Abstract_Valladolid_Raquel.pdf)

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

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

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

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

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

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

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

- Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida: la nueva terapia de aceptación y compromiso*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Izquierdo Martínez, Á. (1982). *Autocontrol: aprenda a cambiar su propia vida: la terapia de conducta aplicada a cada día*. Bilbao: Mensajero.
- Janis, I. (1987). *Formas breves de consejo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kanfer, F. H., y Schefft, B. K. (1988). *Guiding the process of therapeutic change*. Champaign, Ill: Research Press.
- Kassinove, H., y Tafrate, R. C. (2005). *El Manejo de la agresividad: manual de tratamiento completo para profesionales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide*. Nueva York [etc.]: Guilford Press.
- Ledley, D. R., Marx, B. P., y Heimberg, R. G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work: clinical process for new practitioners*. Nueva York: Guilford Press.
- Lizárraga, S. y Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. *ANALES Sis San Navarra, Supl. 2*, 43-53.
- Loinaz, I. y Echeburúa, E. (2010). Necesidades terapéuticas en agresores de pareja según su perfil diferencial. *Clínica Contemporánea*, 1(2), 85-95.
- López, A.M. (2009). Aplicación de un modelo sistemático para propiciar la autoeficacia y la modificación de conducta de los participantes en el proceso de cortes de drogas. *Revista Jurídica UPR*, 78(1), 5-22.
- Martín, L. (2002). Tratamientos psicológicos. *Adicciones*, 14, supl. 1, 409-420.
- Martorell, M.C. y González, R. (1997). *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., y D'Zurilla, T. J. (2007). *Solving life's problems: a 5-step guide to enhanced well-being*. Nueva York: Springer Pub.
- Rodríguez, M.J. (2009). *Procedimiento de intervención en los programas de terapia individual y de grupo con agresores en el ámbito familiar. Programa Terapéutico para agresores familiares*. Recuperado el 5 de julio de 2014, de [www.juntoscontralaviolenciadomestica.com/consejos/experto-opiniones](http://www.juntoscontralaviolenciadomestica.com/consejos/experto-opiniones)
- Rojas, M. (2006). *Manual de consejo psicológico y psicoterapia en casos de drogodependencias. Estructura de seis sesiones tipo. (Tomo II)*. Lima (Perú): Psikolibro.
- Romero Rodríguez, J., Rodríguez de Armenta, M. J., y Echaui Tijeras, J. A. (2005). Teoría y descripción de la violencia doméstica: programa terapéutico para maltratadores del ámbito familiar en el centro penitenciario de Pamplona. *Anuario de Psicología Jurídica*.
- Ruiz Fernández, M. Á., y Villalobos Crespo, A. (1994). *Habilidades terapéuticas* (153): Fundación Universidad-Empresa.
- Tracy, E., y Whittaker, J. (online). *El Mapa de la red social: evaluación del apoyo social en la práctica clínica*. Recuperado de [http://msass.case.edu/downloads/vgroza/guatemala/El\\_Mapade\\_la\\_Red\\_Social.doc](http://msass.case.edu/downloads/vgroza/guatemala/El_Mapade_la_Red_Social.doc)

### 9.3. Escalas de evaluación

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

#### Escala de evaluación del cambio (URICA) (Versión para aplicación)

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

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

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

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

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

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

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

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

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

### **Instrucciones de corrección de la escala URICA**

Esta escala todavía se encuentra sin validar y ha sido diseñada como una medida continua del cambio. Hasta el momento no hay puntos de corte disponibles. A pesar de esto, ha sido ampliamente utilizada, especialmente en el campo de la investigación.

Cada estadio de cambio se compone por el sumatorio de ocho ítems. Para corregir la escala se tienen que sumar las respuestas de los usuarios a los ítems de la manera siguiente:

- Ítems de Precontemplación 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31
- Ítems de Contemplación 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24
- Ítems de Acción 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30
- Ítems de Mantenimiento 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32

De esta manera cada sujeto obtiene una puntuación para cada subescala, la subescala que cuente con la puntuación superior se corresponde al estadio de cambio en que se sitúa el individuo.

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

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

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

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

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

## **Instrucciones para corregir el Cuestionario Multifactorial de Disposición al Cambio (Cuestionario MDC-Victoria)**

El cuestionario MDC-Victoria ofrece una puntuación global de disposición al cambio, así como puntuaciones en 4 subescalas más concretas que pueden utilizarse como indicadores de las áreas donde se tiene que intervenir cuando las puntuaciones en la escala de disposición al cambio son bajas.

En primer lugar, para calcular la disposición al cambio se tienen que invertir las puntuaciones de los siguientes ítems: 1, 4, 6, 8, 14, 16, 19 y 20, es decir, las respuestas puntuadas con un 1 se invertirán a un 5, las puntuadas con un 2 serán un 4, etc. Posteriormente, se tienen que sumar las puntuaciones de todos los ítems para obtener la puntuación global. Mientras que Casey *et al.* recomiendan un punto de corte de 72 puntos como indicativo de la presencia de una disposición al tratamiento, cualquier decisión que se tome sobre los puntos de corte tiene que realizarse teniendo en cuenta otras cuestiones relacionadas con el tratamiento (incluyendo las decisiones sobre el porcentaje de falsos positivos y falsos negativos que se consideran aceptables).

Las puntuaciones de las subescalas se pueden obtener sumando las respuestas a los ítems de la manera siguiente:

Ítems sobre Actitudes y Motivación:	1, 2, 4, 6, 10, 20
Ítems sobre Reacciones Emocionales:	7, 9, 12, 15, 17, 18
Ítems sobre Creencias Delictivas:	5, 8, 14, 16
Ítems sobre Eficacia:	3, 11, 13, 19

Para la interpretación de las cuatro subescalas se recomienda la lectura individualizada de los ítems que las configuran, atendiendo a la dirección de estos.