



**UNIVERSIDAD DE ALMERÍA.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA.**

**Máster de Intervención Psicológica en
ámbitos Clínicos y Sociales.**

Curso Académico 2011/2012.

Trabajo Fin de Máster.

**Evaluación psicológica y planteamiento de
intervención en el Centro Penitenciario de Almería
(El Acebuche).**

**Autor: Héctor Castillo Callejas.
Tutora Máster: M^a Flor Zaldívar Basurto.
Tutora Prácticas: Concepción Martos Pérez.**

INDICE:

1. INTRODUCCIÓN	Pág.4
1.1 Administración Penitenciaria	Pág.4
1.1.1 Fin de la administración penitenciaria.....	Pág.4
1.1.2 Organización penitenciaria.....	Pág.5
1.1.3 Equipo de servicio de tratamiento psicológico.....	Pág.5
1.1.3.1 Funciones del psicólogo de prisiones.....	Pág.5
1.2 Descripción contexto centro penitenciario de Almería (el Acebuche)	Pág.6
1.2.1 Población.....	Pág.6
1.2.2 Distribución área penitenciaria.....	Pág.7
1.2.3 Distribución población área penitenciaria.....	Pág.7
1.3 Programas de reeducación y reinserción	Pág.11
1.3.1 Fines del tratamiento penitenciario.....	Pág.11
1.3.2 Programa individual de tratamiento (PIT).....	Pág.11
1.3.3 Programas de intervención específica.....	Pág.11
1.3.3.1 Unidad terapéutica educativa. (UTE).....	Pág.12
• Módulos terapéuticos.	
• Grupos terapéuticos.	
1.3.3.2 Programa de intervención con agresores sexuales.....	Pág.14
1.3.3.3 Módulos de respeto.....	Pág.15
1.3.3.4 Programa de intervención con mujeres.....	Pág.15
1.3.3.5 Programa de prevención de suicidios (PPS).....	Pág.16
• Factores de riesgo.	
1.3.3.6 Violencia de género. Programa de intervención para agresores.....	Pág.17
• Objetivos del programa.	
• Características.	
2. Programas y actividades desarrolladas durante el periodo práctico.	
2.1 Entrevistas clínicas como observadores.....	Pág.18
2.2 Entrevistas internos en clasificación inicial (PIT).....	Pág.18
2.3 Entrevistas de valoración de grado penitenciario.....	Pág.19
2.4 Entrevistas a petición del interno.....	Pág.19
2.5 Evaluación y seguimiento de internos en PPS.....	Pág.19
2.6 Observador en programa de intervención en grupos de agresores sexuales.....	Pág.21
2.7 Programa de intervención con mujeres.....	Pág.22
2.8 Evaluación psicológica de J.E.F.....	Pág.25
2.9 Evaluación psicológica de P.M.R.....	Pág.27

3. Informe de caso.

3.1 Anamnesis.....	Pág.30
3.2 Capacidad intelectual.....	Pág.31
3.3 Personalidad.....	Pág.32
3.4 Valoraciones Psiquiátricas.....	Pág.33
3.5 Impresión diagnóstica.....	Pág.34
3.6 Planteamiento Intervención.....	Pág.36
3.7 Conclusiones y pronóstico.....	Pág.38

4. Referencias bibliográficas.....Pág.39

1. INTRODUCCIÓN.

Habría que empezar este trabajo fin de máster, agradeciendo al equipo de servicio de tratamiento psicológico del centro penitenciario el Acebuche, la dedicación y atención prestada durante nuestro periodo de prácticas profesionalizantes del Máster de IPACS, realizadas entre Octubre de 2011 y Mayo de 2012.

Así mismo antes de comenzar este trabajo, debemos describir en qué tipo de institución se ha desarrollado el periodo práctico y cuáles son los objetivos y la finalidad de los que parte la Administración penitenciaria en nuestro país.

1.1 La Administración Penitenciaria.

La Institución Penitenciaria es una pieza ineludible de la política de **seguridad** de un país y también de la política de **intervención social**. Solamente construyendo espacios de tratamiento, reeducación y rehabilitación para aquellas personas que han cometido un delito, podremos dar respuestas eficaces que incrementen nuestra seguridad y nuestra libertad ciudadana.

El fin encomendado constitucionalmente, y principal objetivo de la institución, es el seguimiento y dirección de todas las actividades dirigidas a la prestación del servicio público de **ejecución de las penas y medidas penales**.

Para ello se prevé la adecuada **planificación y la ordenación** de las Instituciones Penitenciarias, la **coordinación territorial** con los distintos servicios periféricos (establecimientos penitenciarios), la promoción de **proyectos de colaboración** institucional que mejoren el cumplimiento de los fines de la institución penitenciaria, así como aquellas acciones que impulsen la promoción y cumplimiento de **medidas alternativas**.

1.1.1 Objetivos de la Administración Penitenciaria.

La Administración Penitenciaria tiene claramente definidos sus fines en el **artículo 25.2 de la Constitución Española** y en el **artículo 1 de la Ley Orgánica General Penitenciaria**, resumiéndose en las siguientes:

- **Reeducación y reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad.**
- **Retención y custodia** de detenidos, presos y penados.
- **Asistencia y ayuda** de los internos y liberados.

La finalidad de la Administración Penitenciaria consiste en dirigir todos los medios personales y materiales hacia la retención y custodia de detenidos y presos, así como el **tratamiento de las personas penadas**, procurando que el régimen de cada centro garantice la convivencia ordenada de todas ellas y consiga generar, de esta forma, las **condiciones idóneas para desarrollar las actividades de tratamiento**.

El fin de la institución, es la **resocialización de sus reclusos** y para garantizar el éxito de esta finalidad son numerosísimas las **intervenciones y programas de tratamiento** que se han puesto en marcha, con la ayuda tanto de nuestros profesionales como de organizaciones externas.

Evaluación psicológica y planteamiento de intervención en el Centro Penitenciario de Almería (El Acebuche).

La finalidad de los programas de tratamiento, sobre la base de su aceptación voluntaria por parte de los internos, pretende **dotar a éstos de recursos y estrategias que les ayuden a superar sus propios problemas con el objetivo de reincorporarse a la sociedad**, siendo auténticamente libres como ciudadanos y sujetos de derechos y deberes.

1.1.2 Organización penitenciaria.

Dentro de la organización penitenciaria los diferentes puestos de trabajo y recursos humanos están dirigidos a la consecución que tiene asignada esta administración.

Así, los establecimientos penitenciarios se constituyen como núcleos urbanos autosuficientes donde desarrollan su labor multitud de profesionales. Se encuentran distribuidos en grupos englobados en las siguientes áreas de trabajo: **intervención, sanitaria, servicios y mantenimiento**, formando un equipo multidisciplinar de profesionales.

Uno de estos equipos dedicados a la intervención y donde se han desarrollado las prácticas profesionalizantes del Máster de IPACS, ha sido el **Equipo de Servicio y Tratamiento Psicológico del Centro Penitenciario de Almería**, dentro del Cuerpo superior de Técnicos de ILPP (Instituciones Penitenciarias).

1.1.3 Equipo de servicio de tratamiento psicológico.

Los Psicólogos que integran este equipo de servicio, estudian las variables que determinan el **comportamiento del interno**, para emitir informes e identificar las carencias y necesidades que deben ser tenidas en cuenta a la hora de asignar los programas de tratamiento y los modelos individualizados de intervención para cada recluso.

Son los responsables de llevar a cabo los **programas terapéuticos**.

1.1.3.1 Funciones del psicólogo e prisiones.

El artículo 282 del RP de 1981 establece que a los psicólogos les corresponden las siguientes funciones:

- **Estudiar la personalidad de los internos** desde la perspectiva de la ciencia de la psicología y conforme a sus métodos, calificando y evaluando sus rasgos temperamentales, aptitudes, actitudes y sistema dinámico-motivacional y, en general, todos los sectores y rasgos de la personalidad que juzgue de interés para la interpretación y comprensión del modo de ser y de actuar del observado.
- Dirigir la **aplicación y corrección de los métodos psicológicos** más adecuados para el estudio de cada interno, interpretar y valorar las pruebas psicométricas y las técnicas proyectivas realizando la valoración conjunta de éstas con los demás datos psicológicos, correspondiéndole la redacción del informe aportado a los equipos y la del informe psicológico final que se integrará en la propuesta de clasificación o en el programa de tratamiento.
- Asistir como vocal a las reuniones de los equipos de observación o de tratamiento, participando en sus acuerdos y actuaciones.

Evaluación psicológica y planteamiento de intervención en el Centro Penitenciario de Almería (El Acebuche).

- Estudiar los informes de los educadores, contrastando el aspecto psicológico de la observación directa del comportamiento con los demás métodos y procurando, en colaboración con aquéllos, el perfeccionamiento de las técnicas de observación.
- Aconsejar en orientación profesional, colaborando estrechamente con el pedagogo si existiera en el equipo, a aquellos internos observados que lo necesiten y cuyas circunstancias lo hagan factible, en especial a los jóvenes.
- Ejercer las tareas de psicología industrial con respecto a talleres penitenciarios y a las escuelas de formación profesional, así como las de psicología pedagógica con respecto a los alumnos de los cursos escolares establecidos en los centros penitenciarios.
- Ejecutar los métodos de tratamiento de naturaleza psicológica señalados para cada interno, en especial los de asesoramiento psicológico individual y en grupo, las técnicas de modificación de actitudes y las de terapia de comportamiento.
- Cumplir cuantas tareas le encomiende el director concerniente a su cometido. También encontramos otras referencias a las funciones del psicólogo en los artículos 110, apartado b), y 174.2, apartado d), del nuevo RP, donde, si bien de forma expresa no aluden al psicólogo, bien es cierto que su desarrollo sólo puede ser llevado a cabo por psicólogos.

1.2 CONTEXTO PENITENCIARIO.

1.2.1 Población:

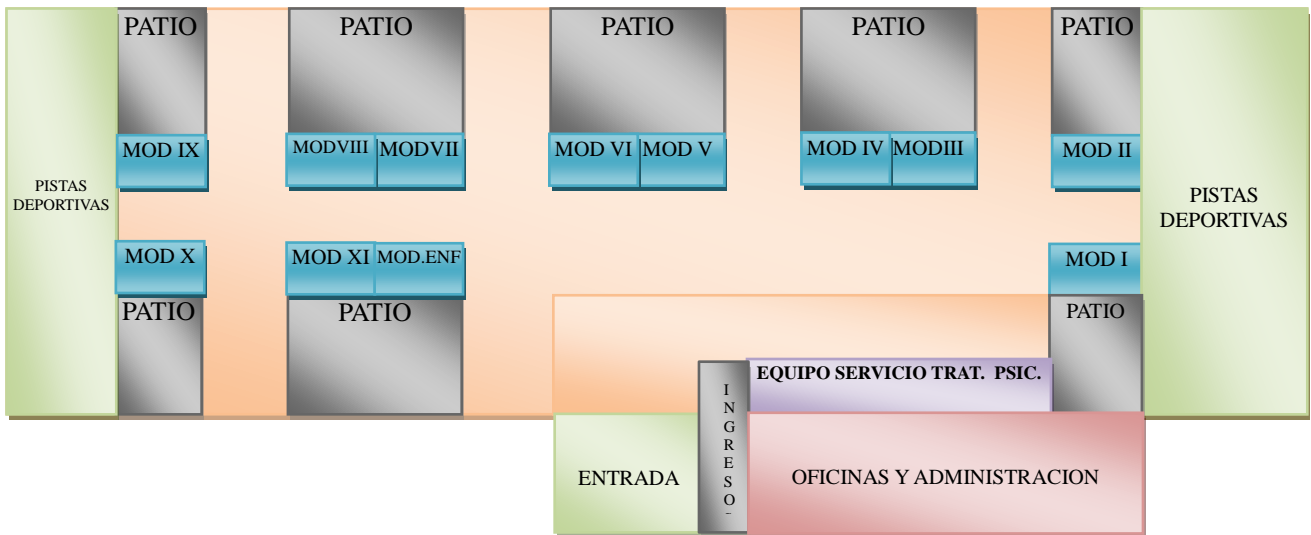
La gran mayoría de personas internas en el centro penitenciario de Almería son hombres adultos. De un total de 784 internos un 89,6% son hombres, el 5,76% son mujeres adultas, lo que conforma un total de 49 internas y el 4,64% restantes son jóvenes de hasta 21 años que hace un total de 42 internos.

Además hay internos que están cumpliendo una medida de 3º grado que no residen dentro del centro penitenciario si no fuera del mismo, con los que no se trabaja directamente a no ser que así se precise o lo requieran ellos mismos.

Estos datos están basados en las cifras a fecha 25/04/12 con un total de 875 internos.

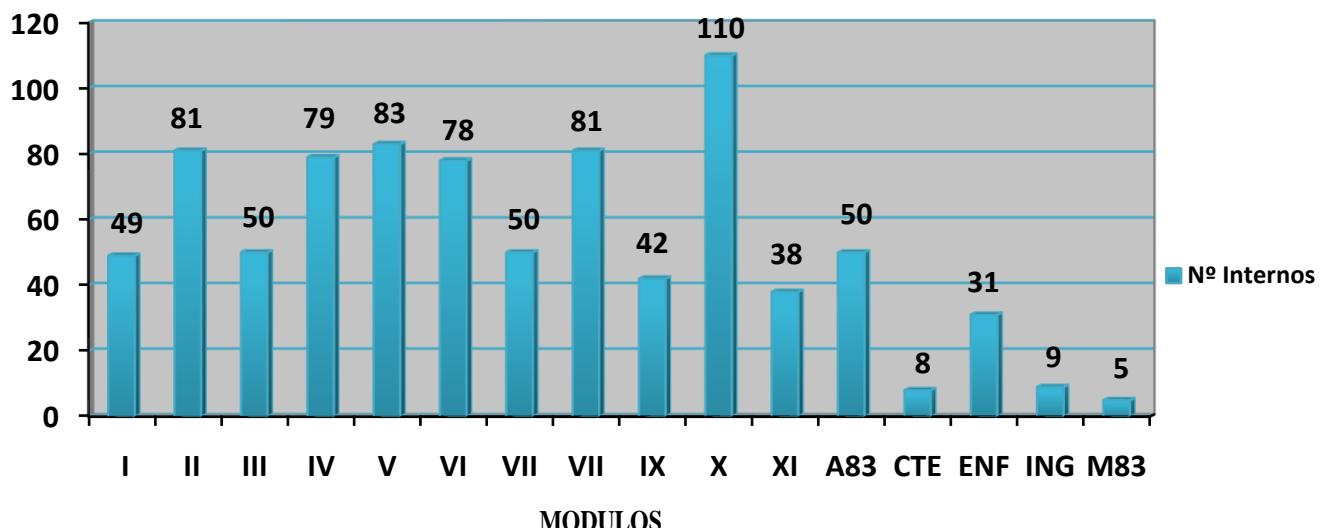
1.2.2 Distribución área penitenciaria:

Ésta sería la distribución en diferentes módulos donde residen los internos la mayor parte del tiempo y según las características y tipología de éstos irán a uno u otro.



1.3 Distribución de la población dentro del área penitenciaria:

Estos datos estarían actualizados a fecha 25/04/12, en el centro penitenciario de Almería con una población total de 875 internos, distribuidos en 17 módulos o grupos dependiendo de la situación penal, de las características personales y de las necesidades de los internos.



MOD I: Módulo de respeto.

Población: Mujeres adultas.

Tipología: Penadas y preventivas.

Nº internas: 49

En este módulo está implementado un programa de intervención específico basado en las buenas interrelaciones y en el cuidado de espacios privados y comunes como pilares básicos. Lo que se pretende es que el sujeto modifique su conducta debido al control que ejerce el grupo de influencia que integra el módulo, como reflejan los estudios de conformidad de Solomon Asch.

MOD II: Módulo de respeto

Población: Hombres adultos

Tipología: Penados y preventivos.

Nº internos: 81

Al igual que en MOD I se interviene con un programa basado en unos principios básicos de convivencia y respeto contrario a actitudes delictivas, carcelarias y de consumo de sustancias.

MOD III.

Población: Hombres adultos

Tipología: Penados.

Nº Internos: 50

Este módulo está compuesto de varones adultos que han sido juzgados, condenados y en la actualidad cumplen su medida en este módulo del centro penitenciario. Aquí el programa implementado es el PIT, así que según las características y necesidades del interno se proponen unos objetivos específicos, unas actividades prioritarias y otras complementarias que son revisadas periódicamente.

MOD IV.

Población: Hombres adultos

Tipología: Penados.

Nº Internos: 79

Este módulo está compuesto de varones que han sido juzgados, condenados y en la actualidad cumplen su condena en este módulo del centro penitenciario al igual que el Módulo III.

MOD V.

Población: Hombres adultos

Tipología: Preventivos primarios.

Nº Internos: 83

Compuesto por hombres con una medida de internamiento preventiva a la espera de una sentencia y que es la primera vez que ingresan en prisión.

MOD VI.

Población: Hombres extranjeros.

Tipología: Penados

Nº Internos: 78

Este módulo está compuesto de hombres adultos en su mayoría árabes, aunque hay de varias nacionalidades. En un principio, se agrupó a todos los árabes en un mismo módulo por comodidad a la hora de poner en práctica sus costumbres, pero hoy en día se está valorando la posibilidad de repartirlos en los demás módulos para promover la integración social dentro del centro penitenciario.

A este módulo también llegan internos que han pasado por varios módulos derivados por diferentes cuestiones, como pueden ser, altercados, peleas, discusiones y/o persecuciones.

MOD VII

Población: Hombres adultos

Tipología: Preventivos reincidentes.

Nº internos: 50

Compuesto por hombres que son reincidentes, han estado anteriormente condenados en prisión y que han vuelto a delinquir.

MOD VIII

Población: Hombres adultos

Tipología: Preventivos primarios.

Nº internos: 81

Compuesto por hombres con una medida de internamiento preventiva, a la espera de una sentencia y es la primera vez que ingresan en prisión al igual que el MOD V.

MOD IX.

Población: Hombres jóvenes menores de 21 años.

Tipología: Menores de 21 años.

Nº internos: 42

En este módulo residen hombres jóvenes menores de 21 años, ampliables hasta 25 años dependiendo de las características del interno, de su seguridad y evolución en el centro penitenciario.

MOD X.

Población: Hombres adultos

Tipología: Penados en 2º grado.

Nº internos: 110

Lo componen hombres adultos penados en 2º grado, que desempeñan distintas funciones dentro del recinto carcelario y por el que reciben una remuneración económica.

MOD XI.

Población: Hombres adultos.

Tipología:

Nº internos: 38

Dentro de este módulo, se dispone de una parte de internamiento y aislamiento provisional para internos que se muestren agresivos o tengan conductas disruptivas y contrarias al orden y la convivencia.

MOD Enfermería.

Población: Hombres adultos.

Tipología: Enfermos con problemas físicos y/o mentales.

Nº internos: 31

Lo componen hombres con algún tipo de problema o trastorno ya sea físico o mental, también ingresan en este módulo los internos que hayan sufrido algún tipo de pérdida de control o que se prevé que pueda tener algún comportamiento que ponga en peligro su salud o la de los demás internos.

MOD Ingresos.

Población: Todos los ingresos

Tipología: Todos los ingresos

Nº Internos: 9

Éste sería el primer módulo por el que pasan todos los internos una vez llegan al centro penitenciario. Aquí, el interno permanecería hasta que se lleve a cabo la clasificación (ver protocolo de actuación ante ingresos) y se derive al módulo donde en un principio resida dependiendo de las características y necesidades de cada caso.

A-83.

Población: Hombres adultos

Tipología: 3º grado

Nª Internos: 50

Lo componen hombres adultos que sólo acuden a la cárcel a pernoctar, ya que durante el día lo pasan fuera del centro penitenciario desarrollando actividades laborales.

M-83.

Población: Hombres adultos.

Tipología: 3º grado

Nº internos: 5

Lo componen hombres adultos que sólo acuden a la cárcel a pernoctar, ya que durante el día lo pasan fuera del centro penitenciario desarrollando actividades laborales.

M-82. Tipología y

Población: Hombres adultos.

Tipología: 3º grado.

Nº internos:

Lo componen internos que se les ha concedido el tercer grado y que por lo tanto permanecen en prisión de lunes a viernes y generalmente salen de permiso los fines de semana.

CT. Comunidades terapéuticas.

Población: Hombres adultos.

Tipología: Hombres 3º grado con problemas de consumo de abuso y adicción a las drogas.

Nº internos: 8

Hombres adultos que cumplen su condena fuera del recinto penitenciario, son ambientes residenciales, libres de droga, que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces.

1.3 PROGRAMAS DE REEDUCACIÓN Y REINSERCIÓN.

1.3.1 Objetivos del tratamiento penitenciario.

Siguiendo el mandato constitucional que en su art. 25.2 dispone que “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social”, el sistema penitenciario español concibe el tratamiento penitenciario como el conjunto de actuaciones directamente dirigidas a la consecución de este fin.

Nuestro sistema penitenciario parte de una concepción de intervención en sentido amplio, que no sólo incluye las actividades terapéutico-asistenciales sino también las actividades formativas, educativas, laborales, socioculturales, recreativas y deportivas.

En este sentido, la Administración Penitenciaria orienta su intervención y tratamiento hacia la promoción y crecimiento personal, la mejora de las capacidades y habilidades sociales y laborales y la superación de los factores conductuales o de exclusión que motivaron las conductas criminales de cada persona condenada.

1.3.2 Programa individualizado de tratamiento (PIT).

Los objetivos arriba mencionados se integran y formalizan en un plan individual, continuo y dinámico, denominado **programa individualizado de tratamiento (PIT)**.

En su elaboración se tienen en cuenta aspectos como ocupación laboral, formación cultural y profesional, aplicación de medidas de ayuda, tratamiento y las que hubieran de tenerse en cuenta para el momento de su liberación. La propuesta de este programa coincide con el momento de la clasificación inicial del penado o penada, y es revisado periódicamente coincidiendo con la revisión de grado, que será como máximo cada seis meses.

En su elaboración se tienen en cuenta aspectos como ocupación laboral, formación cultural y profesional, aplicación de medidas de ayuda, tratamiento y las que hubieran de tenerse en cuenta para el momento de su liberación.

Niveles:

En el programa individualizado de tratamiento se asignan a cada interno o interna dos niveles de actividades:

- **Actividades prioritarias:**

Entendidas como tales las que están encaminadas a subsanar las carencias más importantes de un sujeto y en las que, o bien se interviene sobre los **factores directamente relacionados con su actividad delictiva** (drogodependientes, agresores sexuales etc.) o bien sobre sus **carencias formativas básicas** (analfabetismo, carencia de formación laboral etc.)

- **Actividades complementarias:**

Se trataría de actividades que no están relacionadas tan directamente con la etiología delictiva del sujeto, ni con sus carencias formativas básicas, pero que complementan a las prioritarias, dando al interno una **mejor calidad de vida y más amplias perspectivas profesionales, educativas o culturales**.

El cumplimiento de cada interno e interna de su Programa Individualizado de Tratamiento es **voluntario**.

1.3.2 Programas de intervención específicos.

En este apartado se desarrollarán los programas de intervención en los que se ha participado dentro del centro penitenciario, ya sea como observador o como terapeuta.

1.3.2.1 U.T.E (Unidad terapéutica educativa):

Próximamente está prevista la creación de la UTE dentro del centro penitenciario de Almería, un nuevo espacio con una capacidad para 50 internos, en la que se desarrollaría un programa similar al que se lleva a cabo en los módulos de respeto con una intervención psicológica terapéutica y educativa más continua y directa.

Se pretende proporcionar a los internos una atención en jornada completa, desarrollándose la mayor parte de las actividades propias del programa (terapéuticas, educativas, ocupacionales, formativo-laborales, etc.) en el interior del módulo.

Evaluación psicológica y planteamiento de intervención en el Centro Penitenciario de Almería (El Acebuche).

Así se desarrolla una acción educativa intensa, para que los internos puedan alcanzar autocontrol, autoestima, confianza, responsabilidad, motivación y la utilización del tiempo libre para encontrar satisfacciones personales y el abandono de conductas adictivas.

Para que ello se considera fundamental el desarrollo de las áreas dirigidas a la motivación hacia el cambio, el aprendizaje social, enfatizando principalmente la prevención de recaídas, el aprendizaje de habilidades sociales, la educación para la salud y la formación y orientación sociolaboral.

Al mismo tiempo se considera básica, dentro de las posibilidades individuales penales y penitenciarias, la orientación y derivación del interno hacia intervenciones extrapenitenciarias, de carácter terapéutico, formativo-laboral o de inserción sociolaboral.

- **Módulos terapéuticos.**

Son módulos independientes que albergan a internos en programa integral de drogodependencias. Se constituye un espacio socioeducativo y terapéutico, libre de las interferencias que genera la droga, fomentando cambios en los hábitos, actitudes y valores de los internos e internas residentes, creando un ambiente dinámico y personalizador, en el que adquiere mayor eficacia la intervención multidisciplinar dirigida a la normalización y reincorporación social de los internos e internas.

Se proporciona a los internos una atención en jornada completa, desarrollándose la mayor parte de las actividades propias del programa (terapéuticas, educativas, ocupacionales, formativo-laborales, etc.) en el interior del módulo.

Se desarrolla una acción educativa intensa, para que los internos puedan alcanzar autocontrol, autoestima, confianza, responsabilidad, motivación y la utilización del tiempo libre para encontrar satisfacciones personales y el abandono de conductas adictivas.

Se considera fundamental el desarrollo de las áreas dirigidas a la motivación hacia el cambio, el aprendizaje social, enfatizando principalmente la prevención de recaídas, el aprendizaje de habilidades sociales, la educación para la salud y la formación y orientación socio-laboral.

Se considera básica, dentro de las posibilidades individuales penales y penitenciarias, la orientación y derivación del interno hacia intervenciones extrapenitenciarias, de carácter terapéutico, formativo-laboral o de inserción sociolaboral.

- **Grupos terapéuticos.**

Los ejes de la intervención son los grupos terapéuticos y el ambiente en el módulo, para estimular y recompensar los avances, que se reflejan en ir adquiriendo mayores niveles de responsabilidad. El grupo terapéutico es un poderoso factor de cambio en el estilo de vida y facilita de manera más interpersonal la normalización de las relaciones.

Es en el grupo donde se establecen para el interno las tareas y se programan los objetivos, por el grupo pasan todas las esperanzas y cambios de motivación, donde se controlan actitudes y comportamientos y donde el interno se va ganando el reconocimiento de sus compañeros y se van consolidando los avances. Se espera que el interno adopte un papel cada vez más activo a la hora de mantener el ambiente creado, en lo que se refiere al comportamiento y la actuación de otros internos, y que adquiera un comportamiento modificado y más maduro por su parte.

Además del uso del entorno y de las sesiones grupales como medios para fomentar los cambios, se realizan asesorías individuales, psicológicas, educativas, laborales y sociales.

1.3.2.2 Programa de intervención con agresores sexuales.

La gravedad de este tipo de delito y la existencia de elevadas tasas de reincidencia en algunos casos, justifican por sí mismos la necesidad de desarrollar una intervención específica para este tipo de internos. Así el artículo 116 del Reglamento Penitenciario expresamente señala que la Administración Penitenciaria podrá realizar programas de tratamiento destinados a agresores sexuales.

Este programa de intervención que funciona en el centro penitenciario desde hace algunos años, es totalmente voluntario, además se protege la integridad e información personal del interno para que no haya represarías por parte de los demás internos.

Los agresores sexuales constituyen un colectivo muy heterogéneo, en los que se encuentran diversas tipologías. Comúnmente se distinguen dos grandes grupos: agresores de mujeres adultas y agresores de menores. El programa de tratamiento se dirige a ambos tipos de internos. Semanalmente se celebran sesiones grupales de terapia, que se mantienen durante aproximadamente dos años.

En la aplicación de este programa existen dos fases claramente diferenciadas:

Una evaluación pormenorizada de cada individuo, y **una intervención psicosocial** a través del programa grupal.

Durante el periodo de intervención, hay varias líneas prioritarias de actuación:

- Aumentar la conciencia del interno acerca de las causas que le han llevado a cometer delitos sexuales.
- Incrementar la empatía hacia la víctima, tomando conciencia del daño causado.
- Asumir la responsabilidad delictiva, eliminando todo tipo de justificaciones.
- Modificar patrones de pensamiento que conllevan interpretaciones erróneas de las situaciones o de los comportamientos de otras personas.
- Aprender pautas de conducta adaptadas y aumentar la capacidad de autocontrol.
- Modificar los estilos de vida desorganizados y poco saludables.
- Detectar de forma temprana la aparición de posibles factores de riesgo de reincidencia.

Está basado en una educación y una formación básica en habilidades sociales, en educación sexual y en el respeto y convivencia con el prójimo, sobre todo con las personas del sexo contrario.

1.3.2.3 Módulos de respeto:

El objetivo de los Módulos de Respeto es lograr un clima de **convivencia y máximo respeto entre los residentes** del módulo. En ellos el interno deja de vivenciar el módulo y sus normas como “algo impuesto” para considerarlo como “algo propio”.

El factor fundamental es la participación del interno en la vida, las tareas y las decisiones del módulo, a través de grupos de trabajo y comisiones de internos.

La inclusión del interno al Módulo de Respeto es voluntaria y lleva implícita la aceptación de las normas del departamento, que regulan:

- El **área personal** referente a higiene, aspecto, vestuario y cuidado de celda
- El **área de cuidado del entorno** (tareas de módulo) relativa a la utilización y mantenimiento de los espacios comunes
- El **área de relaciones interpersonales** que incluye todas las interacciones del sujeto: con otros internos, con funcionarios, terapeutas y personal del exterior
- El **área de actividades**, que regula la programación de actividades de cada interno de acuerdo a un Programa Individual de Tratamiento (PIT), independientemente de las tareas de módulo que le corresponda a su grupo

Aunque todo lo anterior también es de aplicación a los internos incluidos en departamentos ordinarios, lo que realmente marca la diferencia es el sistema de organización, que pivota sobre tres ejes: la participación activa de los internos, la organización en grupos de tareas y una evaluación inmediata de las actividades realizadas y del comportamiento individual y colectivo.

1.3.2.4 Programa de intervención con mujeres.

En los últimos años ha habido un fuerte incremento de mujeres encarceladas, entre otros motivos, por el gran número de mujeres extranjeras que cumplen condenas largas por tráfico de estupefacientes. Actualmente la población reclusa femenina es de aproximadamente un 8% del total de la población penitenciaria.

En las prisiones de nuestro país gestionadas por y para hombres, la mujer encarcelada ha ocupado siempre una posición muy secundaria debido a su menor entidad numérica y su falta de conflictividad.

Es por ello que desde el año 2009 se ha ido implementado paulatinamente el "Programa de Acciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en el ámbito penitenciario" con acciones específicas y transversales encaminadas a:

- Superar los **factores de especial vulnerabilidad** que han influido en la inmersión de las mujeres en la actividad delictiva
- Erradicar los **factores de discriminación** basados en el género dentro de la prisión
- **Atención integral** a las necesidades de las mujeres encarceladas
- Favorecer la erradicación de la **violencia de género** especialmente las secuelas psíquicas, médicas, adicciones, etc., asociadas a la alta prevalencia de episodios de abusos y maltrato en el historial personal de muchas de ellas.

1.3.2.5 Programa de prevención de suicidios (PPS).

La conducta suicida de las personas ingresadas en prisión es una de las mayores preocupaciones de las Instituciones Penitenciarias de toda Europa.

Dado que corresponde a la Institución Penitenciaria “velar por la vida, la integridad y la salud de los internos e internas” (artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria) la Administración Penitenciaria española, desde hace años, viene desarrollando en todos sus establecimientos penitenciarios programas individualizados de detección y prevención de conductas suicidas.

• Factores de riesgo

Dentro de prisión, algunos de los factores que pueden llevar a una persona a pensar en atentar contra su propia vida son:

- El **propio impacto** que puede producir en un recluso su **ingreso en prisión**.
- La comisión de **delitos graves** contra las personas.
- La existencia de **antecedentes** de conductas autolesivas.
- El descubrimiento o agravamiento de una **enfermedad grave**.
- **Pérdidas o rupturas familiares**.
- El **aislamiento social y trastornos psicopatológicos** son también factores de riesgo de intento de suicidio.

El **momento del ingreso** en un establecimiento penitenciario es clave para la detección de posibles factores de riesgo o conductas suicidas, pero también, durante la estancia en prisión, los internos e internas son observados por cualquiera de los profesionales penitenciarios en los distintos ámbitos en que desarrollan sus actividades, que ponen en conocimiento cualquier información relevante al respecto.

Es responsabilidad de todo el personal de la Administración Penitenciaria el detectar cualquier posible conducta suicida. El procedimiento de actuación viene regulado en la Instrucción 14/2005.

Objetivos de programa:

- Aplicar sistemáticamente **pautas de prevención** a los grupos definidos de riesgo.
- **Detectar** internos con problemas específicos que puedan derivar en una conducta autolítica.
- **Evitar** el desenlace negativo de los internos incluidos en el protocolo de intervención.
- Determinar claramente el **proceso y pautas de intervención** por parte de los distintos profesionales de vigilancia, tratamiento y sanidad.

1.3.2.6 Violencia de género. Programa de intervención para agresores.

El programa de tratamiento para agresores de género se considera un programa prioritario. Se encuentra implantado en varios establecimientos penitenciarios.

Este programa se destina a internos que han cometido delitos de violencia de género en el ámbito familiar, es decir contra sus parejas y ex parejas. El manual de intervención está publicado en la serie Documentos Penitenciarios bajo el título "Violencia de género. Programa de intervención para agresores".

- **Objetivos del programa.**

Disminuir la probabilidad de reincidencia en actos de violencia de género por parte de personas condenadas por delitos relacionados.

Modificar actitudes sexistas y desarrollar pautas de comportamiento que respeten la igualdad de género.

- **Características.**

El programa de tratamiento se estructura en una serie de unidades progresivas en las que se intenta modificar y mejorar las variables relacionadas con la violencia de género. Tiene un formato grupal, celebrándose sesiones semanales durante aproximadamente un año.

La intervención es de tipo psicoterapéutico y educativo. Incluye aspectos como los siguientes:

- Toma de conciencia y modificación de pensamientos, actitudes y creencias de tipo sexista, que justifican la desigualdad de género.
- Identificación de las distintas formas en las que se ejerce la violencia de género.
- Asunción de la responsabilidad, eliminando estrategias defensivas o justificadoras de los hechos violentos.
- Desarrollo de la empatía hacia las víctimas de los malos tratos.
- Especial énfasis en los hijos como víctimas directas de la violencia de género, reconociendo formas de abuso e instrumentalización.

2 Programas y actividades desarrolladas durante el periodo práctico.

Durante el periodo de prácticas del Máster de IPACS se han desarrollado varias funciones relacionadas con las actividades que realiza el Equipo de Tratamiento Psicológico del Centro Penitenciario el Acebuche.

2.1 Entrevistas clínicas como observadores:

Durante las primeras jornadas, nuestra función era la de acompañamiento de los psicólogos del equipo de tratamiento durante las entrevistas clínicas que realizaban por los módulos. Éstas podían estar motivadas por varios asuntos:

- Demanda de los internos mediante instancias enviadas por ellos mismos a este servicio.
- Revisiones de grados y permisos.
- Revisiones de evolución del interno dentro del sistema penitenciario.

Nuestra función aquí era la de meros observadores, aprendiendo la dinámica de las mismas y adquiriendo los conocimientos y habilidades necesarias para proceder ante las demandas de los internos.

2.2 Entrevistas internos en clasificación inicial (PIT).

En este tipo de entrevistas lo que se procura es sacar la información necesaria y relevante de cara a tomar una decisión que favorezca una clasificación inicial, ajustada a las características del interno mediante la evaluación de las áreas más importantes en este sentido:

1º Análisis de carencias, necesidades e intereses:

Se hace una evaluación de las características del interno: déficits, necesidades y motivaciones del interno ya sean formativas, profesionales, sociales o de consumo.

2º Objetivos específicos:

Una vez tenemos un perfil del interno en el que podemos observar cuales son las áreas deficitarias a trabajar reforzar o desarrollar, se marcan unos objetivos para trabajar de manera específica con el interno.

3º Actividades prioritarias:

Para la consecución de esos objetivos específicos el interno debe asistir a una serie de actividades prioritarias que se desarrollan dentro de unos programas, estas actividades pueden ser laborales, educativas, terapéuticas o formativas. Estas actividades ayudan a cumplir los objetivos de reeducación y reinserción social de los internos.

4º Actividades complementarias:

Aparte de las actividades prioritarias, se programan también otras más de tipo lúdico y social que ayuden al interno a ocupar el tiempo libre en algo productivo que le aleje de otro tipo de actividades menos beneficiosas, como pueden ser actividades ocupacionales, deportivas o culturales.

5º Observaciones:

Aquí se apunta cualquier información relevante para la consecución del PIT.

2.3 Entrevistas de valoración de grado penitenciario:

Este tipo de entrevistas se realizan cada 6 meses, normalmente para ver la evolución del interno dentro del PIT (Programa individual de tratamiento), revisar si aún no ha alcanzado los objetivos propuestos y debe seguir dentro de este programa o por el contrario habría que realizar alguna adaptación en el PIT.

Dependiendo de la evolución del interno y de su medida de internamiento se valora la posibilidad de un cambio de grado de la condena que está cumpliendo.

Este tipo de entrevistas, se realizan con normalidad debiendo recoger la información relevante para luego ponerla en común en una comisión que decida qué es lo mejor para el interno.

2.4 Entrevistas a petición del Interno:

Mediante un sistema de solicitud de comunicación con el equipo de tratamiento Psicológico, a través de instancias, el interno demanda el contacto con los profesionales de este servicio por varios motivos, preguntas o dudas, para conocer como la evolución de su expediente.

La mayoría de estos contactos no tienen que ver con una intervención psicológica como tal, si no mas con un asesoramiento o “counseling” sobre cuál es el camino a seguir para la consecución de su propuesta, derivando y responsabilizando al interno como parte activa del resto de su condena y medida, y de lo que ocurra en un futuro próximo. Este tipo de contactos también se realizan diariamente durante las rondas de contactos con los internos.

2.5 Evaluación y seguimiento de internos en PPS.

En una de las entrevista de clasificación inicial llevadas a cabo, se observa como el nuevo ingreso cumple varios de los factores de riesgo para llevar a cabo una conducta autolesiva, por lo que se inicia el protocolo del Programa de prevención de suicidios.

J.R.B de 35 años, ingresa en prisión por segunda vez, el preso muestra un carácter serio, se le pregunta por su estado de ánimo y dice que está muy nervioso aunque no lo parezca, que tiene el corazón acelerado, las piernas temblando, por ello, se le ha proporcionado una medicación para controlar esos nervios, estos síntomas podrían ser también consecuencias de un síndrome de abstinencia.

Se le pregunta por el hecho delictivo y por su situación familiar. Está casado, aunque separado no de manera formal de su mujer y sus dos hijos están en Ecuador, país natal de su mujer. Reseña querer viajar Ecuador para ver a sus hijos y que eso es lo único que le importa.

Evaluación psicológica y planteamiento de intervención en el Centro Penitenciario de Almería (El Acebuche).

El interno afirma que ha sido consumidor de cocaína, heroína y hachís, según él, ahora sólo consumía hachís, aunque también quería dejarlo. Su discurso parece también aprendido y muy deseable socialmente, queriendo dar la imagen de una persona que se preocupa por su futuro, su salud y su familia.

Cuando se le pregunta por ideas autolíticas asegura que se ha intentado quitar la vida en dos ocasiones, una cortándose las venas y otra tomándose un bote de Trankimazin que compró en la calle, aunque comenta que no lo ha vuelto a intentar.

El interno cumple varios factores de riesgo para cometer conductas autolesivas:

1º Nuevo ingreso en prisión: el ingreso en prisión es una situación estresante para el interno que puede provocar o motivar estas ideas.

2º Tiene una situación familiar complicada: su mujer le ha abandonado y se ha llevado a sus hijos a otro país imposibilitando un régimen de contactos con ellos.

3º Muestra varios antecedentes de conductas autolesivas.

Con la información recogida durante la entrevista y observando el perfil del nuevo ingreso se propone el traslado al módulo II, módulo de respeto y se le introduce en el Programa de Prevención de Suicidio PPS, mediante el cual se le asigna un compañero que va estar pendiente de él en la celda, al igual que se activa todo el personal que trabaja en ese módulo y el control de los funcionarios, para que observen al interno, así como no se le permite el acceso a objetos con los que pueda atentar contra su vida.

Se proponen tres líneas de trabajo con este recluso:

1º Apoyo social: Centrarnos en la relaciones de amistad que ha comentado que tiene en la calle durante la entrevista y que pueden ayudarle en estos primeros momentos.

2º Asesoramiento jurídico: Trabajar con los juristas la posibilidad de poder iniciar un trámite para ponerse en contacto con sus hijos. Para motivar en esta dirección redefiniendo la condena en algo productivo y positivo para hacer cosas.

3º Redefinir la condena en positivo: Aprovechar la condena para hacer algo positivo para él mismo como persona.

- Estudiar ESO.
- Hacer deporte.
- Aprovechar el tiempo más que en la calle.
- Mejora física y psíquica.

Planteando estas líneas de trabajo con el interno, se abre una ventana hacia el futuro, marcando unos objetivos y unas actividades para la consecución de éstos, que pueden ayudar a mejorar tanto su estado físico y mental de cara a una reinserción social, familiar y laboral efectiva. De esta manera, el interno ve la condena como algo beneficioso, en vez de como algo aversivo o negativo que le incite a cometer conductas autolesivas.

A la siguiente semana, se hizo un seguimiento de este caso para ver cómo ha evolucionado según indica el PPS. Y se pudo observar como el interno había mejorado tanto física como psicológicamente, ya que sus planteamientos y cogniciones ya no eran tan negativas como el primer día de ingreso en prisión, el propio interno afirma estar motivado, sentirse más fuerte y no pensar en atentar contra su salud gracias a la ayuda del interno que se le ha puesto como compañero dentro del PPS. Se ha apuntado a clases para la obtención del título del graduado y a talleres con lo que se demuestra que hay una motivación y que la idea de hacerse daño ha desaparecido.

2.6 Observador en Programa de intervención en grupos de agresores sexuales.

Estos internos participan en un programa de intervención dirigido a disminuir la probabilidad de reincidencia en actos de violencia de género, modificar actitudes sexistas y desarrollar pautas de comportamiento que respeten la igualdad de género.

En la sesión participan tres internos acusados de delitos sexuales. Los traslados de estos internos se hacen de manera discreta, alegando talleres de HHSS por temor a represalias de los demás internos.

En esta sesión se va a tratar el lenguaje no verbal dentro de la unidad de educación sexual. Las sesiones siguen un manual de documentos Penitenciarios "El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario", con ejercicios, dinámicas y ejemplos.

En esta unidad es clave en el proceso educacional general. En ella el interno practicará activamente, sobre la base de situaciones reales o imaginarias, el procesamiento de la información inmersa en un contexto sexual. Se pretende que el interno sea capaz de identificar los mensajes sexuales, de valorar los adecuadamente y de discriminarlos de los mensajes no sexuales del ambiente social.

La sesión de hoy se divide en varias partes:

Introducción: ¿qué es el lenguaje no verbal?

El psicólogo, a través de la lectura de un texto, introduce a los internos en qué consiste el lenguaje no verbal. Dentro del grupo hay internos de varios niveles culturales y formativos, por lo que el lenguaje y los términos utilizados se adaptan a los perfiles más deficitarios. Así, se explica cómo unas veces no se expresa con palabras lo que se expresa mediante el cuerpo, los gestos y las expresiones; se pone el ejemplo de cómo una caricia puede transmitir mucha información.

¿Para qué sirve el Lenguaje NV?

Se les expone la utilidad del lenguaje no verbal y cómo éste expresa nuestro estado de ánimo, cómo sin palabras podemos saber si algo le pasa a alguien, así el Psicólogo va poniendo varios ejemplos que demuestran su utilidad. Los internos participan poniendo ejemplos o preguntando dudas. Así como la sonrisa sería evolución más formal de las caricias y de los abrazos en la sociedad actual.

Malinterpretaciones del lenguaje NV y consecuencias derivadas de ello.

Aquí se lee un texto en el cual una chica joven sonríe a un chico en una discoteca y cómo se acercan y bailan mientras gesticulan, el Psicólogo anima a que los internos participen a la hora de expresar sus pareceres y se intenta poner en común qué pasaría si se malinterpretase los gestos de unos y otros, es decir, si se distorsionase el sentido del lenguaje NV, o si el hombre malinterpretase los gestos de la chica, o lo interpretase como algo sexual cuando no lo es.

Aclaraciones y cuestiones pendientes.

Al final de la sesión se intenta aclarar todos los aspectos que no han quedado suficientemente claros mediante otros ejercicios que se hacen en común. El psicólogo procura que quede bien claro, cual es el objetivo del taller, cual es el mensaje y los matices principales de los ejercicios y actividades.

Se hace hincapié en que cuando un mensaje no verbal no está suficientemente claro hay que sacar más información que nos ayude a no distorsionar ese mensaje y a entender a la persona con la que se interacciona.

Para terminar la sesión, se describen gestos verbales y se les pregunta a los presos que interpretan con ese gesto y que es lo más habitual. También se habla de la importancia del aspecto físico y como este también aporta mucha información paralela a al lenguaje NV.

2.7 Programa de intervención con mujeres.

En este taller el grupo de alumnos del Máster de IPACS participaron como observadores en una sesión y como terapeutas en una sesión posterior, siguiendo el manual de violencia de género del programa de intervención para agresores PRIA.

En esta sesión se da la unidad sobre distorsiones cognitivas y creencias irracionales, en concreto se habla de los estereotipos. Los objetivos planteados en esta unidad son:

- Explicación de la influencia de las creencias personales y los esquemas mentales en la manera de sentir y actuar.
- Identificación y abordaje de los errores más comunes de pensamiento.
- Modificación de las ideas estereotipadas relacionadas con los roles del varón y la mujer, así como las que justifican el uso de la violencia.

La rutina de preparación del taller consiste en:

1. Acondicionar la sala para impartir el taller según las necesidades de la sesión que se va a tratar, mobiliario, recursos audiovisuales y multimedia.
2. Se devuelven las tareas corregidas de la sesión anterior, se refuerzan las actividades completadas y se resuelven las dudas que se han quedado pendientes.
3. Se recogen las tareas que se han encargado de la semana anterior y se resuelven posibles dudas que hayan surgido al realizar la tarea.
4. Se pone en común la actividad de video fórum que se había mandado para el día de antes, cada participante da su opinión sobre la película y comentan todo lo que les ha llamado la atención de la película. Todas las internas participan, ya que se comprometan a ello y a tener una buena disposición para estar en este grupo y en este taller.
5. Comienza el taller y se hace una introducción acompañada de una presentación en PowerPoint, sobre lo que son los estereotipos en general, de esta manera se va introduciendo a las internas en materia, el taller es muy dinámico y participativo. A través de metáforas y ejemplos se va introduciendo el concepto de estereotipo en general.
6. Se realizan las actividades programadas para este módulo y se hacen grupos para la puesta en común, en este caso se hacen varias actividades relacionadas con los estereotipos masculinos y femeninos y así se van dando cuenta las internas de lo que importantes que son en nuestra cultura, en nuestra educación y como gracias a éstos, nosotros mismos tenemos prejuicios a la hora de tratar con personas de otro sexo, raza o religión.

Evaluación psicológica y planteamiento de intervención en el Centro Penitenciario de Almería (El Acebuche).

7. Se propone una dinámica de relajación en la que las internas cierran los ojos y piensan en los roles que desempeñaban sus madres y sus padres, aquí lo que se trata es que se den cuenta del rol que desempeñaba su madre y su padre y profundizaren los estereotipos de género que tienen ellas.

El objetivo de esta dinámica es que reflexionen sobre sus propios estereotipos y vean desde otra perspectiva, si su manera de ver la vida está, en este sentido, marcada por los estereotipos de género masculinos y/o femeninos.

8. Para terminar el taller se les pregunta a las internas por sensaciones y pareceres con las que se van del taller y resolver posibles dudas pendientes, así como sobre la tarea que se les ha enviado.

Para la sesión como terapeutas el tema elegido son las habilidades de competencia social, dentro de la unidad de identificación y expresión de emociones, siguiendo el Manual de violencias de género del programa de intervención para agresores PRIA.

Los objetivos planteados, actividades e incidencias del taller se apuntan en unas hojas de registro. Los objetivos de esta unidad son:

- Identificación y expresión de emociones propias.
- Desarrollo de la conciencia emocional de los participantes.
- Análisis crítico de la concepción de amor romántico y de sus mitos.
- Reflexión sobre la dependencia emocional en las relaciones de pareja.

Al igual que en la sesión anterior se adapta el aula a las necesidades del grupo y de la temática a tratar en la sesión. Posteriormente se completa un ficha de cómo se ha desarrollado la sesión.

1. Desarrollo de la sesión:

a) Actividades y ejercicios realizados:

Se introduce el tema de habilidades de competencia social mediante teoría, haciendo partícipes al grupo con preguntas y ejemplos.

El taller continúa con las actividades programadas en el manual, ejercicios de jeroglíficos, ejercicios prácticos y role playing.

b) Nivel de cumplimiento de objetivos:

El nivel de cumplimiento ha sido alto, debido a la buena predisposición y participación de las 11 asistentes al taller. Entendieron la mayoría de conceptos expuestos y realizaron todas las actividades programadas.

c) Dificultades y aspectos a mejorar:

Quizás sería conveniente mejorar la participación individual de las internas ya que tienden a hacer las actividades en grupo cuando no entienden bien la dinámica o los conceptos de las mismas.

d) Que ha resultado más útil:

Las actividades y ejercicios propuestos en el manual, ya que están bien adaptadas y resultan útiles a la hora de que las internas adquieran los objetivos propuestos.

e) Contenidos que necesitan mayor profundización en otras sesiones posteriores:

Aunque los conceptos de empatía y asertividad, se han entendido es conveniente mediante otras dinámicas trabajarlos posteriormente para que se interioricen y se utilicen.

f) Materiales utilizados:

- Esquemas con las ideas centrales durante la teoría mediante una presentación en PowerPoint.
- Fichas de las actividades a realizar.
- Ordenador portátil, cuadernos y bolígrafos.

2. Valoración del grupo:

En la sesión el nivel de participación ha sido alto, tan solo una interna ha estado más aislada debido a motivos personales. No se han observado conductas disruptivas, cumpliéndose la normativa y respetando la dinámica de las actividades.

3. Autoevaluación de los profesionales.

a) Dirección de la sesión:

La sesión se ha impartido sin mayor dificultad por todos los miembros del programa de prácticas del Máster de IPACS.

b) Relación con los participantes:

La relación ha sido buena y cordial entre las participantes y entre éstas y los terapeutas, se han respetado las actividades previstas, los turnos de palabra y las formas en todo momento.

c) ¿Cómo se ha sentido?

Gracias al ambiente de participación, nos hemos sentido muy cómodos, bien acogidos, eso ha hecho que podamos centrarnos en dar bien los objetivos y de esa manera hacerlo de manera eficaz.

2.8 Evaluación psicológica de J.E.F.

1. Datos personales:

Nombre: J.E.F
Edad: 34. Soltero con 2 hijas.
Delito: Intento agresión sexual.
Problemas con la bebida.

2. Motivo consulta:

El interno refiere que de un tiempo para acá viene teniendo pensamientos extraños hacia los demás y hacia sí mismo, no se siente como antes: “*es como si me estuviese convirtiendo en un ser sin sentimientos*”. Estas ausencias de sentimientos le sorprenden, asustan, eso le hace sentir miedo de lo que pueda llegar a hacer en un futuro si no controla esas emociones. El interno asegura que no está acostumbrado a experimentar de manera tan continua esas sensaciones, ya que él se tiene por un hombre tranquilo, racional etc.

El interno refiere que se siente solo y desconcertado, incluso ha llegado a solicitar ayuda a los SS.SS con respecto a estas ideas y sentimientos extraños para él, ya que ni su familia ni amigos le entienden ni le hacen caso.

3. Metodología utilizada:

- Entrevistas clínicas y observación.
- Entrevistas con funcionarios de prisiones.
- Entrevista telefónica SS.SS.
- Cuestionario de personalidad de Minnesota MMPI 2.

4. Resultados evaluación:

Durante las entrevistas realizadas con el interno, éste siempre ha mostrado un carácter pesimista, derrotista, victimista, rumiante y demandante, aspectos que se han corroborado al interpretar las puntuaciones obtenidas en el MMPI 2.

Puntuaciones clínicamente relevantes:

La escala F muestra una puntuación media-alta $T= 65$, así al no mostrar psicopatología grave, se puede describir como, paranoico, melancólico, intranquilo, afectado, insatisfecho y complejo (puntuando alto en cuatro de las escalas clínicas relacionadas con esas conductas (**> de 80: Pa= 87 > de 70 en D= 76, Hy= 71 y Sc=73**)).

La **baja puntuación en la escala K= 31** nos indica lo crítico que es consigo mismo y lo insatisfecho que puede llegar a encontrarse en distintos ámbitos de su vida, como ha indicado en varias ocasiones en la entrevistas clínicas, también puede indicar la pasividad a la hora de afrontar los problemas, el desconocimiento de sus propias posibilidades y conductas a desarrollar ante estos.

5. Conclusiones y propuesta de intervención.

El interno se encuentra desesperado, no sabe cómo actuar, todas las conductas dirigidas al cambio y a la mejora de su situación no han servido para nada, por ello la única conducta que mejoraba esta situación era el abuso de alcohol, en la prisión se ha dado cuenta de que tenía un problema con la bebida.

En base a esta evaluación la psicóloga Concepción Martos plantea los siguientes aspectos a trabajar:

Por un lado la falta de herramientas y el déficit en HHSS que presenta para hacer frente a los problemas de su vida diaria: problemas familiares, régimen de contactos con sus hijas, búsqueda de empleo, relaciones de pareja.

Por otro lado también habría que tratar el abuso de alcohol como conducta de escape ante situaciones estresantes o problemáticas, mediante un seguimiento por parte de Centro provincial de drogodependencias CPD y un programa de deshabituación de la bebida.

2.9 Evaluación psicológica de P.M.R.

1. Datos personales:

Nombre: Paulino M.R

Edad: 40 años. Soltero

Delito: Robo con fuerza.

Ha consumido heroína cocaína y hachís. En la actualidad, afirma no consumir.

2. Motivo de Consulta:

El interno piensa que la gente quiere hacerle daño, y que conspira en su contra, ya no solo en la actualidad si no antes de entrar en prisión ya tenía estas paranoias como él mismo asegura. Dice que todo empezó desde el año 1999 cuando salió en un programa de TV como uno de los 100 ladrones más famosos de España, tiene esta sensación y este miedo, eso le crea una gran ansiedad y un estado de alerta continuo que no puede controlar.

3. Metodología utilizada:

- Entrevistas clínicas y observación.
- Entrevistas con funcionarios de prisiones.
- Cuestionario de personalidad de Minnesota MMPI 2
- Auto registro de conductas paranoicas.

4. Resultados evaluación:

La **escala F muestra una puntuación elevada T=79**, es indicativa del estado de nerviosismo, intranquilidad y de unas convicciones morales, religiosas y sociales algo excéntricas, **además puntúa alto en las escalas clínicas relacionadas con la sintomatología referida > de 80, Pa=84 Pd= 82, y Sc= 77** corroborando la información dada por el interno respecto a sus ideas delirantes y de persecución por parte de los demás, en el resto de escalas puntúa dentro de la normalidad.

Así este interno cumple los criterios diagnósticos de un **F.22.0 Trastorno delirante (297.1) de tipo persecutorio**: Ideas delirantes no extrañas, no tiene alucinaciones, no se comporta de manera extraña, los síntomas nos son debidos al consumo de sustancias y el interno cree que la gente que le rodea quiere perjudicarlo, hacerle daño o acabar con él,

La **baja puntuación en la escala K= 38**, indica un descontento e insatisfacción con uno mismo y / o con los demás, incapacidad para afrontar los problemas de su vida, y suspicaz respecto a las motivaciones de los demás.

5. Conclusiones y propuesta de intervención:

Según la información recogida durante la evaluación estamos ante un **Trastorno delirante (297.1) de tipo persecutorio** ya que cumple todos los criterios diagnósticos según el DSM IV-TR para este trastorno.

Estos delirios de persecución no afectan gravemente en la actividad diaria del interno, ya que realiza todas sus actividades y responsabilidades, pero si a sus relaciones sociales y a su estado de ánimo ya que los delirios generan gran ansiedad en el interno, cuestión que se está tratando mediante tratamiento farmacológico:

- Alprazolam 2mg 1-0-0.

De acuerdo a la evaluación realizada, la psicóloga Concepción Martos plantea la siguiente intervención:

1º Controlar la ansiedad mediante tratamiento farmacológico e ir utilizando métodos naturales, técnicas de relajación y biblioterapia relacionada con estas técnicas, ya que el interno se encuentra receptivo ante técnicas más terapéuticas.

2º Una vez mejoren los niveles de ansiedad y se haya establecido una buena relación terapéutica, el objetivo de la intervención sería reducir la convicción, mediante Terapia Cognitivo Conductual TCC, en las ideas delirantes más disfuncionales, resolver la perturbación emocional asociada, modificar las evaluaciones disfuncionales subyacentes y normalizar el funcionamiento social.

3. INFORME DE CASO

INTERNO: J. S. M.

MOTIVO DE CONSULTA: Alucinaciones auditivas, ideas de referencia, aceleración del pensamiento y pérdida de memoria.

SOLICITADO POR: Equipo de servicio de tratamiento psicológico.

REALIZADO POR: Héctor Castillo Callejas, con supervisión de la Psicóloga Concepción Martos.

METODOLOGIA UTILIZADA:

- **Observación y Entrevistas clínicas.**
- **Entrevistas personal sanitario.**
- **Valoraciones Psiquiátricas.**
- **Escala de inteligencia Wechsler III (WAIS III).**
- **Inventario de personalidad de Minnesota MMPI 2.**

Desde joven J.S.M ha abusado de todo tipo de sustancias, sobretodo heroína y cocaína, refiriendo problemas mentales desde hace años a causa de este consumo y con una historia amplia de visitas a la unidad de Salud Mental del hospital de la Bola Azul, por episodios de pérdida de control y comportamientos contrarios a la norma social.

En la actualidad la intervención que se está llevando a cabo con el interno dentro de la prisión, se basa en un tratamiento farmacológico antipsicótico, con el objetivo de estabilizar su estado emocional. También se pretende la deshabitación de consumo de sustancias mediante un programa de tratamiento de drogodependencias.

El tratamiento farmacológico consiste en:

- **Sinogan (levomepromacina maleato) 100 mg: 0-0-2**

- Indicaciones terapéuticas:

Estados de ansiedad (de cualquier origen), estados de agitación y excitación psicomotriz, estados depresivos, psicosis agudas y crónicas, trastornos del sueño, algias graves.

- **Tranxilium (Clorazepato dipotásico) 25mg: 0-0-1**

- Indicaciones terapéuticas:

Está indicado en aquellas situaciones en que la ansiedad o la angustia alcanzan una intensidad psiquiátrica, acompañada o no de agitación psicomotriz.

- **Zyprexa velotab (Olanzapina) 5mg: 1- ½ -1**

- Indicaciones terapéuticas:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia, es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento. También está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo. Y está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

- **Biperideno (biperideno lactato).**

- Indicaciones terapéuticas:

Una de sus aplicaciones descubiertas es la de medicamento antibipolar, ya que produce una de las coenzimas de la familia de Q, faltantes en algunos pacientes con trastorno bipolar. Sólo debe administrarse en pacientes tipo II generalizado.

- **Trileptal (Oxcarbacepina) 300 mg: 1- 0 -1**

- Indicaciones terapéuticas

La Oxcarbacepina es un antiepiléptico y estabilizante del estado de ánimo, utilizado principalmente en el tratamiento de la epilepsia y el trastorno bipolar.

3.1. Anamnesis.

Interno de 42 años ingresado el xx/08/12 en el centro penitenciario, por una agresión con arma blanca en trifulca callejera. Actualmente se encuentra en el módulo VII derivado desde el módulo de enfermería en el cual ha pasado unos 5 meses, ya que a su ingreso en prisión, empezó a mostrar leves síntomas psicóticos según información del personal sanitario: agitación del estado de ánimo, nerviosismo, déficit control de impulsos e ideas de referencia. Pasando a observación de la conducta, diagnosticado de un posible **Trastorno bipolar II (296.89)** y proporcionándole un tratamiento farmacológico antipsicótico que persiste en la actualidad.

En las entrevistas realizadas durante la evaluación menciona como de pequeño ya era bastante nervioso, refiere problemas en el colegio y el instituto, abandonando éste a temprana edad e iniciando un abuso de todo tipo de sustancias desde muy joven, moviéndose por ambientes marginales sin llegar a iniciar una etapa laboral. Esta etapa ya marca su evolución hasta el día de hoy, condicionando sobremanera su integración y adaptación a la sociedad, quedando aislado en ambientes marginales y de consumo de sustancias.

La unidad familiar se compone de: padre de 80 años, 2 hermanas y hermano más joven que él, diagnosticado de esquizofrenia, que al igual que el interno ha seguido los misma evolución en cuanto a consumo de sustancias y marginalidad se refiere, habiendo otros enfermos mentales en la familia. Con las hermanas no mantiene buena relación *“No me llevo bien con ellas porque no comprenden mi situación”*. Cuando fallece la madre el interno refiere que pierde un gran apoyo dentro del núcleo familiar, porque como él indica: *“mi madre lo llevaba todo para delante”*.

Tras la exploración psicológica, se han detectado alteraciones psicopatológicas como:

1. Trastornos relacionados con sustancias **Dependencia de otras sustancias (o desconocidas) (304.90)**, en medio controlado sin dependencia fisiológica.
Aunque el interno asegura ya no consumir, según comentan los funcionarios se ha visto implicado en varios casos de consumo desde su llegada a prisión.
2. Síntomas psicóticos leves: Confusión mental, Problemas de memoria, aceleración del pensamiento (Taquipsiquia), aceleración del habla, lenguaje desorganizado (descarrilamiento), discurso alterado y verborreico.
3. Ideas de referencia: el interno cuando ingresa en la cárcel, cree que la prisión es propiedad de su padre y aunque en la actualidad sabe que no es así, no descarta la posibilidad de que su padre tenga influencias dentro de la cárcel en lo que a su situación y trato se refiere.
4. Alucinaciones auditivas: dice que unos pájaros le hablan y le dicen frases del tipo: “No vales para nada”, “Estarías mejor muerto”.
5. Episodios hipomaniaco, depresivo, mantiene el ánimo triste, las alucinaciones serían congruentes con este estado triste (según información facilitada por el personal sanitario).
6. Déficit en el control de impulsos, discute con compañeros y con funcionarios, se muestra impaciente, tanto en la calle como en el centro penitenciario, esto le ha acarreado problemas.
7. Según personal sanitario no hay un claro diagnóstico, aunque se maneja la posibilidad de **Trastorno bipolar II (296.89)**.
8. Según Puntuaciones MMPI 2 y resto de la evaluación psicológica realizada al efecto se propone un diagnóstico de **Esquizofrenia paranoide (295.32)**, con síntomas residuales interepisódicos y con síntomas negativos.

3.2 Capacidad intelectual.

En la administración de la Escala de inteligencia Wechsler III (WAIS III) el interno obtiene un CI Verbal = 90, un CI Manipulativo= 76 y un CI Total= 82, esta puntuación entraría dentro de un nivel normal bajo, por debajo de la media. En las Subpruebas agrupadas por índices, la mayoría de las puntuaciones están por debajo de la normalidad.

- **CV (Comprensión Verbal):**

Obtendría niveles promedios, destacando en la prueba de semejanzas, en la que puntúa por encima de normalidad. Mostrando habilidad para ver relaciones y discriminar relaciones fundamentales.

- **MT (Memoria de trabajo u Operativa):**

Obtiene niveles por debajo de la normalidad, en Aritmética y Dígitos pero sobretodo en letras y números, en la que sale una puntuación muy por debajo.

Apuntando a un bajo spam de memoria, falta de atención o distracción y/o ansiedad.

- **OP (Organización perceptual):**

Puntúa por debajo del rango de la normalidad en Figuras incompletas, Cubos y Matrices. Lo que nos informaría de posible ansiedad que afecta a la concentración, preocupación por detalles no esenciales, problemas visoperceptuales, orientación espacial deficiente, dificultades de razonamiento abstracto o interés limitado en estas tareas.

- **VP (Velocidad de procesamiento):** puntúa por debajo de la normalidad pero mejorando con respecto a las anteriores pruebas, sobretodo en clave de números. Lo que nos indica, dificultades en destreza visomotora, distracción y probables defectos visuales o desinterés en la tarea.

3.3 Personalidad.

En la aplicación del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2, MMPI-2, se han obtenido las siguientes puntuaciones.

CLAVE DE WELSH:

684" 31792'- 0/ :5

F" L: #K

Las escalas de sinceridad del MMPI 2 sugieren que el interno hubiera podido “fingirse mal”, exagerando aún más su problemática, tratando de aparentar o aumentar sus síntomas.

Puntuaciones clínicamente significativas:

En las puntuaciones obtenidas se muestra como una persona paranoica (Puntuación Típica **Paranoia = 87**) manifestando ciertas conductas psicóticas y mostrando ideas de referencia sobre su situación actual en la cárcel.

Se siente confuso y desorientado ya que no sabe expresar lo que ocurre en su mente (Puntuación Típica **Esquizofrenia = 86**), refiere alucinaciones auditivas, mantiene comentarios y conversaciones poco usuales, se muestra nervioso sobretodo en la primera etapa de la evaluación.

Desde joven ha estado involucrado en conductas antisociales, (Puntuación Típica **Desviación Psicopática = 82**), mostrando rebeldía ante las figuras de autoridad “*cuando me pongo nadie me puede parar*”, bajo rendimiento escolar, e inexistente relación laboral, mostrándose impulsivo con arrebatos agresivos.

Puntuaciones relevantes:

Es una persona que se muestra amigable y parlanchín, aunque sus relaciones son superficiales (Puntuación Típica **Histeria = 72**).

Respecto a sus perspectivas de futuro de muestra pesimista (Puntuación Típica **Depresión = 70**), “*No valgo para nada, en que voy a trabajar yo....*” quejándose bastante de su situación responsabilizando de su futuro a la sociedad. (Puntuación Típica **Hipocondriasis = 71**).

Aunque antes se encontraba más ansioso y agitado, en la actualidad está menos activo y excitado (Puntuación Típica **Psicastenia = 71**), refiere dificultades para concentrarse y problemas de memoria.

Habla aceleradamente y cuenta sus problemas de manera estereotipada (Puntuación Típica **Manía = 71**), se muestra impaciente, con poca tolerancia a la frustración.

Es una persona que actúa antes de pensar, arriesgado e impulsivo, poniendo énfasis en la fuerza y el valor físico, (Puntuación Típica Masculinidad = 42).

3.4 Valoraciones Psiquiátricas.

Con el objetivo de recoger más información y contrastar la ofrecida por el interno durante las primeras entrevistas, se concierta una reunión con el equipo sanitario del módulo de enfermería, encargados de la prescripción, adherencia y seguimiento del tratamiento farmacológico del interno.

Durante esta reunión se resumen las valoraciones psiquiátricas que periódicamente se hacen al interno desde su ingreso en este módulo.

1ª Valoración psiquiátrica 11/11/11.

- Muestra un despertar precoz, niega ideas autolíticas.
- Incursiones psicóticas por consumo de tóxicos.
- Episodios hipomaniaco y depresivos.
- Mantiene el ánimo triste y presenta alucinaciones auditivas, los pájaros le dicen: “no vales para nada deberías morir”.
- Se muestra colaborador y centrado, no muestra alteraciones del pensamiento.
- Las alucinaciones auditivas son congruentes con este estado triste.
- Déficit de control de impulsos.
- Posible trastorno de la personalidad. Trastorno bipolar tipo II. Se añade Oxcarbacepina 300mg es un antiepiléptico y estabilizante del estado de ánimo, utilizado primariamente en el tratamiento de la epilepsia y el trastorno bipolar.

2ª Valoración psiquiátrica 14/12/11.

- Mayor irritabilidad, discute con mayor frecuencia con compañeros, se observa taquipsiquia y taquilalia, hay que recordarle el discurso que está teniendo ya que si no se le olvida.
- Ánimo subdeprimido, durante la entrevista, buena reactividad afectiva.
- No alteración en el contenido del pensamiento.
- No se sabe si tiene alteraciones sensorceptivas.

3ª Valoración Psiquiátrica 27/12/11.

- Se sigue valorando el mismo diagnóstico, Trastorno bipolar tipo II.
- Se aumenta la dosis de Sinogan.

3.5 Impresión Diagnóstica:

En este caso y como en muchos de los internos con los que se ha podido trabajar en el centro penitenciario, estaríamos ante un trastorno psicopatológico en un politoxicómano, por lo tanto estamos ante una Psicopatología Dual, existe una comorbilidad entre la historia de consumo de sustancias del interno y una psicopatología asociada.

A pesar de la aparición de problemas significativos tanto físicos, psicológicos y sociales J.S.M sigue consumiendo esporádicamente cuando puede, aunque el asegure que lleva años sin hacerlo, cumpliendo los criterios de **Dependencia de otras sustancias (o desconocidas) (304.90)**, en medio controlado sin dependencia fisiológica del DSM IV-TR.

Según la información que nos ofrece el interno su aparición ha sido independiente, ya que los problemas de dependencia y abuso de sustancias empezaron en la etapa adolescente y los primeros problemas mentales en la etapa adulta, hoy en día coexisten y se relacionan.

Así, según la división operativa de los trastornos registrados mediante un diagnóstico dual que nos acerque al plano etiológico de Zimberg (1996) estaríamos ante **Trastorno por uso de Sustancias primario con síntomas Psicopatológicos secundarios**, o sea, el interno muestra manifestaciones psicopatológicas tras un uso prolongado de sustancias, en este caso varios años.

Con respecto a los trastornos mentales Se valoran dos hipótesis:

1ª. Desde el Equipo Sanitario del centro penitenciario se valora la posibilidad diagnóstica de un **Trastorno Bipolar I en periodo de transición hacia una fase II** más depresiva.

2ª Según la evaluación psicológica, la sintomatología psicótica que muestra el interno, durante las entrevistas y **las puntuaciones clínicamente significativas del MMPI 2**, destacando en paranoia, esquizofrenia y desviación psicopática apuntan a **una Esquizofrenia de tipo paranoide** con síntomas residuales interepisódicos y con síntomas negativos en la actualidad. Ésto explicaría la sintomatología psicótica, las alucinaciones auditivas, las ideas de referencia, la taquipsiquia, la tendencia a discutir y las reacciones de ira, durante las primeras sesiones, así como los síntomas negativos explicarían el aplanamiento afectivo que muestra en la actualidad.

El diagnóstico según los criterios del DSM IV-TR:

Al tratarse de una patología dual en el EJE I, por un lado tendríamos trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

- **Eje I:**
 - **Dependencia de otras sustancias (o desconocidas) (304.90)** en medio controlado, sin dependencia fisiológica.

Cumple los siguientes criterios:

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia y en el consumo de ésta.

Evaluación psicológica y planteamiento de intervención en el Centro Penitenciario de Almería (El Acebuche).

- Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.
- Y por otro lado el trastorno clínico:
 - **Esquizofrenia paranoide (295.32).**

Episódico con síntomas residuales interepisódicos.

Cumple los siguientes criterios:

- A. Preocupación por ideas delirantes y alucinaciones auditivas.
 - B. No hay lenguaje desorganizado, si hay descarrilamiento. No hay comportamiento desorganizado catatónico ni afectividad aplanada o inapropiada.
 - .x2 Aunque las alucinaciones auditivas han disminuido considerablemente con el tratamiento farmacológico, las ideas de referencia no han seguido la misma evolución y aunque ya no se defiendan ni se vivan como antes, siguen estando presentes.
- **Eje II: Trastorno antisocial de la personalidad (301.7).**

Cumple los siguientes criterios:

- A. Un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la adolescencia
- B. El sujeto tiene al menos 18 años.
- C. Existen pruebas de trastorno disocial que comienza antes de las edad de 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.

- **Eje III: Sin diagnóstico en el eje III.**

- **Eje IV: El interno según el eje IV del DSM IV TR:**

1. Problemas relativos al grupo de apoyo primario (fallecimiento madre, padre edad avanzada, mala relación con el resto de las hermanas),
2. Problemas relativos al ambiente social.
3. Problemas relativos a la enseñanza.
4. Problemas laborales.
5. Problemas de vivienda.
6. Problemas económicos.
7. Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria.

8. Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen.

- **Eje V: EEAG: 50-41.**

Síntomas graves (abuso de sustancias, alucinaciones, historial delictivo), alteración grave de la actividad social, laboral o escolar.

3.6 Planteamiento intervención.

A la hora de plantear la intervención de este caso tenemos que partir de la psicopatología dual que presenta J.S.M. Una de las ventajas del entorno donde se encuentra el interno es el control de éste, ya que se puede observar al sujeto continuamente y conocer si sigue consumiendo o si realmente está siguiendo el programa libre de drogas.

La posibilidad de un tratamiento integrado en el que se combinen recursos terapéuticos tanto de salud mental como de drogodependencias, en un programa unificado no es viable en la actualidad ya que la UTE está en vías de desarrollo aún. Así a pesar de ser este el abordaje más adecuado para los trastornos duales no es posible en la actualidad.

Deberíamos valorar pues otro tipo programa de tratamiento ya sea secuencial (el paciente es tratado en sistema primero y luego en otro) o paralelo (implica simultáneamente al interno en ambos programas).

En cualquier caso en el tratamiento de los trastornos duales deben considerarse una serie de aspectos claves en el abordaje de estos pacientes (Aracule, 1997):

- **Conexión con el tratamiento:**

El objetivo es captar al interno para el proceso de tratamiento con la finalidad de que se mantenga dentro del mismo.

- **Continuidad en el tratamiento:**

De ahí la necesidad de hacer un abordaje integrado que evite la discontinuidad de acciones terapéuticas tan probables en la patología.

- **Intención terapéutica:**

La inclusión en el programa de líneas terapéuticas diversas capaces de dar respuesta a los diferentes niveles de complejidad, severidad e incluso motivación de los pacientes.

Una vez se hayan valorado los recursos y posibilidades del contexto para llevar a cabo la intervención sobre (304.90), partimos de una intervención que sería la adherencia al tratamiento farmacológico y la participación en el programa de desintoxicación y deshabitación de drogodependencias de la prisión PLD.

- **Planteamiento intervención Esquizofrenia paranoide (295.32).**

- 1. Adherencia y seguimiento del Tratamiento farmacológico.**

- 2. Programa de desintoxicación y deshabitación de Drogodependencias.**

Evaluación psicológica y planteamiento de intervención en el Centro Penitenciario de Almería (El Acebuche).

El interno cumple varios de los criterios para poder participar en el programa libre de drogas PLD:

- Tiene un problema de drogodependencias.
- Ha demandado el poder participar en uno de estos programas.
- No tiene ninguna patología grave que le impida participar en el programa.

A grandes rasgos los PLD se presentan en una serie de fases, que dependiendo de las características del interno se adaptan a su historia y a su perfil de consumo:

Desintoxicación: fase necesaria que tiene por objetivo conseguir la abstinencia de la sustancia inductora de dependencia sin la aparición de un síndrome de abstinencia, como paso previo e imprescindible a las intervenciones necesarias para llevar a cabo la normalización biopsicosocial del paciente. Se trata de una intervención médica cuya duración varía, atendiendo a la sintomatología del síndrome de abstinencia de que se trate y del tratamiento que se aplique (sustitutivo opiáceo, benzodiacepinas, neurolépticos, etc.), así como del tipo de recurso disponible (ingreso en módulo de enfermería, en unidad hospitalaria, o permanencia en el módulo terapéutico, etc.).

Deshabitación: se trata de un proceso psicológico, cuyo objetivo es que el interno/a supere la dependencia psicológica y social. La intervención en esta fase está centrada en el área psicológica, social y educativa-ocupacional. Como complemento y apoyo en esta fase puede estar indicado seguir bajo supervisión médica el tratamiento con naltrexona (antagonista opiáceo que ocupa los receptores de los opiáceos pero no los activa, de manera que el consumo no resulta gratificante y se facilita la extinción de dicho comportamiento).

El análisis funcional de la conducta, el desarrollo de estrategias de solución de problemas, mejorar la capacidad de autocontrol y habilidades sociales, etc., son estrategias encaminadas a dotar al interno/a de los recursos que le facilitan mantenerse al margen del consumo y del estilo de vida asociado. Se trabaja sobre la base del modelo de prevención de recaídas.

En el área social, la intervención con familias supone un apoyo a lo largo de este proceso y permite establecer un vínculo para la preparación de la salida y reincorporación social.

Inserción social: en esta fase ha de estar consolidada la abstinencia. Se trabaja la prevención de recaídas en el área psicológica, así como en el mantenimiento del cambio en el estilo de vida general del interno/a para mejorar su capacidad de autocontrol y su inserción social. Un factor que mejora el pronóstico en esta fase es disponer de vinculación y apoyo familiar.

Se establece el contacto y la derivación a los recursos comunitarios en las diferentes áreas que en fases anteriores han sido objeto de tratamiento y apoyo.

3. Tratamiento Cognitivo Conductual del interno como complemento al tratamiento farmacológico (según Cuevas Yust y Perona Garcelan 2002)

- Establecer una buena relación terapéutica.
- Evaluación mediante escala específica PANNS.
- Compresión de la experiencia psicótica.
- Técnicas de TCC dirigidas a delirios, alucinaciones, autoevaluaciones y emociones negativas
- Abordaje del riesgo de recaídas y de deterioro social.

3.7 Conclusiones y pronóstico.

De los datos y la información expuestos anteriormente se puede concluir:

1. La amplia historia de consumo de sustancias y los trastornos relacionados con ello (**304.90**) hace que la intervención y pronóstico sea complicado y variable, dependiendo la evolución de su psicopatología de la deshabitación de drogodependencias.

Este consumo ha mermado gravemente su salud física, psicológica y sus relaciones y habilidades sociales, limitando enormemente su reinserción social, algo directamente relacionado con la evolución de sus trastornos mentales, a pesar de ello el interno sigue consumiendo esporádicamente cuando tiene oportunidad.

2. Según la información recogida durante la evaluación psicológica y las puntuaciones obtenidas en el MMPI 2 nos indica una **Esquizofrenia paranoide (295.32)**, aunque debido a la puntuaciones obtenidas en las escalas de sinceridad no se puede confirmar este diagnóstico, según estas pudiera ser que el interno hubiera manipulado los resultados de estas, fingiendo más problemas o más graves de los que tiene.

Sería conveniente de cara a confirmar una de las hipótesis, realizar pruebas diagnósticas específicas que ayuden a clarificar que tipo de trastorno padece el interno, para plantear una intervención efectiva.

3. El interno no mantiene relaciones sociales estables y tampoco refiere interés en una relación de pareja, no tiene ambiciones de futuro, ni planes laborales, no se ve capacitado para desarrollar ninguna actividad y tampoco muestra interés en aprender o formarse para ellos, en este sentido se aísla de las normas morales y de las rutinas sociales, algo directamente relacionado con el consumo de sustancias.

Éste sería uno de los objetivos a intervenir a medio y largo plazo, mejorar sus interacciones, relaciones y HHSS para aumentar las posibilidades de una correcta evolución, salir de ambientes marginales de consumo y participar de forma activa en la estructura social.

4. Se muestra preocupado con respecto a su futuro, responsabilizando a la sociedad de lo que pueda hacer en un futuro próximo, así se ve como una víctima de la sociedad, sin poder hacer nada para mejorar su situación, mostrando un locus de control externo y derivando la responsabilidad de lo que pueda ocurrir en la sociedad. Cumple todos los criterios de un **Trastorno antisocial de la personalidad (301.7)**.

Ésta sería otra de las áreas a trabajar con el interno haciéndolo responsable de su pasado y protagonista de su futuro, y animando a tomar conciencia y responsabilidad sobre lo que ocurra a partir de ahora, una vez haya tomado conciencia y corregido los déficits que le han llevado a donde se encuentra hoy en día.

4. Referencias bibliográficas.

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Hathaway, S, R., y McKinley, J, C. (1989). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2*.
- Graham, J, R. (1987) *MMPI Guía Práctica*.
- García Montes, J. M., Luciano Soriano, M. C., Hernández López, M. y Zaldívar Basurto, F. (2004). *Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso*. *Psicothema*, 16(1), 117-124.
- Pérez de Heredia, J. L., González pinto, A., Ramírez, M., Imaz, A., y Ruiz, J. (2001). *Abuso y dependencia de sustancias en el trastorno bipolar*. *Trastornos Adictivos*; (Monográfico 2):19-24.
- Salvador Perona-Garcelán y Carlos Cuevas-Yust. (2002). *Aplicación de la terapia cognitivo conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia*. *Psicothema*. Vol. 14, nº 1, pp. 26-33.
- González Isasi, A., Uchubura, E., González-Pinto Arrillaga, A. (2003). *Diseño y evaluación de un programa de intervención diseñado para pacientes con trastorno bipolar refractarios al tratamiento: Un estudio Piloto. Análisis y modificación de conducta*, Vol. 29, Nº 127.
- Pekkala E, Merinder L. (2008). *Psicoeducación para la esquizofrenia*. La Biblioteca Cochrane Plus, Número 2.
- Cuevas, C., Perona, S. (1997). *Tratamiento cognitivo-conductual de las ideas delirantes de un paciente esquizofrénico*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 2, N» 3, pp. 275-291.
- Becoña, E., Lorenzo, M.C. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar*. *Psicothema* 2001. Vol. 13, nº 3, pp. 511-522.
- Pérez Nieto, M, A., Redondo Delgado, M, M. (2008) *Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica*. *REME Volumen XI Número 28*.
- Iglesias J, T., Marcos Sierra J, M., (2000) *Trastornos Duales: Tratamiento y coordinación*. *Papeles del Psicólogo* 077, pp. 58-63.
- Manual de violencia de género del programa de intervención para agresores PRIA.
- Manual de documentos Penitenciarios El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario.