

MÁSTER EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ÁMBITOS CLÍNICOS Y SOCIALES

AUTOR: José Manuel Rodríguez Gómez

TFM

Prácticas en el Centro Penitenciario El Acebuche

Junio de 2011

Tutora académico: María Flor Zaldívar Basurto

Tutora de prácticas: Concepción Martos Pérez



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INDICE

1. AGRADECIMIENTOS	4
2. PRESENTACIÓN	5
3. MEMORIA DE ACTIVIDADES	8
4. CASO 1: PATOLOGÍA DUAL	
4.1. Resumen del caso.....	10
4.2. Introducción.....	11
4.3. Información de referencia y descripción del caso.....	17
4.4. Historia previa.....	17
4.5. Datos socio-demográficos.....	18
4.6. Genograma.....	18
4.7. Historia del problema adictivo.....	20
4.8. Historial delictivo.....	21
4.9. Historial penitenciaria.....	23
4.10. Metodología y evaluación.....	23
4.11. Criterios de diagnóstico.....	24
4.12. Objetivos de intervención.....	27
4.13. Tratamiento.....	27
4.13.1. Fases del tratamiento.....	28
4.14. Resultados de la intervención.....	30
4.15. Discusión de los resultados.....	31
4.16. Referencias.....	32
4.17. ANEXOS	
4.17.1. ANEXO I. (PPS).....	35
4.17.2. ANEXO II. (STAI).....	36
4.17.3. ANEXO III. (BDI).....	38
4.17.4. ANEXO IV. (Inventario de Preocupaciones de Pensilvania).....	41
4.17.5. ANEXO V. (Cuestionario de Afrontamiento del Estrés).....	42
4.17.6. ANEXO. (MMPI-2).....	43

5. CASO 2: VIOLENCIA DE GÉNERO

5.1. Resumen del caso.....	46
5.2. Introducción.....	47
5.3. Información de referencia y descripción del caso.....	53
5.4. Historia previa.....	53
5.5. Datos socio-demográficos.....	54
5.6. Genograma.....	55
5.7. Historial delictivo.....	56
5.8. Historial penitenciario.....	56
5.9. Metodología de evaluación y diagnóstico.....	57
5.10. Criterios de diagnóstico.....	59
5.11. Objetivos de intervención.....	59
5.12. Tratamiento.....	60
5.12.1. Fases del tratamiento.....	60
5.13. Resultados de la intervención.....	66
5.14. Discusión de los resultados.....	67
5.15. Referencias.....	69
5.16. ANEXOS	
5.16.1. ANEXO I. (STAI).....	72
5.16.2. ANEXO II. (BDI).....	74
5.16.3. ANEXO III. (TEST DE ROSENBERG).....	77
5.16.4. ANEXO IV. (SSI).....	78
5.16.5. ANEXO V. (Cuestionario de Afrontamiento del Estrés).....	82
5.16.6. ANEXO VI. (PPS).....	83
5.16.7. ANEXO VII. (Resultados MMPI-2).....	84
5.16.8. ANEXO VIII (Opinión sobre los resultados del MMPI-2).....	85
5.16.9. ANEXO IX. (Resultados 16 PF-5).....	86
5.16.10. ANEXO X (Reflexión tema 1 y 2, Biblioterapia).....	87
5.16.11. ANEXO IX. (Reflexión tema 3, Biblioterapia).....	88

1. AGRADECIMIENTOS

Antes de entrar en el desarrollo del contenido de estas «*Prácticas en el Centro Penitenciario El Acebuche*», que ponen fin al Máster en Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales, me gustaría dedicar unas breves, aunque sentidas palabras de agradecimiento a todas aquellas personas sin cuyas aportaciones, sugerencias y colaboración no hubiera sido posible la conclusión de las mismas. Las personas que menciono a continuación no han sido elegidas de una forma aleatoria, sino por causas bien fundadas.

Durante este periodo de tiempo, que considero el más enriquecedor desde que comenzó mi corta relación con el mundo de la psicología, he estado rodeado de profesionales de los que he recibido siempre el estímulo necesario para desarrollar mis conocimientos en esta materia.

En primer lugar, quisiera expresar un especial agradecimiento a mi tutora académica Sra. María Flor Zaldívar Basurto, por su dedicación, paciencia, ayuda y asesoramiento en el desarrollo de los distintos casos, persona con la que no había tenido antes la oportunidad de trabajar y que en este primer proyecto, que espero no sea el último, ha resultado ser un espejo de sabiduría en el que debo reflejarme.

Igualmente, debo poner en un lugar destacado a mi tutora de prácticas Sra. Concepción Martos Pérez, «doña Concha» para los internos, extraordinaria profesional que ha sabido introducirme en el mundo de la psicología desde el punto de vista práctico.

No olvidar, por supuesto, a los internos con los que he tenido la oportunidad de trabajar, ya que a través de sus pensamientos, creencias, sentimientos y opiniones, me han hecho ver una realidad distinta a la que inicialmente había visto.

Para terminar, no quisiera restar importancia a la Sra. Francisca López Ríos, coordinadora del Itinerario de Clínica, por sugerirme y animarme a realizar estas prácticas.

Finalmente a los lectores de este trabajo, que con sus ilustradas opiniones han contribuido a mejorarlo.

2. PRESENTACIÓN

El sistema penitenciario en España tiene la misión de garantizar la ejecución de las penas, orientando su cumplimiento a la reeducación y reinserción social del condenado, asegurando, por otra parte, su custodia y seguridad.

En este objetivo de reinserción social la Administración Penitenciaria no puede ni debe caminar sola, siendo tarea de la sociedad recuperar a determinados ciudadanos que, en un momento de sus vidas, se apartaron de las normas de convivencia y de la legalidad.

El marco legal de actuación administrativa lo componen la Constitución Española y la Ley Orgánica General Penitenciaria. La primera de las normas citadas cita textualmente en su art. 25.2: *“las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y la reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión... tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad”*. Estas dos normativas básicas y fundamentales confieren a la gestión del sistema penitenciario un carácter particular en su concepción de la reeducación y reinserción social de los penados, en el concepto de justicia de restituir una y otra vez lo dado y en la aplicación del modelo resocializador junto con el modelo custodial en lo referente a la actuación penitenciaria.

La Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979, de 26 de septiembre, tiene clara esta necesidad de coparticipación social en los objetivos constitucionales marcados para la pena de prisión. Así, en su artículo 1 define claramente los objetivos de la Institución Penitenciaria señalando que *las instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados. Igualmente tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados.*

El artículo 69.2 de dicha Ley Orgánica establece, asimismo, que con el fin de obtener la recuperación social de los internos en regímenes ordinario y abierto, se podrá contar con la colaboración y participación de los ciudadanos e instituciones o asociaciones públicas o privadas ocupadas en la resocialización de los reclusos.

En los últimos años se ha incrementado el número de presos por delitos de Violencia de Género, y de una forma muy significativa por Corrupción y Blanqueo de Capitales, circunstancia que hace que la población penitenciaria sea cada vez más compleja y diversa, permaneciendo de generación en generación el tan extendido problema de padecer una drogodependencia muy alta. De hecho, tanto el consumo como el tráfico de sustancias estupefacientes, los llamados delitos Contra la Salud Pública, siguen siendo el principal factor que lleva al desencadenamiento del delito en nuestro país, ya sea en forma de hurtos, robos con el fin de conseguir droga, o el tráfico de estupefacientes; y en consecuencia, sigue siendo el principal causante de que estas personas terminen en prisión en España, derivado del larguísimo historial de consumo que arrastran enfermedades físicas y psíquicas asociadas a esta práctica (Acaip 2010).

La población penitenciaria española es de 76.215 internos a fecha 19/03/2010, de los cuales 49.148 son de nacionalidad española y 27.067 son extranjeros; de esta población 1.155 internos se encuentran en el Centro Penitenciario El Acebuche que cuenta con una capacidad para 567 personas, lo que supone un 203,79 % de su capacidad total.

El Centro Penitenciario El Acebuche se encuentra situado en la carretera de Cuevas de los Úbeda, km 2,5, en el paraje conocido como El Acebuche, a 15,5 km del Centro de Almería. El mismo fue inaugurado el 20 de octubre de 1986, con una capacidad de 567 internos; suele presentar una media anual de 1150 internos, de los cuales más del 90 % son hombres. La clasificación de éstos según Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, es de segundo y tercer grado, no existiendo actualmente en este Centro internos clasificados en primer grado. Las características de los existentes son:

1. La clasificación en segundo grado implica la aplicación de las normas correspondientes al régimen ordinario de los Establecimientos Penitenciarios.

2. El tercer grado determina la aplicación del régimen abierto en cualquiera de sus modalidades.

La función principal del psicólogo que trabaja en prisiones es la evaluación y tratamiento psicológico. Se podría definir la labor del psicólogo en prisión como uno de los profesionales aplicados, dada la amplia variedad de patologías que se encuentran en muchos de los internos.

El tratamiento psicológico en las prisiones consta fundamentalmente de: Organización de las sesiones de asesoramiento psicopedagógico, psicoterapia grupal, terapia de conducta. Para llegar a ese tratamiento se debe llevar a cabo una evaluación individual y mediante observación directa del comportamiento del recluso. Todo ello dará al equipo técnico razones suficientes para *“clasificar al detenido en uno de los regímenes y grados así como de tener en cuenta la voluntariedad del preso a la hora de acudir a terapia o realizar las diferentes actividades que se hagan en el recinto, en función de una serie de variables y criterios como la ponderarán la personalidad y el historial individual, familiar, social y delictivo del interno, la duración de las penas, el medio social al que retorne el recluso y los recursos, facilidades y dificultades existentes en cada caso y momento para el buen éxito del tratamiento”*.

El acompañamiento psicológico a los internos, a través de su seguimiento mediante solicitud del interno o por el ofrecimiento del propio psicólogo, se basa principalmente en afrontar el encarcelamiento, acompañamiento y apoyo al interno en los momentos solitarios y difíciles en los que se encuentran, atención y seguimiento del estado emocional, apoyo a madres y sus hijos menores de edad o en sus visitas.

El Convenio de colaboración entre la Universidad de Almería y el Centro Penitenciario El Acebuche, permite a los alumnos del Máster en Intervención Psicológica en ámbitos Clínicos y Sociales realizar un periodo de prácticas que permita *“preparar a los estudiantes como profesionales competentes en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud, adquiriendo un cuerpo de conocimientos conceptuales, procedimentales, técnicos y actitudinales que permitan a los profesionales desenvolverse en el ámbito de la psicología de la salud y de la práctica clínica”*.

3. MEMORIA DE ACTIVIDADES

Durante el primer cuatrimestre del curso 2010-2011, se realizan las prácticas como psicólogo en el Centro Penitenciario El Acebuche (Almería), iniciando las mismas el 05/10/2010, con la presentación al Director del Centro y al equipo de psicólogos con los que cuenta. Las dos primeras semanas son dedicadas al conocimiento de las instalaciones, profesionales que trabajan en el Centro, talleres y actividades que desarrollan con los internos, tales como: clasificaciones individuales, evaluaciones iniciales, PPS (programas de prevención del suicidio), entrevistas, terapias individuales y grupales, juntas de tratamiento etc. A partir de la tercera semana da comienzo el trabajo individual, consistente en la evaluación, intervención, tratamiento y seguimiento de los casos que se exponen a continuación:

CASO	DATOS PERSONALES	DELITO	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN	NÚMERO DE SESIONES
1	Nombre: Q.C.I. Edad: 25 Estudios: 2º ESO. Nacimiento: Alicante. Cualificación: Ninguna. Estado civil: Separado Hijos: Una hija.	<u>Violencia de género y robo.</u>	<u>Patología dual</u> ✓ Dependencia de sustancias ✓ Esquizofrenia paranoide.	✓ Reducir los niveles de ansiedad y de depresión. ✓ Solución de los problemas del día a día.	25
2	Nombre: I.M.J.S. Edad: 32 Estudios: Bachiller Nacimiento: Bolivia Cualificación: Técnico Estado civil: Viudo Hijos: Dos	<u>Violencia de género.</u>	Trastorno antisocial de la personalidad.	1. Prevención del suicidio. 2. Afrontamiento del juicio. 3. Reducción niveles de ansiedad y depresión.	31
3	Nombre: M.Z.I. Edad: 21 Estudios: 3º ESO Nacimiento: Almería Cualificación: Ninguna. Estado civil: Separado Hijos: Una hija	<u>Violencia de género.</u>	<u>Patología dual</u> ✓ Trastorno de la personalidad tipo antisocial. ✓ Esquizofrenia paranoide.	Aumentar la adherencia al tratamiento: no sigue el tratamiento farmacológico y psicológico.	8
4	Nombre: C.L.J.F. Edad: 36 Estudios: Ninguno Nacimiento: Almería Cualificación: Vendedor Estado civil: Separado Hijos: Tres	<u>Violencia de género y violación.</u>	✓ Dependencia de sustancias	Programa de tratamiento para Violadores. Mejora de la autoestima	5

Cuadro 1. Resumen de los casos tratados en el Centro.

Dadas las limitaciones temporales, sólo se dispone de un cuatrimestre para la intervención y del elevado número de sesiones que requiere el tratamiento individualizado de los pacientes, se opta por intervenir en los dos primeros casos, por ser los que más voluntad de intervención muestran.

Respecto a los mencionados casos, en concreto, el número tres, que corresponde al paciente M.Z.I., de 21 años de edad, separado y con una hija, que cumple una condena por delito de violencia de género y otra por agresión; el sujeto manifiesta que tiene diagnosticada una “*esquizofrenia paranoide*” y daba constantes muestras de padecer también un *trastorno antisocial de la personalidad*. Al no tomar los fármacos prescritos por el servicio médico, la mayoría de los días no se encontraba en condiciones de intervenir; se pasaba la sesión insultando y amenazando al personal del Centro.

El caso número cuatro, que corresponde a C.L.J.F., de 36 años de edad, separado con tres hijos, que cumple condena de 12 años, de los que ha cumplido ya 6, por delito de violencia de género y otro de violación, ha conseguido desligarse de la droga en prisión. Si bien, presenta una autoestima de 0, y puntuaciones significativas en Hs (75), Hy (80) y Pd (80), como se muestra en la figura 1, también presenta una minusvalía psíquica reconocida, por la que percibe una pensión. Asume tener múltiples problemas pero dice aceptarlos con resignación.

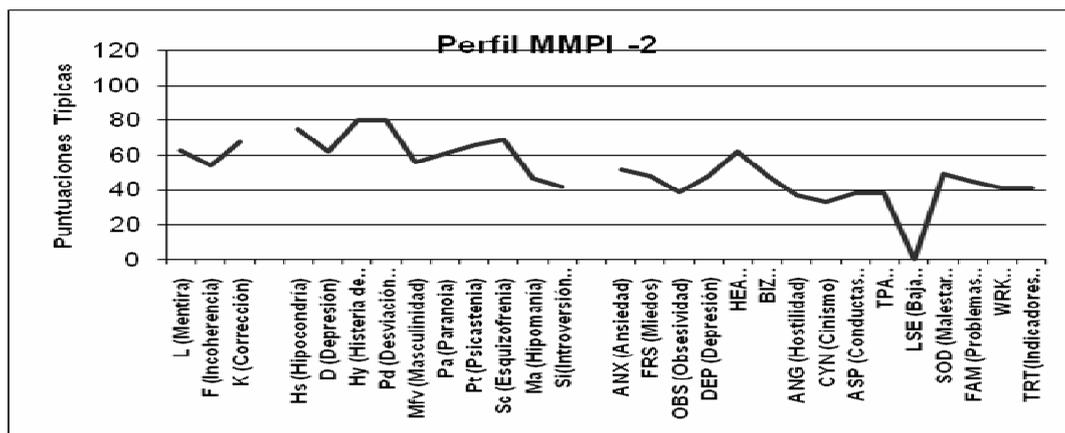


Figura 1. Perfil clínico según el MMPI-2 del paciente C.L.J.F

4. CASO 1: PATOLOGÍA DUAL

4.1. RESUMEN

Los pacientes alcohólicos suelen presentar otros síndromes psiquiátricos asociados, sobretodo de ansiedad y depresión, que con frecuencia son trastornos inducidos o agravados por el propio consumo de alcohol y que tienden a mejorar en pocas semanas, cuando el paciente ha efectuado un tratamiento de desintoxicación y consigue mantenerse en remisión de su alcoholismo.

En el caso que se aborda el paciente presenta además de la adicción al alcohol y otras sustancias como (cocaína, cannabis, opiáceos, benzodiazepinas, etc.), una esquizofrenia tipo paranoide. Tras 25 sesiones de intervención con terapia cognitivo-conductual, con abordaje integral de la patología dual, (consumo de sustancias y esquizofrenia) y con apoyo farmacológico, se logra reducir sustancialmente los niveles de ansiedad y depresión, presentados en la evaluación inicial, mejorando considerablemente la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: alcoholismo, patología dual, esquizofrenia, tratamiento integrado.

ABSTRACT

Alcoholic patients have psychiatric syndromes associated, mostly anxiety and depression. Psychiatric syndromes are usually induced by heavy drinking, and tend to improve in a few weeks, when the patient has been detoxified, and a stable remission of alcoholism has been achieved.

In the case that addresses the patient as well as addiction to alcohol and other substances such as (cocaine, cannabis, opiates, benzodiazepines, etc.), schizophreniaparanoide type. After 35 sessions of intervencion with cognitive-behavioral approach, withintegrated dual diagnosis (substance abuse and schizophrenia) and drug support, itdoes substantially reduce levels of anxiety and depression, presented at the initial assessment, significantly improving quality of life of patients.

Key words: alcoholism, dual disorders, schizophreniaparanoide, integrated treatment.

4.2. INTRODUCCIÓN

Se denomina “patología dual” a la concurrencia en un mismo individuo de, al menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Estos pacientes “duales” o con comorbilidad psiquiátrica son frecuentes y presentan mayor gravedad, tanto desde la perspectiva clínica como social, que los sujetos que sólo presentan un tipo de trastorno (adictivo u otra enfermedad psiquiátrica).

Partiendo de los hitos históricos sobre diferentes revisiones en relación a la comorbilidad en adicciones, se pretende desarrollar la epidemiología de la dualidad resaltando los trastornos afectivos, de ansiedad y psicóticos. Se evidencia que la tasa promedial de la dualidad es del 50% tanto a nivel clínico como poblacional Saavedra, (2001). Los adultos que sufren una enfermedad mental presentan tasas extraordinariamente elevadas (en general, del 50 % o más) de algún trastorno concurrente relacionado con sustancias, lo que influye negativamente en la adaptación del paciente y en el curso y evolución de ambos trastornos.

Fernández y Marquina (1995), en un estudio realizado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares, sostienen que el 53,3 % de los usuarios del Centro consumieron algún tipo de sustancias adictivas, y en un 30,6 % el consumo estuvo asociado a un estacionamiento o retroceso del proceso de Rehabilitación Psicosocial. Iglesias y Santamaría (2001), en otro estudio, establecen que el 37,5 % de los pacientes presentaron trastornos por uso de sustancias en fechas próximas al tratamiento y el 54,2 % en algún momento de su vida.

Parece claro, que la comorbilidad psiquiátrica es más frecuente en drogodependientes que en el resto de la población. Existen asociaciones entre el uso de alcohol, cannabis, cocaína y heroína con la psicopatología y los trastornos de la personalidad. Las escalas de obsesivo-compulsivo, hostilidad, depresión y ansiedad y los rasgos de personalidad paranoide, dependiente y límite fueron los hallazgos más frecuentes.

Se encuentra una asociación entre la dependencia/abuso de alcohol y los rasgos dependientes, los opiáceos y la cocaína con rasgos antisociales y el cannabis con psicoticismo Guisado, Vaz, Fernández-Gil, Peral, y López-Ibor, (2000). En este mismo sentido Saavedra (2001), analiza la importancia de la dualidad, su conceptualización, los aspectos metodológicos y las variaciones en las tasas de prevalencia, para luego desarrollar la dualidad en grupos especiales, como son los adolescentes y las mujeres.

Los datos dan muestra de la magnitud del problema y de la problemática de su tratamiento, siendo el alcohol y el cannabis las sustancias más frecuentemente consumidas, principalmente por su accesibilidad y por su bajo coste económico. Así mismo, sería la incapacidad laboral, la mala adherencia al tratamiento y un mayor número de conflictos con el sistema judicial, las consecuencias más inmediatas desde el punto de vista terapéutico.

En el caso de la comorbilidad entre alcoholismo y trastorno bipolar, resulta más grave, en comparación con la expresión pura de las enfermedades por separado, siendo la relación más habitual, la de alcoholismo primario y depresión secundaria, con matices diferenciales para hombres y mujeres, y con una deficiencia en la actividad monoamínica así como una base de personalidad caracterizada por altos niveles de neuroticismo y psicoticismo Mangas, (2003).

La vulnerabilidad de las personas esquizofrénicas al consumo de drogas parece evidente Fumero, Santamaría y Navarrete, (2009). El trastorno esquizotípico de personalidad, con el apoyo de su consideración como vulnerabilidad, parece ir acompañado de una amplia variedad de síntomas, tanto somáticos como psicopatológicos, y por un mayor consumo de alcohol y drogas.

En cuanto a la relación entre cannabinoides y esquizofrenia, a juicio de Müller-Vahl (2008), es importante conocer la asociación existente entre esquizofrenia, cannabis y sistema endógeno de receptores cannabinoides respectivamente, por dos motivos:

1) Por un lado, hay unas pruebas evidentes de que el cannabis tiene que considerarse como un factor de riesgo independiente para la psicosis, y de que puede empeorar el desarrollo de la enfermedad. Este riesgo parece estar aumentando en personas genéticamente predispuestas, en base a la cantidad de cannabis consumido.

2) Por otro lado, existen datos evidentes que revelan que, al menos en un subgrupo de pacientes, determinadas alteraciones en el sistema endocannabinoide pueden contribuir a la patogénesis de la esquizofrenia. Vázquez-Barquero (2008), en un meta-análisis, afirma que el consumo de cannabis está estadísticamente asociado con un aumento dosis-dependiente del riesgo de desarrollo de trastornos psicóticos, incluyendo la esquizofrenia. Bennett, Bellack y Gearon (2000), plantean que los pacientes con esquizofrenia muestran unas alarmantes tasas de trastornos por consumo de sustancias. Estos pacientes experimentan déficits neurológicos y sociales que hacen difícil el beneficio de las estrategias de tratamiento eficaces, destinadas a la población menos afectada.

Se calcula que entre el 30-40 % de los esquizofrénicos presenta problemas de abuso de alcohol, el 15-25 % problemas con el cannabis y del 5 al 10 % abusa o depende de la cocaína. Sin embargo, la investigación no es compatible con el vínculo entre los síntomas específicos de la esquizofrenia y la elección de las drogas de abuso.

Los Trastornos comórbidos se asocian con una variedad de escasos resultados, incluyendo un aumento de los síntomas psicóticos, deficiente cumplimiento del tratamiento, la violencia, la inestabilidad de la vida, la falta de vivienda, problemas de salud (incluida la infección por virus de inmunodeficiencia humana), mala administración del dinero, y un mayor uso de los servicios orientados a la crisis que se traducen en mayores costos de la atención. Se ha conseguido un progreso considerable en la última década, en la comprensión de la necesidad de integrar el tratamiento de abuso de sustancias y salud mental, para proporcionar un seguimiento más eficaz para esta población Dixon, (1999).

El diagnóstico no resulta fácil, partiendo de la eterna discusión de qué es “normalidad”, donde Gea y Calderón (2003) consideran que serían personas normales aquellas “*capaces de afrontar el ambiente de un modo flexible, con percepciones y conductas que fomentan el aumento de la satisfacción personal, así como oportunidades de aprender y crecer*”, continuando con que la comorbilidad presenta serios desafíos diagnósticos, una desventajosa influencia en el pronóstico y en la adaptación e integración del tratamiento de los dos trastornos. Ambos se involucran en diferentes niveles de la etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico Koldobsky y Néstor, (2010).

La identificación de forma fiable y válida de un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica, en sujetos que están consumiendo sustancias psicoactivas plantea dos problemas fundamentales:

- 1) Por un lado, el hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas sobre el sistema nervioso central simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales (por ejemplo, el insomnio producido por el consumo agudo de cocaína, indistinguible del insomnio de enfermedades psiquiátricas, como la depresión), dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de dicha droga, propios de un trastorno psiquiátrico independiente.
- 2) Por otro lado, el hecho de que los trastornos psiquiátricos son más “síndromes” (patrones de síntomas con algunas pruebas de validez clínica) que “enfermedades” con una fisiopatología conocida y con unos marcadores biológicos claros que sirvan como “patrón oro” para validar los diagnósticos Dixon, (1999).

Por lo que respecta a su tratamiento, los pacientes alcohólicos suelen presentar otros síndromes psiquiátricos asociados, sobre todo de ansiedad y depresión, que con frecuencia, son trastornos inducidos o agravados por el propio consumo de dicha bebida. En ocasiones se trata de trastornos psiquiátricos independientes, que además del tratamiento del alcoholismo, requieren un tratamiento específico. Dichos pacientes requieren un abordaje integrado de su patología dual, en una unidad especializada, con

un seguimiento intensivo y durante un tiempo más prolongado de lo habitual Brugué y Serecigni, (2002). Similar tratamiento requiere la patología Dual tal como se presenta en los TP-TUS (Trastornos de personalidad y abuso de sustancias). Se ha establecido como un tópico de gran interés por su prevaencia, sus formas de presentación y por el desafío para su tratamiento.

Desde hace mucho tiempo se debate en foros nacionales e internacionales la necesidad de enfocar estos trastornos en conjunto. Estas personas con coexistencia de enfermedad adictiva y otras patologías mentales acuden más a los servicios de urgencias y requieren más hospitalizaciones psiquiátricas. Para otros autores, como es el caso de Deborah, Garnick, Hendricks y Comstock (1997), sostienen que los pacientes que se someten a tratamiento por abuso de alcohol y drogas, a menudo incurren en mayores gastos que las personas con otras condiciones crónicas.

El profesional sanitario dedicado al tratamiento de este tipo de pacientes requiere de un adecuado entrenamiento para valorar la psicopatología y los trastornos de la personalidad en drogodependientes antes de iniciar el tratamiento Macías, Leal, Fernández-Gil, Pacheco y López-Ibor, (2000).

Las actividades de ocio y tiempo libre deben ser una parte importante de cualquier programa integral de rehabilitación en personas con enfermedad mental grave Tur, Armada, González y Segura, (2006).

Recientes intervenciones integradas, que se han desarrollado para ser aplicadas a esta población de pacientes, persiguen el objetivo específico de aliviar el trastorno relacionado con sustancias y el objetivo general de mejorar la adaptación y la calidad de vida del paciente, desarrollando una serie de directrices. En esta línea se relacionan las principales características de un programa basado en este enfoque integrado: misión y filosofía, conducción, reorganización integral, formación, y mejora de la calidad. Asimismo, se analizan algunos aspectos de programas específicos Robert, Drake, Mueser y Brunette, (2007).

En los retos del futuro se hace hincapié en las necesidades de profundizar en la caracterización nosológica adecuada de la coexistencia de síntomas psicopatológicos y consumo/intoxicación/abstinencia de sustancias; la importancia de disponer de instrumentos clínicos de cribado para detectar la patología dual; la necesidad de desarrollar estrategias terapéuticas, farmacológicas y psicológicas efectivas; la importancia de la atención integrada de estos pacientes por un solo equipo terapéutico, en una única red de salud mental y adicciones y, finalmente, la necesidad de incorporar la formación en patología dual a los profesionales sanitarios Torrens, (2008).

4.3. INFORMACIÓN DE REFERENCIA Y DESCRIPCIÓN DEL CASO

El paciente Q.C.I., es un varón de 26 años de edad, nacido en Alicante, sin estudios ni cualificación profesional. Fue derivado por la Psicóloga del Centro Penitenciario El Acebuche, con fecha 18/10/2010, tras haber sido evaluado el día anterior. De la aplicación del Cuestionario de Detección de Situaciones de Crisis (de elaboración específica de Instituciones Penitencias, para la detección de intenciones suicidas de los internos) y de la entrevista exploratoria realizada, dicha profesional del Centro determina: *“se trataba de un Interno con antecedentes de consumo de sustancias, refiriendo mantenerse abstinente tras un tratamiento en centro de su comunidad. Admite mantener consumo de Hachís en el Centro Penitenciario.¹ Actualmente se encuentra en tratamiento con Depakine y Seroxat. No presenta ideación suicida y/o intentos autolíticos. Niega antecedentes delictivos. La queja se concreta en “querer un Centro Penitencio próximo a su lugar de residencia”, “incomodidad con el compañero de celda” (parece que éste ejerce cierto control sobre Q.C.I., porque contrae deudas en el módulo). No se considera necesario en el momento actual su inclusión en PPS, (Programa de Prevención de Suicidio), pero si requiere un seguimiento”*. Dada la saturación de trabajo por parte de la psicóloga del Centro, y por ende, la no disponibilidad de tiempo para poder atender las necesidades particulares del interno, a partir de este punto, me hago cargo la intervención, con la supervisión de la misma.

4.4. HISTORIA PREVIA

De las entrevistas realizadas, de la aplicación de los cuestionarios que se detallan a continuación, así como de las consultas de los antecedentes médicos y policiales, se observa la siguiente información relevante.

¹ Las frases que están redactadas en cursiva corresponden a expresiones literales de la psicóloga.

4.5. PAUTAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

El paciente Q.C.I., separado de María, hace dos años, durante el primero de ellos, aun que no convivían juntos dice que mantenían relaciones sexuales eventualmente, pero durante este segundo años, en el cual ingresó en prisión relata que no le ha contestado a sus cartas porque ya tiene otra pareja, añadiendo “*se ha ido con otro aún peor que yo*”. Con María tiene una hija, Lucia, de 4 años, que lleva año y medio sin verla. Iván es el segundo hijo, fruto de la relación entre Manuel, de profesión albañil, y Amalia, de profesión cocinera. Tiene además una hermana mayor, Yolanda, de profesión cajera de supermercado, y un hermano menor, Jonathan, de profesión albañil.

4.6. GENOGRAMA

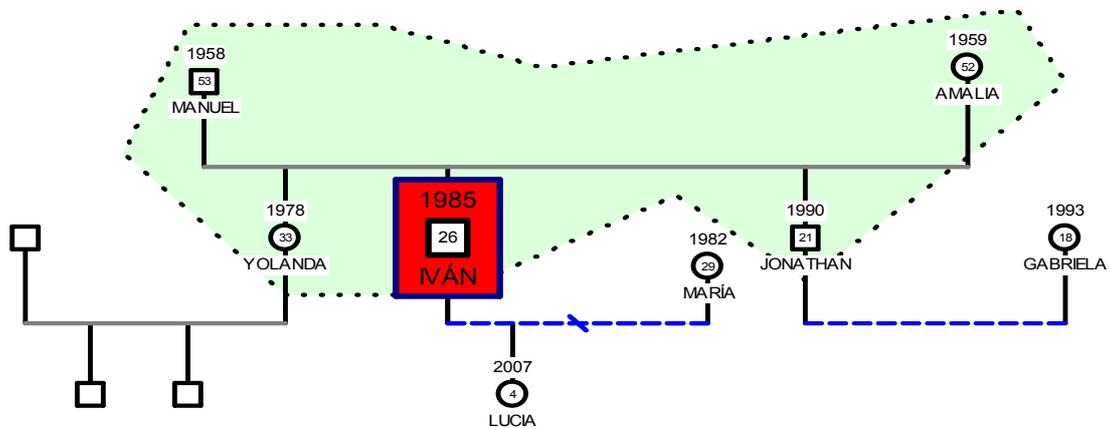


Figura 2. Genograma

Dice mantener una buena relación con los miembros de su familia, aunque se queja de que su hermana no le visite. Por otro lado, no muestra ningún signo de alegría por la visita de sus familiares y la única motivación que le mueve es conseguir que sus seres queridos le ingresen más dinero del que le ingresan con anterioridad a su visita; desarrolla una oratoria con escasez de palabras, hasta el punto que resulta complicado mantener una conversación fluida. De aspecto físico e higiénico descuidado y con fuerte aplanamiento emocional.

Nació en un barrio marginal a las afueras de Alicante, donde era frecuente el consumo de estupefacientes. Su padre, que también tuvo graves problemas con la bebida; consumía con asiduidad cerveza y vino, razón por la cual estuvo internado en un Centro de Deshabitación. La madre consumía igualmente cerveza, aunque con menos frecuencia. El abuelo, materno también tuvo problemas de adicción al alcohol; el hermano pequeño fumaba porros y ocasionalmente consumía alcohol.

Manifiesta no tener conocimiento de haber sufrido ningún problema de salud durante el embarazo, llegando al parto sin ninguna complicación. La infancia transcurrió con normalidad, sin complicaciones de salud reseñables.

Abandona los estudios en 3º de la ESO; hasta los 12 años su rendimiento académico fue bueno. A partir de esa edad, coincidente con la muerte de su abuelo y con su inicio en el consumo sustancias, su rendimiento comienza a decaer, manifestando que se aburría en clase y que no le atraía estudiar, dedicando el tiempo en clase a molestar al resto de los compañeros con entretenimientos lúdicos, y cuando le echaban de clase se iba a los servicios a fumar.

Fue expulsado en una ocasión del colegio durante un periodo de 2 semanas, según él, porque *“estaba en clase de gimnasia cuando un compañero se ventoseó, y al preguntar el profesor ¿Quién ha sido?, el compañero me señaló, y al cogerme el profesor de la mano me resistí y se la arañé”*.

En el plano laboral no posee cualificación alguna, habiendo trabajado de basurero, albañil y distribuidor, percibiéndose como buen trabajador y siendo querido por sus jefes: *“en cierta ocasión me dolía una muela, llamé a mi jefe para contárselo y él me dijo que no me preocupara, que no fuera a trabajar y cuando dejé el trabajo no le gustó que me fuera”*. Añade que *“cumplía los horarios y que sólo se drogaba a partir de los viernes para que no afectar al trabajo”*.

La relación con sus dos parejas fue tormentosa, con frecuentes riñas, generadas principalmente por los efectos derivados del consumo de drogas. Tiene dos denuncias presentadas por sus dos ex compañeras sentimentales: la primera por violencia de género, que dió lugar a la condena que se encuentra cumpliendo, y la segunda por un delito contra la propiedad.

Sus conversaciones giran en torno a un mundo marginal donde el consumo de sustancias está siempre presente. Tiene fuertes reparos y se avergüenza de algunos de sus pensamientos (alucinaciones y delirios), que ha sufrido durante algunas etapas de su vida; en particular, el periodo de tiempo que estuvo interno en el Hospital de Játiva (Valencia). Dice tener miedo *“a que se le trate por loco”*.

4.7. HISTORIAL DEL PROBLEMA ADICTIVO

Según su propia información se inicia en el consumo de alcohol a los 12 años tomando cerveza con un grupo de “punkis” de similares edades a la suya. Posteriormente consumió pastillas, pasando de éstas a la cocaína y teniendo también algún escarceo con la heroína. Manifiesta ser *“adicto al alcohol”*² pues le lleva a perder el control y a decir y hacer cosas de las que se avergüenza, y que ese deseo de beber le convierte en agresivo, relatando varios episodios violentos con su madre y amigos porque le habían escondido la botella de vino para que no consumiera: *“en cierta ocasión tras haber bebido, al llegar a casa con la cara roja, mi madre me dijo, ¡ya has bebido otra vez! Y yo le dije que no y ella me dijo que sí, tras una disputa me dió la medicación que debía tomar y tiré las pastillas a la basura delante de ella y le dije que me iba y me preguntó que a dónde y dije que al campo de fútbol y me dijo que tenía que ser por encima de su cadáver y la empujé y me fuí”*; *“En otra ocasión agarre un amigo por el pecho obligándole a que me entregara una botella de vino que me había escondido”*.

² Las frases que están redactadas en cursiva y entrecomilladas corresponden a expresiones literales del paciente.

Manifiesta una grave adicción a la marihuana, pero menor que al alcohol. Respecto a la Cocaína, dice que consume cuando ha bebido. El paciente percibe como un problema el alcoholismo, y manifiesta voluntad de rehabilitación.

Con 19 años, tras mezclar en una ingesta de alcohol y Trankimazin, perdió el conocimiento y fue ingresado durante dos meses en un Centro de Salud Mental, con un diagnóstico según él, de, *“Intoxicación etílica patológica y trastorno esquizofrenia – paranoide”*. A la salida del Centro estuvo sin consumir durante unos dos años aproximadamente. Entre los 20 y 23 años, se mantiene abstinente del consumo de alcohol, fundamentalmente por dos causas: primera, por la presión de su ex pareja que le dijo que si consumía lo dejaba y por las consecuencias negativas para la salud que tenía al estar bajo los efectos de los fármacos, que manifiesta, *“si tomaba me ponía malísimo y tenía que ir al Centro Médico a que me inyectaran, hecho que se había producido en dos o tres ocasiones y que lo había pasado mal”*. Sin embargo, si admite haber consumido durante ese periodo otras sustancias como Hachís, Marihuana, Cocaína, etc.

Si tuviese la posibilidad de escoger entre todas las sustancias adictivas disponibles en el mercado, escogería en primer lugar el alcohol, particularmente la cerveza; los porros en segundo lugar, la Coca en tercero y en cuarto la Heroína; *“los tranquilizantes no los quiere volver a probar pues por culpa de ellos estoy aquí”*. Añade que cuando le entran ganas de beber cuanto más bebe más quiere *“soy pura ansia”*, comenta.

4.8. HISTORIAL DELICTIVO

A los 12 ó 13 años quemó una fábrica de objetos decorativos de navidad. En compañía de un grupo de amigos, se dedicaban a lanzar petardos a través de una abertura practicada en una de las paredes, donde uno de esos petardos incendió las instalaciones; no tenía conciencia del riesgo que suponía el lanzar los petardos al interior de las mismas. Una vez producido el incendio, tanto él como sus compañeros huyen y la policía le detiene a las 5 de la mañana en su casa, no siendo procesado, al carecer de autorización la fabrica para el desarrollo de las actividades que realizaba.

Durante su etapa adolescente, a veces se entretenía rompiendo acequias, no siendo denunciado por los mismos hechos. En una de las ocasiones *“el dueño se tomó la justicia por su mano, disparándonos con una escopeta con cartuchos de sal”*. Así mismo solía colarse en el autobús y trenes sin billete, robar ciclomotores y conducirlos sin permiso, saltándose las normas de circulación, pequeños hurtos en los supermercados. *“En cierta ocasión robé una botella de whisky del supermercado”* ¿Cómo?, *“no te lo digo, que si te lo digo te ríes de mí”*, no será para tanto, *“la metí en la mochila y cuando llegue a la caja salí corriendo y la cajera detrás de mí pero no me pilló, y me fui para el campo con la intención de bebérmela. El problema es que no tenía la llave para abrir la caja del contenedor y le di con una piedra, y rompí la caja y la botella”*, hurtos de dinero a su familia, etc.

Su ingreso en prisión se debe a dos delitos, uno de violencia de género como consecuencia de malos tratos a una de sus ex parejas. Según él los hechos ocurrieron del siguiente modo: *“en cierta ocasión llegue a su casa puesto de Cocaína y ella me echó de casa y le pedí que me dejara entrar en casa y comenzamos a empujarnos y a insultarnos y al final me denunció con un parte de lesiones”*; y a otro delito Contra el Patrimonio, por la sustracción de un ciclomotor a punta de navaja. En éste último según el detenido *“estaba jugando, abriendo y cerrando una navaja de grandes dimensiones y el propietario de la moto se asustó y me dijo que me lo llevara, se la devolví a las 8 horas”*. Por los referidos hechos fue condenado a 2 años y 9 meses de prisión, de los que lleva cumplido un año. Tiene pendiente una segunda causa por entrar a robar a la vivienda del vecino sustrayendo piezas de oro, dinero en efectivo y dos móviles marca Nokia; estos hechos fueron puestos en conocimiento de la policía por su ex pareja y por el vecino, al cual se los había sustraído. Por los hechos de la segunda causa, la fiscalía le pide 3 años de prisión, con lo cual en el caso de llevarse a efecto esta segunda sentencia, le restaría por cumplir aún 5 años.

4.9. HISTORIAL PENITENCIARIO

En prisión colabora como interno de apoyo, “*cambiándole los pañales a otro interno mayor que tiene problemas de movilidad*”. Esta apuntado a la escuela del Centro pero no asiste, pues funciona por niveles y que él aún no sabe cuál es su nivel, por lo tanto desconoce cuándo tiene que ir. Preguntado por el gimnasio, dice que le gustaría ir, pero que no quiere aparentar un buen estado de salud, no sea que le echen de la enfermería donde se encuentra bien. Dice hacer pesas con dos botellas llenas de agua unidas con un esparadrapo, pues quiere mejorar la imagen de su tren superior para cuando salga a la calle poder ligar más.

4.10. METODOLOGÍA Y EVALUACIÓN

Dando el contexto en el cual se lleva a cabo la evolución, el interior de una prisión y las patologías que presenta el paciente, hacen que en las primeras sesiones se avance muy lentamente hasta crear una buena relación terapéutica; en estas se lleva a cabo escucha activa, mostrándole en todo momento una actitud positiva, respetuosa y dispuesto a ayudarlo, evitando confrontaciones, transmitiéndole seguridad y confidencialidad en sus opiniones, pensamientos, etc. Asimismo, llevando a cabo una evaluación y un tratamiento paralelos.

La evaluación se realiza a través de entrevistas semiestructuradas y de la aplicación del MMPI-2, Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, (1989), al objeto de la identificación del perfil de personalidad y la detección de psicopatologías, que sólo es aplicado en la evaluación inicial. Con el objeto de cuantificar su estado de ánimo se aplican en dos ocasiones, al principio (formación línea base) y al final del tratamiento (evaluación de los resultados), los siguientes cuestionarios: Cuestionarios Detección de Situaciones de Crisis (Específico de Instituciones Penitenciarias), *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI), Spielberger, Gorsuch y Luchene, (1970), el *Inventario de Depresión de Beck* (IDB) en la versión española de Conde y Useros (1975), y el

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) de Meyer, Miller, Metzger y Borkovec (1990) y Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), Sandín y Chorot (2003), con los resultados que se citan a continuación.

Nombre del cuestionario	Puntuaciones en línea base
MMPI-2	“ 687 -“ F (código de perfil)
DETECCIÓN DE SITUACIONES DE CRISIS	4 Riesgo medio
STAI	Ansiedad estado de 8
	Ansiedad rasgo de 9
<i>Penn State Worry Questionnaire</i>	52 (<i>Ansiedad alta</i>).
Cuestionario de Afrontamiento del Estrés	Búsqueda de apoyo social y no se focaliza en la focalización en la solución del problema.
<i>Inventario de Depresión de Beck</i>	25 (depresión moderada)

Cuadro 1. Resultados obtenidos en la formación de la línea base.

4.11. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

Para el diagnóstico se tienen en cuenta los datos aportados por el paciente y los informes aportados por el servicio médico del Centro que le tiene diagnosticado y con tratamiento farmacológico para los trastornos de *Dependencia de alcohol (F10.2x)* y *Esquizofrenia paranoide (F20.0x)*, siendo este diagnóstico también compartido por la psicóloga del Centro y esta correlacionado con los resultados obtenidos de la aplicación del MMPI-2, que se adjuntan en el ANEXO V, página 42.

Según el sistema multiaxial del DSM VI TR, se muestra el siguiente diagnóstico:

- Eje I
 - ✓ Trastorno esquizofrenia -paranoide
 - ✓ Síndrome de dependencia de sustancias (actualmente controlado)
- Eje IV
 - Problemas académicos. (*Expulsión del colegio, carencia de formación.*)
 - Problemas laborales. (*Expulsión del trabajos*)

- Problemas legales. (*Robos, hurtos, delitos de violencia de género*)
- Problemas familiares. (*Robos a la familia, problemas familiares*)
- Problemas sentimentales. (*Ruptura con sus parejas, no poder ver a su hija*)
- Problemas de salud. (*Deficit físico y psíquico, pérdida de memoria*)
- Problemas sociales. (*Ausencia de amigos*)
- Relaciones superficiales. (*No se fía de sí mismo*).
- *Dependencia del alcohol.*

Eje V Valoración actividad global de 40...30

Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

1. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: *“cuando no bebía me ponía muy nervioso”*.
 - (a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - (b) Consume la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
2. La sustancia es consumida con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía. *“Cuando consumo no tengo límites”*
3. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, *“he estado ingresado en el Hospital de Denia por espacio de dos meses y dos años en tratamiento”*.
4. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia, *“no tenía amigos, no trabajaba, se pasaba las horas jugando a la videoconsola, fumando y bebiendo”*.

5. Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos reincidentes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia *“he consumido todo tipo de sustancias”*.

Esquizofrenia paranoide

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes (las sigue teniendo).
2. Alucinaciones (las sufrió en el periodo de internamiento en el Hospital de Elda)
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos (p. ej., aplanamiento afectivo, alogía o abulia)

Criterios para el diagnóstico de Tipo Paranoide:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

En el caso de la esquizofrenia paranoide, haciendo una clasificación en síntomas positivos y negativos, dentro de los primeros, en la actualidad sufre delirio y ha padecido también alucinaciones de tipo auditivas; respecto a los negativos, como se muestra en el diagnóstico del eje III, presenta deterioro en todas las áreas importantes.

Una vez finalizada la corrección de los tests en unión de la información aportada por el paciente en la entrevista, se le aportó información lo más objetiva posible, tanto desde el punto de vista del consumo de sustancias, de la esquizofrenia paranoide, como de los efectos de la unión de ambos trastornos “patología dual”, a lo que responde, *“sí, tengo pensamientos de los que me avergüenzo”, “me vendría bien que me ayudara en lo que pudiese, pues muchas veces he tenido miedo a volverme loco”*. Se le expresa en todo momento comprensión y aceptación, y se le muestra disposición de, haciéndole

recomendaciones claras respecto a la necesidad del cambio. Ante la pregunta formulada por el terapeuta ¿en qué te puedo ayudar?, manifiesta que “*en todo un poco, pero sobretudo con la ansiedad y con los pensamientos raros que tengo*”, consensuando los siguientes objetivos de trabajo.

4.12. OBJETIVOS DE INTEVENCIÓN

En consenso con la psicóloga del Centro y el paciente se determinan los siguientes objetivos de intervención:

- ✓ Reducir los niveles de ansiedad y de depresión.
- ✓ Afrontamiento de los problemas que surgen en sesión (deudas, peleas, robos etc.)

4.13. TRATAMIENTO

Se llevaron a cabo 25 sesiones, dos por semana, con una duración aproximada de 45 ó 50 minutos cada sesión. Las primeras 10 sesiones se realizaron en horario de mañana, realizando las 15 restantes en horario de tarde por cuestión de disponibilidad de despacho y porque en la tarde la actividad en la enfermería era menor, con lo cual la distracción del interno era menor. Durante los cinco meses de la intervención el paciente toma la medicación con regularidad consistiendo esta en: *depakine, seroxat, risperidona y diacepan*, así mismo participa en el programa CPD. (CENTRO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS. Está integrado dentro del Servicio Provincial de Drogas y Adicciones y enmarcado en el Área de Bienestar Social de la Diputación de Almería)

El tratamiento consta de tres fases en las cuales no existe una diferenciación temporal entre evaluación y tratamiento sino que se trabaja con el paciente a la vez que se va evaluando.

4.13.1. FASES DE INTERVENCIÓN:

1. **Evaluación inicial y tratamiento.** Durante un periodo de 10 sesiones, se realizan en horario de mañana, que tienen como objetivo crear con el paciente una buena relación terapéutica, evaluarlo (entrevista semiestructurada y aplicación de los cuestionarios reseñados, con los que se forma la línea base), utilizando intervención motivacional desde el principio hasta el fin del proceso terapéutico con el objetivo de aumentar la conducta verbal, para el abordaje de ambos trastornos (conductas adictivas y psicosis), a través de :

- ✓ Dejar pausas para animar al que habla a que lo siga haciendo. No llenar silencios.
- ✓ Parafraseando (Efecto Eco): Consiste en repetir textualmente algunas de las frases que contienen las ideas esenciales que nos transmite el interlocutor.
- ✓ Reformulación: Al reformular expresamos con nuestras palabras de forma breve lo que hemos captado del mensaje, “Eso quiere decir que...”, “estoy acertando si entiendo que...”.
- ✓ Apertura (Efecto Abrepuertas): Directamente, con expresiones como: “¡Qué interesante!”, “Cuéntamelo con detalle”, o a través de preguntas generalmente abiertas: “¿Y qué sucedió entonces?”, “¿por qué crees que...?”.
- ✓ No expresar inicialmente el propio acuerdo o desacuerdo, sino mostrar simplemente que se ha comprendido lo que decía el que hablaba.
- ✓ Reflejo de sentimientos: Expresamos de forma breve las emociones y sentimientos que percibimos en el interlocutor en relación al mensaje: “Al escucharte te noto...”, “con todo esto te sentirás...”.

Para Martinetes et al., (2004), este tratamiento se justifica si tenemos en cuenta que, los pacientes psicóticos, el insight no es una entidad unidimensional ni estática, hechos que le suceden al paciente Q.C.I., dado el trastorno mental que padece el paciente, con los miedos que le genera a que se le considere un

enfermo, los fuertes aplanamiento físico y psíquico que presenta, así como la dependencia física y psíquica de la bebida.

2. **Tratamiento.** Con una duración de 12 sesiones. Se continúa con la intervención motivacional, fundamentalmente aquellas sesiones donde su aplanamiento emocional es más fuerte, empleando Psicoeducación con el objetivo de normalizar sus pensamientos sobre los delirios, empleando textos sobre esquizofrenia y utilizando valoración reflejada (cómo piensa que le ven al resto de los pacientes de enfermería y cómo ve él al resto). Ejemplo: el paciente se ríe de otro interno *“Bartolo, mi compañero de chabolo está loco”* ¿por qué? *“da puñetazos al aire porque dice que le atacan demonios”*, ¿tú ves los demonios de que habla Bartolo? *“No”*, ¿crees que Bartolo los ve? *“yo creo que si los ve”*, ¿crees que Bartolo escucha las voces que tú dices escuchar? *“No lo sé, él dice que no, porque se lo he preguntado”*.

La relajación diafragmática en sesión de trabajo se usó para bajar los niveles de ansiedad que le generaban las disputas y peleas por las deudas contraídas a las cuales no quería hacerle frente o por pequeños hurtos (tarjetas de teléfono, pendientes etc.), *“cuando me provocan me altero y hasta que no me peleo no me quedo tranquilo”*; se motiva para que practique la relajación cuando esté solo, para que pueda utilizarla en situaciones de ansiedad. Paralelamente, las actividades de ocio y tiempo libre son otra parte importante de la rehabilitación en personas con enfermedad mental grave (Tur, Armada, González, Segura (2006), en este caso participa en un taller de informática, otro de manualidades, esta apuntado a la escuela (pero no asistir pues dice que se aburre).

3. **Evaluación final y tratamiento.** Durante las tres últimas sesiones, con el objetivo de comprobar la evolución de la intervención realizada a lo largo de las 22 sesiones anteriores, así como determinar el posible seguimiento, se evalúa nuevamente con los cuestionarios aplicados en la evaluación inicial, salvo el cuestionario clínico MMPI-2, y se sigue trabajando en los problemas que le van surgiendo cada día.

4.14. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

En la línea base, las respuestas de QCI a la batería de cuestionarios mostraban un perfil de respuesta indicativo de un estado de ánimo con elementos ansiosos y depresivos. Tras la intervención, en el momento de la segunda evaluación (puntuaciones finales), se mostró una apreciable mejoría.

Nombre del cuestionario	Puntuaciones en línea base	Puntuaciones final
Cuestionario de Detección de Situaciones de Crisis	4 Riesgo medio	2 (Riesgo bajo)
STAI	Ansiedad estado de 8	Ansiedad estado de 6
	Ansiedad rasgo de 9	Ansiedad rasgo de 8
<i>Penn State Worry Questionnaire</i>	52 (<i>ansiedad alta</i>).	45 Ansiedad media
Cuestionario de Afrontamiento del Estrés	Búsqueda de apoyo social y no se focaliza en la focalización en la solución del problema.	Búsqueda de apoyo social y no se focaliza en la focalización en la solución del problema.
<i>Inventario de Depresión de Beck</i>	25 (depresión moderada)	14 (depresión baja)

Cuadro 2. Resultados obtenidos en la formación de la línea base y en la finalización intervención.

De los resultados de la evaluación final, comparándolos con los resultados de la formación de la línea base (ver cuadro 2), así como de las propias manifestaciones expresadas por el paciente y de los comportamientos observados en su conducta, se puede deducir que se ha cumplido el objetivo principal de intervención que era *reducir los niveles de ansiedad y depresión*. Esta segunda evaluación se efectúa días antes de su traslado voluntario del Centro Penitenciario de El Acebuche al C.P. de Albolote (Granada). Los resultados muestran una reducción sustancial de los niveles de ansiedad y de depresión, así como una bajada del riesgo de suicidio, junto con una mejora de la calidad de vida y en las distintas áreas del eje III, en particular en el área social. En la presentación de los resultados al paciente, éste los valora como muy positivos, dando muestras de afecto y aprecio por el trabajo realizado.

4.15. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La naturaleza de este estudio de caso y sus limitaciones metodológicas, temporales y contextuales no permiten determinar cuáles fueron los ingredientes más eficaces del paquete de procedimientos psicológicos empleados. Si bien resulta evidente la mejoría experimentadas por el interno Q.C.I., no se puede determinar en qué medida ésta se debe a los efectos de los fármacos, de la psicoterapia o de los programas en los cuales a participado, como es el caso del CPD. El hecho de encontrarse en un contexto controlado, (donde no tiene acceso al alcohol, y le impide consumir de forma compulsiva, pues admite seguir consumiendo esporádicamente hachís, así como tres paquetes diarios de tabaco), ha generado un importante mejora del aspecto físico, si comparamos su imagen actual con la del momento de su detención.

El deterioro afectivo, cognitivo y comportamental, generado principalmente por el *trastorno de dependencia de alcohol (F10.2x)*, y por *la esquizofrenia paranoide* que padece, han determinado que no puede llevar una vida normal más allá de contextos controlados, pues su recaída es más que probable, ya que se aprecia un pobre de control de los impulsos, y si bien alcohol durante este periodo no ha consumido, porque no ha tenido acceso, sí ha consumido con cierta regularidad cannabis y pastillas. Ante la pregunta, ¿Tú sabes lo buena que esta una Mahou bien fresquita?, responde “*la verdad es que sí*”; y ¿con lo buena que esta no te vas a quedar en una, no?, “*bueno puestos en faena, habrá que catar alguna más*”. Añade con poca convicción poder dejar el alcohol algún día, por su hija, que no quiere que el día de mañana le digan que su padre es un borracho; ya tiene bastante desgracia con que esté metido aquí.

Sus planes se centran a corto plazo en vivir lo mejor posible, y respecto al futuro piensa que su paso por el Centro Penitenciario del Albolote (Granada), le permitirá ingresar en una Comunidad Terapéutica, con la consiguiente mejora de la calidad de vida así como que “*los últimos meses de la condena los podría pasar en casa de sus padres*”.

4.16. REFERENCIAS

Becerra, J. (2009). Emoción expresada familiar y uso de drogas en jóvenes. *Salud y drogas*, 9, 209-221.

Bravo, R. Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2007). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. *Adicciones*, 9 (4), 373-382.

Butcher, J. Dahlstrom, W. Graham, J. Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1999). MMPI-2: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual. (Adaptación española realizada por A. Ávila-Espada y F. Jiménez-Gómez). Madrid: TEA Ediciones.

Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14, 195-220.

Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 217-236.

Deborah, W. Garnick. SCD. Hendricks, A.M. y Comstock, MPH, (1997). Do Individuals with Substance Abuse Diagnoses Incur Higher. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 457-465.

Dixon, L. (1999). Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: *Schizophrenia Research*, 35, 93-100.

Drake, R. Mueser, K. y Brunette, M. (2007). Tratamiento de las personas afectadas simultáneamente. *World Psychiatry*, 5:3, 131-196.

Fernández, R. y Henche, A. (2007). Patología dual en Esquizofrenia opciones terapéuticas. Barcelona: Editorial Closa. Páginas 187-199.

Fumero, A. Santamaría, C. y Navarrete, G. (2009). Predisposición al consumo de alcohol y drogas en personas vulnerables a la esquizofrenia. *Revista de neurología*, 49 (1), 8-12.

Gómez, A. y Botella, L. (2007). Efectos de una intervención psicosocial sobre calidad de vida, estado sintomático y construcción del sí mismo en pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 349-367 .

Guisado, J. Vaz, F. Fernández-Gil, M. Peral, D. y López-Obor, J. (2000). Comorbilidad psiquiátrica en drogodependencias. *Revista de psiquiatría*, 2.

Iglesias, C. y Santamaría, S. (2001). Comorbilidad de uso de sustancias en la esquizofrenia: prevalencia y patrones de consume. *Psiquis*, 22 (6), 276-282.

Koldobsky, N. (2010). Trastornos de Personalidad (TP) y Trastornos del Uso de Sustancias (TUS). *Adicciones*.

Mangas, L. E. (2003). La comorbilidad entre el alcoholismo y el trastorno bipolar. *Revista de psiquiatría*, 7.

Bennett, M. Bellack, A. and Gearon, J. (2000). Treating substance abuse in schizophrenia. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 163-175.

Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. and Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487-495.

Moreno, P. y Calderón, E. (2003). Trastornos de la personalidad (parte I). *Psiquiatría*, 7.

Müller-Vahl, K. (2008). Cannabinoides y esquizofrenia: ¿dónde está el vínculo? *International Association for Cannabis as Medicine*, 3 (4), 11-15.

Saavedra, A. (2001). Comorbilidad en Dependencia A. *Psicoactiva*, 64-106.

Sandin, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* (v.8, n.1), p. 39-54.

Spielberger, C.D. Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Madrid: TEA ediciones (4ª edición, 1994).

Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20 Núm. 4, 315-320.

Tur, J.F. Armada, M^a.J. González, D. y Segura, A.M^a. (2006). Salidas terapéuticas: espacio lúdico para la integración. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26.

Vázquez-Barquero, J.L. (2008). Nuevos enfoques para la intervención en primeros episodios de psicosis. *Elsevier*, España. pp. 55

4.17. ANEXOS

4.17.1. ANEXOS I

DETECCIÓN DE SITUACION DE CRISIS (Psicólogo)

VARIABLES	Puntuación entre:	Puntuación asignada
1. Ingreso reciente (menos de 7 días)	0 - 3	0
2. Tipología delictiva (homicidio, asesinato, libertad sexual, violencia doméstica)	0 - 3	0
*3. Sintomatología depresiva (disforia, agitación, ideas suicidas inespecíficas, sentimientos de culpa, alteración del apetito o del sueño)	0 - 5	0
4. Intentos previos de suicidio (últimos 3 meses)	0 - 3	0
5. Problemática tóxico-alcohólica presente	0 - 3	1
6. Pérdidas familiares recientes	0 - 3	0
7. Diagnóstico reciente enfermedad grave (últimos 3 meses) o estado avanzado	0 - 3	0
8. Ausencia o pérdida de apoyo exterior	0 - 3	0
9. Variables de personalidad: impulsividad, vulnerabilidad, indefensión, recursos personales deficitarios.	0 - 3	3
10. Trastorno mental actual	0 - 3	0
*11. Ideación suicida o planes de suicidio en la actualidad.	0 - 5	0

PUNTUACIÓN	4
------------	---

Una puntuación **igual o superior a 9** será suficiente para la adopción de medidas preventivas preliminares hasta la valoración conjunta del caso.

* Una puntuación máxima (5) en la **variable 3 u 11** será suficiente para la adopción de medidas preventivas preliminares.

4.17.2. ANEXO II

N.º 124

STAI

AUTOEVALUACION A (E/R)

Decol.

A / E	P D = 30 + 14 - 6 = 38 - 8
A / R	P D = 21 + 17 - 9 = 39 - 4

Apellidos y nombre Edad 25 Sexo V M

Centro Curso/Puesto Estado civil

Otros datos Fecha

A-E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
 Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Autor: C.D. Spielberger.
 Copyright © 1968 by Consulting Psychologists Press, Inc. (Palo Alto, California, U.S.A.).
 Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial.
 Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 35605 - 1988.

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien ...	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente ...	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar ...	1	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros ...	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto ...	0	1	2	3
26. Me siento descansado ...	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada ...	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas ...	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia ...	0	1	2	3
30. Soy feliz ...	1	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente ...	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo ...	0	1	2	3
33. Me siento seguro ...	1	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades ...	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico) ...	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho ...	1	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia ...	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos ...	0	1	2	3
39. Soy una persona estable ...	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

4.17.3. ANEXO III (BDI)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

Identificación Fecha

- 8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.

- 9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

- 10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

- 11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

- 12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.

- 13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.

- 14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación Fecha

15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

25

(19-29) Depresión moderada.

4.17.4. ANEXO IV (INVENTARIO DE PREOCUPACIONES DE PENNSILVANIA)

Figura 1. Inventario de Preocupación de Pensilvania

INVENTARIO DE PREOCUPACIÓN DE PENNSILVANIA
(Nuevo, Montorio y Ruiz, 2002; *Ansiedad y Estrés*, 8, 157-172; versión original de Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990).

Indique hasta qué punto se identifica con cada una de las situaciones que vamos a presentarle a continuación, referidas al modo que tienen las personas de preocuparse

	Nada	Algo	Regular	Bastante	Mucho
1. Se preocupa si no tiene suficiente tiempo para hacerlo todo					X
2. Sus preocupaciones le agobian		X			
3. Suele preocuparse por las cosas				X	
4. Hay muchas circunstancias que hacen que se preocupe					X
5. Sabe que no debería preocuparse por las cosas, pero no puede evitarlo			X		
6. Cuando está bajo tensión tiende a preocuparse mucho					X
7. Siempre está preocupándose por algo				X	
8. Le resulta difícil dejar de lado las preocupaciones		X			
9. Tan pronto como termina una tarea, en seguida empieza a preocuparse por alguna otra cosa que debe hacer		X			
10. Se preocupa por todo				X	
11. Aunque no haya nada más que se pueda hacer por algo, sigue preocupándose por ello					X
12. Ha estado preocupado toda su vida		X			
13. Se da cuenta de que siempre está preocupándose por las cosas		X			
14. Una vez que comienza a preocuparse por algo, ya no puede parar		X			
15. Está todo el tiempo preocupándose por algo		X			
16. Se preocupa por un proyecto hasta que está acabado			X		
		74	6	12	20

* Los ítems resaltados en negritas, pertenecen al PSWQ-Abreviado.

Total 52

El punto de corte para lo Ansiedad Generalizada está en 56.

4.17.5. ANEXOS V (CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS)

52

Bonifacio Sandín y Paloma Chorot

ANEXO I

CAE

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Nombre Edad Sexo

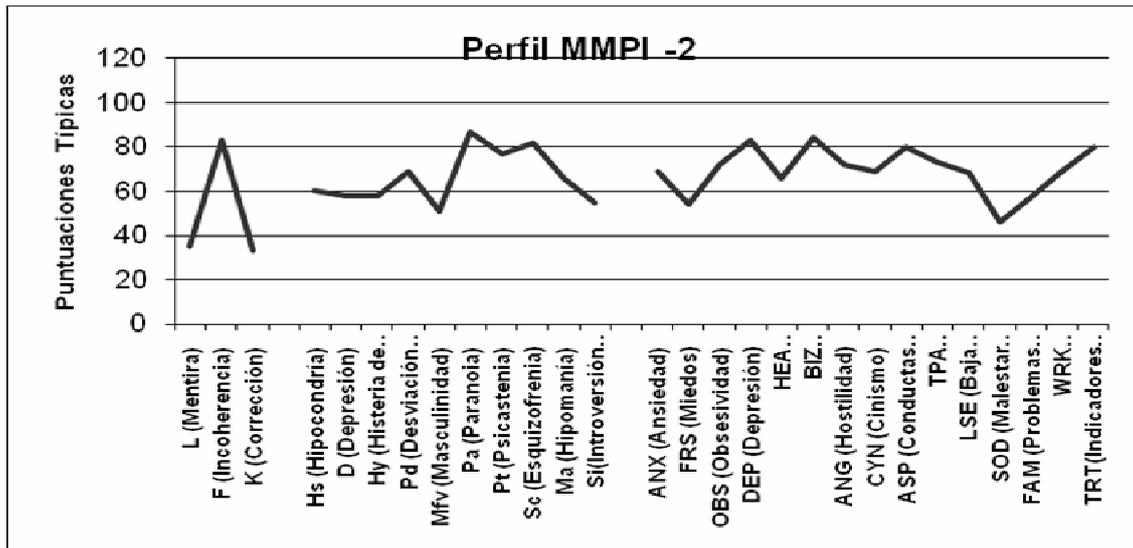
Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. *Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.* Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (*aproximadamente durante el pasado año*).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

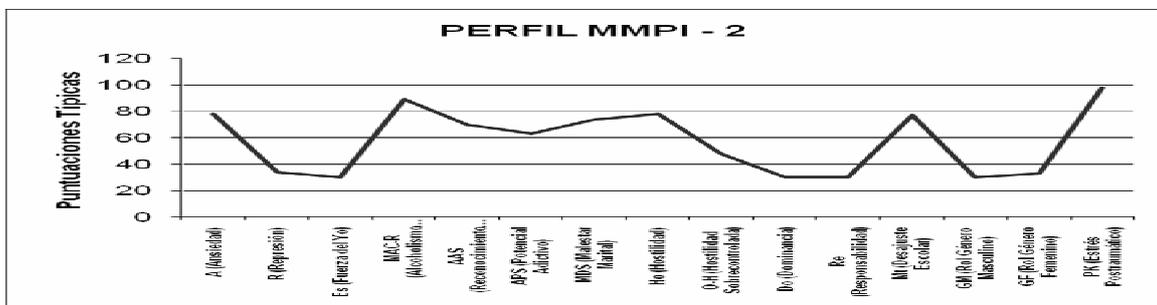
¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.....	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.....	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.).....	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo.....	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás.....	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema.....	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación.....	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema.....	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente.....	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema.....	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir.....	0	1	2	3	4
35. Recé	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran.....	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar.....	0	1	2	3	4

4.17.6. ANEXO VI (DATOS DE LA APLICACIÓN DEL MMPI-2)



Con puntuaciones de T 82 (Sc) Esquizofrenia, lo que muestra la presencia de rasgos esquizofrénicos; T 87 (Pa) Paranoia, lo que supone la presencia de manías persecutorias; T 77 (Pt) Psicastenia, lo que determina la presencia de ansiedad, fobias, obsesiones, compulsiones. Con puntuaciones reseñables en Subescalas: T 84 (BIZ) Pensamientos estrafalario, problemas con la ley como lo muestran T 69 (Pd) desviación psicopática y T 80 (ASP) Conductas antisociales, padece un estrés postraumático T (PK) 98 Estrés postraumático, como consecuencia de encontrarse muerto a su abuelo cuando tenía 12 años. Presenta puntuaciones muy bajas en T 30 (Do) dominancia, (Re) Responsabilidad y (GM) Género masculino.



Al ser la puntuación superior a 15, (este caso fue de 26 en la escala F), nos está indicando que el sujeto finge estar mal o existe una autopercepción excesiva del problemas psicológicos, preguntado sobre este extremo al paciente, manifiesta que había reflexionado mucho sobre las preguntas antes de contestarlas.

Preguntado por las puntuaciones altas en ansiedad, depresión, paranoia y esquizofrenia el paciente manifiesta estar diagnosticado y en tratamiento de trastorno bipolar con esquizofrenia paranoide.

La puntuación de 98 en trastorno por estrés postraumático, habla de dos traumas importantes en su vida:

1. *El encontrar muerto el abuelo paterno cuando tenía unos 10 años*, manifiesta que le afectó mucho pues se trataba de una persona ciega y manifiesta avergonzarse de las “*patadas que le gaste*”, este abuelo mantenía mala relación con su madre y su hermana a raíz de una discusión que presenció él, entre suegro y nuera, las relaciones se deterioran, hasta el punto que su madre le trababa sin respeto y le lavaban entre su padre y él y en el momento de su muerte llevaba tiempo sin muy sucio tanto su ropa como su cuerpo.
2. *El que le dejara su novia Carolina*. Parte de la condena que está cumpliendo en la actualidad se debe al delito por violencia de género como consecuencia de la denuncia de Carolina, de la cual manifiesta es la mujer que más le ha gustado y que aún la sigue queriendo. Manifiesta que, “*tras haberlo dejado regrese a su casa, colocado a base de cocina y otras sustancias y me porte como un autentico delincuente, la empuje y cuando ella quería llamar a la policía le rompí el teléfono y cuando quiso irse de casa le rompí el tranco de la puerta, etc*”. Posteriormente y estando viviendo con la madre de mi hija, volví varias veces a al video alud donde trabaja, porque quería verla.

En escala Es (Fuerza del yo), puntúa 30, lo que indica que se muestra como una persona inhibidas, informan de enfermedades físicas y de sentimientos de incapacidad para afrontar las presiones del entorno. Podre autoconcepto y dificultades para adaptarse a las situaciones problemáticas.

Escala Do (dominancia), puntúa 30, lo que denota poco control de sus relaciones interpersonales. Seguridad en sí mismo e iniciativa social. Poca perseverancia y poco liderazgo dentro del grupo.

Escala Re (responsabilidad social), puntúa 30, manifestando no estar dispuesto a aceptar las consecuencias de sus propias conductas, no siendo digno de confianza y sentido de la responsabilidad hacia el grupo).

Escala GM (Rol del Género Masculino), puntúa 30 y en la escala GF (Rol del Género Femenino) puntúa 33, lo que denota problemas de rol de género.

5. CASO 2: VIOLENCIA DE GÉNERO “*Celos patológicos*”

5.1. RESUMEN

Los celos son definidos actualmente por algunos autores, dentro de la psicología clínica conductual, como formas atípicas de presentación del trastorno obsesivo-compulsivo. En el estudio del caso que nos atañe los celos son el desencadenante de un delito de Violencia de Género con resultado de muerte del cónyuge. A través de la psicoeducación, exposición y prevención de respuestas, se reducen los niveles de ansiedad y depresión del paciente en un diseño A.B.C., mejorando la calidad de vida del interno en prisión y es preparado para el afrontamiento de la vista oral.

Palabras claves: Celos patológicos, violencia de género, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Jealousy is currently defined by some authors in the clinical behavioral psychology, such as atypical presentation of obsessive-compulsive disorder. In the study of our case are the triggering jealousy of a crime of Domestic Violence resulting in death of spouse. Through psychoeducation, exposure and response prevention, reducing levels of anxiety and depression in a patient's ABC design, improving the quality of domestic life in prison and is prepared for coping with the hearing.

Key words: pathological jealousy, violence, anxiety, depression.

5.2. INTRODUCCIÓN

La agresión a la mujer no es un tipo de violencia nuevo en una sociedad deshumanizada, agresiva, super competitiva y en muchos casos carente de valores, pero en las últimas dos décadas las sociedades desarrolladas han tomado conciencia de la verdadera dimensión del fenómeno. Según la Asamblea General de las Naciones Unidas, el síndrome de la mujer maltratada, -violencia de género - es *“todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer así como las amenazas para tales actos, la coacciones o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como la privada”*. En la misma línea, Lorente Acosta. M.J. (1998) define la violencia de género como *“el conjunto de lesiones físicas y psíquicas resultado de las agresiones repetidas llevadas a cabo por el hombre sobre su cónyuge o mujer a la que estuviese o haya estado unida por análogas relaciones de afectividad”*.

Tradicionalmente, la mayoría de los delitos se producen en el entorno familiar, ya sea por personas de la propia familia, próximas o conocidas de ésta, observándose notables diferencias en función de quién los cometa. Cuando un hombre sufre una agresión, ésta tiene lugar habitualmente en la calle y suele estar asociada a un robo, una pelea, un ajuste de cuentas o un problema de celos. Las mujeres, por el contrario, al menos en la mayoría de los casos, cuando son víctimas de actos violentos, suelen sufrirlos en el hogar y a manos de su pareja, lo que viene a mostrar los roles que la sociedad tradicionalmente le ha venido asignando a cada uno de los cónyuges.

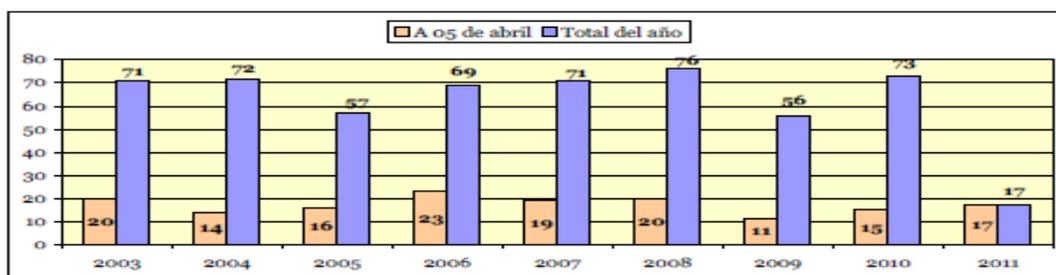


Figura 1. Datos del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad

Focalizándonos en España y tomando como referencia los datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través de la Secretaría de Estado de Igualdad y Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, correspondientes a los 8 últimos años, la variación en cuanto a número de víctimas mortales no son significativas, pero si se observa variaciones en cuanto al perfil de los agresores. La prevalencia de agresores mortales extranjeros es 5 veces superior a la de agresores nacionales. Si ponemos como ejemplo el año 2008, -que es el año que más víctimas se produjeron dentro en los últimos años-, la tasa de agresores extranjeros se situó en 11'1 por millón de hombres extranjeros, frente a 2,2 de agresores españoles por millón de españoles. Las tasas de mujeres muertas a manos de su pareja o ex pareja reflejan una gran variabilidad entre los países estudiados, siendo España uno de los países con niveles más bajos. Hay que destacar las altas tasas de países del entorno occidental como Luxemburgo (15,71), Finlandia (10,32), Estados Unidos (8,81), Noruega (5,33), Canadá (5,27). La prevalencia media en Europa es de 5,78 mujeres asesinadas por sus parejas o ex parejas por cada millón de mujeres mayores de 14 años y la Americana de 6,57.

Si nos centramos en el primer trimestre del año 2011, se han producido 17 víctimas mortales, de las cuales, 11 son nacionales y 6 de origen extranjero. En este mismo sentido, Echeburúa, Fernández-Montalvo, y Corral (2008), en este estudio *ex post fact*, destacan que un aspecto muy significativo es la sobrerrepresentación de agresores y víctimas extranjeras inmigrantes (sobre todo, latinoamericanos y africanos), que supone una tasa siete veces mayor que la que sería esperable en función de su peso demográfico en el País Vasco. La mayor vulnerabilidad de las víctimas extranjeras puede estar ligada, por un lado, a pautas culturales (especialmente en el caso de las víctimas latinoamericanas) y religiosas (especialmente en el caso de las víctimas musulmanas) respecto a la relación de pareja en sus países de origen y, por otro, a la falta de apoyo familiar y social.

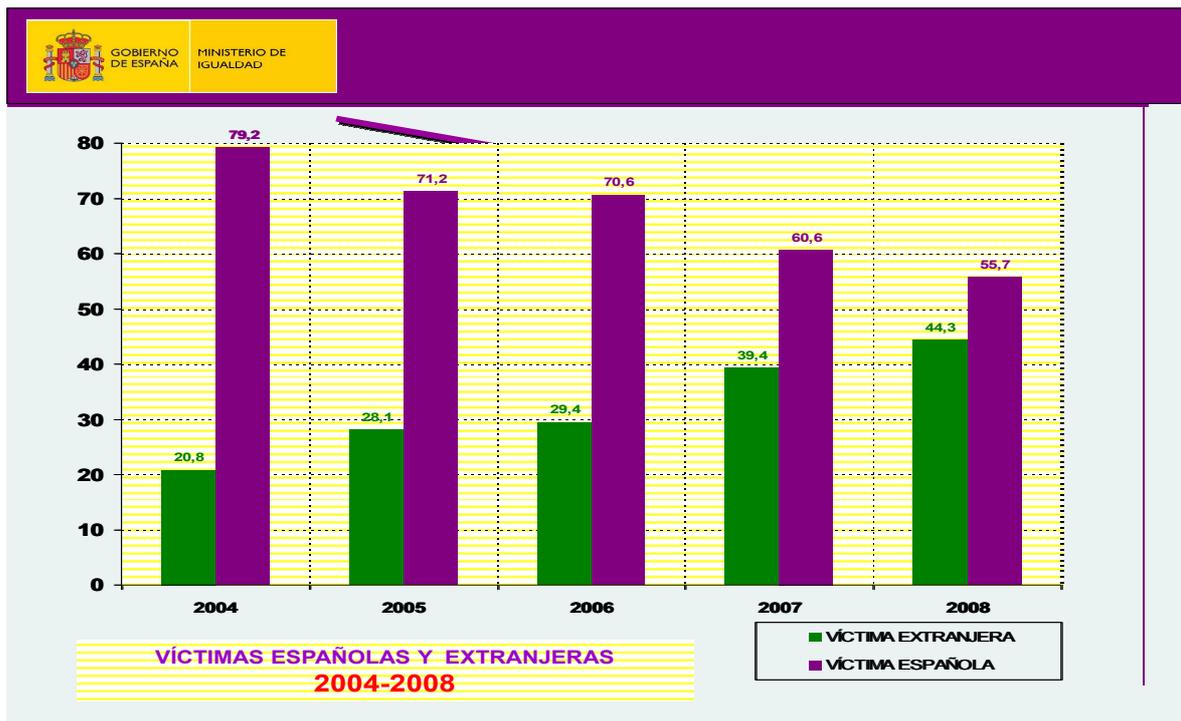


Figura 2. Evolución de las víctimas por nacionalidades años 2004 -2008 según el Ministerio de igualdad.

Se observa un aumento progresivo del número de denuncias por malos tratos interpuestas por la mujer que han pasado de 43.313 en el año 2002 a 63.347 en el año 2007. La tendencia alcista se mantiene y a lo largo del año 2008, alrededor de 400 mujeres al día decidieron romper con la violencia y denunciar a su agresor. Los hombres, en contra de la opinión general, también interponen denuncias de maltrato hacia su pareja, llegando a 10.902 en el año 2007.

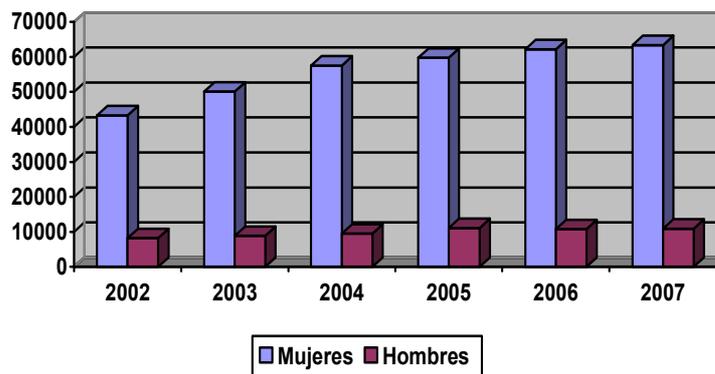


Figura 3. Denuncias por malos tratos producidas por la pareja o ex pareja 2002 a 2007

El Ministerio de Igualdad informa, en cuanto al origen de las denuncias, que en el año 2008 la inmensa mayoría (75,6%) fueron presentadas directamente por la víctima, seguido de los atestados por intervención directa (12%), el parte de lesiones (11%) y las denuncias presentadas por familiares (1,4%).

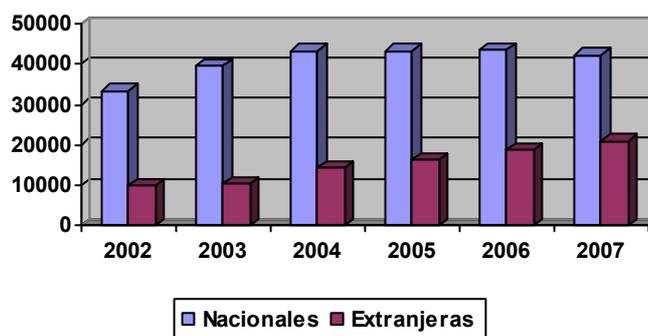


Figura 4. Número de denuncias presentadas periodo 2002 a 2007

Si tenemos en cuenta el número de denuncias presentadas por malos tratos en el periodo comprendido entre 2002 y 2007 (datos del Ministerio del Interior), se observa que el número de denuncias de víctimas nacionales se mantiene constante en los últimos años (42.264 en el año 2007), siendo las denuncias de víctimas extranjeras las que se han duplicado desde el año 2003 (10.493) al 2007 (21.083). Por tanto, el incremento progresivo del número total de denuncias está claramente influido por el mayor número de denuncias de las víctimas extranjeras.

En el mismo sentido González-Ortega, Echeburúa, y Corral, (2008), en un estudio realizado sobre las variables significativas en la relaciones violentas entre parejas jóvenes, ponen de manifiesto que tanto los agresores como las víctimas tienden a ser jóvenes, con una sobrerrepresentación de agresores y víctimas extranjeros inmigrantes. En el caso de los maltratadores graves, tienden a ser celosos o posesivos y a sentirse humillados por la ruptura de la pareja, lo que redundando directamente en un descenso de su autoestima y a consumir en exceso alcohol o drogas. Por lo que se refiere a las víctimas de la violencia grave, se suelen sentir con frecuencia en peligro de muerte y están más fácilmente en circunstancias de vulnerabilidad, como una edad muy joven, una personalidad muy dependiente y una situación de enfermedad crónica de dependencia económica.

Por lo que se refiere a los agresores, la violencia es más frecuente cuando hay ciertas variables de personalidad anómalas (impulsividad alta, irascibilidad, ausencia de empatía, baja autoestima), ciertas alteraciones psicopatológicas (abuso de alcohol y drogas, celos patológicos), actitudes positivas hacia la violencia y experiencias previas de violencia en relaciones de pareja anteriores. Respecto a las víctimas jóvenes, éstas tienen más probabilidad de serlo si hay un emparejamiento temprano, si tienen ciertos déficits psicológicos (una baja autoestima, carencias afectivas o problemas de asertividad), si carecen de una red familiar y social de apoyo, si adoptan conductas de riesgo y se mueven en un entorno de toxicómanos.

Solo una pequeña parte de la violencia (no más del 20% del total) es obra de enfermos mentales, que, más que actores, tienden a ser víctimas de la violencia en función de su grado de indefensión. Los verdaderos protagonistas de las conductas destructivas no son producto de la locura, sino consecuencia de la marginación y de la maldad. La percepción social de la violencia no es, sin embargo, así según Echeburúa E, Redondo S. (2010).

Respecto a los perfiles del maltratador se han asociado con determinados trastornos de la personalidad, en este caso también tenemos que advertir que ciertamente aparece la prevalencia de ciertos rasgos de personalidad en cada tipo de maltratador; sin embargo, no producen tanta alteración en el desarrollo de la vida de la persona como para que puedan ser catalogados de trastornos. Hemos encontrado en nuestros entrevistados rasgos *obsesivos, psicopáticos o paranoides*, pero en ningún caso parece que podamos hablar de una enfermedad que los exima de su responsabilidad. Son personas que se desenvuelven perfectamente en la vida y manejan el maltrato para su propio beneficio. Cabrera (2010).

Las medidas penales no han mostrado ser lo suficientemente disuasorias y en algunos casos han resultado ser contraproducentes para detener el maltrato Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997). Con la intervención terapéutica se han obtenido al terminar el tratamiento una tasa de éxito del 81 % en los casos de trastornos, que se ha

reducido al 69 % en el seguimiento de los 3 meses. No obstante, lo que si queda claramente demostrado es que el mero hecho de recibir un tratamiento reduce considerablemente la tasa de reincidencia López E. (2004).

En un programa de intervención cognitivo-conductual, Echeburúa y Amor (2010), aplicado en un formato individual de 20 sesiones en un marco comunitario, que se ha llevado a cabo durante 10 años. La tasa de éxitos fue del 88% en los sujetos que completaban el tratamiento. A pesar de la pérdida de pacientes en los seguimientos (un 46% a los 12 meses), los resultados se mantuvieron en los pacientes contactados (un 53% a los 12 meses), con una disminución considerable de las recaídas. Sin embargo, la tasa de rechazos y abandonos del tratamiento fue más bien alta.

5.3. INFORMACIÓN RELEVANTE Y DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Ante el reiterado requerimiento de ayuda psicológica por parte del interno del Centro Penitenciario de El Acebuche I.M.J.S., de 32 años y de origen boliviano, la psicóloga responsable de su tratamiento tras su evaluación es derivado, comunicando que se encuentra a la espera de condena por el supuesto asesinato de su mujer M.R.E, de 26 años, por celos patológicos, apareciendo su cadáver con una herida en el cuello por arma blanca, así como varios golpes en la frente y el cuero cabelludo, producidos por algún objeto contundente, así como heridas defensivas en las manos. El interno se reconoce como autor de los hechos.

5.4. HISTORIA PREVIA

De las entrevistas realizadas, de la aplicación de cuestionarios que se reseñan más adelante, de las consultas de los antecedentes médicos y policiales, de la información aportada por la psicóloga del Centro y de la información hecha pública por el Cuerpo Nacional de Policía, se desprende los datos que figuran en el presente caso.

En el momento de su presentación tiene un buen aspecto físico e higiénico, mostrando en todo momento una actitud colaboradora con el interlocutor, intentando transmitir una imagen de buen padre, trabajador, con dedicación exclusiva al bienestar de su mujer e hijo; así mismo manifiesta unas profundas convicciones religiosas. Muestra un tono de voz “muy melosa”, serena; cuando relata los hechos que ocasionaron la muerte a su ex mujer trasmite la sensación de ser un relato que ha repetido muchas veces, respirando profundamente a la conclusión del mismo.

5.5. DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS

Llegó a España procedente de Bolivia hace cuatro años, estableciéndose en primer lugar en Madrid, pues había llegado con anterioridad su mujer para trabajar al cuidado de personas mayores; dado que no encuentra trabajo se traslada a Barbastro (Huesca), donde tampoco encuentra trabajo alguno. De ahí se traslada a Puertollano (Ciudad Real), donde trabaja como escayolista y en la recogida de la aceituna; posteriormente se traslada a Almería donde ha tenido multitud de oficios: albañil, comercial, camarero, montador de casetas en la feria, seguridad en el recinto ferial, etc. Se percibe como *“una persona trabajadora, como un modelo de padre de familia”*; para él cuando estaba en libertad lo *“primero eran sus hijos, luego su mujer y en último lugar él”*.

Dice, *“haber tenido graves problemas en el parto”*, de hecho sus padres le pusieron como segundo nombre Stephan en agradecimiento al médico de origen alemán que le salvó la vida. Su infancia hasta los 10 años fue muy buena, aprendió a leer muy pronto viendo como su madre enseñaba a otros niños mayores; dice que era tal su conocimiento que les había adelantado un curso con respecto a los niños de su misma edad. Hasta los 10 años todo iba bien en la familia, *“teníamos dinero”* pero *“sentía que mi hermanito pequeño era más querido que yo”*. A los 10 años de edad biológica surgen graves problemas económicos para la familia por la pérdida de las propiedades, unido al asesinato del padre y el fallecimiento de la madre de dos primas hermanas, *“lo que me llevo a mendigar y pasar hambre”*.

Como consecuencia de los problemas económicos sus padres le mandan a vivir con su tía Polly a La Paz, entre los 10 y 18 años; *durante ese periodo me sentí muy sólo, poco querido, me dolía el no poder disfrutar de la compañía de mis padres*. A su regreso me *“hicieron padre los tres hermanitos”* y a los 21-22 realicé voluntariamente el servicio militar *“en mi país solo hacen el servicio militar los pobres”*, *de hecho mis padres pagaron para que mi hermano no fuera a la mili, “pero yo quería ir, no sé porque pero quería ir, allí vi cosas fuertes, incluida alguna muerte”*.

5.6. GENOGRAMA

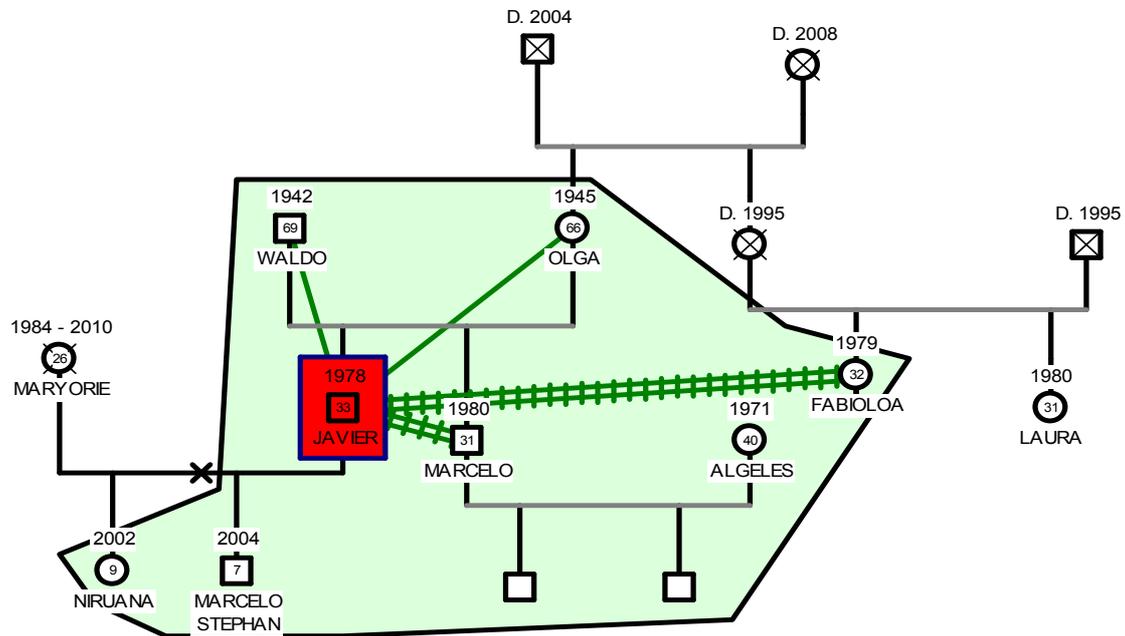


Figura 5. Genograma

Manifiesta que la familia está muy unida, que tanto su hermano como su prima hermana Fabiola, que viven en Almería, le visitan con frecuencia y que son ellos quienes le llevan los hijos para que le visiten, siendo su hermano el encargado de la custodia, añadiendo que habla diariamente por teléfono “*con sus dos tesoritos*”. Dice no querer tener contacto con ninguna mujer, “*pues no estoy preparado para volver a enamorarme de nuevo*”.

En la primeras sesiones todo su dialogo gira entorno su ex mujer, por la cual dice que reza todos los días y que muchas noches sueña con ella “*no entendiendo ni comprendiendo los motivos de la supuesta infidelidad de esta,, pues yo le daba todo lo que necesitaba, trabajaba mañana, tarde y noche para que a mis hijos y mi mujer no le faltara nada*”. A su mujer la define como “*una mujer muy guapa y que vestía muy bien, con una voz muy linda; nos encantaba cantar juntos*”. En las últimas sesiones su preocupación se centraban más en sí mismo y en los temores por la pérdida de la custodia de sus hijos y que pudieran ir a parar a manos de su ex mujer. “*Si me quitan a mis hijos no tiene sentido mí vida, es lo único que me queda*”.

5.7. HISTORIAL DELICTIVO

Relato de los hechos, por los cuales la acusación y la fiscalía le piden 24 años de prisión: el 14 de febrero, día de San Valentín, tras haber regresado a Almería procedente de Madrid, de hacer un trabajo junto a un amigo, por el cual manifiesta *“me habían pagado un buen dinero, le traje un regalito, y le note un poco distinta”*; añade que por la noche se encontraba delante del ordenador y recibe un correo electrónico enviado desde el correo de su mujer, pero que su mujer no podía habérselo mandado dado que ella estaba sentada en el salón de la casa en ese momento; en ese correo aparecen una serie de conversaciones mantenidas entre su mujer con un supuesto amante, de las cuales él infiere que han mantenido relaciones sexuales en al menos dos ocasiones, (en posteriores sesiones habla de una sola ocasión).

Mantienen una discusión, y tras la misma, se perdonan a lo que el subraya *“la perdoné yo”*, ella borra las direcciones del amante en Badoo y Messenger. El lunes día 15 y el martes día 16 transcurren con normalidad y el miércoles 17, tras regresar a casa de la parroquia, después de haber mantenido una conversación con el pastor, *“para renovar nuestros votos, yo ya estaba echado en la cama”*, cuando ella tras haber estado chateando por internet, empezó a insultarme, *“que soy gilipollas, que soy poco hombre, que gano poco dinero. A continuación me quité el pijama, me puse el chándal para irme de casa, y ella siguió insultándome, me empujó.”* A partir de ese punto no recuerda nada.

5.8. HISTORIAL PENITENCIARIO

El comportamiento en prisión es muy correcto, no habiendo incurrido en ninguna falta, mostrando una buena actitud con los funcionarios y resto del personal, estando implicado en numerosas actividades como: el corro de la capilla, escuela, talleres se albañilería, de cristal etc., siendo su deseo conseguir algún destino que le permita tener ingresos con los cuales poder ayudar a su hermano en la manutención y crianza de sus hijos.

Presenta un buen comportamiento dentro del Centro Penitenciario, evitando todo tipo de conflictos, pasando gran parte del tiempo en diversas actividades como el corro, tocando la guitarra, talleres de manualidades, etc., se busca la vida para tener ingresos para vivir dentro de la prisión, pues no recibe ningún tipo de ingreso procedente del exterior.

5.9. METODOLOGÍA y EVALUACIÓN

Dando el contexto en el cual se lleva a cabo la evolución, el interior de una prisión y las patologías que presenta el paciente, hacen que en las primeras sesiones se avance muy lentamente hasta crear una buena relación terapéutica; en estas sesiones se lleva a cabo escucha activa, mostrándole en todo momento una actitud positiva, respetuosa y dispuesto a ayudarlo, evitando confrontaciones, transmitiéndole seguridad y confidencialidad en sus opiniones, pensamientos, etc., llevando a cabo una evaluación y un tratamiento paralelos.

La evaluación se lleva a cabo a través de entrevistas semiestructuradas y de la aplicación del MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989), 16 PF 5, Cattell, R. B, Cattell A.K.S, y Cattell H.E.P. (1993), al objeto de la identificación del perfil de personalidad y la detección de psicopatologías, que sólo es aplicado en la evaluación inicial. Con el objeto de cuantificar su estado de ánimo se aplican en dos ocasiones, al principio (formación línea base) y al final del tratamiento (evaluación de los resultados), los siguientes cuestionarios: Cuestionarios Detección de Situaciones de Crisis (Específico de Instituciones Penitenciarias), *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Luchene, 1970), el *Inventario de Depresión de Beck* de 1979 (IDB) en la versión española de Conde y Useros (1975), Test de Rosenberg, Rosenberg, M. (1965) y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), (Sandín, B. y Chorot, P. (2003).

Al objeto de determinar el perfil psicológico del paciente, le es aplicado el cuestionario MMPI-2, dada la baja validez de los resultados, pues presenta una puntuación en la escala L (mentira) de 79, le es aplicado el 16 PF 5, con la finalidad de poder definir su personalidad; siendo aplicados sólo en la formación de la línea base.

Nombre del cuestionario	Puntuaciones de la línea Base
16 PF 5	A-5, B-4, C-6, E-7, F-7, G-7, H-8, I-3, L-4, M- 4, N-7, O-4, Q1- 6, Q2-7, Q3- 7, Q4-2, MI- 7, IN-4, AQ-7, extraversión (4,9); ansiedad (2,8); dureza (5,3); independencia (7,1); y autocontrol (6).
MMPI-2	'3 - '13 (código de perfil)
Cuestionario de Detección de Situaciones de Crisis	4 Riesgo medio
STAI	Ansiedad estado de 8
	Ansiedad rasgo de 7
C.A.E.	Focalización en la solución del problema y religiosidad.
BDI	20 (depresión moderada)
TEST DE ROSENBERG	6 (alto concepto de sí mismo).
TEST SSI	19 (riesgo moderado)

Cuadro 1. Resultados obtenidos en la formación de la línea base.

Entra en múltiples contradicciones a lo largo de la entrevista y las posteriores sesiones; es inteligente, no presenta ningún trastorno desde el punto de vista psicológico, de profundas convicciones religiosas, se considera culpable del asesinato, pero no siente remordimiento de haberlo hecho *“transmite la sensación de que es algo a lo que se ha visto obligado a realizar por la falta de respeto de su mujer”*. En la actualidad sus preocupaciones son: que la condena sea lo menos posible y no perder el vínculo con sus dos hijos.

Según la Policía Nacional *“Durante el registro del domicilio, los agentes han descubierto una carta escrita por el supuesto autor del crimen cuyo contenido giraba en torno a un tema de celos y, aunque en ella no confiesa la autoría del crimen, sí lo ha hecho posteriormente en la Comisaría de la Policía Nacional, a la que ha sido trasladado tras su detención”*. Así mismo entra en contradicción con la policía respecto

a donde estaban los hijos en el momento de los hechos; dice que en la casa con él y su mujer y la policía mantiene que en casa de su hermana, de lo que se deduce una posible premeditación.

5.10. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

De los datos aportados por el paciente en las entrevistas, de la aplicación de los cuestionarios reseñados, las indicaciones de la psicóloga del Centro y de las observaciones comportamentales en prisión se deduce, basándonos en sistema multiaxial del DSM IV TR, que el caso evaluado presenta:

Eje II Trastorno antisocial de la personalidad.

Eje V Valoración la actividad global 70...60

En las entrevistas mantenidas con el paciente se observa en su comportamiento:

- Encanto superficial e inteligencia.
- Escasa fiabilidad.
- Falsedad o falta de sinceridad.
- Falta de remordimiento y vergüenza.
- Juicio deficiente y dificultad para aprender de la experiencia.
- Egocentrismo patológico e incapacidad para amar.
- Pobreza generalizada en las principales relaciones afectivas.
- Insensibilidad en las relaciones interpersonales generales.

5.11. OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

En consenso con la psicóloga del Centro y el paciente se determinan los siguientes objetivos de intervención:

- ✓ Prevención del suicidio, dadas las constantes amenazas de suicidio.
- ✓ Preparación psicológica para el afrontamiento del juicio.
- ✓ Reducir los niveles de ansiedad y depresión con respecto a la evaluación inicial.

5.12. TRATAMIENTO

Se llevaron a cabo 31 sesiones, dos por semana, con una duración aproximada de 45 ó 50 minutos cada sesión. Las primeras 16 sesiones se realizaron en horario de mañana, realizando las 15 restantes en horario de tarde dado que comienza a trabajar en horario de mañana en la cocina, así mismo, la tarde presenta la ventaja de una menor actividad y los despachos están siempre libres y el interno más tranquilo que en horario de mañana, por lo que se crea una mejor relación terapéutica.

Durante los cinco meses de la intervención el paciente toma la medicación con regularidad consistiendo esta en: *depakine, seroxat y risperidona*. *Así mismo durante los dos primeros meses de intervención participa a en actividades recreativas como el coro de la iglesia, tocando la guitarra española y en talleres de cristal (con estos obtiene ingresos y puntos para los bis a bis) y en otras tareas como lavando bandejas de la comida (obtiene ingresos), con las que poder tener ingresos para su higiene en el Centro. A partir del segundo mes de intervención, comienza a trabajar en cocina con lo cual su ingresos son superiores, pues es el destino mejor pagado en el Centro.*

5.12.1. FASES DEL TRATAMIENTO

El tratamiento consta de tres fases en las cuales no existe una diferenciación temporal entre evaluación y tratamiento sino que se trabaja con el paciente a la vez que se va evaluando:

1. Evaluación inicial y prevención del suicidio. Durante un periodo de 16 sesiones, siguiendo la siguiente secuencia:
 - ✓ *La tres primeras sesiones* que tienen como objetivo crear con el paciente una buena relación terapéutica, evaluarlo (entrevista semiestructurada y aplicación de los Cuestionario de Detección de Situaciones de Crisis).

- ✓ *En la tercera sesión el paciente pide, “que por favor se le recomiende un libro de autoayuda, dado que pasa muchas horas en la celda solo y le da muchas vueltas a la cabeza y quiere leer algo que le pueda servir de ayuda para mejorar su situación emocional” y se le aplica el cuestionario SSI.*
- ✓ *En la sesión 4, se comentan los resultados del cuestionario SSI., se le entrega fotocopiado el primer capítulo de *Haciéndote Cargo de Ti Mismo*, del perteneciente al libro: *Tus Zonas Erróneas de Dyer, W* (2003), que es empleado en esta y en las 12 sesiones siguientes y se le pide que lo lea dos y reflexione sobre el contenido del capítulo y lo plasme en un folio, (ANEXO X).*
- ✓ *En la sesión 5, se le pide que lea sus reflexiones del capítulo I y como se ve reflejado en las ideas del autor y partiendo de ahí de comienza a trabajar la reestructuración cognitiva, se le aplica el cuestionario STAI, y se le entrega el capítulo dos, *El Primer Amor*, y se le pide que siga el mismo procedimiento que la sesión cuarta, lectura y reflexión personal (ANEXO XI).*
- ✓ *En la sesión 6, se utiliza en mismo procedimiento que las anteriores, primero reflexión personal sobre el capítulo II, se trabaja la estructuración cognitiva y se le entrega para que rellene en la celda el cuestionario MMPI-2, así como el capítulo 3, *Tu no necesitas la aprobación de los demás* al objeto de su lectura y reflexión.*
- ✓ *En la sesión 7, se recoge el cuestionario MMPI-2 relleno, lectura y reflexión del capítulo III, reestructuración cognitiva y se le entrega el capítulo IV *La ruptura con el pasado*.*
- ✓ *En la sesión 8, lectura y reflexión del capítulo IV, estructuración cognitiva entrega del capítulo V, *Las emociones inútiles: culpabilidad y preocupación*, y se le entregan los resultados de la corrección del cuestionario MMPI-2, de los que dice que no está de acuerdo con ellos, por lo que se le pide que los mire*

tranquilamente en la celda y diga por escrito en lo ¿que no está de acuerdo? y ¿por qué no está de acuerdo?

- ✓ *En la sesión 9, comenta el porqué no está de acuerdo y con los resultados del cuestionario MMPI-2, que se adjunta como (ANEXO VIII), entrando en varias contradicciones, como que no era una persona obsesiva-compulsiva pero que otros psicólogos ya lo habían diagnosticado como obsesivo-compulsivo y que no estaba de acuerdo con los rasgos histriónicos que aparecen. Lectura de las reflexiones del capítulo V y entrega del capítulo VI, *Exploración de la conciencia*.*
- ✓ *En la sesión 10, lectura y reflexión del capítulo 6, *trabajo de reestructuración cognitiva* y se comienza a trabajar la relajación diafragmática, entrega del capítulo 7, Rompiendo la barrera de los convencionalismos y de un cuadernillo y hoja de respuestas del cuestionario 16 PF 5, para que lo rellene en la celda.*
- ✓ *En la sesión 11, recogida del cuestionario y hora rellena del cuestionario 16 PF 5, lectura y reflexión del capítulo 7, trabajo en reestructuración cognitiva y en relajación y se le aplica el C.A.E., y se le entrega el capítulo 8, *La trampa de la justicia*.*
- ✓ *En la sesión 12, se comentan los resultados, cuestionarios 16 PF 5, y C.A.E., - se siente identificado en los resultados, de la forma de afrontamiento de estrés del cuestionario C.A.E.-, lectura y reflexión sobre el capítulo 8, entrega del capítulo 9, *Terminando con las postergaciones ahora mismo*, así como de instrucciones para que practique la relajación en la celda.*
- ✓ *En la sesión 13, lectura y reflexión capítulo 9, reestructuración cognitiva, redacción de una carta al Director de la Prisión, demandando ayuda para ingresar en cocina, y rellena el cuestionario BDI y se le entrega del capítulo 10, *Proclama tu independencia*.*

- ✓ En la sesión 14, se comentan los resultados de BDI, lectura y reflexión del capítulo 10, se le aplica el cuestionario ROSENBERG, y se le entrega del Capítulo 11, *Adios a la ira*.
 - ✓ En la sesión 15, se comentan los resultados del cuestionario ROSENBERG, lectura y reflexión del capítulo 11 y entrega del capítulo 12, *Retrato de una persona que ha eliminado todas las zonas erróneas*.
 - ✓ En la sesión 16, lectura y reflexión sobre el capítulo 12, reestructuración cognitiva, se le aporta legislación sobre la custodia de los hijos, pues uno de los problemas que más le preocupan, dado que tiene miedo de que en la vista oral, el juez de la custodia los hermanos de su ex pareja.
2. Se trabaja el afrontamiento del juicio y como comunicar la noticia a sus hijos. Con una duración de 16 sesiones. Se trabaja a través de la exposición en imaginación y la relajación diafragmática, a la vez que se trabaja el control emocional.

Pobre control emocional, lo que conlleva a una incapacidad para controlar sus impulsos violentos en prisión ante las provocaciones de otros internos y el día del juicio ante la presencia de los familiares de su ex pareja, a los que tiene -un gran odio-. Se pretende la disminución de la ejecución de la conducta impulsiva de agredir, a través de la prevención de las respuestas (del acto violento), con el fin de que el maltrato y la ansiedad producidos por su ira y sus distorsiones cognitivas fueran disminuyendo de forma progresiva hasta su desaparición. La prevención de respuestas incompatibles con la agresión. Esta técnica se utiliza combinada con las técnicas de control de activación (Labrador, Cruzado y Muño, 1997). En el tratamiento, se combina la relajación diafragmática y la exposición psicoeducativa. ¿Qué son las emociones? Una emoción es un sentimiento que aparece como reacción ante una situación o como reacción ante un pensamiento. Las emociones tienen varios componentes:

- **El contenido psicológico.** Me siento alegre, triste, enojado.
- **El orgánico o fisiológico.** Son las reacciones físicas, lo que nos ocurre en el cuerpo. Tensión, aceleración del corazón, sudoración.
- **La expresión no verbal.** Los gestos, las posturas, la mirada.
- **El significado social.** Cada cultura otorga cierta relevancia a las emociones que se refleja en la cantidad de palabras que tienen para identificarlas. También existen reglas que delimitan su expresión en función de la situación, el sexo y la edad: (“los hombres no lloran”).

Tomando como referencia el modelo de Yela C (2000), se abordan diversos mitos, especialmente presentes en las relaciones amorosas de Occidente, entre otros:

- **Mito de la media naranja:** es la creencia de que hemos elegido la pareja que teníamos predestinada de alguna forma, y que ha sido la única o la mejor elección posible.
- **Mito de la exclusividad:** creencia de que el amor romántico sólo puede sentirse por una única persona (al mismo tiempo).
- **Mito del matrimonio o convivencia:** creencia de que el amor romántico-pasional debe conducir a la unión estable de la pareja, y constituirse en la única base del matrimonio (o de la convivencia en pareja).
- **Mito de la omnipotencia:** creencia de que “el amor lo puede todo” y, por tanto, si hay verdadero amor no deben influir decisivamente los obstáculos externos o internos sobre la pareja.
- **Mito de la perdurabilidad (o de la pasión eterna):** creencia de que el amor romántico y pasional de los primeros meses puede y debe perdurar tras miles de días de convivencia.

- **Mito de la fidelidad:** creencia de que todos los deseos pasionales, románticos y eróticos, deben satisfacerse exclusivamente con una única persona
 - **Mito del libre albedrío:** creer que nuestros sentimientos amorosos son absolutamente íntimos y no están influidos por factores sociobiológico-culturales ajenos a nuestra voluntad y conciencia.
 - **Mito de la equivalencia:** creencia de que “amor” y “enamoramiento” son equivalente, y por tanto, que si uno deja de estar apasionadamente enamorado es que ya no ama a su pareja.
 - **Mito del emparejamiento:** creencia de que la pareja es algo natural y universal, por lo que en todas las épocas y culturas el ser humano ha tendido por naturaleza a emparejarse.
 - **Mito de los celos:** creencia de que los celos son un signo de amor e incluso requisito indispensable del “verdadero amor”.
3. **Evaluación final y tratamiento.** Durante las tres últimas sesiones se aplican de nuevo los cuestionarios STAI, C.A.E, BDI, ROSENBERG y SSI a la vez que se trabaja las así como adquirir la capacidad de expresarse de forma asertiva, sentimientos y emociones sin vulnerar los derechos básicos de los demás.

5.13. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

En la línea base las respuestas de I.M.J.E a la batería de cuestionarios que mostraban un perfil de respuesta indicativo de un estado de ánimo con elementos ansiosos y depresivos. Tras la intervención, en el momento de la segunda evaluación (puntuaciones finales), se mostró una apreciable mejoría.

Cuestionario	Línea Base	Evaluación final
Detección de Situaciones de Crisis	4 Riesgo medio	3 Riesgo bajo
STAI	Ansiedad estado de 8	Ansiedad estado de 7
	Ansiedad rasgo de 7	Ansiedad rasgo de 7
C.A.E.	Focalización en la solución del problema y religiosidad.	Focalización en la solución del problema y religiosidad
BDI	20 (depresión moderada)	16 (depresión baja)
TEST DE ROSENBERG	6 (<i>alto concepto de sí mismo</i>).	8 (alto concepto de sí mismo)
Cuestionario SSI	19 (<i>riesgo moderado</i>)	12 Riesgo bajo

Cuadro 2. Resultados obtenidos de la evaluación final.

De los resultados obtenidos de la comparativa de la evaluación inicial (formación de la línea base) con la evaluación final (ver cuadro 2), así como de las propias manifestaciones expresadas por el paciente, y de las observaciones comportamentales, se puede deducir que se han cumplido los objetivos de intervención; principalmente, *la de reducir los niveles de ansiedad y depresión*. Respecto al segundo objetivo; *prevenir la conducta suicida*, según fue avanzando la intervención, deja de hacer referencias a la voluntad de suicidarse, mostrando gran ilusión por trabajar para poder aportar dinero a la familia en la crianza de sus dos hijos. Respecto al tercer objetivo; *el afrontamiento del juicio oral*, muestra suficiente entereza como para su afrontamiento, y sus temores se centran en la mayor o menor condena que le pueda caer y en la patria potestad de sus hijos.

En la entrega de los resultados finales el paciente da muestras de agradecimiento por la intervención realizada, agradeciendo el hecho que se haya efectuado de un modo altruista y que se le haya dedicado lo que él interpreta como “mucho tiempo”.

5.14. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los estudios sobre la posible relación entre la enfermedad mental y la conducta violenta son controvertidos Esbec y Echeburúa (2010). Muchos de los factores más asociados con la conducta violenta en enfermos mentales -como la psicopatía, la conducta antisocial, el abuso/dependencia de drogas o la ira- son predictores de violencia significativos entre sujetos sin trastornos mentales, por lo que el efecto independiente de la enfermedad mental sobre la violencia no queda claro Harris y Lurigio (2007)

La divergencia entre estudios puede deberse al uso de distintos criterios diagnósticos, distintas definiciones de violencia, el uso de muestras de estudio heterogéneas y la frecuente existencia de comorbilidad psiquiátrica Sirotich y Correlates (2008)

Centrándonos del pacientes I.M.J.E., y teniendo en cuentas que no ha aportado tuvo un parto complicado según le ha contado su familia y que estuvo a punto de morir por problemas respiratorios de ahí que su segundo nombre sea de origen alemán en honor al médico de esa nacionalidad que le salvo la vida, se desprende que puede presentar algún tipo psicológico de tipo biológico, sí al hecho referido le unidos una infancia complica en la cual manifiesta haber tenido que mendigar por las calles de Bogotá para poder comer, unido a la ausencia de afecto y apego paternos pueden haber sido las determinantes de las patologías tonto del eje I, -psicopatía-, cómo del eje II, -trastorno mixto obsesivo-compulsivo y narcisista.

Los narcisistas sienten una necesidad enfermiza de admiración, son arrogantes y exquisitamente sensibles hacia cualquier tipo de rechazo o desprecio, pero son incapaces de reconocer los sentimientos ajenos. Para ellos es más importante aparentar que ser. Su soberbia, con un desmedido afán de notoriedad, va pareja muchas veces a su envidia por los éxitos ajenos. Distintas facetas del narcisismo, como el autoritarismo y

la explotación de los otros, están fuertemente relacionadas con la agresión. El narcisismo o las amenazas al yo y el estilo de personalidad paranoide se han asociado empíricamente a la violencia y a los trastornos mentales Esbec y Echeburúa (2010). Respecto a los rasgos del (TOP), lo que justificaría la ira es la intolerancia al fracaso, a lo que él entiende como una humillación hacia su persona, sus valores y esfuerzos físicos y psíquicos en pos de su proyecto en común que para él es lo ideal.

En términos generales la intervención psicológica ha funcionado. La naturaleza de este estudio de caso con sus limitaciones metodológicas, procedimentales y contextuales –desarrollado en el interior de una prisión-, no permite determinar cuáles fueron los ingredientes más eficaces del tratamiento ya sea (farmacológico, intervención psicológica o el entretenimiento en actividades laborales remuneradas), con independencia de la importancia de cada una de las intervenciones por separado está claro que en conjunto han mejorado la calidad de vida del paciente y reduciendo los niveles de ansiedad y de depresión y mejorando su autoconcepto. Queda por comprobar la eficacia del tratamiento en cuanto al afrontamiento de la vista oral pues aún no se ha producido.

El estudio realizado por López E. (2004), reseñado en la introducción, con tratamiento cognitivo-conductual y una tasa de éxito del 88 % y Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997), con una tasa de éxito del 81 %, muestran que ya presente el paciente patología de tipo psicológico o no la única vía de tratamiento eficaz es la vía psicológica, dada la ineficacia de la vía judicial en la reinserción.

5.15. REFERENCIAS

Beck, A. Kovacs M. Weissman, A. Assessment of suicidal intención: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47: 343-352

Butcher, J, Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1999). *MMPI-2: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual.* (Adaptación española realizada por A. Avila-Espada y F. Jiménez-Gómez). Madrid: TEA Ediciones.

Cabrera, E. (2010). Acercamiento al hombre que ejerce la violencia de género: clasificación y descripción de un grupo de maltratadores. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 25.

Cattell, R. Cattell, A.K.S. y Cattell, H.E.P. (1993) y Russell, M.T. and Karol, D.L. (1995). *16PF-5. Manual.* Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 217-236.

Dyer, W. (2003). *Tus zonas erróneas.* Barcelona: Debolsillo

Echeburúa, E. Fernández-Montalvo, J. y Corral, P. (2008). ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja? *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 8, pp. 355-382.

Echeburúa, E. y Amor, P. (2010). Perfil psicopatológico e intervención terapéutica. *Revistas Española de Medicina Legal*, 36 (3), 117-121.

Esbec, E. y Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Esp. Pituitary*, 38 (5), 248-261.

González-Ortega, I., Echeburúa, E., y Corral, P., (2008). Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, Vol. 16, 2007-225.

Harris, A. y Lurigio, A. Mental illness and violence: A brief review of research and assessment strategies. *Aggression and Violent Behavior* 2007; 12:542-51.

Kofi, A. 2005, página de Naciones Unidas, consultado el 10/09/2010. Organización Panamericana de la Salud - Bolivia. Consultado el: 10/09/2010. Naciones Unidas. Consultado el: 10/09/2010.

López, E. (2004). La figura del agresor en la violencia de género: características personales e intervención. *Papeles del Psicólogo*, nº 88, 31-38.

Lorente, M. (1998). Síndrome de maltrato a la mujer. En Lorente, M y Lorente, J.A, *Agresión a la mujer, maltrato, violencia y acoso*. Granada: Editorial Comares.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Sandin, B. Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* (v.8, n.1), p. 39-54.

Sirotich, F. Correlates of crime and violence among persons with mental disorder: An evidence-based review. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2008; 8: 171-94.

Spielberger, C. Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)*. Madrid: TEA ediciones (4ª edición, 1994).

Yela, C. (2000) *El amor desde la Psicología Social*. Madrid: Pirámide

WEB-BIBLIOGRAFÍA

<http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Empiria-2008-15-0001&dsID=pdf>

http://www.ceoma.org/vii_congreso_nacional/pdfs/c_negligencias_abuso_y_maltrato_pm/Comunicacion17_negligencias_abuso_y_maltrato_pm.pdf

<http://www.ine.es/>

<http://www.migualdad.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content->

http://www.migualdad.es/ss/Satellite?c=MIGU_Multimedia_FP&cid=1193049886848&language=cas

5.16. ANEXO 5.16.1. ANEXO I (STAI)

N.º 124

(2)

STAI

A / E PD = 80 + 14 - 7 = 87
 A / R PD = 21 + 10 - 6 = 25

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y nombre : N Edad 32 Sexo H
 Centro "EL ACEBUCHÉ" Curso/Puesto RECLUSO Estado civil V6M
 Otros datos Fecha 10-12-2010

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Autor: C.D. Spielberger.
 Copyright © 1968 by Consulting Psychologists Press, Inc. (Palo Alto, California, U.S.A.).
 Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial.
 Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzó, 15 dpda.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 35605 - 1988.

A-R

INSTRUCCIONES

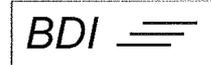
A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

5.16.2. ANEXO II (BDI)



Identificación Fecha 22/12/2010

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

Identificación Fecha

8.	<input type="radio"/> No me considero peor que cualquier otro. <input checked="" type="radio"/> Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. <input checked="" type="radio"/> Continuamente me culpo por mis faltas. <input type="radio"/> Me culpo por todo lo malo que sucede.
9.	<input type="radio"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio. <input checked="" type="radio"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. <input checked="" type="radio"/> Desearía suicidarme. <input type="radio"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10.	<input type="radio"/> No lloro más de lo que solía. <input checked="" type="radio"/> Ahora lloro más que antes. <input type="radio"/> Lloro continuamente. <input type="radio"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11.	<input type="radio"/> No estoy más irritado de lo normal en mí. <input type="radio"/> Me molesto o irrito más fácilmente que antes. <input type="radio"/> Me siento irritado continuamente. <input checked="" type="radio"/> No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12.	<input checked="" type="radio"/> No he perdido el interés por los demás. <input type="radio"/> Estoy menos interesado en los demás que antes. <input type="radio"/> He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. <input type="radio"/> He perdido todo el interés por los demás.
13.	<input type="radio"/> Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. <input type="radio"/> Evito tomar decisiones más que antes. <input checked="" type="radio"/> Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. <input type="radio"/> Ya me es imposible tomar decisiones.
14.	<input checked="" type="radio"/> No creo tener peor aspecto que antes. <input type="radio"/> Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. <input type="radio"/> Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo <input type="radio"/> Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación Fecha

15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

22

5.16.3. ANEXO III (TEST DE ROSENBERG)

TEST DE ROSENBERG

TEST DE AUTOACEPTACIÓN Y AUTOCONCEPTO

1. Soy una persona digna, al menos tanto como las demás	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2. Tengo cualidades positivas	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
5. Estoy satisfecho conmigo mismo	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
6. Tengo mucho de que estar orgulloso	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
7. Pienso que soy un fracasado	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
9. Hay veces pienso que soy un inútil	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
10. Creo que no soy una buena persona	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO

Si o no 4

Alto concepto de si mismo más de 5

5.16.4. ANEXO IV (SSI)



31



1/5

Identificación ... 27/2010

I.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA / MUERTE.

1.- Deseo de vivir.

- Moderado a intenso Débil Ninguno

2.- Deseo de morir.

- Moderado a intenso Débil Ninguno

3.- Razones para vivir / morir.

- Las razones para vivir son superiores a las de morir
 Iguales
 Las razones para morir son superiores a las de vivir

4.- Deseo de realizar un intento activo de suicidio.

- Moderado a intenso Débil Ninguno

5.- Intento pasivo de suicidio.

- Tomaría precauciones para salvar su vida
 Dejaría su vida / muerte en manos del azar (por ej.: cruzar descuidadamente una calle muy transitada)
 Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej.: un diabético que deja de tomar la insulina)

Identificación Fecha

II.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS.

6.- Dimensión temporal: duración.

- Breve, períodos pasajeros
- Períodos más largos
- Continuo (crónico), o casi continuo

7.- Dimensión temporal: frecuencia.

- Rara, ocasional
- Intermitente
- Persistente o continuo

8.- Actitud hacia el pensamiento / deseo.

- Rechazo
- Ambivalencia, indiferencia
- Aceptación

9.- Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.

- Tiene sensación de control
- No tiene seguridad de control
- No tiene sensación de control

10.- Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej.: familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).

- No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio
- Los factores disuasorios tienen cierta influencia
- Influencia mínima o nula de los factores disuasorios

Si existen factores disuasorios, indicarlos:

11.- Razones del proyecto de intento.

- Manipular el medio, atraer atención, venganza
- Combinación de ambos
- Escapar, acabar, resolver problemas

Identificación **Fecha**

IV.- REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO.

16.- Preparación real.

- Ninguna
- Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)
- Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17.- Notas acerca del suicidio.

- No escribió ninguna nota
- Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla
- Completada

18.- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, testamento, donaciones).

- Ninguno
- Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
- Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

19.- Engaño / encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta).

- Reveló estas ideas abiertamente
- Fue reacio a revelarlas
- Intentó engañar, encubrir, mentir

Identificación Fecha

V.- FACTORES DE FONDO.

20.- Intentos previos de suicidio.

- Ninguno
- Uno
- Más de uno

21.- Intención de morir asociada al último intento.

- Baja
- Moderada; ambivalente, insegura
- Alta

PUNTUACIÓN TOTAL:

Actitud ante la vida/muerte:

Pensamientos/deseos suicidas:

Proyecto de intento:

Intento proyectado:

Factores disuasorios:

Intentos previos: ← Riesgo alto, en caso de la separación de sus hijos se suicida "casi-seguro".

5.16.5. ANEXO V. (CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS)

52

Bonifacio Sandín y Paloma Chorot

ANEXO I

CAE

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Nombre Edad Sexo

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

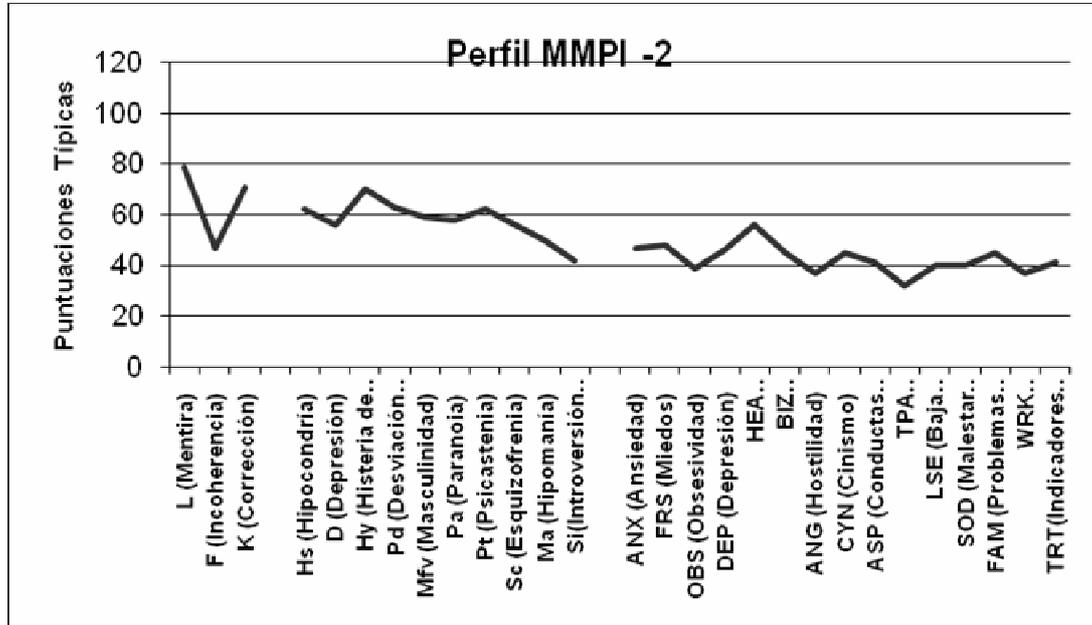
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Descargué mi mal humor con los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Asistí a la Iglesia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Intenté sacar algo positivo del problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Insulté a ciertas personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Me comporté de forma hostil con los demás..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Agredí a algunas personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Procuré no pensar en el problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga» | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Me irrité con alguna gente..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Recé | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Me resigné a aceptar las cosas como eran..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Intenté olvidarme de todo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

5.16.6. ANEXO VI (SITUACIONES DE CRISIS)

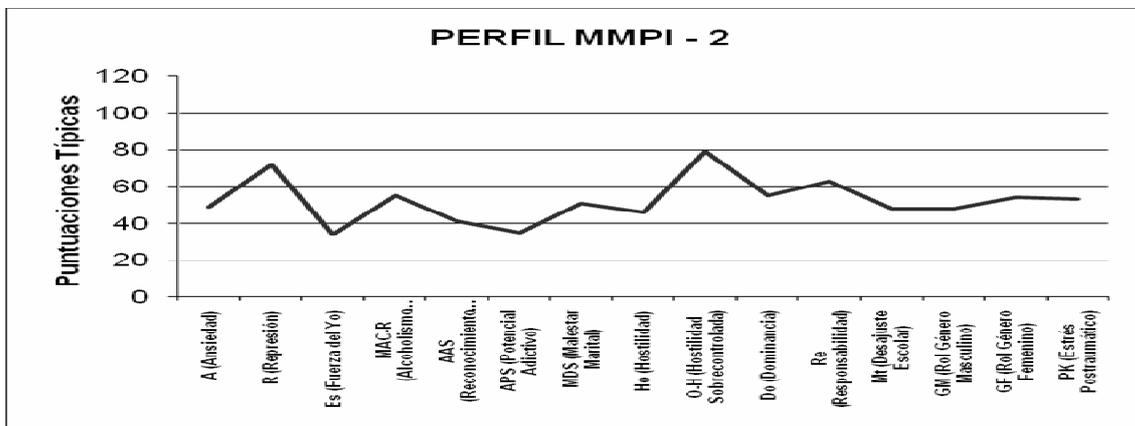
DETECCIÓN DE SITUACION DE CRISIS (Psicólogo)

VARIABLES	Puntuación entre:	Puntuación asignada
1. Ingreso reciente (menos de 7 días)	0 - 3	0
2. Tipología delictiva (homicidio, asesinato, libertad sexual, violencia doméstica)	0 - 3	0
*3. Sintomatología depresiva (disforia, agitación, ideas suicidas inespecíficas, sentimientos de culpa, alteración del apetito o del sueño)	0 - 5	0
4. Intento: previos de suicidio (últimos 3 meses)	0 - 3	0
5. Problemática tóxico-alcohólica presente	0 - 3	1
6. Pérdidas familiares recientes	0 - 3	0
7. Diagnóstico reciente enfermedad grave (últimos 3 meses) o estado avanzado	0 - 3	0
8. Ausencia o pérdida de apoyo exterior	0 - 3	0
9. Variables de personalidad: impulsividad, vulnerabilidad, indefensión, recursos personales deficitarios.	0 - 3	3
10. Trastorno mental actual	0 - 3	0
*11. Ideación suicida o planes de suicidio en la actualidad.	0 - 5	0

5.16.7. ANEXO VII. MMPI-2 (10 de diciembre de 2010)



Con una puntuación de (L79). Utiliza de manera excesiva e ingenua los mecanismos de represión y negación. Falta de flexibilidad en la adaptación, escrupuloso y minucioso. Trata de dar una imagen favorable de sí mismo; presenta una puntuación (Hy 70), egocéntrico, exigente. Con puntuaciones de sobresalientes en las Subescalas F (p) 70 (Incoherencia - Psicopatología) de 70, O-H (Hostilidad Sobrecontrolada), de 79 y R (Represión) 72.



5.16.8. ANEXO VIII. (Opinión sobre los resultados del MMPI-2)

(79) L (T 69-90) Sinceridad

Utilizan de manera excesiva a ingenua los mecanismos de represión y negación. Falta de flexibilidad en la adaptación y muy pobre tolerancia al estrés y las presiones ambientales. Actitud infantil. Excesivamente escrupulosas y minuciosas.

Tratan de dar una imagen favorable de sí mismos. El perfil sumergido en la parte clínica, pero puede sugerir patología.

(70) Hy (70-75) histeria

Sugiere inmadurez, egocentrismo, tendencia a la sugestión y exigencia. Características histeroides y mecanismos de defensa represivos.

Fuerte necesidad de dependencia con incapacidad para manejar la hostilidad hacia los demás. Muy exigente con respecto al apoyo, la atención y el afecto que demandan, mareos, desmayos, debilidad.

L (SINCERIDAD) ⇒ NO ESTOY DE ACUERDO EN NADA PUESTO QUE SOY MUY TOLERANTE CON TODO Y TODOS Y SIEMPRE HE SABIDO DEFENDERME CON EL ESTRÉS Y PRESIONES ACTITUD INFANTIL SI LO SOY CUANDO ESTOY CON MIS BEBES POR QUE LOS AMO MÁS QUE A MI MISMA. SIEMPRE SOY SINCERO QUIÉNS SEA UN DEFECTO DEMASIADO DIRECTO Y SINCERO.

NO SOY BIEN PARA TRATAR DE DAR UNA IMAGEN BUENA DE MI MISMO SON LOS DEMÁS QUIÉNES DEBEN VER Y VALORAR COMO SOY. YO COMO PERSONA ME CONSIDERO BUENO, ASI ES MI VIDA DIARIA

Hy (HISTERIA) ⇒ EGOCENTRICO NO SOY PARA NADA LO UNICO QUE ME SUBESTIMA Y EXCE ES EL ESTAR LEJOS DE MI FAMILIA ES DECIR MIS HIJOS A LOS QUE SIEMPRE TIENE BIEN Y CON TODO MI CARINIO.

Y NO SOY PARA NADA HOSTIL Y ME AFECTA LA HOSTILIDAD HACIA MI LO UNICO QUE NO SOPORTO ES QUE SE METAN CON MI FAMILIA O MIS HIJOS NADA MÁS SIEMPRE EVITO LOS PROBLEMAS. SOY DE LOS QUE CREE QUE CON EL DIALOGO TODO SE SOLUCIONA.

EN CUANTO AL APOYO SI LO TENGO ME DA UNA ASEGURA Y SI NO SIEMPRE SUPE AFRONTAR LOS PROBLEMAS SOLO Y PARA MI NO EXISTE NINGUNA DEPENDENCIA SOLO DE MIS HIJOS SU CARINIO Y SU COMPANIA SON LO UNICO DE LO QUE DEPENDO.

5.16.9. ANEXO IX. (16 PF -5)

A	5
B	4
C	6
E	7
F	7
G	7
H	8
I	3
L	4
M	4
N	7
O	4
Q1	6
Q2	4
Q3	7
Q4	2
MI	7
IN	4
AQ	7
EXT	4,9
ANS	2,8
DUR	5,3
IND	7,1
AUC	6

6.16.10. ANEXO X. (Reflexión del paciente tema 1)

CAPÍTULO 1

HAUENDO DE CARGO DE TIMISMO.

TENGO QUE ELEGIR MI FORMA DE VIVIR PARA CONSEGUIR LA FELICIDAD VERDADERA SIN TOMAR EN CUENTA A LOS DEMAS SOLO CUENTA MI DECISION.

LA FELICIDAD Y TU PROPIO C.I.-

LAS PERSONAS DEBEN ACEPTARSE A SI MISMAS Y QUE LA INTELIGENCIA NO ES CUANTO SABES SI NO LA CAPACIDAD DE SER FELIZ ACEPTANDO, LA POSIBILIDAD DE TENER O NO TENER PROBLEMAS MAS LA FELICIDAD ESTA EN VIVIR EL DIA DIA CON INTENSIDAD.

ELIGIENDO COMO TE SENTIRAS.-

CADA UNO PUEDE ELEGIR COMO SENTIRSE Y COMO AFECTARSE ASI MISMO EN SU AUTO ESTIMA PODEMOS ELEGIR COMO SENTIR, CON QUIEN SENTIR Y TAMBIEN LO QUE NOS PODEA NO NOS AFFECTAR SI PENSAMOS Y SENTIMOS LO QUE QUEREMOS VIVIR Y SENTIR

APRENDER A NO SER DESGRACIADO.-

LA UNICA FORMA ES LA DE CAMBIAR TU FORMA DE PENSAR DESAR LA COSTUMBRE DE AUTOPRUSTA Y PENSAR QUE SI QUIERES SE PUEDE LOGRAR PERO CON TRABAJO Y CONSISTENCIA.

TU LIBERTAD FUNDAMENTAL.-

SOLO UNO PUEDE ELEGIR QUE COSAS TE MOLESTAN O TE HACEN INFELIZ Y EL COMO PUERA HACER QUE TODO ESO QUE TE HACE INFELIZ CON EL CAMBIO DE ACTITUD MENTAL TE HAGAS FELIZ Y SOPORTARLO DE MEJOR MANERA, HACER QUE TODO VAYA EN PAUOR TUYO Y PERDER LA COSTUMBRE DE MOLESTARTE CUANDO LAS COSAS VAYAN MAL.

ESCOGER LA SALUD EN VEF DE LA ENFERMEDAD.-

ESTA DEMOSTRANDO EN MUCHAS PERSONAS QUE LA SALUDA MAS FACIL A LOS PROBLEMAS OCA INFELICIDAD ES UNA ENFERMEDAD QUE UNO MISMO SE BUSCA POR QUE PREPARAS TU CEREBRO PARA ELLO Y ESTA EN UNO MISMO EL HACER LO CONTRARIO Y HACER QUE TODO ESO DESAPARECA Y SE VUEVA POSITIVISMO Y POR ENDE SER FELIZ

LA IMPORTANCIA DE VIVIR EN EL MOMENTO PRESENTE.-

RESALTA LA EQUIVOCADA MANERA DE PENSAR QUE TENEMOS SOBRETU VISUALIZANDO EFUNDO O ESPASADO Y NO VIVIENDO PLENAMENTE EL PRESENTE VIVIR EL DIA A DIA CON INTENSIDAD SIN PERDER EL TIEMPO PENSANDO EN LO QUE PUDE O PODRE HACER SI NO EN LO QUE ESTO HACIENDO AHORA ES DECIR YO MISMO.

CRECIMIENTO CONTRA LA IMPERFECCION COMO MOTIVADOR.-

TU PUEDES DECIDIR MOTIVACIONES PARA ALCANZAR LA FELICIDAD O LA INFELICIDAD COMO EL SER INFELIZ GENERALMENTE ES OULA DE LAS CIRCUNSTANCIAS PERO LA FELICIDAD SOLO SE LOGA SI TU LA BUSCAS Y SI NO PUEDES BUSCA EL MEDIO DE PODER NOMAY O NO EXISTE EL NO SE PUEDE TODO SE LOGA SI QUIERES LOGRARLO ESTO EN TI EL HACERLO BIEN

CAPITULO 2

EL PRIMER AMOR.-

EL PRIMER AMOR ES QUEL QUE SE DETENER A UNO MISMO YES ALGO QUE DEBEMOS FOMENTAR REPETIDAMENTE Y NO ESPERAR QUE SEAN FACTORES EXTERNOS LOS QUE NOS MUEVAN CUAL ES EL PRIMER AMOR ESTA CLARO QUE LO RES TU QUE PRIMERO TE AMAS A TI MISMO Y LUEGO A LOS DEMAS.

EL AMOR SUGERENCIAS PARA UNA DEFINICION.-

ES IMPORTANTE DEFINIR EL AMOR PERO SI NO ERES CAPAZ DE AMARTE A TI MISMO NO SERAS CAPAZ DE AMAR A NADIE MASO QUE SI NO TE VAYAS, QUIENES A TI MISMO NO PODRAS SENTIR O AMAR A OTRAS PERSONAS Y SOBRE TODO RESPETAR TE A TI MISMO Y ACEPTARTE COMO ERES CAMBIANDO LAS COSAS MALAS O ERRORES DEL PASADO SIN QUE INFLUYAN NEGATIVAMENTE EN TI PRIMERO TU Y LUEGO LOS DEMAS.

5.16.11. ANEXO XI. (Reflexión tema 2)

SÍNCRONIZANDO LA ONDA DE LA AUTOACEPTACIÓN.-

PRIMERO QUE NADA ESTAS TÚ Y EL ACEPTARTE Y VALORARTE SIEMPRE TIENE QUE SER POSITIVO NO TE TIENE QUE IMPORTAR LO QUE LOS DEMÁS PIENSEN DE TI TÚ NO TIENES QUE DAR EXPLICACIONES A NADIE SOLO TÚ PUEDES ESCOGER EL SER VALIOSO PARA CONTIGO MISMO Y VERTE COMO REALMENTE ERES.

EL AMOR AL CUERPO.-

ES EL SENTIRSE A GUSTO CON UNO MISMO FÍSICAMENTE HABIENDO YA TENIDO UNA ESTREPTUOSA FÍSICA Y ME ACEPTO Y GUSTO COMO SOY NO DESEO QUE NADA MANIPULE EL HECHO DE QUE ME GUSTE A MÍ MISMO FÍSICAMENTE NI LA PUDICIA, NI LAS PERSONAS QUE ME ROBEAN Y TAMBIÉN ACEPTAR A LOS DEMÁS.

LA ELECCIÓN DE LAS IMÁGENES MÁS POSITIVAS DE UNO MISMO.-

NUNCA DEBES SUBESTIMARTE NI PENSAR QUE NO UNES NADA, POR EL CONTRARIO DEBES SER TÚ MISMO EL QUE TE HAGAS UNA IMAGEN POSITIVA POR LO QUE UNES UNA IMAGEN INFINITAMENTE QUE SIEMPRE SE AUTO DESPRECE NUNCA DESES, QUE NADA NI NADIE TE HUMILCE NI TE DESMAYAS ANTE NADIE EL VALORARTE A TI MISMO ESTA EN TI Y TIENE QUE CREARTE FORTALEZAMENTE Y MANTENER ESE CONCEPTO SIEMPRE.

ACEPTÁNDOSE A SÍ MISMO SIN QUISQUR.-

DEBES ACEPTARTE A TI MISMO SIN QUEJAS A NADIE NI A TI MISMO PORQUE ALQUERIR SOLO ACUMULAS TU FACTO DE AMOR PROPIO Y POR ENDE TU INSATISFACCIÓN PERSONAL. EL ESTAR CAUSADO O TENER ALGÚN SUFRIMIENTO SOLO TÚ PUEDES RESOLVERLO A NADIE Y NADIE PUEDE HACER NADA POR TI SI NO LO HACES TÚ MISMO SE CONSECUENTE CON TU AMOR PROPIO.

EL AMOR PROPIO Y LA SOBERBIA.-

EL AMOR A UNO MISMO QUIERE DECIR QUE TE AMAS A TI MISMO Y NO EXIGES EL AMOR DE LOS DEMÁS NO TIENES QUE CONVENCER A LOS DEMÁS SOLO BASTA CON QUE TÚ TE ACEPTES INTERIORMENTE.

LAS RETRIBUCIONES QUE TE BRINDA EL NO AMARTE A TI MISMO.-

LAS RETRIBUCIONES DEL NO AMARTE A TI MISMO SON SIMPLEMENTE MANERAS DE NO CAMBIAR TU AMOR PROPIO EL INSPIRAR LASTIMA O TENER UN MALO EN SITUACIONES DIFÍCILES SOLO MIENTE TE ACEPTAN DE RESPONSA BILIZANTE DE TUS ACCIONES Y SUS CONSECUENCIAS PORTANTO LA MEJOR ELECCIÓN ES QUERERTE A TI MISMO CON TODO QUE CONCLUYA ESTE SENTIMIENTO QUE ES LA REALIZACIÓN PERSONAL Y DESDE WEGO EL AMOR A TI MISMO.

ALGUNOS EJERCICIOS FACILES PARA AMARSE ASÍ MISMO

DEBES AMARTE A TI MISMO Y ESO CONLLEVA UN CAMBIO EN TUS PENSAMIENTOS Y DEBES PRESERVARTE A TI MISMO CUANDO PIENSES DESTRUICIONAMENTE DE TI Y SI LO HACES PODRÁS EMPEÑAR A CORREGIR ESA FORMA NEGATIVA DE TI. LO IMPORTANTE ES COMO TE VES TÚ Y LO QUE VEAN LOS DEMÁS. AL AMARTE, ACEPTARTE Y QUERERTE A TI MISMO LOS DEMÁS TENDRÁN MÁS FACILIDAD PARA DEJAR DE MINAR SUS ACCIONES PARA CONTINUAR, ACEPTARTE Y QUERERTE MUCHO CON TODOS LOS ASPECTOS MENTAL, EMOCIONAL Y FÍSICAMENTE.

CAPÍTULO 3

TU NO NECESITAS LA APROBACIÓN DE LOS DEMÁS.

DE ALGUNA MANERA SI NOS ADULAN MENTALMENTE ES BUENO PARA NOSOTROS SIEMPRE Y CUANDO ESTE DESEO NO SE CONVIERTA EN NECESIDAD POR QUE TE AUTO DESTRUIRÍAS EN CASO DE NO CONSEGUIRLO. TIENES QUE DESPRECIAR DE LA NECESIDAD DE APROBACIÓN NO HAY PEROS QUE VALGAN TIENES QUE MEXIMAR LA FUERA Y O. TU ORACIÓN CUENTA Y VALE, SIEMPRE QUE TU ASÍ LO CREAS SIN PENSAR EN QUE QUE OÍRAN. NO SIEMPRE EXISTIRÁS CON LA APROBACIÓN DE TUS PROYECTOS Y ESO NO SIGNIFICA QUE NO VALGAS NADA. TU VALIA NO DEPENDI DE LOS DEMÁS SI UO DE TI MISMO Y NO DEBES ESPERAR SIEMPRE EL AFORO DE LOS DEMÁS NO LO NECESITAS NO CAIGAS EN LA TRAMPA.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA NECESIDAD DE APROBACIÓN.

DENTRO DE ESTOS ANTECEDENTES FUNDAMENTOS EL HECHO O PENSAMIENTO DE "NO CONFÍES EN TI MISMO, CONFÍRMA TODO CON OTRA PERSONA PRIMERO". NADA MÁS EQUIVOCADO ESTO ES LO QUE LA SOCIEDAD NOS INCULCA DESDE QUE SOMOS PEQUEÑOS Y NOS INDUCE A TENER UN CONCEPTO EQUIVOCADO Y PROVOCA LA AUTO DESTRUCCIÓN Y LA DESCONFIANZA EN UNO MISMO Y NO LO DEBEMOS PERMITIR DE NINGUNA MANERA.

PRIMEROS MENSAJES FAMILIARES DE BÚSQUEDA DE APROBACIÓN.

DESDE NIÑOS ESTAMOS CONDICIONADOS A LA APROBACIÓN DE LOS DEMÁS. LOS PRIMEROS NUESTROS PADRES Y LOS ADULTOS DESDE QUE DESDE NUESTRA INFANCIA ESTAMOS ENTRENADOS A LA DEPENDENCIA. PROBABLEMENTE TENI LAS PRIMERAS MANIFESTACIONES DE REBELDÍA Y DE PENSAR POR UNO MISMO. VALE DECIR QUE DESDE NIÑOS SE NOS INCULCA LA ACTITUD AUTO DESTRUCTIVA Y ESO NO DEBE SER ASÍ. DEBEMOS DEJAR ANTES DE NIÑOS A TOMAR ACCIONES Y DECISIONES POR ELOS MISMOS PARA QUE EN UN FUTURO TENGAN UNA ACTITUD ESTIMA Y SEGURIDAD DE ELOS MISMOS MUY ALTA.

MENSAJES ESCOLARES DE BÚSQUEDA DE APROBACIÓN.

ESTE TIPO DE MENSAJES SON LOS QUE SE NOS DAN CONTINUAMENTE EN EL TRANSURSO DE NUESTRA ETAPA ESCOLAR Y UNIVERSITARIA, NOS DAN A ENTENDER QUE SIEMPRE NECESITAREMOS DE LA APROBACIÓN DE UNA TERCERA PERSONA O EL ENTORNO SOCIAL EN LA CUAL VIVIMOS Y ESO NOS GENERA LA CONSTANCIA DE LA AUTO DESTRUCCIÓN Y LA NECESIDAD DE QUE NOS APROBEN Y/O HABLEGÜEN.

MENSAJES INSTITUCIONALES DE BÚSQUEDA DE APROBACIÓN.

ESTO ES LA CONTINUACIÓN A LO ANTERIORMENTE MENCIONADO Y ADEMÁS QUE APARTE DE LO ACADÉMICO EXISTE LA RELIGIÓN, LA POLÍTICA, LA SOCIEDAD Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN QUE ABORTAN LA NECESIDAD DE APROBACIÓN Y LA DESCONFIANZA EN TI MISMO. TODO ESO NO NOS DEBE ENGAÑAR MÁS BIEN NOS DEBE MOTIVAR A SEGUIR CON EL CAMINO QUE QUEREMOS PARA NOSOTROS MISMOS.

INSISTIENDO A LA NECESIDAD DE APROBACIÓN PARA QUE BAJE LAS ESCALERAS DE ESCALÓN EN ESCALÓN.

UNA MANERA DE ENGAÑAR SERÍA LA DE ACEPTAR QUE EN EL MUNDO QUE NOS RODEA TENEMOS SIEMPRE EL 50% DE PROBABILIDADES QUE ALGUIEN ESTE EN DESACUERDO CON NUESTRA OPINIÓN ESO NO QUIERE DECIR QUE ESTAMOS EQUIVOCADOS SINO QUE HAY GENTE QUE AL IGUAL QUE TÚ SE OUIECE ASÍ MISMO Y LUCHA POR SUS METAS. Y LOS DE DE PRIMICIA DEBE ACENTRARSE Y MOTIVARTE.

ALGUNOS EJEMPLOS TÍPICOS DE LA BÚSQUEDA DE APROBACIÓN.

ASÍ ENTENDO QUE SIEMPRE EN ALGUN MOMENTO BUSCAMOS LA APROBACIÓN Y O SEA IR EN PLANUICITMAI O LAMENTANDONOS IENVUIDANDO O NO ACEPTANDO DESACUERDOS A TUS POSTURAS O IDEAS ESO ES TAN HABITUAL EN LA VIDA NUESTRA QUE NO LE DAMOS LA IMPORTANCIA QUE SE MERECE. Y HAY QUE CAMBIAR LOS DIVIDENDOS DE LA BÚSQUEDA DE APROBACIÓN.

TODO ESTO ES UN PRETEXTO PARA SEGUIR AUTODESTRUYENDOTE, EC CLARAR A LOS DEMÁS, EL NO QUERER CAMBIAR NO DEJESAR Y EL QUE TU MISMO TE AUTO DESTRUYAS ES MUCHO MÁS FACIL QUE EC DE LUCHA POR TUS IDEAS SIN TEMOR AL FRACASO O SIN DEPENDER DE LA APROBACIÓN DE NADIE. ESO ES DEJAR DE CUBO TODO COMENTADO Y CAMBIAR EL CHIP Y SER UNA PERSONA CON UCUYAS Y FUTURO PROPIOS.

NO MIRAR A LO SUPREMO IRONIA DE LA COMPOR TOMIENDO DE BÚSQUEDA DE APROBACIÓN.

FACILMENTE ES IRÓNICO QUE LO QUE TANTO BUSCAS ESTE ACCANCE DE TUS MANOS Y NO LO VES; UO LO UNICORNS Y NO LO PONDAS EN PRACTICA PUEDES LOGRAR LO QUE TE PROPONHAS CON SUO INTENTARLO SIN MIEDOS NI TABUES, SIN QUE LOS DEMÁS RESTEN DE ACUERDO CON TUS IDEAS POR QUE SIEMPRE HADORA ACÁBIEN QUE NO ESTE DE ACUERDO CONTIGO Y ESO NO QUIERE DECIR QUE SEAS UN FRACASO SINO TODO CONTRARIO LOS GRANDES LÍDERES SON LOS QUE ANTEPUSIERON SUS IDEAS Y VISIONES SIN TEMOR AL RECHAZO Y SIN AUTO COMPADecerse.