

**MÁSTER EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA  
EN ÁMBITOS CLÍNICOS Y SOCIALES**

**TFM**

**Prácticas en el Centro Penitenciario  
“El Acebuche”**

*Mónica Salinas Sánchez*

**Tutora académica: *María Flor Zaldívar Basurto***

**Tutora de prácticas: *Concepción Martos Pérez***

## **ÍNDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. Sistema Penitenciario Español.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2. Centro Penitenciario (El Acebuche).....</b>	<b>4</b>
<b>1.2.1. Clasificación de los internos.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2.2. Módulos del centro Penitenciario (El Acebuche).....</b>	<b>8</b>
<b>1.2.3. Programas de reeducación y reinserción que se llevan a cabo en el Centro Penitenciario (El Acebuche).....</b>	<b>10</b>
<b>1.3. El papel del Psicólogo en las prisiones de España.....</b>	<b>16</b>
<b>2. MEMORIA DE ACTIVIDADES.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1. Observación de casos, junto a psicólogos del centro.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2. Observación de casos junto al psicólogo perteneciente a la Confederación Andaluza de Organizaciones a favor de las personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS) .....</b>	<b>20</b>
<b>2.3. Observación de programas de intervención.....</b>	<b>21</b>
<b>2.4. Actuación como terapeuta en programa de intervención con mujeres en igualdad de género.....</b>	<b>24</b>
<b>2.5. Evaluación de caso.....</b>	<b>30</b>
<b>3. CASO: TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....</b>	<b>31</b>
<b>4. REFERENCIAS.....</b>	<b>62</b>
<b>5. ANEXOS.....</b>	<b>65</b>

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Sistema Penitenciario Español.**

El sistema penitenciario español ha experimentado en las últimas décadas un cambio radical de orientación y concepto, paralelo a la evolución de la sociedad española. El gran acontecimiento que ha propiciado esta transformación ha sido la aprobación de la Constitución Española de 1978, que desde entonces ha inspirado profundos cambios tanto en la legislación penal como en el tratamiento de los reclusos y en las condiciones de las prisiones. Ha sido necesario un considerable esfuerzo en estos últimos años para paliar las endémicas deficiencias del sistema, dotarlo de nuevas instalaciones, mejorar las que estaban en uso y reorganizar la actividad para conseguir una mayor eficiencia de los recursos humanos.

Algunas de las actividades, como los denominados Módulos de Respeto, significan una apuesta tan innovadora que están marcando un antes y un después en la vida de las prisiones donde se han puesto en marcha.

El artículo 25.2 de la Constitución Española, la Ley Orgánica General Penitenciaria y su Reglamento constituyen el marco normativo básico del sistema penitenciario español. Toda la legislación penitenciaria española recoge y hace suyas las recomendaciones establecidas en las Normas Penitenciarias Europeas.

Las instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley, tienen como fin primordial la reeducación y la 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.” La actividad penitenciaria se ejercerá respetando, en todo caso, la personalidad humana de los reclusos y los derechos e intereses jurídicos de los mismos no afectados por la condena, sin establecerse diferencia alguna por razón de raza, opiniones

políticas, creencias religiosas, condición social o cualquier otra circunstancia de análoga naturaleza. En consecuencia:

1. Los internos podrán ejercitar los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, sin exclusión del derecho de sufragio, salvo que fuesen incompatibles con el objeto de su detención o el cumplimiento de la condena.
2. Se adoptarán las medidas necesarias para que los internos y sus familiares conserven sus derechos a las prestaciones de la Seguridad Social, adquiridos antes del ingreso en prisión.
3. En ningún caso se impedirá que los internos continúen los procedimientos que tuvieren pendientes en el momento de su ingreso en prisión y puedan entablar nuevas acciones.
4. La administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos.
5. El interno tiene derecho a ser designado por su propio nombre.
6. Ningún interno será sometido a malos tratos de palabra u obra.

España tiene una de las tasas más elevadas de población reclusa de Europa, con 153,6 reclusos por cada 100.000 habitantes.

Las cárceles españolas están viviendo una reducción de su población reclusa en los últimos dos años. Desde marzo de 2010, el número de presos ha caído un 9,13%, o lo que es lo mismo, en la actualidad hay 7.031 encarcelados menos.

Se trata de una realidad que rompe con la marcada tendencia de los últimos 15 años. De los 44.956 reclusos de 1995 (a 31/12/1995) se pasó a 76.919 en marzo de 2010. Pero desde hace dos años, la situación ha dado la vuelta con dos claros motivos. Por un lado, la reforma del Código Penal aprobada en 2010 según la cual se reduce sensiblemente la pena aplicada a los condenados por delitos contra la salud pública (tráfico de drogas).

En la actualidad la población reclusa en España es de 69.888 internos, de los cuales 875 se encuentra cumpliendo condena en el Centro Penitenciario de Almería (El Acebuche).

## **1.2. Centro Penitenciario (El Acebuche)**

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, es una de las prisiones más antiguas del territorio nacional.

Sus dependencias están preparadas para 730 internos y en la actualidad acogen a 875, debido a esto el compartimento de celdas es algo usual en el centro.

Carece de sistemas de vigilancia tan elementales como un circuito cerrado de televisión, barrera de entrada o valla en aparcamientos.

El establecimiento penitenciario almeriense se encuentra entre los más saturados de Andalucía, por detrás del centro psiquiátrico de Sevilla, la cárcel Puerto II de Cádiz y el de la capital malagueña.

Los sindicatos consideran la prisión de Almería como el centro más infradotado de toda la comunidad andaluza, además de encontrarse entre los más obsoletos. Un ejemplo es suficiente para visualizar esa idea y es el hecho de que mientras otros centros cuentan con sistemas de vídeo-vigilancia o de apertura informatizada de puertas, en el de Almería perviven los sistemas antiguos, propios de décadas pasadas.

El recinto tiene más de 22 años y ello repercute en una falta de medidas de seguridad acorde a las exigencias actuales.

Debido a esto se ha producido el traslado de los internos de primer grado y los más peligrosos a otras instituciones.

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

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

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

### **1.2.1. Clasificación de los internos:**

Desde que un penado ingresa en un Centro Penitenciario debe realizarse por la Junta de Tratamiento la propuesta de clasificación inicial en un período máximo de dos meses a contar desde la recepción del testimonio de la sentencia. Esta propuesta va incluida en un protocolo de clasificación que contiene la atribución de grado, con el razonamiento correspondiente y el programa individualizado de tratamiento, expresando los destinos, actividades, programas educativos, trabajos o actividades ocupacionales que debe seguir el penado.

El Centro Directivo resolverá sobre la propuesta en el plazo de dos meses desde su recepción. Cuando se trate de penados con condenas de hasta un año, la propuesta de clasificación inicial formulada por la Junta de Tratamiento, adoptada por acuerdo unánime de sus miembros, tendrá la consideración de resolución inicial, salvo que se propusiera la clasificación en primer grado. Los grados aplicados por I.I.P.P pueden ser:

- *1º grado o de régimen cerrado.* Este grado solo se aplica a los presos peligrosos o considerados de alto riesgo, por lo que se les interna en módulos de aislamiento, ya que no pueden disfrutar de una vida carcelaria normal. Permanecerán encerrados en su celda un total de 22 horas diarias, con salidas individuales a patio de 2 horas. No podrán disfrutar de actividades lúdicas como el resto de internos y sus comunicaciones (vis-vis, por cristal, llamadas telefónicas, correspondencia) está sometida a vigilancia. Durante la estancia en prisión de los internos si se provoca un incidente grave, puedes ser modificado el grado de segundo a primero.

- *2º grado u ordinario.* Es el grado que disfrutan la gran mayoría de los internos en las prisiones españolas. Llevan una vida normalizada dentro del Centro y normalmente no se pierden; únicamente repercute en faltas en el expediente. Si el interno se encuentra

en segundo grado y a partir de cumplir la cuarta parte de la condena, se puede optar por acceder al tercer grado.

- *3º grado o régimen abierto.* Aunque según la Ley Penitenciaria se puede acceder a este grado una vez dictada la condena, en la realidad y por pacto de palabra entre las diferentes instituciones, no se suele llegar a disfrutar de este grado hasta cumplida la mitad de la condena. Solo en contadas ocasiones (políticos, personajes con buenas relaciones, enfermedad muy grave, tratamiento de drogodependencia o similar en curso, cumplida ya gran parte de la condena como preventivo) algunos internos acceden a este grado una vez conocida la condena. Hasta hace años el acuerdo tácito para pasar de segundo a tercer grado funcionaba a partir de la barrera de la cuarta parte de la condena cumplida. De unos años a esta parte el límite ha aumentado hasta la mitad de la condena.

Existen dos vías para ello:

- Que la Junta de Tratamiento del Centro, después de estudiar el expediente, así lo estime oportuno y lo notifique al Fiscal y a I.I.P.P. Si el fiscal no se opone, en general I.I.P.P aprueba la decisión del Centro y se destina al interno a un centro de cumplimiento de tercer grado o semilibertad.

- Si la Junta de Tratamiento se opone, entonces se recurre en Queja al Juez de Vigilancia Penitenciaria, que puede concederlo. En caso negativo se le vuelve a recurrir en Reforma con nuevas aportaciones y si tampoco en este segundo recurso el J.V.P. cambia de opinión, se recurre en Apelación a la Sala de la Audiencia a la que corresponda la cárcel.

En la clasificación inicial, junto con la asignación del modulo, y una vez analizadas las carencias y necesidades mas importantes de los internos, la Junta de Tratamiento acuerda establecer una serie de actividades mediante su estancia en prisión, para la asignación de dichas actividades se utiliza el Programa Individualizado de Tratamiento (PIT), en el cual se distinguen los siguientes apartados:

1. Análisis de carencias, necesidades e intereses:

- Carencias/intereses educativos.

- Falta de interés por actividades positivas de educación
- Ausencia de hábitos laborales
- Necesidades/intereses laborales
- Ociosidad
- Problemática de drogadicción
- Carencias de formación profesional.

## 2. Objetivos específicos:

- Mejorar el nivel educativo
- Potenciar la realización de actividades positivas.
- Adquirir hábitos laborales.
- Consolidar hábitos laborales.
- Deshabitación a drogodependencias y/o alcohol
- Derivación a recursos externos comunitarios
- Motivación al tratamiento drogodependencias
- Aprendizaje control agresión sexual
- Aprendizaje control conducta maltrato doméstico
- Aprendizaje de un oficio

## 3. Actividades prioritarias

- Laboral: auxiliar de limpieza del módulo.
- Educativa: enseñanza reglada no Universitaria, nivel I castellano para extranjeros y nivel II consolidación de conocimientos.

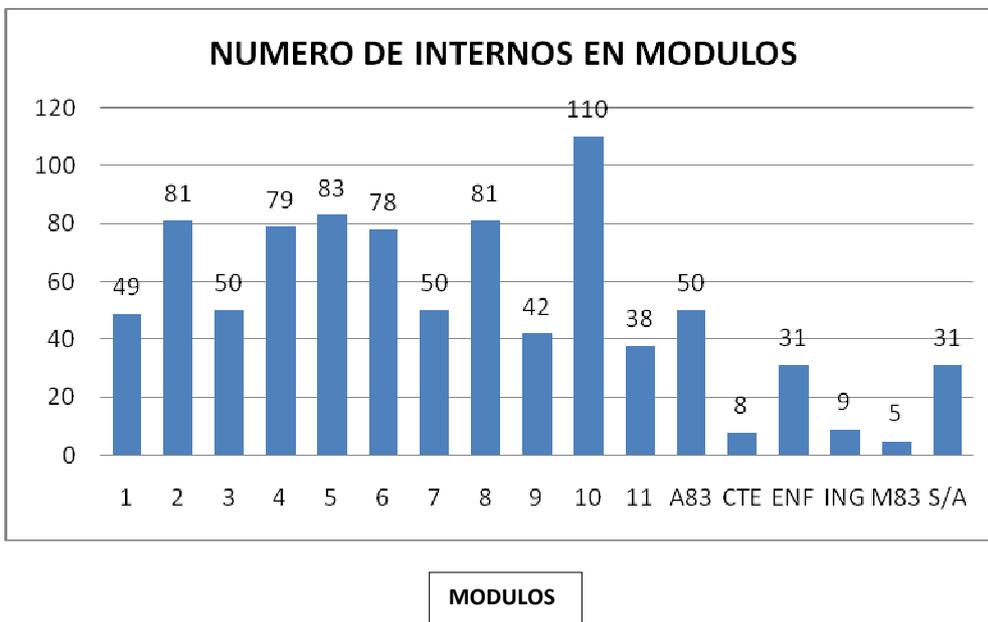
- Terapéuticas: programa de alcoholismo, programa de deshabituación de drogas, programa específico de tratamiento (agresores sexuales) y programa específico de tratamiento (violencia de género).

4. Actividades complementarias:

- Ocupacional: manualidades/ varios
- Deportiva: deportes de recreación
- Cultural: actividades culturales.

**1.2.2. Módulos del Centro Penitenciario “El Acebuche”.**

Con fecha de 25 de Abril del 2012, los 875 internos que permanecen cumpliendo condena en el Centro Penitenciario (El Acebuche), se distribuyen en los siguientes módulos:



- **Módulo 1:** En este módulo se encuentran todas las mujeres internas en la prisión, tanto penadas como en situación preventiva, un total de 49, es denominado módulo de respeto, en el que se aplica un programa de intervención a nivel internacional, se trabaja de forma grupal dando la responsabilidad del cuidado del módulo a las internas, de forma que trabajen en grupo, con el objetivo de que el sujeto modifique su conducta debido al control que ejerce el grupo de influencia que integra el módulo.
  
- **Módulo 2:** Módulo de adultos, también participan en el programa del módulo de respeto, tiene un total de 81 internos en 2º grado.
  
- **Módulo 3:** Varones penados en 2º grado, un total de 50 internos.
  
- **Módulo 4:** Varones penados en 2º grado, un total de 79 internos.
  
- **Módulo 5:** Preventivos primarios, un total de 83 internos.
  
- **Módulo 6:** Árabes generalmente preventivos, un total de 78 internos.
  
- **Módulo 7:** Módulo de preventivos que han entrado más veces, un total de 50 internos.
  
- **Módulo 8:** Preventivos primarios, un total de 81 internos.
  
- **Módulo 9:** Menores hasta 21 años, se puede ampliar hasta 25 según las características del interno, permanecen 42 internos en 2º grado.
  
- **Módulo 10:** Internos penados en 2º grado, con destino remunerado, trabajando fuera del módulo, un total de 110 internos.
  
- **Módulo 11:** Módulo de aislamiento, internos en 2º grado, con destino en cocina y lavandería, un total de 38 internos.
  
- **A 83:** Van al centro solo a dormir, un total de 50 internos en 3º grado.
  
- **CTE:** Comunidades terapéuticas, un total de 8 internos.

- **ENF:** Enfermería, varones con problemas físicos o psíquicos, un total de 31 internos
  
- **ING:** Aquí se encuentran los internos que ingresan en el centro y que aún están sin clasificar, un total de 9 internos.
  
- **M-83:** Van al centro solo a dormir, un total de 5 internos en 3ª grado.

### **1.2.3. Programas de reeducación y reinserción que se llevan a cabo en el Centro Penitenciario.**

#### **- Programa de Prevención de suicidios PPS:**

El personal de los Servicios Sanitarios, Sociales y de Tratamiento que conforme al artº 20 del R.P. entreviste a los internos de reciente ingreso en el establecimiento detectará aquellos casos susceptibles de inclusión en el protocolo de prevención de suicidio (PPS). Para ello se tendrán en cuenta los factores y perfiles definidos de riesgo. Dichas entrevistas se realizarán lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, de acuerdo con lo previsto en el artº 214 del Reglamento Penitenciario.

La eficacia y agilidad que requiere la especificidad de este programa precisa de la activa participación de todos los profesionales del establecimiento, a lo largo de sus distintas fases. La coordinación de todas las actuaciones se llevará a cabo desde los Servicios de Tratamiento del establecimiento, cuyo Subdirector será el responsable del programa.

#### **\* *Objetivos del Programa;***

Tres son los objetivos fundamentales del programa que definen, a su vez, las distintas fases de la intervención:

- Detección de los internos en situaciones problemáticas que puedan derivar en conductas suicidas.

- Aplicación sistemática de pautas de prevención a los grupos definidos de riesgo, evitando, en la medida de lo posible, un desenlace negativo de los casos incluidos en el protocolo de prevención de suicidios.

- Establecimiento y mantenimiento de cauces de información y coordinación entre los diferentes servicios y niveles implicados, organizando

- **Programa de Módulo de respeto (Mdr):**

Los módulos de respeto son sistemas de organización a la vez que programas de intervención con instrumentos, dinámicas, estructuras y pautas de actuación y evaluación definidas y sistematizadas.

Un módulo de respeto es una unidad de separación interior de un centro penitenciario en donde la inclusión del interno es voluntaria y lleva implícita la aceptación de las normas de módulo, que regulan:

- El área personal referente a higiene, aspecto, vestuario y cuidado de celda.
- El área de cuidado del entorno (tareas de módulo) relativa a la utilización y mantenimiento de los espacios comunes.
- El área de relaciones interpersonales que incluye todas las interacciones del sujeto: con otros internos, con funcionarios, terapeutas y personal del exterior.
- El área de actividades, que regula la programación de actividades de cada interno, independiente de las tareas de módulo que le corresponda a su grupo, que comprende todos los días de la semana y todas las horas del día en la que se determinan qué actividades debe realizar en cada momento y planifica los tiempos de ocio.

Pero todo ello pivota sobre tres ejes:

- Un sistema de organización en grupos
- Un procedimiento inmediato de evaluación
- Una estructura de participación de los internos

Las tareas de reparto de comidas, mantenimiento, orden y limpieza de las zonas comunes (tareas de módulo) son asumidas por todos sus residentes, por lo que no existen los puestos tradicionalmente denominados “destinos”.

Los sectores de tareas de módulo se distribuyen entre grupos fijos conformados según criterios específicos de organización y tratamiento. En cada uno de estos grupos existe un interno responsable con funciones de representación, organización, distribución de tareas, aculturación y mediación entre sus miembros.

Todos los residentes son evaluados diariamente por el funcionario del módulo en cuanto al cumplimiento de las normas de módulo de respeto. Las evaluaciones de cada uno de los integrantes del grupo repercuten en las tareas que el grupo tendrá que asumir cada semana. Los internos también son evaluados semanalmente por el Equipo Técnico que realiza una evaluación global relativa a la evolución del interno en su programa específico de tratamiento.

En los módulos de respeto existen al menos las siguientes estructuras de participación de los internos en la gestión del módulo:

- La reunión diaria o asamblea general de todos los internos del módulo con un miembro del Equipo Técnico, generalmente el educador.
- La asamblea de responsables 1 que se reúne, al menos, una vez a la semana.
- La comisión de convivencia y
- La comisión de acogida.

Una característica esencial de los módulos de respeto es la consecución de un clima de convivencia que permita mantener las celdas abiertas durante los horarios de actividad.

El objetivo de los Módulos de Respeto es conseguir un clima de convivencia homologable en cuanto a normas, valores, hábitos y formas de interacción al de cualquier colectivo social normalizado.

**- Programa de intervención con agresores sexuales.**

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

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

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

Semanalmente se celebran sesiones grupales de terapia, que se mantienen durante aproximadamente dos años.

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

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

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

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

- Detectar de forma temprana la aparición de posibles factores de riesgo de reincidencia.

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

**- Violencia de género. Programa de intervención para agresores.**

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

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

**\* *Objetivos del programa.***

- Disminuir la probabilidad de reincidencia en actos de violencia de género por parte de personas condenadas por delitos relacionados.
- Modificar actitudes sexistas y desarrollar pautas de comportamiento que respeten la igualdad de género.

**\* *Características.***

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

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

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

**- Programa de intervención con mujeres.**

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

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

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

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

### 1.3. El papel del Psicólogo en las prisiones de España.

Desde que en 1919 se creó el primer servicio psicológico en una prisión de los EE.UU se ha producido un crecimiento de la intervención psicológica en las instituciones penales de la mayoría de los países desarrollados. Esta intervención está plagada de dificultades generalmente inherentes al hecho de practicar psicología en un lugar teóricamente orientado a la rehabilitación social, pero que en la realidad cotidiana no ha superado aun los fines de custodia y orden.

En España el Decreto 162/1968 introduce la necesidad de contar con una serie de especialistas para la clasificación y el tratamiento penitenciario. La Ley 39/70 sobre reestructuración de los Cuerpos Penitenciarios creó el Cuerpo Técnico de Instituciones Penitenciarias. (Juristas-Criminólogos, Psicólogos, etc.).

\* **Áreas de actuación y funciones reglamentarias:** El campo de actuación es muy amplio y abarca prácticamente todas las áreas de la Psicología Aplicada:

a) **Pericial:** diagnóstico y clasificación penitenciaria una vez recaída la condena; informes a Juzgados previos al juicio o posteriores, analizando la evolución de los internos de cara a indultos, a adelantamiento de la libertad (libertad condicional), a permisos de salida, etc.

b) **Tratamiento:** elaboración y ejecución de programas para cada interno que se revisarán por el equipo al menos cada seis meses, en los que se incluirá una propuesta de intervención en las áreas que se precise, ya sean laborales, educativas....o propiamente psicológicas: tratamiento de toxicomanías (unidades libres de droga, P. M. Metadona, naltrexona, alcoholismo, unidades extrapenitenciarias), intervención VIH-Sida, desarrollo cognitivo (resolución de problemas, razonamiento crítico, empatía con víctimas), habilidades sociales (competencia, preparación vida en libertad), programa de prevención de suicidios, intervención en alteraciones psicológicas, internos con problemas de violencia y o de agresión sexual, etc.

c) **Otros:** programación y planificación del trabajo del equipo en el centro; contactos con los medios de comunicación; actividades de investigación; incluso, en algunos casos, funciones de dirección e inspección de los establecimientos penitenciarios, etc.

***El Reglamento de 1981 señala en el art. 282 que las funciones del psicólogo son:***

- Estudiar la personalidad de los internos.
- Aplicar y corregir las pruebas psicológicas.
- Asistir como vocal a las Juntas de Tratamiento con una frecuencia mínima semanal.
- Estudiar los informes recabados de los funcionarios de vigilancia así como educadores, maestros...basados en la observación directa del comportamiento del interno.
- Ejercer la tarea de Psicología Industrial y Pedagógica respecto a los talleres y a la escuela del centro.
- Ejecutar los métodos de tratamiento de naturaleza psicológica señalados para cada interno en especial los de asesoramiento individual y en grupo, según la especialización de cada psicólogo.
- Redacción del informe de cada interno para las juntas semanales ya sea para permisos, traslados, clasificaciones, aplazamiento de correcciones disciplinarias, etc.
- Debe, además, el psicólogo de prisiones respetar los derechos constitucionales, legales y reglamentarios y seguir las líneas de actuación señaladas por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

*La distribución media del tiempo semanal de trabajo para un psicólogo suele ser la siguiente:*

1. Entrevistas de diagnóstico y/o de orientación: 13 horas.
2. Redacción de informes. Burocracia: 8 horas.
3. Terapias individuales o grupales: 9 horas.
4. Reuniones de Equipo, Junta, etc: 7 horas.

## **2. MEMORIA DE ACTIVIDADES**

Durante el primer cuatrimestre del curso 2011-2012, se realizan las prácticas del Master en Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos, en el Centro Penitenciario El Acebuche (Almería), iniciando las mismas el 17/10/2011, con la presentación al Director del Centro y al equipo de psicólogos con los que cuenta.

La primera semana se dedicó a hacer una visita guiada por uno de los psicólogos del centro por todas las instalaciones y las dependencias que lo componían, así como de la explicación de la función que cumplía cada estancia en la vida y contexto penitenciario. Estas primeras visitas sirvieron para acercarnos al ambiente penitenciario y a familiarizarnos con él.

Una vez familiarizados con el centro, junto con los cuatro psicólogos, que trabajan en el grupo de tratamiento, se acordaron cuáles serían las actividades a realizar durante nuestra estancia en el Centro Penitenciario.

Debido a que éramos cinco personas las que realizaríamos las prácticas en el centro, se acordó que en principio, nos dividiríamos con cada uno de los Psicólogos del centro para acompañarles como observadores, esto se haría de manera rotativa de manera que todos pudiésemos acompañar a cada uno de ellos y observar su forma de trabajo.

### **2.1. Observación de casos, junto a psicólogos del centro.**

Esta fase se dedicó a acompañar a los psicólogos del centro a diferentes casos como observadores.

Antes de entrar a la entrevista con los internos, el psicólogo/a le explicaba que éramos alumnos del Master de Intervención Psicológica, que estábamos haciendo las prácticas en el centro, y les preguntaba si daba su consentimiento para que asistiésemos como observadores a la entrevista. Todos los internos a los que visitamos dieron su consentimiento.

**\* Los diferentes tipos de entrevistas a los que se asistió son los siguientes:**

**- Entrevistas a internos en clasificación inicial (PIT).**

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

1º Análisis de carencias, necesidades e intereses:

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

2º Objetivos específicos:

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

3º Actividades prioritarias:

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

**- Entrevistas de valoración de grado penitenciario:**

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

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

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

**- Entrevistas a petición del interno:**

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

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

**2.2. Observación de casos junto al psicólogo perteneciente a la Confederación Andaluza de Organizaciones a favor de las personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS).**

Con el objetivo de dar una respuesta real a la población con discapacidad en la cárcel que necesita una atención especializada; evitar el cumplimiento de condenas de personas con discapacidad intelectual en centros penitenciarios; y potenciar medidas alternativas de reinserción que sirvan de tránsito entre el centro penitenciario y la sociedad, FEAPS tiene puesto en práctica un programa de Integración Social y Actividades Rehabilitadoras de Personas Reclusas y Ex reclusas con discapacidad intelectual, que ha atendido unos 300 casos desde que se puso en marcha en el año 1995, un número que se ha multiplicado por cuatro en tan sólo 9 años.

Las personas con discapacidad intelectual que se encuentran en las cárceles españolas son especialmente vulnerables. y susceptibles de ser manipuladas e inducidas al delito y a menudo no entienden la trascendencia de sus acciones. Por eso, este sector social si no cuenta con los apoyos adecuados, puede que estas carencias aumenten la posibilidad de delinquir. Ahí es donde FEAPS empieza su lucha, promoviendo la

desinstitucionalización, previniendo las situaciones de delincuencia e internamientos para aquellas personas que presenten un riesgo potencial, promoviendo su reinserción social y laboral, y mejorando su calidad de atención.

En el proyecto se distinguen tres partes: acciones de investigación orientadas al conocimiento de la realidad de las personas con discapacidad intelectual recluidas en centros penitenciarios y sus necesidades; actividades dirigidas a la mejora de su situación y a la prevención y obtención de sentencias más rehabilitadoras; y una red de centros y servicios orientada al cumplimiento de la pena o medida de personas con discapacidad intelectual en situación reclusa en un medio más rehabilitador.

Las visitas con el psicólogo de la asociación consistieron en la observación de la aplicación del test Wais (test construido para evaluar la inteligencia global, de personas entre 16 y 64 años), a cuatro internos, que permanecían en el grupo de enfermería, Para la aplicación de la prueba se necesitaron dos sesiones con cada interno, debido a la amplitud de la prueba y a que los internos presentaban un bajo nivel cultural. El objetivo era averiguar si los internos presentaban algún tipo de discapacidad..

### **2.3. Observación de programas de Intervención:**

#### **- Programa de intervención en grupos de agresores sexuales.**

El programa está dirigido a disminuir la probabilidad de reincidencia en actos de violencia de género, modificar actitudes sexistas y desarrollar pautas de comportamiento que respeten la igualdad de género.

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

En esta sesión se trata el lenguaje no verbal dentro de la unidad de educación sexual.

Las sesiones siguen un manual de documentos Penitenciarios “El control de la agresión sexual”.: Programa de intervención en el medio penitenciario”, con ejercicios, dinámicas y ejemplos.

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

**\* Contenidos de la sesión:**

*¿Qué es el lenguaje no verbal?*

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

*¿Para qué sirve el Lenguaje NV?*

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

*Malas interpretaciones del lenguaje NV y consecuencias derivadas de ello.*

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

*Aclaraciones y cuestiones pendientes.*

Al finalizar la sesión se aclaran los aspectos que no han quedado claros mediante otros ejercicios que se hacen en común.

**- Programa de intervención con mujeres en igualdad de género.**

El programa va dirigido por una de las psicólogas del Centro y una trabajadora Social. Se lleva a cabo en la escuela del módulo de mujeres (módulo de respeto, son 12 internas las que participan en esta actividad. Se realizaba los Martes de 17:00 a 19:00, con una duración de dos horas.

Antes de comenzar con la sesión la psicóloga del centro explica a las internas, quienes somos y en consecuencia el por qué de nuestra asistencia como observadores a la sesión, les pregunta si hay algún inconveniente por nuestra asistencia y no hay ninguna objeción al respecto por parte de las internas.

Antes de comenzar con los contenidos correspondientes a la sesión, las internas entregan una actividad propuesta por la psicóloga en la sesión anterior y se resuelven las dudas sobre la misma.

Una vez aclaradas todas las dudas se pasa a explicar los contenidos de la unidad correspondiente.

***Los contenidos a tratar son los siguientes:***

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

Mediante una presentación en power point se explican los contenidos, a la vez que se van alternando diferentes actividades a realizar por las internas referentes a dichos contenidos:

- Análisis de letras de canciones con contenidos de desigualdad de género.
- Puesta en común sobre ideas acerca del género masculino y femenino.
- Reconstrucción de canciones sobre estereotipos de género.
- Dinámica de relajación, imaginando los roles que representaban sus padres.

Una vez finalizada la sesión, se pregunta a las internas por las sensaciones y emociones que han sentido durante las dos horas, y se debate sobre ello.

Al finalizar cada una de las sesiones se rellena una ficha con el desarrollo de la sesión, anotando, las actividades y ejercicios realizados, el nivel de cumplimiento de objetivos, las dificultades y aspectos a mejorar, las cosas que han resultado más útiles, los contenidos que necesitan de mayor profundización en próximas sesiones, los materiales utilizados, se hace una valoración del grupo y por último una auto-evaluación de los profesionales.

#### **2.4. Actuación como terapeuta en programa de intervención con mujeres en igualdad de género.**

Al haber asistido como observadores a la sesión, y ver la dinámica con la que fue llevada a cabo, las encargadas de llevar a cabo el programa (psicóloga y trabajadora social), nos propusieron llevar a cabo las dos sesiones siguientes.

Dado que éramos cinco personas en periodo de prácticas decidimos dividirnos las sesiones de manera, que dos realizaríamos la sesión número seis, y tres la sesión número siete.

Para la preparación de la sesión las profesionales del centro nos dieron la información necesaria para trabajar los contenidos a exponer, preparamos la sesión teniendo en cuenta que el nivel cultural de las internas era medio-bajo, por lo que intentamos adaptar el contenido de la sesión para que fuese claro y pudiesen seguir la sesión sin complicaciones.

**- Sesión número 6: Habilidades de competencia social.**

Los pasos que se siguieron en la sesión fueron los siguientes:

1. Se acondicionó la sala para el taller según las necesidades de la sesión, se colocaron las sillas en forma de medio círculo, de manera que las asistentes al taller no tuviesen ningún problema para ver la presentación, y se pusieron en funcionamiento los recursos necesarios para la presentación (ordenador y proyector).
2. Cuando todas las internas estaban colocadas, se pasó al momento de las presentaciones, en primer lugar nos presentamos nosotros y después pedimos a las internas que se presentaran siguiendo el orden en el que estaban sentadas.
3. Una vez hechas las presentaciones se pasó a hacer un breve resumen de lo que se iba a exponer en la sesión.
4. Comenzamos el taller, sirviéndonos de una presentación que habíamos preparado en power point, con el siguiente contenido:

**UNIDAD 6.**

**HABILIDADES DE COMPETENCIA SOCIAL**

**¿QUE SON LAS HABILIDADES SOCIALES?**

**Son un conjunto de hábitos (conductas, pensamientos y emociones) que aumentan nuestras posibilidades de:**

**→ Mantener relaciones satisfactorias.**

**→ Sentirnos bien.**

**→ Obtener lo que queremos.**

**→ Conseguir que los demás no nos impidan conseguir nuestros objetivos.**

### HABILIDADES SOCIALES BÁSICAS

- La *comunicación* (arte de comunicar al otro lo que quiero).
- La *asertividad* (arte de respetar y hacerme respetar).
- La *empatía* (arte de ponerme en la piel del otro).
- El *control de las emociones* (arte del sosiego).
- La *resolución de conflictos* (arte de deshacer nudos).
- La *Autoafirmación* (arte de no dejar de ser una misma).

### TIPOS DE COMUNICACIÓN

**VERBAL**



**Utiliza las palabras**

**NO VERBAL**



**Utiliza el Cuerpo**



**Cabeza: Mirada, gestos de cara y cabeza, movimientos de cabeza, etc.**

**Cuerpo: Movimientos con brazos, piernas y manos, postura, distancia, etc**

**Voz: Volumen, velocidad, textura, tono, etc.**

### **CLAVES PARA UNA COMUNICACIÓN EFICAZ**

- **Decir lo que se piensa y siente (Los demás no saben lo que queremos).**
- **No leer el pensamiento (No somos adivinas y podemos equivocarnos).**
- **Ser específica, concreta, breve (Para que andar por las ramas).**
- **No decir cosas que puedan molestar (Aparquemos nervios y tensiones).**
- **Acompañar el mensaje de actitudes adecuadas (Con todo mi cuerpo).**
- **Elegir el momento y el lugar adecuados (La otra persona también cuenta).**
- **Pedir abiertamente opinión sobre lo que se dice (No estas sola).**
- **Saludar y despedirte de forma correcta (Todo cuenta, todo comunica).**

### **ESTILOS DE COMUNICACIÓN**

**\* Pasivo:**

- **No defiende sus intereses ni sus opiniones ni sus derechos.**
- **Hace lo que le dicen sin dar importancia a lo que piensa**
- **Se deja avasallar sin oponer resistencia alguna.**

**\* Asertivo:**

- **Defiende sus propios intereses**
- **Expresa su opinión libremente pero de forma adecuada.**
- **No deja que los demás se aprovechen.**

**\* Agresivo:**

→ **Pelea, acusa amenaza.**

→ **Agrede a los demás sin tener en cuenta sus sentimientos**

→ **Intenta imponer su voluntad por cualquier medio.**

Durante la explicación se iba preguntando a las internas si estaban entendiendo el contenido y se les animaba a que planteasen preguntas sobre el tema, intentando hacer debates en los que todas participasen.

Las actividades fueron intercalándose con la explicación de lo contenidos, con la finalidad de que mediante dichas actividades entendiesen mejor la explicación.

***Las actividades realizadas fueron las siguientes:***

**1ª Actividad:** *Reconocimiento de emociones.*

En esta actividad se le entregó una hoja a cada una de las participantes, que incluía en un lado una serie de caras expresando diferentes emociones y en el otro lado el nombre de las emociones que expresaban esas caras, la actividad consistía en que uniesen las caras con el nombre de la emoción correspondiente.

**2ª Actividad:** *Expresión de emociones.*

En esta actividad se le entregó a cada una de las participantes un papelito con el nombre de una emoción, se les pidió que se pusieran por parejas, y que expresasen a su pareja la emoción escrita en el papel, con la finalidad de que la compañera averiguase dicha emoción, los papeles con las emociones fueron rotando por todas las parejas, de manera que todas pudiesen trabajar todas las emociones.

**3ª Actividad:** *Recuerdo de emociones.*

En esta actividad se pidió a las participantes que recordaran alguna situación, en la que hubiesen tenido diferencias con otra persona, ya fuese otra interna, profesora, funcionaria, etc, y a continuación se pidió a cada una de ellas que explicase a todo el grupo cómo fue la situación, cuál fue su comunicación y si creía que tanto ella como la otra persona se habían comunicado de forma adecuada.

**4ª Actividad:** *Roll playing.*

En esta actividad se presentaron dos situaciones:

1. La funcionaria me ha regañado por llegar tarde a la hora de la comida.
2. Mi compañera de celda se ha puesto mi camiseta sin mi permiso.

De forma voluntaria se pidió a las internas que, de dos en dos realizaran un roll playing en el que a cada una se le asignaba un papel (funcionaria, compañera de celda e interna) y que interpretasen las dos situaciones en las tres formas de comunicación (pasiva, asertiva y agresiva). Con la finalidad de que vieran cuál es la forma adecuada de comunicarse.

5. Tras llevar a cabo la sesión se pregunto a las participantes como se habían sentido, qué les había aportado la sesión y si querían aportar cualquier otra cosa, de esta forma de dio cierre a la sesión.

Tras la salida de las internas del aula anotamos en una ficha (**Anexo1**), las actividades y ejercicios realizados, el nivel de cumplimiento de objetivos, las dificultades y aspectos a mejorar, las cosas que han resultado más útiles, los contenidos que necesitan de mayor profundización en próximas sesiones, los materiales utilizados, se hizo una valoración del grupo y nuestra auto-evaluación.

## **2.5. Evaluación de caso.**

De la asistencia como observadores a diferentes casos acompañando a los psicólogos del centro, estos nos plantearon la elección de alguno de ellos para llevar a cabo la evaluación y el tratamiento sobre el mismo, con la intención de que pudiésemos poner en práctica, los conocimientos adquiridos en la parte teórica del Master de Intervención Psicológica en ámbitos Clínicos, y las observaciones realizadas en el primer periodo de prácticas, donde pudimos observar las herramientas de trabajo de los psicólogos del centro.

La elección se hizo teniendo en cuenta la riqueza psicológica que implicaban, que la temática no fuese complicada, que fuese de nuestro interés y que debido a la situación del interno en las prisión (situación, preventiva, próxima salida, cambio de centro, etc.), se pudiese llevar a cabo una intervención completa, ajustada a nuestro periodo de prácticas.

Antes de empezar la intervención con el caso elegido, la psicóloga encargada de llevar su seguimiento en la prisión, explicó a la interna mi interés sobre el caso y le preguntó si daba su consentimiento para llevar a cabo la intervención. La interna no puso ninguna objeción y aceptó implicarse en la intervención, para poner solución a su problemática.

### **3. CASO: TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

#### **RESUMEN**

El caso que se presenta a continuación describe la evaluación y el tratamiento de una mujer de nacionalidad colombiana de 24 años de edad, interna en situación preventiva en el Centro Penitenciario (El Acebuche), que presenta un trastorno por estrés posttraumático a consecuencia de una violación. Mediante las técnicas de psicoeducación, relajación progresiva, detención de pensamiento y reestructuración cognitiva se obtienen los siguientes resultados: disminución de la agitación y recuperación del descanso, enfrentamiento de emociones y pensamientos, establecimiento de relaciones sociales positivas y reducción de los síntomas depresivos, debido a estos resultados hay una mejora en la calidad de vida de la paciente en el centro penitenciario.

**Palabras clave:** trastorno por estrés posttraumático, psicoeducación, relajación progresiva, detención de pensamiento y reestructuración cognitiva

#### **ABSTRACT**

The case presented below describes the evaluation and treatment of a 24-year-old Colombian woman, who is inmate on remand in the prison (El Acebuche). This woman has a PTSD (post-traumatic stress disorder) as a result of a violation. Through psychoeducation techniques, progressive relaxation, thought stopping and cognitive restructuring yields the following results: decreased agitation and recovery of rest, clash of emotions and thoughts, establishing positive social relationships and reducing depressive symptoms. Due to these results, there is an improvement in the quality of life of the patient in prison.

**Key words:** post-traumatic stress disorder, psychoeducation, progressive relaxation, thought stopping and cognitive restructuring.

## **INTRODUCCIÓN**

La violencia contra las mujeres y en especial las agresiones sexuales continúan siendo una verdadera lacra en nuestra sociedad. Muchas mujeres y niñas en el mundo son sometidas sistemáticamente a la violencia, a la tortura, coerción, abuso sexual, hambre y privación económica. La violencia contra las mujeres y las niñas es la violación de los derechos humanos más extendida de nuestro tiempo.

A pesar de que existen diferentes tipos de violencia contra las mujeres, todas comparten ciertas características. Por ejemplo, la violencia dentro de la pareja, el abuso sexual en la infancia y los abusos sexuales cometidos por conocidos suelen perdurar en el tiempo, llegando incluso a décadas. A menudo la víctima no solo conoce a su agresor antes del primer incidente, sino que puede que viva con él o interactúe regularmente con él.

En la mayoría de los estudios, las niñas tienen entre 1.5 a 3 veces más probabilidad de sufrir abusos sexuales que los niños. Por otro lado, las Naciones Unidas (2006) estiman que una de cada cinco mujeres será víctima de violación o intento de violación en su vida. Otro dato alarmante es que en estos estudios parte de las adolescentes manifiesten haber sufrido una iniciación sexual forzada.

En cuanto a la incidencia de esta problemática en el ámbito español, el Ministerio del Interior, en el año 2009 registró 6.573 delitos contra la libertad y la identidad sexual.

En la Comunidad de Madrid en ese mismo año se registraron un total de 1340 denuncias; estas cifras han sufrido un incremento considerable con relación a las registradas en el año 1999 que se denunciaron solo 837. Estas cifras serían la punta del iceberg, dado que solamente un pequeño porcentaje de víctimas se atreve a denunciar ya sea por vergüenza, o en caso de ser un conocido por miedo a la violencia que podría suscitar en su agresor (Villavicencio, Bustelo y Valiente, 2007).

Las últimas cifras estadísticas publicadas en España por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual, en cada uno de los meses del año, se presentan en la siguiente tabla:

**DELITOS CONOCIDOS DE ABUSO, ACOSO Y AGRESIÓN SEXUAL.  
TOTALES MENSUALES**

	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
<b>ENERO</b>	469	472	442	465	445	425	435	453	373	404	345
<b>FEBRERO</b>	539	471	494	478	369	419	416	465	366	445	295
<b>MARZO</b>	563	530	610	528	461	428	528	471	468	524	501
<b>ABRIL</b>	556	539	590	487	487	460	423	434	483	444	503
<b>MAYO</b>	599	609	727	591	580	476	450	584	562	610	530
<b>JUNIO</b>	618	681	724	628	622	587	559	519	604	591	521
<b>JULIO</b>	643	739	728	716	680	621	563	545	589	567	567
<b>AGOSTO</b>	689	669	679	688	602	577	532	545	629	593	521
<b>SEPTIEMBRE</b>	564	625	634	592	580	599	491	500	500	605	623
<b>OCTUBRE</b>	569	569	580	573	507	573	470	472	517	511	475
<b>NOVIEMBRE</b>	522	478	500	566	413	470	426	403	411	509	379
<b>DICIEMBRE</b>	514	416	499	513	445	430	369	359	412	374	287
<b>TOTAL ACUMULADO</b>	6845	6798	7207	6825	6191	6065	5662	5750	5914	6177	5647

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el Ministerio del Interior

Nota: A partir del año 2002, en el País Vasco, Girona y Lleida sólo se incluyen datos en relación con las denuncias presentadas por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

Respecto a las consecuencias psicológicas, Amor, Echeburua, de Corral, Zubizarreta, y Sarasua, (2001), encontraron que la tasa de prevalencia del trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia familiar sin agresiones sexuales (42%) aumenta considerablemente (54%) cuando hay relaciones sexuales forzadas. En este estudio se señala que el mero paso del tiempo no es una condición suficiente, al menos en una mayoría de las víctimas, para que desaparezcan los síntomas del trastorno.

El diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se ha convertido en la actualidad en uno de los más utilizados con víctimas de agresiones sexuales.

### **Descripción del TEPT**

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) aparece por primera vez en el nivel taxonómico oficial como “gran reacción al estrés”, en el DSM-I (APA, 1952). Fue descrito como TEPT en el DSM-III (APA 1980). En aquel momento se puso el énfasis en la naturaleza del estímulo, que podía ser una agresión o una amenaza a la propia vida, tanto si se experimentaba directamente como si se era testigo de ella.

La respuesta tenía que ser de intenso miedo, horror e indefensión y se hacía énfasis en que tales sucesos se tenían que encontrar fuera del marco habitual de la experiencia humana. Posteriormente, en la versión revisada (DSM-III-R, APA 1987), se añadió como criterio necesario la presencia de los síntomas durante al menos un mes.

En el DSM-IV (APA, 1994, 2000) se realiza el diagnóstico del TEPT ante el conjunto de síntomas de reexperimentación (por ejemplo, flashbacks, pesadillas), conductas de evitación y embotamiento emocional (como evitación de estímulos o situaciones que recuerden el trauma, distanciamiento, desapego de los demás, emotividad restringida) y activación fisiológica (perturbación del sueño, reacciones exageradas de alerta e hipervigilancia, entre otros posibles síntomas) que aparecen tras la exposición directa o vicaria a un suceso extremadamente estresante y traumático que supone una amenaza a la cual se reacciona con temor, desesperanza u horror intenso.

La duración de los síntomas debe ser superior a un mes y este cuadro sintomático debe ser el responsable de un deterioro social, laboral o familiar clínicamente significativo. El TEPT se considera agudo si los síntomas tienen una duración inferior a los tres meses, y crónico si es superior.

Los Criterios Diagnósticos de la Investigación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE- 10 (OMS, 1992), guardan básicamente cinco diferencias con respecto al DSM-IV TR.

- La primera hace referencia a que según la CIE-10 debe tratarse de un hecho de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica, capaz de provocar un malestar permanente casi en cualquier individuo, mientras que en el DSM-IV TR también puede tratarse de hechos que no necesariamente revisten la característica de anormalidad.

- La segunda hace referencia a que en la CIE-10 se pone el énfasis en el suceso traumático, mientras que en el DSM-IV TR se le concede importancia a la subjetividad del sujeto al dar relevancia a la respuesta presentada ante el evento traumático.

- La tercera se refiere a que, en la CIE-10, los síntomas por aumento de la activación no se consideran indispensables para el diagnóstico y se pueden reemplazar por la incapacidad de recordar aspectos relevantes del trauma.

- La cuarta es la ausencia de un criterio temporal en la CIE-10 para la duración de los síntomas, aunque sí se indica que la latencia de aparición de los mismos debe ser inferior a seis meses.

- La quinta y última diferencia hace alusión a la probabilidad de comorbilidad que está presente en el DSM-IV TR, mientras que en la CIE-10 el proceso diagnóstico muestra una preferencia por el diagnóstico simple.

La naturaleza de los acontecimientos traumáticos capaces de propiciar el desarrollo de un trastorno por estrés posttraumático es diversa. Según el DSM-IV TR éstos pueden ser: combates de guerra, agresiones sexuales o físicas, atracos, robos, secuestros, ser hecho rehén, tortura, encarcelamiento como prisionero de guerra, accidentes automovilísticos graves, diagnóstico de enfermedades graves, desastres naturales o provocados por el hombre.

El TEPT tiende a cronificarse con el tiempo si no se recibe un tratamiento adecuado. Sin embargo, no todas las víctimas que experimentan un trauma necesitan un tratamiento especializado. Aquellas que no recuperan la normalidad en sus constantes biológicas con respecto al sueño y al apetito, viven desbordadas por el trauma y no se sienten capaces de conseguir un funcionamiento social, laboral y familiar adecuado necesitando de tratamiento psicológico especializado y en algunas ocasiones farmacológico (Echeburúa, 2004).

Desafortunadamente, la mayoría de los pacientes con TEPT no recibe tratamientos consistentes con las directrices de consenso propuestas por los expertos (Echeburúa y Corral, 2007). Sin embargo, en estos últimos años podemos encontrar estudios en el ámbito internacional y nacional que pretenden analizar la eficacia de los tratamientos, principalmente en el campo del TEPT (Bisson y Cohen, 2006; Cloitre, 2009; Echeburúa, 2004). Frueh, Grubaugh, Cusack, y Elhai (2009) mencionan que en los EEUU muy pocos centros de salud mental públicos ofertan regularmente servicios especializados para el tratamiento de este trastorno.

Dado que esta problemática presenta índices muy preocupantes tanto a nivel mundial como nacional obliga a los profesionales de la salud a tomar conciencia de la alta probabilidad de que lleguen a sus consultas mujeres y adolescentes con diversa sintomatología somática y psíquica que no revelen haber o estar padeciendo abusos o violencia sexual.

### **Teorías explicativas del TEPT**

En el contexto de las teorías del condicionamiento, el principal modelo para explicar el TEPT es la teoría bifactorial de Mowrer (1947, 1960). Esta teoría supone la adquisición

del miedo y la sintomatología de TEPT mediante condicionamiento clásico, donde la situación aversiva incondicionada (en este caso la violación) es asociada a una serie de estímulos originalmente neutros, que posteriormente adquieren propiedades condicionadas.

Luego, la mantención del TEPT es explicada por la evitación de las situaciones (estímulos) condicionadas, mediante mecanismos de condicionamiento operante. De este modo, la respuesta evitativa es reforzada negativamente por el alejamiento de la situación aversiva condicionada. Lo anterior explicaría la funcionalidad de la evitación.

En la misma línea que lo planteado por Mowrer (1947, 1960), aunque con una secuencia más específica, Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo (2006) indican que en el estrés postraumático los síntomas intrusivos y de aumento de la activación psicológica se producen por condicionamiento clásico, donde se asocian estímulos aversivos (propios del evento traumático) con estímulos inicialmente neutros que posteriormente adquieren propiedades aversivas condicionadas. Producto de esta asociación los estímulos aversivos condicionados serían capaces de originar respuestas similares a las dadas ante el estímulo aversivo original, lo que conformaría el eje sintomático del TEPT (síntomas de intrusión y activación).

Los autores indican que, en un esfuerzo por alejarse de la angustia, los pacientes evitan exponerse a estos estímulos asociados con el evento traumático. De este modo la conducta evitativa es reforzada negativamente, disminuyendo la probabilidad de que los síntomas intrusivos y de activación se extingan.

Desde un punto de vista cognitivo, y en específico desde la teoría del procesamiento de la información aplicada al TEPT, Resick y Schnicke (1992, 1993) plantean que la sintomatología se relaciona con la interpretación que hace la persona sobre el evento traumático. Estos autores indican que el evento traumático es una nueva información que se interpreta de forma no congruente, alejada de las propias creencias y expectativas. De esta manera postulan que las víctimas podrían evitar el procesamiento del evento traumático, lo que permitiría que los recuerdos del trauma continúen surgiendo de forma involuntaria. Astin y Resick (1997) señalan que, adicionalmente,

surgen respuestas emocionales y de activación psicológica asociadas al recuerdo traumático que incentivan el surgimiento de las conductas evitativas.

De manera complementaria a lo anterior, surge el interés por mencionar algunos aspectos neurobiológicos asociados al TEPT: Perry y Pollard (1998) señalan que el cerebro responde de manera global frente a situaciones traumáticas, en particular las áreas del sistema límbico, corticales, mesencéfalo y tronco encefálico.

Cuando existen estímulos percibidos como amenazantes, estos centros desarrollan, en el organismo, respuestas psicológicas en el sistema nervioso central, periférico e inmunológico. Luego, cuando desaparece el estresor los sistemas vuelven a su homeostasis anterior. No obstante, para que nuevamente se active el sistema basta con la presencia de claves del medio (estímulos condicionados de la experiencia traumática) o pensamientos que evoquen la situación traumática.

Lo anterior se explica dado que el organismo quedaría sobrecondicionado, fortaleciendo la asociación y haciendo fácilmente evocable el recuerdo traumático.

### **Tratamiento del TEPT**

La investigación en el área del tratamiento del TEP siempre ha sido difícil y compleja, arrojando en ocasiones datos contradictorios. Foa et al. (1999) movilizaron a buena parte de la comunidad científica que trabaja en este campo para crear una guía consensuada por expertos para el tratamiento del TEP.

El único objetivo fue el buscar las mejores intervenciones en base a la edad, cuando hay trastornos asociados, estilo de sesiones terapéuticas, psicoterapias más aceptadas, síntomas principales, medicación según los síntomas, medicación según los estresores y medicación cuando hay trastornos asociados.

Como conclusión, se estableció la idea de un tratamiento por objetivos, tratando de intervenir sobre el síntoma predominante con la técnica más adecuada para este.

**Técnicas recomendadas para cada síntoma o manifestación (Foa et al., 1999).**

<b>SÍNTOMA MÁS RELEVANTE</b>	<b>TÉCNICAS RECOMENDADAS</b>	<b>TAMBIÉN CONSIDERAR</b>
<b>Pensamientos intrusivos</b>	<b>Exposición</b>	<b>Terapia cognitiva</b>  <b>Manejo de ansiedad</b>  <b>Psicoeducación</b>  <b>Terapia de juego (niños)</b>
<b>Flashbacks</b>	<b>Exposición</b>	<b>Manejo de ansiedad</b>  <b>Terapia cognitiva</b>  <b>Psicoeducación</b>
<b>Miedos asociados al trauma, pánico y evitaciones</b>	<b>Exposición</b>  <b>Terapia cognitiva</b>  <b>Manejo de ansiedad</b>	<b>Psicoeducación</b>  <b>Terapia de juego (niños)</b>
<b>Embotamiento afectivo/alejamiento de los demás/perdida de intereses</b>	<b>Terapia cognitiva</b>	<b>Psicoeducación</b>  <b>Exposición</b>
<b>Culpabilidad/autohumillación</b>	<b>Terapia cognitiva</b>	<b>Psicoeducación</b>  <b>Terapia de juego (niños)</b>
<b>Irritabilidad/ira</b>	<b>Terapia cognitiva</b>  <b>Manejo de ansiedad</b>	<b>Psicoeducación</b>  <b>Exposición</b>
<b>Ansiedad general (hiperreactividad, hipervigilancia, agitación, alarma)</b>	<b>Manejo de ansiedad</b>  <b>Exposición</b>	<b>Terapia cognitiva</b>  <b>Psicoeducación</b>

		<b>Terapia de juego (niños)</b>
<b>Perturbaciones del sueño</b>	<b>Manejo de ansiedad</b>	<b>Exposición</b> <b>Terapia cognitiva</b> <b>Psicoeducación</b>
<b>Dificultad de concentración</b>	<b>Manejo de ansiedad</b>	<b>Terapia cognitiva</b> <b>Psicoeducación</b>

A continuación se describen las técnicas más utilizadas para el tratamiento del TEPT:

### **Psicoeducación**

La psicoeducación es una técnica que consiste en la entrega de información al paciente en aspectos referidos a su problemática, de manera de capacitarlo en el desarrollo de estrategias que le permitan afrontar situaciones conflictivas. Esta técnica, combina la educación sobre la problemática a enfrentar con la entrega de estrategias de resolución de problemas (Belloso, García y De Prado, 2000).

Botero (2005) señala que la educación sobre el trauma es una herramienta útil en el abordaje terapéutico del TEPT ya que le permite a los pacientes comprender su sintomatología y los elementos necesarios para superarla.

### **Técnicas de detención y de control del pensamiento.**

Las técnicas de detención del pensamiento, consisten en que, ante la aparición de un síntoma intrusivo, el paciente utiliza una clave verbal dirigida a detener el pensamiento displacentero (Cía, 2001).

A juicio de Wolpe (1958), esta técnica resulta útil sólo en aquellos momentos en que al paciente le resulte imposible exponerse al pensamiento traumático. Cía (2001) agrega que utilizar esta técnica en exceso contradice los principios de la exposición al evento

traumático, ya que se constituye como una estrategia de evitación que perpetúa la sintomatología del TEPT.

Por su parte, la técnica de control del pensamiento es una derivación de la detención de pensamiento. Su diferencia radica en que permite que la persona detenga la cognición perturbadora, que luego la evoque voluntariamente y que finalmente la detenga o cambie por otra, también de forma voluntaria (Caballo y Buela-Casal, 1998). De esta manera el paciente puede detener y luego exponerse de forma voluntaria al pensamiento sin perpetuar la sintomatología evitativa.

### **Relajación progresiva**

La relajación, como forma de entrenamiento, permite a los pacientes adquirir el dominio de una respuesta incompatible con la ansiedad, que favorece la exposición gradual a los estímulos aversivos.

El procedimiento básico consiste en entrenar al paciente en el control de su propia tensión corporal mediante la realización voluntaria de una secuencia de ejercicios en que se tensan y luego se relajan diversas zonas musculares que habitualmente se asocian al estrés.

### **Desensibilización Sistemática**

Corresponde a una técnica de intervención terapéutica, orientada a disminuir sintomatología conductual de miedo y evitación. En términos generales, consta de dos componentes centrales. El primero se orienta a enseñar al paciente una respuesta contraria a la ansiedad. El segundo componente se orienta a la elaboración, y posterior exposición progresiva del paciente a estímulos provocadores de miedo.

El origen de la técnica corresponde a Wolpe (1958), el cual ideó la DS con la finalidad de reducir las reacciones de ansiedad.

El fundamento central del procedimiento está basado en el condicionamiento clásico pavloviano. La hipótesis de base es que una respuesta de ansiedad ante un estímulo

provocador de miedo puede eliminarse o debilitarse desarrollando una respuesta contraria a ésta (la relajación). De acuerdo a Wolpe (1976, 1981), el mecanismo que explicaría la DS es la inhibición recíproca.

Otros autores han explicado la DS desde planteamientos complementarios. Por ejemplo, Pearce y Dickinson (1975) señalan que en la DS operan mecanismos de contracondicionamiento pavloviano, de extinción de la respuesta ansiosa y de habituación a los estímulos generadores de ansiedad.

En el plano cognitivo, Beck (1976) propone que la DS da como resultado el cambio de cogniciones del sujeto frente al estímulo aversivo. El autor indica que como consecuencia de la exposición controlada a la situación temida, la persona modifica sus patrones de pensamiento disfuncionales asociados con el temor irracional.

Por su parte, Bandura (1977) señala que la DS modifica la percepción de autoeficacia del paciente, el cual es capaz de reconocer mayores recursos para hacer frente a la situación provocadora de ansiedad.

Aplicado al tratamiento del TEPT, Baguena (2001) señala que diversos estudios reportan efectos positivos de la aplicación de la técnica en veteranos de guerra (Bowen y Lambert, 1986, citado en Baguena, 2001), víctimas de accidentes automovilísticos (Muse, 1986, citado en Baguena, 2001), y en mujeres víctimas de violación (Frank et al., 1988, citado en Baguena 2001).

En esta línea, Foa, Dancu, Hembree, Jaycox, Meadows y Street (1999) estudiaron a 96 mujeres víctimas de agresión sexual diagnosticadas con TEPT. Los autores compararon el efecto de tres grupos experimentales con diferentes condiciones de tratamiento (exposición prolongada, inoculación de estrés y una condición combinada de exposición prolongada e inoculación de estrés) y un grupo de control. El resultado indicó que el grupo asignado a la condición de exposición prolongada mostró los resultados más satisfactorios en relación a la disminución de los niveles de ansiedad, de depresión y de la gravedad del TEPT. Coherente con lo anterior, Richards,

Lovell y Marks (1994) señalan que la exposición prolongada tiene efectos satisfactorios sobre los síntomas evitativos propios del TEPT.

## **DESCRIPCIÓN DEL CASO**

### **DATOS PERSONALES**

- Nombre de la interna: V.S.I.
- Lugar de nacimiento: Colombia
- Edad: 24 años.
- Sexo: Mujer.
- Estado civil: Casada.

### **MOTIVO DE CONSULTA**

La interna solicita voluntariamente atención psicológica debido a la no adaptación al centro penitenciario y por la ansiedad que de ello deriva.

Tras esta solicitud, la psicóloga del centro realiza dos entrevistas con la interna, en las cuales me encuentro como observadora.

En la primera entrevista la paciente vacila en sus respuestas y ofrece muy poca información acerca de sí misma, por lo que se deduce que aumentan las resistencias y la evitación a la hora de aceptar la realidad de su situación y de lo que le sucede.

Tras una exploración exhaustiva de la psicóloga, a través de preguntas concretas y directas, la paciente logró vencer su resistencia y expresó la causa verdadera de su sufrimiento, que es una experiencia de agresión sexual sufrida hace un año por parte de un desconocido.

Según dice hasta el momento no le había contado a nadie los hechos, y no ha recibido ningún tipo de tratamiento, afirma no poder más con la situación, y que desde su entrada en prisión los síntomas han ido en aumento.

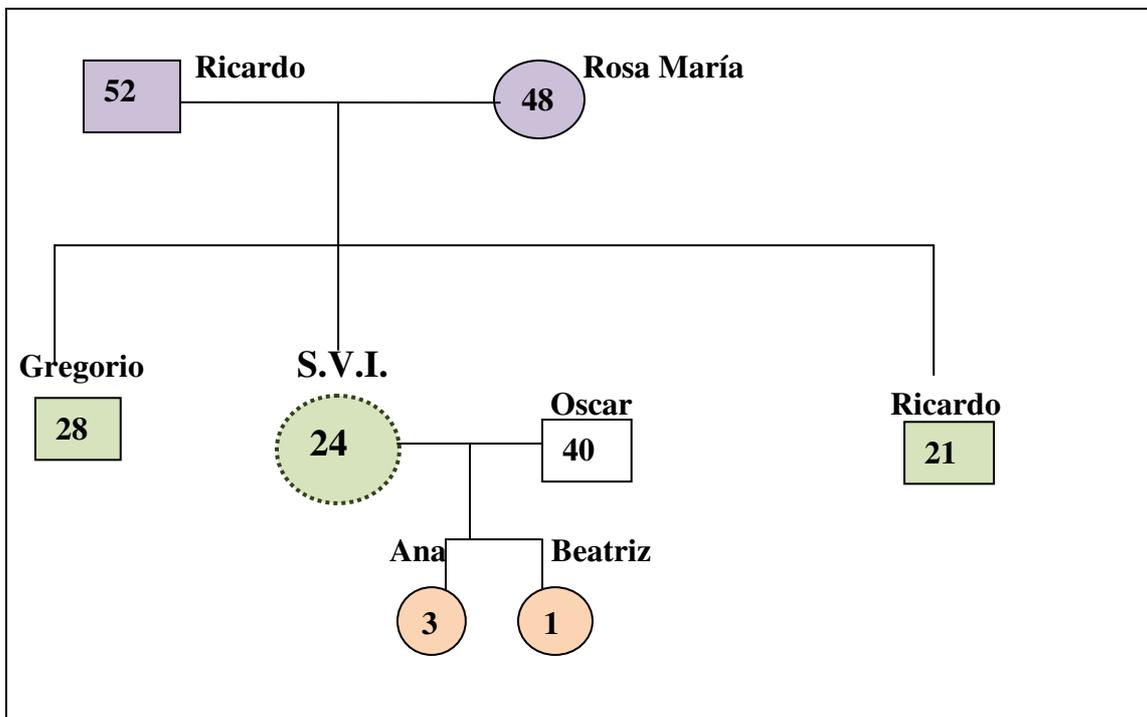
La constelación de síntomas que presentaba se centraba en un sentimiento de estar fuera de control, de no poder vivir más sin atreverse a dormir» por miedo a las pesadillas y una serie de síntomas que le impedían una vida normal como eran tensión constante, descontrol de impulsos y emociones, y una retirada de contactos sociales.

En una segunda entrevista, la paciente es evaluada por la psicóloga con el Cuestionario de Detección de Situaciones de Crisis (de elaboración específica de Instituciones Penitenciarias, para la detección de intenciones suicidas de los internos). (**Anexo 2**)

De la entrevista realizada y la aplicación del cuestionario, la psicóloga del centro determina que no se considera necesario en el momento actual su inclusión en PPS, (Programa de Prevención de Suicidio), pero sí se requiere una intervención psicológica.

Debido a mi asistencia como observadora y al gran interés que despertó en mí el caso, la psicóloga del centro decide derivármelo, siendo supervisado por ella en todo momento.

## GENOGRAMA Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS



La interna tiene 24 años de edad y es natural de Colombia, hace cinco años vino a España con su marido, en concreto a Huerca Overa (Almería), ya que la situación económica en Colombia era muy mala.

Cuenta que su marido Oscar, es 16 años mayor que ella, pero que eso nunca ha sido un problema, dice que desde que contrajeron matrimonio hace seis años la relación ha sido muy buena y que lo ve como su gran apoyo.

Es en este momento cuando la relación con su marido está pasando por su peor momento ya que ambos se encuentran en prisión por el mismo delito (tráfico de drogas), y debido al abuso sexual que sufrió hace un año.

Fruto de este matrimonio tiene dos hijas Ana de 3 años y Beatriz de 1 año, las cuáles están al cuidado de una amiga suya que reside también en Huerca Overa (Almería), esta situación es algo que preocupa mucho, ya que esta amiga solo se puede quedar con las niñas temporalmente y todos sus familiares se encuentran en Colombia, es la asistente social de centro penitenciario la que se ocupa de este tema.

En cuanto a sus familiares dice tener muy buena relación con ellos, no pueden ir a visitarla ya que se encuentran en Colombia, pero si la llaman todas las semanas.

Su padre, Ricardo de 52 años, se dedica a la carpintería, lo define sobre todo como una persona muy comprensiva, ya que manifiesta haber sido una niña muy rebelde y a pesar de ello su padre siempre ha sido muy comprensivo con ella, incluso en estos momentos. Habla de él con mucha dulzura y dice echarle mucho de menos.

Su madre, Rosa María de 48 años es costurera de profesión, la define como una persona muy extrovertida y con mucho carácter, su relación con ella dice haber tenido muchos altibajos ya que ambas tienen mucho carácter, comenta que la relación con su madre mejoró mucho desde que contrajo matrimonio, ya que eso era lo que su madre siempre había querido para ella. En este momento también se siente muy apoyada por su madre, es más en la última llamada telefónica que recibió, ésta le dijo que estaba intentando venir a España para poder hacerse cargo de las niñas.

Tiene dos hermanos Gregorio de 28 años y Ricardo de 21, ambos residentes en Colombia, al igual que su padre se dedican a la carpintería y trabajan con este en el negocio familiar.

En cuanto a su relación con ellos dice ser muy diferente, a su hermano mayor lo define como excesivamente protector, comenta que el trato de el hacia ella siempre ha sido más como padre que como hermano, lo cual hacía que tuviesen muchas discusiones, en la actualidad la relación con este hermano es buena, aunque debido a las circunstancias de encontrarse en prisión no ha tenido contacto telefónico con el desde su entrada en el centro penitenciario.

En cuanto a la relación con su hermano menor, comenta que cuando estaba en Colombia estaban muy unidos, en este caso era ella la que tenía una actitud protectora hacía él, ya que lo define como un chico muy sensible. Dice ser al que más hecha de menos en estos momentos.

No dice nada más sobre ningún otro familiar, solo comenta que sus abuelos murieron cuando ella era pequeña y no tuvo la oportunidad de conocerlos.

En cuanto a su infancia la describe “como la mejor infancia que alguien puede tener”, habla de su familia como muy estable y unida, algo dice ser muy complicado en Colombia debido a la situación que ha vivido el país durante los últimos años.

Dice no haber tenido ningún problema reseñable de salud, su infancia transcurrió con normalidad.

Abandono los estudios cuando tenía 14 años, no llego a terminar los estudios primarios, comenta que fue en este momento cuando empezaron las diferencias con su madre, ya que no quería que los dejase. Debido a estas diferencias y la presión por parte de su madre para que continuase con los estudios, empezaron sus actos de rebeldía, dice escaparse de casa en varias ocasiones y relacionarse con personas no recomendables.

Esta situación dice durar poco tiempo, debido al gran apoyo y comprensión que tuvo por parte de su padre, apoyándola en sus decisiones y motivándola a encontrar su camino.

En cuanto al plano laboral no presenta cualificación alguna, a los 16 años de edad comenzó a trabajar como asistente para una familia adinerada, ocupándose de las labores domésticas, dice guardar muy buen recuerdo de ellos, ya que el trato hacia ella fue muy bueno.

A los 18 años de edad contrae matrimonio con un hombre amigo de la familia para la que trabajaba, 16 años mayor que ella, manifiesta que la diferencia de edad nunca ha sido un problema y que su matrimonio es de las mejores cosas que le han pasado en la vida.

Debido a la mala situación económica en Colombia deciden venir a España.

Durante los últimos cinco años, desde su llegada a España y hasta su entrada en prisión, ha trabajado como envasadora en una cooperativa agrícola situada en Huerca Overa, dice ser un trabajo muy duro y debido a ello en muchas ocasiones se ha planteado reanudar sus estudios aquí en España.

Hasta su llegada a España la interna habla de su vida con claridad y alegría, cuando llega el momento de hablar de estos últimos 5 años vividos en España no es clara en sus respuestas, esquiva ciertas preguntas y se observa un cambio en su rostro.

## **HISTORIA PREVIA Y DATOS RELEVANTES**

De las entrevistas realizadas y de la aplicación de los cuestionarios que se detallan a continuación y tras intentar que la paciente se sintiese cómoda, creando un buen clima terapéutico, se destaca lo siguiente:

El antecedente crítico más importante es la agresión sexual que sufrió hace un año a la salida del trabajo por parte de un extraño. No es mucha la información que se puede

obtener sobre este hecho ya que la interna se niega a recordar ese momento, se pone muy ansiosa e incluso en varias ocasiones se hecha a llorar, debido a estas reacciones la psicóloga del centro decide no indagar en el suceso y centrarnos en las consecuencias que de ello derivan.

Dice no haber contado a nadie hasta el momento lo sucedido, tiene sentimientos de culpabilidad y de vergüenza, en todo momento nos pide por favor que no le contemos nada a su marido ya que tiene mucho miedo a la reacción de este, sobre todo miedo a que por este motivo él la pueda dejar. Por supuesto, no hubo denuncia alguna.

A raíz de lo sucedido presenta manifestaciones típicas de los síntomas que genera un TEP.

Constantemente experimenta recuerdos invasivos sobre la violación que invaden su conciencia y le hacen revivir el trauma, estos recuerdos se presentan en forma de pensamientos e imágenes vividas en forma de flashbacks sobre el trauma.

También sufre pesadillas todos los días con contenido relacionado con las situaciones traumáticas. Durante esos momentos todo el malestar psicológico original es revivido de forma intensa a través de angustia, terror, elevación de síntomas psicofisiológicos, rabia, impotencia, pérdida de control y fuertes sensaciones de culpa y humillación.

Presenta también un elevado nivel de activación fisiológica a lo largo del día lo que interfiere con su funcionamiento diario y le conduce a agotamiento: irritabilidad, problemas de concentración, tensión muscular constante, sensación de nerviosismo y problemas para conciliar el sueño. Esta hipervigilancia le lleva a una hiperreactividad ante determinados estímulos.

Evita los pensamientos, emociones y situaciones que le recuerdan de alguna manera el trauma. Así, por ejemplo, su patrón de sueño es de 3-5 horas diarias llegando muchas noches a no dormir nada, ya que trata de mantenerse despierta por miedo a soñar. Esto la mantiene en un estado de indefensión y de agotamiento importantes.

No soporta los contactos interpersonales con nadie de la prisión, interfiriendo en su capacidad para relacionarse con las demás personas del centro.

Presenta dificultades en las relaciones interpersonales. Tiene miedo a la gente, una gran ansiedad social y evita todo contacto con otros. Presenta una distorsión a la hora de interpretar estímulos sociales (saludos y miradas) que la llevan a cometer errores en la forma de percibir el mundo: incapacidad para fiarse de los demás, temor constante por su seguridad y el futuro, desesperanza acerca del presente.

Presenta problemas en cuanto a la relación con su marido, tiene miedo de que este la abandone si se entera de lo sucedido, ya que siente vergüenza y culpa por lo ocurrido dice no poder mantener relaciones sexuales con el, lo que ha hecho que su relación se deteriore, cuenta que debido a esto su pareja cree que ella le es infiel con otra persona y que en varias ocasiones le ha planteado dejar su relación, esto es algo que aumenta aún mas la ansiedad de la paciente ya que dice darle pánico que su marido la abandone, pero afirma no tener valentía para contarle lo sucedido.

Presenta fuertes síntomas depresivos secundarios al problema del TEP. No presenta ideas suicidas.

## **HISTORIAL PENITENCIARIO**

La paciente se encuentra interna en el módulo de mujeres del centro penitenciario, en dicho módulo al ser un módulo de respeto cada una de las internas tiene unas responsabilidades diarias.

Se ocupa de la limpieza del módulo, esta tarea fue solicitada por ella en su llegada al módulo ya que argumentaba no poder estarse quieta y necesitaba que le asignasen tareas de gran actividad.

En la entrevista de clasificación que se le realizó a la interna a su llegada al centro, la psicóloga encargada del caso le recomendó que asistiese a la escuela, para terminar los estudios primarios.

Su asistencia a la escuela duró dos semanas, ya que decía no poder concentrarse y estar muy ansiosa sentada tantas horas.

Al abandonar las clases, el tiempo que esto le ocupaba, lo dedicaba a hacer deporte, pasaba tres horas diarias todas las mañanas en el patio del módulo realizando diferentes actividades.

No mantiene relación con ninguna interna del centro, dice que todas son muy quejicas, que siempre están llorando y que eso a ella le pone muy nerviosa, no soporta que se acerquen a ella y le pregunten como está.

Ha tenido problemas con su compañera de celda, debido a su gran actividad y a sus problemas de sueño, está por determinar si cambian a la paciente de celda.

Con la única persona que mantiene relación dentro del centro es con su marido que también se encuentra en prisión en el módulo de preventivos, hasta el momento han mantenido dos encuentros “bis a bis”, tras estos encuentros según dice, se encuentra más tranquila y su nivel de activación baja.

## **HISTORIAL DELICTIVO**

La interna se encuentra en prisión actualmente en situación preventiva debido a un delito de tráfico de drogas.

Es la primera vez que entra en prisión y no tiene antecedentes penales.

Reconoce su implicación en el delito, y dice estar muy arrepentida, que fue por un acto de desesperación ya que tenían muchos problemas económicos.

Fue detenida junto a su pareja por el mismo delito, ya que junto a diez personas más, estaban implicados en un caso de tráfico de drogas, ambos están en situación preventiva pendientes de juicio.

## **METODOLOGÍA Y EVALUACIÓN**

Dado el contexto en el cual se lleva a cabo la evaluación, el interior de una prisión y las patologías que presenta la 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 dispuesta a ayudarlo, evitando confrontaciones, transmitiéndole seguridad y confidencialidad en sus opiniones, pensamientos, etc.

La evaluación (intercalada con sesiones terapéuticas) se realiza durante 10 sesiones, se llega a un acuerdo con la interna para llevar a cabo las diferentes sesiones, debido a que participa en actividades del módulo, las cuáles le ocupan gran parte de la mañana, se decide llevar a cabo las entrevistas los Martes a las 10 de la mañana, con una duración de dos horas.

La evaluación se lleva a cabo mediante entrevistas semiestructuradas y mediante los siguientes instrumentos de evaluación:

- MMPI-2 (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota.)(**Anexo 3**) que valora la estructura y la clasificación diagnóstica de la personalidad. Obtiene un perfil de personalidad que refleja nueve dimensiones de la misma y un diagnóstico basado en predicción actuarial. Debido a su longitud nos permite obtener una gran cantidad de información, tanto de la personalidad normal como de la posible existencia de psicopatología.
- STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2001) (**Anexo 4**). Evalúa el nivel de ansiedad actual y la predisposición de la persona a responder al estrés.
- BDI (Beck y cols. 1979, versión española de Vázquez y Sanz, 1997) (**Anexo 5**). Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Puntuación de 24 (Depresión moderada).

Estos instrumentos se aplican con el objeto de cuantificar el estado de ánimo de la paciente, se aplican en dos ocasiones, al principio (línea base) y al final del tratamiento (evaluación de los resultados).

Tras su aplicación se observan los resultados que se presentan en la siguiente tabla:

Nombre del cuestionario	Puntuaciones en línea base
MMPI-2	8'' 4'' 1' <u>5 6 7</u> F'/ K: L:
STAI	Ansiedad estado de 8 Ansiedad rasgo de 7
Inventario de Depresión de Beck	25 depresión moderada

## DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico se tienen en cuenta los datos obtenidos de las entrevistas contrastados con los resultados obtenidos en el MMPI-2 (**Anexo 2**), se aplican los criterios del DSM IV-TR para su confirmación, este diagnóstico es compartido por la psicóloga del centro.

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

**EJE I:** F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

Según los datos obtenidos creemos que cumple los siguientes criterios:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, (violación).
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. Restricción de la vida afectiva
7. Sensación de un futuro desolador

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas

:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. Irritabilidad o ataques de ira
3. Dificultades para concentrarse
4. Hipervigilancia
5. Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**EJE IV: Problemas psicosociales y ambientales.**

- Problemas con la justicia: debido a su conducta se encuentra en prisión en situación preventiva.

- Problemas sentimentales: tiene un miedo intenso a que su pareja le abandone, lo que le hace llegar a situaciones extremas.

- Problemas sociales: tiene dificultades para desenvolverse en un contexto normalizado.

**EJE V: 40...31**

En las entrevistas realizadas con la paciente se observa:

- Dificultades en las relaciones interpersonales.
- Distorsiones a la hora de interpretar estímulos sociales
- Elevado nivel de activación fisiológica.
- Fuertes sensaciones de culpa y humillación.
- Temor constante por su seguridad y el futuro
- Desesperanza por el presente.
- Problemas para conciliar el sueño.
- Presenta síntomas depresivos.

## **OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN**

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

- Ayudar a la paciente a disminuir el nivel de hipervigilancia e hiperactividad que experimenta de forma general a lo largo del día, e intentar que participe en actividades del centro penitenciario.
- Extinguir todas las respuestas cognitivas (ej., pensamientos intrusivos relacionados con las violaciones) y emocionales (ej., malestar y estados de ánimo disfóricos) relacionadas con el trauma.
- Abordar las alteraciones psicofisiológicas que han surgido como consecuencia del trauma, haciendo hincapié en el estilo de vida, problemas con el sueño y en la mejora de la autoestima.
- Reducir el nivel de depresión.

## **TRATAMIENTO**

EL Tratamiento se lleva a cabo en 15 sesiones, en este caso los encuentros con la interna se dan Martes y Jueves a las 10:30 de la mañana, con una duración de 1h y 30 minutos, durante 8 semanas.

**1ª Sesión:** En esta sesión se le explico a la paciente la etiología y el mantenimiento del cuadro. Se le proporcionó información de que sus reacciones son normales y fueron aprendidas siguiendo un proceso de condicionamiento clásico. Este modo de comprender los problemas y síntomas del cuadro le proporcionaron tranquilidad ante la angustia de pensar que se estaba volviendo loca. Se le explicaron los tres canales (físico, cognitivo y conductual) a través de los cuales sentía la ansiedad.

Se le indicó la importancia que tenían sus propios esquemas cognitivos de miedo que antes fueron adaptativos, pero que ahora estaban contribuyendo a aumentar el problema.

**2ª Sesión:** En la segunda sesión se explicaron a la paciente los procedimientos que se iban a seguir en la intervención y se le pidió que realizase un registro de las horas de sueño, anotando las horas diarias de sueño, registro que debería entregar en la siguiente sesión, e ir realizando todas las semanas. (**Anexo 6**).

**3º y 4º Sesión:** en estas dos sesiones se trabajo la respiración, con la finalidad de poder entrenar a la paciente en la relajación progresiva de Jacobson en las siguientes sesiones. Se utilizaron dos sesiones ya que le resultaba muy costoso el control de la respiración, en la sesión llegaba a alcanzar el control, pero al practicarla por las noches no lo conseguía y lo dejaba, tras una semana de entrenamiento se consiguió un control de la respiración.

**4ª, 5ª y 6ª Sesión:** Estas sesiones se utilizaron para llevar a cabo el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson, con la finalidad de reducir la hiperactivación autonómica asociada con los estímulos de violación, como técnica general de desactivación para la tensión mantenida a lo largo del día y como ayuda para conciliar el sueño.

En primer lugar se le explicó en que consistía la técnica, y a continuación se pasó al entrenamiento. Proporcionándole la información necesaria, tras la práctica en la sesión se pidió a la paciente que la practicase todas las noches antes de dormir, se utilizaron tres sesiones y una práctica de la interna durante tres semanas para conseguir un buen manejo de dicha técnica.

**7ª Sesión:** en esta sesión se intento utilizar detención de pensamiento para parar los pensamientos y rumiaciones sobre ella y los demás (pensamientos obsesivos de dañar a otros, ser violada y de autocrítica). Para ello se la instaba a que imaginara una situación que le disparase estas obsesiones (e.j. ver a su compañera de celda llorar, lo cual le producida mucha rabia). Cuando empezaba con sus rumiaciones y después de 30 seg. se le enseñó a detener el pensamiento, diciendo «alto» en voz alta. Después de utilizar el procedimiento de detención, se animó a que imaginara escenas agradables. No fue posible que la paciente pudiese imaginar situaciones sobre la violación, en su intento de pensar en dichas escenas, la paciente entro en cólera, salió de la consulta y dijo no querer seguir con el tratamiento.

Debido a esto, junto con la psicóloga del centro, se decidió descartar por el momento, intervenir en los contenidos del trauma, y no aplicar la exposición en imaginación, técnica que estaba incluida en la planificación del tratamiento.

**8ª Sesión:** el objetivo de esta sesión fue intentar que la paciente volviese a recuperar la confianza en la relación terapéutica, para ello en primer lugar se le pregunta a la paciente como se siente, cuáles son sus miedos con respecto al tratamiento y cómo se ha sentido tras la última sesión, se utiliza la escucha activa, no se interrumpe a la paciente en su relato y tras conocer sus emociones, se le hace ver que no se va a hacer nada que ella no quiera. Al final de la sesión la paciente acepta seguir con el tratamiento, observando en ella confianza y esperanza hacia el mismo.

**9º, 10ª y 11ª Sesión:** En estas sesiones se llevó a cabo la representación de papeles sobre la forma de interactuar con los demás de forma más eficaz. Se le enseñó cómo saludar de manera adecuada y seguir el curso de una conversación. Se discutieron al mismo tiempo creencias irracionales sobre lo que los demás pensarán de ella.

Para ello se le explicó la importancia de la comunicación no verbal y los errores a los que se pueden llegar de una mala interpretación.

Se le pidió que observase la comunicación no verbal de sus compañeras durante una semana, para intentar reconocer sus emociones y que intentase tener una comunicación no verbal adecuada.

Tras realizar esta actividad, la cuál tuvo un gran éxito, se paso a la elaboración de una jerarquía sencilla de preguntas para demostrar que si se relacionaba de forma adecuada con los demás, no debía tener miedo a las reacciones tanto por su parte como parte de las compañeras.

Jerarquía de preguntas:

- Presentarse y preguntar el nombre a las demás internas y a las funcionarias.
- Pedir la hora
- Preguntar la comida del día
- Preguntar si puede sentarse al lado de sus compañeras
- Preguntar a su compañera de celda si le molesta que duerma con la luz encendida.

**12<sup>a</sup>,13<sup>a</sup>,14<sup>a</sup> y 15<sup>a</sup> Sesión:** Durante estas sesiones se trabajo en la reestructuración cognitiva, se explicó la importancia de detectar sus distorsiones cognitivas acerca de ella misma y los demás. A través de discusiones racionales con la paciente, se explicó la conexión entre sus sentimientos negativos de inadecuación y sus supuestos disfuncionales. Cuando fue capaz de reconocer dichas relaciones, aprendió a refutar sus pensamientos y a generar alternativas de pensamiento. Se utilizaron diálogos razonados, basados en sus experiencias.

## **RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN**

*A nivel fisiológico:* se ha detectado una menor tensión muscular y agitación general. Dice haberse beneficiado notablemente por la práctica de la relajación progresiva que utiliza con asiduidad (1-2 veces al día). Le ayuda para conciliar el sueño.

	<b>Latencia media de sueño</b>	<b>Tiempo medio de sueño</b>
Inicio	2.50 horas	3.45 horas
Tras el tratamiento	2 horas	6 horas

Aunque no se aprecian diferencias significativas respecto a la latencia de sueño, la paciente informa de que el sueño es más reparador y está más cómoda en la cama que antes. El tiempo en que permanece dormida ha aumentado casi al doble.

*A nivel cognitivo:* A raíz de la reestructuración cognitiva, en su discurso se puede apreciar una disminución de la cantidad de verbalizaciones negativas y un aumento de alternativas racionales.

#### *Evitación*

Sus niveles de evitación han disminuido en lo que se refiere a los contactos sociales. Ha aprendido a relacionarse de manera adecuada y a mantener conversaciones con las compañeras del módulo sin pensar que los demás guardan intenciones ocultas. En cuanto al suceso, se sigue negando a contar los hechos a nadie, sobre todo a su marido. Sigue manteniendo una conducta de evitación respecto a lo sucedido.

De la aplicación del STAI (**Anexo 7**) y BDI (**Anexo 8**) después del tratamiento, en comparación los resultados de la línea base, se observan los siguientes resultados:

<b>Nombre del cuestionario</b>	<b>Resultados en línea base</b>	<b>Resultados tras el tratamiento</b>
STAI	Ansiedad estado de 8	Ansiedad estado de 6
	Ansiedad rasgo de 7	Ansiedad rasgo de 6
Inventario de Depresión de Beck	25 depresión moderada	13 no hay síntomas Depresivos.

Los resultados muestran una reducción sustancial de los niveles de ansiedad y de depresión, se siente satisfecha y contenta y afirma haber conseguido cosas que creía imposibles y se aprecia un aumento en la calidad de vida.

Ha vuelto a reanudar las clases en la escuela del módulo, ha disminuido las horas de ejercicio físico y se ha apuntado al taller de manualidades.

## **DISCUSIÓN**

De los resultados obtenidos tras la intervención, se pueden extraer las siguientes conclusiones. La intervención psicológica ha sido llevada a cabo con éxito, pues se han logrado en gran parte los objetivos planteados (disminución de la agitación y recuperación del descanso, aprender a enfrentar las emociones y pensamientos, establecer relaciones sociales positivas y reducción de los síntomas depresivos). Esto lo podemos comprobar en la disminución de la agitación y mayor sensación de descanso y sueño reparador. También ha logrado desarrollar habilidades sociales de comunicación para poder relacionarse saludablemente con las personas de su entorno.

Respecto a la gestión de la experiencia traumática, elige mantener la privacidad de la experiencia, incluso con las personas más allegadas, por miedo al rechazo y al juicio. El lograr normalizar la vivencia de la experiencia traumática, y poder relacionarse con ella de un modo saludable, es importante para minimizar los riesgos que de ella derivan por su existencia (condicionamiento y generalización, pensamientos negativos, etc.), para ello, es necesario seguir por más tiempo la intervención psicológica, y lograr que cada vez adquiera más autoconfianza, autoapoyo y autocontrol, para que sus resistencias disminuyan y de este modo afloren pensamientos y emociones que le atormentan, y de este modo se puedan trabajar.

De este caso se pueden señalar como aspectos facilitadores o positivos, el que la paciente acuda por voluntad propia a la sesión psicológica, pues muestra un reconocimiento de un problema, y una intención de mejora. Como aspectos limitantes o que dificultan la intervención psicológica, se destacan el contexto en el que se da la terapia (en el Centro Penitenciario), ya que no ofrece la oportunidad de recursos suficientes para un tratamiento optimizado (por ejemplo: exposición a personas de sexo

masculino, como estímulo con mayor valoración de miedo y ansiedad y donde se pueden valorar y trabajar las respuestas de evitación y escape). Por otro lado encontramos que la alta resistencia de la paciente por contactar con la experiencia traumática, bien sea de un modo verbal, escrito o en imaginación, ha llevado a ocupar gran parte del tiempo de las sesiones en averiguar qué factores son los determinantes para elaborar la intervención. Y esto también ha influido, por cuestión de tiempo, en que no se pudiesen llevar a cabo algunas de las técnicas propuestas en la planificación inicial de la intervención.

Otra de las limitaciones que presenta el caso, es que debido a que el uso de instrumentos utilizados para llevar a cabo la evaluación se ha tenido que ajustar a los instrumentos con los que cuenta la prisión, no se ha podido evaluar con instrumentos más específicos de TEPT, como pueden ser, la Escala de Sucesos Impactantes (IES) (Horowitz et al., 1979), que se utiliza para medir la intensidad del estrés postraumático, o la Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1988), que refleja el grado en que una agresión sexual afecta a distintas áreas de la vida cotidiana, la utilización de estos test hubiese hecho que la evaluación fuese más específica en los contenidos del TEPT.

En cuanto a la elección de la intervención cabe destacar, que debido a que el tratamiento en prisiones se lleva a cabo mediante el seguimiento del Manual de Tratamiento Penitenciario, en el cual no aparecen las Terapias de tercera generación, nos encontramos ante otra limitación, ya que una buena elección para la intervención de este caso hubiese sido la Terapia Analítico Funcional(FAP), que valora enormemente las oportunidades de aprendizaje in-vivo, es decir, la aparición real de los problemas del paciente en su interacción con el terapeuta.

Para concluir, destacar que lo más representativo de la intervención es que, tras lograr algunos objetivos, la interna se muestra más motivada y dispuesta a realizar actividades nuevas en el centro y a seguir con la terapia psicológica con la psicóloga del Centro Penitenciario.

#### **4. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS.**

American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado*. Barcelona: Elsevier.

Astin, M.C., y Resick, P. (1997). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno de estrés postraumático. En V. Caballo (ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (pp. 171- 209). Madrid: Siglo XXI.

Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 227-246.

Baguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, 13(3), 479- 492.

Bandura, A.(1977).*Social learning theory*.Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall.

Beck, A.(1976).*Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Belloso, J., García, B. y De Prado, E. (2000). Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 20(73), 23-40.

Bisson, J. I. y Cohen, J.A. (2006) Disseminating Early Interventions Following Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 583–595.

Caballo, V. y Buela-Casal, G. (1998). Técnicas diversas en terapia de conducta. En V. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp.- 777- 818). Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Cía, A. (2001). *Trastorno por estrés postraumático: Diagnóstico y tratamiento integrado*. Buenos Aires: Imaginador.

Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2007). Tratamiento psicológico en las fases tempranas del trastorno de estrés postraumático. En J. L. Vázquez-Barquero y A. Herrán (dirs.), *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Trastornos de ansiedad* (pp. 133-141). Barcelona: Elsevier/Masson.

Foa, E. B, Dancu, C. B., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E.A. & Street G.P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67 (2), 194-200.

Frank, E., Anderson, B., Stewart, B. D., Dancu, C., Hughes, C., y West, D.(1988): *Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. Behavior Therapy*, 19: 403-420.

Frueh, B.C., Grubaugh, A.L., Cusack, K.J. y Elhai, J.D. (2009) Disseminating Evidence-Based Practices for Adults With PTSD and Severe Mental Illness in Public-Sector Mental Health Agencies. *Behavior Modification*. 33, 66-81.

Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A re-interpretation of “conditioning” and “problem-solving”. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.

Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and symbolic processes*. New York: John Wiley and Sons.

Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo Conductuales*. México: Manual Moderno.

Perry, B. & Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation: A neurodevelopment view of childhood trauma. *Child Adolescent Psychiatric Clinics North America*, 7, 33-51.

Resick, P. & Schnicke, M. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60, 748-760.

Resick, P. & Schnicke, M. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, Ca: Sage.

Richards, D., Lovell, K. & Marks, I. (1994). Post-traumatic stress disorder: Evaluation of a behavioral treatment program. *Journal of traumatic stress*, 7(4), 669-680.

Villavicencio, P., Bustelo, M. y Valiente, C. (2007). *Domestic Violence in Spain*. En N.A. Jackson. (Ed): *Encyclopedia of Domestic Violence*. London: Routledge Editors.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

Wolpe, J. (1981). Reciprocal inhibition and therapeutic changes. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 12, 185-188.

## 5. ANEXOS

### Anexo 1: Ficha de la sesión nº 6 del taller con mujeres en igualdad de género.

**FICHA DE SESION Nº:** 6

**Fecha:** 27/12/11

**Unidad:** Habilidades de competencia social

**Número de asistentes:** 11

**Ausencias con aviso:**0

**Ausencias sin aviso:** 1

#### 1. Desarrollo de la sesión.

**a) Actividades y ejercicios realizados:**

- Presentación en power point con contenidos.
- Reconocimiento de emociones
- Representación de emociones
- Recuerdo de emociones
- Roll playing

**b) Nivel de cumplimiento de objetivos:**

Alto. Las participantes entendieron los contenidos de la unidad participaron con interés en todas las actividades demostrando entender los conceptos explicados.

**c) Dificultades y aspectos a mejorar:**

Intentar que las internas más reservadas intervengan más en las actividades.

**d) Lo que ha resultado más útil**

Las actividades ilustrativas.

**e) Contenidos que necesitan de mayor profundización en próximas sesiones:**

Concepto de empatía y asertividad

**f) Materiales utilizados (propuestos en el manual y otros):**

- Diapositivas explicativas en power point.
- Fichas con actividades a realizar.
- Ordenador, bolígrafos y folios

**2. Valoración del grupo** (nivel de participación, internas aisladas o desplazadas, conductas disruptivas, incumplimiento de las normas, cooperación,...)

En esta sesión el nivel de participación de las internas ha sido alto, tan solo una de las asistentes ha tenido poca participación en la sesión, debido a motivos personales. No se observaron conductas disruptivas, se cumplieron las normas y hubo mucha cooperación sobre todo en las actividades.

**3. Auto-Evaluación de los profesionales**

**a) Dirección de la sesión (habilidad para dirigir las actividades de la sesión):**

La sesión se ha llevado a cabo sin ninguna dificultad, ya que las participantes han entendido los conceptos y la realización de actividades sin problema.

**b) Relación con los participantes:**

La relación con los participantes ha sido muy buena.

**c) Cómo se ha sentido:**

Muy cómoda, sobre todo por el interés y participación de las internas

**d) Otras observaciones:**

**Anexo 2: Resultados de la aplicación del Cuestionario de Detección de Situaciones de Crisis.**

CENTRO PENITENCIARIO DE MÁLAGA  
PSICÓLOGOS

nexos 2 y 7 modificados

CONFIDENCIAL

**RIESGO SUICIDA**

SI  NO

**PROPUESTA DE INCLUSIÓN - MANTENIMIENTO - CESE EN EL P.P.S.**

INTERNO: S.V.I. ..... NIS: .....

Fecha de propuesta: ..... EN SU CASO CONSTA APLICADO PPS desde: .....

Informe del psicólogo
-----------------------

**DETECCIÓN DE SITUACION DE CRISIS (Psicólogo)**

Interno:	NIS:	
Fecha :	Hora:	Entrevistador/a:

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

>  AMPLIACIÓN AL DORSO >  puntuación igual o superior a 9 > adopción de medidas preventivas preliminares hasta la valoración conjunta del caso. >  máxima (5) en la variable 3 u 11 > adopción de medidas preventivas preliminares.

**Anexo 3: Resultados de la aplicación del MMPI-2 (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota).**

**RESULTADOS DEL MMPI-2**

**Clave de Welsh:**

8" 4" 1' 5 6 7 F' / K: L:

**Índice de Gough:** F-K = 3 perfil válido

**- Escalas de validez:**

**L (43):** Autoconfiada y crítica

**F (68):** Presenta problemas de sociabilidad, es propensa a cambios de humor e impredecible.

**K (45):** Se trata de una persona confusa, autocrítica e introvertida.

**- Escalas clínicas:**

**Sc (75):** Esta puntuación muestra que es una persona confusa, miedosa, reservada y que presenta pesadillas en los sueños.

**Pd (70):** Muestra problemas con la ley.

**Hs (69):** Presenta preocupaciones somáticas y trastornos del sueño.

**Mf (65):** Muestra un patrón tradicional de intereses femeninos.

**Pa (65):** Se observa una predisposición paranoide.

**Pt (65):** Muestra que la interna tiene ansiedad, depresión moderada, pesadillas en los sueños, falta de seguridad en sí misma y no se siente aceptada por los demás.

**- Escalas suplementarias:**

**PK (78):** Muestra la exposición de la interna a un hecho traumático.

**Anexo 4: Resultados de la aplicación del STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, en línea base.**

N.º 124

# STAI

AUTOEVALUACION A (E/R)

A / E    P D = 30 + 14 - 7 = 37 = 8

A / R    P D = 21 + 19 - 6 = 34 = 7

Apellidos y nombre S.N.E. ..... Edad ..... Sexo .....  
 Centro ..... Curso/Puesto ..... Estado civil ..... V 6 M  
 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 © 1966 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.

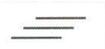
	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, 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 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

**Anexo 5: Resultados de la aplicación del BDI (Inventario de Depresión de Beck), en línea base.**

(4)



BDI 

Identificación ..... Fecha .....

*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.

1/3

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

**Anexo 6: Ficha de registro de horas de sueño.**

**Registro de sueño**

<b>Día</b>	<b>Tiempo estimado en dormir</b>	<b>Horas de sueño</b>	<b>Tiempo en la cama</b>
<b>LUNES</b>			
<b>MARTES</b>			
<b>MIERCOLES</b>			
<b>JUEVES</b>			
<b>VIERNES</b>			
<b>SABADO</b>			
<b>DOMINGO</b>			



A-R

INSTRUCCIONES

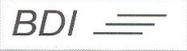
A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

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

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

**Anexo 8: Resultados de la aplicación del BDI (Inventario de Depresión de Beck), después del tratamiento.**

Identificación S.V.J. ..... Fecha .....

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

1/3

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: 13