



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Programa de Doctorado Ciencias de la Salud

Beneficios de la educación emocional para la salud
de los internos del Centro Penitenciario Murcia I

Autora:

María Carmen Martín-Cocinas Fernández

Directores:

Dr. D. César Leal Costa y

Dra. D^a Magdalena Gómez Díaz

Murcia, Julio de 2022



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Programa de Doctorado Ciencias de la Salud

Beneficios de la educación emocional para la salud
de los internos del Centro Penitenciario Murcia I

Autora:

María Carmen Martín-Cocinas Fernández

Directores:

Dr. D César Leal Costa y

Dra. D^a Magdalena Gómez Díaz

Murcia, Julio de 2022



AUTORIZACIÓN DE LO/S DIRECTOR/ES DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D^o. César Leal Costa y Dra. D^{ña}. Magdalena Gómez Díaz como Directores de la Tesis Doctoral titulada *“Beneficios de la educación emocional para la salud de los internos en el C.P. Murcia I”* realizada por D^a. María Carmen Martín-Cocinas Fernández en el Departamento de Ciencias de la Salud, **autorizan su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firman, para dar cumplimiento al Real Decreto 99/2011, 1393/2007, en Murcia, a 1 de Julio de 2022.

Dr. D. César Leal Costa

Dra. D^{ña}. Magdalena Gómez Díaz

RESUMEN

Introducción: La Educación Emocional tiene efectos beneficiosos para la salud física y/o emocional permitiendo tener una mejor calidad de vida. Ante esta evidencia se hace necesario intervenir a nivel emocional en presos, por las dificultades que muchas veces presentan, y lograr así dichos beneficios.

Objetivos: El propósito de este estudio fue analizar los efectos de un programa de intervención enfermera en Educación Emocional en presos.

Metodología: Estudio experimental con medidas repetidas pretest-postest con grupo control, realizado en un Centro Penitenciario del sureste de España. 48 internos participaron en el programa de intervención de educación emocional y otros 48 formaron parte del grupo control. Se utilizaron el cuestionario de inteligencia emocional TMMS-24, la escala de resiliencia CD-RISC, la de autoestima de Rosenberg, el cuestionario de asertividad de Rathus, el cuestionario de Empatía TECA y el cuestionario de Salud SF-36. Los criterios de resultados enfermeros NOC (Nursing Outcome Classification) evaluados fueron: Sueño (0004), Autoestima (1205), Nivel de ansiedad (1211), Resiliencia personal (1309), Afrontamiento de problemas (1302), Autocontrol de impulsos (1405) y Conocimiento fomento de la Salud (1823).

Resultados: La comparación intragrupo pre y post intervención en el grupo de estudio muestra una mejoría en la autoestima ($p=.00$; $r=.51$), la resiliencia ($p=.00$; $r=.42$), la asertividad ($p=.00$; $r=.46$), la inteligencia emocional en su dimensión de reparación ($p=.00$; $r=.32$) y claridad ($p=.02$; $r=.22$). La dimensión atención de la Inteligencia emocional empeoró sin embargo ($p=.37$). La empatía total mejoró ($p=.00$; $r=.65$), también en todas sus dimensiones. En la variable calidad de vida en la mayoría de sus dimensiones hubo mejorías, no obtuvo mejorías la dimensión Rol emocional de la calidad de vida ($p=.09$). En los resultados NOC de enfermería se encontraron mejorías en todos los enunciados del grupo experimental y no en el grupo control salvo el resultado afrontamiento de problemas ($p=.03$). También se hallaron diferencias significativas intergrupos en todas estas variables, salvo en la dimensión de atención, claridad emocional y la alegría empática.

Conclusiones: La intervención mejoró los resultados en la salud socio-emocional y en la calidad de vida de los presos. Por ello, sería conveniente que estas

intervenciones se realizaran como actividad programada habitual dentro de las prisiones por el personal de enfermería.

Palabras Clave: Presos, inteligencia emocional, autoestima, resiliencia, asertividad, empatía, calidad de vida, resultados de enfermería NOC.

ABSTRACT

Background: Emotional education has beneficial effects on physical and/or emotional health, resulting in a better quality of life. Thus, it is necessary to intervene in the emotional level of inmates, due to the difficulties they often show, in order to attain these benefits.

Purpose: The aim of the study was to analyze the effects of a nursing intervention program in Emotional Education on inmates.

Methods: Experimental study with pretest-posttest repeated measures with a control group, conducted at a Penitentiary Center (P.C.) in the Southeast of Spain. 48 inmates participated in the intervention program of emotional education, and another 48 were part of the control group. The emotional intelligence questionnaire TMMS-24, the resilience scale CD-RISC, the Rosenberg self-esteem scale, the Rathus assertiveness questionnaire and the SF-36 Health scale were utilized.

Findings: The intragroup, pre- and post-intervention comparisons in the study group showed an improvement in self-esteem ($p=.00$; $r=.51$), resilience ($p=.00$; $r=.42$), assertiveness ($p=.00$; $r=.46$), and emotional intelligence in its dimension of repair ($p=.00$; $r=0.32$) and clarity ($p=.02$; $r=.22$).

The attention dimension of Emotional Intelligence worsened without however ($p=.37$) and total empathy improved ($p=.00$; $r=.65$), also in all its dimensions. There were improvements in the quality of life variable in most of its dimensions, the emotional role dimension of quality of life did not improve ($p=.09$). In the nursing NOC results, improvements were found in all the statements of the experimental group and not in the control group, except for the result coping with problems ($p=.03$). Significant intergroup differences were also found in all these variables, except in the dimension of attention and emotional clarity and empathic happiness.

Conclusion: The intervention improved the results of socio-emotional health and quality of life of the inmates, and this is why it would be important for these interventions to be performed by the nursing personnel on a regular basis as a programmed activity within prisons.

Keywords: Prisoners; emotional intelligence; self-esteem; resilience; assertiveness; empathy; quality of life; NOC nursing outcomes.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la vida la oportunidad que me ha dado de empezar todas las veces que me he tropezado en el camino. En el que han estado todas esas personas que tanto han significado en mi vida, algunas ya no están como mi padre que vio los comienzos de este proyecto y que ahora estaría feliz de ver por fin cumplidos mis deseos, aunque algo tarde por mis años, pero siempre esperanzados.

Agradezco el tiempo que me han soportado (unas veces alegre, otras desesperadas, algunas sin salida) a mi familia, mis hijos y sobre todo a mi marido, el que me ha ayudado y apoyado en todo este trayecto lleno de obstáculos, pero que afortunadamente ahora por fin veo la luz y los resultados al esfuerzo mantenido durante todos estos años.

Agradezco a M^a José López Arroyo, que fue la que me brindó la oportunidad de comenzar de nuevo con mis estudios después de muchos años de letargo y que gracias a ella me embarqué en esta aventura de la investigación enfermera y que ahora veo que es una realidad cuando siempre me la imaginé como un sueño.

Agradezco a mis tutores Maleni y César, la ilusión que pusieron en mi proyecto, el ánimo que me han dado siempre en todo momento y sobre todo haber creído en mí hasta el final. Habiéndome prestado tanta atención a pesar de su limitado tiempo.

A Charo y a Mamen, que también pusieron su empeño para que este proyecto saliera.

Agradezco a todas las personas que han pasado por mi vida en este período de tiempo que me han ayudado, dándome ánimo y ganas para continuar hasta el final.

Gracias a todos

“Fallarás el 100 % de las cosas que no intentes”

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT	9
AGRADECIMIENTOS	11
ÍNDICE	15
SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	19
ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y ANEXOS	21
ÍNDICE DE FIGURAS	22
CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN	27
1.1. INTRODUCCIÓN	27
1.2. ESTRUCTURA.....	29
CAPÍTULO II - JUSTIFICACIÓN	33
CAPÍTULO III - OBJETIVOS	39
3.1. OBJETIVO GENERAL	39
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
3.3. HIPÓTESIS.....	39
CAPÍTULO IV - INTELIGENCIA Y EDUCACIÓN EMOCIONAL. SU INFLUENCIA EN LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS	43
4.1. INTRODUCCIÓN	43
4.2. LOS ORÍGENES DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	44
4.3. MODELOS DE INTELIGENCIA EMOCIONAL	46
4.3.1. <i>Modelo de Salovey y Mayer</i>	48
4.3.2. <i>Modelo Bar-On</i>	49
4.3.3. <i>El modelo de Goleman</i>	51
4.4. DIFERENCIAS ENTRE COMPETENCIA EMOCIONAL, INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EDUCACIÓN EMOCIONAL	57
4.4.1. <i>Inteligencia emocional</i>	57
4.4.2. <i>Competencia Emocional</i>	57
4.4.3. <i>Educación emocional</i>	59
4.5. EL PAPEL DE LAS EMOCIONES	60
4.5.1. <i>Funciones de las emociones</i>	65
4.5.2. <i>Clasificación de las emociones</i>	66

4.5.3. <i>Justificación y necesidad de la educación emocional</i>	67
4.6. EFECTOS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LA VIDA PERSONAL Y LA SALUD MENTAL	71
4.7. REVISIÓN DE INVESTIGACIONES EMPÍRICAS NACIONALES E INTERNACIONALES SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN EMOCIONAL EN PRESOS.....	73
CAPÍTULO V.- LA SANIDAD PENITENCIARIA ESPAÑOLA. PROGRAMAS DE SANITARIOS DE INTERVENCIÓN.....	85
5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN GENERAL PENITENCIARIA	86
5.2. CARACTERÍSTICAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN GENERAL PENITENCIARIA	93
5.2.1. <i>Enfermedades más prevalentes en prisión</i>	93
5.2.2. <i>Mortalidad</i>	96
5.3. SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN RECLUSA.....	97
5.4. CARACTERÍSTICAS DE LOS INTERNOS CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	100
5.4.1. <i>Tratamiento intrapenitenciario</i>	102
5.4.2. <i>Incorporación sociolaboral</i>	105
5.5. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SANITARIOS	107
5.5.1. <i>Prevención de suicidios</i>	107
5.5.2. <i>Programas de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM)</i>	107
5.5.3. <i>Educación para la Salud</i>	110
CAPÍTULO VI.- LA ENFERMERÍA PENITENCIARIA.	115
6.1. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN NORMATIVA ACTUAL DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA PENITENCIARIA.....	115
6.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERÍA PENITENCIARIA	120
6.3. TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA.....	126
6.4. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. EVOLUCIÓN DE LA TAXONOMÍA NANDA.....	127
6.5. DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	128
6.5.1. <i>Etiquetas diagnósticas</i>	129
6.5.2. <i>Diagnósticos de enfermería NANDA</i>	130
6.5.3. <i>Taxonomía NIC-Actividades</i>	131
6.5.4. <i>Taxonomía NOC-resultados</i>	132
6.6. MARCO TEÓRICO ENFERMERO EN PRISIONES.....	135
6.6.1. <i>Conceptos y definiciones del Modelo de Promoción de la salud</i>	136
CAPÍTULO VIII – MATERIAL Y MÉTODO.....	143
8.1. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.	143
8.1.1. <i>Diseño</i>	143
8.1.2. <i>Población de estudio, muestra y ámbito del estudio</i>	143

8.2. INSTRUMENTOS Y VARIABLES	146
8.3. PROCEDIMIENTO.....	158
8.4. ANÁLISIS DE DATOS.....	160
8.5. ASPECTOS ÉTICOS	160
CAPÍTULO IX - RESULTADOS	163
9.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.	163
9.2. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS VARIABLES PRE-INTERVENCIÓN Y POST-INTERVENCIÓN	166
9.2.1. <i>Resultados intragrupos:</i>	166
9.2.2. <i>Resultados intergrupos</i>	172
CAPÍTULO X - DISCUSIÓN	183
10.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EMOCIONALES	184
10.2. VARIABLES EMOCIONALES SEGÚN EL LENGUAJE ENFERMERO	188
XI - CONCLUSIONES	193
XII - LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	197
12.1. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	199
CAPÍTULO XIII - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	203
CAPÍTULO XIV: ANEXOS	237

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AENTDE: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de enfermería.

ATS: Ayudante Técnico Sanitario.

AP: Atención Primaria.

CCAA: Comunidades Autónomas.

CI: Consentimiento informado.

CI: Coeficiente intelectual.

CP: Centro Penitenciario.

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud.

DAE: Comunidad terapéutica intrapenitenciaria.

DT: Desviación Típica.

EpS: Educación para la Salud.

ESDIP: Encuesta Estatal sobre Salud y drogas en internados en prisión.

ETS: Enfermedades de Transmisión sexual.

GAD: Grupo de Atención al drogodependiente.

GESESP: Grupo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.

IIPP: Instituciones Penitenciarias.

LOPS: Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

LOGP: Ley Orgánica Penitenciaria.

MPS: Modelo de promoción de la salud.

NANDA: Nursing Diagnostic Association.

NIC: Nursing Intervention Classification.

NOC: Nursing Outcome Classification.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización no Gubernamental.

PRECA: Informe de prevalencia de trastornos mentales en Centros Penitenciarios.

PIJ: Programa intercambio de jeringuillas.

PPD: Tuberculina derivado proteico

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

SNS: Sistema Nacional de Salud

SP: Sanidad Penitenciaria.

TBC: Tuberculosis.

TDO: Tratamiento Directamente Observado.

VHA: Virus de la hepatitis A.

VHB: Virus de la hepatitis B.

VHC: Virus de la hepatitis C.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	52
<i>MARCO REFERENCIAL DE LAS COMPETENCIAS EMOCIONALES.(GOLEMAN, 1999 B).</i>	52
TABLA 2	55
<i>CUADRO RESUMEN DE LOS MODELOS DE IE DE MAYER Y SALOVEY BAR-ON Y GOLEMAN.</i>	55
TABLA 3	86
<i>DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN RECLUSA POR SEXO TOTAL NACIONAL.</i>	86
TABLA 4	87
<i>POBLACIÓN RECLUSA POR SITUACIÓN PROCESAL-PENAL, SEGÚN SEXO.</i>	87
TABLA 5	89
<i>DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN RECLUSA SEGÚN NACIONALIDAD Y SEXO</i>	89
TABLA 6	92
<i>TIPOLOGÍA DELICTIVA DE LA POBLACIÓN RECLUSA. LEY ORGÁNICA 10/1995, 23 NOVIEMBRE DEL CÓDIGO PENAL.</i>	92
TABLA 7	146
<i>PATOLOGÍA PRINCIPAL EN EL GRUPO ESTUDIO Y GRUPO CONTROL.</i>	146
TABLA 8	148
<i>INTERPRETACIÓN RESULTADOS CUESTIONARIO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL.</i>	148
TABLA 9	151
<i>RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC): SUEÑO (0004).</i>	151
TABLA 10	152
<i>RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC): AUTOESTIMA (1205).</i>	152
TABLA 11	153
<i>RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC): NIVEL DE ANSIEDAD (1211).</i>	153
TABLA 12	155
<i>RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC): AUTOESTIMA (1205).</i>	155
TABLA 13	156
<i>RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC): AUTOCONTROL DE IMPULSOS (1405).</i>	156

TABLA 14	157
<i>RESULTADO DE ENFERMERÍA NOC) CONOCIMIENTO FOMENTO DE LA SALUD (1823)</i>	157
TABLA 15	159
<i>CROGRAMA DE LAS SESIONES Y CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN</i>	
<i>EDUCACIÓN EMOCIONAL Y SALUD EN PRESOS.</i>	159
TABLA 16	164
<i>ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS ...</i>	164
TABLA 17	168
<i>EFFECTOS DE LA INTERVENCIÓN EN LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL.....</i>	168
TABLA 18	178
<i>DIFERENCIAS POST-INTERVENCIÓN ENTRE LAS VARIABLES DEL GRUPO</i>	
<i>EXPERIMENTAL Y CONTROL EN LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS Y LOS</i>	
<i>RESULTADOS NOC DE ENFERMERÍA.....</i>	178

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1	46
<i>LAS INTELIGENCIAS MÚLTIPLES SEGÚN GARNER.....</i>	46
FIGURA 2	54
<i>COMPONENTES DE LAS COMPETENCIAS EMOCIONALES (ELABORACIÓN PROPIA).....</i>	54
FIGURA 3	56
<i>MODELO PENTAGONAL DE LAS COMPETENCIAS EMOCIONALES SEGÚN BISQUERRA....</i>	56
FIGURA 4	58
<i>ICEBERD CONDUCTUAL EN EL ENFOQUE DEL RASGO.....</i>	58
FIGURA 5	61
<i>VIVENCIA EMOCIONAL.....</i>	61
FIGURA 6	61
<i>PROCESO DE LA VIVENCIA EMOCIONAL.....</i>	61
FIGURA 7	62
<i>PROCESO MULTICOMPONENTE DEL CEREBRO.....</i>	62
FIGURA 8	65
<i>TIPOS DE</i>	
<i>CEREBROS.....</i>	65
FIGURA 9	68
<i>GRADIENTE SOCIAL DE SALUD.....</i>	68

FIGURA 10	87
<i>POBLACIÓN RECLUSA EN LA REGIÓN DE MURCIA. POBLACIÓN RECLUSA A NIVEL NACIONAL POR SEXO,</i>	
<i>2019</i>	87
FIGURA 11	88
<i>POBLACIÓN RECLUSA POR NACIONALIDAD,</i>	
<i>2019</i>	88
FIGURA 12 <i>DESCENSO DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA DESDDE EL AÑO 2009 A 2021</i>	88
FIGURA 13	90
<i>DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN RECLUSA POR GRUPOS DE EDAD EN PENADOS. NIVEL NACIONAL</i>	
	90
FIGURA 14 <i>DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN RECLUSA POR GRUPOS DE EDAD EN PREVENTIVOS. NIVEL NACIONAL</i>	90
FIGURA 15	94
<i>EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH (2009-2019)</i>	
	94
FIGURA 16	95
<i>CASOS DE TUBERCULOSIS. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE TBC</i>	
	95
FIGURA 17	96
<i>EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VHC (2009-2019)</i>	
	96
FIGURA 18 <i>GRUPOS DE CONSUMIDORES SEGÚN DROGA PRINCIPAL AL INGRESO EN PRISIÓN</i>	101
FIGURA 19 <i>ATENCIÓN CLÍNICA DURANTE EL AÑO 2019, DENTRO DEL PROGRAMA PAIEM</i>	109
FIGURA 20	138
<i>MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD</i>	
	138
FIGURA 21	145
<i>CONSORT DIAGRAMA DE FLUJO</i>	
	145
FIGURA 22 <i>CAJAS Y BIGOTES POSTINTERVENCIÓN GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL EN AUTOESTIMA, RESILIENCIA, ASERTIVIDAD, IE, EMPATÍA, CALIDAD DE VIDA, NOC DE ENFERMERÍA</i>	175
FIGURA 23 <i>CAJAS Y BIGOTES POSTINTERVENCIÓN GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL EN AUTOESTIMA, RESILIENCIA, ASERTIVIDAD, IE, EMPATÍA, CALIDAD DE VIDA, NOC DE ENFERMERÍA</i>	176
FIGURA 24 <i>CAJAS Y BIGOTES POSTINTERVENCIÓN GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL EN AUTOESTIMA, RESILIENCIA, ASERTIVIDAD, IE, EMPATÍA, CALIDAD DE VIDA, NOC DE ENFERMERÍA</i>	177

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. <i>LEGISLACIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMERÍA PENITENCIARIA</i>	237
ANEXO 2. <i>EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. TAXONOMÍA NANDA</i>	239
ANEXO 3. <i>CAPÍTULO VII: SECCIÓN II: “FUNCIONES DE LAS ENFERMERAS Y ATS” DEL ESTATUTO DEL PERSONAL NO FACULTATIVO DE INSTITUCIONES SANITARIAS</i>	240
ANEXO 4. <i>CONSENTIMIENTO INFORMADO AL GRUPO DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN SOCIOEMOCIONAL</i>	242
ANEXO 5. <i>NANDA, NIC, NOC PROGRAMA SOCIOEMOCIONAL</i>	243
ANEXO 6. <i>CUADERNO DEL ALUMNO Y FICHA DE SESIÓN</i>	246
ANEXO 7. <i>METODOLOGÍA ENFERMERA. HOJA VALORACIÓN ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES MARJORY GORDON</i>	247
ANEXO 8. <i>NIC DE ENFERMERÍA</i>	253
ANEXO 9. <i>PROGRAMA IE/SALUD</i>	260
ANEXO 10. <i>SOLICITUD PARA LA AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN C.P. DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DGIP</i>	303
ANEXO 11. <i>AUTORIZACIÓN COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM</i>	306

I - INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN

La Inteligencia Emocional (IE), según los autores Extremera y Fernández-Berrocal, (2004), ha producido un gran interés en todas las esferas de la vida como una vía para mejorar el desarrollo socioemocional. Las primeras publicaciones ya mostraban afirmaciones sobre la influencia positiva de la IE en la vida de las personas. El único inconveniente fue que todas estas aseveraciones no estaban avaladas por factores reales contrastados que demostrasen, por un lado, el nivel predictivo de la IE, por otro, el papel real de la IE en las distintas áreas cardinales de la vida.

Ha sido recientemente cuando se han explorado los alcances que una adecuada IE ejerce sobre las personas. Desde la década pasada e inicios de la actual se empezaron a dar los primeros pasos firmes en la constatación empírica de los efectos que una buena IE puede ejercer en los diferentes ámbitos de los seres humanos. En general, los primeros trabajos se encaminaron a examinar el constructo IE. Se centraron en el incremento teórico de modelos y la creación de herramientas de evaluación rigurosos (Berrocal & Pacheco, 2005; Brackett et al., 2004; Mayer et al., 2000a; Salovey & Mayer, 1990; Waalory, 2001) .

El objetivo de los estudios realizados en esta línea de investigación en los últimos años ha demostrado la validez predictiva de la IE en diferentes contextos (Brackett et al., 2006; Zeidner et al., 2008).

La Inteligencia Emocional hace referencia a un conjunto de destrezas para la identificación, procesamiento y manejo de las emociones (Mayer, 1997) que facilitan la respuesta a los problemas y, por tanto, contribuyen a la adaptación efectiva de las personas a su hábitat (León & Zafra, 2009).

El desarrollo de las emociones es un factor determinante de la salud y el bienestar de las personas. El ser humano experimenta infinidad de emociones que

son las que condicionan como nos encontramos en cada momento. Cada emoción tiene una respuesta, un valor y un fin que nos ayuda a prepararnos y responder ante cada situación. Las emociones afectan al progreso de nuestras vidas y acciones, al aprendizaje, ya que alteran la atención, la concentración, la memoria y la motivación, también condicionan nuestras conductas y repercuten en nuestra salud, bienestar personal, profesional, social y, en definitiva, en nuestros hábitos de calidad de vida. Las emociones juegan un papel muy importante para la salud, son una parte innegable de nuestras vidas y son fundamentales para potenciar una vida saludable, o, por el contrario, si estas son negativas suponen un riesgo potencial para nuestra salud, de modo que las personas deben buscar que las emociones sirvan de estímulos y aprendizajes positivos. La educación emocional (Mayer et al., 2000b) persigue la prevención y reducción de las situaciones que inciden negativamente en nuestra salud física y psíquica que permite promover el equilibrio emocional y un verdadero estado de bienestar (Navas, 2010).

Las contribuciones científicas actuales destacan cómo nos afectan las emociones en la vida cotidiana, cómo nos encontramos en cada momento, estando presentes en cada actitud y decisión, así como, en cada una de nuestras reacciones. Igualmente se están incrementando las investigaciones sobre la relación entre las emociones y la salud como base de toda actividad humana, y aquellos que tratan de explicar cómo están conectadas las emociones en los controles del pensamiento y en los procesos implicados en este (Alzina, 2003a; Bless, 2000; Fernández-Abascal et al., 2003), entre otros.

La necesidad que tiene el fomento de las emociones para nuestro desarrollo integral justifica la importancia de promover y fomentar las competencias emocionales y sociales de las personas (Elias, 1997). Y entre estas nos encontramos la necesidad o la importancia de trabajar las emociones en ámbitos como las instituciones penitenciarias, donde tan clara es la necesidad de mejora de la IE.

Cabe decir que en los últimos años el término *Salud emocional* se ha convertido en una de las necesidades de los profesionales de la salud y de la educación. De hecho, esta es considerada como una parte de la educación para la salud (González et al., 2010; Perea, 2002).

1.2. ESTRUCTURA

La presente tesis doctoral se compone de dos partes, una primera de revisión bibliográfica y de fundamentación teórica/conceptual y, una segunda, empírica, donde se exponen el planteamiento de la investigación, los análisis realizados, la descripción de los resultados y la discusión y conclusiones resultantes.

En la primera parte, se abordan los antecedentes y estado actual del tema objeto de estudio, a partir de la revisión de la literatura. Se realiza una conceptualización de la educación emocional, IE y salud, se tratan los cuidados de enfermería con relación a las variables estudiadas, y se describe el perfil del preso actual en las cárceles españolas. A continuación, se describen todas y cada una de las variables analizadas (asertividad, IE, empatía, autoestima, resiliencia y calidad de vida, además del lenguaje enfermero utilizado). Para finalmente hablar de lo beneficioso de tener una buena educación emocional para promover la salud.

Teniendo en cuenta los hallazgos obtenidos en la búsqueda bibliográfica se describe la importancia de la educación emocional como determinante social de la salud, y que los cambios de comportamiento a nivel individual solo pueden ocurrir en un entorno que favorezca unos estilos de vida saludables. Por ello, lo importante es construir un entorno social y físico que promueva como opción más fácil unos estilos de vida saludables, es decir, una prisión saludable.

En la parte empírica, se definen las hipótesis y los objetivos (generales y específicos) que se pretenden alcanzar y, se describen las características metodológicas de la investigación y el posterior análisis de resultados. Se explica el diseño del estudio, se describen los participantes y la muestra, así como el proceso de reclutamiento, la recogida de datos y la metodología de análisis. También se explica el rigor metodológico y las limitaciones del estudio, sin obviar las consideraciones o aspectos éticos, de vital importancia en cualquier tipo de investigación.

Se exponen y se discuten los resultados más destacados que se han obtenido en la investigación y se reflexiona sobre sus conclusiones e implicaciones tanto para la intervención como para la investigación. En función de la prevalencia y relevancia de los diferentes problemas de salud o patrones alterados detectados, se proponen alternativas factibles y eficientes que puedan contribuir o reforzar

algunas iniciativas que se puedan poner en práctica para conseguir la mejora de la salud de los presos a través del cuidado de Enfermería y promocionando la Educación Socioemocional, dentro de la Educación para la Salud (EpS), como tareas propias de la profesión enfermera. La investigación se cierra con la conclusión y las consideraciones finales. En último lugar, se presentan las referencias bibliográficas consultadas y los anexos.

II - JUSTIFICACIÓN

CAPÍTULO II - JUSTIFICACIÓN

La ilusión de trabajar en el presente estudio surge de la inquietud de dar respuesta a los numerosos “intentos” que, en mi trayectoria vital de quien suscribe estas palabras, he ido encontrando, cuando de una forma directa o indirecta, pero siempre activa, he participado en el “deseo” de contribuir a construir un nuevo “escenario enfermero de prisiones” para este conjunto de personas que se encuentran ingresadas en este centro de trabajo o Centro Penitenciario.

Esa trayectoria personal se inicia con un conocimiento puramente asistencial, farmacológico y teórico de las enfermedades más prevalentes y que ha ido trasladándose paulatinamente a un conocimiento más biopsicosocial, para abordar al interno desde un enfoque sistémico, logrando o no una modificación de su estilo de vida en el mismo.

Esta visión más holística, no solamente biomédica, del concepto de salud, ha ampliado el repertorio de estos temas estudiados yendo más allá de las enfermedades infecciosas, de la vigilancia epidemiológica, de la enfermedad mental, hacia el concepto de cuidados de enfermería dentro de un modelo integral y holístico del interno y su estancia en prisión. Teniendo en cuenta todos los aspectos biopsicosociales que conforman al ser humano. A través del Proceso de Atención de Enfermería, la enfermera de prisiones organiza y presta los cuidados individualizados y centrados en la respuesta del interno, con el fin de obtener los resultados esperados de forma eficiente. Procesos que requieren de una organización de los equipos, y sobre todo de la capacitación y motivación de los profesionales como piezas claves para llevar a cabo este proceso promotor de la salud en un contexto penitenciario. Esta capacitación formativa debería legitimar a la enfermera para la asunción de un mayor número de responsabilidades enmarcadas en el ámbito de sus competencias y funciones y dotarle de mayor autonomía para llevar a cabo el proceso de cuidar. Un proceso que requiere la implementación de programas de educación para la salud y constituye el primer paso para lograr mejorar el bienestar de la persona.

La educación para la salud debemos tenerla en cuenta desde sus dos dimensiones: como un fin, que consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de la salud (individual, familiar y de la comunidad) y como un medio, que contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud.

Los profesionales de enfermería que atendemos a personas privadas de libertad, hemos de valorar las creencias y valores de las personas para así poder proporcionar atención integral, efectiva, satisfactoria y coherente con esta diversidad.

Los sanitarios que trabajamos en los Centros Penitenciarios de España, atendemos a una población clínica difícil, donde existe una dificultad en el trato y el tratamiento. Dificultad en valorar los antecedentes vivenciales y existenciales de estas personas, de estos pacientes, en los que encontramos no solo una patología mental y dual, sino *trial*. Personas que no tienen un estilo de vida sano ya que en general son drogodependientes y con patología psiquiátrica, siendo uno de los problemas más importantes de las personas que ingresan en prisión. Un gran porcentaje de los internos son policonsumidores de varias drogas incluyendo la toma abusiva de psicofármacos y/o tienen una patología mental (Barrio et al., 2011) Además, hay otras variables como la falta de voluntariedad o la pérdida de libertad, muchas veces matizada por el medio ambiental en el que están viviendo, la prisión.

Hoy en día podemos decir que el consumo de drogas y sus consecuencias personales, sociales y económicas continúa siendo uno de los temas que más preocupan a los ciudadanos. Dicha problemática es percibida como una amenaza social, aunque cada día que pasa, se encuentra más eclipsada por otros asuntos emergentes mucho más "inquietantes". Aunque parezca enmascarada, en prisión es una realidad con la que tenemos que trabajar día a día, atendiendo a personas privadas de libertad que en un alto porcentaje tienen el problema de la adicción y no podemos quedar impasibles. Tenemos que trabajar en acciones preventivas, tratamiento y cambios de estilo de vida.

Los programas de intervención en educación emocional para los internos de los Centros Penitenciarios por profesionales de Enfermería son escasos, y todavía lo son más los trabajos que presentan resultados acerca del grado de eficacia de estos programas sobre variables clínicas de los pacientes. En esta investigación se presenta un programa de intervención grupal en IE estructurado en dieciséis sesiones y se ofrecen resultados preliminares acerca de su eficacia.

El objetivo del programa es la mejora de los patrones de salud de los internos. Tras la intervención se pretende observar cambios significativos en aspectos como la autoestima, expresar asertivamente las emociones, desarrollar la destreza en habilidades sociales, afrontamiento de sus problemas, irritabilidad, el grado de interferencia de la enfermedad en distintas esferas de sus vidas, el apoyo social percibido, el control sobre la salud, entre otras.

Los actos delictivos, no se tratan de hechos fortuitos, sino respuestas a múltiples factores impregnadas de trayectorias con desventajas de diverso orden y/o situaciones de vulnerabilidad, riesgo o conflicto (Añaños, 2012; Defensor del Pueblo, 2006; Donderis, 2006; Muñoz & Gimeno, 2010; Ortega Mohedano, 2010; Peña et al., 2011).

Para alcanzar la salud, los distintos grupos sociales se enfrentan a diferentes obstáculos: algunas personas nacen con mayores oportunidades y es más fácil para ellos lograr buena salud, “tienen la carrera ganada”, mientras que otros, como la mayoría de los presos, nacen con cargas o desventajas adicionales y tienen que “saltar obstáculos” durante toda su vida y acumulan desventajas a lo largo de la misma.

El período de encarcelación debería suponer una oportunidad para detectar, diagnosticar y tratar la enfermedad mental/adictiva en una población que a menudo resulta difícil captar en los servicios sanitarios públicos. Lo que supondría mayores beneficios sociales y económicos, no solo a los pacientes con trastornos mentales/adictivos sino también a la propia comunidad cuando estos salen en libertad (Izquierdo, 2012).

La meta es que el interno entienda y sea capaz de manejar su situación actual como preso. Reforzando las fortalezas, recursos y habilidades propias del interno para hacer frente a su proceso, para así evitar una recaída y contribuir aumentado su propia salud y bienestar, desarrollándose y formándose en torno a sus necesidades e inquietudes, todo esto con un fundamento a largo plazo. Cuanto

mayor conocimiento tiene el interno de su proceso en un Centro Penitenciario, mejor puede vivir con su condición de preso, fomentando las capacidades que le permitan desarrollarse con normalidad dentro de la sociedad en la que vive.

En el presente trabajo se abordan algunos aspectos fundamentales sobre el concepto de emociones, la educación emocional, la IE, y la influencia de las emociones como uno de los factores determinantes de nuestra salud y bienestar. Trabajar la IE hace posible la mejora de la salud (Tobías & Friedlander, 2000), como en el caso del estrés, la depresión, la ansiedad, la drogadicción, la tolerancia a la frustración, etc.; así como otras enfermedades físicas con gran prevalencia en las prisiones como: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA), Virus de la Hepatitis C, (VHC), Virus de la Hepatitis B (VHB), Tuberculosis (TBC), Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), etc.

III - OBJETIVOS

CAPÍTULO III - OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Medir el impacto de un programa de intervención basado en la educación socioemocional.
- Implementar un programa de intervención de educación socioemocional dirigido a los internos del Centro Penitenciario Murcia I.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el perfil sociodemográfico, penal, psicopatológico, sanitario de los internos analizados.
- Conocer el nivel de Inteligencia Emocional, empatía y autoestima, antes y después de la intervención.
- Conocer el nivel de asertividad y resiliencia antes y después de la intervención.
- Conocer la calidad de vida relacionada con la salud, antes y después de la intervención.
- Conocer los resultados de enfermería (NOC): nivel de ansiedad, conocimiento fomento de la salud, sueño, autocontrol de los impulsos, resiliencia personal, autoestima, afrontamiento de los problemas, antes y después de la intervención.
- Relación existente entre los grupos y efectividad de la intervención.

3.3. HIPÓTESIS

Se espera que una intervención enfermera en educación socioemocional en Instituciones Penitenciarias (IIPP), realizada con internos del Centro Penitenciario de Murcia I, mejore la percepción sobre la calidad de vida relacionada con la salud, la inteligencia emocional, la empatía, la autoestima, la resiliencia y los resultados de enfermería *Nursing Outcome Classification* (NOC) (ansiedad, conocimiento-

fomento de la salud, sueño, autocontrol de los impulsos, resiliencia, autoestima y afrontamiento de problemas).

MARCO TEÓRICO

IV - INTELIGENCIA Y EDUCACIÓN EMOCIONAL. SU INFLUENCIA EN LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CAPÍTULO IV - INTELIGENCIA Y EDUCACIÓN EMOCIONAL. SU INFLUENCIA EN LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

4.1. INTRODUCCIÓN

Antiguamente la emoción era lo contrario a la razón. Emociones como el odio, la cólera o la pasión eran factores que podían romper las relaciones dentro de una comunidad. Quizás por este motivo se ha educado dentro de la razón y hemos negado las emociones, teniendo en cuenta que la educación es un mecanismo de socialización. Se ha creído que, potenciando la razón, esta controlaría las emociones. Pero en los últimos tiempos se ha demostrado que negar las emociones no es el camino más seguro para regularlas y que la razón suele estar más al servicio de las emociones que las emociones al servicio de la razón.

La concepción inicial de inteligencia era que la cognición nos definía como humanos, por lo que la emoción, que era la misma que la del resto de los animales, fue excluida de las primeras definiciones de inteligencia (William et al., 1998). Esta es la capacidad de solucionar problemas adaptándonos al contexto. Ponemos en práctica las habilidades emocionales, cuando los problemas son emocionales para alcanzar los mejores niveles de desarrollo personal y satisfacción. Se es emocionalmente inteligente cuando se mantiene una relación equilibrada entre las emociones negativas como ira, frustración, celos, odio, etc., dejando paso a las emociones positivas, como alegría, tolerancia, cooperación, etc. Hay que sustituir unas por otras, expresándolas adecuadamente, respetando nuestros derechos y los derechos de los demás. Una forma de vivir la vida es saber establecer relaciones adecuadas entre los pensamientos, las emociones y el comportamiento. Por lo tanto, las habilidades emocionales son la capacidad para tener un estado de ánimo o sentimiento a partir del conocimiento que tenemos de la situación. Conociendo los pensamientos y sentimientos que originan nuestros estados de ánimo podremos manejarlos mucho mejor, para solucionar así las situaciones que provocan dichos estados de ánimo (Arándiga & Tortosa, 1999).

4.2. LOS ORÍGENES DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Galton, en 1870, estudió las “diferencias individuales” en la capacidad mental de las personas, utilizando un desarrollo de correlación de métodos. Realizó y propuso un análisis estadístico como aplicación al fenómeno mental, así como su uso e implicación. Fue pionero en el uso de cuestionarios y métodos no tradicionales (Roback & Kierman, 1990).

Catell, en 1890, confeccionó pruebas mentales con el objetivo de convertir la psicología en una ciencia aplicada. A partir de su trabajo experimental, en América, fue el primer psicoanalista en darle una cuantificación al estrés (Catell, 1903). Binet, en 1905, por encargo del Ministerio de Educación francés desarrolló un instrumento para evaluar la inteligencia de los niños. El test de Binet-Simón es un test de inteligencia creado por el psicólogo francés Alfred Binet y por el psiquiatra de la misma nacionalidad Théodore Simón, con este primer test de inteligencia se trataba de determinar la inteligencia de los individuos que presentaban déficit intelectual para ver sus posibilidades educativas, y ello en comparación con el resto de la población (Binet, 2010). En 1916, fue modificado este instrumento por Terman y en él por primera vez aparece el Cociente Intelectual (CI) (Terman, 1975).

Charles Darwin fue pionero al mencionar la importancia de las emociones. En sus estudios utilizó el término “expresión emocional” para hablar de la supervivencia y la adaptación (Darwin, 1984). En 1920, Thorndike utilizó el término inteligencia social, que era la descripción de la habilidad de motivar y comprender a otras personas. Para él, otros tipos de inteligencias son la mecánica (habilidad para entender y manejar objetos) y la abstracta (habilidad para manejar ideas) (Thorndike, 1920). David Wechsler, en 1943, describe la influencia de factores no intelectivos sobre el comportamiento inteligente, y consideraba que cuando fuéramos capaces de identificar estos factores entonces nuestros modelos de inteligencia serían completos (Wechsler, 1943).

Howard Gardner, en 1983, en su Teoría de las inteligencias múltiples introdujo la idea de que existía tanto la inteligencia interpersonal (la capacidad para entender las motivaciones, las intenciones, y deseos de otras personas) y la inteligencia intrapersonal (la capacidad para apreciar los sentimientos, temores y motivaciones propios, la capacidad para entenderse uno mismo). Las personas

tenemos 7 tipos de inteligencia que nos hacen interrelacionar con el mundo (Gardner, 1993a):

1. Inteligencia Lingüística: Es la capacidad verbal, uso del lenguaje y las palabras.
2. Inteligencia Lógica: Es un pensamiento abstracto, que utiliza la precisión y la organización a través de pautas o secuencias.
3. Inteligencia Musical: Son las habilidades musicales y ritmos.
4. Inteligencia Visual-Espacial: Es la capacidad para captar, percibir, ordenar los elementos en el espacio, y establecer relaciones de tipo metafórico entre ellos.
5. Inteligencia Kinestésica: Está relacionado con los reflejos y el movimiento tanto corporal como el de los objetos.
6. Inteligencia Interpersonal: Es la cualidad de contraer relaciones con otras personas.
7. Inteligencia Intrapersonal: Son todos los procesos relacionados con la autoconfianza y la automotivación y el conocimiento de uno mismo.
8. Inteligencia naturalista: Es aquella que permite diferenciar, detectar y categorizar los aspectos referidos a la naturaleza, como las especies animales y vegetales o fenómenos relacionados con el clima, la geografía o los fenómenos de la naturaleza. Esta clase de inteligencia fue añadida en el año 1995. Posteriormente al estudio original sobre las Inteligencias Múltiples de Gardner, añade esta categoría por tratarse de una de las inteligencias esenciales para la supervivencia del ser humano (o cualquier otra especie) y que ha ayudado en la evolución (Gardner, 1993b).
9. También añadió la inteligencia existencial.

Figura 1.

Las inteligencias múltiples según Garner



Nota: Extraído de Gardner (1993a).

A Wayne Payne, se le atribuye el término de IE citado en su tesis doctoral. Pero, la expresión "inteligencia emocional" había aparecido antes en textos de Leuner (1966). En 1966, Leuner desarrolla un estudio en el que vincula el rol de la familia y el desarrollo de la IE en la etapa preverbal del niño, aunque el concepto de IE no queda aún desarrollado. En 1989, Greenspan también presentó un modelo de IE, seguido por Salovey y Mayer (1990).

Fue Daniel Goleman con su célebre libro sobre Inteligencia Emocional en 1995, quien popularizó el término y fue cuando surgieron numerosas publicaciones que lo hicieron muy popular y más conocido. Fue uno de los primeros en nombrar otro tipo de inteligencia más allá de la educación escolar (Goleman, 1995).

4.3. MODELOS DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

En la actualidad no existe una postura teórica adecuada para estudiar la IE y su desarrollo, encontrando en la literatura científica 10 modelos distintos que

convergen en ideas muy parecidas en cuanto a los factores que la definen (Pérez-González, 2010). Pero sí se pueden distinguir dos grandes modelos de IE: el modelo de habilidades y el modelo mixto.

El modelo de habilidades se basa en el concepto de IE propuesto por Mayer y Salovey, que consideran la IE como un conjunto de habilidades cognitivas referentes a las emociones. Hace referencia al procesamiento de la información emocional y, por otro lado, su aplicación al pensamiento. Así la IE es un conjunto de competencias o habilidades que permiten el uso adaptativo de las emociones y la utilización de las emociones para mejorar los procesos cognitivos (Sánchez et al., 2006).

El modelo de habilidades está formado por cuatro competencias principales de la IE: la habilidad para percibir las emociones propias y de los demás, la habilidad para utilizar las emociones con el fin de facilitar la toma de decisiones, la habilidad para conocer las emociones y la habilidad para regular las emociones propias y de los demás (Extremera & Fernández-Berrocal, 2004).

El modelo mixto considera la IE como un rasgo, similar a las características de personalidad. Este modelo teórico considera la IE como la combinación de dimensiones de personalidad con habilidades emocionales. Se centra en los rasgos de comportamiento estables y variables de personalidad como empatía, asertividad, optimismo, impulsividad, extroversión, motivación, entre otros (Extremera et al., 2006).

Para algunos autores se trata de modelos complementarios siempre que las medidas utilizadas por ambos modelos no correlacionen significativamente entre sí por encima de un valor de 0,30 y que las medidas aporten varianzas independientes (Ciarrochi et al., 2000; Mestre et al., 2004).

Para otros, la IE como capacidad cognitiva "conduce a un constructo diferente del que se deriva como un rasgo de personalidad" (Petrides et al., 2007, p. 97). Por lo que defienden la diferencia entre modelos y no que sean complementarios, sobre todo por sus métodos de medida. El modelo de Mayer y Salovey se mide a través de cuestionarios de rendimiento máximo para evaluar las habilidades cognitivas que tienen que ver con las emociones, y la IE rasgo se mide a través de autoinformes como una serie de habilidades cognitivas con respecto al

procesamiento de la información emocional (capacidades cognitivo-emocionales) (Mayer et al., 2000b; Mayer, & Salovey, 1997) y como una serie de características de personalidad o modelo mixto (Bar-On, & Parker, 2000; Bisquerra, Alzina, & Escoda, 2007; Goleman, 1995).

Se exponen a continuación los cuatro modelos más relevantes de la IE.

4.3.1. Modelo de Salovey y Mayer

La IE está basada en un uso adaptativo de las emociones, que permite a las personas solucionar problemas y adaptarse al medio de forma eficaz. Mayer y Salovey (1993) desarrollaron su modelo teórico y lo publicaron en 1997, siendo el modelo teórico con mayor rigor científico. Estos autores definen la IE como las habilidades que se relacionan con el procesamiento y la gestión de los estados emocionales, que son un continuo y van desde las habilidades evolutivas sencillas a las más complicadas.

1. La percepción emocional, o la habilidad para percibir emociones de uno mismo y de los demás. Las emociones son percibidas, identificadas, valoradas y expresadas. Es la capacidad para expresar emociones de forma adecuada y la capacidad de discernir entre conceptos precisos, imprecisos, honestos o deshonestos.
2. La facilitación emocional del pensamiento es el uso de las emociones para facilitar el pensamiento. Las emociones serían las que harían priorizar el pensamiento y dirigen la atención a la información que es importante. El humor cambia la perspectiva de las personas, desde el optimismo al pesimismo, obteniendo diferentes puntos de vista. Los estados de ánimo facilitan el afrontamiento a los problemas de la vida diaria. Un ejemplo es el bienestar que facilita la creatividad.
3. La comprensión emocional es la capacidad para ponerle nombre a las emociones, reconocer las relaciones entre las palabras y las emociones, comprender el lenguaje emocional y los símbolos/signos emocionales.
4. La regulación emocional es la habilidad para gestionar las emociones para conseguir nuestros objetivos. Los pensamientos impulsan el crecimiento emocional, intelectual y personal para hacer posible la gestión de las emociones en las diferentes circunstancias de la vida. Nos distanciamos de una emoción, y gestionamos las emociones

negativas potenciando las positivas, sin aumentar o suprimir la información que transmiten.

Estos cuatro procesos son diferentes en las personas y son estudiados y evaluados a través de la escala llamada MSCEIT, Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (Mayer et al., 2000a).

Desde este modelo (Mayer et al., 2008), aceptan las diferentes formas de acercarse al constructo, pero lo definen como la habilidad para procesar información sobre nuestras propias emociones y las de los demás, utilizándolas como si fueran una guía de pensamiento y comportamiento; definiendo la IE como “una serie de habilidades mentales, por eso las encuadran dentro de la inteligencia” (Mayer, & Salovey, 1993, p. 435).

4.3.2. Modelo Bar-On

Desde que Petrides y Furnham (2001), distinguieron entre IE como capacidad e IE como rasgo, se considera que el modelo de Bar-On es un modelo de IE rasgo.

Bar-On ha desarrollado uno de los tres modelos más importantes sobre IE. Está inspirado en los estudios de Darwin sobre la adaptación efectiva y los planteamientos de Thorndike sobre inteligencia social y la importancia en el desempeño de las personas. También tiene inspiración en las ideas de Weschler sobre el impacto de los factores no cognitivos (Spielberger, 2004).

Según Bar-On (1997), la IE es un conjunto de competencias y habilidades emocionales, personales e interpersonales que determinan nuestra habilidad general para afrontar las demandas, los desafíos y las presiones del día a día. La IE es un factor clave para tener éxito en la vida e influye directamente en el bienestar emocional de las personas.

Las personas emocionalmente inteligentes son capaces de reconocer y expresar sus emociones, comprenderse a sí mismos, actualizar sus capacidades potenciales y llevar una vida saludable y feliz. Son capaces de comprender cómo se sienten las otras personas, de tener y mantener relaciones interpersonales satisfactorias y responsables, sin llegar a ser dependientes de los demás. Son generalmente optimistas,

flexibles, realistas, tienen éxito en resolver sus problemas y en afrontar el estrés, sin perder el control (Bar-On, 2005, p.18).

El modelo identifica cinco componentes o meta-factores, entre los que se engloban otros 15 subfactores (Bar-On & Parker, 2000):

- Componente intrapersonal: Habilidad para entender y expresar nuestras emociones y sentimientos. Es la autoidentificación de la persona; autoconocimiento emocional, la independencia emocional, asertividad y la autoevaluación.
- Componente interpersonal: Habilidad para comprender las emociones y los sentimientos de los demás, y para interrelacionar con otras personas (empatía, relaciones sociales, responsabilidad social).
- Componente de gestión del estrés: Habilidad para controlar y manejar nuestras emociones. Es la capacidad para tolerar la presión y control de los impulsos.
- Componente de adaptabilidad: Habilidad para resolver el cambio y gestionar los problemas intrapersonales o interpersonales. Es la capacidad para manejar la realidad, y ajustarse y ser flexible ante situaciones nuevas, crear soluciones y resolver los problemas.
- Componente del estado del ánimo: Habilidad para favorecer las actitudes positivas y para automotivarse. Incluye el optimismo y la felicidad.

Estos factores están basados en dos: el intrapersonal y el interpersonal. El intrapersonal se necesita para ser consciente de uno mismo, comprender las fortalezas y debilidades y ser capaz de expresar los sentimientos y pensamientos. Y el interpersonal implica ser emocional y socialmente inteligente, se traduce en tener habilidad para ser consciente de las emociones, sentimientos y necesidades de los demás; además de mantener relaciones constructivas y satisfactorias (Bar-On, 2006). Este modelo utiliza un instrumento de medida creado por el mismo autor, el EQ-i (*Emotional Quotient Inventory*).

En las investigaciones de Bar-On se encontraron correlaciones significativas entre el desarrollo de la IE e incrementos en el rendimiento ocupacional del individuo, el liderazgo y la productividad organizacional (Bharwaney et al., 2007).

El modelo de gestión de personas orientado a la felicidad en el trabajo según las aportaciones de Bar-On, implica la inclusión expresa del concepto de felicidad en el modelo y su relación con la inteligencia emocional y además la necesidad de

desarrollar, desde los estamentos de recursos humanos, acciones para el incremento de los niveles de IE tanto individuales como colectivos. Siendo aplicable a cualquier contexto de gestión de recursos humanos.

Bar-On define un subfactor que es la felicidad, que es la habilidad para sentirse bien con nosotros mismos, con los demás y con la vida en general, relacionando la autosatisfacción con el disfrute de la vida (Bar-On, 2013).

4.3.3. El modelo de Goleman

Daniel Goleman quizá haya sido el que más ha contribuido a la popularidad del concepto de IE. Esta consiste en “la capacidad de una persona para reconocer y utilizar las emociones”(Goleman & Cherniss, 2005, p. 135).

Goleman concibe las competencias como rasgos de personalidad. Aunque también pueden ser consideradas componentes de la IE si involucran la habilidad para relacionarse positivamente con los demás (Cherniss & Goleman, 2001).

La IE para (Goleman, 1999) es una forma de interrelacionarse con la realidad y describe diferentes competencias:

- Conocer las propias emociones: Tener conciencia emocional y conocer los propios sentimientos es la clave de la IE.
- Manejar las emociones: Trabajar las propias emociones y expresarlas de la forma correcta es imprescindible en la toma de consciencia de estas. También está la habilidad para suavizar expresiones de ira, furia o irritabilidad.
- Motivarse a uno mismo: La emoción es la impulsora de la acción. Las emociones se dirigen hacia el logro de objetivos significativos para prestar la atención, automotivarse, trabajar emociones y producir actividades creativas.
- El autocontrol ayuda a enlentecer gratificaciones y dominar la impulsividad, que suele estar presente en muchos objetivos a medio o largo plazo. Las personas con estas habilidades tienden a ser más efectivas y productivas en las actividades que desempeñan.

- Reconocer las emociones de los demás: Es una habilidad fundamental “la empatía”, consiste en el conocimiento de las propias emociones. Es la base del altruismo. Las personas empáticas sintonizan mejor con las señales, a menudo imperceptibles, que nos informan de lo que desean o necesitan los demás.
- Establecer relaciones: La aptitud de establecer relaciones con los demás, implica elaborar la habilidad de comprender e influir en las emociones de los otros.

Tabla 1

Marco referencial de las competencias emocionales

Uno mismo (Competencia personal)	En los demás (Competencia Social)
<i>Marco referencial de las competencias emocionales.</i> Conciencia de uno mismo	Conciencia Social
Autoconciencia emocional	Empatía
Valoración adecuada de uno mismo	Orientación hacia el servicio
Confianza en uno mismo	Conciencia organizativa
Autogestión	Gestión de las relaciones
Autocontrol emocional, fiabilidad, meticulosidad, adaptabilidad, motivación de logro, iniciativa	Desarrollar a los demás, influencia, comunicación, resolución de conflictos, liderazgo con visión de futuro, catalizar los cambios, establecer vínculos, trabajo en equipo y colaboración

Nota: Goleman (1999).

Las Habilidades Prácticas de la IE fueron a su vez subdivididas, por Goleman (1999), en diferentes competencias:

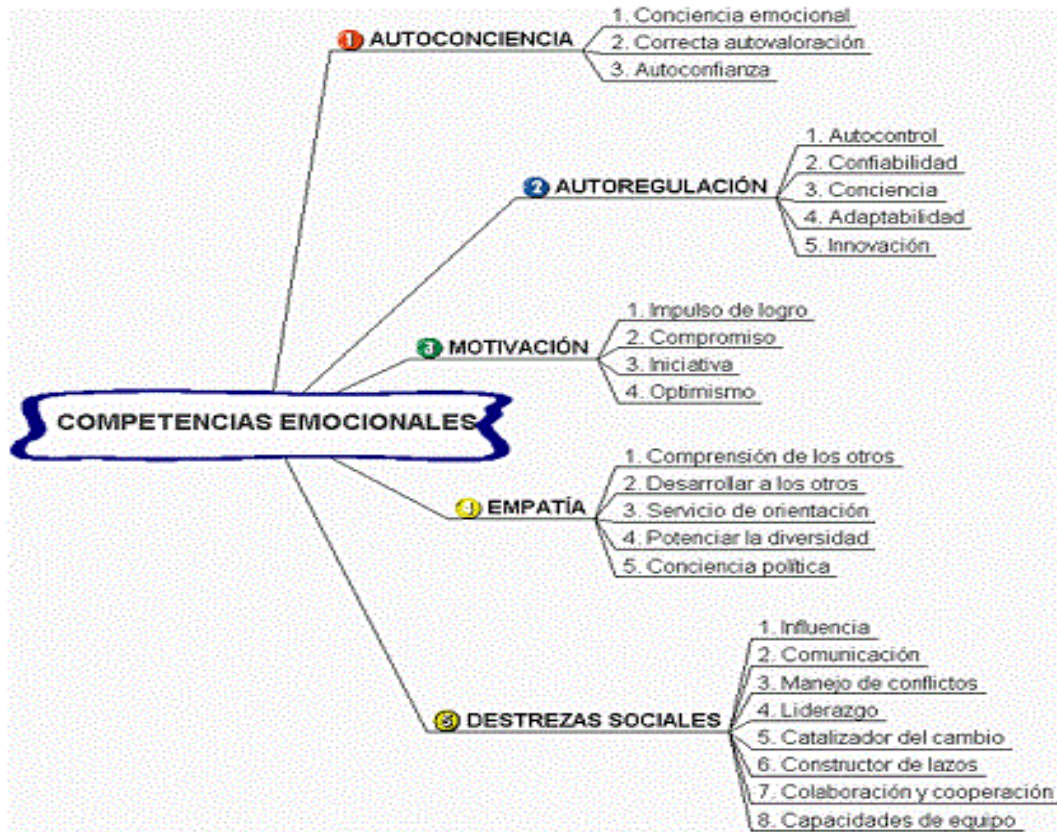
- Autoconciencia: Reconocer los propios estados de ánimo, los recursos y las intuiciones. Las competencias emocionales que dependen de la autoconciencia son: Conciencia emocional, Correcta autovaloración y Autoconfianza.
- Autorregulación: Manejar los propios estados de ánimo, impulsos y recursos. Las competencias emocionales que dependen de la

autorregulación son: Autocontrol, Confiabilidad, Conciencia, Adaptabilidad e Innovación.

- **Motivación:** Son las tendencias emocionales que facilitan o guían el cumplimiento de las metas establecidas: Impulso de logro, Compromiso, Iniciativa y Optimismo.
- **Empatía:** Implica tener conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de los otros: Comprensión de los otros, Desarrollo de los otros, Servicio de orientación, Potenciar la diversidad y Conciencia política.
- **Destrezas sociales:** Ser un experto para inducir respuestas deseadas en los otros. Este objetivo depende de las siguientes capacidades emocionales: Influencia, Comunicación, Manejo de conflictos, Liderazgo, Catalizador del cambio, Constructor de lazos, Colaboración y cooperación y Capacidades de equipo.

Figura 2.

Componentes de las competencias emocionales (elaboración propia)



Nota: Elaboración propia (Goleman, 1999).

Goleman concibe la IE como indispensable de usar a través de las competencias emocionales, que son el conocimiento potencial. Su modelo surge y se desarrolla sobre todo en el ámbito laboral. En el 2000, junto con otros autores como Boyatzis y Rhee, construyen otro modelo más aplicativo, específico para el ámbito de la gestión de los recursos humanos en las organizaciones (Boyatzis et al., 2000). El instrumento de evaluación de la IE inspirado en este modelo es el ECI (Boyatzis et al., 1999).

Tabla 2

Cuadro resumen de los modelos de IE de Mayer y Salovey Bar-On y Goleman.

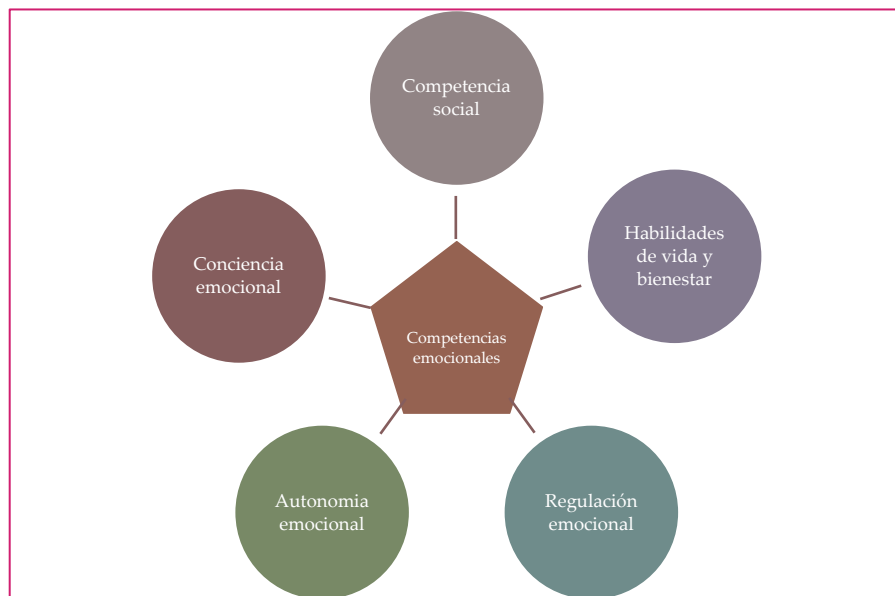
Modelo de Capacidad: Mayer y Salovey (1997)	Modelo Mixto: Bar- On (1997)	Modelo Mixto Goleman (1995)
<p>“IE es un conjunto de habilidades que explican las diferencias individuales en el modo de percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento, para comprender emociones y razonar emocionalmente, y finalmente la habilidad para regular emociones propias y ajenas” (Mayer & Salovey, 1997, p.10).</p>	<p>“IE es... un conjunto de capacidades no cognitivas, competencias y destrezas que influyen en nuestra habilidad para afrontar exitosamente las presiones y demandas ambientales” (Bar-On, 1997, p.14).</p>	<p>“IE incluye autocontrol entusiasmo, persistencia y la habilidad para motivarse a uno mismo... hay una palabra pasada de moda que engloba todo el abanico de destrezas que integran la IE, el carácter” (Goleman, 1995, p. 28).</p>
<p>Habilidades integrantes “Percepción evaluación y expresión de las emociones” “Asimilación de las emociones en nuestro pensamiento” “Comprensión y análisis de las emociones” “Regulación reflexiva de las emociones”</p>	<p>Habilidades integrantes “Habilidades intrapersonales” “Habilidades interpersonales” “Adaptabilidad” “Manejo del estrés” “Estado anímico general”</p>	<p>Habilidades integrantes “Conocimientos de las propias emociones” “Manejo emocional” “Automotivación” “Reconocimiento de las emociones en otros” “Manejo de las relaciones interpersonales”</p>

Nota: Adaptado de Mayer et al. (2000) y Extremera y Fernández-Berrocal (2001).

Competencias emocionales: El modelo de competencias o habilidades emocionales creado por Bisquerra (2009) es un modelo pentagonal de competencias emocionales donde se estructuran en cinco grandes competencias: autonomía personal, regulación emocional, conciencia emocional, competencia social y habilidades de vida para lograr el bienestar. Cada competencia incluida en el modelo se subdivide en una serie de microcompetencias.

Figura 3.

Modelo pentagonal de las competencias emocionales según Bisquerra.



Nota: Bisquerra (2009).

4.4. DIFERENCIAS ENTRE COMPETENCIA EMOCIONAL, INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EDUCACIÓN EMOCIONAL

4.4.1. Inteligencia emocional

La IE es un constructo del campo de la Psicología, que es abordado desde perspectivas diferentes por autores como Goleman (1995), Bar-On y Parker (2000), Salovey y Mayer (1990).

Después de 25 años, aún no hay un consenso sobre su definición, ya que existen diferentes modelos como hemos señalado anteriormente, con perspectivas variadas, siendo más parecidas que diferentes. Pero todavía se sigue investigando, aun así, si hay aplicación de las aportaciones y resultados de las investigaciones en la educación como beneficio para adquirir competencias o habilidades socio-emocionales (Bar-On & Parker, 2000; Elias et al., 1999; Goleman, 1995; Saarni, 2000; Sluyter & Salovey, 1997) para el bienestar social e individual.

4.4.2. Competencia Emocional

Según Bisquerra Alzina y Escoda (2007), la competencia emocional es:

La capacidad de movilizar de forma correcta el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar las diferentes actividades con un cierto nivel de calidad y eficacia (p.3).

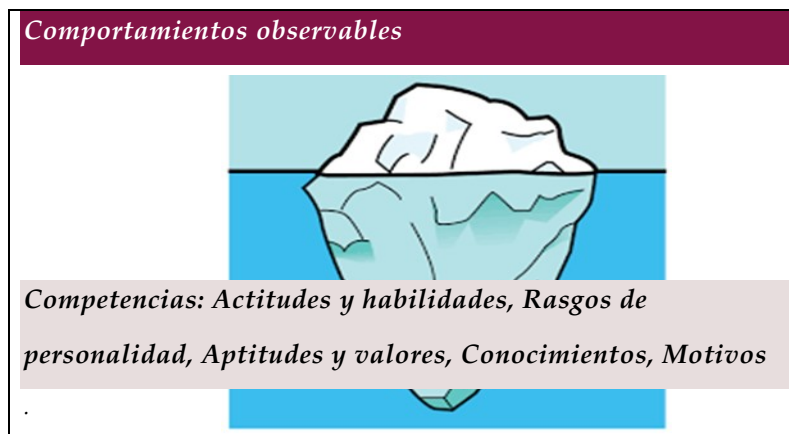
Se clasifican según dos dimensiones (Alzina, 2003b): las competencias de desarrollo técnico-profesional (o funcionales) que se inscriben en los conocimientos y procedimientos en relación con un determinado ámbito profesional. Y las competencias desde el desarrollo socio-personal o básicas, transversales, genéricas, transferibles, interpersonales (pues tienen diferentes denominaciones). Según la revisión conceptual de Bisquerra (2003), la expresión de competencias de desarrollo socio-personal es la más utilizada, poniendo interés en el aprendizaje y el desarrollo, interaccionando la persona y su ambiente.

Cuando se desarrollan las competencias emocionales se hace posible una mejor adaptación al medio y al contexto; “una mejora de los procesos de

aprendizaje, de solución de problemas, y de relaciones con los demás” (Bisquerra Alzina, & Escoda, 2007, p. 8). En definitiva, nos enfrentamos a las circunstancias de la vida diaria con mayores garantías de mejora.

Figura 4

Iceberd conductual en el enfoque del rasgo.



Nota: Tomado de Boyatzis (1982).

Otros autores, como Boyatzis (1982), define las competencias como las circunstancias subyacentes de la conducta: Aptitudes y habilidades, rasgos de personalidad, actitudes y valores, motivación y conocimientos, que son observados en los comportamientos. Él lo llama “iceberg conductual” al comportamiento observable, y considera que para llevar a cabo los comportamientos incluidos en las competencias, es preciso que en ellas estén presentes una serie de componente:

- Saber conocimientos.
- Saber hacer (habilidades/destrezas).
- Saber estar (actitudes/intereses).
- Querer hacer (motivación).
- Poder hacer (medios y recursos).

4.4.3. Educación emocional

La educación emocional es una innovación educativa que parte de las necesidades sociales y tiene como objetivo el desarrollo de competencias emocionales que mejoren el bienestar social y personal (Bisquerra, 2003). “Es un proceso educativo, permanente y continuo, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales, como base del desarrollo integral de la persona” (Bisquerra Alzina, & Escoda, 2007, p. 8). Esto facilita moverse mejor en las circunstancias de la vida, en las relaciones interpersonales, en la solución de problemas, el aprendizaje o la adaptación al medio.

Con la educación tradicional no damos respuestas a muchos problemas que tienen como factor común un desequilibrio emocional como comportamiento de riesgo derivado de una baja autoestima, de estados depresivos, violencia, delincuencia, o estrés; por lo que la educación emocional se justifica para prevenir la incidencia de todos estos problemas (Alzina, 2003c). Las competencias emocionales constituyen un factor de protección y prevención y la educación emocional incluiría (Bisquerra, 2003):

- Las emociones. La IE.
- La competencia emocional.

La educación emocional, según Pérez-González (2008) e inspirada en Bisquerra (2003), la define como:

El proceso educativo planificado y desarrollado a través de programas, con carácter de prevención primaria dirigido tanto a desarrollar la inteligencia emocional como las competencias socioemocionales a corto, medio y largo plazo, y a potenciar el desarrollo integral de la persona, con la finalidad última de aumentar el bienestar personal y social (p. 527).

Veamos hoy en día el papel que juegan las emociones y por qué es tan importante el tema de la IE y la educación emocional.

4.5. EL PAPEL DE LAS EMOCIONES

En la sociedad actual, las personas tenemos que enfrentarnos y adaptarnos a un ambiente cambiante y difícil que, cada vez, nos demanda más, y todo ello en ausencia de cimientos sociales importantes, sentimientos de identidad y de pertenencia. Todo esto hace que genere en las personas estrés e inseguridad, manifestada muchas veces a través de conductas patológicas y, en general, conductas emocionalmente poco inteligentes.

En la actualidad, estamos asistiendo a una revolución emocional, que afecta tanto a la psicología como a otros ámbitos, entre los cuales podríamos destacar: la educación, el campo psicosocial y comunitario, el campo de las organizaciones, o el campo de la salud. Esto queda representado por:

- Aumento de publicaciones relacionadas con las emociones en Psicología.
- Estudio del cerebro emocional por la neurociencia.
- La obra de Daniel Goleman, el bestseller “La inteligencia emocional” (1995).
- Uso de la inteligencia emocional en las organizaciones.

“Emoción” es el concepto que utiliza la Psicología para describir y explicar los efectos producidos por un proceso multidimensional encargado de (Damasio, 2007):

- El análisis de situaciones significativas.
- La interpretación subjetiva de las mismas.
- La expresión emocional o comunicación de todo el proceso.
- La preparación para la acción o movilización de comportamiento.
- Los cambios en la actividad fisiológica.

La emoción ha sido explicada y descrita de forma diferente por diferentes autores, pero, en general, hay bastante acuerdo en que se trata de:

Un estado complejo del organismo, generado de forma habitual como respuesta a un acontecimiento externo o interno, que se caracteriza por una perturbación o excitación, que predispone a una respuesta organizada (Fernández-Abascal et al., 2010).

Figura 5

Vivencia emocional



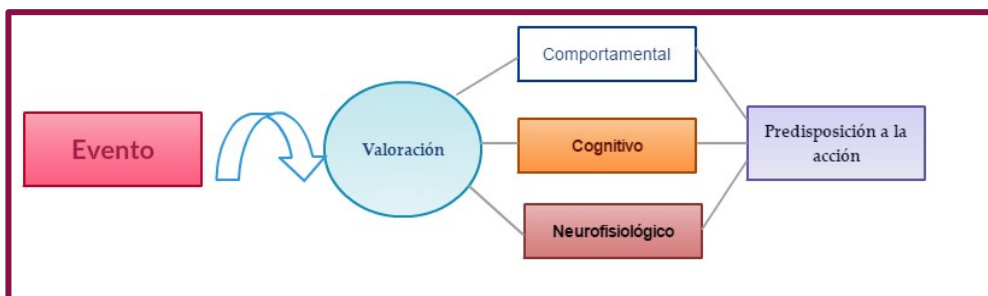
Nota: Elaboración propia a partir de Bisquerra (2003).

De acuerdo con Bisquerra (2003), una emoción o proceso de la vivencia emocional se produce de la siguiente forma:

- 1) Unas informaciones sensoriales llegan a los centros emocionales del cerebro.
- 2) Como consecuencia se produce una respuesta neurofisiológica.
- 3) El neocortex interpreta la información.

Figura 6.

Proceso de la vivencia emocional.



Nota: Bisquerra (2003).

Así pues, la emoción es un proceso multicomponente, que está formado por los niveles neurofisiológicos (rubor, taquicardia, sudoración, respiración, presión sanguínea), conductual (tono, expresiones faciales, volumen y ritmo de voz, movimientos corporales) y cognitivo (vivencia subjetiva) (Bisquerra, 2003). El nivel

neurofisiológico de las emociones son los cambios que se producen en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) y que están relacionados con los procesos de cognición que elaboran la información que recibe el organismo y los estados emocionales que se generan.

Figura 7.

Proceso multicomponente del cerebro



Nota: Bisquerra (2003).

Son tres los subsistemas fisiológicos relacionados con las emociones, el SNC, el sistema límbico y el sistema nervioso autónomo (Rosenzweig & Leiman, 2005):

- La corteza cerebral forma parte del SNC. La corteza cerebral activa, regula e integra las reacciones relacionadas con las emociones.
- El hipotálamo forma parte del sistema límbico. Se encarga de la activación del sistema nervioso simpático. Está relacionado con emociones como el enojo, temor, es un activador de la actividad sexual y la sed.
- La amígdala está relacionada con las sensaciones de placer, ira, dolor y temor. La extirpación de la amígdala causa complejos cambios en la conducta.

- La Médula Espinal. Todas las emociones están relacionadas con determinadas respuestas fisiológicas. Según lo anteriormente visto, es posible que las reacciones emocionales estén relacionadas con cambios fisiológicos necesarios para que el individuo haga frente a la situación o bien para la transmisión de mensajes de respuesta a otras personas.
- La Formación Reticular es un proceso de interpretación y filtrado básico de la información percibida por la persona. Así, los procesos de percepción que puedan contener información que potencialmente sea capaz de generar emociones debe filtrarse por este sistema. Procesa los patrones físicos para conectar estructuras cognitivas que no son perceptibles por las sensaciones.

El nivel subjetivo de las emociones son procesos cognitivos relacionados con la respuesta emocional a determinadas características del entorno y cambios fisiológicos (Ward, 2015). Las emociones se generan por niveles de abstracción, los cuales definen su complejidad, desde emociones superficiales, resultados de percepciones elementales y reacciones inmediatas, hasta emociones complejas resultado del análisis de escenarios y entornos complejos con participación de la memoria y consideraciones de estados pasados, actuales y futuros de la persona. De esta forma los mismos tipos genéricos de emoción como, por ejemplo, el enojo, pueden generarse de varias formas según el nivel de abstracción, por una reacción inmediata a un estímulo nervioso directo, como una herida, o bien como resultado de una apreciación cognitiva del entorno, como sentirse ofendido. Son difíciles de diferenciar por su nivel de abstracción las reacciones emocionales fisiológicas observables. Las diferencias son la frecuencia, duración e intensidad, que depende del estado de aceptación o rechazo de la persona a las condiciones del entorno o bien a la duración de las condiciones que la provocaron (Trull & Phares, 2003).

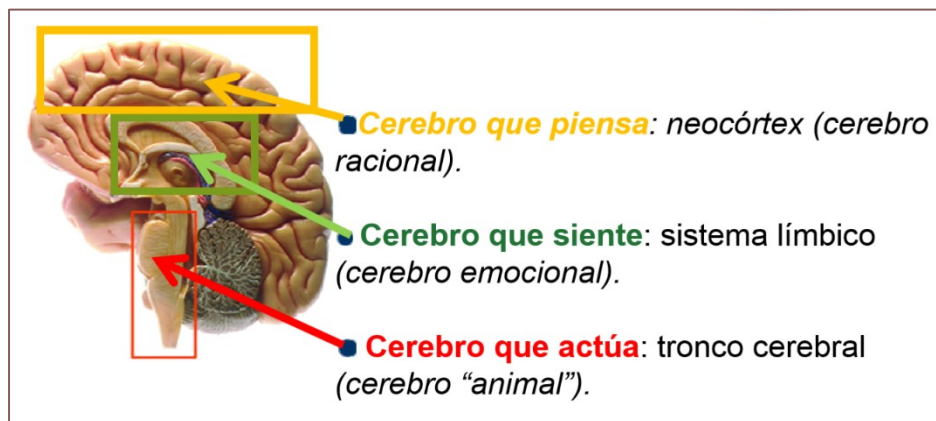
El nivel conductual es el factor perceptible de las personas relacionados con estados mentales emocionales. Las reacciones de conducta a los estados emocionales no constituyen conductas relacionadas directamente con el estado del entorno, es decir, las conductas características de diversos estados emocionales son en general conductas emergentes. Las conductas emergentes relacionadas con las

emociones pueden tener la función de comunicar el estado emocional a otra persona, ya sea para prevenirlo o intimidarlo, pueden ser reacciones de defensa involuntarias ante un enemigo real o imaginario o pueden ser un proceso de búsqueda de conductas adecuadas para manejar determinadas situaciones desconocidas (Best, 2002; Goldstein, 2005).

El nivel emocional es un determinante ante la situación de atacar o huir de una persona amenazada, este estado emocional se genera ante las señales emocionales transmitidas por el agresor. Muchas emociones tienen un comportamiento de relajación y posteriormente opuesto al estado emocional, después de un estado de enojo puede sobrevenir un estado de calma o incluso placer, después de un estado de tristeza puede sobrevenir cierto estado de calma o consuelo. Cuanto más elemental sea los niveles de abstracción la conducta emocional es más fácil de comparar entre las personas, especies o agentes al elevar el estado de abstracción. La conducta relacionada con los estados emocionales suele ser impredecible (Fredrickson, 2001). Parece que los estados emocionales permiten al individuo establecer determinadas formas de apreciar el entorno y a preferir determinadas estructuras lógicas para concebirlo respecto de otras, cuya finalidad es de ser capaz de obtener respuestas rápidas y de cambiar sin necesidad de un proceso racional, de un patrón de conducta o razonamiento a otro, quizás más adecuado al tipo de situaciones a las que se enfrenta, ya sea una situación analítica, práctica, social, creativa o de supervivencia (Best, 2002; Goldstein, 2005) Hay que diferenciar los conceptos de afecto, humor y sentimiento (el más general de los tres es el afecto). El humor es una forma específica de estado afectivo y el sentimiento es la experiencia subjetiva de la emoción (Díaz & Hernández, 2007).

Figura 8

Tipos de cerebros.



Nota: Ledoux (1999).

4.5.1. Funciones de las emociones

Montañés (2005) afirmó que todas las emociones tienen funciones que les confiere utilidad y permite que la persona ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad placentera que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal.

Según Reeve (1994) la emoción tiene tres funciones principales:

- A) Funciones adaptativas: Las emociones alteran el equilibrio intraorgánico para informar a la persona de la situación del ambiente. Prepara al organismo para que ejecute la conducta necesaria ante una situación ambiental concreta, poniendo en marcha toda la energía necesaria para ello y realizando una conducta de acercamiento o alejamiento hacia un objetivo concreto. El papel de las emociones como mecanismo de adaptación ya fue planteado por Darwin (1984), quien distinguió tres tipos de procesos emocionales: los reflejos (de carácter innato), los hábitos que se crean en

función de la práctica y como consecuencia de asociaciones y los instintos, o acciones complejas, como los hábitos, y hereditarias, como los reflejos.

- B) Funciones sociales: Las emociones nos sirven para comunicarnos con los demás, nos sirven para saber cómo nos sentimos, así como para influir en los demás. La expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas. Facilitan la comunicación de los estados emocionales, regulan el comportamiento de los otros, facilitan las interacciones sociales y promueven la conducta prosocial.
- C) Funciones motivacionales de la conducta: Las emociones nos empujan a actuar.

Se podría decir que las emociones pueden tener una función importante en el desarrollo personal, ya que tienen efectos en otros procesos mentales, de forma que pueden afectar a cómo percibimos, atendemos, memorizamos, razonamos y creamos la realidad (Aliste & Alfaro, 2007).

Las emociones son consideradas como la energía que impulsa la conducta motivada. Motivación y emoción son dos aspectos de la conducta humana que presentan relaciones estrechas. Se puede decir que la conducta motivada se impulsa y dinamiza por las emociones, al mismo tiempo que esta puede provocar una reacción emocional u otra.

4.5.2. Clasificación de las emociones

La clasificación más usada en las emociones es la que indica que existen las emociones básicas o primarias y las emociones complejas o secundarias. Para Montañés (2005) la existencia de las emociones básicas deriva directamente de los planteamientos de Darwin y significaría que se trata de reacciones afectivas innatas, distintas entre ellas, presentes en todos los seres humanos y que se expresan de forma característica (Damasio, 2018; Fox et al., 2018; LeDoux, 2016;). La diferencia entre las mismas no podría establecerse en términos de gradación en una determinada dimensión, sino que serían cualitativamente diferentes.

Según Izard (1991), los requisitos que debe cumplir cualquier emoción para ser considerada como básica son los siguientes:

- Tener un sustrato neural específico y distintivo.
- Tener una expresión o configuración facial específica y distintiva.
- Poseer sentimientos específicos y distintivos.

- Derivar de procesos biológicos evolutivos.
- Manifestar propiedades motivacionales y organizativas de funciones adaptativas.

Estas emociones también se conocen como emociones primarias o fundamentales y se caracterizan por una expresión facial característica y una disposición típica de afrontamiento. A pesar de que existe mucha polémica a la hora de decir cuáles son las emociones básicas, lo cierto es que las citadas con más frecuencia son: alegría, tristeza, ira, sorpresa, miedo y disgusto.

Las emociones complejas también se conocen como emociones secundarias o derivadas (ya que se derivan de las básicas a partir de combinaciones entre estas). No presentan rasgos faciales característicos ni una tendencia particular a la acción.

También se distingue entre emociones positivas y emociones negativas (Estrada et al., 2014):

- Emociones positivas: Son agradables, se experimentan cuando se logra una meta y el afrontamiento consiste en el disfrute y bienestar que proporciona la propia emoción.
- Emociones negativas: Son desagradables, se experimentan cuando se bloquea una meta, ante una amenaza o una pérdida y requieren de energía y movilización para afrontar la situación de manera relativamente urgente.

4.5.3. Justificación y necesidad de la educación emocional

La Educación Emocional, anteriormente expuesta para diferenciarla de la IE y las competencias emocionales, según (Lladó et al., 2000) es:

Un proceso educativo, permanente y continuo, que persigue potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, siendo ambos, cognitivo y emocional, los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral (p. 243).

La educación de las emociones es, quizá, una de las más importantes tareas pendientes en nuestra sociedad.

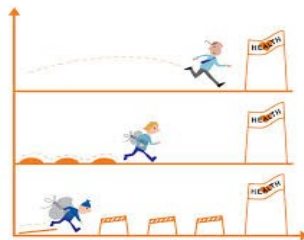
En cuanto a la psicopedagogía de las emociones, se les ha prestado poca atención en la investigación científica. Así, prácticamente hasta la década de los

noventa no se produce un cambio de dirección. Goleman (1995) se refiere a los elevados costes del analfabetismo emocional (crímenes, arrestos, violencia, uso de armas de fuego, suicidios, inseguridad ciudadana, depresión, ansiedad, estrés, desórdenes de la alimentación, abuso de drogas y alcohol). Para prevenir todo esto se necesitan estrategias de prevención y alfabetización emocional a través del sistema educativo. Aquí vamos a referirnos a la educación emocional como respuesta al déficit que presentan los presos.

En este estudio nos centramos en el cuidado de una población que se encuentra ingresada en un Centro Penitenciario con grandes carencias, los cuales nacen con cargas o desventajas y tienen que “saltar obstáculos” durante toda su vida y acumulan desventajas a lo largo de la misma, con respecto a otras personas que nacen con mayores oportunidades y es más fácil para ellos lograr una buena salud. La siguiente figura ilustra de forma clara este concepto de gradiente social de la salud

Figura 9

Gradiente social de salud.



Nota: *Norwegian Ministry of Health and Care Services (2006).*

Entre los argumentos que podrían esgrimirse para justificar la educación emocional de los presos, podemos destacar los siguientes

- Desde la Educación para la Salud (EpS): La finalidad de la educación es el pleno desarrollo de la personalidad integral del preso. La educación emocional ha quedado prácticamente olvidada en la práctica educativa. Y además teniendo en cuenta el abandono temprano de la escolarización de los internos, la educación emocional para la salud merece un espacio prioritario en las actividades sanitarias de las instituciones penitenciarias.

- Desde el autoconocimiento: Desde la antigüedad el hombre ha querido conocerse a sí mismo. Es importante que todas las personas tengan las mismas oportunidades de conocimiento, y los internos necesitan conocerse mejor para mejorar sus patrones de funcionamiento alterados.
- Desde la orientación profesional: La población penitenciaria tiene escasa formación profesional. No han trabajado nunca o lo han hecho con patrones de inactividad continuada en la mayoría de los casos. El índice de desempleados es un elemento de importante preocupación social. Se estima que en el futuro la mayoría de las personas pasarán por etapas de desempleo. Debemos enfocar la educación emocional en esta área porque los internos se ven a sí mismos con baja autoestima por no tener estudios ni preparación profesional. Abordar esta problemática desde la prevención implica preparar para la vida desde una perspectiva que contemple estas eventualidades.
- Desde las relaciones sociales: Es conocido que las relaciones sociales pueden ser una fuente de conflictos, tanto en la familia, como en la profesión, en la comunidad, el tiempo libre y cualquier contexto en que se desarrolle la vida de una persona. Estos conflictos a veces pueden llegar a producir reacciones violentas incontroladas.
- Desde la salud emocional: Los internos asumen valores y actitudes de la subcultura carcelaria, tratando de compensar las carencias a nivel personal. La autoestima del interno puede verse dañada por la estigmatización de ser un preso. Esta pérdida de la autoestima comporta la construcción de estereotipos sociales respecto a sí mismos, que convierte el estigma en autoestigma, generándole una situación de regresión situacional, con un descenso de su autoeficacia y desmotivación por participar en la sociedad (Pérez-Correa, 2013). No solo esto, sino que además el cumplimiento de la condena conlleva una ruptura con la familia, los amigos y el contexto social donde habitualmente se mueve la persona, que provoca una serie de cambios en su estado emocional, estados depresivos y falta de confianza en los profesionales y sus compañeros. (Redondo et al., 1993). Estos cambios

pueden llegar a dificultar la fluidez en sus actos y también alterar el estado de salud.

- Desde el nuevo rol de la enfermera de prisiones: Cada vez se ve más claro que el rol tradicional de la enfermera centrado en la asistencia sanitaria está cambiando, la atención está más enfocada en el cuidado biopsicosocial, cuidando a la persona de forma holística. Y podemos centrarnos en la educación emocional de los internos dentro de la EpS.

Se propone el desarrollo de conocimientos y habilidades sobre las emociones con objeto de capacitar al individuo para afrontar mejor los retos que se plantean en la vida cotidiana. Con la finalidad de aumentar el bienestar personal y social (García, 2003).

Se trata de educar el afecto, es decir, de impartir conocimientos teóricos y prácticos sobre las emociones.

Los objetivos de la educación emocional según Bisquerra (2009), pueden resumirse en los siguientes términos:

- Adquirir un mejor conocimiento de las propias emociones.
- Identificar las emociones de los demás.
- Desarrollar la habilidad de controlar las propias emociones.
- Prevenir los efectos perjudiciales de las emociones negativas.
- Desarrollar la habilidad para generar emociones positivas.
- Desarrollar una mayor competencia emocional.
- Desarrollar la habilidad de automotivarse.
- Adoptar una actitud positiva ante la vida.

Por extensión, los efectos de la educación emocional conllevan resultados tales como los que se mencionan a continuación:

- Aumento de las habilidades sociales y de las relaciones interpersonales satisfactorias.
- Mejora de la autoestima.
- Disminución del índice de violencia y agresión.
- Disminución de pensamientos autodestructivos.
- Menor conducta antisocial.
- Disminución en el consumo de drogas.
- Mejor adaptación laboral, social y familiar.
- Disminución de la tristeza y sintomatología depresiva.

- Disminución de la ansiedad y el estrés.

Y las habilidades que la educación emocional debe poner en juego, según Bisquerra, son a través de cuatro grandes bloques:

- La conciencia de uno mismo y la autoestima.
- La gestión de emociones y la autorregulación.
- Empatía.
- Las relaciones sociales y la resolución positiva de conflictos.

4.6. EFECTOS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LA VIDA PERSONAL Y LA SALUD MENTAL

La capacidad de predecir aspectos personales y sociales de la IE es consecuencia inmediata de su definición como un conjunto de habilidades intrapersonales e interpersonales. Por tanto, en último término, la satisfacción en la vida estará correlacionada con el nivel de IE (Wong, 2002). Si una persona con alta IE es capaz de comprender sus propias emociones y las de los demás, y aprovechar este conocimiento para mejorar sus conductas y actitudes, debería poder lidiar mejor con las emociones generadas desde su interior y alcanzar mayor satisfacción en su vida. Los estudios empíricos han puesto de manifiesto tal relación (Law et al., 2004; Libbrecht et al., 2014; Wong, 2002).

Niveles bajos de IE se relacionan con ciertos problemas emocionales, mayor ansiedad, depresión y estrés, problemas de personalidad y tendencia a conductas adictivas. Según estos estudios las personas emocionalmente inteligentes, tendrán una mejor salud mental. Otros estudios afirman que la IE es un factor protector frente a la aparición de trastornos psicológicos, como la ansiedad o la depresión, dado que disminuye la vulnerabilidad al estrés y evita la aparición de estos trastornos (Bermúdez et al., 2003; Choubey et al., 2009; Extremera & Fernández-Berrocal, 2005; Fernandez-Berrocal et al., 2006; Martínez et al., 2010; Sánchez et al., 2006; Colorado, 2012; Laporta Herrero et al., 2016; Mamani-Benito et al., 2018).

Otros estudios han comprobado que existe una correlación positiva entre IE y bienestar emocional y psicológico. Los resultados demuestran que cuanto más IE mayor bienestar psicológico posee una persona. Asimismo, las personas con

desajuste emocional presentan altos niveles de atención emocional y bajos o moderados de Claridad y Reparación emocional (Alzina, 2003c; Alzina et al., 2004; Bermúdez et al., 2003; Choubey et al., 2009; Extremera & Fernández-Berrocal, 2004; Fernandez-Berrocal et al., 2006; Sánchez-López et al., 2015; Noronha et al., 2018; Irasema et al., 2018).

La mayoría de los estudios demuestran que cuanto mayor IE posea una persona mejor salud mental tendrá. Algunas investigaciones afirman que bajo ciertas circunstancias altos niveles de IE pueden ser perjudiciales para la salud. La IE puede ser útil para reducir el estrés, pero solo en algunas personas. Se ha comprobado que no todos los aspectos de la IE resultan beneficiosos, dado que las personas con altos niveles de percepción de emocional tienden a ser más vulnerables a los efectos adversos del estrés. Se ha demostrado que las personas menos perceptivas emocionalmente no se ven así mismas deprimidas, desesperanzadas ni tienen ideación suicida (Ciarrochi et al., 2002; Extremera & Fernández-Berrocal, 2005).

Existen diferentes estudios, como hemos ido viendo, que han comprobado que las emociones tienen una gran influencia en la salud de las personas, estableciendo correlaciones entre el sistema nervioso (por donde fluyen las emociones) y el inmunológico. Cuando hay un funcionamiento óptimo del sistema inmunológico es porque existe una correcta regulación emocional. Si describimos las emociones en positivas y negativas, podríamos decir que las positivas (el optimismo, la alegría, la esperanza, la comprensión, la solidaridad) previenen la enfermedad o la soportan mejor y aportan más garantía de éxito hacia la recuperación de la salud, y, por el contrario, que las negativas (ira, desesperanza, estrés, ansiedad, depresión, tristeza, pesimismo), alteran el sistema inmunológico, favorece la aparición de la enfermedad y la recuperación es más lenta y con menos garantía de éxito.

En este sentido, la concepción biopsicosocial de la medicina en el tratamiento de las enfermedades (y también en la prevención de estas) considera tratamientos integrales que relacionan mente, cuerpo y contexto. Con el resultado de todos estos estudios empíricos nace un nuevo campo de investigación, la Psiconeuroinmunología (PNI), que estudia los vínculos que existen entre el sistema inmunológico y el sistema nervioso central. Abundando más en el tema de las emociones negativas como perturbadoras de la salud, se descubrió que los sujetos

que padecían ansiedad crónica, hostilidad, periodos grandes de depresión, tristeza o pesimismo, doblaban el riesgo de contraer enfermedades como dolores crónicos de cabeza, asma, artritis, úlceras pépticas o problemas cardíacos, a causa del efecto poderoso de estas emociones en el sistema nervioso autónomo (simpático) que es el que regula diversas funciones del organismo. Otra correlación entre emociones y el sistema inmunológico es la gran influencia en el organismo de las hormonas que se liberan con el estrés (fundamentalmente adrenalina, noradrenalina y cortisol) que obstaculizan o neutralizan ciertas funciones de las células inmunológicas (Corrales, 2010).

4.7. REVISIÓN DE INVESTIGACIONES EMPÍRICAS NACIONALES E INTERNACIONALES SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN EMOCIONAL EN PRESOS

En un estudio donde los autores describieron las asociaciones entre una cognición disposicional de la esperanza y los estilos habituales de procesamiento de la atención y la angustia de 203 mujeres en prisión, hallaron que cuanto mayor era el nivel de esperanza, menores eran las calificaciones de sus síntomas psicológicos. La atención positiva se asoció con una mayor esperanza y una menor angustia psicológica. Y una atención negativa se relacionó con una menor esperanza y una mayor puntuación de angustia psicológica (Mak et al., 2021). Es por lo que hace falta intervenciones para modificar los estilos de atención, ya que pueden tener valor para el aumento de la esperanza y reducir los síntomas psicológicos y comportamientos dañinos en la población presidiaria.

Nesset et al. (2021) compararon la efectividad de la terapia grupal cognitivo-conductual dirigida por enfermeras frente a la terapia grupal de reducción del estrés basada en la atención plena para mejorar los resultados de salud mental y la regulación de las emociones, entre los que han infligido violencia a la pareja y que voluntariamente buscan ayuda. Se informó una reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, sin diferencias entre los grupos. Los dos grupos tuvieron una reducción pequeña pero estadísticamente significativa en las puntuaciones de la Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones a los 12 meses de

seguimiento. Las puntuaciones totales de síntomas se mantuvieron altas en ambos grupos.

Para ver cómo el encierro afecta el nivel cognitivo de los presos, se evaluó en el estudio de Umbach et al. (2018) la regulación de emociones, el control cognitivo y el reconocimiento de emociones. Los resultados sugieren que el encarcelamiento empeora un factor de riesgo conocido de delincuencia (funcionamiento cognitivo) y que una intervención de terapia cognitivo-conductual, entrenamiento de atención plena (TCC / MT) puede ayudar a prevenirlo.

Choice Theory® Connections (CTC) es un programa de intervención previo al lanzamiento adaptado al género basado en *Choice Theory® Connections* (CTC) (Glasser, 1999), es un programa que enseña a las personas a distinguir los impulsos subyacentes a sus comportamientos y presenta nuevas habilidades para crear relaciones sostenibles y saludables. Ayuda a la rehabilitación, a tomar decisiones más efectivas. Y autogenera desafíos únicos que enfrentan las mujeres encarceladas, proporcionando una vida más productiva, dentro y fuera de la prisión, y diseñado para lograr un cambio cognitivo y conductual significativo en mujeres presas (Grills et al., 2015). En la intervención participaron un total de 96 presas del estado de California, un grupo introductorio y otro avanzado. Tras la intervención mejoró significativamente el estrés percibido, la atención plena, la regulación de las emociones, la impulsividad y el bienestar al finalizar; los efectos fueron más fuertes para la cohorte introductoria, pero también surgieron efectos significativos para la cohorte avanzada.

La intervención de Martínez et al. (2020), mide los efectos en competencia cognitiva en 100 condenados por violencia de género, que completaron un programa penitenciario de tratamiento en la comunidad, que fueron evaluados pre y post-tratamiento en la competencia cognitiva. Esto es autoconcepto, IE, atribución de responsabilidad, destrezas cognitivas para el afrontamiento de eventos estresantes en pareja, expresión y control de la ira, y creencias irracionales y pensamientos distorsionados. Con el tratamiento mejoró el control de la ira y el uso de estrategias adaptativas para el afrontamiento de eventos estresantes en pareja. Redujo el uso de estrategias desadaptativas y las creencias irracionales y pensamientos distorsionados relacionados con el uso de la violencia, rol de género y dependencia emocional.

En el estudio de Rodríguez-Espartal y Lopez-Zafra (2013) comprobaron, con un programa emocional para presos por violencia de género, mayor eficacia que el tratamiento cognitivo-conductual, donde los resultados mostraron mayor descenso de los pensamientos distorsionados sobre la mujer y sobre el uso de la violencia y unas mayores expectativas de cambio. El grupo control comparativo obtuvo un aumento de resultados negativos.

La IE baja está implicada en comportamientos desadaptativos, incluida la delincuencia juvenil. En el estudio de Milojević et al. (2016), se busca establecer si los delincuentes juveniles tienen más baja la IE en comparación con un control de pares de la población no clínica. Los participantes fueron 45 delincuentes juveniles condenados y 54 de la población general. El grupo de delincuentes puntúo significativamente más bajo en la IE del rasgo global y en tres de sus cuatro factores de la escala TEIQue-AF: Emocionalidad, bienestar y autocontrol. Los delincuentes exhiben una menor autoeficacia a la hora de percibir, expresar y regular emociones, y es más probable que tengan una visión más lúgubre de su presente y de su futuro.

Los programas de reducción de la violencia juvenil es una necesidad para prevenir delitos violentos y delictivos a largo plazo, su eficacia en los delincuentes violentos no está bien investigada. El estudio de Zhou et al. (2018) investiga la efectividad de un programa de prevención de violencia para abordar la ira, agresión, el autocontrol y la empatía de los jóvenes violentos. 170 jóvenes completaron el programa VPP (Programa Prevención de la Violencia) de 2008 a 2014, con medidas de autoinforme sobre los resultados del estudio antes y después de la intervención. Donde se revela la mejora significativa en la ira, agresión y el autocontrol después del tratamiento, pero los cambios en la empatía de los jóvenes no fueron significativos. El análisis post encontró que los jóvenes con empatía más baja antes del tratamiento mostraron una mayor empatía después del mismo. Los resultados sugieren que el programa puede reducir la agresión y mitigar las necesidades criminógenas de los delincuentes juveniles.

Hay evidencia científica que vincula la criminalidad con la inteligencia cognitiva y rasgos de personalidad. En el estudio de Megreya (2015) se examinó la relación entre la IE y el comportamiento delictivo. Se administró el Inventario de Cociente Emocional de Bar-On (EQi) a cien delincuentes varones adultos egipcios

que habían sido condenados por robo, tráfico de drogas o asesinato y a 100 no delincuentes. Los delincuentes tenían niveles más bajos de IE que los no delincuentes. Además, la IE variaba en función de los tipos de delitos. Es decir, disminuyó según la gravedad del delito (más baja para el asesinato, más alta para el tráfico de drogas y más alta para el robo). Estos resultados convergieron con la teoría de la agresión directa/indirecta que sugiere que la agresión indirecta requiere más inteligencia social que la agresión física. Por lo tanto, los programas de intervención con presos deben incluir capacitación en IE, especialmente cuando hay violencia.

Los niños de padres presos tienen mayor riesgo de sufrir trastornos emocionales y de comportamiento. Se llevó a cabo un Programa de Emociones para enseñar la regulación de las emociones y las habilidades de entrenamiento de las emociones a las madres encarceladas, para ayudarlas y ayudar a sus hijos a enfrentar mejor el estrés asociado con el encarcelamiento y la transición a casa desde la prisión (Shortt et al., 2014). Todas las madres fueron evaluadas antes y después del programa, y nuevamente 6 meses después de la salida de la prisión. Se observaron efectos moderados de interacción de tiempo por grupo para los aspectos de regulación de las emociones, comportamiento de socialización de emociones y comportamiento delictivo en las madres, y los participantes mostraron una mejora en relación con el grupo control.

Los resultados del estudio de Mechling et al. (2021) en niños, custodiados por los servicios sociales, que tienen padres con adicción, dichos niños tienden a desarrollar enfermedades mentales y abuso de sustancias. Los resultados apoyan a las enfermeras de Salud Mental para liderar el desarrollo e implementación de intervenciones, con un enfoque basado en las fortalezas para promover el conocimiento y la resiliencia. Se abordan las experiencias y necesidades de estos niños. Sin intervenciones centradas en los niños para fomentar su resiliencia, persistirán las ramificaciones generacionales del consumo de drogas.

Según el metaanálisis de Martins et al. (2010), la IE-rasgo se asocia positivamente con la salud. Mikolajczak et al. (2015) confirman que las competencias emocionales predicen la salud.

En el metaanálisis de Durlak et al. (2011), se confirma la validez y efectividad de los programas psicoeducativos, por lo que su implementación será beneficiosa tanto para prevenir los problemas como para tratarlos cuando ya se hayan

diagnosticado. En dicho estudio demostraron una mejora significativa en las habilidades sociales y emocionales, las actitudes, el comportamiento y el rendimiento académico de los alumnos estudiados en población no reclusa.

Los resultados de los estudios en población no reclusa han evidenciado que los programas que mejoran la IE, además de optimizar este constructo (Di Fabio & Kenny, 2011; Qualter et al., 2007) estimulan el desarrollo de las habilidades sociales interpersonales (Gore, 2000; Sarrionandia & Garaigordobil, 2017); la empatía (Castillo et al., 2013; Mendoza et al., 2003; Byrne et al. 2005; Garaigordobil, 2000) y la salud mental (Rong et al., 2021; Kahlon et al., 2021); y disminuye los efectos negativos (Morales, 2013); la depresión y la somatización (Ruiz-Aranda et al., 2012; Poudel-Tandukar et al., 2021).

En una muestra de 12 reclusos tras la participación en un programa de intervención y educación social, se encontraron mejoras significativas en las competencias sociales (agresividad, retraimiento, inmadurez y resolución de problemas en las relaciones sociales) (Guerreiro et al., 2007).

En cambio en el estudio de Díaz y Girón (2016), tras la intervención de un taller en habilidades sociales, se compararon los resultados entre el grupo estudio y control y los resultados no indicaron diferencias, ni peor salud ni autorregulación. El tiempo de condena o la reclusión tampoco tuvo diferencias significativas en la autorregulación y la salud de los internos tras la intervención.

En un estudio donde los autores compararon la resiliencia y la satisfacción con la vida en mujeres en libertad y presas, los resultados indicaban que las emociones negativas tienen una relación significativa con la satisfacción con la vida. Finalmente, estos hallazgos mostraron una diferencia significativa entre la puntuación media de la satisfacción de la vida, tolerancia de las emociones negativas y cambio positivo de aceptación entre los dos grupos (Afra et al., 2017).

Asimismo, se demuestra en otro estudio de Sygit-Kowalkowska et al. (2017), que los recursos personales y sociales permiten una mejor adaptación y capacidad de recuperación psicológica. Estudiaron a mujeres encarceladas donde los resultados demostraron correlaciones entre la resiliencia y la depresión, siendo el mayor afrontamiento y la tolerancia a emociones negativas un factor en la predicción del estado de ansiedad. La resiliencia se correlaciona con la

autoevaluación positiva, la perspectiva de mundo y el futuro, y es predictora de la emocionalidad positiva de las personas. Cuanto mayor es el nivel de resiliencia, mayor es el nivel de satisfacción y menor el nivel de depresión.

Quiceno et al. (2012) evalúan las diferencias de la Calidad de Vida Relaciona con la Salud (CVRS), la resiliencia y la felicidad en hombres privados de libertad y no privados, utilizando el cuestionario SF-36 (*Short Form-36 Health Survey*), siendo inferior la dimensión de la función social entre los presos en comparación con los no presos. Los resultados sobre resiliencia donde no hubo diferencias significativas sugieren la similitud entre los datos de ambos grupos. Demuestran capacidad de perseverancia, adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable para lograr la autoaceptación tanto de sí mismos como de su vida, a pesar de la situación que están viviendo. Con la encuesta SF-36 también se midió a los penados con Trastorno Límite de Personalidad (TLP), y estos tenían peor calidad de vida y tasas más altas de trastornos del estado de ánimo, ansiedad, brotes psicóticos y trastornos de la alimentación que los presos sin TLP (Black et al., 2007).

Así mismo, las presas consumidoras mostraron menor nivel de apoyo social percibido y de resiliencia que las no consumidoras en prisión (Caravaca-Sánchez et al., 2020). Estos resultados demuestran que el apoyo percibido y la resiliencia son factores de protección ante el consumo en prisión, por lo que se deben trabajar en programas de prevención durante la pena privativa de libertad. En la misma línea de búsqueda de ayuda dentro de la prisión por los presos, según Villa et al. (2011), las mujeres adictas son menos asertivas que los hombres, y los pacientes dependientes afectivos tienen severos déficits de asertividad.

Woods et al. (2020) determinaron los efectos sobre el conocimiento de la salud mental, las intenciones de buscar ayuda, el bienestar y la resiliencia. El grupo intervención mejoró el conocimiento de salud mental. En el análisis de los grupos focales se reveló un aumento de la esperanza, la eficacia del afrontamiento y las intenciones de comprometerse más con otros internos después de haber realizado la intervención con el programa SOMS (*State of Mind Sport* basada en el deporte, del estado de la mente). Sin embargo, el miedo a la estigmatización por otros reclusos y la falta de confianza en los demás siguen siendo un obstáculo para buscar ayuda.

Según Skowroński y Talik (2018), los presos con un alto nivel de calidad de vida en todas sus dimensiones tanto psicofísica, psicosocial, personal y metafísica,

a diferencia de los reclusos que tenían menor nivel de calidad de vida, preferían las estrategias de afrontamiento activas, de planificación, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo emocional, revalorización positiva y desarrollo para combatir el estrés.

Por otro lado, según Mannocci et al. (2015), revelan que de los 121 reclusos participantes en el estudio, los que realizaban mayor actividad física tenían mejores resultados en los componentes físicos y mentales de CVRS. Así como las variaciones del Índice de Masa Corporal (IMC) están asociadas inversamente a la CVRS.

Según Shrestha et al. (2017) el apoyo social puede amortiguar el impacto negativo de la depresión en la CVRS de presos con VIH.

En un estudio con 112 presas, tras tres meses de encarcelamiento, el bienestar mental mejoró un poco, aunque seguía siendo más bajo que el de la población general inglesa. El componente físico de la escala SF-36 no mejoró tras dichos meses de encarcelamiento (Plugge et al., 2011).

En un estudio con 500 presos de cuatro Centros Penitenciarios de Barcelona, se muestra la calidad de vida de los internos, difiriendo según la cárcel donde se encuentran. Estas diferencias no solo obedecen al historial del interno, sino también a la organización del centro y al sistema de relaciones interpersonales que se den en estas prisiones (Menes et al., 2018).

Tener un trastorno por uso de sustancias (TUS), parece ser el factor clave que contribuye a peores resultados penitenciarios para los internos con trastornos mentales. Es fundamental garantizar un tratamiento para los internos con patología dual para mejorar la calidad de vida. En el estudio de Wilton y Stewart (2017), en Canadá, los cuatro grupos estudiados (aquellos con trastorno mental, TUS, patología dual y aquellos sin trastorno) se compararon por perfiles, antecedentes penales, cargos mientras estaban encarcelados (cargos institucionales) y condenas después de la liberación del encarcelamiento. Los internos con patología dual tenían antecedentes penales más graves, tasas más altas de cargos institucionales, transferencias a segregación mientras estaban presos y reconveniones. El grupo con solo trastornos mentales tuvo resultados

intermedios. Entre los cuatro grupos, el grupo con TUS tuvo las calificaciones más altas (moderadas o altas).

Teniendo en cuenta la edad de los internos, que cada vez va en aumento en las cárceles españolas (más del 5.44% tienen más de 60 años según últimos datos de febrero de 2021, estadística semanal - IIPP), en el estudio de los autores Combalbert et al. (2018) se compararon un grupo de internos de 50 años o más con otro grupo de las mismas edades no presos. Se administró a cada participante dos evaluaciones de las funciones cognitivas ejecutivas, el mini examen del estado mental y la batería de evaluación frontal, junto con los programas de autoevaluación de la salud (Perfil de salud de Nottingham - NHP) (Teixeira-Salmela et al., 2004); el estado subjetivo de salud mental y la calidad de vida (Cuestionario de calidad de vida de la OMS - WHOQOL) (Harper et al., 1998). Hubo diferencias muy significativas entre los dos grupos en términos de desempeño cognitivo, salud percibida y calidad de vida. Sin embargo, no hubo una asociación significativa entre el deterioro cognitivo y la salud o la calidad de vida percibidas.

Jamin et al. (2021), afirman que el apoyo psicosocial y médico debe mejorarse y ajustarse a las necesidades de los consumidores de drogas dentro y fuera de la prisión. Para mejorar la calidad y la continuidad de la atención entorno a la libertad, las perspectivas y estrategias de afrontamiento de las personas que consumen drogas, deben utilizarse para abordar mejor sus necesidades y las barreras al tratamiento, y que los internos cuando salen en libertad tienen diferentes problemas que les hacen volver a reincidir como: falta de vivienda estable, apoyo al empleo, acceso a los servicios, prestaciones sociales, viejos hábitos, problemas de salud mental y redes sociales interrumpidas, llevan a los presos a adoptar de nuevo estrategias aprendidas individuales y negativas.

González Collado et al. (2019) analizaron la IE en presos con discapacidad intelectual. Los presos tras una intervención directa mejoraron las cinco dimensiones de la IE trabajadas (autoconciencia, autocontrol, autoestima, reconocimiento emocional y relaciones interpersonales).

Según Woodall (2020), en las cárceles de Inglaterra y Gales, analizan las características de la vida en prisión que actúan para empoderar al preso, ayudando a tener un mayor control sobre su salud. Como ejemplo, se utilizaron enfoques de

pares diseñados para mejorar la salud y donde los presos se sentían parte de procesos democráticos donde podían influir en el cambio.

Blagden et al. (2016), exploran las experiencias y perspectivas del entorno carcelario. Utilizan un diseño de metodología mixta con las experiencias de los presos y los funcionarios. Donde los presos experimentaron opiniones positivas sobre las relaciones con el personal que contribuyó a cambios positivos. Se debate la rehabilitación en las cárceles de Inglaterra y Gales dentro del estudio de Bullock y Bunce (2020), y la rehabilitación se ve influenciada por la naturaleza del apoyo organizativo para la misma, las características de las intervenciones implementadas para apoyar la rehabilitación y el clima carcelario. La falta de interés entre el personal penitenciario, la falta de empatía y preocupación y las relaciones interpersonales entre el personal penitenciario y los presos alteran aún más cualquier espíritu de rehabilitación.

Así, en otro estudio de Perrin et al. (2018) con presos por delitos sexuales, utilizando la metodología mixta, encontraron la importancia de la “seguridad experimentada” para que los presos tengan cambios. Los presos así van creando nuevos significados en sus vidas logrando un propósito dentro de la cárcel. Aceptando las experiencias negativas y cultivando relaciones significativas con otras personas.

En la revisión de Bagnall et al. (2015) sobre la efectividad de la educación y apoyo entre pares en las cárceles utilizando metodología mixta, observaron que las intervenciones de educación entre pares son efectivas para reducir las conductas de riesgo, y que los servicios de apoyo entre pares son aceptables dentro del entorno carcelario y tienen un efecto positivo en los internos, práctica o emocionalmente.

Alòs et al. (2009) realizan a los participantes una entrevista en profundidad para comprobar si el trabajo en prisión contribuye a una futura reinserción. Los internos valoran poder trabajar en los talleres porque les ayuda a normalizar una vida cotidiana en la cárcel y así salir en libertad acostumbrados a la rutina del trabajo.

Los hallazgos de los autores Capon et al. (2020), identifican la comunicación como un tema clave para el acceso a la atención médica entre los presos. Este

estudio tiene como objetivo explorar las experiencias y las percepciones de los presos sobre la prestación de servicios de atención médica en Australia, mediante 24 grupos focales, con 128 participantes, mediante entrevistas semiestructuradas que exploraron experiencias de atención de la salud en prisión y las barreras para acceder a los servicios de salud en el entorno penitenciario. Leder (2018) propone los beneficios que se producen con una conversación, la que existe entre los que padecen dolor/enfermedad crónica y están encarcelados Especialmente cuando la persona enferma se siente atrapada en un sistema médico que puede ser deshumanizante. Los presos emplean estrategias para salir de todo esto, como la adaptabilidad dentro de los límites del dolor; libertad mental o capacidad de elegir respuestas emocionales y de expandir el intelecto y el espíritu, aunque el cuerpo esté confinado; y superando el aislamiento a través de relaciones empáticas con los demás.

**V - LA SANIDAD ESPAÑOLA
PENITENCIARIA.
PROGRAMAS SANITARIOS
DE INTERVENCIÓN**

CAPÍTULO V.- LA SANIDAD PENITENCIARIA ESPAÑOLA. PROGRAMAS DE SANITARIOS DE INTERVENCIÓN

La sociedad y las prisiones no viven ajenas una de la otra , y los problemas de salud en las prisiones pueden repercutir en la sociedad (Carrasco, 2015).

La Sanidad Penitenciaria (SP), es un término tomado de los textos legales para definir “toda actividad promovida desde la prisión para la prevención y restauración de la salud de las personas reclusas”(Zulaika et al., 2012, p 91). En España se habla de la SP como un elemento propio de la organización de las prisiones apareciendo como un concepto en el ordenamiento legal ya en el siglo XIX según Tárrega (citado por Carrasco, 2015).

Se crea la Subdirección General de SP, por Real Decreto 148/189, de 10 de Febrero (*Real Decreto 148/1989, de 10 de febrero, por el que modifica parcialmente la estructura orgánica básica del Ministerio de Justicia (Boletín Oficial del Estado, nº 38, Martes 14 de Febrero de 1989).*, 1989) que impulsa los programas necesarios y los recursos para dar respuesta a los problemas sanitarios de prisiones.

En 1997 se crea la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Se consigue tras su creación que los profesionales sanitarios penitenciarios salieran de la invisibilidad que arrastraban por la falta de reconocimiento de su trabajo, y así impulsar la labor investigadora, la creación de una Revista Científica, “Revista Española de SP”, y la celebración de Congresos y Jornadas (Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, 2014).

5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN GENERAL PENITENCIARIA

La memoria utilizada para describir los datos o resultados en salud son de la memoria de 2019 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. A fecha de la elaboración de esta tesis no está todavía editada la memoria de 2020, salvo algunos datos que se pueden obtener de la estadística mensual de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, como el total de la población, donde nueve de cada diez internos son hombres (93.26%), un total de 51.229 internos y 3.993 internas (7.08%).

Según la memoria de 2019 de IIPP la población reclusa en los Centros Penitenciarios a nivel nacional a 31/12/2019 fue de 50.129 internos (Tabla 3). Este año, en relación con 2018, finalizó con 392 internos menos (0.8%).

Tabla 3.

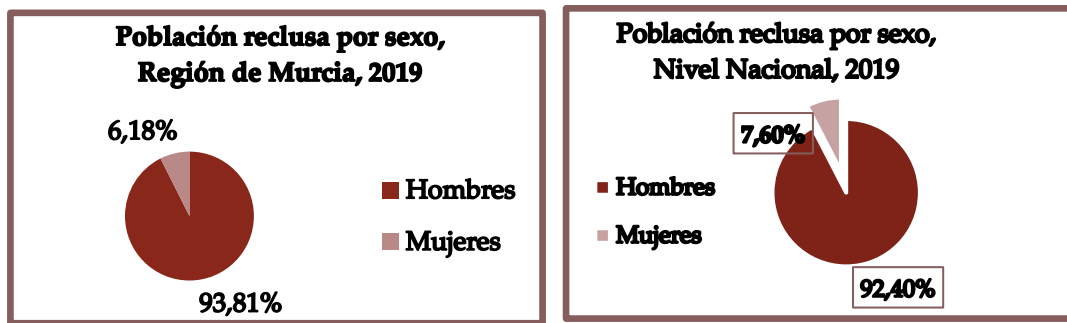
Distribución de la población reclusa por sexo Total Nacional.

	Total 31-12-2018 (%)	Total 31-12-2019 (%)	Variación anual (%)
Hombres	46.6759 (2.4%)	46.318 (92.4%)	357 (,8%)
Mujeres	3.846 (7.6%)	3.811 (7.6%)	35 (0.9%)
Total	50.521 (100%)	50.129 (100%)	392 (-,8%)

Nota: Elaboración propia a partir del Anuario de 2019 de la SGIP.

Figura 10.

Población reclusa en la Región de Murcia y a nivel Nacional por sexo en 2019.



Nota: Elaboración propia con datos de la web de la Secretaría General de IIPP (SGIP).

Por situación procesal-penal, el 81.8% de la población reclusa está condenada a penas de prisión. Los hombres representan el 81.8% del total y las mujeres el 82.6% del total. 50129 (46318 hombres y 3811 mujeres) Y el 15.6% se encuentran en situación preventiva (Ministerio del Interior, 2019).

Tabla 4

Población reclusa por situación procesal-penal, según sexo.

	Hombres	Mujeres	Total
Preventivos	7.242 (15.6%)	596 (15.6%)	7.838 (15.6%)
Penados	37.881 (81.8%)	3.148 (82.6%)	41.029 (81.8%)
Penados con preventivas	705 (1.5%)	42 (0.7%)	730 (1.5%)
M. Seguridad	49 (1.1%)	3.811 (1.1%)	532 (1.1%)
Total	46.318 (100%)	3.811 (100%)	50.129 (100%)

Nota.: Elaboración propia a partir del Anuario de 2019 de la SGIP.

Hay una tendencia decreciente en el número de internos, desde el año 2009 que fue de 76.079 internos a nivel nacional hasta principios de 2021 que fue de 55.222, el descenso acumulado ha sido de un 27.41%.

Figura 11

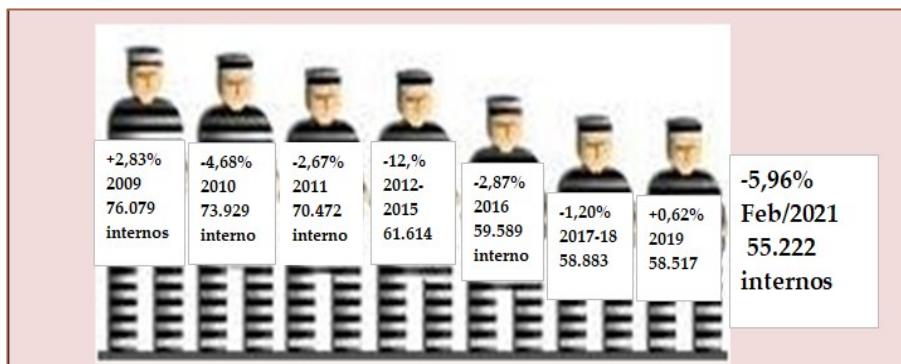
Población reclusa por nacionalidad



Nota: Elaboración propia a partir del Informe General SGIIPP (2019).

Figura 12

Descenso de la población penitenciaria desde el año 2009 al 2021



Nota: Elaboración propia a partir de los datos de SGIIPP (2021)

Según los grupos de edad, finalizado el año 2019, la población reclusa en hombres con menos de 30 días en prisión por meses fue de 18-20 años (3.6%); de 21-25 años (10.6%); de 26-30 años (14.1%); de 31-40 años (31.5%); de 41-60 años (36.1%) y de más de 60 años (3.9%).

Es decir, nos aproximamos a que tres de cada cuatro internos (72.1%) tengan edades comprendidas entre los 31 y los 60 años. La población reclusa en mujeres con menos de 30 días en prisión por meses, según grupos de edad en el año 2019 fue: de 18-20 años (2.2%); entre 21 y 25 años (9.4%); entre 26 y 30 años (13.9%); entre 31 y 40 años (32.8%); entre 41 y 60 años (37.6%) y más de 60 años (4%) (SGIIPP, 2019).

Tabla 5

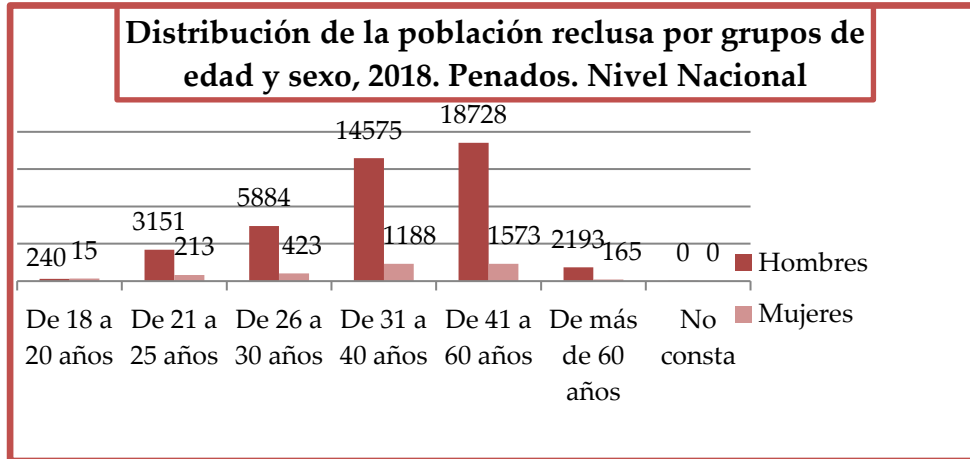
Distribución de la población reclusa según nacionalidad y sexo

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Españoles	34.715	74,9	2.813	73,8	37.528	74,9
Extranjeros	11.603	25,1	998	26,2	12.601	25,1
Total	46.318	100	3.811	100	50.129	100

Nota: Elaboración propia a partir de los datos del Informe General SGIIPP (2019).

Figura 13

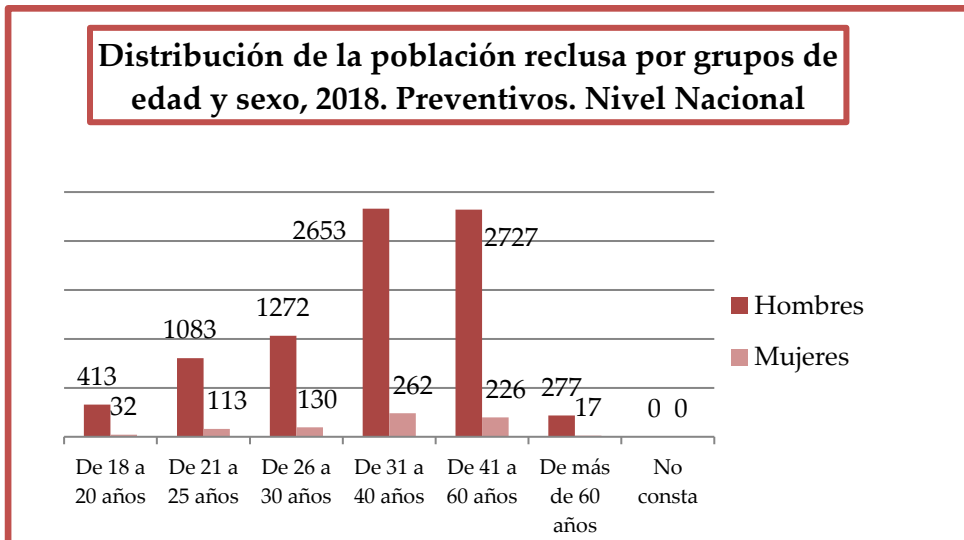
Distribución de la población reclusa por grupos de edad en penados. Nivel Nacional.



Nota: Elaboración propia con datos de la web de la Secretaría General de IIPP.

Figura 14

Distribución de la población reclusa por grupos de edad en preventivos. Nivel Nacional.



Nota: Elaboración propia con datos de la web de la Secretaría General de IIPP.

En el año 2019, los hombres se encuentran en prisión en aplicación de la Ley Orgánica 10/95 del Código Penal, por los siguientes delitos: contra el patrimonio y el orden socioeconómico (35.8%) y contra la salud pública (18.2%); delitos relacionados con violencia de género (10.7%); homicidio y sus formas (7.2%); y contra la libertad sexual (7.2%). Las cinco categorías delictivas representan el 79.1% del total de delitos. En el caso de las mujeres se encuentran en prisión en aplicación de la Ley 10/95 del Código Penal, por los siguientes delitos: contra la salud pública (28.5%) y contra el patrimonio y el orden socioeconómico (36.9%), homicidio y sus formas (8.6%). Es decir, por estos delitos se encuentran en prisión siete de cada diez internas (74%).

El porcentaje de mujeres representa en España el 7.6% de la población reclusa, siendo el más alto en el promedio de países europeos que tienen entre un 4% y 6%, estando sus delitos relacionados, en la mayoría, contra la salud pública (tráfico de drogas). Entre los factores relacionados al acto delictivo, los estudios describen que son las mujeres más vulnerables socialmente o que se mueven en entornos relacionados con la exclusión social, las que tienen más posibilidades de entrar en el círculo delictivo y en el sistema penal penitenciario, albergando los centros, en su mayoría, personas que se han desarrollado en contextos desfavorecidos o excluidos socialmente, pertenecientes muchos de ellos a familias con una historia extensa de pobreza y exclusión social (Sanchez, 2012).

Tabla 6

Tipología delictiva de la población reclusa. Ley orgánica 10/1995, 23 noviembre del Código Penal.

Ley Orgánica 10/95	Hombres	Mujeres	Totales
Homicidio y sus formas	3.329	328	3.657
Lesiones	2.064	139	2.203
Contra la libertad	626	51	677
Contra la libertad sexual	3.344	54	3.104
Delitos y faltas de violencia de género	4.961	0	3.398
Contra las relaciones familiares	169	12	181
Contra el patrimonio y el orden socioeconómico	16.539	1.402	17.941
Contra la salud pública	8.407	1.085	9.492
Contra la seguridad del tráfico	1.126	31	1.157
Falsedades	574	95	669
Contra la Administración y Hacienda Pública	257	21	278
Contra la Administración de Justicia	730	117	847
Contra el orden público	2.078	198	2.276
Por faltas	21	2	23
Resto de delitos	835	149	984
No consta delito	1.102	119	1.221
Total	46.162	3.803	49.965

Nota: Estadística General de Población Penitenciaria a 31-12-2019 (AGE).

Esta situación de vulnerabilidad social y riesgo de exclusión social se hace más patente en las personas que sufren una Enfermedad Mental, debido a los múltiples factores de riesgo de exclusión a los que se pueden enfrentar, tanto sociales, como laborales, formativos y sociosanitarios. Por otra parte, hay que tener en cuenta que la situación de encarcelamiento para cualquier persona supone una experiencia traumática, al menos, en los primeros momentos del ingreso, ya que supone un esfuerzo de adaptación constante que genera tanto en el interno como en su familia una serie de problemas afectivos, emocionales, cognitivos y perceptivos que suscita el interés por conocer los aspectos psicológicos más prevalentes y relevantes (Rey, 2013).

En resumen, el perfil del preso en Instituciones Penitenciarias en España está formado fundamentalmente por hombres españoles, aunque en los últimos años han aumentado las personas de otras nacionalidades, penados, cuya media de edad se encuentra entre los 41- 60 años, con un nivel de estudios y cualificación laboral bajos, siendo funcionalmente analfabetos, no habiendo trabajado casi nunca y con escasas habilidades sociales y que han vivido en ambientes deprimidos, ingresando por primera vez en un centro penitenciario a una edad temprana, siendo significativo el número de drogodependientes, enfermos mentales y reincidentes. La situación procesal-penal en la que se encuentran la mayoría de los internos es el cumplimiento de la pena de prisión en régimen penitenciario de segundo grado, siendo los delitos mayoritarios relacionados con la propiedad en el caso de los hombres y en el caso de las mujeres el delito principal es contra la salud pública (tráfico de drogas) (SGIP, 2019).

5.2. CARACTERÍSTICAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN GENERAL PENITENCIARIA

La Administración del Estado se responsabiliza del cuidado de la salud física y mental de los ingresados en prisión, así como del mantenimiento de unas adecuadas condiciones de higiene y salubridad de los establecimientos.

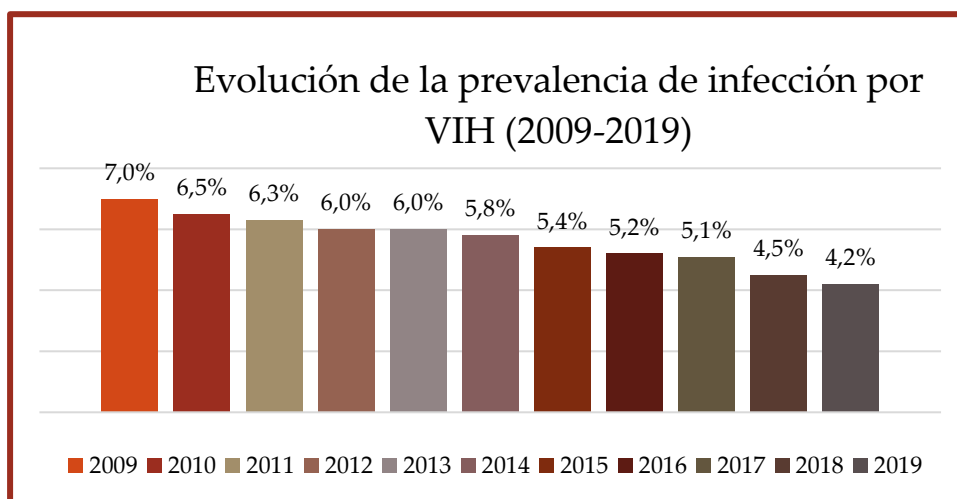
5.2.1. Enfermedades más prevalentes en prisión

La prevalencia de internos con infección por VIH conocida, en el año 2019 ha sido de 4.2%, ligeramente inferior al año anterior (IIPP, 2019).

Solo se ha notificado un caso de SIDA en el año 2019, y un fallecimiento por ello.

Figura 15

Evolución de la prevalencia de infección por VIH (2009-2019)

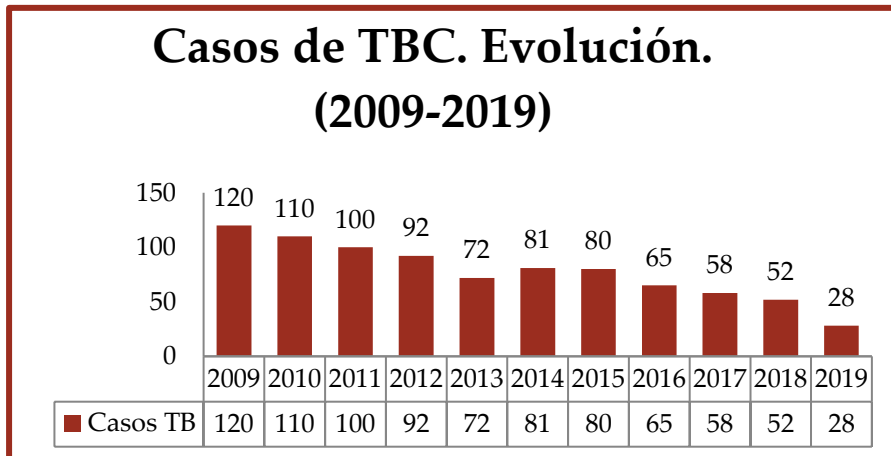


Nota: Elaboración propia a partir del Informe General de SGIIPP (2019).

Respecto a la tuberculosis (TBC) se notifican al Sistema de Vigilancia Epidemiológica los casos diagnosticados en prisión de forma numérica e individualizada. Las notificaciones individualizadas pasan a formar parte del Registro de Casos de Tuberculosis, que recoge información detallada sobre las características clínico-epidemiológicas de los casos y su evolución, y se completa mediante el cruce con otras fuentes de información.

Figura 16

Casos de tuberculosis. Evolución del número de TBC



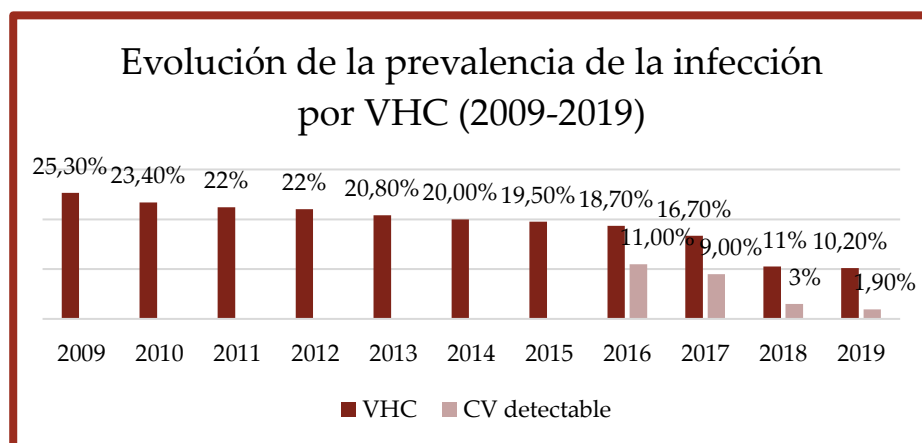
Nota: Elaboración propia con los datos del Informe General de la SGIIPP (2019).

En 2019, con datos provisionales y que seguramente se modificarán al alza, se notificaron 28 casos de tuberculosis. El 96.4% eran varones y la edad media de los mismos fue de 42+11,1 años. El 85.7% de los casos fueron tuberculosis pulmonares y de estas un 62.5% eran bacilíferas y, por tanto, con mayor capacidad de transmisión.

El promedio de internos con infección por Virus de la Hepatitis C (VHC) conocida en el 2019, ha sido del 10.2%, siguiendo la tendencia descendente de los últimos años. El 1.9% presentaban carga viral detectable.

Figura 17

Evolución de la prevalencia de la infección por VHC (2009-2019).



Nota: Elaboración propia con los datos del Informe General de la SGIIPP (2019).

Según un estudio de prevalencia de patologías crónicas en la población penitenciaria de 2013, 1 de cada 2 reclusos presentan algún tipo de patología crónica (Vera-Remartínez et al., 2014). Dislipemias (34.8%); hipertensión arterial (17.8%); diabetes (5.3%); asma (4.6%); EPOC (2.2%); cardiopatías isquémicas (1.8%) y patologías cardio circulatorias (1.5%). Principalmente los factores de riesgo eran el tabaquismo, obesidad, distribución abdominal de grasa, consumo de cocaína y edad.

5.2.2. Mortalidad

Durante el año 2019 se han notificado al Registro de Mortalidad de la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria 194 fallecimientos, ocurridos en los centros penitenciarios o en los hospitales de referencia. De los 194 fallecidos, 180 eran hombres y 14 mujeres. La edad media de los fallecidos fue de 46 años. Otros 33 fallecimientos ocurrieron en situación de permiso u otras situaciones asimilables (IIPP, 2019).

5.3. SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN RECLUSA

A partir de los años 90 los estudios realizados en población penitenciaria a nivel mundial dan como resultado que las personas encarceladas tienen entre 4 y 6 veces más probabilidad de padecer un trastorno psicótico o depresión grave que la población general, y aproximadamente de 10 veces más probabilidad de ser diagnosticados de un trastorno antisocial de la personalidad (Andersen, 2004; Brugha e al., 2005; Fazel & Danesh, 2002).

Uno de cada 4 reclusos con trastorno psicótico presenta síntomas psicóticos por una intoxicación o abstinencia de consumo de drogas (Brugha et al., 2005). En diferentes estudios realizados con presos en Europa han demostrado que el consumo habitual de sustancias ilegales en estos sujetos, antes de entrar en prisión, oscila entre un el 30% y el 50%. Una vez en prisión la mayoría de los presos consumidores reduce el consumo o lo abandona, pero el 27% de ellos admite consumir durante su encarcelamiento (EMCDDA, 2009).

En el estudio sobre salud mental en medio penitenciario elaborado por el Ministerio del Interior (2007) señalan una prevalencia estimada de trastornos mentales en población reclusa española del 46%, los resultados de ambos estudios (EMCDDA e Interior) han sido muy similares (Vicens et al., 2011). Según la encuesta de 2016 (ESDIP), el 29.9% de los internos alguna vez había sido diagnosticado de un trastorno mental: el 12% reconoce que el diagnóstico fue en libertad, el 7.7% en prisión y el 10.2% se le ha diagnosticado tanto en libertad como en prisión.

La OMS considera que, en las sociedades occidentales, la incidencia de enfermedades psiquiátricas es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria que en la población general, tal y como se recoge en las Recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa (*World Health Organization*, 2006).

Al menos el 25% de las personas internas en cárceles españolas padece una enfermedad mental, el Ministerio de Sanidad describe que en la "Estrategia global de actuación en Salud Mental", cada año se registran más de 40 consultas especializadas de psiquiatría cada 100 personas presas (citado por el Defensor del

Pueblo andaluz, 2015). Según los datos oficiales de la Administración indican que, de media, el 46% de los ingresos en las enfermerías de los centros penitenciarios son por una patología psiquiátrica, alrededor de 25.000 casos en los últimos tres años. Un médico que trabaja en una cárcel española tiene que atender, en un año, como promedio, a más de 420 enfermos mentales (Sanz Delgado, 2011).

La población penitenciaria es especialmente vulnerable a patologías de salud mental porque existe un elevado número de internos consumidores de drogas, y porque existe una estrecha relación entre el consumo de drogas y los trastornos mentales. También la población extranjera cabe considerarla como muy vulnerable. Y debido a su situación legal hace difícil su vinculación a servicios sanitarios y sociales después del encarcelamiento (Vicens-Pons, 2009).

Las diferencias en las cifras de prevalencia publicadas se pueden explicar por las diferencias entre los diferentes sistemas penitenciarios y los sistemas de atención a la salud, así como por otros factores como los metodológicos (diferentes criterios de inclusión, sesgos de selección, procedimientos diagnósticos heterogéneos, tamaños muestrales diferentes) (Eytan et al., 2011; Zoccali et al., 2008) . Varios estudios señalan que el número de internos en las prisiones que padecen una enfermedad mental está creciendo (Eytan et al., 2011; García, 2021; Pérez, 2012).

La realidad es que las prisiones cada día están más ocupadas por una población penal con graves problemas de salud mental, medio donde la compleja organización de la vida está presidida por el control y la disciplina, las restricciones regimentales, la convivencia forzada, por horarios rígidos, por la monotonía, por el aislamiento emocional y la frustración, etc. que hacen muy difícil la apertura de espacios terapéuticos adecuados para el tratamiento de personas con enfermedad mental. Las prisiones se han ido convirtiendo en los manicomios de la sociedad actual, donde no se da respuesta de salud para estas personas enfermas. Comentarios como los siguientes son frecuentes oírlos entre los profesionales que trabajan en los Centros Penitenciarios:

Provocan muchos conflictos con los demás presos. En la mayoría de los casos los demás internos los rechazan. Generan problemas en las comidas, no se bañan, se desnudan, se masturban en público, etc. La

relación con los otros presos es compleja, los utilizan y abusan de ellos (Chamizo, 2013, p. 68).

El éxito en su rehabilitación garantizará la disminución del riesgo de reincidencia de sus comportamientos antisociales, en la medida en la que estos comportamientos tengan relación con un trastorno mental. El adecuado tratamiento de este evitará aquella (Instituto de Reintegración Social de Bizkaia, IRSE-EBI, 2014).

La Administración Penitenciaria, en un informe que es parte de la Estrategia Nacional de Salud 2009-2013 del Ministerio de Sanidad, según lo publicado, un 81% de las personas con enfermedad mental sometidos a medidas de seguridad son reincidentes en la comisión de actos delictivos, sobre todo los menores, por lo que el fenómeno de la “puerta giratoria” de enfermos que entran y salen del sistema penitenciario es frecuente (Sanz Delgado, 2011). Estas altas tasas de reincidencia se asocian con la presencia de enfermedad mental junto a Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas (Patología Dual). Los delitos cometidos por personas con enfermedad mental graves se relacionan con un abandono de la medicación. La reducción de la reincidencia en estos enfermos está asociada a una adecuada derivación que asegure la adherencia del tratamiento del enfermo con un recurso asistencial, que facilite su adherencia terapéutica y asegure esta continuidad. Si las medidas de seguridad son privativas de libertad, el interno es ingresado en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario. En España solo existen dos: uno en Sevilla, que cuenta con 371 plazas, y otro en Alicante, donde hay 158 camas, estas plazas para este tipo de medidas son insuficientes para hacer frente a la realidad penitenciaria actual. Como destaca la propia Administración, sirven “para el cumplimiento de medidas de seguridad impuestas por razón de inimputabilidad completa o incompleta”.

Sin embargo, muchas de las medidas de seguridad acaban cumpliéndose en una prisión común. Solo en 2011 ingresaron en prisión alrededor de 600 personas que delinquieron debido a problemas psíquicos reconocidos y fueron condenadas a medidas de seguridad, cifra que aumenta con el crecimiento de la población reclusa. “A menudo el juez no tiene ningún otro recurso, aparte de la cárcel, al que

enviar al imputado”, admite Cobo, subdirector de Sanidad de Instituciones Penitenciarias. Ninguna de las Administraciones por si sola tiene los recursos para seguir a las personas con enfermedad psiquiátrica. Es necesaria la coordinación para que se pongan todos los recursos posibles a disposición del enfermo (*World Health Organization*, 2006).

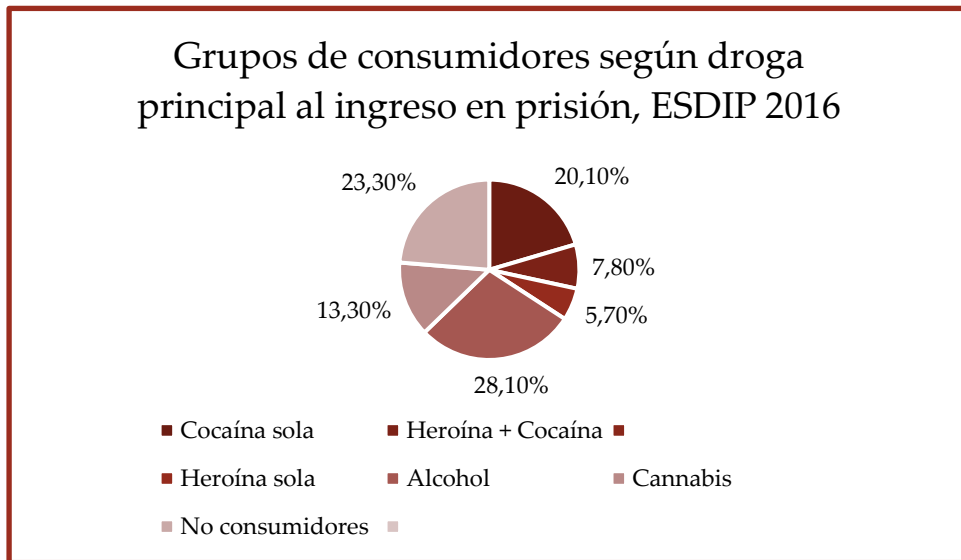
5.4. CARACTERÍSTICAS DE LOS INTERNOS CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La drogodependencia es uno de los problemas más importantes de las personas que ingresan en prisión, por el número de personas afectadas y por la gravedad de las complicaciones asociadas en los aspectos de salud, desestructuración de la personalidad, convivencia familiar, actividad formativa y laboral, deterioro social, marginalidad y problemas jurídicos y penales. Este consumo de drogas es el factor más importante en cuanto a sus historias de vida y de reinserción en la sociedad. El objetivo genérico de la intervención con los consumidores de drogas que ingresan en prisión es su normalización e integración social, para lo cual en centros penitenciarios y centros de inserción social (CIS) se desarrollan programas preventivos, asistenciales y de reincorporación social, en colaboración con Instituciones, entidades y ONG's.

Según la 3ª “Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los internados en Instituciones Penitenciarias” (ESDIP, 2016), realizada en colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas (IIPP, 2019), el consumo de sustancias afecta a la mayoría de las personas que ingresan en prisión: el 76.7% de los internos consumía drogas en el mes anterior a su ingreso en prisión, generalmente en un contexto de policonsumo el 58.7%, que según la sustancia principal de consumo se distribuyen en varios grupos.

Figura 18

Grupos de consumidores según droga principal al ingreso en prisión.



Nota: Elaboración propia sobre datos de la ESDIP (2016).

En cuanto a la frecuencia de consumo, en el mes previo al ingreso en prisión existen dos patrones entre los consumidores de drogas, según las sustancias de consumo:

- Por un lado, están los consumidores de cocaína o de alcohol, en los que principalmente hay dos tipos de consumidores, los que consumen a diario o los que consumen entre 1 y 3 días a la semana, que podrían ser consumidores de fin de semana.
- Por el otro, los consumidores de mezcla de heroína y cocaína, los consumidores de heroína, o los de cannabis, que consumen todos los días. El consumo por vía intravenosa (el 3.5% de los ingresados en prisión) se había realizado con riesgo en numerosas ocasiones estando en libertad, ya que entre los Usuarios de Drogas Por Vía Parenteral (UDVP) en el mes previo al ingreso el 20.9% había consumido drogas con jeringuillas ya usadas por otras personas, el 22.7% se inyectó

droga disuelta en una jeringuilla usada por otra persona, el 52.4% usó un recipiente para diluir la droga que había sido utilizado previamente por otra persona, y el 45.2% utilizó un filtro o algodón usado. El 30.5% de estos consumidores estaban infectados por el VIH y el 74.5% por el virus de la hepatitis C (VHC).

En prisión se reduce mucho el consumo de drogas, por dos motivos fundamentales: escasa disponibilidad de sustancias tóxicas en prisión y la mayor oferta de intervención terapéutica, desde los programas de prevención a los programas de tratamiento con metadona y los programas de tratamiento de deshabitación. Se reduce el consumo muy significativamente de drogas en prisión, así como al tipo de drogas de consumo, como a la frecuencia de consumo y vía de consumo. En cuanto al tabaco, el 74.9% de la población interna lo ha consumido en prisión en el último mes, siendo este consumo superior en hombres (75.6%), españoles (80.5%) y mayores de 40 años (71.7%); consumiendo tabaco en menor medida las mujeres (66.2%), extranjeros (63%) y menores de 21 años (92.2%). Respecto al resto de sustancias, en prisión el 30.6% de los internos consumía drogas en el último mes, siendo policonsumidores, distribuyéndose en los siguientes grupos según sustancia principal de consumo (IIPP, 2019):

- Un grupo importante, que supone el 5% de las personas, eran consumidoras de heroína sola (2.8%) como droga principal, cocaína sola (cocaína en polvo o cocaína base) (1.4%) o de mezcla de heroína y cocaína (0,8%). Estas personas consumían también otras sustancias de forma secundaria, cannabis y tranquilizantes principalmente.
- El grupo mayoritario, que constituye el 25.6% de los internados, aunque no consumían heroína o cocaína, eran consumidores de otras sustancias, principalmente cannabis como droga principal (19.4%) y tranquilizantes no recetados (6.2%).

5.4.1. Tratamiento intrapenitenciario

La intervención en adicciones se encuentra regulada por la Circular 3/2011 de la SGIP “Plan de intervención general en materia de drogas en la Institución Penitenciaria” (SGIP, 2011) y por la Circular 1-9/2014 sobre la Organización y funcionamiento de las unidades terapéutico-educativas (SGIP, 2014). Es a través de estas cómo se define la participación y coordinación de los profesionales

penitenciarios, de los Planes Nacionales y Autonómicos sobre drogas y sobre el Sida. Así como con la colaboración de las ONGs, que hace posible la organización y las posibles soluciones ante la problemática cada vez más compleja, con el objetivo de normalizar e integrar socialmente a los internos con problemas de adicciones. Los programas de intervención en conductas adictivas abarcan gran número de actuaciones, cuyas líneas de intervención son:

1. Programas o intervenciones para la reducción de la oferta: controles, cacheos, medidas disciplinarias, etc.
2. Programas para la reducción de la demanda: prevención del consumo, intervención psicosocial, educación para la salud, mediadores en salud, etc.

Entre los objetivos de estos programas nos encontramos

- Evitar el inicio del consumo.
- Reducir el consumo.
- Reducir conductas de riesgo.
- Educar para la salud.
- Cambiar actitudes relacionadas con el consumo.
- Dotar de recursos y habilidades conductuales suficientes para anticipar y resolver de forma satisfactoria las diferentes situaciones habituales de disparadores del consumo.
- Mejorar la competencia psicológica y social.
- Mejorar la información sobre las drogas.

Estos programas son desarrollados por los equipos técnicos - GAD (Grupo de Ayuda al Drogodependiente), y la metodología utilizada es diversa:

- Talleres de sexo seguro.
- Talleres de consumo de menor riesgo.
- Charlas informativas dirigidas a grandes grupos.
- Entrevistas individuales.
- Elaboración de materiales escritos en revistas, carteles, folletos.
- Mensajes en la radio y televisión de la prisión, etc.

Los programas se pueden dividir, según en:

1. Programas motivacionales: Dirigidos a personas internas con una motivación de cambio baja. Dirigidos generalmente por educadores sociales y psicólogos. Estimulan la predisposición al cambio en los internos a través de estrategias de sensibilización. Utilizando la educación para la salud con conceptos básicos sobre drogodependencias, procesos de aprendizaje y cambio, comprensión sobre el comportamiento humano, motivación, información sobre recursos y apoyo familiar. Se realizan sesiones en grupo. Completándose con la atención y apoyo individual del educador o psicólogo (DiClemente et al., 2014; Forcadell & Laborda, 2005).
2. Poniendo a prueba los aprendizajes adquiridos. Así se ponen los recursos necesarios para la prevención de las recaídas, ayudando a prolongar los periodos de abstinencia. En este tipo de programas trabaja un equipo multidisciplinar al completo (educadores sociales, psicólogo, jurista y trabajador social), con el apoyo de otros profesionales de la institución (maestros, servicio sanitario, monitores, etc.) (Raya, 2015).
3. Comunidad terapéutica intrapenitenciaria (DAE). Son comunidades terapéuticas y se ubica de forma estructural en el interior de un centro penitenciario, con aislamiento arquitectónico y funcional del resto de los internos. Dotando al interno de las estrategias cognitivas y de conducta necesarias, para facilitarle el mantenimiento de la abstinencia en diferentes situaciones de riesgo, ayudando en el cambio de estilo de vida. En estos departamentos se aborda la drogodependencia desde una perspectiva integral. Se trata de una intervención intensiva libre de drogas que persigue la abstinencia del interno. En el DAE trabaja un equipo multidisciplinar especializado en el tratamiento de las drogodependencias (López, 2019).
4. Programa individual de tratamiento. Es similar a los programas intensivos, pero se realiza de forma individualizada. El programa está dirigido a internos que, según sus circunstancias y factores personales, no es aconsejable que participen en una intervención de grupo (Gallardo, 2017).
5. Mediadores en salud. Esta metodología es muy efectiva en las prisiones. Es la formación en salud entre iguales. Está basado en capacitar a grupos de internos como mediadores en la promoción de estilos de vida saludables, realizan el papel de agentes de salud. Dan información preventiva a los usuarios de drogas, buscando de igual la mejora de la salud y cambios en

las conductas de riesgo de los propios agentes de salud. Los contenidos son la promoción de hábitos y estilo de vida saludable, sexo seguro, enfermedades de transmisión sexual, consumo de menos riesgo, hábitos de sueño, higiene personal, alimentación y ejercicio físico, adherencia al tratamiento, etc. (Collantes et al., 2012).

Durante el año 2019 han participado 30.074 internos en actividades de prevención y educación para la salud (IIPP, 2019).

5.4.2. Incorporación sociolaboral

La reincorporación social, es una fase del proceso de cambio que conlleva la intervención en drogodependencias, implica tanto a la vida del drogodependiente que va a salir del Centro Penitenciario como al grupo de personas que conforman el grupo social al que la persona se va a reincorporar, estableciéndose una relación entre ambas partes. Preparar para la salida y reincorporación social es parte inseparable de toda la intervención. La reincorporación social comprende: autonomía y participación social. Autonomía entendida como la posibilidad de la persona para decidir sobre sí misma, para lo cual ha de tener recursos y habilidades que le permitan la participación social. Para participar socialmente es fundamental disponer de competencia social suficiente, es decir, de un conjunto de actitudes, habilidades y recursos que hagan posible la participación social. Los objetivos del programa de reincorporación social son (IIPP, 2015):

- Aprendizaje en la adquisición y/o desarrollo de instrumentos, actitudes, habilidades, recursos que ayuden a mejorar el desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral.
- Optimizar la incorporación social, dotando a los drogodependientes de las habilidades necesarias para poder afrontar con posibilidades de éxito el tratamiento en libertad y su normalización e integración en la sociedad. Hacia estos objetivos están dirigidas las siguientes medidas y actividades:
 - Talleres de preparación para la salida y reincorporación social.
 - Formación prelaboral y laboral.

- Salidas programadas.
- Salidas diarias para trabajar o para tratamiento.
- Participación en los recursos sociales que favorezcan la normalización.
- Clasificación en tercer grado y cumplimiento en centros abiertos
- Derivación a dispositivos no penitenciarios para el cumplimiento de la condena por el artículo 182 del Reglamento Penitenciario.
- Derivación a los dispositivos comunitarios de atención especializada al drogodependiente en los casos de progresión a tercer grado, permisos de salida y libertad. Es fundamental la continuación del proceso terapéutico.

La drogodependencia, como ya hemos señalado, es uno de los factores desestabilizadores más importantes entre las personas, por la gravedad de las complicaciones físicas, psíquicas y sociales asociadas. Los drogodependientes que ingresan en prisión presentan una situación biológica, psicológica y social con deterioro importante, además de la problemática jurídica y penal. Entre los problemas orgánicos, además de los trastornos específicos que ocasiona el consumo de determinadas sustancias y de los riesgos de sobredosis, los problemas derivados del consumo por vía intravenosa pueden llegar a ser muy graves, comprometiendo la supervivencia, como son las infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y por el Virus de la Hepatitis C (VHC). También son frecuentes otros problemas infecciosos relacionados con las condiciones ambientales y estilo de vida, como es la enfermedad tuberculosa, las enfermedades de transmisión sexual, problemas dermatológicos, odontológicos y carenciales. Entre los problemas psíquicos, además de los efectos tóxicos específicos de cada sustancia y de los problemas de desajuste personal que provoca la adicción, son frecuentes los trastornos psíquicos inducidos por el consumo (de tipo psicótico, del estado de ánimo,) o la agravación de trastornos previamente existentes, constituyendo en definitiva una comorbilidad psiquiátrica o patología dual, al coexistir la drogodependencia y el trastorno psíquico. Entre los problemas sociales son frecuentes los problemas escolares, laborales, familiares, de convivencia, marginalidad, prostitución, tráfico de drogas, y los problemas legales. El nivel de

estudios es muy bajo, con abandono del estudio a edad temprana, antes de los 15 años. No desarrollan actividad laboral y es deficiente la cualificación laboral (Jiménez-Peinado, 2015).

5.5. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SANITARIOS

5.5.1. Prevención de suicidios

El deber que la Administración Penitenciaria tiene de velar por la vida, integridad y salud de los internos determina la participación de todo el personal adscrito a los centros penitenciarios en la consecución de tal finalidad. El ingreso en prisión y los días posteriores al mismo acumulan experiencias especialmente estresantes para un buen número de internos que determinan un laborioso y metódico análisis de circunstancias para detectar a quienes, por sus características o peculiaridades, pudieran ser susceptibles de la aplicación de este protocolo de prevención

El programa contiene un protocolo destinado a todos los profesionales penitenciarios tanto para detectar las situaciones personales o sociales que puedan suponer un alto riesgo de suicidio, como para aplicar las medidas más adecuadas encaminadas a evitar una conducta autolesiva. Se complementa con la figura del “interno de apoyo”. Se trata de un recluso, que previamente ha recibido una formación especializada a través de un curso de capacitación, que acompaña en su actividad diaria al compañero en tratamiento. Este programa se realiza en todos los centros (SGIIPP, 2014).

5.5.2. Programas de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM)

Debido al alto número de internos con patologías psíquicas se ha implantado en las prisiones españolas un programa global de atención a la enfermedad mental (PAIEM), mediante el cual se plantean pautas de atención especializada, con especial hincapié en la práctica de actividades terapéuticas y ocupacionales. El programa marco incluye actuaciones dirigidas a la detección del caso, diagnóstico, tratamiento y recuperación. La enfermedad mental se aborda a través de un equipo

multidisciplinar. Está implantado desde 2005 y se realiza prácticamente en todos los centros (Sanz et al., 2014).

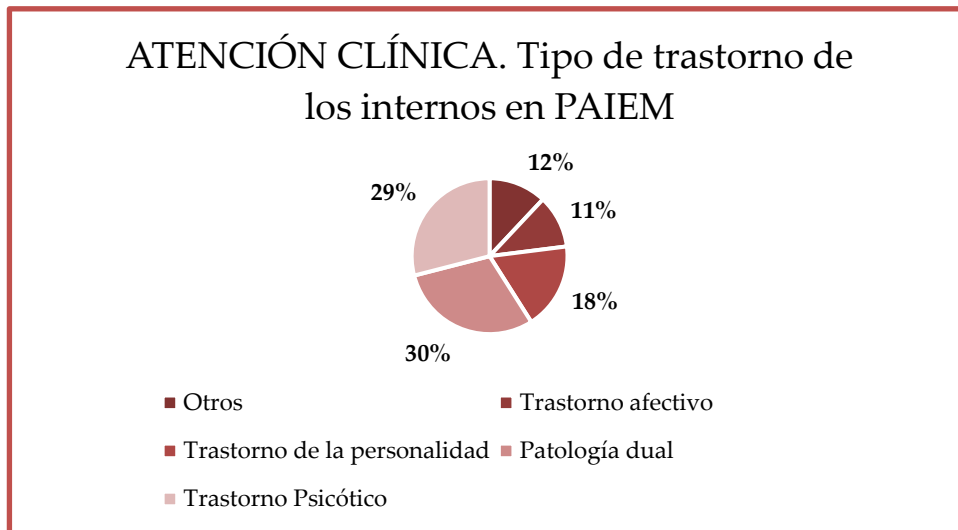
La OMS estima que en las sociedades occidentales la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria. En España, se han realizado tres estudios, en 2006, 2009 y 2016 (DGIP 2006, PRECA 2009, ESDIP 2016), para conocer el número y el tipo de enfermos mentales que se encuentran en un centro penitenciario. En dichos estudios se destaca que en torno a un tercio de los internos han sido diagnosticados de uno o varios trastornos mentales, destacando los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos psicóticos.

El consumo de drogas es frecuente en estas personas, configurando dos patologías o trastornos (la llamada patología dual). Para dar respuesta a la problemática, en los centros penitenciarios, se desarrolla el PAIEM, por parte de Equipos Multidisciplinares compuestos por médico, psicólogo, educador, enfermeros, maestros, monitores ocupacionales, monitores deportivos, funcionarios de vigilancia interior, pedagogos, sociólogos, juristas, etc; siendo fundamental la colaboración de las ONG's, ya que las entidades del tercer sector desempeñan un papel primordial en todo el proceso de recuperación de estas personas y, sobre todo, en la reincorporación a la sociedad.

El PAIEM abarca tres áreas fundamentales interrelacionadas entre sí: atención clínica, rehabilitación y reinserción social. En todos los centros penitenciarios se desarrollan las actividades propias de la Atención Clínica, por parte de los Equipos Sanitarios de atención primaria de los establecimientos, psiquiatras consultores y los Servicios Autonómicos de Salud Mental correspondientes (IIPP, 2019).

Figura 19

Atención clínica durante el año 2019, dentro del programa PAIEM



Nota: Elaboración propia a partir del Informe General de IIPP (2019).

La rehabilitación Psicosocial, tiene como objetivos esenciales remediar discapacidades, compensar minusvalías y conseguir la mayor autonomía posible de los internos con enfermedad mental, en el grado que estos puedan alcanzar. Por ello, las actividades de rehabilitación inciden en las siguientes áreas principales: autocuidados, autonomía personal, autocontrol, relaciones interpersonales, funcionamiento cognitivo y adherencia al tratamiento farmacológico. Dentro del Programa con enfermos mentales-PAIEM constituyen un elemento destacado los "Internos de Apoyo", quienes reciben una formación específica por medio de un curso de 300 horas de duración, organizado por la Secretaría General de IIPP, obteniendo la titulación de "Auxiliar de enfermería en salud mental y toxicomanías", desempeñando en los centros este puesto de trabajo, por el que perciben su correspondiente retribución económica. Entre las funciones de los internos de apoyo del Programa de Salud Mental están, ayudar a los enfermos mentales facilitando su integración, facilitar las relaciones interpersonales de los enfermos en su entorno, y acompañar a los enfermos mentales en las actividades

terapéuticas (asistencia a terapias, a consulta, a talleres). Desde el año 2008 un total de 605 internos han realizado el curso de 300 horas que les da la titulación (*Equip Vincles Salut*, 2011).

La reincorporación Social tiene como objetivo principal optimizar esta y la derivación adecuada a un recurso sociosanitario comunitario. Para ello, mediante las actividades de reincorporación social, se pretende efectuar una preparación para la salida en libertad de estas personas, para obtener una reincorporación social eficaz, estableciendo los contactos previos con la familia, los centros comunitarios sociosanitarios y las instituciones y entidades de acogida. Con el mismo objetivo se establece la coordinación entre el programa PAIEM del centro penitenciario y el programa PUENTE del Centro de Inserción Social (CIS) para internos en tercer grado o libertad condicional. En diciembre de 2019 el PAIEM se desarrollaba en 67 centros, atendiendo a 1.832 internos en actividades de rehabilitación y reinserción, lo que se corresponde con el 4.24 % de la población de régimen cerrado y ordinario de estos centros (IIPP, 2019).

5.5.3. Educación para la Salud

La prevención de las enfermedades de transmisión parenteral y sexual se lleva a cabo (además de la vacunación frente a la hepatitis B) mediante actividades de educación para la salud y mediante intervenciones orientadas al tratamiento de las drogodependencias y a la reducción del daño derivado del consumo de drogas (programas de mantenimiento con metadona y de intercambio de jeringuillas) (IIPP, 2019).

La Educación para la Salud se realiza habitualmente de forma individualizada en las consultas programadas tanto médicas como de enfermería. También se realizan actividades grupales que mayoritariamente consisten en talleres, charlas, coloquios y otras actividades (cine fórum, teatro, dramatización, etc.) que implican el trabajo en equipos multidisciplinares de forma regular a lo largo del año. Otra estrategia ampliamente utilizada en todos los centros penitenciarios es la de Mediación en Salud. Los temas tratados con mayor frecuencia son los relacionados con drogodependencias, que es uno de los factores desestabilizadores más importantes entre las personas privadas de libertad y en este contexto se enmarca la necesidad de poner en marcha actividades encaminadas

a la prevención de la drogadicción y/o minimizar sus consecuencias, entre otras, las sobredosis y la infección por VIH. Otros temas son la higiene en general, alimentación y nutrición, las enfermedades de transmisión y educación sexuales, pero se están incrementando los temas relacionados con la promoción de salud mental. En estas actividades no solo participan profesionales sanitarios, sino también profesionales de los Equipos de Tratamiento (psicólogos, trabajadores sociales, educadores), maestros y otros. Con frecuencia se cuenta con la colaboración de ONG y de otros organismos oficiales, fundamentalmente de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas. Por lo que una parte muy importante del tratamiento penitenciario, uno de los pilares del cumplimiento de las penas privativas de libertad está en manos privadas, formados por grupos de voluntarios, teniendo su desarrollo en la Instrucción 2/2019, sobre la intervención de organizaciones no gubernamentales, asociaciones y entidades colaboradoras en el ámbito penitenciario (Gallardo, 2017).

También existen programas para tratar el tabaquismo y alcoholismo. Entre los programas de ayuda en el ámbito de la drogadicción se encuentra el programa de intercambio de jeringuillas, los programas de distribución de papel de aluminio (también con el objetivo de reducir los riesgos de transmisión de enfermedades y como actuación prioritaria de reducción de riesgos y daños), los programas de actuación en sobredosis, los programas de tratamiento con metadona, los programas de deshabitación o de desintoxicación.

El módulo terapéutico en este caso lleva a cabo una acción educativa intensa, para que los internos puedan alcanzar autocontrol, autoestima, confianza, responsabilidad, motivación y la utilización del tiempo libre para otras actividades personales y el abandono de conductas adictivas. Es fundamental el desarrollo de las áreas dirigidas a la motivación hacia el cambio, el aprendizaje social, principalmente la prevención de recaídas, el aprendizaje de habilidades sociales, la educación para la salud y la formación y orientación sociolaboral. El programa es desarrollado por Equipos Técnicos-GAD, abarcando actividades terapéuticas individuales y grupales trabajando diferentes áreas, como el apoyo psicológico, educación para la salud, mejora de la asertividad, técnicas de resolución de conflictos, reducción de ansiedad, mejora de autoestima, habilidades sociales,

prevención de recaídas y trabajo con familias. La intervención se complementa con actividades educativas, deportivas, de formación profesional-ocupacional y de inserción social y laboral. En función de las características y necesidades de la población interna y de las posibilidades arquitectónicas del centro penitenciario, el programa de deshabitación se desarrolla de forma ambulatoria, en centro de día y en módulo terapéutico (Llop et al., 2014).

Por todo esto, vemos necesario incidir en una intervención socioemocional que desarrolle y fortalezca todos estos aspectos tan necesarios para nuestra población actualmente privada de libertad.

VI - LA ENFERMERÍA PENITENCIARIA

CAPÍTULO VI.- LA ENFERMERÍA PENITENCIARIA.

6.1. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN NORMATIVA ACTUAL DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA PENITENCIARIA

Durante la crisis económica y política de los siglos XVI al XVIII, en las ciudades se hacían enfermos y marginados, donde los alimentos eran escasos, la higiene no importaba y los medios y tratamientos médicos para tratar a los enfermos eran muy básicos y poco efectivos. La pobreza era un problema que convertía en indigentes a la mayoría de la población ante todo tipo de enfermedades. Por este motivo se crean las Casas de Misericordia, cuyo objetivo era la reclusión de vagos y pobres. Más tarde con el Concilio de Trento todos los establecimientos laicos, hospitales o Casas de Misericordia estarán sometidos a la supervisión y control del obispo. Así, el cuidado de los enfermos es prestado por religiosos, que darán lugar a los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén, los Hermanos de San Juan de Dios y las Hermanas de la Caridad (Delgado, 2016).

En 1836, se crea una sociedad de enfermeras visitadoras, *Diaconisas* de Kaisersweth, fundada por Theodor Flechar y Frederika Munster, e inspirada en las *Diaconisas menonitas* de Holanda y el movimiento de reforma de las prisiones de Inglaterra. Los cuidados de enfermería eran ayudar a los pobres, cuidar a los niños, el auxilio a las mujeres presas y la enseñanza (Fondon, 2000).

En España, en 1804, el 20 de mayo se crea la Ordenanza de los Presidios y Arsenales, primera Ley Penitenciaria Española, basada en un sistema correccional, y clasificando a los penados en razón de su edad (García, 2015)

En 1807, el 1 de mayo, se crea el Reglamento General de los Presidios Peninsulares, donde los penados se clasificaban por edad, se dedicaban a trabajos de fortificación y recibían asistencia médica y religiosa (Leganés Gómez, 2013).

El 14 de abril de 1834 se crea la Ordenanza General de los Presidios Civiles del Reino, promulgada a raíz del Código Penal de 1822, donde se hacía una clasificación de los establecimientos, con normas de régimen interno, con severos castigos, administrativos y económicos (Leiva-Tapia, 2015).

En 1857, mediante la Ley Moyano, se produce la primera regulación de las profesiones sanitarias; entre sus titulaciones cabe destacar la carrera de practicante, en cuyo plan de estudios atribuían tres funciones fundamentales, calificadas como artes: los callistas, los dentistas y los asistentes a partos (Montero, 2009).

Es en el Real Decreto del 23 de junio de 1881 donde se crea el Cuerpo de Funcionarios de Prisiones, clasificado en dos ramas, la de Administración y de Contabilidad, por un lado, y por el otro la de Dirección y Vigilancia (Burgos, 1996). Hasta la aprobación de la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS, 2003), la normativa vigente para la enfermería española se basaba en el Estatuto del personal sanitario no facultativo de las instituciones de la seguridad social. Según esa normativa, y aunque en la práctica diaria la realidad era muy diferente, jurídicamente las enfermeras no teníamos capacidad para tomar decisiones, es decir, no éramos facultativas (Carrasco, 2015).

En la actualidad, gracias a la aprobación de la LOPS (2003), la capacidad facultativa de las enfermeras es una realidad profesional y jurídica, equiparándose al mismo nivel que otras profesiones sanitarias como los médicos y odontólogos.

Otra ley que ha marcado un hito histórico para la enfermería es la Ley 28/2009, esta ley ha reconocido una antigua exigencia de la enfermería, que no es otra de que la aplicación de los cuidados de enfermería implica necesariamente la utilización de medicamentos y productos sanitarios (Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. «BOE» núm. 315, de 31 de diciembre de 2009, páginas 112036 a 11203, 2009). La Ley expone en su Disposición adicional cuarta que:

Los centros penitenciarios podrán solicitar de la Administración competente en cada caso autorización para mantener un depósito de medicamentos para la asistencia a los internos, bajo la supervisión y control de un farmacéutico de los servicios farmacéuticos autorizados del hospital del Sistema Nacional de Salud más cercano.

El Real Decreto de 11 de noviembre de 1889 es el primer referente legal de la profesión de Enfermería en prisiones, se remonta al año 1889 con la publicación referente a la reorganización del Cuerpo de Empleados de Establecimientos Penales. En su artículo 36 expone que “se considerarán agregados a la sección

sanitaria, los cirujanos practicantes, practicantes de farmacia y personal subalterno de las Enfermerías de las prisiones” (Gobierno, 1889, citado por Carrasco, 2015).

La Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de la Sanidad Nacional se encargó de la organización profesional de médicos y practicantes con la intención de crear corporaciones profesionales, sentando las bases para la creación de los Colegios Profesionales e incluso la creación de los Consejos Generales (BOE, 1944, citado por Ávila, Bellver et al. (2011).

En el Estatuto del Personal no Facultativo de Instituciones Sanitarias, las funciones de enfermería propiamente dichas no se encuentran hasta 1973, con la aparición del Estatuto del Personal no Facultativo de Instituciones Sanitarias que a pesar de estar derogado, es el único referente en cuanto a normativa sobre funciones (*Orden de 26 de abril de 1973 por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado. núm. 102, de 28 de abril de 1973, páginas 8519 a 8525, 1973*) (Ver anexo 1 para más información).

La Constitución Española de 1978, artículo 25.2, expone:

Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad.

La Constitución reconoce, en el artículo 43¹, el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública. (Ver anexo 1).

¹Artículo 43 de la constitución: el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública. El derecho a la salud es un derecho universal y no puede verse limitado ni restringido por el ingreso en un Centro

La Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre General Penitenciaria (LOGP) fue la primera ley aprobada con la nueva Constitución del 78² (Ver Anexo 1).

En el artículo 3.4 de la LOGP se recoge: “la Administración penitenciaria debe velar por la vida, la integridad y la salud de los internos en prisión”. En el artículo 36.1 se expone también que en cada centro penitenciario debe de existir al menos un médico con conocimientos psiquiátricos, un Ayudante Técnico sanitario (ATS) y el personal auxiliar (Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, 1979; citado por Arribas-López, 2015).

El Reglamento Penitenciario aprobado por RD 190/1996 de 9 de febrero, en el artículo 208 del Capítulo I y Título IX, la ley garantiza los derechos de los internos³.

En el artículo 324 del Reglamento expone que los funcionarios del Cuerpo de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Instituciones Penitenciarias desempeñarán las tareas propias de su profesión a las órdenes inmediatas de los médicos (BOE, 1996). Estarán obligados a:

- Acompañar al médico, en la consulta y reconocimiento de los reclusos en los ingresos.
- Realizar curas.
- Controlar y conocer los fármacos e instrumental clínico,
- Dirigir las operaciones de desinfección.

- Llevar la administración de Enfermería.
- Acudir al Director para realizar sus funciones.

La Ley 14/1986 General de Sanidad es la normativa española en materia de sanidad de mayor rango (Ley 14/1986 Ley General de Sanidad, de 25 de Abril (B.O.E. 101, de 29/04/1986) (Ver Anexo 1).

Penitenciario bien con carácter preventivo o bien para la ejecución de una pena privativa de libertad.

²El artículo primero expone: “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”.

³A todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población. Tendrán igualmente derecho a la prestación farmacéutica y a las prestaciones complementarias básicas que se deriven de esta atención.

En los artículos 10, 11, y 61, se recogen los Derechos y Obligaciones de los ciudadanos frente a las Instituciones y Organismos del Sistema Sanitario⁴. Los sistemas sanitarios de las diferentes comunidades autónomas se organizarán en Áreas de Salud. Esta Ley implantó un nuevo Sistema Nacional de Salud, ya que, en su artículo 3 habla de que las prestaciones sanitarias se extenderán en condiciones de igualdad (Ver Anexo 1).

En la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, 2003)⁵ se plantean nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud, como son los resultados en salud, la importancia del papel de los usuarios como decisores, la implicación de los profesionales en las reformas administrativas, las actuaciones clínicas, la búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y, por supuesto, la toma de decisiones basada en la evidencia científica. (Ver Anexo 1).

El Real Decreto por el que se aprueba el Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos en el Sistema Nacional de Salud, tiene como objeto precisamente el establecimiento del conjunto mínimo de datos que deberán contener los documentos clínicos de los pacientes, cualquiera que sea el soporte, electrónico o papel, en que los mismos se generen (Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. «BOE» núm. 225, de 16 de septiembre de 2010, páginas 78742 a 78767 (26 págs.), 2010). Lo novedoso del informe de enfermería recogido en el Anexo VII, de este Real Decreto, es la obligación de dejar reflejados los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería con la terminología NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), NOC (*Nursing Outcomes Classification*), NIC (*Nursing Interventions Classification*) (Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes

⁴La Ley garantiza los derechos de los internos y su acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva. Esta ley va a incidir en la necesidad de reformar el sistema sanitario penitenciario, con el fin de introducir las prestaciones sanitarias a los reclusos en condiciones iguales a las del resto de la población

⁵Sus objetivos prioritarios son: cohesionar y armonizar el sistema sanitario evitando cualquier riesgo de dispersión una vez realizado el traspaso de competencias, y asegurar la calidad de las prestaciones garantizando por encima de toda la seguridad de los pacientes, basándose en principios de igualdad, calidad y participación ciudadana.

clínicos en el Sistema Nacional de Salud. «BOE» núm. 225, de 16 de septiembre de 2010, páginas 78742 a 78767 (26 págs.), 2010).

En 2005 se regulan, por el Real Decreto 55/2005, los estudios universitarios oficiales de Grado. Y en el Real Decreto 56/2005 se regulan los estudios universitarios oficiales de Postgrado. En el Real Decreto 450 de 22 de abril de 2005 se regula la creación de las nuevas especialidades de Enfermería⁶ (García, 2015). (Ver Anexo 1).

"El Cuerpo de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Instituciones Penitenciarias pasa a denominarse Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias"⁷ (Ver Anexo 2).

6.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERÍA PENITENCIARIA

La base legal de nuestra profesión enfermera ya ha sido descrita en el apartado anterior, donde hemos visto por orden cronológico la legislación referente a la enfermería penitenciaria desde sus orígenes hasta el año 2011 donde se cambia la denominación del puesto de trabajo, pasando de ser ATS (Ayudantes Técnicos Sanitarios) de Instituciones Penitenciarias (IIPP) a enfermeros del Cuerpo de Sanidad Penitenciaria (S.P). Los documentos legales que nos representan actualmente a la enfermería penitenciaria quedan reflejados en el Anexo 2.

Para la *American Nurses Association* (ANA) la enfermería penitenciaria es una especialidad única. Es un conjunto de salud pública, urgencias, salud comunitaria, salud ocupacional, atención ambulatoria y escuela de enfermería. Este organismo considera que el trabajo de los enfermeros de prisiones consiste en cuidar personas con problemas de salud complejos y que incluyen actividades como la evaluación del paciente, la administración de los medicamentos, tratamientos y evaluación de sus efectos, intervenciones en crisis, la educación y el cuidado del paciente (ANA, 2013).

⁷Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público, en su artículo 2.2. el cuerpo de ATS pasará a llamarse cuerpo de enfermeros.

La salud de los internos en España, como pasa en otros países, requiere de enfermeros especializados en el medio penitenciario formados en las patologías más prevalentes del medio, así como de habilidades personales para atender una población difícil y con pluripatología. El enfermero penitenciario debe conocer el entorno, el tipo de paciente, saber interactuar con los internos y con otros colectivos que trabajan en un Centro Penitenciario (CP) (equipos de vigilancia y tratamiento) y conocer la reglamentación y la normativa (Sánchez-Roig & Coll-Cámara, 2016).

Los funcionarios del cuerpo de enfermeros de instituciones penitenciarias se encargan de las competencias y funciones de su especialidad, recogidas en el artículo 324 del Real Decreto 120/1981, de 8 de mayo (Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.«BOE» núm. 40, de 15/02/1996., 1996) por el que se aprobaba el Reglamento Penitenciario:

- Acompañar al médico en la visita de Enfermería, en la consulta y en el reconocimiento de los ingresos, tomando nota de sus indicaciones para administrar personalmente los inyectables y demás tratamientos que aquél prescriba.
- Realizar las curas que con arreglo a su titulación deba realizar.
- Controlar los medicamentos y material e instrumental clínico-sanitario, cuidando de que no se utilicen otros que los prescritos por el médico.
- Dirigir personalmente las operaciones de desinsectación y desinfección, ateniéndose a las indicaciones que reciba del médico.
- Llevar personalmente la documentación administrativa de la Enfermería.

El enfermero planifica los cuidados de enfermería en los cuatro niveles de atención básicos existentes (Merín, 2012):

1. Fomento y promoción de la salud.
2. Prevención de la enfermedad.
3. Restablecimiento de la salud.
4. Acompañamiento al morir.

Los modelos de atención sanitaria en los Centros Penitenciarios son: atención primaria y atención especializada. La atención especializada se lleva a cabo a través de los especialistas que acuden al Centro (odontólogos, psiquiatras), o bien los internos son derivados a los especialistas del hospital de referencia (Tárraga, 2010).

Las funciones sanitarias que se realizan en un centro penitenciario, según Zulaika et al. (2012) son:

- Asistencia sanitaria: A través de la Atención Primaria de Salud. Los médicos de los centros penitenciarios son médicos de familia. Se llevan a cabo los programas sanitarios de VIH, hepatitis C, tuberculosis, salud mental y drogodependencias, así como la atención a las urgencias y la asistencia a nivel primario de salud equiparable a un Centro de Salud de Atención Primaria.
- Gestión de aspectos medicolegales, judiciales, regimentales y organizativos: La sanidad penitenciaria realiza actividades que no son propiamente sanitarias al tratarse de establecimientos regulados por la legislación penitenciaria donde lo regimental está muy interrelacionado con toda la vida del interno que cumple una condena, y en la que se cruza la atención a la ley y las prestaciones sanitarias.
- Atención de los enfermos crónicos, con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, etc.

Además de las competencias y funciones que se recogen en el Real Decreto, la enfermera de prisiones realiza varias funciones como la asistencial, investigadora, docencia y de gestión. Dichas funciones vienen reguladas por el Reglamento Penitenciario de 1996 y por algunos artículos no derogados de 1981, como el artículo 324, que establece las funciones de enfermería (Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. «BOE» núm. 40, de 15/02/1996., 1996):

1. Función Asistencial: Consiste en la prestación de servicios y de asistencia que se ofrecen a diario; se llevan mediante dos tipos de consultas (Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria & Grupo de Trabajo de Enfermería, 2008):
 - Consulta a demanda: La solicita el interno o como resultado de una atención de urgencia.
 - Consulta programada: Donde se llevan a cabo los programas sanitarios de IIPP. Tienen el objetivo de detectar y valorar factores de riesgo o problemas de salud, realizar educación

sanitaria, seguimiento de procesos crónicos, promoción de la salud y adherencia al tratamiento y prestación de cuidados integrales. Se atiende tanto al interno enfermo como sano.

GESESP (Grupo de Enfermería de Sanidad Española Penitenciaria), en 2008, llevó a cabo un estudio titulado "Realidad laboral y profesional de la Enfermería en las prisiones españolas" donde se pretendía conocer lo que opinaban los profesionales de la enfermería penitenciaria sobre su realidad asistencial, funciones, recursos y perfil de la enfermería en los Centros Penitenciarios españoles (García Jiménez, 2009). Es en la consulta de enfermería donde más gratificación encuentran los profesionales, pero es a la que menos tiempo dedican los enfermeros, ya que la tarea que más tiempo requiere es la preparación y reparto de psicotrópicos y metadona (Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, & Grupo de Trabajo de Enfermería, 2008).

2. **Función Docente:** Las Escuelas de Enfermería colaboran con los Centros Penitenciarios en la tutorización de prácticas curriculares a alumnos de Grado de Enfermería. Se trata de formar y formarnos para ofrecer unos cuidados de calidad, además de la Educación para la Salud que el enfermero realiza en los centros con los pacientes, tanto de forma individual como grupal.
3. **Función investigadora:** A través de la investigación se mejoran los resultados de los cuidados en salud, haciendo avanzar en conocimientos, aplicando cuidados basados en la evidencia científica y sometidos en todo momento a una revisión y validación, fomentando una atención de calidad. En general, hay poco fomento dentro de IIPP de la investigación enfermera, aunque lentamente existe un aumento en los últimos años de la producción científica a través de publicaciones en revistas como la Sociedad de Sanidad Penitenciaria, que constituyen el principal vehículo de comunicación (Hoya et al., 2012).
4. **Función gestora:** Los enfermeros realizan tareas administrativas que conllevan la organización sanitaria, desde las historias clínicas, consultas a especialistas extra-penitenciarios, realización de informes

para pacientes, para distintos organismos de la propia administración, jueces y tribunales. Los supervisores de enfermería son los que gestionan la organización de los servicios de Enfermería en los Centros Penitenciarios. Donde no hay supervisor estas funciones las asumen los enfermeros de plantilla. Y donde no hay farmacéutico de plantilla, también son los enfermeros los que asumen la gestión de la farmacia del Centro (Carrasco, 2015).

Los programas sanitarios donde el enfermero realiza sus funciones según Tárraga (2010) son:

- Programas de Educación para la Salud. El enfermero proporcionará a los internos programas de salud para adquirir hábitos saludables y cambiar comportamientos y actitudes para promover la salud de los internos. Puede llevarse a cabo de forma individual o en grupos. Como, por ejemplo, en el Centro Penitenciario de Huelva donde proponen una estrategia formativa que pretende dar a los internos diabéticos formación e información básica sobre su enfermedad (Hernando et al., 2009).
- Programa de Vacunación. Como indican Sequera y Bayas (2012) al ingreso en prisión se oferta a los internos la realización de pruebas serológicas para determinar su situación inmunitaria frente a la hepatitis B, procediéndose a la vacunación cuando está indicado. También se recomiendan las vacunaciones antitetánicas, hepatitis A en personas susceptibles con VHC positivo, y antineumocócica en paciente VIH positivos. Anualmente se lleva a cabo la campaña antigripal.
 - Actualmente, con la pandemia del COVID 19, más del 80% de los presos en régimen cerrado han recibido la pauta completa de la vacuna frente al COVID 19. Esta campaña de vacunación se ha realizado a través de cada una de las Comunidades Autónomas donde se encuentran los diferentes Centros Penitenciarios. Las vacunaciones se han llevado a cabo o bien por personal de enfermería de Instituciones Penitenciarias o por personal de las diferentes Consejerías de Salud de dichas Comunidades Autónomas.

- Programa de Higiene y Salud Medioambiental: Mantenimiento de limpieza e higiene y control de plagas en los Centros Penitenciarios para minimizar la transmisión de enfermedades (Ministerio del Interior, 2007).
- Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM): Programa de atención para el interno que desarrolle una enfermedad mental, se detecta, se diagnostica y se trata la enfermedad mental, dentro de este programa se desarrollan otras actividades para la reinserción y rehabilitación.
- Programa de Intervención con Drogodependencia: Orientada a que los internos abandonen el consumo de las drogas o cambiar el hábito del consumo. Como:
- Programas de reducción de daños: PMM (Programa de Mantenimiento con Metadona), donde Rodríguez-Martínez et al. (2010) describen en el Centro de Albolote (Granada) la diferencia en el apoyo social que reciben los internos si se encuentran en el programa de mantenimiento con metadona o en una unidad libre de drogas, donde son en estas últimas donde los internos reciben más apoyo social. Y el PIJ (Programa de Intercambio de Jeringuillas) (Flores, 2012; Raya, 2015).
- Programas de deshabituación como el Programa Matrix. Es un modelo de tratamiento multidisciplinar que emplea las distintas terapias psicológicas que se han mostrado efectivas para el tratamiento de las adicciones y las combina con intervenciones a nivel psiquiátrico-farmacológico y social (Piñana, 2012).
- Programas de prevención y detección de las enfermedades de transmisión parenteral y sexual. Se lleva a cabo a través de las vacunaciones y la Educación para la Salud, así como las intervenciones orientadas al tratamiento de las drogodependencias y a la reducción del daño derivado del consumo de drogas (Gómez & Pernas, 2013).
- Programas de prevención y control de la tuberculosis. Mediante el diagnóstico, control y seguimiento de dicha enfermedad. El enfermero realiza la prueba cutánea de derivado proteico purificado (PPD) y gestiona la recogida de esputos para el diagnóstico de la tuberculosis (TBC) (Zarate et al., 2005).

- Programa de prevención de sobredosis. Durante los períodos de abstinencia los drogodependientes pierden la tolerancia a las drogas de consumo habitual, entrando en sobredosis cuando vuelven a consumir. Siendo esta reacción adversa a sustancias psicoactivas la causa de fallecimientos. Para evitar esta situación el programa contempla medidas contra la introducción y tráfico de drogas o intervenciones de reducción de la oferta y actuaciones o intervenciones sobre la demanda (Bosque-Prous & Brugal, 2016).
- Programa de Prevención de Suicidios (PPS). Con la detección y prevención de conductas suicidas (Forés, 2015).

6.3. TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA

Haciendo un pequeño recorrido histórico con intencionalidad expresa de tomar como propios los antecedentes del cuidado a lo largo de la historia, se puede hablar de cuatro grandes etapas (Martínez & Chamorro, 2001):

1. La etapa doméstica, que incluye los cuidados en la prehistoria, las civilizaciones antiguas y el mundo clásico.
2. La etapa vocacional, que incluye el inicio del mundo cristiano, la Edad Media y el inicio del mundo moderno.
3. La etapa técnica, que incluye la Edad Moderna y el inicio del mundo contemporáneo.
4. La etapa profesional, que se asocia con la Edad Contemporánea y su inicio con Florence Nightingale.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, para las tareas de los cuidados a enfermos y pobres aparecen las Hermanas Católicas de la Merced, las Hermanas Protestantes de la Merced, las Hermanas de la Caridad, la Casa de San Juan, los amigos de los Pobres y las Diaconisas de Kaisenvert. Se crean las primeras escuelas y aparecen los primeros textos escritos sobre la enfermería (Belda, 2006; Berman et al., 2008).

Uno de los factores más importantes en la regeneración de la enfermería fue el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth, Alemania, creado en 1836. Su programa de formación duraba tres años. Este Instituto marcó una huella para la enfermería e influyó indirectamente en personas como Florence Nightingale, quien

permaneció allí durante un breve período. Se le atribuye la profesionalización de la enfermería y se le considera la fundadora de la enfermería moderna protestante y laica. Tras su trabajo surgieron numerosas tendencias y teorías (Berman et al., 2008).

En España, las enfermeras fueron las que mayores dificultades encontraron para alcanzar el reconocimiento profesional, no instituyéndose el "Título de enfermera" hasta 1915, a partir del cual, la profesión se clasifica en practicantes, matronas, enfermeras. Clasificación fundamentada principalmente en la división sexual del trabajo (Hernández Garre, 2010). En 1917, se crean las primeras Escuelas Oficiales de Enfermeras reconocidas por el Ministerio de Educación.

6.4. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. EVOLUCIÓN DE LA TAXONOMÍA NANDA

La conferencia nacional de clasificación de diagnósticos enfermeros que se celebró por primera vez en Sant Luois, Missouri (EE.UU.) en 1973, se produjo en un momento de informatización de las Instituciones Sanitarias. Participaron 95 enfermeras (50% asistenciales, 25% docentes y 25% investigadoras), formaron grupos de trabajo y durante 5 días identificaron situaciones en las que intervenían enfermeras, se elaboró una lista de 300 diagnósticos que se ordenaron alfabéticamente. Este fue el comienzo de una continua evolución (Hernández Garre, 2010). Ver Anexo 3.

Según Hernández (2012), la Taxonomía II de la NANDA-I tiene un diseño multiaxial, lo que mejora la flexibilidad de la nomenclatura y permite hacer adiciones y modificaciones y facilitar la inclusión en los sistemas informáticos. NANDA-I se publica cada año, en la edición 2009-2011, contaba con 13 dominios, 47 clases y 188 diagnósticos (16 de nueva creación).

En la edición 2011-2013, permanecen los 13 dominios y 47 clases, se establecen 206 diagnósticos enfermeros (18 de nueva creación y eliminación de 8 diagnósticos). En la edición 2013-2015, se incorporaron 16 nuevos diagnósticos. En la edición 2015-2017, el último diagnóstico aprobado por la NANDA-I, tiene el código 00257, sin embargo, en la taxonomía hay un total de 235 diagnósticos activos. En la última edición 2015-2017 (elaborada tras la 20ª Conferencia NANDA-I), se incluyen diagnósticos de enfermería en "educación", para la "práctica clínica",

para los "registros electrónicos de salud", para "administración de los servicios de salud" y para la "investigación". Se han añadido 25 diagnósticos nuevos, se han revisado 13 diagnósticos y se han retirado 7, por lo que actualmente hay 235 diagnósticos activos (NANDA, 2014).

6.5. DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de Enfermería, es un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/ problemas de salud reales o potenciales que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente (AENTDE, 2001). Puede definirse como la identificación por parte del profesional de enfermería de los problemas de salud del paciente (Reina, 2010).

Las ventajas para el paciente serían que permiten la identificación de sus necesidades personales, plantear objetivos para sus cuidados, tener una visión profesional de los problemas de las personas, así como llevar a cabo el tratamiento específico de los problemas por parte de la enfermería. Dentro de los inconvenientes para el paciente es que se puede perder el trato personal al paciente y convertirlo en uno o varios diagnósticos. Se pueden inferir datos de otros pacientes con el mismo problema, y las ventajas del uso de los diagnósticos para el enfermero y su profesión son (i Goris et al., 2001): Facilita la comunicación por el uso de una taxonomía propia.

- Favorece la implantación del proceso de atención de enfermería como método de trabajo.
- Aumenta la información sobre el paciente.
- Permite una participación con contenido específico en las reuniones del equipo de salud.
- Facilita los cambios de turno.
- Mejora la información entre los profesionales.
- Define nuestra área de responsabilidad.
- Aumenta nuestro prestigio profesional ante los usuarios y otros profesionales.
- Aumenta la motivación.
- Favorece el crecimiento profesional.

Y como inconvenientes está la dificultad en la utilización de una taxonomía no desarrollada. Para la profesión el inconveniente sería la falta de convencimiento para su utilización por parte del colectivo profesional, y el conflicto con otros colectivos profesionales (Marriner-Tomey, & Alligood, 1999).

6.5.1. Etiquetas diagnósticas

Las Etiquetas diagnósticas son: Diagnósticos de Enfermería NANDA II, Intervenciones de Enfermería NIC, Clasificación de Resultados en Enfermería NOC. Una etiqueta diagnóstica consta de siete ejes. Un EJE se define como una dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico (NANDA Internacional, 2014):

- Eje 1. El núcleo diagnóstico. Elemento principal o parte esencial y fundamental de la formulación diagnóstica, su raíz. Describe la respuesta humana o experiencia que constituye el corazón del diagnóstico.
- Eje 2. Sujeto del diagnóstico. Población concreta para la que se formula un diagnóstico determinado, pudiendo ser esta el Individuo, la Familia, un Grupo o la Comunidad.
- Eje 3. Juicio. El juicio que limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero.
- Eje 4. Localización (vejiga, auditivo, cerebral, etc.).
- Eje 5. Edad (lactante, niño, adulto, etc.).
- Eje 6. Tiempo (crónico, agudo, intermitente).
- Eje 7. Estado del diagnóstico (focalizado en el problema, de riesgo, de promoción de la salud).

Y consta de 13 dominios (NANDA Internacional, 2014):

- Dominio 1. Promoción de la salud.
- Dominio 2. Nutrición.
- Dominio 3. Eliminación e intercambio.
- Dominio 4. Actividad/Reposo. Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.
- Dominio 5. Percepción/cognición. Sistema humano de procesamiento de la información incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

- Dominio 6. Autopercepción. Conciencia del propio ser.
- Dominio 7. Rol/relaciones. Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por lo que se demuestran tales conexiones.
- Dominio 8. Sexualidad. Identidad sexual, función sexual y reproducción.
- Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés. Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.
- Dominio 10. Principios vitales. Principios que subyacen en la conducta, pensamientos y conductas sobre los actos, costumbres, o instituciones, contemplados como verdaderos o poseedores de un valor intrínseco.
- Dominio 11. Seguridad/protección. Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario; preservación de las pérdidas, y preservación de la protección y seguridad.
- Dominio 12. Confort. Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.
- Dominio 13. Crecimiento/desarrollo. Aumento de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acorde con la edad.

6.5.2. Diagnósticos de enfermería NANDA

La clasificación de Diagnósticos de Enfermería por Patrones Funcionales de Salud son (NANDA Internacional, 2014):

- Percepción de salud. Modelo de control de la salud.
- Nutricional-Modelo metabólico.
- Modelo de eliminación.
- Modelo de actividad- Ejercicio.
- Modelo de sueño-Reposo.
- Modelo cognoscitivo de la percepción.
- Modelo de autopercepción-Autoconcepto.
- Modelo de papel-Relación.
- Modelo sexual reproductivo
- Modelo de enfrentamiento-Tolerancia al estrés.
- Modelo de valores-Creencias.

6.5.3. Taxonomía NIC-Actividades

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Las intervenciones NIC incluyen tanto la esfera fisiológica como la psicosocial. Tanto el tratamiento de enfermedades, la prevención de enfermedades y el fomento de la salud. La estructura de la Taxonomía NIC consta de tres niveles (Bulechek et al., 2013):

1. Campos.
2. Clases.
3. Intervenciones.

Actualmente (tras la Conferencia de Oporto, 2014) NIC tiene 7 campos, 30 clases, 565 intervenciones y más de 13.000 actividades. Para codificar los campos se han utilizado números del 1 al 7. Las clases se han codificado siguiendo las letras del alfabeto en mayúscula y en minúscula, y las intervenciones con un número de 4 dígitos. Las actividades no están codificadas, por lo que es posible incorporar otras nuevas (NANDA Internacional, 2014).

Los componentes de una intervención son (Bulechek et al., 2013):

- Título/Etiqueta descriptiva. Denominación del resultado.
- Definición. Expresa de forma clara y precisa el título.
- Actividades. Acción específica que realiza la enfermería para llevar a cabo una intervención.
- Referencias bibliográficas

6.5.4. Taxonomía NOC-resultados

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) es una clasificación normalizada y completa de los resultados enfermeros. Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para evaluar el estado, condición o percepción variable de un paciente, cuidador familiar, familia o comunidad para evaluar los

efectos de las intervenciones enfermeras a lo largo del proceso de cuidado del paciente (Moorhead et al., 2013).

La taxonomía NOC tiene tres niveles (Moorhead et al., 2013):

1. Dominio.
2. Clase.
3. Resultado, que se compone a su vez de los:
 - Indicadores y
 - Medidas.

Actualmente (tras la Conferencia de Oporto de 2014) NOC tiene 7 dominios, 32 clases y 490 resultados. Los dominios se clasifican utilizando números romanos del I al VII (Moorhead et al., 2013).

Las clases se codifican con letras siguiendo el abecedario, en mayúsculas primero y, una vez finalizadas todas las posibilidades, en minúsculas. Los resultados se codifican con 4 dígitos. Los indicadores se codifican con 6 dígitos, correspondiendo los 4 primeros a su resultado. Los componentes de un resultado son (Moorhead et al., 2013):

- Etiqueta. Denominación del resultado.
- Definición. Expresa de forma clara y precisa el título.
- Indicador. Estado, conducta o percepción más concreto de un individuo, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado.
- Escala Likert de 5 puntos. Cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo.
- Lista de referencias bibliográficas.

Dado que los resultados son conceptos variables que representan estados, conductas y percepciones de pacientes, es esencial poseer un método para medir los conceptos. Las escalas proporcionan suficientes opciones para demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción del paciente descritos por el resultado. La clasificación contiene 17 escalas (tipo Likert de 5 puntos) para su medida (Lastra et al., 2015).

En la Universidad de Iowa un equipo de investigación dirigido por Marion Johnson y Meridean Mas, se reunió con el fin de desarrollar una clasificación de resultados de los pacientes dando lugar a la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC en 1991. Es una clasificación estandarizada y exhaustiva de los

resultados de los pacientes que se vinculará con los cuidados de enfermería para ser utilizada evaluando los resultados de las intervenciones enfermeras. Fue publicada por primera vez en 1997 (Vázquez & Vega, 2008).

El uso de los Resultados de Enfermería en los pacientes proporciona un lenguaje profesional para evaluar la calidad de los cuidados, que las enfermeras pueden utilizar para identificar los resultados de las intervenciones enfermeras. El uso de la Clasificación de Resultados (NOC) sirve como herramienta para conocer la utilidad de las intervenciones enfermeras (Moorhead, 2019)

Los resultados en el paciente conseguidos por la enfermería se definen como cambios del estado de salud en los que la enfermera ha tenido una influencia directa (Ke-Ping et al., 1999, p. 2).

El uso de medidas de resultados, para evaluar la calidad de los cuidados enfermeros empezó a mediados de los sesenta, siendo Aydelotte el que utilizó los cambios en las características físicas y de conducta de los pacientes, para evaluar la efectividad de los cuidados enfermeros (Aydelotte, 1962, citado por Calo, 2012). Desde entonces se vienen desarrollando medidas adicionales de resultados, e investigando en enfermería (Heater et al., 1988), así se vienen usando diferentes resultados de pacientes para evaluar la calidad de los cuidados enfermeros y los resultados de las intervenciones de enfermería (Naylor & Shaid, 1991).

Hover y Zimmer (1978, citados por Moorhead et al., 2014) identificaron cinco medidas de resultados, basadas en una revisión sobre resultados de pacientes utilizadas por enfermería en esa época:

- El conocimiento del paciente sobre la enfermedad y sus tratamientos.
- El conocimiento del paciente de las medicaciones.
- Las habilidades de autocuidados del paciente.
- Las conductas adaptativas del paciente.
- El estado de salud del paciente.

Horn y Swain (1978, citados por Germini et al., 2010) identificaron medidas útiles de resultados para la investigación enfermera, y categorizaron más de 300 indicadores. En la década de los ochenta, Lang y Clinton (1984), identificaron categorías de resultados como:

- El estado de salud físico.
- El estado de salud mental.

- El funcionamiento social y físico.
- Las actitudes, el conocimiento y la conducta sanitaria.
- El uso de los recursos profesionales de la salud.
- Las percepciones del paciente sobre la calidad de los cuidados enfermeros.

Si nos fijamos en la mejora de la calidad, tenemos que identificar de forma realista el resultado que hay que conseguir. Las expectativas poco realistas del resultado son ineficaces, podemos gastar los recursos de que disponemos pero no conseguir efectos positivos (Mills & Staggers, 1994).

La utilización de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, en España y en sus diferentes Comunidades Autónomas, es muy heterogéneo. Y si nos referimos a la enfermería de Prisiones, entonces hablamos de la usencia de esta práctica en la mayoría de los Centros Penitenciarios del Estado Español, solo algunos lo utilizan de forma aislada (Consejo General de Enfermería de España, 2020; Martínez-Delgado, 2014; Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria & Grupo de Trabajo de Enfermería, 2008).

Apalategui y Canut (2011) y Calo (2012) han realizado estudios descriptivos para conocer el nivel de implementación del Proceso Enfermero basado en NANDA, NOC, NIC, en los Servicios de Salud Mental de las diferentes Comunidades Autónomas, describiendo las características de su utilización en los citados servicios, relacionando los diferentes dispositivos asistenciales con las administraciones públicas de que dependían, el ratio de enfermeros/as, si eran especialistas en Salud Mental o no, los métodos de valoración enfermera utilizados, así como las taxonomías NANDA, NOC, NIC utilizadas. La taxonomía NANDA, era la más frecuente y utilizada (Diagnósticos de Enfermería), los resultados NOC y las actividades NIC eran menos utilizadas en la práctica habitual.

Para comprender mejor los resultados obtenidos es necesario también considerar la gran amplitud de estas taxonomías (167 etiquetas diagnósticas NANDA, 333 etiquetas de resultados NOC y 451 etiquetas de intervención NIC).

Para su aplicación clínica es imprescindible el uso de la informática y por tanto, la informatización de los centros sanitarios y de las unidades asistenciales. Se trata de una tarea compleja y costosa que requiere un proceso progresivo de implantación. (Apalategui y Canut, 2011, p. 58).

6.6. MARCO TEÓRICO ENFERMERO EN PRISIONES

Al ser este un trabajo realizado por enfermería para clarificar cuidados en un entorno muy específico como son las Instituciones Penitenciarias, hemos basado nuestra argumentación teórica en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) formulado por Pender (Sakraida & Pender, 2007), y utilizado por los profesionales de enfermería para la intervención con los pacientes en los CAD (Centros de Atención al Drogodependiente), de la Comunidad de Madrid, teniendo dichos pacientes las mismas características que los que están ingresados en un Centro Penitenciario, por lo tanto puede enmarcarse en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS).

El MPS es un modelo donde se comprenden los principales factores que determinan las conductas de salud; su conocimiento es la base de la atención enfermera. Según Pender (2011), para la atención enfermera su fin es crear, en colaboración con las personas, familias y comunidades, las condiciones más favorables para conseguir la salud y bienestar óptimos. Desde un enfoque preventivo, la autora propuso que los factores cognitivos (creencias, concepciones, ideas, percepciones, etc.) son los principales determinantes del comportamiento de las personas respecto al cuidado de su salud. Cuando educamos para la adquisición de una conducta saludable, es fundamental la modificación favorable de estos factores en la persona, con la intención de realizarla y el compromiso con una estrategia planificada para obtener el cambio o mejoría (Sakraida, 2011).

El MPS tiene como base teórica la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura de 1977 (Bandura & Rivièrè, 1982) de la que el MPS recoge la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, “para que las personas cambien la forma en que se comportan, deben cambiar la forma en que piensan”, así como el concepto de autoeficacia percibida, es decir, la capacidad que tiene la persona para realizar las acciones que la lleven a lograr el objetivo deseado.

El MPS se sustenta también del Modelo de Valoración de Expectativas de la Motivación Humana de Feather (Heredia, 2000), que describe el grado de compromiso personal como el elemento principal para lograr los objetivos. Pender añade la visión de enfermería y sitúa a la persona como centro de su modelo; la describe como un ser en constante relación con el medio físico, social y cultural que le rodea, es el que le influye y también en él influye. Esta interacción da origen a las

conductas, experiencias y conocimientos de la persona, así como a la motivación para realizar dichas conductas tendentes a elevar su nivel de salud. La diferencia de este modelo con otros se basa en que dicha motivación viene del miedo o la amenaza percibida para la salud. La intervención de enfermería, la identifica dentro de dicho entorno y le atribuye un importante papel como agente motivador para que las personas creen sus propias conductas saludables (Pender, 2011).

6.6.1. Conceptos y definiciones del Modelo de Promoción de la salud

Según Pender et al. (2011) se deben tener en cuenta los factores individuales (biológicos, psicológicos y sociales) y las experiencias relacionadas con la conducta de salud. Estos componentes afectan de forma directa a la probabilidad de adquirir un hábito saludable, y de manera indirecta a su influencia en la formación de las distintas cogniciones recogidas en la primera columna (beneficios, dificultades, autoeficacia, apoyo social, etc). La conducta previa se refiere a las experiencias de éxito o fracaso relacionadas con similar conducta de salud, influyen en la mayor o menor probabilidad de que se adopte el compromiso para volver a realizarla. Los factores personales predictivos de la conducta son:

- Biológicos, como edad, sexo, pubertad, índice de masa corporal, menopausia o agilidad.
- Psicológicos, entre los que se encuentran automotivación, autoestima o estado de salud percibido.
- Socioculturales, como raza, situación económica o formación, entre otros.

El modelo queda representado en la Figura 20.

En la primera columna se sitúan las variables cognitivas (creencias, percepciones, concepciones, ideas) y afectivas (emociones, sentimientos,). Según este modelo, son los factores que más influyen en la motivación para la adopción de una conducta de salud, y pueden ser modificados mediante acciones de enfermería (Pender, 2011). Los beneficios percibidos de la acción son las consecuencias positivas que el individuo anticipa que obtendrá al adquirir una conducta de salud. Las barreras percibidas para la acción son bloqueos anticipados, imaginados o reales, y los costes personales derivados de la adopción de la

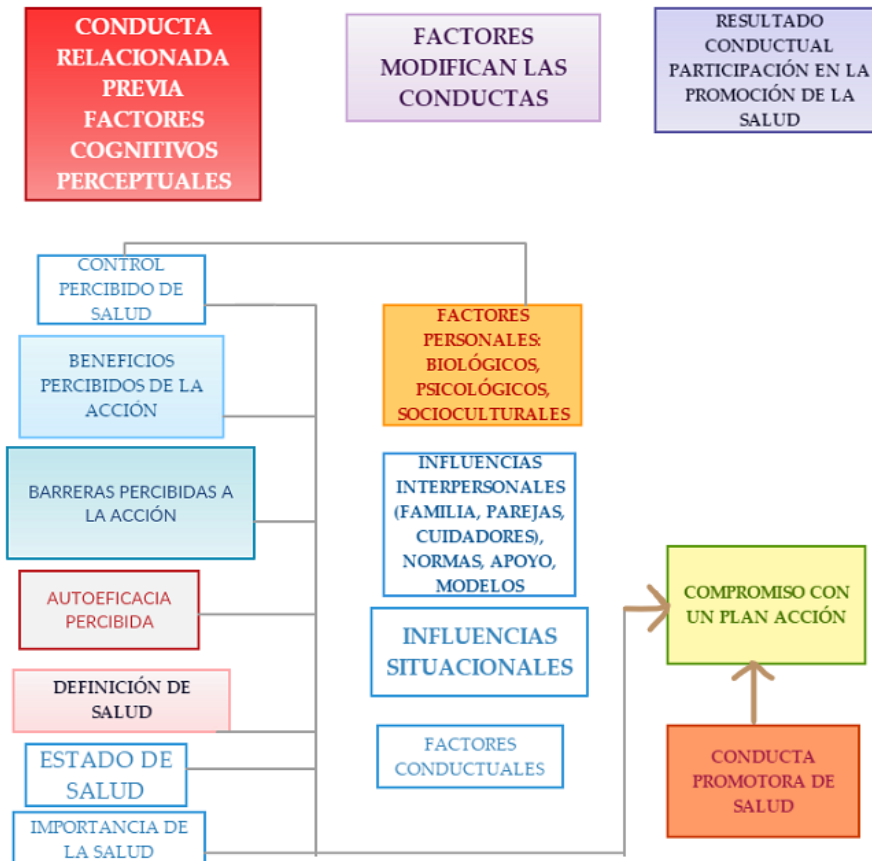
conducta de salud. Las barreras pueden ser personales, interpersonales o ambientales (como por ejemplo falta de transporte público para ir al colegio). La autoeficacia percibida es uno de los conceptos centrales del modelo. Expresa la idea que tiene la persona ante sus capacidades para realizar las acciones que le lleven a lograr el objetivo deseado. Según la autora, valores altos de autoeficacia percibida generan la percepción de menores barreras para la acción, mayor probabilidad de compromiso con la misma y, como resultado, la acción de la conducta.

El efecto relacionado con la actividad son las emociones, sentimientos y estados afectivos positivos o negativos que se dan antes, durante y después de la conducta de salud y son generados por ella. Según la autora, cuanto más positivo sea el sentimiento, mayor será también la autoeficacia percibida, lo que a su vez influye favorablemente en dicho sentimiento.

Las influencias interpersonales son las creencias, conductas y actitudes de los demás que influyen en la decisión de adoptar una conducta de salud. La probabilidad de que esta se lleve a cabo aumenta si las personas importantes para el individuo la realizan, esperan que este también la asuma y le ofrecen su apoyo (emocional o instrumental) para lograrlo. La autora identifica como las fuentes primarias de influencia interpersonal a la familia, la pareja y el personal sanitario; pueden facilitar el aumento o disminución del compromiso con la conducta.

Figura 20

Modelo de Promoción de la Salud



Nota: Elaboración propia a partir del Modelo de Promoción de la Salud revisado por Pender et al. (2002).

Las influencias situacionales son las circunstancias vitales, entorno físico y características de la situación que hacen que se elabore la idea sobre sus dificultades o facilidades para adquirir un hábito saludable.

La tercera columna se refiere a los antecedentes de la conducta y, como fin del proceso, la adquisición o no del hábito saludable. Según Pender, “un suceso conductual se inicia con el compromiso de actuar, a menos que haya una demanda

contrapuesta que no se pueda evitar o una preferencia contrapuesta que no se pueda resistir” (Pender, 2000, p. 439).

Los antecedentes de la conducta es el compromiso con un plan de acción. Conlleva la intención de realizar y planificar una estrategia que tenga como resultado la adquisición de una conducta saludable. La demanda contrapuesta son las contingencias del entorno (obligaciones familiares, profesionales, sociales, etc.) que generan conductas alternativas, las cuales interfieren en la intención de realizar la conducta promotora de salud y sobre las que el individuo tiene bajo control. La preferencia contrapuesta es la elección de una conducta contraria al hábito saludable que se pretende adquirir

La conducta promotora de salud es la meta de todo el proceso, dirigida al logro del bienestar óptimo, como realizar ejercicio físico de forma regular, la alimentación sana, tener relaciones personales positivas, etc.

Los elementos cognitivos de la conducta de salud que se pretende instaurar quedan recogidos en las columnas segunda y tercera. La evaluación de estos por parte del profesional de enfermería, y su modificación en colaboración con el paciente, tendrá como resultado la adopción de la conducta de salud.

Todo este marco teórico nos permite mostrar la base en la que nos hemos apoyado para proponer el programa de intervención que presentamos para la salud socioemocional de los presos, de mano de la enfermería y con apoyo multidisciplinar.

METODOLOGÍA

VIII – MATERIAL Y MÉTODO

CAPÍTULO VIII – MATERIAL Y MÉTODO

8.1. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

8.1.1. Diseño

Estudio experimental con medidas repetidas pretest-postest con grupo control, realizado en el C. P. de Murcia I, Sangonera, España.

8.1.2. Población de estudio, muestra y ámbito del estudio

Los participantes en el estudio fueron seleccionados mediante un periodo de reclutamiento consecutivo por conveniencia, en el que se eligieron a los internos de los diferentes programas de salud y con patologías prevalentes en el medio penitenciario que acudían a la consulta de Enfermería durante los años 2015, 2016 y 2017.

Se les informó del estudio y se les solicitó su consentimiento informado. Una vez se tuvieron a los pacientes que querían participar, fueron incluidos en el grupo control o en el de intervención siguiendo un proceso aleatorio mediante listas por orden alfabético, asignado por orden de lista los que ocupaban las posiciones pares en el grupo de intervención, y los impares en el grupo control.

Los criterios de inclusión fueron 1) Internos que presentaran alguna patología prevalente (mental, trastorno por uso de sustancias tóxicas, enfermedad crónica y enfermedades infectocontagiosas) que acuden a la consulta de enfermería, 2) Internos que no presenten limitaciones para el seguimiento o la participación en el estudio, 3) Internos con capacidad para firmar el consentimiento informado y que acepten hacerlo de forma voluntaria. Los criterios de exclusión fueron,

- 1) Tener dificultad para la comprensión y expresión del idioma.
- 2) Estar pendiente de una próxima libertad o conducción a otras prisiones
- 3) Estar acudiendo a otros talleres terapéuticos simultáneamente a nuestro estudio.

Elegimos una muestra de 156 internos para evitar posibles pérdidas, de los internos que se encuentran en los programas estudiados. A cada uno de estos

pacientes se les asignó un nº de orden del 1 al 156 y se denominó caso 1, 2, etc.

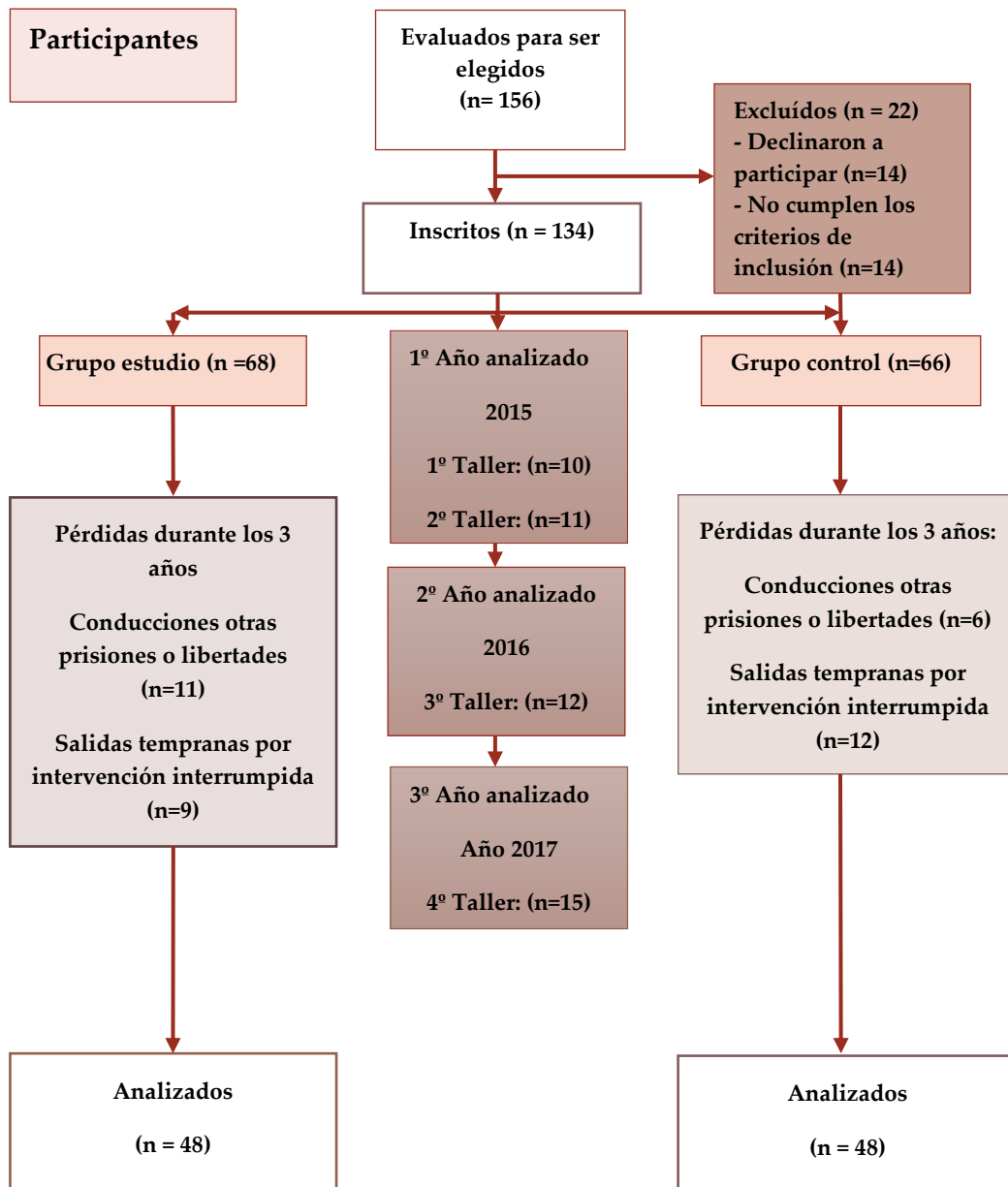
Del total de la muestra de 156 internos, 8 internos no cumplían los criterios de inclusión y 14 se negaron a participar.

Para asegurar la representatividad de la muestra se calculó el tamaño muestral a través de software G-Power (Erdfelder et al., 1996), con una potencia de 0,8, un efecto de 0,5, asumiendo un riesgo alfa de .05, y un contraste bilateral, con 40 sujetos en el primer grupo y 40 en el segundo grupo, el poder estadístico fue del 100% para detectar la diferencia de medias estadísticamente significativas entre los dos grupos, con la prueba no paramétrica de Wilcoxon-Mann-Whitney. Se toma de referencia, otro estudio realizado en intervenciones con presos (Medina, 2013).

De los 134 presos que iniciaron el estudio, 20 participantes del grupo de intervención y 18 del grupo de control no lo terminaron, ya que se les concedió la libertad o se les envió de conducción a otro CP. Así, participaron un total de 96 presos, 48 asignados al grupo de intervención y otros 48 al grupo de control. El grupo de intervención también se distribuyó en 4 grupos compuestos por 10, 11, 12 y 15 participantes (Figura 22). Los internos desconocían si eran asignados al grupo control o intervención, y la intención del estudio, y la persona que evaluaba a los presos, desconocía los datos hasta el final del estudio. Por tanto, este es un estudio doble ciego, que evita el efecto placebo o el sesgo del investigador.

Tras los diagnósticos de enfermería más prevalentes utilizando la metodología enfermera NANDA (Herdman et al., 2021), los internos presentaban alteración de los Dominios según NANDA (North American Nursing Diagnosis Association): 1 (Promoción de la Salud), 4 (Actividad/Reposo), 5 (Percepción/Cognición), 6 (Autopercepción), 7 (Rol/Relaciones) y 9 (Afrontamiento/Tolerancia al estrés). Eligiendo los criterios de resultados enfermeros NOC (Moorhead et al., 2018) y las actividades NIC (Howard et al., 2018), descritos en el (Anexo 5) que se adaptaran a la implementación del programa de Educación socioemocional; los participantes fueron distribuidos en el experimental y el grupo control, el cual siguió el cuidado habitual por el personal de enfermería del C. P.

Figura 21
 CONSORT Diagrama de flujo.



Los estratos de la muestra final de 96 internos del estudio son los siguientes como patología principal:

54 internos con TUS (27 en el grupo estudio y 27 en el grupo control), 9 internos con enfermedad crónica (4 en el grupo estudio y 5 en el grupo control), 5 internos con enfermedades infectocontagiosas (2 en el grupo estudio y 3 en el grupo control) y 26 internos con enfermedades mentales (14 en el grupo estudio y 14 en el grupo control). (Tabla 7).

Tabla 7

Patología principal en el grupo estudio y grupo control.

PATOLOGÍA PRINCIPAL	TUS	PAT. CRÓNICA	PAT. MENTAL	ENF. INF. CONT
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
ESTUDIO	27 (56,3)	4 (8,3)	14 (29,2)	3 (6,3)
CONTROL	27 (56,3)	5 (10,4)	14 (29,2)	2 (4,2)
TOTAL	54 (56,3)	9 (9,3)	28 (29,1)	5 (5,2)

Nota: TUS: Trastorno uso sustancias tóxicas; Pat. Crónica: Patología crónica; Pat. Mental: Patología mental; Enf. Inf. Cont: Enfermedades infectocontagiosas.

8.2. INSTRUMENTOS Y VARIABLES

La evaluación consistió en la realización de una entrevista clínica y la administración a los participantes de cuestionarios autoadministrados con instrucciones para su cumplimentación. Se utilizaron las siguientes variables e instrumentos:

Variables sociodemográficas: Nacionalidad, edad, estado civil, nivel de estudios y actividad laboral previa.

Variables clínicas: Diagnósticos de enfermedad mental, enfermedades infectocontagiosas, enfermedades crónicas, trastorno por uso de sustancias tóxicas (TUS).

Variables penales: Fecha del ingreso, procedencia, tiempo de permanencia en el centro, reincidencia, clasificación penal, y tipo de delito.

Cuestionario de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Se utilizó la versión española (Morejón et al., 2004) para medir la autoestima personal, de entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Consta 10 ítems con escala tipo likert que van de 1 a 4 (muy de desacuerdo hasta muy en acuerdo). De los ítems 1 al 5, las respuestas de la A a la D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas se puntúan inversamente. La puntuación total es una variable cuantitativa con valores comprendidos entre 10 y 40, donde los puntos de corte para su interpretación son:

Autoestima elevada: puntuaciones de 30 a 40. Se considera normal.

Autoestima media: puntuaciones de 26 a 29. No presenta problemas de autoestima graves, pero conviene mejorarla.

Autoestima baja: puntuaciones < 25. Presenta problemas de autoestima graves.

La escala ha obtenido niveles altos de fiabilidad con correlaciones test-retest que han oscilado de .82 a .88. El coeficiente alfa de Cronbach de las escalas se encuentra entre .76 y .88 y la validez de criterio fue de .55. La escala correlaciona inversamente con ansiedad (-.64), depresión (-.54) y anomia (-.40).

TMMS-24. Se utilizó la adaptación española realizada por Fernández-Berrocal et al (2004). Está basada en Trait Meta- Mood Ecale (TMMS 48) del grupo de investigación de Salovey et al (1995). La versión abreviada evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales, es decir, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras emociones y nuestra capacidad para regularlas. Está compuesto por 24 ítems, valorados en una escala tipo Likert de oscila entre 1 (nada de acuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Está compuesto por tres dimensiones:

a) Atención. Ser capaz de atender a los sentimientos y emociones de forma adecuada. Consta de 8 ítems, cuyo rango de valores se mueve entre 8 y 40.

b) Claridad. Comprender y percibir bien los estados emocionales. Consta de 8 ítems, cuyo rango de valores se mueve entre 8 y 40.

c) Reparación. Capacidad de regular los estados emocionales de forma adecuada. Consta de 8 ítems, cuyo rango de valores se mueve entre 8 y 40.

Su fiabilidad se midió a través de la consistencia interna obteniendo valores de alfa de Cronbach para cada dimensión de .90, .90 y .86 para las dimensiones Atención, Claridad y Reparación respectivamente. Este instrumento clasifica las dimensiones en los valores: bajo (debería mejorar), adecuado o promedio y alto (Tabla 8).

Tabla 8

Interpretación resultados cuestionario de Inteligencia Emocional TMMS24

	HOMBRES	MUJERES	EVALUACION
Atención (suma de los ítems del 1 al 8)	≤ 21	≤	Baja (L). Debería mejorar
	22 a 32	25 a 35	(S) Adecuado. Medio
	≥ 33	≥ 36	(H) Alto. Debería mejorar
Claridad (suma de los ítems del 9 al 16)	≤ 25	≤ 23	Bajo. (L) Debería mejorar
	26 a 35	24 a 34	(S) Adecuado, medio.
	≥ 36	≥ 35	(H)Excelente, alto
Reparación (suma de los ítems del 17 al 24)	≤ 23	≤ 23	Bajo (L) Debería mejora
	24 a 35	24 a 34	(S) Adecuado, medio.
	≥ 35	≥ 35	(H) Excelente. Alto

Nota: (Adaptación Fernandez-Berrocal et al., 2004). Elaboración propia

Escala de resiliencia CD- RISC10 (Connor & Davidson, 2003). Adaptación española de Notario-Pacheco et al., (2011). Es la variante reducida de la CD-RISC25 y está formada por 10 ítems. La respuesta es en una escala tipo Likert de cinco puntos desde 0 hasta 4 (totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo). Tiene una única dimensión y mide la resiliencia de forma global. El rango de la escala se mueve entre 0 y 40, indicando puntuaciones más altas un mayor nivel de resiliencia. El CD-RISC10 mostró una fiabilidad o alfa de Cronbach de .81.

Cuestionario de Asertividad de Rathus (RAS) (Rathus, 1973). Se compone de 30 ítems. El rango de las puntuaciones es de - 90 a +90, con un punto de corte de 0. Una puntuación positiva indica un mayor nivel de asertividad. Los ítems van desde una puntuación positiva de 1 a 3 (muy característico, bastante característico y algo característico) y los ítems redactados de forma inversa de -1 a -3 (algo no característico, bastante poco característico, y muy poco característico). Tiene una fiabilidad test-retest de $r = .78$ y dos mitades de $r = .77$.

Cuestionario de Empatía TECA (Pérez & Pinto, 2009). Es una medida global de la empatía compuesta por 33 ítems valorados en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). El análisis de fiabilidad de la escala realizado con el test alfa Cronbach muestra un valor de .81; lo que representa una homogeneidad aceptable para la población reclusa. En su versión original, presenta cuatro dimensiones: Adopción de Perspectivas (AP), Comprensión Emocional (CE), Estrés Empático (EE), Alegría Empática (AE).

- Adopción de Perspectivas (AP). Consta de 8 ítems, hace referencia a la capacidad imaginativa o intelectual de ponerse en el lugar de otro. El rango de valores se mueve entre 8 y 40. Valores muy altos implican dificultad en la toma de decisiones y valores muy bajos se relacionan con déficit en habilidades comunicativas y relacionales (pensamientos muy rígidos).
- Comprensión Emocional (CE). Consta de 9 ítems, se refiere a la capacidad de comprender y reconocer estados emocionales, intenciones e impresiones de otras personas. El rango de valores se mueve entre 9 y 45. Valores muy altos implican atención excesiva a estados de ánimo ajenos y valores muy bajos se relacionan con dificultades emocionales, soporte social deficiente y problemas en habilidades de relación.
- Estrés Empático (EE). Consta de 8 ítems, habla de la capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona. El rango de valores se mueve entre 8 y 40. Valores muy altos implican elevados niveles de Neuroticismo (inestabilidad emocional) y valores muy bajos con excesiva frialdad emocional
- Alegría Empática (AE). Consta de 8 ítems, alude a la capacidad de compartir las emociones positivas de otra persona. El rango de valores se mueve entre 8 y 40. Valores muy altos implican que la felicidad del sujeto depende de los demás y valores muy bajos que existe indiferencia ante acontecimientos positivos de los demás.

Cuestionario de Salud SF-36 (Ware, 1999). Está compuesto por 36 ítems que evalúan ocho dimensiones sobre salud y que no son exclusivos de ningún tipo de tratamiento, patología o edad. Detecta tanto aspectos positivos como negativos de la salud física y el estado mental. Las dimensiones son: funcionamiento físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, limitaciones en el rol por

problemas emocionales y salud mental. Se obtiene una puntuación que va desde 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud) y proporciona un perfil de salud general. La fiabilidad medida a través de la consistencia interna fue entre .62-.94 y de .60-.81 para el test-retest.

Se utilizaron para la recogida de datos: Hoja de registro de actividades. Observación diaria. Cuaderno de la Enfermera. Cuaderno del alumno. Fichas sesión. (Anexo 6). Hoja de valoración de Enfermería. (Anexo 7). Hoja con variables de la ficha de inicio de tratamiento e intervenciones. (Anexo 8).

Los resultados serán medidos por la evolución de los indicadores seleccionados. Y se obtienen como la puntuación media de los resultados de estos indicadores. Los criterios de resultados enfermeros (NOC) evaluados son: (Anexo 5) (Desarrollo de NOC y NIC vinculados a NANDA I) del programa socioemocional.

Sueño (0004) (Tabla 9).

Definido como la suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo. Se valora en una escala tipo Likert que oscila entre (gravemente comprometido) y 5 (no comprometido).

Tabla 9

Resultado de Enfermería (NOC): Sueño (0004).

Dx. Enfermería: TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO. r/c. alteraciones del entorno.
Objetivo final: Los internos dejarán de despertarse a causa de factores externos, en el plazo de seis meses

NOC: 0004. Sueño

Actividades

Indicadores:

402. Horas de sueño cumplidas

1	2(i)	3 (d)	4(c)	5
---	------	-------	------	---

404. Calidad del sueño.

1	2(i)	3(c) (d)	4	5
---	------	-------------	---	---

417. Dependencia ayuda para dormir.

1	2	3(i)	4(c) d)	5
---	---	------	------------	---

421. Dificultad conciliar el sueño.

1	2	3(d) (i)	4(c)	5
---	---	----------	------	---

Escala: 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.

NIC 1:
1850.
Mejorar
el sueño.

-Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc

-Ayudar al interno a limitar al sueño durante el día, disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.

-Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

-Enseñar al interno a realizar una relajación muscular u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.

Nota: Resultado: inicial(I) deseado(d) conseguido(c).

Autoestima (1205) (Tabla 10)

Se define como el juicio personal sobre la capacidad de uno mismo. Se valora en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (nunca positivo) y 5 (siempre positivo).

Tabla 10

Resultado de Enfermería (NOC): Autoestima (1205)

Dx. Enfermería: DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL (00052) r/c: alteración del autoconcepto. Objetivo final: Los internos establecerán intercambios sociales más adecuados y satisfactorios en el plazo de seis meses				
NOC: 1205.Autoestima.				
Indicadores:				
120501. Verbalización autoaceptación.				
1	2(i)	3(c) (d)	4	5
20502. Aceptación propias limitaciones.				
1	2(i)	3(c) (d)	4	5
120504. Mantenimiento contacto ocular				
1	2(i)	3	4(c) (d)	5
120506. Respeto por los demás				
1	2(i)	3(d)	4 (c)	5
Escala: 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.				
NIC 1. 5450. Terapia de grupo.				
-Actividades Ayudar al interno a darse cuenta de que cada persona es única.				
NIC 2. 5430. Grupo de apoyo.				
-Ayudar al interno a identificar los valores que contribuyen al autoconcepto.				
NIC 3. 4370. Modificación de la conducta: Habilidades sociales.				
-Ayudar al interno a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo.				
NIC 4. 5100. Potenciación de la socialización.				
-Ayudar al interno, a ser consciente de sus autoafirmaciones negativas.				
NIC 5. 5390. Potenciación de la autoconciencia				
-Ayudar al interno a identificar los sentimientos de culpa.				

Nota: Resultado: inicial(i) deseado(d) conseguido(c).

Nivel de ansiedad (1211) (Tabla 11).

Definida como la gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada, surgida de una fuente identificable. Se valora en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (grave) y 5 (ninguno).

Tabla 11

Resultado de Enfermería (NOC): Nivel de ansiedad (1211).

Dx. Enfermería: ANSIEDAD (00146), r/c: uso inadecuado de sustancias. Objetivo final: Los internos sabrán controlar y gestionar las amenazas o peligros no esperados. en el plazo de seis meses

NOC: 1211.Nivel de ansiedad.						Actividades
Indicadores:					NIC 1:6040. Terapia de relajación simple.	-Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación
121102. Impaciencia.						
1	2(i)	3 (d)	4(c)	5		
121106. Tensión muscular.					NIC 2: 5430 Grupo de apoyo.	-Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
1	2(i)	3(c) (d)	4	5		
121108. Irritabilidad.						
1	2(i)	3(c)	4d)	5		
121129. Trastorno patrón del sueño.					NIC 3: 1850. Mejorar el sueño.	-Animar al interno a que establezca una rutina la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
1	2(i)	3(d) (c)	4	5		
Escala: 1. Grave - Sustancial - Moderado - Leve - Ninguno					NIC 4. 5450. Terapia de grupo.	-Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
					NIC 5. 5820. Disminución de la ansiedad.	-Controlar los estímulos. -Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

Nota: Resultado: inicial(i) deseado(d) conseguido(c).

Resiliencia personal (1309) (Tabla 12). Definida como la adaptación y función positiva de un individuo después de una adversidad o crisis significativa. Se valora en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (nunca demostrado) y 5 (siempre demostrado).

Afrontamiento de problemas (1302) (Tabla 12). Define las acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo. Se valora en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (nunca demostrado) y 5 (siempre demostrado).

Tabla 12*Resultado de Enfermería (NOC): Resiliencia (1309) y afrontamiento de problemas (NOC)*

1302.

BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL. 00120.. r/c: estigmatización. Objetivo final: Los internos establecerán intercambios sociales más adecuados y satisfactorios en el plazo de seis meses				
NOC: 1309. Resiliencia.				
Indicadores:				
130901. Verbaliza actitud positiva.				
1	2(i)	3(c) (d)	4	5
130903. Expresa emociones.				
1	2(i)	3 (d)	4(c)	5
130905. Comunicación adecuada para la edad.				
1	2(i)	3	4(c) d)	5
130912. Busca apoyo emocional				
1	2(i)	3(d) (c)	4	5
Escala: 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.				
NOC: 1302. Afrontamiento problemas.				
Indicadores:				
130203. Verbaliza sensación de control.				
1	2(i)	3 (d)	4(c)	5
130204. Refiere disminución del estrés.				
1	2(i)	3 (d)	4(c)	5
130218. Refiere aumento del bienestar psicológico				
1	2(i)	3 (d)	4(c)	5
130223. Obtiene ayuda de un profesional sanitario.				
1	2(i)	3 (d)	4(c)	5
Escala: 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.				

NIC 1. 5390. Potenciación de la autoconciencia. Actividades
-Animar al interno a desarrollar relaciones

NIC 2. 5430. Grupo de apoyo. -Ayudar al grupo a progresar en las etapas de desarrollo grupal: desde la orientación pasando por la cohesión hasta la conclusión

NIC 3. 5450. Terapia de grupo. -Proporcionar refuerzo social (verbal y no verbal) para conseguir las conductas/patrones de respuesta deseados

NIC 4. 5510. Educación para la salud. -Utilizar presentaciones de grupo para proporcionar apoyo y cohesión grupal.

NIC 5. 5604. Enseñanza grupo. -Proporcionar un entorno que favorezca el aprendizaje

Nota: Resultado: inicial(I) deseado(d) conseguido(c).

Autocontrol de los impulsos (1405) (Tabla 13).

Definido como el autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo. Se valora en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (nunca demostrado) y 5 (siempre demostrado).

Tabla 13

Resultado de Enfermería (NOC): Autocontrol de impulsos (1405).

Dx. Enfermería: CONTROL DE LOS IMPULSOS INEFICAZ (00222). r/c: Trastorno del estado del ánimo.				
Objetivo final: Los internos aprenderán a controlar la impulsividad o reacciones negativas ante estímulos internos o externos, en el plazo de seis meses				
NOC: 1405. Autocontrol de impulsos.				
Indicadores:				
140502. Identifica sentimientos que conducen a acciones.				
1	2(i)	3 (d)	4(c)	5
140509. Identifica sistema de apoyo.				
1	2(i)	3(c) (d)	4	5
140515. Evita situaciones de alto riesgo.				
1	2(i)	3(c)	4d)	5
140516. Obtiene ayuda al presentar impulsos.				
1	2(i)	3(d) (c)	4	5
Escala: 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.				
NIC 1:5450. Terapia de grupo.				
Actividades				
-Enseñar al paciente. Ayudar al grupo a trabajar la resistencia a los cambios.				
NIC 2: 5430				
Grupo de apoyo.				
-A detenerse y pensar antes de comportarse impulsivamente.				
-Atender a las necesidades del grupo como un todo, así como las necesidades de los miembros individuales.				
NIC 3: 1850.				
Mejorar el sueño.				
-Ayudar al paciente a identificar los cursos de acción posible y sus costes/beneficios.				
-Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama				
NIC 44370. Entrenamiento control de impulsos.				
-Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción mediata				
-Ayudar al paciente. A identificar los cursos de acción posible y sus costes/beneficios				

Nota: Resultado: inicial(I) deseado(d) conseguido(c).

Conocimiento: fomento de la salud (1823) (Tabla 14).

Cuya definición es el grado de conocimiento transmitido sobre la información necesaria para conseguir y mantener una salud óptima. Se valora en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (ningún conocimiento) y 5 (conocimiento extenso).

Tabla 14

Resultado de Enfermería (NOC) Conocimiento fomento de la salud (1823)

Dx. Enfermería: CONDUCTAS INEFICACES DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD (00292) r/c:				
conflictos entre creencias culturales y las prácticas de salud. Objetivo final: Los internos gestionarán mejor el conocimiento y mantenimiento de su salud en el plazo de seis meses				
NOC: 1823. Conocimiento fomento de la salud.				
Indicadores:				
182308. Conductas que promueven la salud.				
1	2(i)	3(c) (d)	4	5
182309. Estrategias para controlar el estrés.				
1	2(i)	3(d)	4 (c)	5
182312. Recursos sanitarios acreditados.				
1	2(i)	3	4(c) d)	5
182322. Efectos adversos sobre la salud del consumo de drogas				
1	2(i)	3(d)	4)(c)	5
Escala: 1. (Ningún conocimiento) 2 (Escaso conocimiento). 3. (Moderado conocimiento). 4. (Sustancial conocimiento). 5. (Extenso conocimiento).				
Resultado: inicial(I) deseado(d) conseguido(c).				
NIC 1: 5510		Actividades		
Educación para la salud.		-Utilizar debates de grupo y juego de roles para influir en las creencias, actitudes y valores que existen sobre la salud. -Centrarse en beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de beneficios a largo plazo o efectos negativos derivados de incumplimiento. -Crear un ambiente de aceptación y relajado. -Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros.		
NIC 2: 5430		Grupo de apoyo.		
NIC 3: 1850.		Mejorar el sueño.		
NIC 4: 5100		Potenciación de la socialización.		

Nota. Resultado: inicial(i) deseado(d) conseguido(c).

Se utilizaron para la recogida de datos: Hoja de registro de actividades, hoja de valoración de Enfermería, registro con las variables de la ficha de inicio de tratamiento e intervenciones, observación diaria, cuaderno de la Enfermera, cuaderno del preso, y fichas de cada sesión (Anexo 5 y 6).

8.3. PROCEDIMIENTO

Se elaboró el diseño del programa de intervención de educación emocional y salud con una estructura de 16 sesiones de dos horas de duración (Tabla 15). El programa completo se puede consultar en el (Anexo 9).

Los participantes fueron distribuidos en el grupo experimental y el grupo control, el cual siguió el cuidado habitual por el personal de enfermería del C. P. En el grupo experimental se fomentó las dinámicas de grupo, con un clima de aprendizaje y participación. Se utilizaron diferentes habilidades para conseguir los objetivos propuestos en el programa como cine-fórum, role-playing, escucha activa, juegos y trabajos en equipo.

Los cuestionarios del estudio se pasaron antes de la intervención a los participantes y a los 6 meses después de la finalización de la intervención enfermera a ambos grupos.

Tabla 15

Crograma de las sesiones y contenidos del programa de intervención educación emocional y salud en presos.

SESIÓN	HABILIDADES	OBJETIVOS
1,2,3,4	Pretest. Presentación programa. Firma consentimiento. Habilidades Sociales. Asertividad. Autoestima.	Expresión verbal. Practicar conductas asertivas. Desarrollo de la autoestima. Ejercicios de aprendizaje de escucha activa.
5,6,7	Expresión emocional. Emociones. Inteligencia Emocional. Facilitación emocional del pensamiento. Sentimientos. Relajación.	Identificación y reconocimiento de las emociones propias y de los demás. Utilidad de las emociones positivas y negativas. Control de impulsos y la ira. Aprender a respirar y relajarse. Practicar la expresión emocional.
8,9,10,11	Resolución de problemas. Autoconcepto. Autoestima. Regulación emocional.	Desarrollar autoestima. Identificar las cualidades y potenciales de cada uno y de los demás. Aprender a resolver problemas sin generar conflictos. Cinefórum.
12,13,14,15,16	Desarrollo pensamiento positivo. Afrontamiento situaciones de enfado. Resiliencia. Comprensión emocional. Regulación emocional. Postest.	Trabajo en equipo. Aprender a ponerse en el lugar del otro sin ningún tipo de juicio. Importancia de seguir practicando todo lo aprendido. Cinefórum.

Nota: Basados en el modelo de las cuatro ramas de Mayer y Salovey (1997)

8.4. ANÁLISIS DE DATOS

El tratamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS Statistics 21.0. Se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio. Para las variables cuantitativas se utilizaron estadísticos descriptivos como media y desviación típica, y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Las frecuencias de los ítems antes de la intervención de las variables sociodemográficas y clínicas se analizaron con la prueba de χ^2 , para comprobar si eran grupos equivalentes.

La comparación de las puntuaciones finales en el grupo experimental-control y entre el pre y post intervención, se realizó mediante las pruebas no paramétricas de U de Mann Whitney y Wilcoxon al no cumplirse el supuesto de normalidad. En cada variable se calculó el tamaño del efecto a través de la *r* de Cohen, para valorar la magnitud del efecto de la intervención por tratarse de pruebas no paramétricas, tomándose los valores .10 bajo; .30 medio; .50 grande; .70 muy grande propuestos por Cohen (1988). La significación estadística se fijó en el 5%.

8.5. ASPECTOS ÉTICOS

Tras la aprobación de la Secretaría General de Asuntos Penitenciarios de Instituciones Penitenciarias y la Dirección del Centro Penitenciario de Murcia I; el estudio se llevó a cabo siguiendo la Orden Circular 11/2005, sobre Trabajos, estudios e investigaciones en el medio penitenciario de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Anexo 9). Así como la autorización del Comité de Ética de la UCAM (Anexo 10). Cumpliendo con los criterios de la Declaración del Helsinki de la Asociación Médica Mundial AMM (2008), los internos firmaron el consentimiento informado para la participación en el estudio.

IX - RESULTADOS

CAPÍTULO IX - RESULTADOS

9.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

La muestra final estuvo compuesta por un total de 96 internos, 48 del grupo experimental y 48 del grupo control. (Tabla 16). La edad media de los participantes fue de 41.25 (DT= 11.35) años (IC 95% 38.95-43.55), con un rango de valores comprendidos entre 22 y 71 años. El 100% fueron hombres, de los cuales, 43 (44.8%) estaban solteros, 19 (19.8%) divorciados, y 34 (35.4%) casados o vivían en pareja. En cuanto a la nacionalidad, 15 (15.6%) internos eran extranjeros, cuya distribución por países fue 4 (4.2%) de Colombia, 3 (3.1%) de Marruecos, 2 (2.1%) de Argelia, 2 (2.1%) de Ecuador, 2 (2.1%) de Rumanía, 1 (1%) de Bulgaria y 1 (1%) de Argentina.

El nivel de estudios alcanzado fue muy bajo, sólo 3 (3.15%) de los internos tenían estudios universitarios, 7 (7.3%) terminaron el bachiller o un ciclo formativo superior, 20 (20.8%) lograron completar la ESO, aproximadamente la mitad de la muestra 46 (47.9%) finalizaron los estudios primarios, 18 (15.2%) no consiguieron terminarlos y 2 internos (2.1%) refirieron no haber ido nunca a la escuela. En cuanto a la situación laboral, 23 (24%) internos tenían trabajo estable al ingreso en el CP, algo más de la mitad 55 (57.3%) no tenían estabilidad laboral y 18 (18.8%) eran pensionistas. De este modo, 41 (42.7%) eran perceptores de ingresos reconocidos (pensión, trabajo remunerado, prestación por desempleo, etc.). El resto de los internos no tenían una fuente de ingresos reconocida.

El 56.6% tenían un trastorno por uso de sustancias psicoactivas (TUS) antes del ingreso, el 50% tenían alguna enfermedad crónica (diabetes, hipertensión arterial, dislipemias, enfermedad coronaria...); el 80.2 % presentaban enfermedad mental (ansiedad, depresión, esquizofrenia...); el 30.2% tenían alguna enfermedad infectocontagiosa (Virus de la inmunodeficiencia humana, (VIH); Virus de la hepatitis C (VHC), Virus de la hepatitis B (VHB)...))

Tabla 16*Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y clínicas*

	GRUPO EXPERIMENTAL n=48	GRUPO CONTROL n=48	t	p	χ ²	p
Patologías Principal n (%)					.31	.96
Drogas abuso (TUS)	27 (56.3%)	27 (56.3%)				
Patología crónica	4 (8.3%)	5 (10.4%)				
Patología mental	14 (29.2%)	14 (29.2%)				
Enfermedades infectocontagiosas	3 (6.3%)	2 (4.2%)				
Patología prevalente comórbida n						
Patología crónica	25 (52.1%)	23 (47.9%)			.17	.68
Patología mental	39 (81.3%)	38 (79.2%)			.07	.79
Enfermedades infectocontagiosas	15 (31.3%)	14 (29.2%)			.05	.82
Drogas abuso (TUS)	27 (56.3%)	27 (56.3%)			.00	1.00
Edad cumplida M (DT)	38.94 (7.93)	43.56 (13.67)	-2.027	.04	-2.03	.05
Procedencia n					.71	.40
Nacional	39 (81.3%)	42 (87.5%)				
Extranjero	9 (18.8%)	6 (12.5%)				
Estado civil n						
Casado/pareja	17 (35.4%)	17 (35.9%)			.68	.71
Soltero	23 (47.9%)	20 (41.7%)				
Divorciado	8 (16.7%)	11 (22.9%)				
Estudios n(10.24	.07
Sin estudios	1 (2.1%)	1 (2.1%)				
Primarios incompletos	7 (14.6%)	11 (22.9%)				
Primaria completa	30 (62.5%)	16 (33.3%)				
Eso	8 (16.7%)	12 (25%)				
Bachiller o ciclo superior	2 (4.2%)	5 (10.4%)				
Estudios universitarios		3 (6.3%)				
Situación laboral al ingreso n					1.10	.58
Trabajo estable	12 (25%)	11 (23.9%)				
Sin trabajo estable	29 (60.4%)	26 (54.2%)				
Pensionista	7 (14.6%)	11 (22.9%)				
Situación al ingreso					.93	.06
Por 1ª vez	10 (28.8%)	14 (29.2%)				
Reingreso	38 (79.2%)	34 (70.8%)				
Situación penal					.84	.10
Preventivo	15 (31.3%)	19(39.6%)				
Penado	33 (68.8%)	29 (60.4%)				
Tipo de delito					2.461	.02
Contra las personas	3 (6.3%)	4 (8.3%)				
Contra la libertad sexual	1 (2.1%)	6 (12.5%)				
Violencia familiar	7 (14.6%)	13 (27.1%)				
Delitos contra la salud pública	2 (4.2%)	4 (8.3%)				
Delitos económicos	6 (12.5%)	1 (2.1%)				

Robos	27 (56.3%)	18 (37.5%)				
Contra la seguridad del Tráfico	2 (4.2%)	2 (4.2%)				
Antigüedad (meses) M(DT)	17.60 (10.62)	17.65 (12.74)	-.017	.98	-.017	.20
Edad 1ª detección M(DT)	26.94 (8.01)	33.54 (15.80)	-2.582	.01	-2.582	.00

Nota: Elaboración propia.

El perfil penal de los participantes queda expuesto a continuación:

- **Situación al ingreso:** los internos que ingresan por primera vez son 24 (25%) y los que reingresan de nuevo son 3 veces más 72 (75%).
- **Procedencia al ingreso:** 78 internos (81.25%) estaban en libertad; y 18 (18,75%) en situación de conducción.
- **Situación penal:** preventivos 34 (35.4%) y penados 62 (64.6%).
- **Edad primera detención:** la media de edad que los internos detenidos por primera vez es 30.24 (DT=12.89) años (IC 95% 27.63-32.85) con un rango de valores comprendidos entre 17 y 71 años, en los que el valor del percentil 50 corresponde a 25.5 años, el percentil 25 a 22 años y 35 años al percentil 75.
- **Tipo de delito:** La variabilidad de los delitos por los que se encuentran en prisión los internos de la muestra es diverso. Cabe destacar que 20 (30.3%) corresponde a delitos por robo con fuerza o intimidación y 11 (16.7%) a violencia de género. El resto se distribuye como se ve en la siguiente (Tabla 17).
- **Antigüedad en la prisión:** la media de nº de meses de permanencia en el CP es de 17.63 (DT=11.67) (IC 95% 15.26-19.99), con un rango de valores comprendidos entre 3 y 67 meses en los que el valor del percentil 50 corresponde a 14.5 meses, el percentil 25 a 11.25 meses y el percentil 75 a 19 meses.

9.2. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS VARIABLES PRE-INTERVENCIÓN Y POST-INTERVENCIÓN

9.2.1. Resultados intragrupos:

En la tabla 18, se observan los resultados intragrupos de las diferentes variables tras la intervención.

En el grupo experimental la calidad de vida de los internos mejoró tras la intervención. Las dimensiones del componente sumatorio físico y mental tuvieron mejoras significativas ($p=.00$), con tamaños del efecto medio-grandes, siendo de $r=.40$ para el componente sumatorio físico, y $r=.46$ para el componente sumatorio mental. Si nos fijamos en los estadísticos descriptivos, en el componente sumatorio físico observamos una mediana de 77.81 puntos (IRQ= 19.21 puntos) antes del programa y una mediana de 81.25 puntos (IRQ=13.59 puntos) después del programa, lo que supuso una mejoría del 4%. Por otro lado, en el componente sumatorio mental observamos una mediana de 64.88 puntos (IRQ=22.09 puntos) antes del programa y una mediana de 7.63 puntos (IRQ=23.09 puntos) después del mismo, con una mejoría de 18%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones de la calidad de vida, excepto en la dimensión rol emocional ($p=.09$). En el grupo control también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida, concretamente en la dimensión Vitalidad ($p=.02$), en la dimensión Salud Mental ($p=.00$) y en el componente sumatorio mental ($p=.03$). En el resto de las dimensiones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 18).

En la variable autoestima, en el grupo experimental se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=.00$), con una mediana antes del programa de 24 puntos (IRQ=9 puntos) y de 30 puntos (IRQ=4 puntos) tras la intervención, lo que supuso una mejoría del 25%, obteniéndose un tamaño del efecto grande ($r=.51$). En el grupo control, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=.40$).

En la variable asertividad, en el grupo experimental se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p=.00$), con una mediana antes del programa de 10.50 puntos (IRQ=18 puntos) y de 24 puntos (IRQ=18 puntos) tras la intervención,

lo que supuso una mejoría del 129%, con un tamaño del efecto grande ($r=.46$). El grupo control no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=.07$).

Tabla 17*Efectos de la intervención en los grupos experimental y control*

	INTRAGRUPOS																		
	EXPERIMENTAL						CONTROL												
				POST			PRE			POST									
	ME	Q1	Q3	ME	Q1	Q3	Z	p	r	ME	Q1	Q3	ME	Q1	Q3	Z	p	r	α
CVRS																			.86
FF	90.0	60.00	100.0	95.00	65.00	100.0	-2.57	.01	.26	80.0	60.00	95.00	90.00	45.00	95.00	-.95	.34	.09	.83
RF	100.00	81.25	100.0	100.0	100.0	100.0	-2.14	.03	.21	75.0	6.25	100.0	75.00	.00	100.0	-.33	.74	.03	.64
DF	67.50	45.63	97.50	80.00	67.50	100.0	-2.88	.00	.29	55.0	35.00	67.50	55.00	35.63	69.38	-.32	.75	.03	.9
SG	55.00	40.00	70.00	70.00	55.0	78.75	-3.76	.00	.38	50.0	40.00	63.75	50.00	40.00	55.00	-4.92	.09	.50	.66
VI	45.00	40.00	63.75	65.00	51.25	75.00	-4.78	.00	.48	45.0	35.00	60.00	45.00	40.00	50.00	-2.31	.02	.23	.70
FS	62.50	25.00	75.00	75.00	50.00	75.00	-2.50	.01	.25	50.0	15.63	75.00	50.00	37.50	62.50	-.09	.92	.00	.68
RE	100.00	0.00	100.0	100.0	33.67	100.0	-1.66	.09	.17	33.3	.00	100.0	.00	.00	100.0	-1.38	.16	.14	.69
SM	56.00	44.00	68.00	72.00	60.00	80.00	-4.84	.00	.49	52.0	44.00	75.00	48.00	37.00	56.00	-3.17	.00	.32	.81
CSF	77.81	64.38	83.59	81.25	76.41	90.00	-4.00	.00	.40	58.1	41.41	79.22	50.63	39.06	76.88	-1.23	.21	.12	.78
CSM	64.88	33.50	75.59	73.63	55.91	79.00	-4.52	.00	.46	51.7	28.63	70.38	37.23	27.25	64.00	-2.12	.03	.21	.83
AU	24.00	21.00	29.75	30.00	29.00	32.75	-5.01	.00	.51	24.5	20.00	29.50	22.00	20.00	26.75	-.84	.40	.08	.73
AS	10.50	3.00	21.25	24.00	15.00	33.00	-4.57	.00	.46	10.0	-4.75	22.00	4.00	.00	20.25	-1.81	.07	.01	.93
IEAT	27.00	21.25	32.50	24.50	19.00	31.00	-0.89	.37	.09	27.0	22.00	31.00	29.00	22.00	33.75	-1.15	.25	.11	.88
IECL	27.00	19.25	32.00	30.00	23.00	35.00	-2.24	.02	.22	24.5	18.00	31.00	28.00	23.25	32.00	-2.65	.00	.27	.86
IERE	27.00	19.00	32.00	32.00	25.25	36.00	-3.19	.00	.32	25.0	19.00	29.75	23.00	16.25	30.00	-1.71	.08	.17	.88
RS	23.00	21.00	29.00	30.0	25.00	34.00	-4.11	.00	.42	23.0	21.00	29.00	23.00	20.00	30.5	-.02	.98	.00	.73
ET	106.50	97.00	115.0	112.0	103.2	117.0	-3.16	.00	.65	107	91.50	115.0	105.5	93.25	115.0	-.63	.52	.25	.72
AP	26.00	23.00	29.00	28.00	25.00	31.75	-3.05	.00	.44	26.5	23.00	29.00	25.00	18.00	29.75	-.60	.00	.37	.75
CE	31.50	27.00	35.00	33.00	29.25	35.00	-2.18	.02	.31	29.0	22.50	34.00	30.00	23.00	34.00	-.38	.70	.05	.75

EE	26.00	22.25	29.00	27.00	24.00	29.00	-1.84	.06	.26	24.0	20.25	28.00	25.00	23.00	27.00	-1.64	.10	.23	.69
AE	24.50	21.00	28.00	25.00	23.25	28.75	-2.23	.02	.32	25.0	22.00	28.00	25.00	22.00	28.00	-.67	.50	.09	.63
TNANS	2.00	2.00	2.00	3.00	3.00	4.00	-5.00	.00	.79	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	-1.94	.05	.28	.79
TCFS	2.00	2.00	2.00	3.50	3.00	4.00	-5.87	.00	.84	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	-1.26	.20	.18	.87
TNSUE	3.00	2.00	4.00	4.00	3.00	4.75	-4.69	.00	.67	2.00	2.00	4.00	2.00	2.00	3.00	-1.81	.07	.26	.87
TAI	2.00	1.00	2.00	3.00	3.00	4.00	-5.89	.00	.85	2.00	1.00	2.00	2.00	1.00	2.75	.00	.00	.00	.46
TAT	2.50	2.00	3.00	4.00	3.00	4.00	-5.33	.00	.76	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	3.00	-.42	.67	.06	.85
TRES	2.00	2.00	3.00	4.00	3.00	4.00	-5.21	.00	.75	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	3.00	-.70	.48	.10	.88
TAP	2.00	2.00	3.00	4.00	3.00	4.00	-5.10	.00	.73	2.00	1.25	2.00	2.00	2.00	3.00	-2.13	.03	.35	.89

Nota: ME=Mediana; Q1= Primer cuartil; Q3=Tercer cuartil; p= p-valor o significancia estadística; r= tamaño del efecto; Z= estadístico de prueba; α =alfa de Cronbach; DM1= Función Física; DM2= Rol Físico; DM3= Dolor Físico; DM4= Estado Salud; DM5= Vitalidad; DM6= Función social; DM7= Rol Emocional; DM8= Salud Mental; CMF= Componente Sumatorio Físico; CSM= Componente Sumatorio Mental; AU= Autoestima; AS= Asertividad; IETOT= Inteligencia Emocional Total; IERE= Inteligencia Emocional Reparación; IECL= Inteligencia Emocional Claridad; IEAT= Inteligencia Emocional Atención; RE= Resiliencia; CVRS= Calidad de Vida relacionada con la Salud; ET= Empatía total; AP=Adopción perspectivas (AP);CE= Comprensión emocional; EE= Estrés empático; AE= Alegría empática. Resultados de Enfermería NOC's: TNANS (NOC) Nivel de ansiedad; TCFS (NOC) Conocimiento fomento salud; TNSUE (NOC) Sueño; TAI (NOC) Autocontrol impulsos; TAT (NOC) Autoestima; TRES (NOC) Resiliencia; TAP (NOC) Afront problemas

En cuanto a las dimensiones de la IE, en el grupo experimental, la dimensión atención no obtuvo una mejoría estadísticamente significativa ($p=.37$), con una mediana antes del programa de 27 puntos (RIQ=12 puntos) y de 24.50 puntos (RIQ=11.50 puntos) tras la intervención. Lo que supuso un empeoramiento del 10%. En el grupo control tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=.25$). En las otras dos dimensiones de la IE, la dimensión reparación obtuvo diferencias estadísticamente significativas ($p=.00$), con una mediana antes del programa de 27 puntos (IRQ=13 puntos) y de 32 puntos (IRQ=10.75 puntos) tras la intervención, lo que supuso una mejoría del 19%, con un tamaño del efecto medio ($r=.32$). Por otro lado, la dimensión claridad también obtuvo diferencias estadísticamente significativas ($p=.02$), con una mediana antes del programa de 27 puntos (IRQ=12.75 puntos) y de 30 puntos (IRQ=12 puntos) tras la intervención, lo que supuso una mejoría del 11%, con un tamaño del efecto bajo-medio ($r=.22$). En el grupo control, la dimensión reparación no obtuvo mejorías estadísticas con ($p=.08$), sin embargo, la dimensión claridad si obtuvo un aumento estadísticamente significativo ($p=.00$).

En la variable resiliencia, en el grupo experimental se encontraron mejorías estadísticamente significativas ($p=.00$), con una mediana antes del programa de 23.00 puntos (RIQ=8 puntos) y de 30 puntos (RIQ=9 puntos) tras la intervención, lo que supuso una mejoría aproximada del 30%, siendo tamaño del efecto medio-alto ($r=.42$). En el grupo control no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=.98$).

Finalmente, para la variable empatía total en el grupo experimental se encontraron mejorías estadísticamente significativas ($p=.00$), con una mediana antes del programa de 106.50 puntos (RIQ=18 puntos) y de 112.50 puntos (RIQ=15 puntos) tras la intervención, lo que supuso una mejoría aproximada del 20%, siendo el tamaño del efecto alto ($r=.65$). En el grupo control no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=.2$).

Los datos obtenidos para los resultados NOC de enfermería para los datos intragrupos son:

Dentro del grupo experimental del estudio, en el resultado de enfermería (NOC) Nivel de Ansiedad (1211), se encontraron cambios estadísticamente

significativos ($p=.00$); con una mediana antes de la intervención de 2.00 puntos, (RIQ=0 puntos) y de 3.00 puntos (RIQ=1 puntos), tras la intervención, lo que supuso una mejoría aproximada del 83.33%, siendo el tamaño del efecto muy alto ($r=0.79$). En el grupo control, no se encontraron cambios estadísticamente significativos ($p=.05$).

En el resultado de enfermería (NOC) Conocimiento fomento de la salud (1823), en el grupo experimental se encontraron cambios significativos ($p=.00$) con una mediana antes de la intervención de 2.00 puntos (RIQ=0 puntos) y de 3.5 puntos (RIQ=1 puntos) tras la intervención. Lo que en términos de mejoría supuso un 89.58% más, siendo el tamaño del efecto muy grande ($r=.84$). En el grupo control, no se encontraron cambios estadísticamente significativos ($p=.20$).

En el resultado de enfermería (NOC) Sueño (0004), en el grupo experimental se encontraron cambios estadísticamente significativos ($p=.00$), con una mediana antes de la intervención de 3.00 puntos (RIQ=2 puntos) y de 4,00 puntos (RIQ=1.75 puntos) tras la intervención. Lo que en términos de mejoría supuso un 62.5% más, siendo el tamaño del efecto grande ($r=.67$). En el grupo control, no se encontraron cambios estadísticamente significativos ($p=.07$).

En el resultado de enfermería (NOC) Autocontrol de los impulsos (1405), en el grupo experimental se encontraron cambios estadísticamente significativos ($p=.00$); con una mediana de 2.00 puntos (RIQ=1 puntos) y de 3.00 puntos (RIQ=1 puntos) tras la intervención. Lo que en términos de mejoría supuso un 91.66% más, siendo el tamaño del efecto muy grande ($r=.85$). En el grupo control, no se encontraron cambios estadísticamente significativos ($p=1.00$).

En el resultado de enfermería (NOC) Autoestima (1205), en el grupo experimental se encontraron cambios significativos ($p=.00$); con una mediana de 2.50 puntos (RIQ=1 puntos) y de 4 puntos (RIQ=1 puntos), tras la intervención. Lo que supuso en términos de mejoría un 75% más, siendo un tamaño del efecto muy grande ($r=.76$). En el grupo control, no se encontraron cambios estadísticamente significativos ($p=.67$).

En el resultado de enfermería (NOC) Resiliencia (1309), en el grupo experimental se encontraron cambios estadísticamente significativos ($p=.00$); con

una mediana de 2.00 puntos (RIQ=1 puntos) y de 4.00 puntos (RIQ=1 puntos) tras la intervención. Lo que supuso en términos de mejoría un 75% más, siendo un tamaño del efecto muy grande ($r=.75$). En el grupo control, no se encontraron cambios estadísticamente significativos ($p=.48$).

En el resultado de enfermería (NOC) Afrontamientos de problemas (1302), en el grupo experimental se encontraron cambios estadísticamente significativos ($p=.00$), con una mediana de 2.00 puntos (RIQ=1 puntos) y de 4.00 (RIQ=1 puntos) tras la intervención. Lo que supuso en términos de mejoría un 75% más, siendo el tamaño de efecto muy grande ($r=.73$). En el grupo control que no participó de la intervención del estudio, también se observaron cambios estadísticamente significativos ($p=.03$).

9.2.2. Resultados intergrupos

En la figura 23 y la tabla 19 se muestran las puntuaciones intergrupos de los internos en las diferentes variables post intervención, comparando los grupos experimental y control.

En todas las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud hubo mejoras significativas ($p=.00$) con respecto al grupo control y tamaños del efecto que van desde .35 a .65, siendo estos de medios a grandes.

En la variable autoestima se encontraron diferencias entre el grupo experimental y control ($U=1457$; $p=.00$), siendo el tamaño del efecto grande ($r=.65$).

En la variable asertividad, se observó también una mejoría estadísticamente significativa ($U=1661$; $p=.00$) siendo el tamaño del efecto grande ($r=.49$).

En la variable IE, solo la dimensión reparación obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ($U= 512$; $p= .00$), con un tamaño del efecto grande ($r=.47$). El resto de las dimensiones (Atención y Claridad) no mostraron mejorías significativas. Atención ($U=913$; $p=.08$) y Claridad ($U=1009$; $p=0,29$)

En la variable resiliencia, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($U= 712$; $p=.00$), obteniéndose un tamaño del efecto medio ($r=.33$).

Y con respecto a la empatía, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($U=774$; $p=.00$); obteniéndose un efecto medio ($r=.39$). Todas las dimensiones tuvieron mejorías significativas (Adopción perspectivas, Comprensión y Estrés empáticos, menos Alegría empática que no obtuvo ninguna mejoría ($p= .42$).

Para los resultados de enfermería NOC, las diferencias post-intervención de los grupos experimental y control son:

- En el resultado de enfermería (NOC) Nivel de Ansiedad (1211), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($U=276.000$; $p=.00$), con un tamaño de efecto muy grande ($r=.98$).
- En el resultado de enfermería (NOC) Conocimiento y fomento de la salud (1823), se observaron mejorías estadísticamente significativas en el grupo experimental ($U=259.000$; $p=.00$), observándose un tamaño del efecto muy grande ($r=.99$).
- En el resultado de enfermería (NOC) Sueño (0004), se encontraron mejorías estadísticamente significativas en el grupo experimental ($U=481.500$; $p=.00$), con un tamaño del efecto muy grande ($r=.73$).
- En el resultado de enfermería (NOC) Autocontrol de impulsos (1405), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($U=270.500$; $p=.00$), obteniéndose un tamaño del efecto muy grande ($r= .97$).
- En el resultado de enfermería (NOC) Autoestima (1205), se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p=.00$, $U=178.000$), obteniéndose un tamaño del efecto muy grande ($r=1.07$).
- En el resultado de enfermería (NOC) Resiliencia (1309), se observaron mejorías estadísticamente significativas en el grupo experimental ($U=277.500$; $p=.00$), obteniéndose un tamaño del efecto muy grande ($r=.96$).

- Por último, en el resultado de enfermería (NOC) Afrontamiento de problemas (1303), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($U=143.00$; $p=.00$), obteniéndose un tamaño de efecto muy grande ($r= 1.11$).

Figura 22

Cajas y bigotes Postintervención grupos experimental y control en autoestima, resiliencia, asertividad, IE, empatía, calidad de vida, NOC de enfermería

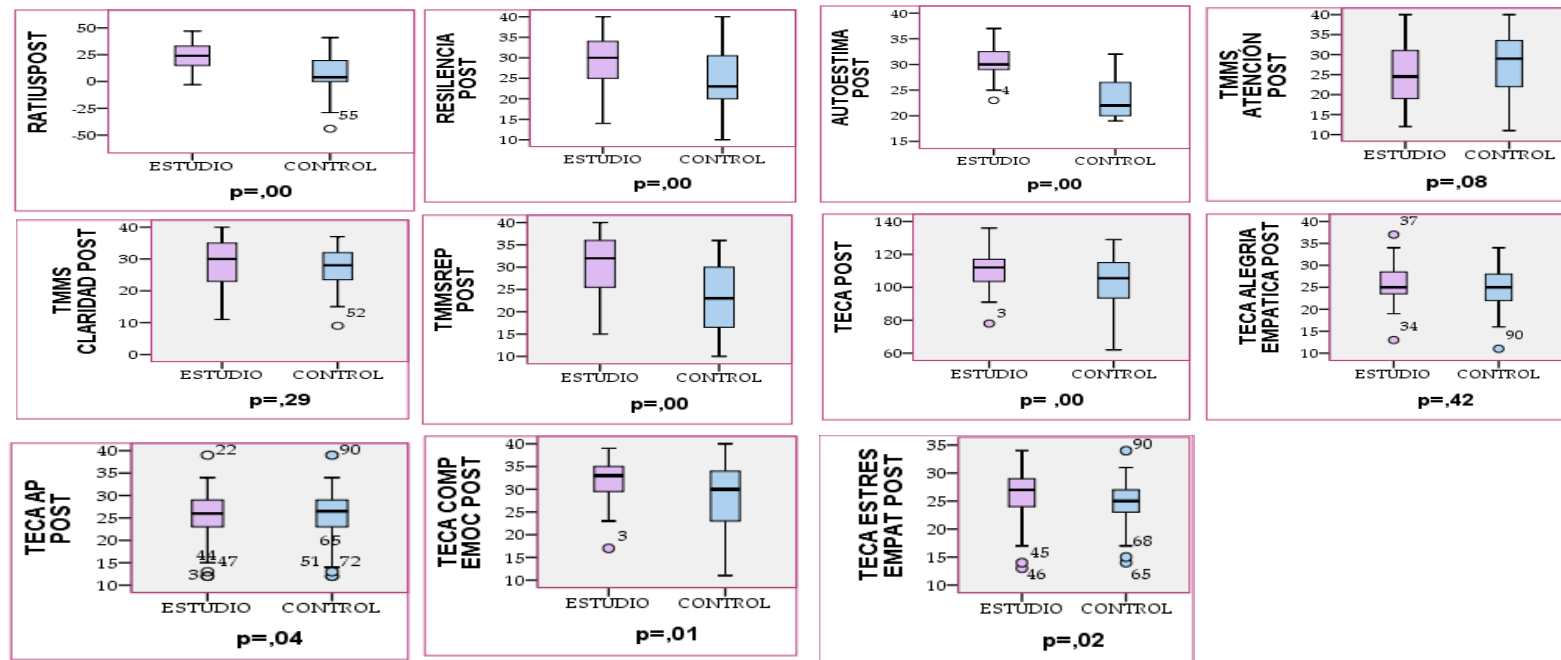


Figura 23

Cajas y bigotes Postintervención grupos experimental y control en autoestima, resiliencia, asertividad, IE, empatía, calidad de vida, NOC

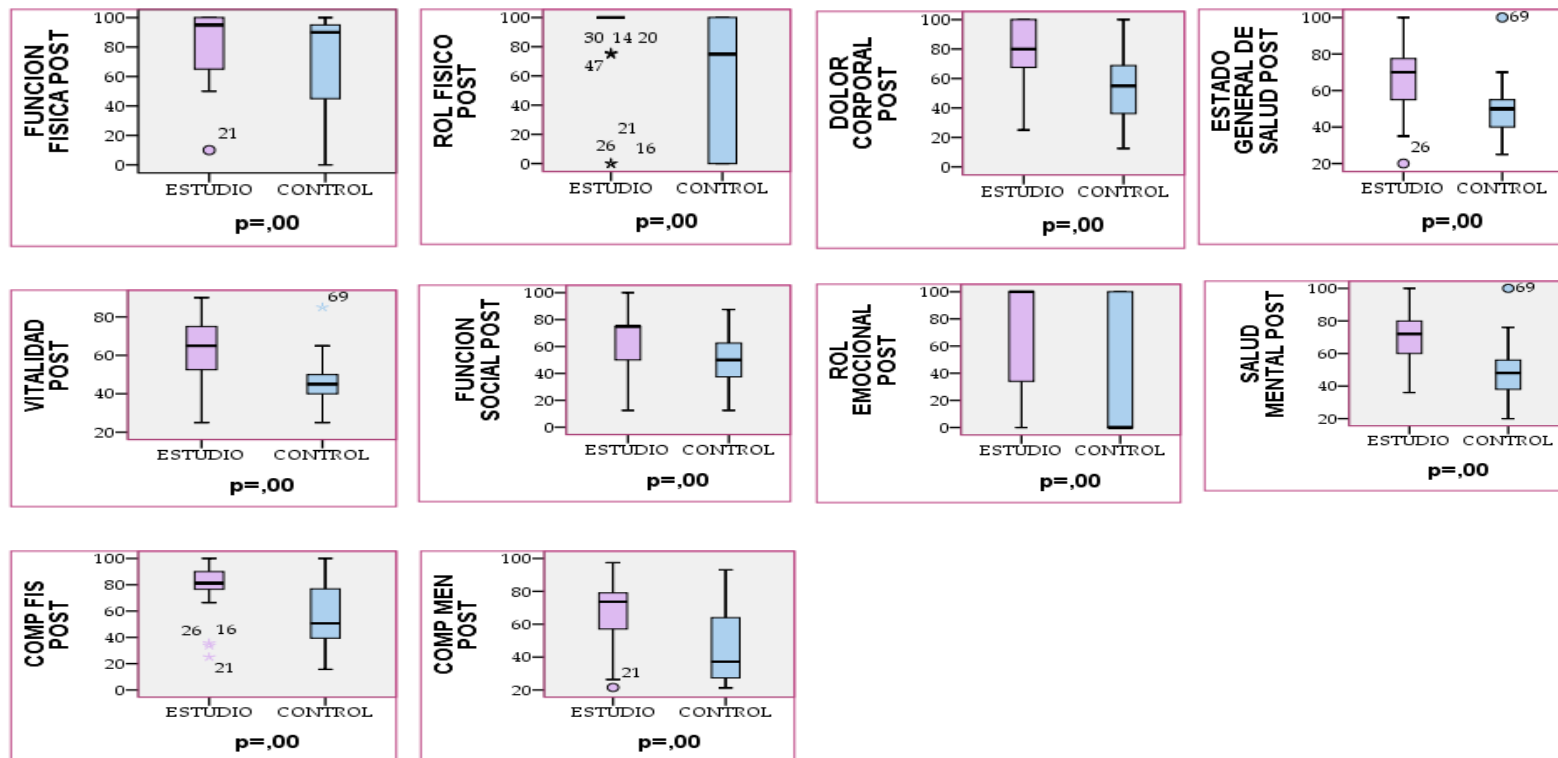
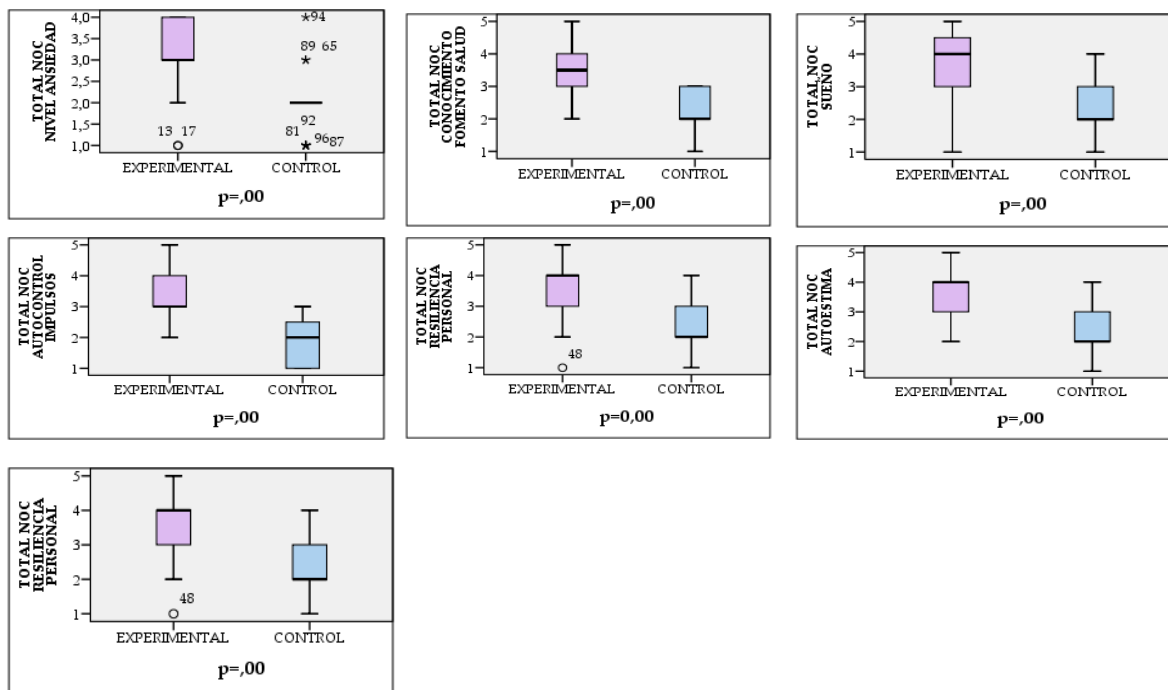


Figura 24

Cajas y bigotes Postintervención grupos experimental y control en AS, RS, IE, AU, ET, CVRS, NOC de enfermería



Nota: p= p-valor o significancia estadística; IE= Inteligencia Emocional; post= Post Intervención, Comp. Fis= Componente Sumatorio Físico; Comp. men= Componente Sumatorio Mental

Tabla 18

Diferencias post-intervención entre las variables del grupo experimental y control en las variables psicológicas y los resultados NOC de enfermería.

	INTERGRUPOS												U	p	r
	EXPERIMENTAL						CONTROL								
	PRE			POST			PRE			POST					
	ME	Q1	Q3	ME	Q1	Q3	ME	Q1	Q3	ME	Q1	Q3			
FF	90.00	60.00	100.00	95.00	65.00	100.00	80.00	60.00	95.00	90.00	45.00	95.00	654.00	.00	.37
RF	100.00	81.25	100.00	100.00	100.00	100.00	75.00	6.25	100.00	75.00	.00	100.00	683.50	.00	.42
DF	67.50	45.63	97.50	80.00	67.50	100.00	55.00	35.00	67.50	55.00	35.63	69.38	476.50	.00	.50
SG	55.00	40.00	70.00	70.00	55.00	78.75	50.00	40.00	63.75	50.00	40.00	55.00	383.00	.00	.57
VI	45.00	40.00	63.75	65.00	51.25	75.00	45.00	35.00	60.00	45.00	40.00	50.00	398.00	.00	.56
FS	62.50	25.00	75.00	75.00	50.00	75.00	50.00	15.63	75.00	50.00	37.50	62.50	653.00	.00	.37
RE	100.00	.00	100.00	100.00	33.67	100.00	33.33	0.00	100.00	0.00	.00	100.00	729.50	.00	.35
SM	56.00	44.00	68.00	72.00	60.00	80.00	52.00	44.00	75.00	48.00	37.00	56.00	309.50	.00	.63
CSF	77.81	64.38	83.59	81.25	76.41	90.00	58.13	41.41	79.22	50.63	39.06	76.88	395.50	.00	.56
CSM	64.88	33.50	75.59	73.63	55.91	79.00	51.73	28.63	70.38	37.23	27.25	64.00	433.00	.00	.53
AU	24.00	21.00	29.75	30.00	29.00	32.75	24.50	20.00	29.50	22.00	20.00	26.75	1457.00	.00	.65
AS	10.50	3.00	21.50	24.00	15.00	33.00	10.00	-4.75	22.00	4.00	.00	20.25	1661.00	.00	.49
IERE	27.00	19.00	32.00	32.00	25.25	36.00	25.50	19.00	29.75	23.00	16.25	30.00	512.50	.00	.47
IECL	27.00	19.25	32.00	30.00	23.00	35.00	24.50	18.00	31.00	28.00	23.25	32.00	1009.50	.29	.10
IEAT	27.00	21.25	32.75	24.50	19.00	31.00	27.00	22.00	31.00	29.00	22.00	33.75	913.50	.08	.18

RS	23.00	21.00	29.00	30.00	25.00	34.00	23.00	21.00	29.00	23.00	20.00	30.75	712.00	.00	.33
ET	106,50	97,00	115,0	112,0	103,2	117,0	-3,16	,00	,65	107	91,50	115,0	774,00	,00	,39
AP	26,00	23,00	29,00	28,00	25,00	31,75	-3,05	,00	,44	26,5	23,00	29,00	877,00	,04	,29
CE	31,50	27,00	35,00	33,00	29,25	35,00	-2,18	,02	,31	29,0	22,50	34,00	822,50	,01	,34
EE	26,00	22,25	29,00	27,00	24,00	29,00	-1,84	,06	,26	24,0	20,25	28,00	842,50	,02	,32
AE	24,50	21,00	28,00	25,00	23,25	28,75	-2,23	,02	,32	25,0	22,00	28,00	1042,50	,42	,11
TNANS	2.00	2.00	2.00	3.00	3.00	4.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	276.00	.00	.98
TCFS	2.00	2.00	2.00	3.50	3.00	4.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	259.00	.00	.99
TNSUE	3.00	2.00	4.00	4.00	3.00	4.75	2.00	2.00	4.00	2.00	2.00	3.00	481.50	.00	.73
TAI	2.00	1.00	2.00	3.00	3.00	4.00	2.00	1.00	2.00	2.00	1.00	2.75	270.500	.00	.97
TAT	2,50	2,00	3,00	4,00	3,00	4,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00	178.000	.00	.07
TRES	2.00	2.00	3.00	4.00	3.00	4.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	3.00	277.500	.00	.96
TAP	2.00	2.00	3.00	4.00	3.00	4.00	2.00	1.25	2.00	2.00	2.00	3.00	143.000	.00	1.11

Nota:ME=Mediana; Q1= Primer cuartil; Q3=Tercer cuartil; p= p-valor o significancia estadística; r= tamaño del efecto; U= U Mann Whitney; α =alfa de Cronbach; FF= Función Física; RF= Rol Físico; DF= Dolor Físico; SG= Estado Salud; VI= Vitalidad; FS= Función social; RE= Rol Emocional; SM= Salud Mental; CSF= Componente Sumatorio Físico; CSM= Componente Sumatorio Mental; AU= Autoestima; AS= Asertividad; IETOT= Inteligencia Emocional Total; IERE= Inteligencia Emocional Reparación; IECL= Inteligencia Emocional Claridad; IEAT= Inteligencia Emocional Atención; RS= Resiliencia; CVRS= Calidad de Vida relacionada con la Salud. ET= Empatía total; AP=Adopción perspectivas (AP);CE= Comprensión emocional; EE= Estrés empático; AE= Alegría empática. Resultados de Enfermería NOC's: TNANS (Total nivel de ansiedad); TCFS (Total conocimiento fomento salud); TNSUE (Total sueño); TAI (Total autocontrol impulsos); TAT (Total autoestima); TRES (Total resiliencia); TAP (Total Afrontamiento problemas).

X - DISCUSIÓN

CAPÍTULO X - DISCUSIÓN

El objetivo principal de la presente investigación fue comprender el impacto de un programa de educación emocional en la salud y el bienestar de los privados de libertad, que fue implementado y dirigido por personal de enfermería bajo la supervisión de tres psicólogos en el Centro Penitenciario de Murcia I. Los resultados evidencian la mejora en las variables psicológicas estudiadas y en la calidad de vida de los internos y por tanto una mejora en la gestión emocional.

A partir del abordaje de la Educación para la Salud tanto física como emocional en el Centro Penitenciario (CP), resulta posible un cambio de paradigmas, como el comienzo de un nuevo campo de estudio y de actuación profesional, donde existe la igualdad de acceso de los internos con más carencias, conforme a los principios de igualdad, universalidad y equidad que guían la Constitución Española.

Siguiendo la definición del Consejo General de Enfermería de España (2020), la enfermería penitenciaria española está capacitada para la planificación, intervención y evaluación de la salud de la población reclusa.

Y en este estudio hemos llevado a cabo estas competencias que se han traducido en mejoras dentro de las variables de estudio que pasamos a detallar.

10.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EMOCIONALES

Respecto a las características sociodemográficas de la población estudiada, las medidas obtenidas en relación con variables como la edad (41.25 años), niveles de instrucción (muy bajos), reincidencia (un 75%) o patologías (como el Trastorno por Uso de Sustancias, ansiedad, depresión o enfermedades infectocontagiosas), son similares a los resultados de otros estudios con muestras españolas (Caravaca-Sánchez & Falcón-Romero, 2015; Guzmán, 2018; Rodicio et al., 2018). En los últimos años se aprecia en otras publicaciones el número creciente de hombres cuya procedencia no es española (García-España, 2018; Montero Pérez de Tudela, 2021; Sánchez Sánchez, 2019). En nuestro caso, los hombres extranjeros representaron un 15.6%.

Galán y Moraleda (2018) señalaron la importancia del desarrollo de la IE de los reclusos, para que adquieran herramientas que les permitan resolver sus propias situaciones problemáticas en un contexto de prisión. Arce et al. (2014) también mostraron la importancia de trabajar la educación emocional en el contexto penitenciario, ya que encontraron que los internos primarios tenían mayor IE que los reincidentes.

Filella et al. (2017) evaluaron la mejora de la conciencia y la regulación emocional en un programa de intervención de IE, encontraron diferencias significativas en la mejora de estas variables con respecto a un grupo control. Las personas involucradas también evaluaron positivamente el programa. Rodríguez-Espartal y López-Zafra (2013) mostraron mayores expectativas de cambio en los presos que habían recibido tratamiento basado en la emoción, lo que incluía una mayor disminución de los pensamientos distorsionados y del uso de la violencia, que el resto de los grupos incluidos en el estudio (un grupo de control y un grupo tratado con terapia cognitiva-conductual).

Echeburúa y Fernández-Montalvo (2009) encontraron que, después de un programa de atención psicológica a internos condenados por violencia de género, los internos mostraron una mejora en su autoestima, con una disminución de la impulsividad y la ira, con resultados similares encontrados por Rodríguez-Espartal

y López-Zafra (2013). Estos datos son consistentes con los resultados de este estudio, donde se demostró que la autoestima mejora en las comparaciones intragrupo e intergrupo (en comparación con el grupo control), así como después de la intervención.

En nuestro caso también mejoró la IE, con especial énfasis en la regulación emocional, como en el estudio de Filella et al. (2017). En atención y claridad emocional no se encontraron resultados significativos en comparación con el grupo control, a pesar de obtener una puntuación adecuada. Sin embargo, una mejora intragrupo (en el grupo experimental) en claridad emocional y regulación se observó después de la intervención. Creemos que, si la intervención propuesta se hubiera mantenido durante más tiempo, se podrían haber encontrado resultados más significativos en las dimensiones de atención y claridad emocional en comparación con el grupo control. También sería interesante explorar variables que pudieran estar influyendo en la gestión emocional de los reclusos, debido a su experiencia de encarcelamiento. La situación física de privación de libertad en la que se encuentran los reclusos puede influir en los resultados. El régimen penitenciario, el tiempo de reclusión y el contexto cultural son algunas de las variables que inciden en las características socioemocionales de los reclusos (Casey et al., 2015; Listwan et al., 2014).

Respecto a la asertividad, se encontraron mejoras significativas intragrupo e intergrupo, al igual que Collado et al. (2019), quienes realizaron un taller de emociones con reclusos que presentaban discapacidad intelectual, obteniendo mejoras en la autoconciencia, el autocontrol, la autoestima, la conciencia emocional, las relaciones interpersonales, la empatía y la asertividad. Asimismo, Maktabi et al. (2016) comprobaron que el autocontrol aumentaba el ajuste social, disminuyendo las conductas de alto riesgo. Sin embargo, Díaz y Girón (2016) no encontraron diferencias entre el grupo de estudio y el grupo control tras un programa de entrenamiento en habilidades sociales realizado con reclusos.

Nuevamente se encontraron resultados favorables y diferencias significativas en las comparaciones intragrupo e intergrupo en la variable resiliencia, tal como lo muestran otros estudios (Afra et al., 2017; García & Durán, 2018; Quiceno et al., 2012; Sygit-Kowalkowska et al., 2017). Maktabi et al. (2016) observaron que la IE y

el estilo identitario tenían un efecto indirecto sobre las conductas de alto riesgo de los reclusos a través del papel mediador del ajuste social y la resiliencia.

Con relación a la calidad de vida en la comparación intergrupala y en todas sus dimensiones fue favorable después de la intervención. Sin embargo, en la comparación intragrupo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones excepto en el rol emocional, lo que quizás se deba a la necesidad de más tiempo para la intervención, como en la falta de mejoras encontradas en la atención emocional, o por el contexto penitenciario. Curiosamente, en el grupo control se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dos dimensiones (vitalidad y salud mental), lo que apunta a la influencia de una variable personal o contextual que podría estar influyendo. Como indican Rodríguez Menés et al. (2018), la calidad de vida del interno difiere según el centro penitenciario, siendo fundamental la organización del centro y el sistema de relaciones personales. Cabe destacar que el *feedback* recibido de los internos tras la intervención fue positivo. Indicaron, verbalmente y por escrito, que la intervención fue beneficiosa para el manejo de sus emociones.

La calidad de vida en la prisión según Liebling (2004), no solo está determinada por las condiciones materiales (horas fuera de la celda) sino también por los aspectos morales como el respeto, la dignidad y la humanidad. Además, en el centro se encuentran también las relaciones personales que se establecen entre los internos y los profesionales de una prisión y que constituyen una variable clave para la valoración de la calidad de vida en prisión.

La percepción de la calidad de vida en una prisión por los internos viene dada por el clima de organización y la adecuación de los programas y otras herramientas de rehabilitación (Camps & Torres, 2012).

Respecto a la empatía, en las últimas décadas ha aumentado la importancia que tiene en la convivencia y su relación con los estados emocionales. La empatía parece ser un factor inhibitorio de la agresividad en población general. (Moreno et al., 2019; Porcar et al., 2016; Richaud et al., 2016). Discriminando a las personas violentas de las no violentas por esta capacidad empática innata (DeWaal, 2009), pero susceptible de ser desarrollada y aprendida. Así en nuestra investigación, los internos han tenido una mejoría en la empatía, llegando a lograr una adecuada

gestión de lo que les ocurre a ellos y a los demás, llegando a un equilibrio entre el comportamiento empático y la pulsión de agresividad que se vive en ciertos momentos de la vida diaria en una prisión. Realizamos la intervención con el objetivo también de mejorar dicha empatía como una competencia individual, obteniendo una mejoría del 20% con respecto al grupo control. Según el estudio de Villarreal (2012), parece que la dimensión afectiva de la empatía podría funcionar, también en esta población, como un factor inhibitor de la agresividad, confirmándose la mayoría de los estudios realizados con anterioridad en esta área (González-Pereira, 2020; Ricardo et al., 2019; Rodríguez-Espartal & Lopez-Zafra, 2013).

El estudio de Zhou et al. (2018), investiga la efectividad de un programa de prevención de violencia para abordar la ira, la agresión, el autocontrol y la empatía en jóvenes violentos. 170 jóvenes completaron el programa VPP (Programa de Prevención de la Violencia) de 2008 a 2014 con medidas de autoinforme sobre los resultados del estudio antes y después de la intervención. Se observó la mejora significativa en la ira, agresión y el autocontrol después del tratamiento, pero los cambios en la empatía de los jóvenes no fueron significativos. El análisis post sí encontró que los jóvenes con empatía más baja antes del tratamiento mostraron una mayor empatía después del tratamiento.

La intervención de Martínez et al. (2020), que mide los efectos en competencia cognitiva en 100 condenados por violencia de género, que completaron un programa penitenciario de tratamiento en la comunidad, que fueron evaluados pre y post-tratamiento en dicha competencia cognitiva, esto es, autoconcepto, IE, atribución de responsabilidad, destrezas cognitivas para el afrontamiento de eventos estresantes en pareja, expresión y control de la ira, y creencias irracionales y pensamientos distorsionados. Con el tratamiento mejoró el control de la ira y el uso de estrategias adaptativas para el afrontamiento de eventos estresantes en pareja. Redujo el uso de estrategias desadaptativas y las creencias irracionales y pensamientos distorsionados relacionados con el uso de la violencia, rol de género y dependencia emocional.

10.2. VARIABLES EMOCIONALES SEGÚN EL LENGUAJE ENFERMERO

Este lenguaje estandarizado de enfermería es utilizado por el enfermero penitenciario que planifica los cuidados a través de las relaciones NANDA, NIC, NOC, identificando los diagnósticos de enfermería más frecuentes que presentan los internos del estudio según NANDA y las intervenciones NIC. Obteniendo unos resultados NOC, donde las mejoras han sido significativas en todas las variables estudiadas tras la intervención del programa de educación emocional implantado. Tanto en el nivel de ansiedad, el conocimiento y fomento de la salud, en el sueño, en el autocontrol de los impulsos, la resiliencia personal, la autoestima y el afrontamiento de problemas.

La aplicación del lenguaje enfermero sí se encuentra en prisión, pero no hemos hallado ningún estudio similar al nuestro para poder comparar estos resultados NOC. Por lo que se requieren más investigaciones para poder comprobar y contrastar nuestros resultados.

Asimismo, tenemos antecedentes de estudios de enfermeros en Instituciones Penitenciarias (IIPP) que también han utilizado las escalas NOC como instrumento de medición de las observaciones realizadas. Así en los estudios realizados por Alcalde y Vera (2014), proponen el lenguaje enfermero basado en los diagnósticos de enfermería de la NANDA (*North American Nursing Diagnosis Classification*) como método científico y lenguaje enfermero estandarizado para los enfermeros que trabajan en IIPP. A su vez, Martínez-Delgado (2014), nos indica la estandarización de los cuidados enfermeros a través de los diagnósticos más prevalentes con población penitenciaria. García Bolaños, en 2017, hace una reflexión de la realidad de la enfermería penitenciaria, instando a que se utilice el lenguaje enfermero a través de los diagnósticos de enfermería NANDA de forma sistemática.

Otros autores utilizan los diagnósticos de enfermería en los cuidados diarios de sus pacientes reclusos, como Martín-Cocinas Fernández (2019) en el cuidado de un paciente que presenta una ventana torácica; o Barja de Quiroga García (2020) que tras la realización de un proceso enfermero a través de la taxonomía NANDA-NIC-NOC, obtuvo como diagnóstico principal de (00044) "Deterioro de la integridad tisular r/c factor mecánico m/p lesión tisular en internos con conductas autolesivas". En el estudio de Berenguer et al. (2021) realizan un plan de cuidados

utilizando la taxonomía NANDA en un paciente con alteración de la conducta alimentaria. Y en el estudio de Torres et al. (2022) ante un caso clínico de un paciente que tiene un coma hipercápnico refractario a VMNI (Ventilación Mecánica No Invasiva), utilizan los diagnósticos NANDA, NIC y NOC, así como la valoración de las necesidades básicas de Virginia Henderson.

XI – CONCLUSIONES

XI - CONCLUSIONES

Como conclusión, el tratamiento basado en un programa de educación socioemocional se ha mostrado como una intervención enfermera eficaz en los internos del Centro Penitenciario Murcia I. Así, las conclusiones que se desprenden de esta tesis doctoral son:

1. El perfil sociodemográfico, penal, psicopatológico del estudio fue de un varón de edad media de unos 41 años, con un nivel de estudios muy bajos, sin estabilidad laboral y con trastornos por uso de sustancias psicoactivas (TUS) antes del ingreso, enfermedades crónicas y enfermedad mental. El perfil penal de los internos eran reingresos penados.
2. Los resultados del programa de intervención socioemocional han evidenciado la mejora de la asertividad, autoestima, resiliencia, claridad y regulación de la inteligencia emocional, así como de la calidad de vida del grupo experimental respecto al grupo control.
3. Los resultados de enfermería Nivel de Ansiedad, Conocimiento, Fomento de la Salud, Sueño, Autocontrol de los Impulsos, Resiliencia Personal, Autoestima, Afrontamiento de Problemas mejoraron considerablemente en el grupo experimental respecto al grupo control.

Podemos concluir que los internos que participaron en el programa de intervención socioemocional llevado a cabo por el personal de Enfermería del Centro Penitenciario Murcia I, obtuvieron mejores resultados en las variables tanto psicológicas como sanitarias estudiadas, respecto al grupo que no recibió dicho programa.

XII - LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

XII - LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La labor que realiza la Enfermería dentro de la Sanidad Penitenciaria ha sido desconocida, jugando un papel secundario dentro de la IIPP. También son desconocidos dentro de la profesión enfermera. En este ámbito se trabaja en una institución cerrada y con un régimen muy específico que condiciona la relación de las enfermeras con los internos.

Este estudio no está exento de limitaciones. Hubiera sido interesante mantener un seguimiento de la intervención y asegurar así, que los efectos y mejoras logradas con la intervención se mantienen estables en el tiempo. La mayoría de los autores no contemplan un período idóneo de seguimiento para determinar si se consolida un cambio (Echeburúa & Fernández-Montalvo, 2009), y si está presente, cuál es el intervalo adecuado. Aunque falta más evidencia científica respecto a la eficacia de intervenciones en IIPP, nuestro estudio muestra ser efectivo a falta de estudiar su efectividad a largo plazo.

Las mejorías obtenidas o no de las investigaciones de intervención realizadas en los internos se pueden explicar por la combinación de diferentes factores que deberían ser atendidos en futuras investigaciones, como la metodología empleada, cómo se obtiene la muestra de los participantes, el efecto placebo, el efecto terapéutico de las propias consultas de enfermería, otras medidas asociadas al propio interno (autocontrol, relajación, ejercicio...), otros tratamientos simultáneos o la propia recuperación del organismos para obtener mejor bienestar dentro del medio hostil penitenciario. Lo ideal en nuestro caso sería haber tenido un grupo control inactivo o pasivo, donde solo pasaran la mayor parte del tiempo en el patio, sin aprovechar los servicios que tienen a su alcance dentro de un CP. Sin embargo, esto no sería ético, solo con el fin de un estudio experimental.

Otra limitación del estudio es que no ha sido posible encontrar cuestionarios validados, para nuestro objetivo, en población reclusa, para así obtener una buena

validez interna. No obstante, hemos realizado el análisis de fiabilidad de las escalas utilizadas con resultados homogéneos aceptables para la población de estudio.

Los cuestionarios utilizados dan información descriptiva, pero son poco útiles a la hora de hacer conclusiones en la práctica, ya que no tienen la suficiente precisión para discriminar los cambios producidos. Sus respuestas, más que reflejar un estado dado, pueden estar orientadas a dar la imagen que les permitan conseguir o mantener los beneficios penitenciarios correspondientes (Garrido et al., 1998, Martínez et al., 2008).

En el medio penitenciario las respuestas pueden estar condicionadas por otros factores. Aunque se haya garantizado la confidencialidad de las respuestas, los internos pueden desconfiar y presentar una deseabilidad social para agradar a los responsables del programa o por pensar que la participación pueda llevar beneficios penitenciarios (progresión de grado, permisos).

Este inconveniente que amenaza la validez interna y externa es el efecto Hawthorne o efecto de característica de la demanda: los internos pueden adivinar las respuestas que se esperan de ellos, dando una imagen que les permita obtener unos beneficios penitenciarios. Esta variable sería interesante poder medirla para futuras investigaciones, pues como expone Medina García (2013), pueden llegar a ver en estas técnicas socioemocionales estrategias de manipulación. Además, debemos tener en cuenta que los internos están expuestos a situaciones personales que se han podido escapar también al control de la investigación, así como la propia situación carcelaria y la organización de la institución, que puede estar influyendo en las variables evaluadas, siendo interesante en futuras investigaciones poder contrastar con otros centros penitenciarios o incluso con grupos de ex-presos.

Y, por último, entre las limitaciones de este tipo de estudio de intervención, se encuentra el reducido número de internos de la muestra, y el movimiento o bajas que se producen durante el proceso de intervención. Siendo el número que termina el programa menor al número que comienzan, complicándose la evaluación del programa.

12.1. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Creemos que estos resultados tienen una importante implicación práctica en la población penitenciaria. La enfermería puede y tiene la obligación de cuidar, prevenir y tratar a los privados de libertad de manera holística, incluyendo su salud emocional y física. Por ello, los programas socioemocionales son de importancia para la atención integral de esta población. Se ha demostrado que el desarrollo de la IE está relacionado con un mayor estado de salud física, mental y social. Para Sygit-Kowalkowska et al. (2017), los recursos personales (emocionales) y sociales permiten una mayor adaptación y capacidad hacia la recuperación psicológica. Al mismo tiempo, estos recursos personales y sociales inciden favorablemente en una mayor calidad de vida.

Evaluamos la efectividad de un programa de IE, con el entendimiento de que podría replicarse en otros CP. También sería interesante adaptar este tipo de intervención como actividad programada en el departamento de enfermería de los CP, para promover un equilibrio emocional y un verdadero estado de bienestar, como menciona Ortega Navas (2010). Es necesario que las enfermeras reciban la formación necesaria para realizar estas intervenciones más integrales. Como indican Almost et al. (2019), la forma de llegar a todos los profesionales de enfermería podría ser la formación online o, como en nuestro estudio, contar con la orientación de uno o varios psicólogos como apoyo a la intervención realizada por las enfermeras.

Aunque hemos avanzado en los últimos años muchísimo, en cuanto a la producción científica enfermera de prisiones como instrumento que da el paso de lo empírico a lo científico, aún nos queda mucho para reforzar la teoría de que los resultados en salud de los enfermeros de prisiones se miden con metodología enfermera NANDA, NIC, NOC, obteniéndose evidencia científica y estudios de rigor.

Una posible línea de investigación dentro de las intervenciones en educación emocional para próximos estudios sería la utilización de la metodología cualitativa,

utilizando un diseño secuencial explicativo donde los resultados del estudio cuantitativo son investigados cualitativamente para producir datos, que puedan ser usados complementariamente con la finalidad de aclarar los resultados obtenidos, donde el propósito primario de la investigación sería hacer una descripción de cómo de satisfechos estarían o cómo se sentirían los presos ante una intervención de educación emocional (Palacios-Ceña & Liria, 2010).

XIII – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO XIII - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AENTDE. (2001). *Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería*. AENTDE.
- Afra, Z., Bakhshayesh, A. R., & Yaghoubi, H. (2017). A comparative study between resilience with life satisfaction in normal and prisoner women. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19, 172-178.
- Alcalde, P., & Vera, E. J. (2014). Método científico y lenguaje enfermero estandarizado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16, 1-2. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202014000100001&nrm=iso
- Aliste, A., & Alfaro, V. (2007). Educación emocional una alternativa para evitar el fracaso escolar y social. *Educación*, 3(4), 81-95.
- Alòs, R., Martín, A., Lobo, F. M., & Gibert, F. (2009). ¿Sirve el trabajo penitenciario para la reinserción?: Un estudio a partir de las opiniones de los presos de las cárceles de Cataluña. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 127, 11-32. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3008933&info=resumen&idioma=ENG>, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3008933&info=resumen&idioma=SPA>
- Alzina, R. B. (2003a). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de investigación educativa*, 21(1), 7-43.
- Alzina, R. B. (2003b). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7-43.
- Alzina, R. B. (2003c). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de investigación educativa*, 21(1), 7-43.
- Alzina, R. B., Cortizas, M. J. I., García, C. H., & Iglesias, A. C. (2004). *El reto de la educación emocional en nuestra sociedad*. Servicio de Publicaciones.

- ANA. (2013). *The Correctional Nurse Educator* [Correctionalnurseeducator.com].
- Andersen, H. S. (2004). Mental health in prison populations. A review—With special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 424, 5-59.
https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00436_2.x
- Añaños, F. T. (2012). Violencias y exclusiones en el medio penitenciario: Enfoque socio-educativo y de la paz. *Convergencia*, 19(59), 13-41.
- Apalategui, M. U., & Canut, M. T. L. (2011). *Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las Taxonomías Enfermeras en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica*.
http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/19207/6/FIS_PI05_90132_UG_ALDE_Completo_11.pdf
- Arándiga, A. V., & Tortosa, C. V. (1999). *Desarrollando la inteligencia emocional*. EOS.
- Arribas-López, E. (2015). Revisión de aspectos normativos y funcionales del personal de los Cuerpos Facultativo y de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 17(3), 82-88.
- Ávila, O. J., Bellver, Capella, V., Gordo, Casañ, E., & Castelló, López. (2012). *Revista Metas de Enfermería: La ética como misión de la Organización Colegial de Enfermería: evolución histórica en España* *Metas de Enferm*;14(10): 58-64.
www.enfermeria21.com.
<http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80267/>
- Aydelotte, M. K. (1962). The use of patient welfare as a criterion measure. *Nursing research*, 11(1), 10-14.
http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1962/01110/The_Use_of_Patient_Welfare_as_a_Criterion_Measure.7.aspx
- Bagnall, A.-M., South, J., Hulme, C., Woodall, J., Vinall-Collier, K., Raine, G., Kinsella, K., Dixey, R., Harris, L., & Wright, N. M. (2015). A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC Public Health*, 15(1), 290.
<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1584-x>
- Bandura, A., & Rivièrè, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*.
- Barja de Quiroga García, M. (2020). *Conducta autodestructiva en el medio penitenciario* [(Bachelor's thesis)]. Universidad San Antonio de Murcia.

- Bar-On. (2013). *Applying Emotional Intelligence (EI) to improve Academic and Occupational Performance*. 1-56.
- Bar-On, & Parker. (2000). *Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-i YV)* | ACER. <https://shop.acer.edu.au/emotional-quotient-inventory-youth-version-eq-i-yv>
- Bar-On, R. (1997). *The emotional intelligence inventory (EQ-I): Technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2006). *BarOn Model of Social and Emotional Intelligence (ESI)*. http://www.eiconsortium.org/reprints/bar-on_model_of_emotional-social_intelligence.htm
- Belda. (2006). - *Fundamentos De Enfermería.pdf*. <https://clea.edu.mx/biblioteca/Bello%20Nilda%20-%20Fundamentos%20De%20Enfermería.pdf>
- Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., & Erb, G. (2008). *Fundamentos de enfermería: Conceptos, proceso y prácticas*. Pearson Prentice Hall.
- Bermúdez, M. P., Álvarez, I. T., & Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 2(1), 27-32.
- Berrocal, P. F., & Pacheco, N. E. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, 54, 63-94. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2126754>
- Best, J. B. (2002). *Psicología cognitiva* (5ta ed.). Mexico: Thomson.
- Bharwaney, G., Bar-On, R., & MacKinlay, A. (2007). *EQ and the bottom line*. London: Ei World.
- Binet, A. (2010). *L'Ame Et Le Corps*. Kessinger Publishing.
- Bisquerra. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. <http://www.rafaelbisquerra.com/es/biografia/publicaciones/libros-basicos/88-psicopedagogia-de-las-emociones.html>
- Bisquerra Alzina, R., & Alzina, R. B. (2009). *Psicopedagogía de las emociones* (N.º 8497566262).
- Bisquerra Alzina, R., & Escoda, N. P. (2007). *Las competencias emocionales*. <https://doi.org/10.5944/educxx1.1.10.297>

- Bisquerra, R. (2003). *Educación emocional y competencias básicas para la vida*. ., 21 (1), *Revista de Investigación Educativa (RIE)*, 7-43.
- Bisquerra, R. B. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7-43. <https://revistas.um.es/rie/article/view/99071>
- Black, D. W., Gunter, T., Allen, J., Blum, N., Arndt, S., Wenman, G., & Sieleni, B. (2007). Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 400-405. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.04.006>
- Blagden, N., Winder, B., & Hames, C. (2016). "They Treat Us Like Human Beings" – Experiencing a Therapeutic Sex Offenders Prison: Impact on Prisoners and Staff and Implications for Treatment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(4), 371-396. <https://doi.org/10.1177/0306624X14553227>
- Bless, H. (2000). *The interplay of affect and cognition: The mediating role of general knowledge structures*. En J. P. Cambridge University Press, (pp. 201-222).
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria., Pub. L. No. 239, 23180 a 23186 (7 págs.) (1979).
- Ley 14/1986 Ley General de Sanidad, de 25 de Abril. BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986, páginas 15207 a 15224 (18 págs.), (1986). <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.«BOE» núm. 40, de 15/02/1996., (1996). <https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/02/09/190/con>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, Pub. L. No. 128 (2003).
- Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.«BOE» núm. 315, de 31 de diciembre de 2009, páginas 112036 a 112038 (3 págs.), (2009). <https://www.boe.es/eli/es/l/2009/12/30/28>
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

- «BOE» núm. 225, de 16 de septiembre de 2010, páginas 78742 a 78767 (26 págs.), (2010). <https://www.boe.es/eli/es/rd/2010/09/03/1093>
- Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público, Pub. L. No. 20 (2011).
- Bosque-Prous, M., & Brugal, M. T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: Situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30, 99-105.
- Boyatzis, Goleman ., & Hay-Mcber. (1999). Emotional Competence Inventory (ECI). *Statistics Solutions*. <http://www.statisticssolutions.com/emotional-competence-inventory-eci/>
- Boyatzis, Goleman ., & Rhee. (2000). *Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory (ECI)*. http://www.eiconsortium.org/reprints/clustering_competencies_insights_from_the_eci360.html
- Boyatzis, R. E. (1982). *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*. John Wiley & Sons.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., & Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1387-1402. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00236-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00236-8)
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N., & Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: A comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of personality and social psychology*, 91(4), 780.
- Brugha, T., Singleton, N., Meltzer, H., Bebbington, P., Farrell, M., Jenkins, R., Coid, J., Fryers, T., Melzer, D., & Lewis, G. (2005). Psychosis in the community and in prisons: A report from the British National Survey of psychiatric morbidity. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 774-780. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.774>
- Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner. (2013). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC): , 6e*.
- Bullock, K., & Bunce, A. (2020). «La prisión no te habla de salir de prisión»: Sobre por qué las cárceles de Inglaterra y Gales no rehabilitan a los presos.

- Criminology & Criminal Justice*, 20(1), 111-127.
<https://doi.org/10.1177/1748895818800743>
- Burgos, F. (1996). Evolución histórica de la legislación penitenciari en España. *Anales de la Universidad de Cádiz*, 253-266.
- Byrne, Barry, NicGabhainn, Newell. (2005). The development and evaluation of a mental health promotion programme for post-primary schools in Ireland. *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice*, Danish University of Education Press. Copenhagen, 389-415.
- calo. (2010). *Estudio descriptivo sobre la utilización de taxanomas enfermeras*. <https://www.google.es/search?q=calo+2010+estudio+descriptivo+sobre+la+utilizaci%C3%B3n+de+taxanomas+enfermeras&oq=calo+2010+estudio+d+escriptivo+sobre+la+utilizaci%C3%B3n+de+taxanomas+enfermeras&aqs=chrome..69i57.32931j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Calo, H. B. J. (2012). *Indicadores de calidad en las intervenciones de enfermería en salud mental y psiquiatría en la unidad de subagudos del Hospital Universitario de Canarias*. Universidad de La Laguna, Servicio de Publicaciones.
- Capon, A., McGowan, L., & Bowman, J. (2020). Prisoners' experience and perceptions of health care in Australian prisons: A qualitative study. *International Journal of Prisoner Health*, 16(3), 249-262.
<https://doi.org/10.1108/IJPH-11-2019-0062>
- Caravaca-Sánchez, F., García-Jarillo, M., Caravaca-Sánchez, F., & García-Jarillo, M. (2020). Apoyo social percibido, resiliencia y consumo de sustancias psicoactivas en internas en establecimientos penitenciarios. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 22(2), 75-79.
<https://doi.org/10.18176/resp.00013>
- Carrasco, B., Héctor. (2015). *Enfermería penitenciaria. Marco legal. Realidad asistencial. Revisión bibliográfica*. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/14838>
- Castillo, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Balluerka, N. (2013). Effects of an emotional intelligence intervention on aggression and empathy among adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(5), 883-892.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.07.001>

- Catell, J. M. (1903). Statistics of American Psychologists American. *Journal of Psychology*, 98, 134-138.
- Chamizo, J. (2013). LA SITUACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES INTERNADOS EN CENTROS PENITENCIARIOS ANDALUCES. http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/txt_enf_mentales.pdf
- Cherniss, C., & Goleman, D. (Eds.). (2001). *The emotionally intelligent workplace: How to select for, measure, and improve emotional intelligence in individuals, groups, and organizations* (1st ed). Jossey-Bass.
- Choubey, A. K., Singh, S. K., & Pandey, R. (2009). Role of emotional intelligence in stress and health. *Indian Journal of Social science researches*, 6(1), 122-134.
- Ciarrochi, J., Deane, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and individual differences*, 32(2), 197-209.
- Ciarrochi, J. V., Chan, A. Y. C., & Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28(3), 539-561. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00119-1](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00119-1)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Lawrence Erlbaum Associates.
- Collantes, M. B., García, M. L., Gómez, M. L., & Zaragoza, F. S. (2012). Formación de Mediadores en Salud (VIH/SIDA) en un Centro Penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 4(1), Article 1. <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/221>
- Colorado, Y. S. (2012). La Inteligencia Emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 182-200. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3982396>
- Combaltbert, N., Pennequin, V., Ferrand, C., Armand, M., Anselme, M., & Geffray, B. (2018). Cognitive impairment, self-perceived health and quality of life of older prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 28(1), 36-49. <https://doi.org/10.1002/cbm.2023>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>

- Consejo General de Enfermería de España. (2020). *Marco de competencias de la enfermera/o en el ámbito de los cuidados en Instituciones Penitenciarias*. Instituto Español de Investigación Enfermera y Consejo General de Enfermería de España. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/doc-interes/download/19-documentos-de-interes/1030-marco-de-competencias-de-la-enfermera-o-en-el-ambito-de-los-cuidados-en-instituciones-penitenciarias>
- Corrales, J. R. (2010). *Inteligencia Emocional y Salud*. http://healthcoach.salusline.com/files/mod_1703_1.pdf
- Damasio, A. (2018). *El extraño orden de las cosas: La vida, los sentimientos y la creación de las culturas*. Ediciones Destino.
- Damasio, A. R. (2007). *En busca de Spinoza: Neurobiología de la emoción y los sentimientos*.
- Darwin. (1984). *AUTOBIOGRAFIA Y CARTAS ESCOGIDAS*.
- Defensor del Pueblo. (2006). *Mujeres privadas de libertad en centros penitenciarios de Andalucía: Informe especial al Parlamento*. Defensor del Pueblo Andaluz.
- Defensor del Pueblo andaluz. (2015). *Las Unidades de Custodia Hospitalaria*. <http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/informe-custodia-hospitalaria/pdfs/InformeUCH-PDF.pdf>
- Delgado, S. (2016). *Enfermería de Instituciones Penitenciarias*. Alcala Grupo Editorial.
- DeWaal, F. (2009). *The Age of Empathy: Nature's Lessons for a Kinder Society*. Harmony.
- Di Fabio & Kenny. (2011). *Promoting Emotional Intelligence and Career Decision Making Among Italian High School Students*. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1069072710382530>
- Díaz, A. del C. A., & Hernández, V. P. A. (2007). Educación emocional una alternativa para evitar el fracaso escolar y social. *Educación*, 3(4), 81-95.
- Díaz, M. J. B., & Girón, V. V. (2016). Salud mental en reclusos. Un análisis pre-post intervención psicosocial con grupo control de comparación. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 32(2), 374-382. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.217301>

- DiClemente, C., Greene, P., Petersen, A., Thrash, S., & Crouch, T. (2014). *Motivational Enhancement in the Treatment of Substance Abuse*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615370030.mg27>
- Donderis, V. C. (2006). Las prisiones de mujeres desde una perspectiva de género. *Revista de estudios penitenciarios*, 1, 129-150.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Elias, M. J. (1997). *Promoting social and emotional learning: Guidelines for educators*. ASCD.
- Elias, M. J., Tobias, S. E., & Friedlander, B. S. (1999). *Emotionally Intelligent Parenting: How to Raise a Self-Disciplined, Responsible, Socially Skilled Child*. Harmony.
- EMCDDA. (2009). http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/970/EMCDDA_AR2009_ES.pdf
- Equip Vincles Salut. (2011). *Guia para la promocion de la salud mental en el medio penitenciario*. Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. España.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28(1), 1-11. <https://doi.org/10.3758/BF03203630>
- Estrada, B., Ramsés, A., Morales, Martínez, M., & Iztel, I. (2014). *PSICOLOGÍA DE LAS EMOCIONES POSITIVAS: GENERALIDADES Y BENEFICIOS* *Xalapa, México*. 19(1), 103-118.
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal. (2004a). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la Inteligencia Emocional. Ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de auto-informe. *Boletín de Psicología*, 80, 59-77. <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N80-3.pdf>
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2004b). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: Evidencias empíricas. *Revista electrónica de*

- investigación educativa*, 6(2), 1-17.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1607-40412004000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the Trait Meta-Mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39(5), 937-948.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.03.012>
- Eytan, A., Haller, D. M., Wolff, H., Cerutti, B., Sebo, P., Bertrand, D., & Niveau, G. (2011). Psychiatric symptoms, psychological distress and somatic comorbidity among remand prisoners in Switzerland. *International journal of law and psychiatry*, 34(1), 13-19.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet (London, England)*, 359(9306), 545-550. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). *Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale*. Psychological reports; Psychol Rep. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Fernández-Abascal, E. G., Díaz, M. D. M., & Sánchez, M. P. J. (2003). *Emoción y motivación: La adaptación humana*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=152861>
- Fernández-Abascal, E. G., Rodríguez, B. G., Sánchez, M. P. J., Díaz, M. D. M., & Sánchez, F. J. D. (2010). *Psicología de la Emoción*. Editorial Universitaria Ramon Areces.
- Fernandez-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N., & Pizarro, D. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4(1), 16-27.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., & Extremera, N. (2006). Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Version 2.0: Reliabilities, age and gender differences. *Psicothema*, 18(Suplemento), 42-48. <http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/8418>

- Flores, L. B. (2012). Origen y modelos de Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) en prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 5(1). <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/240>
- Fondon, L. (2000). *Primera Escuela de Enfermería: Las diaconisas de Kaisersweth*. issuu. https://issuu.com/luforo/docs/primera_escuela_de_enfermer_a
- Forcadell, A. J., & Laborda, R. T. (2005). Sistema Motivacional i variables individuals en el procés de rehabilitador. *Invesbreu Criminologia*, 29, 4-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6261903>
- Forés, M. V. (2015). *La cara oculta de la institución penitenciaria: El suicidio en prisión y responsabilidad patrimonial*.
- Fox, A. S., Lapate, R. C., Shackman, A. J., & Davidson, R. J. (2018). *The nature of emotion: Fundamental questions*. Oxford University Press.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Gallardo. (2017). Los programas y actividades del tratamiento penitenciario: La necesaria adaptación de la norma. *Anuario da Facultade de Dereito da Universidade da Coruña*, 20, 139-160. <https://doi.org/10.17979/afdudc.2016.20.0.1918>
- Garaigordobil. (2000). *Intervención psicológica con adolescentes: Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos. Pirámide*.
- García. (2003). La educación emocional: Conceptos fundamentales. *Sapiens. Revista universitaria de investigación*, 4(2), 0. http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/H_Recursos/h_3_Educacion_Emocional/h_3.1.Documentos_basicos/13.Conceptos_educ_emocional.pdf
- García Bolaños, R. (2017). *Enfermería penitenciaria: Realidad y situación actual*. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/24600>
- García, E. H. (2021). Enfermedad mental y prisión: Análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con trastorno mental grave (TMG). *Estudios Penales y Criminológicos*, 41, 59-135. <https://doi.org/10.15304/epc.41.7075>
- García Jiménez, J. J. (2009). Realidad laboral y profesional de la enfermería en las prisiones españolas. *Enfermería Global*, 16, 0-0.

- García, M. del C. C. (2015). *Perfil profesional de la enfermera especialista en geriatría*. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.
- García Valdés, C. (2015). La legislación penitenciaria española: Orígenes y Ley Orgánica General Penitenciaria. *ADPCP, LXVIII*.
- Gardner, H. (1993a). *Multiple Intelligences: The Theory in Practice* (Reprint Edition edition). Basic Books.
- Gardner, H. (1993b). *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. Basic Books.
- Garrido, M., & Repetto, E. (2008). Estado de la investigación en España sobre Inteligencia Emocional en el ámbito educativo. *Electronic journal of research in educational psychology, 6*(2), 401-420. http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/15/espagnol/Art_15_244.pdf?
- Germini, F., Vellone, E., Venturini, G., & Alvaro, R. (2010). Gli outcomes del nursing: Strumenti per rendere visibile l'efficacia dell'assistenza infermieristica. *Professioni Infermieristiche, 63*(4), 205-210.
- Gil, A., Dolcet, C., Alsinet, C., & Fernández, M. (1999). El treball en equips multiprofessionals de funcionaris de presons: Impacte sobre l'intern/usuari. *Barcelona, Investbreu 10. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada*.
- Glasser, W. (1999). *Teoría de la elección: Una nueva psicología de la libertad personal*. HarperPerennial.
- Real Decreto. Reorganización del Cuerpo de empleados de penales y cárceles* 1, (1891) (testimony of Gobierno & E.).
- Goldstein, E. B. (2005). *Sensación y percepción* (6ta ed.). Mexico: Thomson.
- Goleman, D.P. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ for character, health and lifelong achievement*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (1999). *La práctica de la inteligencia emocional*. Editorial Kairós.
- Goleman, D. & Cherniss (2005). *Inteligencia emocional en el trabajo*. <http://www.tirant.com/editorial/libro/inteligencia-emocional-en-el-trabajo-9788472455832>
- Gómez, J. A. C., & Pernas, R. G. (2013). Educar en las cárceles: Nuevos desafíos para la educación social en las instituciones penitenciarias Educating in

- Prisons: New Challenges for Social Education. *Revista de educación*, 360, 36-47.
- González, A. E. M., Piqueras, J. A., & Linares, V. R. (2010). *Inteligencia Emocional en la Salud Física y Mental*. Electronic Journal of Research in Educational Psychology. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293122002020>
- González Collado, C., Iglesias García, M. T., & Sabín Fernández, C. (2019). *Inteligencia emocional en personas reclusas con discapacidad intelectual*. <https://gredos.usal.es/handle/10366/142039>
- Gore, S. W. (2000). *Enhancing Students Emotional Intelligence and Social Adeptness*.
- Grills, C., Villanueva, S., Anderson, M., Corsbie-Massay, C. L., Smith, B., Johnson, L., & Owens, K. (2015). Grills et al., (2015). *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(7), 757-771. <https://doi.org/10.1177/0306624X13520129>
- Guerreiro, Conboy, & Martins. (2007). Desenvolvimento de competências sociais e redução da dependência em reclusos (Development of social skills and reducing reliance on prisoners). *Psicologia, Teoria, Investigando e Prática*, 12 (1), 55-72.
- Harper, A., Power, M., & Group, X. W. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558. <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/development-of-the-world-health-organization-whoqol-bref-quality->
- Heater, B. S., Becker, A. M., & Olson, R. K. (1988). Nursing interventions and patient outcomes: A meta-analysis of studies. *Nursing Research*, 37(5), 303-307. http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1988/09000/Nursing_Interventions_And_Patient_Outcomes__A.8.aspx
- Herdman, Kamitsuru, & Takáo. (2021). *DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN. 2021-2023* (12.ª ed.). Elsevier España.
- Heredia, E. B. (2000). Marco conceptual e investigación de la motivación humana. *Revista española de motivación y emoción*, 1, 23-36.

- Hernández, A. M. G. (2012). NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. Desde su nacimiento hasta nuestros días. *ENE, Revista de Enfermería*, 1, 17-36.
- Hernández Garre, J. M. (2010). *Fundamentos teóricos de enfermería: Teorías y modelos*. DM.
- Hernando, A. M., Domínguez Zamorano, J. A., & Gil Delgado, Y. (2009). Educación para la salud en centros penitenciarios: Evaluación de una experiencia en personas con diabetes. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(3), 73-79. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1575-06202009000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Horn, B. J., & Swain, M. A. (1978). *Criterion measures of nursing care quality*. US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, National Center for Health Services Research.
- Hover, J., & Zimmer, M. J. (1978). Nursing quality assurance: The Wisconsin system. *Nursing Outlook*, 26(4), 242-248. <http://eric.ed.gov/?id=EJ180907>
- Howard, B., Bulechek, G., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)—7ª Edición (7ª Edición)*. Elsevier. <https://www.elsevier.com/books/clasificacion-de-intervenciones-de-enfermeria-nic/butcher/978-84-9113-404-6>
- Hoya, P. S. de la, Viciano, P., Antón-Basanta, J. J., Arroyo-Cobo, J. M., Calvo, R., Castro-Recio, J. M., Gutiérrez, C., López, G., Nieto, J., Teixido, N., & Vasallo, L. C. (2012). Informe CAPRI sobre la calidad de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios españoles. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 5(2). <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/243>
- i Goris, J. A. G., Puig, R. C., & Zambrana, A. C. (2001). *Diagnóstico de enfermería: Categorías, formulación e investigación*.
- IIPP. (2019). *Informe General 2019*. http://www.interior.gob.es/documents/642317/1202140/Informe_General_IIPP_2019_12615039X.pdf/6c227fde-3cee-43f7-b061-666bca7ac514

- IIPP, I. G. (2015). *Informe General 2015*.
http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2015_acc.pdf
- Instituto de Reintegración Social de Bizkaia, IRSE-EBI. (2014). La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en el País Vasco. *Confederación Salud Mental España*.
<https://consaludmental.org/centro-documentacion/atencion-sociosanitaria-salud-mental-centros-penitenciarios-pais-vasco/>
- Íñigo Barrio, C., Markez, I., Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, & Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión. (2011). *Guía: Atención primaria de la salud mental en prisión*. Omeditorial.
- Irasema, C. A., Sierra, V., & MD, V. C. (2018). Diferencias en autoeficacia académica, bienestar psicológico y motivación al logro en estudiantes universitarios con alto y bajo desempeño académico. *Psicología Desde El Caribe*, 35(1).
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. Springer Science & Business Media.
- Izquierdo, F. N. (2012). Tasa de reincidencia de la delincuencia juvenil de Extremadura. Medidas privativas de libertad. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 2, 37-67.
- James, W. B. (1989). *Principios de psicología*.
- Jamin, D., Vanderplassen, W., Sys, O., Jauffret-Roustide, M., Michel, L., Trouiller, P., Neisa, A., Homen, M., Mendes, V., & Stöver, H. (2021). "My first 48 hours out": Drug users' perspectives on challenges and strategies upon release from prison. *Harm Reduction Journal*, 18(1), 32.
<https://doi.org/10.1186/s12954-021-00480-w>
- Jiménez-Peinado, M. (2015). *Drogodependencias y prisión: Influencia del consumo de drogas y abordaje de su tratamiento en el ámbito penitenciario*.
- Kahlon, M. K., Aksan, N., Aubrey, R., Clark, N., Cowley-Morillo, M., Jacobs, E. A., Mundhenk, R., Sebastian, K. R., & Tomlinson, S. (2021). Effect of Layperson-Delivered, Empathy-Focused Program of Telephone Calls on Loneliness, Depression, and Anxiety Among Adults During the COVID-19 Pandemic: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 78(6), 616-622.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0113>

- Ke-Ping A. Yang, Lillian MJeo-Chen T. Yin. (1999). Factors Influencing Nursing-Sensitive Outcomes in Taiwanese Nursing Homes,. *Online Journal of Issues in Nursing*, 4((2)).
- la Villa, Sirvent, & Blanco. (2011). Adicciones y déficits en asertividad. *Revista Psicología.com*, 15:8.
- Lang, N. M., & Clinton, J. F. (1984). Assessment of quality of nursing care. *Annual review of nursing research*, 2, 135. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6388599>
- Laporta Herrero, I., Mamajon Mateos, M., & López Pérez, C. (2016). *Inteligencia emocional: ¿factor protector de la Salud Mental?* Asociación Científica de Psicología y Educación (ACIPE). <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/64416>
- Lastra, R. del G., Gómez, J. D., & Romero, M. L. (2015). *Metodología enfermera: Lenguajes estandarizados*. @ Ramón del Gallego Lastra, Jorge Diz Gómez y Ma Antonia López Romero. <http://eprints.sim.ucm.es/35200/>
- Leder, D. (2018). Coping with chronic pain, illness and incarceration: What patients and prisoners have to teach each other (and all of us). *Medical Humanities*, 44(2), 113-119. <https://doi.org/10.1136/medhum-2017-011426>
- Ledoux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Planeta Argentina.
- Leganés Gómez, S. (2013). *Clasificación penitenciaria y medio abierto*. <http://roderic.uv.es/handle/10550/26359>
- Leiva-Tapia, J. (2015). La Sanidad en los presidios del Reino: Real Ordenanza General de presidios de 1834. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 17(3), 75-81.
- León, A. G., & Zafra, E. L. (2009). Una revisión de los modelos e instrumentos de evaluación de la Inteligencia Emocional. *Estudios en el ámbito de la inteligencia emocional*, 2009, ISBN 978-84-8439-439-6, págs. 15-36, 15-36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3100352>
- Ley 25/11/1944 de Bases de la Sanidad Nacional. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado» núm. 331, de 26 de noviembre de 1944, páginas 8908 a 8936 (29 págs.), (1944). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1944-10938>

- Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias – LOPS. (2003). *Regulación de las profesiones sanitarias en España*. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
- Libbrecht, N., Beuckelaer, A. D., Lievens, F., & Rockstuhl, T. (2014). Measurement Invariance of the Wong and Law Emotional Intelligence Scale Scores: Does the Measurement Structure Hold across Far Eastern and European Countries?: INTERNATIONAL REPLICATION NOTE: INVARIANCE OF THE WLEIS. *Applied Psychology*, 63(2), 223-237. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2012.00513.x>
- Liebling, A., & Arnold, H. (2004). *Prisons and their moral performance: A study of values, quality, and prison life*.
- Lladó, E. F., Alzina, R. B., Escoda, N. P., Martínez, F., & Fernández, M. Á. (2000). Evaluación de programas de Educación Emocional. *Revista de investigación educativa, RIE*, 18(2), 587-600.
- Llop, J. E., Zapico, F. G., & Longoria, B. (2014). La Unitat Terapèutica i Educativa del Centre Penitenciari de Villabona, un nou model penal de reinserció social. *Educació social: revista d'intervenció socioeducativa*, 57, 33-46. <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/278527>
- López, V. G. (2019). Programas específicos de tratamiento en las prisiones españolas: Control de la agresión sexual, atención integral a enfermos mentales y unidades terapéuticas y educativas. *Revista de Estudios Socioeducativos. ReSed*, 7, 184-200. <https://revistas.uca.es/index.php/ReSed/article/view/4427>
- Mak, V. W.-M., Ho, S. M.-Y., Li, W.-L., & Pau, B. K.-Y. (2021). Relationships between hope and mental health among women in prison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 31(2), 96-108. <https://doi.org/10.1002/cbm.2191>
- Mamani-Benito, O. J., Brousett-Minaya, M. A., Ccori-Zúñiga, D. N., & Villasante-Idme, K. S. (2018). La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary*, 15(1), 39-50. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2142>
- Mannocci, A., Masala, D., Mipatrini, D., Rizzo, J., Meggiolaro, S., Di Thiene, D., & La Torre, G. (2015). The relationship between physical activity and quality of life in prisoners: A pilot study. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*,

- 56(4), E172-E175.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753818/>
- Martín-Cocinas Fernández, M. C., Peñuelas-Olivo, G., Martín-Cocinas Fernández, M. C., & Peñuelas-Olivo, G. (2019). Caso clínico: Cuidados de enfermería en un interno con ventana torácica. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 21(1), 52-58. <https://doi.org/10.4321/s1575-06202019000100008>
- Martínez, Piqueras, Ramos. (2010). Inteligencia Emocional en la Salud Física y Mental. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(2), 861-890. <http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?432>
- Martínez, E. A., Fernández, R. A., Figueiredo, M. J. V., & Marcos, V. (2020). Treatment efficacy on the cognitive competence of convicted intimate partner violence offenders. *Anales de Psicología*, 36(3 (October-December)), 427-434. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7626145>
- Martínez, M. L., & Elena Chamorro Rebollo, E. (2001). *Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. <http://www.studentconsult.es/bookportal/historia-enfermeria-evolucion/martinez-martin/introduccion/9788480867498/500/951.html>
- Martínez-Delgado, M. M. (2014a). Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(1), 11-19. <https://doi.org/10.4321/S1575-06202014000100003>
- Martínez-Delgado, M. M. (2014b). Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(1), 11-19. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1575-06202014000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2000a). *Selecting a measure of emotional intelligence: The case for ability scales*.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2000b). Selecting a measure of emotional intelligence: The case for ability scales. In R. Bar-On, & J.D.A. Parker

- (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the work place*. Jossey-Bass, 320-342.
- Mayer, & Salovey. (1997). What is emotional intelligence? Emotional development and emotional intelligence: Implication for educators. *Enp. Salovey y D. Sluyter (EDS)*, 3(31).
- Mayer, & Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17(4), 433-442.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0160289693900103>
- Mechling, B. M., Ahern, N. R., & Palumbo, R. (2021). Promoting resilience for children of parents with opioid use disorder: A pilot study of a directed intervention. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc.* <https://doi.org/10.1111/jcap.12319>
- Medina, P. M. (2013). *Evaluación experimental de la eficacia de los programas psicológicos de tratamiento penitenciario*. Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.
- Megreya. (2015). Emotional Intelligence and Criminal Behavior. *Journal of Forensic Sciences - Wiley Online Library*, 60(1), 84-88.
- Mendoza, R. A. D., Medina, R. D., & Hernández, P. H. (2003). Evaluación de la mejora en valores de realización personal y social en adolescentes que han participado en un programa de intervención. *Psicothema*, 589-594.
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8063>
- Menes, J. R., Larrauri, E., & Ferrández, C. G. (2018). Percepción de la calidad de vida en prisión. La importancia de una buena organización y un trato digno. *Revista internacional de sociología*, 76(2 (abril-junio)), 98.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6443003>
- Mestre, Guil, & Gil-Oliarte. (2004). *Inteligencia Emocional: Algunas respuestas empíricas y su papel en la adaptación escolar en una muestra de alumnos de secundaria*. <http://reme.uji.es/articulos/avillj3022906105/texto.html>
- Mills, M. E., & Stagers, N. (1994). Nurse-Computer Performance: Considerations for the Nurse Administrator. *Journal of Nursing Administration*, 24(11), 30-35.

- http://journals.lww.com/jonajournal/abstract/1994/11000/nurse_computer_performance_considerations_for_the.8.aspx
- Milojević, S., Dimitrijević, A. A., Marjanović, Z. J., & Dimitrijević, A. (2016). Bad past, gloomy future: The trait emotional intelligence profile of juvenile offenders. *Personality and Individual Differences*, *C(94)*, 295-298. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.040>
- Ministerio del Interior, D. (2007). Normas de Higiene y Recomendaciones para la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles en Instituciones Penitenciarias. *Ministerio del Interior*. interior.gob.es
- Ministerio Interior. (2007). *Estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf.pdf*. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf.pdf
- Montañés, M. C. (2005). Psicología de la emoción: El proceso emocional. *Universidad de Valencia, Valencia*. http://www.academia.edu/download/34266078/2._Psicologia_de_la_emocion._El_proceso_emocional.pdf
- Montero, A. (2009). La ley de Instrucción Pública (Ley Moyano, 1857). *Cabás: Revista del Centro de Recursos, Interpretación y Estudios en materia educativa (CRIEME)*, [publicación seriada en línea]. N.º 1.
- Moorhead, S. (Ed.). (2019). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud* (Sexta edición). Elsevier.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2014). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of health outcomes*. Elsevier Health Sciences.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Clasificación completa de Resultados de Enfermería NOC 2013 (5ª Edición)*.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (Noc): Medición de Resultados En Salud*. Elsevier Health Sciences.
- Morales. (2013). *EMOCIONAL EN GUIPÚZCOA: ANÁLISIS CUANTITATIVO*. *12(1)*, 20.

- Morejón, A. J. V., García-Bóveda, R. J., & Jiménez, R. V.-M. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255. <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>
- Muñoz, L. V. A., & Gimeno, M. del C. M. (2010). *Intervención social y género*. Narcea Ediciones.
- NANDA Internacional *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. (s. f.). Recuperado 26 de abril de 2017, de <http://www.nanda.org/nanda-internacional-definiciones-y-clasificacion.html>
- NANDA Internacional, T. H. H., PhD, RN, FNI and. Shigemi Kamizuru, PhD, RN, FNI. (2014). *Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017* (Tenth Edition). Oxford: Wiley Blackwell.
- Navas, M. del C. O. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud/Emotional education and its implications for health. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 21(2), 462-470. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3241729&orden=1&info=link>
- Naylor, M. D., & Shaid, E. C. (1991). Content analysis of pre-and post-discharge topics taught to hospitalized elderly by gerontological clinical nurse specialists. *Clinical Nurse Specialist*, 5(2), 111-116. http://journals.lww.com/cns-journal/Abstract/1991/00520/Content_Analysis_of_Pre_and_Post_Discharge_Topics.12.aspx
- Nesset, M. B., Bjørngaard, J. H., Whittington, R., & Palmstierna, T. (2021). Does cognitive behavioural therapy or mindfulness-based therapy improve mental health and emotion regulation among men who perpetrate intimate partner violence? A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 113, 103795. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103795>
- Noronha, A. P. P., Oliveira, D. A. de, Barros, L. de O., & Moreira, T. da C. (2018). Variables associated with the meaning of life. *Revista Da Abordagem Gestáltica*, 24(1), 35-43. <https://doi.org/10.18065/RAG.2018v24n1.4>
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., & Martínez-Vizcaíno, V. (2011).

- Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-63>
- Orden de 26 de abril de 1973 por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*. Núm. 102, de 28 de abril de 1973, páginas 8519 a 8525 (7 págs.). (1973). https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1973-602.
- Ortega Mohedano, F. (2010). DELINCUENCIA, REFORMATARIO Y EDUCACIÓN LIBERADORA. *Teoría de la Educación*, 11(2), 25.
- Oviedo-Joekes, E. (2005). *Percepción del estado de salud y utilización de servicios sanitarios por parte de las personas internas en una prisión andaluza*.
- Palacios-Ceña, D., & Liria, I. C. (2010). Fundamentos Y Desarrollo De Un Protocolo De Investigación Fenomenológica En Enfermería. *Enfermería intensiva*, 21(2), 68-73. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239909000091>
- Pender, N. J. (2000). Entrevista personal , 19 de julio, 2000. Citado en Sakraida T. J. (2011). Nola J. Pender: Modelo de promoción de la salud. *Modelos y teorías en enfermería (7ª Ed.)*, p 439. M. R. Alligood y A. M. Tomey (Eds.). *Modelos y teorías en enfermería (7ª Ed.)*, Barcelona: Elsevier España., pag 439.
- Pender, N. J. (2011). *Heath Promotion Model Manual*. <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85350>
- Peña, E. B., de Guzmán Puya, V. P., & Marchena, J. A. M. (2011). Adicción y exclusión social: Intervención educativa. *Exclusión social y diversidad*, 193-220.
- Perea, R. (2002). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XXI: revista de la Facultad de Educación*, 4, 15-40.
- Pérez, (2012). ¿Psiquiatría penitenciaria? *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6(3).
- Pérez, B. L., & Pinto, I. F. (2009). TECA: Test de empatía cognitiva y afectiva. *Avances en el estudio de la inteligencia emocional*, 2009, ISBN 978-84-96555-15-0, págs. 79-84, 79-84. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3171970>

- Pérez Correa, C. (2013). Marcando al delincuente: Estigmatización, castigo y cumplimiento del derecho. *Revista mexicana de sociología*, 75(2), 287-311. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-25032013000200005&script=sci_arttext&tlng=en
- Pérez-González, J. C. (2008). Propuesta para la evaluación de programas de educación socioemocional. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(2), 523-546. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2856524>
- Pérez-González, J. C. (2010). Revisión del sentido y de los contenidos de la orientación personal= Review of the sense and contents of personal counseling. *REOP-Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 21(2), 434-442.
- Perrin, C., Blagden, N., Winder, B., & Dillon, G. (2018). "Me ha reafirmado en cierto modo que no soy un monstruo, no soy una persona terrible": Los movimientos de los delincuentes sexuales hacia el abandono a través de los roles de apoyo entre pares en la prisión. *Sexual Abuse*, 30(7), 759-780. <https://doi.org/10.1177/1079063217697133>
- Petrides, K. V., Pérez-González, J. C., & Furnham, A. (2007). On the criterion and incremental validity of trait emotional intelligence. *Cognition and Emotion*, 21(1), 26-55. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699930601038912>
- Piñana, P. G. (2012). Adaptación cultural e implantación del programa matrix de tratamiento de las adicciones en la Región de Murcia. *Proyecto de investigación*: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/28039>
- Plugge, E., Douglas, N., & Fitzpatrick, R. (2011). Changes in health-related quality of life following imprisonment in 92 women in England: A three month follow-up study. *International Journal for Equity in Health*, 10(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-21>
- Poudel-Tandukar, K., Jacelon, C. S., Poudel, K. C., Bertone-Johnson, E. R., Rai, S., Ramdam, P., & Hollon, S. D. (2021). Mental health promotion among resettled Bhutanese adults in Massachusetts: Results of a peer-led family-centred Social and Emotional Well-being (SEW) intervention study. *Health & Social Care in the Community*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/hsc.13566>

- Qualter, P., Whiteley, H. E., Hutchinson, J. M., & Pope, D. J. (2007). Supporting the Development of Emotional Intelligence Competencies to Ease the Transition from Primary to High School. *Educational Psychology in Practice*, 23(1), 79-95. <https://doi.org/10.1080/02667360601154584>
- Quiceno, J. M., Vinaccia, S., Ibáñez, J., Álvarez, A., Jiménez, J., Pinzón, L., & Serna, A. M. (2012). Calidad de vida relacionada con salud, resiliencia y felicidad en hombres privados de la libertad. *Pensamiento Psicológico*, 10(2). <https://doi.org/10.11144/419>
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398-406. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0)
- Raya, S. C. (2015). Algunos datos sobre la realidad del tratamiento en las prisiones españolas. *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, 17, 11. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5179890>
- Real Decreto 148/1989, de 10 de febrero, por el que modifica parcialmente la estructura orgánica básica del Ministerio de Justicia (Boletín Oficial del Estado, nº 38, Martes 14 de Febrero de 1989). (1989). BOE. <http://www.boe.es/boe/dias/1989/02/14/pdfs/A04369-04370.pdf>
- Redondo, S., Funes, J., & Luque, E. (1993). Justicia Penal i reincidencia. *Centre de estudis Jurídics i Formacio Especializada*.
- Reeve. (1994). *Motivacion y Emocion*. <https://www.casadellibro.com/libro-motivacion-y-emocion/9788448118259/454192>
- Reina, N. (2010). El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. *Rev Redalyc*, 17(1), 18-23. <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PAE.pdf>
- Rey, F. G. (2013). *El bienestar psicológico en prisión: Antecedentes y consecuencias*. <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina40538.pdf>
- Roback, A., & Kierman, T. (1990). *Pictorial History of Psychology and Psychiatry New York: ((3rd ed.)). Philosophical Library, N. Y.*
- Rodríguez-Espartal, N., & Lopez-Zafra, E. (2013). Programa emocional para presos por violencia de género (PREMOVIGE): Efectividad en variables cognitivas

- y conductuales. *Psychosocial Intervention*, 22(2), 115-123. <https://doi.org/10.5093/in2013a14>
- Rodríguez-Martínez, A., Ruiz-Rodríguez, F., Antón-Basanta, J. J., Herrera-Jáimez, J., Máiquez-Pérez, A., & Ottaviano-Castillo, A. (2010). ¿Tienen apoyo social los reclusos drogodependientes?: Estudio en una prisión andaluza. *Revista Española de sanidad penitenciaria*, 12(1), 13-20. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202010001100002
- Rong, R., Chen, W., Dai, Z., Gu, J., Chen, W., Zhou, Y., Kuang, M., & Xiao, H. (2021). Improvement of the management of mental well-being and empathy in Chinese medical students: A randomized controlled study. *BMC Medical Education*, 21(1), 378. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02813-6>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton University Press.
- Rosenzweig, M. R., & Leiman, A. I. (2005). *Psicología fisiológica*. Mexico: McGraw Hill.
- Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., Salguero, J. M., Cabello, R., Fernández-Berrocal, P., & Balluerka, N. (2012). Short- and Midterm Effects of Emotional Intelligence Training on Adolescent Mental Health. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), 462-467. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.02.003>
- Saarni, C. (2000). The social context of emotional development. *Handbook of emotions*, 2, 306-322.
- Sakraida, T. J. (2011). Experiential Learning for Scholars-to-Be. *Journal of Nursing Education*, 50(12), 719-719. <https://doi.org/10.3928/01484834-20111114-02>
- Sakraida, T., & Pender, N. J. (2007). Modelo de promoción de la salud. *Modelos y teorías en enfermería*. 6ta ed. Madrid, Elsevier Mosby, 452-15.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211.
- Sánchez, I. (2012). *La cárcel en España: mediciones y condiciones del encarcelamiento en el siglo XXI*. ProQuest. <http://search.proquest.com/openview/ce5b34cac84140c9bf940e3ece5c3c9c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1596355>

- Sánchez, M., Montañés, J., Latorre, J., & Fernández-Berrocal, P. (2006). *Ansiedad y Estrés*.
- Sánchez, M. T., Montañés, J., Latorre, J. M., & Fernández-Berrocal, P. (2006). *Ansiedad y Estrés*. https://www.researchgate.net/profile/Pablo_Fernandez-Berrocal/publication/230887013_Analisis_de_las_relaciones_entre_la_inteligencia_emocional_percibida_y_la_salud_mental_en_la_pareja/links/004635251a206abc88000000.pdf
- Sánchez-López, León-Hernández, & Barragán-Velásquez. (2015). Correlación de inteligencia emocional con bienestar psicológico y rendimiento académico en alumnos de licenciatura Investigación en educación médica. *Investigación en educación médica*, 4(15), 126-132. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572015000300126&script=sci_arttext
- Sánchez-Roig, M., & Coll-Cámara, A. (2016). La enfermería penitenciaria y su formación. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18(3), 110-118. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1575-06202016000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- Sanz Delgado, E. (2011). *Tutela antidiscriminatoria y vulnerabilidad en prisión*. <http://dspace.uah.es/dspace/handle/10017/9849>
- Sanz, J., Gómez-Pintado, P., Ruiz, A., Pozuelo, F., & Arroyo, J. M. (2014). Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM): Valoración tras cuatro años de funcionamiento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(3), 91-102. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1575-06202014000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Sarrionandia, A., & Garaigordobil, M. (2017). Effects of an emotional intelligence program on socioemotional factors Emotional and psychosomatic symptoms. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(2), 110-118. <https://doi.org/10.1016/j-rlp.2015.12.001>
- Sequera, V., & Bayas, J. (2012). Vacunación en población encarcelada: Una revisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3), 99-105.

- SGIIPP. (2014). *Programa marco de prevención de suicidios*.
http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/Instruccixn_I-5-2014.pdf
- Shortt, J. W., Eddy, J. M., Sheeber, L., & Davis, B. (2014). Project home: A pilot evaluation of an emotion-focused intervention for mothers reuniting with children after prison. *Psychological Services, 11*(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1037/a0034323>
- Shrestha, R., Copenhaver, M., Bazazi, A. R., Huedo-Medina, T. B., Krishnan, A., & Altice, F. L. (2017). A moderated mediation model of HIV-related stigma, depression, and social support on health-related quality of life among incarcerated Malaysian men with HIV and opioid dependence. *AIDS and Behavior, 21*(4), 1059-1069.
- Skowroński, B., & Talik, E. (2018). Coping with stress and the sense of quality of life in inmates of correctional facilities. *Psychiatria Polska, 52*(3), 525-542.
<https://doi.org/10.12740/PP/77901>
- Sluyter, D., & Salovey, P. (1997). *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators*. New York: Basic Books.
- Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. (2014). *Nuestro trabajo. La Sanidad Penitenciaria, esa gran desconocida*.
<http://www.sesp.es/sesp/T95/portada/inicio>
- Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria & Grupo de Trabajo de Enfermería. (2008). *Realidad laboral y profesional de la enfermería en las prisiones españolas (opinión de los profesionales)*. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.
- Sygit-Kowalkowska, E., Szrajda, J., Weber-Rajek, M., Porazyński, K., & Ziólkowski, M. (2017). Resilience as a predictor of mental health of incarcerated women. *Psychiatria polska, 51*(3), 549-560.
- Tárraga, M. D. S. (2010). Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y sanidad penitenciaria (II). *Revista de Derecho UNED, 7*, 525.
<http://search.proquest.com/openview/66a700d54ab88601ff376322c820b7da/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1596356>
- Teixeira-Salmela, L. F., Magalhães, L. de C., Souza, A. C., Lima, M. de C., Lima, R. C. M., & Goulart, F. (2004). Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: Um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. *Cadernos de*

- Saúde Pública*, 20(4), 905-914. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400004>
- Terman, L. (1975). *The Measurement of Intelligence*. (Trabajo original publicado en 1916). *New York: Arno Press*.
- Thorndike, E. L. (1920). «*Intelligence and Its Uses*» by Edward L. Thorndike, *The Harpers Monthly*, January 1920. UNZ.org. <http://www.unz.org/Pub/Harpers-1920jan-00227>
- Tobías, S., & Friedlander, B. (2000). *Educación con inteligencia emocional*. *Barcelona. Plaza & Janes*.
- Torres, E. T., Blázquez, E. I., Estella, R. S., Barba, S. P., Gazol, M. B., & Puy, J. S. (2022). Caso clínico: Coma hipercápnico refractario a VMNI. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(2), 18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8340802>
- Trull, T. J., & Phares, E. J. (2003). *Psicología clínica*. Ed. México: Thomson.
- Umbach, R., Raine, A., Noelle, R., & Leonard. (2018). *Cognitive Decline as a Result of Incarceration and the Effects of a CBT/MT Intervention: A Cluster-Randomized Controlled Trial*. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0093854817736345>
- Vázquez, M. L. O., & Vega, C. A. D. (2008). Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Metodología Enfermera. A propósito de un caso. *Norte de Salud mental*, 7(31). <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/537>
- Vera-Remartínez, E. J., Borraz-Fernández, J. R., Domínguez-Zamorano, J. A., Mora-Parra, L. M., Casado-Hoces, S. V., González-Gómez, J. A., Blanco-Quiroga, A., Armenteros-López, B., Garcés-Pina, E., & GESESP, G. de E. S. E. de S. P. (2014). Prevalence of chronic diseases and risk factors among the Spanish prison population. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 16(2), 38-47. https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Vera-Remartinez/publication/264642140_Prevalence_of_chronic_diseases_and_risk_factors_among_the_Spanish_prison_population/links/5741852d08ae9ace84169db8.pdf
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, Á., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acín, E., De Vicente, A., Guerrero, R., Lluch, J., Planella, R., & Sarda, P. (2011).

- The prevalence of mental disorders in Spanish prisons: The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 321-332. <https://doi.org/10.1002/cbm.815>
- Vicens-Pons, E. (2009). Aproximación a la Metodología para el estudio de los Trastornos mentales en población penitenciaria: El estudio PreCao. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(1), 8-16. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1575-06202009000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Villamarín, F., & Limonero, J. T. (2001). Motivació. En nulo Casacuberta Sevilla, nulo David Jorge, & nulo Limonero Joaquim (Eds.), *Cognició i Emoció* (2001) (pp. 5-118).
- Villarreal, D. R. (2012). *RELACIÓN ENTRE EMPATÍA Y AGRESIÓN EN DELINCUENTES JUVENILES VIOLENTOS*. 21.
- Waalory, M. (2001). Inteligencia emocional: Conceptualización y medición. En Malden, MA: Blackwell , . *GJO Fletcher y MS Clark, (Eds.)*, (pp. 279-307).
- Ward, J. (2015). *The student's guide to cognitive neuroscience*. Psychology Press.
- Wechsler, D. (1943). Non-intellective factors in general intelligence. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38(1), 101-103. <https://doi.org/10.1037/h0060613>
- William, Kuhn, Deanna, Siegler, Robert S, & Damon. (1998). *Handbook of Child Psychology, cognición, percepción y el lenguaje Paperback* - (quinta edición, Vol. 2).
- Wilton, G., & Stewart, L. A. (2017). Outcomes of Offenders With Co-Occurring Substance Use Disorders and Mental Disorders. *Psychiatric Services*, 68(7), 704-709. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500391>
- Wong, C. S. (2002). *The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study*.
- Wong, C., Song, L., & Ley, K. (2004). La construcción y el criterio de validez de la inteligencia emocional y su potencial utilidad para estudios de gestión. *Journal of Applied Psychology*, 89(3), 483-496.
- Woodall, J. (2020). Health promotion co-existing in a high-security prison context: A documentary analysis. *International Journal of Prisoner Health*, 16(3), 237-247. <https://doi.org/10.1108/IJPH-09-2019-0047>

- Woods, D., Leavey, G., Meek, R., & Breslin, G. (2020). Developing mental health awareness and help seeking in prison: A feasibility study of the State of Mind Sport programme. *International Journal of Prisoner Health*, 16(4), 403-416. <https://doi.org/10.1108/IJPH-10-2019-0057>
- World Health Organization. (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. OMS.
- Zarate, E., Lobón, I., Saavedra, C., & Castañeda, M. (2005). *Tuberculosis en nuevos escenarios: Establecimientos penitenciarios*. 66, 148-158.
- Zeidner, M., Roberts, R. D., & Matthews, G. (2008). The science of emotional intelligence: Current consensus and controversies. *European Psychologist*, 13(1), 64-78.
- Zhou, Y. Q., Gan, D. Z. Q., Hoo, E. C. C., Chong, D., & Chu, C. M. (2018). Evaluating the Violence Prevention Program: Group and individual changes in aggression, anger, self-control, and empathy. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(2), 265-287. <https://doi.org/10.1080/14789949.2017.1375541>
- Zoccali, R., Muscatello, M. R., Bruno, A., Cambria, R., Cavallaro, L., D'Amico, G., Isgrò, S., Romeo, V., & Meduri, M. (2008). Mental disorders and request for psychiatric intervention in an Italian local jail. *International journal of law and psychiatry*, 31(5), 447-450.
- ulaika, D., Etxeandia, P., Bengoa, A., Caminos, J., & Arroyo-Cobo, J. M. (2012). Un nuevo modelo asistencial penitenciario: La experiencia del País Vasco. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3). <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/315>

XIV - ANEXOS

CAPÍTULO XIV: ANEXOS

ANEXO 1. LEGISLACIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMERÍA PENITENCIARIA

Legislación relacionada con la Enfermería Penitenciaria.

R.D. de 11 de Noviembre de 1889, referente a la reorganización del Cuerpo de Empleados de Establecimientos Penales. En su artº 36 dispone “Se considerarán agregados a la sección sanitaria, los cirujanos practicantes, practicantes de farmacia y personal de las enfermerías de las prisiones.”

L.O. de 25 de Noviembre de 1944, de Bases de la Sanidad Nacional. Se organizan profesionalmente los médicos y practicantes (matronas, practicantes y enfermeras).

Estatuto del Personal no Facultativo de Instituciones Sanitarias de 1973. Está derogado. Es el único referente en cuanto a normativa sobre funciones de enfermería. En su artº 58 se disponen las funciones de los profesionales enfermeros.

Constitución Española de 1978. En su artº 25 dice “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y la reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados”. El derecho a la salud es un derecho universal y no puede verse limitado ni restringido por el ingreso en un Centro Penitenciario (CP), bien con carácter preventivo o bien para la ejecución de una pena privativa de libertad.

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (Boletín Oficial del Estado, nº 239, 5 de Octubre de 1979). Modelo sanitario de Instituciones Penitenciarias, dependiente del Ministerio del Interior, al margen del sistema sanitario nacional. Comprende la asistencia primaria, la especializada y la prevención, así como los ingresos y las estancias hospitalarias. En su artº 36.1 establece que habrá equipos sanitarios de Atención Primaria en los Centros Penitenciarios.

Reglamento Penitenciario. Real Decreto 1201/1981 de 8 de Mayo y reformado por el Real Decreto 787/1984, de 28 de Marzo. En su artº 324 se recogen las funciones de los enfermeros en la actualidad vigentes.

Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad (Boletín Oficial del Estado, nº 102, 29 de Abril de 1986). La Ley garantiza los derechos de los internos y su acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva. Esta ley va a incidir en la necesidad de reformar el sistema sanitario penitenciario, con el fin de introducir las prestaciones sanitarias a los reclusos en condiciones iguales a las del resto de la población.

L.O. 1231/2001. El artº 52.1 afirma que “El ejercicio de la profesión de Enfermería abarca a título enunciativo las funciones: asistenciales, investigadoras, de gestión y docentes.

L.O. 16, de 28 de Mayo de 2003, de Cohesión y Calidad del SNS. Sus objetivos prioritarios son: cohesionar y armonizar el sistema sanitario evitando cualquier riesgo de dispersión una vez realizado el traspaso de competencias y asegurar la calidad de las prestaciones garantizando por encima de toda la seguridad de los pacientes, basándose en principios de igualdad, calidad y participación ciudadana.

L.O. 44, de 21 de Noviembre de 2003, de Ordenación de las profesiones sanitarias. Su artº 7 dice “Corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la prevención de enfermedades y discapacidades”

R.D. 55 y 56 de 21 de Febrero de 2005. Regula toda la información universitaria de grado y postgrado para la adaptación con el medio europeo.

R.D. 450 de 22 de Abril de 2005. Se crean nuevas especialidades de Enfermería.

L.O. 29/2006 sobre Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Los profesionales enfermeros pueden prescribir.

Legislación relacionada con la Enfermería Penitenciaria.

R.D. 183 de 8 de Febrero de 2008. Determina y clasifica las nuevas especialidades de Ciencias de la Salud y desarrolla determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

R.D. 20/2011, de 30 de Diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público, donde dice: “El cuerpo de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Instituciones Penitenciarias pasa a denominarse Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias”

R. D. 967/2014, de 21 de Noviembre. Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se determina el nivel de correspondencia al nivel del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior del Título Universitario Oficial de Diplomado en Enfermería

ANEXO 2. CAPÍTULO VII: SECCIÓN II: "FUNCIONES DE LAS ENFERMERAS Y ATS" DEL ESTATUTO DEL PERSONAL NO FACULTATIVO DE INSTITUCIONES SANITARIAS

ANEXO 2. Capítulo VII: Sección II: "Funciones de las Enfermeras y ATS" del Estatuto del Personal no Facultativo de Instituciones Sanitarias:(Orden de 26 de abril de 1973 por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado. núm. 102, de 28 de abril de 1973, páginas 8519 a 8525 (7 págs.), 1973)

Funciones de las Enfermeras y ATS de Instituciones Penitenciarias

Artículo 58: "Las funciones de las enfermeras y ayudantes técnicos sanitarios en Instituciones Abiertas serán:

- 1.- Ejercer las funciones de auxiliar del médico, cumplimentando las instrucciones que reciban del mismo en relación con el servicio.
- 2- Tener a su cargo el control del archivo de historias clínicas, ficheros y demás antecedentes necesarios para el buen orden del servicio o consulta.
- 3.-Vigilar la conservación y el buen estado del material sanitario, instrumental y, en general, cuanto aparatos clínicos se utilicen en la institución, manteniéndolos limpios, ordenados y en condiciones de perfecta utilización.
- 4.- Atender al paciente y realizar los cometidos asistenciales específicos y generales necesarios para el mejor desarrollo de la exploración del enfermo o de las maniobras que el facultativo precise ejecutar, en relación con la atención inmediata en la consulta o servicio.
- 5.- Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.
- 6.- Cumplimentar igualmente aquellas otras funciones que se señalen en los reglamentos de instituciones sanitarias y las instrucciones propias de cada centro, en cuando no se opongan al presente estatuto".

ANEXO 3. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. TAXONOMÍA NANDA.**ANEXO 3. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.
EVOLUCIÓN DE LA TAXONOMÍA NANDA**

Después la Conferencia nacional de clasificación de diagnósticos enfermeros se constituyó un grupo de trabajo (llamado laboratorio de observación) y se reunía cada dos años en la Universidad de Sant Luois, Missouri (la inclusión de un nuevo diagnóstico se realizaba por votación). Intervenía la teórica Sor Callista Roy.

Se celebra la 5ª Conferencia en 1982 y nace formalmente la NANDA, con el fin de desarrollar, depurar y promover una taxonomía de Diagnósticos de Enfermería (la Dra. Marjory Gordon es la presidenta).

La 6ª Conferencia se celebra en 1984 y se sustituyen los Patrones de Hombre Unitario de Sor Callista Roy por los Patrones de Respuesta Humana (Intercambio, Comunicación, Relación, Valores, Elección, Movimiento, Percepción, Conocimientos y Sentimientos).

La 7ª Conferencia se celebra en 1986, la NANDA establece un mecanismo formal (una guía) para la revisión y aprobación de los nuevos diagnósticos, nace entonces la Taxonomía I de la NANDA, basada en los Patrones de Respuesta Humana.

La 8ª Conferencia se celebra en 1988 y se presenta la taxonomía a la OMS con la intención de incluir los Diagnósticos de Enfermería en la Clasificación Internacional de Enfermedades. La OMS no los acepta porque recomienda incrementar los esfuerzos para organizarse y trabajar la Taxonomía Diagnóstica Enfermera a Nivel Internacional.

La 9ª Conferencia se celebra en 1990 y aparecen problemas al intentar clasificar nuevos diagnósticos, entonces se decide crear una nueva estructura taxonómica, se empieza a proyectar la Taxonomía II de la NANDA.

La 11ª Conferencia se celebra en 1994 y se identifica la permanente colaboración entre NANDA, ANA (Asociación Americana de Enfermeras) y el CIE (Consejo Internacional de Enfermeras) y se realiza la Clasificación en base a los Patrones Funcionales de salud (de Marjory Gordon). Estos Patrones pasan a denominarse Dominios (Taxonomía II).

La 12ª Conferencia se celebra en 1996 y aparecen los sistemas de clasificación: N.I.C. Sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Para cada diagnóstico de Enfermería se plantean actividades. Propone más de 300 tipos de actividades. N.O.C. Sistema de Clasificación de Resultados

En España, en 1996, surge AENTDE (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería), sociedad científica española, que se presentó en el I Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería, celebrado en Barcelona (mayo 1996), intentando agrupar a todos los enfermeros interesados en estudiar y trabajar por un lenguaje común entre los profesionales de Enfermería españoles.

NANDA en 2002 se convierte en NANDA INTERNACIONAL. En este tiempo se han ido desarrollando, aprobando, incluyendo Diagnósticos de Enfermería en la Taxonomía II de la NANDA-I.

La 17ª Conferencia de la NANDA-I se celebró los días 13 a 15 de noviembre de 2008, en Miami, Florida, EEUU. Por qué tachas

La 18ª Conferencia en el 2010 se celebró en Madrid, Conferencia conjunta NANDA-AENTDE.

La 19ª Conferencia Bienal, coincide con el 40º Aniversario de NANDA-I, y se celebró del 23 al 26 de Mayo de 2012 en Houston, Texas, EE.UU.

La 20ª Conferencia de NANDA-I se llevó a cabo con el lema *From Concepts to Translation*, tuvo lugar del 11 al 13 de septiembre de 2014, en la Universidad Católica de Oporto. La conferencia se centró en los lenguajes estandarizados NNN (NANDA-I/NOC/NIC) partiendo de los conceptos para avanzar en conocimiento, entendida como la existencia de resultados positivos y efectivos para la salud de las personas: «NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017» (NANDA, 2014).

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO AL GRUPO DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN SOCIOEMOCIONAL**CENTRO PENITENCIARIO MURCIA I**

Usted va a participar en un taller de educación socioemocional. Las sesiones se realizarán semanalmente en el Módulo 1 los martes de 9,30 a 11,30H. y en el Módulo 3 los jueves de 17 a 17,00H.

La duración de este programa es de 16 sesiones.

El formato de este programa es de tipo grupal. La intervención en grupo implica una serie de requisitos:

- Confidencialidad de la información.
- Participación activa con respecto a otros participantes.
- Asistencia regular. Es muy importante la asistencia a todas las sesiones para conseguir los objetivos esperados.
- Asistencia a las sesiones sin haber tomado algún tipo de drogas. No respetar estas normas y faltar en dos ocasiones sin justificar, supone la expulsión del programa.

Para mejorar su atención, le pedimos la autorización de sus datos clínicos, así como los datos de filiación. Esta autorización es voluntaria y los datos son de carácter anónimo, sin que permitan en ningún momento identificarle.

Acepto mi participación en el grupo de educación socioemocional y expreso mi conformidad con las normas de asistencia y funcionamiento anteriores.

Autorizo el uso de mis datos clínicos de forma anónima.

Si

No

Nombre:

Firma:

ANEXO 5. NANDA, NIC, NOC (Programa Socioemocional).

DIAGNÓSTICOS NANDA	RESULTADOS- NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES- NIC	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
00198. Trastorno del patrón del sueño. r/c: alteraciones del entorno.	0004. Sueño	402. Horas de sueño cumplidas 404. Calidad sueño 417. Dependencia ayuda para dormir 421. Dificultad conciliar sueño	1850. Mejorar el sueño.	Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc	Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día, disponiendo una actividad que favorezca la vigilia. Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama
00146. Ansiedad. r/c: Uso inadecuado de sustancias.	1211. Nivel de ansiedad	121102. Impaciencia. 121106. Tensión muscular. 121108. Irritabilidad. 121129. Trastorno patrón del sueño.	6040. Terapia de relajación simple. 5450. Terapia de grupo. 5430. Grupo de apoyo. 1850. Mejorar el sueño. 5820. Disminución de la ansiedad.	Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación.	Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. Controlar los estímulos.
00222. Control de los impulsos	1405. Autocontrol de impulsos.	140502. Identificar sentimientos que conducen a acciones.	5450. Terapia de grupo. 5430. Grupo de apoyo.	Enseñar al paciente. A detenerse y pensar antes	Ayudar al paciente. A identificar los cursos de acción

ineficaz. r/c: trastorno del estado de ánimo.	140509. Identifica sistema de apoyo. 140515. Evita situaciones alto riesgo. 140516. Obtiene ayuda al presentar impulsos	1850. Mejorar el sueño. 4370. Entrenamiento control de impulsos.	de comportarse impulsivamente.	posible y sus costes/beneficios. Ayudar al paciente. A identificar el problema o situación que requiera una acción mediata.	
00120. Baja autoestima situacional. r/c: estigmatización.	1309. Resiliencia	130901. Verbaliza actitud positiva. 130903. Expresa emociones. 130905. Comunicación adecuada para la edad. 130912. Busca apoyo emocional.	5430. Grupo de apoyo. 5390. Potenciación de la autoconciencia .	Animar al pac. a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos. Ayudar al pac. a darse cuenta de que cada persona es única.	Ayudar al grupo a progresar en las etapas de desarrollo grupal: desde la orientación pasando por la cohesión hasta la conclusión.
. 1302. Afrontamiento problemas	130203. Verbaliza sensación de control. 130204. Refiere disminución del estrés. 130218. Refiere aumento del bienestar psicológico. 130223. Obtiene ayuda de un profesional sanitario.	5510. Educación para la salud. 5604. Enseñanza grupo. 5450. Terapia de grupo. 5430. Grupo de apoyo.	Ayudar al grupo a trabajar la resistencia a los cambios	Proporcionar refuerzo social (verbal y no verbal) para conseguir las conductas/patron es de respuesta deseados	

00292. Conductas ineficaces de mantenimie nto de la salud. r/c: conflictos entre creencias culturales y las prácticas de salud.	1823. Conocimiento fomento de la salud.	182308. Conductas que promueven la salud. 182309. Estrategias para controlar el estrés. 182312. Recursos sanitarios acreditados. 182322. Efectos adversos sobre la salud del consumo de drogas.	5510. Educación para la salud. 5430. Grupo de apoyo. 1850. Mejorar sueño. 5100. Potenciación de la socialización.	Utilizar debates de grupo y juego de roles para influir en las creencias, actitudes y valores que existen sobre la salud.	Proporcionar refuerzo social (verbal y no verbal) para conseguir las conductas/patron es de respuesta deseados
00052. Deterioro de la Interacción Social. r/c:: alteración del autoconcept o.	1205. Autoestima	120501. Verbalización autoaceptación. 120502. Aceptación propias limitaciones. 120504. Mantenimiento contacto ocular. 120506. Respeto por los demás.	5450. Terapia de grupo. 5430. Grupo de apoyo. 4370. Modificación de la conducta: Habilidades sociales. 5100. Potenciación de la socialización. 5390. Potenciación de la autoconciencia.	Ayudar al pac. a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo. Ayudar al pac. a ser consciente de sus autoafirmaciones negativas. Ayudar al pac. a identificar los sentimientos de culpa.	

ANEXO 6. CUADERNO DEL ALUMNO Y FICHA DE SESIÓN

Reflexión sobre el trabajo realizado en clase en
función del rol del grupo

Reflexión individual sobre mi actitud en relación
con el trabajo realizado en la clase

Reflexión sobre la actitud y conducta de la
enfermera

Reflexión sobre la actitud de los compañeros

Observaciones que destacar

SESIÓN

CONCEPTO IE/SALUD

OBJETIVOS

Actividades que más me han gustado

Actividades que menos me han gustado

Posibles alternativas de actividades

- Sequedad bucal.
 - Número de comidas al día y descripción de un día habitual.
 - Ingesta líquidos/día
 - Náusea/vómitos/reflujo/gastralgia/alergias alimentarias.
 - Conocimiento dieta equilibrada.
 - Restricciones/evitaciones (motivos)
 - Alimentos preferidos.
 - Cambio conducta alimentaria: hiperfagia diurna/nocturna, hiporexia, anorexia, bulimia.
-

Patrón 3. Eliminación

- Patrón habitual de eliminación (regularidad, olor, consistencia, malestar, estreñimiento, diarrea)
 - Uso diuréticos/laxantes.
-

Patrón 4. Actividad-ejercicio

- Capacidad de autocuidado: autónomo/dependiente.
 - AVD: si/no ¿manifiesta deseos de realizar actividades, ¿qué hace un día normal?
 - Ejercicio físico: tipo, duración, frecuencia.
 - Sudoración /temblores MMSS o MMII/hormigueo en extremidades.
 - Expresión facial: tensa/relajado/alegre/enfadado/ inexpresivo/ mira al interlocutor.
 - Habla (velocidad, cantidad, volumen, tono de voz, latencia de respuesta)
 - Comportamiento motor: adecuación al contexto/inhibición/agitación, inquietud/rigidez (hiperactivación psíquica y motora)
-

Patrón 5. Sueño-descanso

- Horas de sueño nocturno habitual.
 - Otros descansos (siestas)
 - Insomnio de conciliación/mantenimiento/despertares nocturnos/despertar precoz/pesadilla/medicación para dormir.
 - Historia de insomnio previa.
 - Factores que alteran el patrón y ayudas.
 - ¿Se levanta descansada o cansada?
 - Percepción personal del patrón: adecuado/excesivo/disminuido.
-

Patrón 6. Cognitivo-perceptual

- C y O en t, e y p.
 - Conciencia: hipervigilante/confusión/ despersonalización/ desrealización/ somnolencia.
 - Dificultades para concentrarse: olvidos recientes/remotos.
 - Vértigo, mareos.
 - Pensamiento: organizado/coherente/alterado. Curso del pensamiento: espontaneidad/inhibición/aceleración, fuga de ideas/ disgregación o incoherencias/perseverancia. Contenido: delirante: no/si (descripción temática).
 - Lenguaje: velocidad: normal/rápido/lento/paroxístico, cantidad: normal/abundante/escaso, volumen: normal/alto/bajo tono y modulación: tranquilo/nervioso/hostil.
 - Otras (mutismo, ecolalia, tartamudez...)
-

Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto

- Reactividad emocional: adecuada al contexto/pobreza sentimientos/expansión afectiva. Tonalidad afectiva: agradable/desagradable.
 - Síntomas afectivos de interés: preocupación/ ánimo depresivo/sentimientos de inadecuación/aprensión/angustia/temor/sobresalto/irritabilidad/debilidad/rumiación. Otros.
 - Ideación autolítica.
 - Autodescripción de sí mismo (fortalezas, debilidades)
 - Exageración de errores/infravaloración de éxitos.
 - Percepción de la imagen corporal, expresiones de su imagen: ajustada a la realidad/confusa/equivocada.
 - Actitud frente a su cuerpo.
 - Competencia personal: positiva/negativa/indiferente.
 - Percepción de exigencias, ¿hay alguna situación en la que se sienta agobiado o presionado por alguien o algo?
-

Patrón 8. Rol-relaciones

- Independencia económica, física y psicosocial para satisfacción de sus necesidades.
- Personas dependientes a su cargo.
- Composición familiar (edad, parentesco, situación laboral, relación cercana o distante y sentimientos derivados tales como ansiedad, inutilidad, miedo, inferioridad, culpabilidad, tristeza, rabia, impotencia, seguridad, tranquilidad)

- Personas de su entorno significativas: amigos, vecinos.
 - Participa en actividades, talleres, terapias, va a la escuela.
-

Patrón 9. Sexualidad-reproducción

- Patrón reproductivo (problemas asociados a reproducción, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades víricas contagiosas VIH; VHB; VHC)
 - Uso preservativo.
 - Hijos.
 - Actividad sexual: satisfactoria/insatisfactoria/indiferente.
 - Disfunciones sexuales, respuesta sexual normal.
-

Patrón 10. Adaptación-tolerancia al estrés

- Estado de tensión/ansiedad:
constante/generalizada/aguda/crónica/ausencia de manifestaciones físicas o mentales y de la conducta de ansiedad.
- Irritabilidad/inquietud/ansiedad verbalizada/prácticas de relajación previa.
- Posibles factores relacionados: traumatismos previos/ideas, pensamientos/
problemas con compañeros / miedos, fobias
- (especificar) /otros:
- Percepción de control de la situación: alto/medio/bajo/nulo (¿controla la respuesta de ansiedad, refiere disminución de la duración de los episodios?)
- Grado de incapacidad: expresiones de pérdida de capacidad o habilidades.

- Estrategias o comportamientos de control para resolver situaciones de estrés: fármacos/tabaco/hiperfagia/somatizaciones/agitación, agresión/análisis del problema compartirlo o comentarlo. Otros: (¿busca información para reducir la ansiedad, disminuye los estímulos ambientales cuando está con ansiedad?)
 - ¿Qué hace para calmarse?
-

Patrón 11. Valores y creencias.

- Escala de valores propios y familiares
 - Normas culturales. Y prácticas religiosas
-

ANEXO 8. NIC DE ENFERMERÍA**NIC INTERVENCIÓN**

- Educación para la Salud (5510).
- Enseñanza Grupo (5604).
- Terapia de Relajación Simple (6040).
- Terapia de Grupo (545).
- Grupo de Apoyo (5430).
- Mejorar el sueño (1850).
- Disminución de la ansiedad (5820).
- Entrenamiento para controlar los impulsos (4370).
- Modificación de la conducta: Habilidades sociales (4362).
- Potenciación de la socialización (5100).
- Potenciación de la autoconciencia (5390).

Enseñanza Grupo (5604)

- Proporcionar un programa escrito, que incluye fechas, horas y lugares de las sesiones para los pacientes, con los objetivos de aprendizajes y los materiales educativos
- Proporcionar un entorno que favorezca el aprendizaje
- Adoptar los métodos/materiales educativos a las necesidades /características de enseñanza del grupo.
- Hacer una lista de las estrategias de enseñanza, los materiales educativos y las actividades de aprendizaje.
- Evaluar el progreso del paciente en el programa y el dominio del contenido (en cada sesión se cogerán notas de evolución de cada paciente)

- Evaluar el grado de consecución de objetivos de los cuidados pautados.
- Percepción de la utilidad y mejoría de la calidad de vida de los participantes.
- Educación Sanitaria (5510)
- Determinar el grupo estudio, que tras valoración enfermera y con los diagnósticos enfermeros prevalentes, puedan beneficiarse de la educación sanitaria “Educación emocional”
- Identificarlos factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias, al objeto de una adecuada adherencia a las intervenciones enfermeras previstas.
- Utilizar presentaciones de grupo para proporcionar apoyo y cohesión grupal.
- Utilizar debates de grupo y juego de roles para influir en las creencias, actitudes y valores que existen sobre la salud.
- Mantener una presentación centrada, corta y que comience y termine con el tema principal.

Educación Sanitaria (5510)

- Formular los objetivos del programa de educación sanitaria
- Centrarse en beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de beneficios a largo plazo o efectos negativos derivados de incumplimiento.

Terapia de Relajación (6040)

- Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado (en valoración de enfermería en el patrón adaptación-tolerancia al estrés)

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (contenido educativo)
- Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, cuando sea posible.
- Aconsejar a los pacientes adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con ojos cerrados.
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz, colores. Hacer uso al comienzo de la siguiente frase “me doy permiso para relajarme...”
- Invitar a los pacientes a que se relajen y dejen que las sensaciones sucedan espontáneamente, no luche contra los pensamientos negativos, dejándolos fluir y centrándose en la palabra “calma” o “relax” al final de la expiración.
- Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con los pacientes.
- Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas de relajación, consiguiendo su compromiso para la práctica diaria.
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación, al finalizar las intervenciones enfermeras.

Terapia de Grupo (545)

- Determinar el propósito del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Formar un grupo de tamaño óptimo: hasta 12 miembros como máximo.
- Utilizar un colíder, si procede.
- Tratar la cuestión de la asistencia obligatoria, la confidencialidad, desconexión de otros problemas, respeto del discurso de los otros.

- Comenzar y terminar a la hora y esperar que participantes permanezcan hasta la conclusión.
- Disponer las sillas en círculo, cerca una de otras.
- Llevar al grupo a la etapa de trabajo lo más rápidamente posible.
- Ayudar al grupo a establecer normas terapéuticas.
- Ayudar al grupo a trabajar la resistencia a los cambios
- Proporcionar refuerzo social (verbal y no verbal) para conseguir las conductas/patrones de respuesta deseados
- Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común unas con otras
- Animar a los miembros a que compartan su ira, tristeza, humor, falta de confianza y otros sentimientos emergentes.
- Utilizar juego de roles y de resolución de problemas, si procede.
- Concluir la sesión con un resumen de los debates, contenido educativo programado e invitarles a ponerlo en práctica.

Grupo de Apoyo (5430)

- Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Crear un ambiente de aceptación y relajado.
- Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros.
- Tratar la cuestión de la asistencia obligatoria en las normas de funcionamiento del grupo
- Fomentar la expresión de ayudas mutuas
- Subrayar la responsabilidad y control personales.
- Identificar los temas que se produzcan en los debates de grupo

- Ayudar al grupo a progresar en las etapas de desarrollo grupal: desde la orientación pasando por la cohesión hasta la conclusión.
- Atender a las necesidades del grupo como un todo, así como las necesidades de los miembros individuales.

Mejorar el sueño (1850)

- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc...
- Animar al pac. A que establezca una rutina la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama
- Ayudar al pac. A limitar al sueño durante el día, disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.
- Mejorar el sueño (1850)
- Enseñar al pac. A realizar una relajación muscular u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día y noche normales.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del pac. En el esquema de sueño.

Disminución de la ansiedad (5820)

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Controlar los estímulos.

- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Instruir al pac. Sobre técnicas de relajación.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Entrenamiento para controlar los impulsos (4370)

- Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y la función cognoscitiva del paciente.
- Utilizar un plan de modificación de conducta para reforzar la estrategia de solución de problemas que se haya enseñado.
- Ayudar al paciente. A identificar el problema o situación que requiera una acción mediata.
- Enseñar al paciente. A detenerse y pensar antes de comportarse impulsivamente.
- Ayudar al paciente. A identificar los cursos de acción posible y sus costes/beneficios.
- Ayudar al paciente. A determinar cómo podría haberse evitado el fracaso si se hubieran elegido conductas diferentes.

Modificación de la conducta: Habilidades sociales (4362)

- Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social.
- Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales.
- Ayudar al paciente a identificar los resultados deseados de las relaciones o situaciones interpersonales problemáticas.
- Ayudar al paciente a identificar tipos posibles de acción y sus consecuencias sociales/interpersonales.

- Identificar las habilidades sociales específicas que constituirán el centro del ejercicio de desarrollo de la misma.
 - Proporcionar modelos que muestren las etapas de conducta dentro del contexto de las situaciones que tengan sentido para el paciente.
-

ANEXO 9. PROGRAMA IE/SALUD**ACTIVIDADES DEL PROGRAMA IE/SALUD****SESIONES****M. Carmen Martín-Cocinas Fernández****Curso 2015**

Módulos de Respeto nº 1 y Módulo 3

1ª SESIÓN**27-01-2015**

Objetivos

1. Recoger y evaluar las distintas variables de estudio al inicio de la intervención.
2. Crear un clima de confianza en el grupo.
3. Presentar a cada miembro del grupo.
4. Presentar guía del programa. Desarrollo y evaluación.

Actividades

- Presentación

- La enfermera se presentará y explicará brevemente en qué van a consistir estas sesiones: enseñarles a manejarse mejor con las emociones, mostrarle cómo se pueden relacionar mejor, cómo resolver problemas, cómo relajarse y como quererse a ellos mismo un poquito más.
 - En círculo, cada interno se presentará con su nombre y dirá el nombre del que tiene a su derecha y a su izquierda.
 - En otra ronda, cada uno dirá su nombre, edad, y lo que quiera decir en su presentación (libre). Los demás pueden preguntarle.
-
- Pre-test. Repartir los test y empezar a rellenarlos, intentar ir todos al mismo compás, acompañándolos. Como no dará tiempo a terminar se recogerán y el próximo día se sigue.

2ª SESIÓN

03-02-2015

Objetivos

1. Afianzar el clima de confianza en el grupo.
 2. Definir en qué consisten las habilidades sociales.
-

-
3. Definir y saber diferenciar los estilos de comunicación: asertivo, pasivo y agresivo.

 4. Comprender en qué consisten la asertividad.

 5. Practicar conductas asertivas.

 6. Saber pedir las cosas con asertividad:

Actividades

- Presentación breve de todos (nombres)

- Terminar los test si no se acabaron.

- Breve definición de en qué consisten las habilidades sociales. Preguntarles primero a ellos y luego aclarar conceptos.
 - La capacidad-habilidad de relacionarse bien con los demás (compañeros, pareja, familiar, amigos, padres...)

- Breve definición y diferenciación de los tres estilos de comunicación.
 - Agresivo: cuando te impones sobre los demás sin tenerlos en cuenta. Utilizas un lenguaje ofensivo. No respetas al otro.

 - Pasivo: cuando te callas por timidez, vergüenza o miedo, no expresando tus necesidades o tus opiniones. No te tienes en cuenta a ti mismo.

-
- Asertivo: cuando eres capaz de expresar con respeto lo que sientes o deseas teniendo en cuenta también los pensamientos y deseos del otro. Te respetas y respetas al otro.

-
- Role-playing de cómo actuar con asertividad. "Identificando estilos de comunicación".

-
- Actividad 2.1: Identificando estilos de comunicación

-
- Objetivos: Conocer e identificar los estilos de comunicación interpersonal asertivo, pasivo y agresivo y las consecuencias que tienen cada uno para el bienestar emocional y las relaciones sociales.

-
- Tiempo asignado: 45 minutos

-
- Historia de Fede y Manuel.

-
- Desarrollo: La enfermera inicia la actividad afirmando que existen tres estilos de comunicación interpersonal (asertivo, pasivo y agresivo) y describe las características principales de cada uno de ellos, para que los internos comprendan el término estilo asertivo.

Historia de Fede y Manuel

Fede comunica hoy con su familia. Está nervioso, como un actor de teatro cuando va a salir al escenario. Siente cosquilleo en el estómago, va acelerado y con tensión en la espalda. Quiere mucho a su familia y tiene ganas de verlos. Quiere que sea un encuentro

especial. Se arregla y espera impaciente a que el funcionario venga a buscarlo. Cuando llega a la sala de comunicaciones, recibe a su familia con una sonrisa en la boca. Quiere que sean felices y no preocuparles con el día a día en prisión. Fede se interesa por cómo les va a sus padres y hermanos. Cuando ellos le preguntan cómo se encuentra él, Fede responde con una sonrisa y les dice que todo va bien. Después de las cortas 2 horas, llega el momento de despedirse. Fede abraza a su familia y sigue sonriendo, aunque por dentro se siente muy triste.

Final I

Cuando regresa al módulo, Manuel, su compañero de chabolo, le pregunta:

¿Qué tal te ha ido?

A lo que contesta Fede:

-Bien, bien. Y con cara de tristeza e impotencia por no poder cambiar la situación, se marcha a su celda y se tumba en la cama a escuchar música.

Durante la noche, duerme mal, no se quita de la cabeza a sus familiares, el que vengan a verlo a la prisión, tener que mentirles sobre su estado de ánimo, etc. A la mañana siguiente, en el patio, un compañero le dice:

¿Te acuerdas que me debes un café?

Fede le contesta gritando:

¡Vete a la mierda ¡Yo con mis problemas ya tengo bastante! ¡Siempre pidiendo!

Final 2

Cuando regresa al módulo, Manuel, su compañero de chabolo, le pregunta: ¿Qué tal cómo ha ido?

Fede le responde:

-Ha ido bien, aunque yo cuando se van, me siento fatal, estoy hecho polvo. Siempre me pasa lo mismo. Para mí, mi familia es muy importante. Me duele mucho que tengan que venir y pasar un mal trago. Estas cosas no son para ellos. No se lo merecen.

Manuel le invita a un café mientras le ofrece apoyo. Fede se relaja y duerme toda la noche de un tirón. Al día siguiente, agradece a su compañero el haber podido desahogarse.

Se solicita al grupo que identifiquen los estilos de comunicación de los dos personajes en cada uno de los finales.

Si el grupo tiene dificultades para identificar los estilos de comunicación, se pueden plantear las siguientes preguntas para dirigir la discusión grupal:

¿Fede expresa sus sentimientos y emociones a Manuel?

¿Le cuenta lo que está pensando?

¿Lo hace de una forma adecuada a la situación?

¿Qué hace Fede? ¿Cómo se comporta? ¿Cómo se comporta Manuel en la Historia?

¿Cómo responde Manuel a los sentimientos de Fede?

¿Qué consecuencias tiene el comportamiento de Fede en cada uno de los finales a corto y medio plazo para sí mismo y en su relación con Manuel?

A continuación, se distribuye a las personas participantes en tres pequeños grupos y se les pide que comenten situaciones personales que hayan vivido en las que hayan adoptado un estilo pasivo, agresivo o asertivo. Cada grupo comentará tres situaciones, una de cada estilo y representará sólo una de ellas: un grupo el estilo pasivo, otro grupo el estilo agresivo y el tercero el estilo asertivo.

Finalmente se identificarán las características de cada estilo de comunicación y las consecuencias que tuvieron a corto y medio plazo.

CONCLUSIONES

- El estilo de comunicación asertivo facilita nuestro bienestar emocional, mejora la autoestima, favorece las emociones positivas en mí y en las demás personas y ayuda a mantener mejores relaciones sociales.
- Los estilos de comunicación se aprenden por la educación, los procesos de socialización, los refuerzos y sanciones, la observación de modelos y las normas culturales.
- Lo mejor es mantener un estilo de comunicación asertivo, aunque conviene tener en cuenta tanto nuestros objetivos personales como las normas de cada situación.

3ª SESIÓN

10-02-

2015

Objetivos

1. Repasar lo aprendido sobre los estilos de comunicación y la asertividad.
 2. Diferenciar entre el lenguaje verbal y no verbal.
 3. Definir qué son los cumplidos.
 4. Aprender a valorar positivamente a los demás.
 5. Sentirse valorado por los demás.
-

6. Desarrollar la autoestima.

Actividades

- Enseñarles la diferencia entre el lenguaje verbal y no verbal.
 - Verbal: lo que decimos.
 - No verbal: cómo lo decimos (tono de voz, mirada, gestos, sonrisa...). Dar una ficha sobre los gestos. Interpretar y comprender mensajes emitidos mediante gestos.
-

Explicamos que muchas veces hablamos mediante gestos, realizamos algunos gestos como pedir silencio y decir hola para que ellos adivinen qué queremos decir. Hoy, vamos no podemos hablar sólo podremos comunicarnos con gestos. Después de veinte minutos aproximadamente nos sentamos todos en círculo. Les preguntamos cómo se han sentido, si es más difícil hablar con gestos o con palabras. También pediremos que nos cuenten qué ha sido lo más fácil de decir con gestos y lo más difícil. Por último, sería importante comentar cómo se comunicarían si fueran a algún país extranjero en el que hablaran en otro idioma.

- Definir qué es hacer un cumplido (preguntarles primero)
 - Hacer un cumplido es decirle a otra persona de forma sincera y positiva algo que nos gusta de ella (aspecto físico, forma de ser, comportamiento...)
-

-
- Actividad 3.1. “Dar y recibir Afecto”.
-

La enfermera presenta el ejercicio, diciendo qué para la mayoría de las personas, tanto dar como recibir afecto, es asunto muy difícil. Para ayudar a las personas a experimentar la dificultad, se usa un método llamado bombardeo intenso.

Los internos dirán a la persona que es el foco de atención todos los sentimientos positivos que tienen hacia ella. Ella solamente oye.

La intensidad de la experiencia puede variar de diferentes modos. Probablemente, la manera más simple es hacer salir a la persona en cuestión del círculo y quedar de espaldas al grupo, escuchando lo que se dice. O puede permanecer en el grupo y le hablan directamente.

El impacto es más fuerte cuando cada uno se coloca delante de la persona, la toca, la mira a los ojos y le habla directamente.

La enfermera guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

- Ronda final de cómo se van y qué han aprendido.
-

4ª SESIÓN

17-02-

2015

Objetivos

1. Definir qué es la empatía.
 2. Definir qué es la escucha activa.
-

3. Aprender a escuchar a los demás.

- Definir la empatía y diferenciarla de simpatía y antipatía para que lo recuerden mejor.
-

- Empatía: ponerse en el lugar del otro, entender lo que nos dice o cómo se siente, aunque nosotros no pensemos o nos sintamos así.

- Simpatía: ponerse tanto en el lugar del otro que nos olvidamos de nosotros.

- Antipatía: en este caso nos olvidamos del otro, no lo entendemos.

- Actividad 4.1 “Las 3 R”
-

- Definir lo que es la escucha activa (preguntar primero para que ellos lo definan, si vemos que hasta ahora hay algún interno más cortado le invitamos sin presión a participar).
-

- Escucha activa: es escuchar con la atención suficiente como para recordad y saber lo que estoy escuchando.

- Actividad 4.2 “Por favor, ¡escúchame!
-

-
- Ronda vinal de cómo se van y qué han aprendido.
-

Actividad 4.1 “Las 3 R”:

La enfermera pide a los internos que doblen cuatro veces un folio con el fin de formar 4 columnas y da las siguientes instrucciones:

“Indica en la primera columna una lista de los nombres de 3 personas con las que estés más en contacto diariamente: padres, pareja, amigos, etc. En la segunda columna, escribe 1 o 2 enunciados que expresen un resentimiento hacia tres de las personas señaladas en la columna anterior. Puedes utilizar expresiones del tipo: Estoy resentido con mi pareja porque no ha venido al Vis a Vis. Estoy resentido con mi padre porque pasa de mí.

La enfermera explicará que el resentimiento supone un modo de expresar un enfado u ofensa hacia otras personas. Es importante que sepan escribir ese resentimiento sin caer en la ofensa personal o el insulto. Señalará que, tras un resentimiento, existe un deseo o requerimiento hacia a otra persona.

A continuación, en la tercera columna, tratará de escribir lo que desea realmente que hagan aquellas personas hacia las que siente un resentimiento. Tienen que procurar ser claros y precisos como, por ejemplo: Estoy resentido con mi pareja, porque no me hace caso y requiero que me escuche pues he discutido con mis padres. La cuarta columna corresponde al reconocimiento. El resentimiento y el requerimiento anterior pueden resultar más significativos para la persona hacia quien los diriges si intentas ver los aspectos positivos de su actuación y apreciar las razones de su comportamiento. Así pues, podemos encontrar expresiones de reconocimiento: Reconozco que tiene mucho que trabajar y no puede atenderme como antes, etc.

El ejemplo completo sería: Estoy resentido con mi pareja, porque no me hace caso y requiero que me escuche pues he discutido con mis padres, pero reconozco que tiene mucho que trabajar y no puede atenderme como antes.

A continuación, en una puesta en común se pide a los participantes que lean en voz alta algunos ejemplos, comprueben su capacidad para expresar de modo claro y conciso sus sentimientos. La enfermera plantea las siguientes preguntas:

- ¿Os ha gustado la actividad?

- ¿Habéis sido capaces de expresar realmente de forma adecuada vuestros resentimientos?

- ¿Os ha resultado difícil la actividad?

- ¿Qué dificultades habéis encontrado?

OBSERVACIONES: Esta actividad nos proporciona una estrategia asertiva para el control de diversas emociones tales como ira, ansiedad, celos, tristeza... al permitir manifestar y comunicar positivamente nuestros sentimientos, empatizando con los de los demás y ayudándonos a resolver conflictos de forma no violenta.

Actividad 4.2. "Por favor, ¡escúchame!"

OBJETIVOS: Conocer los componentes de la habilidad de escucha activa. Experimentar las consecuencias de ofrecer o no señales de escucha activa en la comunicación interpersonal.

En grupo, se elabora y se anota en la pizarra un listado con los elementos verbales y no verbales que componen la habilidad para escuchar, la capacidad para ponerse en el lugar de la otra persona y expresar mensajes de comprensión.

Seguidamente, los internos se agrupan por parejas (A y B). Por turnos, cada una tendrá que contar a la otra algo que le guste hacer para divertirse. A continuación, se les entrega las instrucciones de Escucha Activa A o B. Se les pide que sigan las instrucciones cuando su compañero o compañera hable, empieza hablando B y transcurrido unos minutos, la enfermera indica que sea A quien comience a contar su experiencia.

5ª SESIÓN

24-02-

2015

Objetivos

1. Definir qué son las emociones y la Inteligencia Emocional.

 2. Conocer las distintas emociones que existen.

 3. Aprender a identificar los propios sentimientos y a expresarlos.

 4. Mostrar cómo los pensamientos provocan los sentimientos y enseñarles a cambiar dichos pensamientos.
-

Actividades

- Dar un folio (Ficha de sentimientos-lista de adjetivos emocionales) con algunas de las emociones básicas que existen.
-

- Expresar qué se sienten en ese momento.
-

- Definir qué son las emociones y la IE
-

- Emociones: es una reacción corporal-emocional a lo que nos ocurre o pensamos. Es muy importante para nuestra salud expresarlos, para evitar alargar sufrimiento sobre todo.

- Inteligencia Emocional: la capacidad que tenemos de identificar, reconocer, expresar y reparar nuestros propios sentimientos y los de los demás.

- Dar 2 caras dibujadas que expresan una emoción.
-

- Explicar muy brevemente y de forma sencilla cómo el pensamiento determina la emoción.
-

- Según cómo pensamos así nos sentimos. El pensamiento tiene el poder suficiente de hacernos sentir muy mal o muy bien. Veamos ejemplos.

- Si pienso que “todo lo hago mal” ¿cómo me sentiré? Triste, torpe, enfadado...

- Si pienso que “nadie me quiere” ¿cómo me sentiré? Triste

○ Si pienso que “soy estupendo y he hecho los deberes fenomenales” ¿cómo me sentiré? Alegre, contento, con fuerzas...

○ Si pienso que “el maestro me tiene manía” ¿cómo me sentiré? Triste, rabioso, enfadado...

• Explicar el cambio de pensamiento. ¿De qué otra manera puedo pensar para sentirme mejor e intentar arreglar la situación?

○ Por ejemplo, en vez de “todo lo hago mal” podríamos decir “todo no, solo que me he equivocado en este examen más que otras veces, pero hay muchas cosas que hago bien, como... las manualidades, otros exámenes...”

○ En vez de “nadie me quiere” ¿qué podríamos decir?

• Dar la ficha de “pensamiento inadecuado” – “pensamiento adecuado”.

○ Dar tiempo para que la rellenen y hacer una puesta en común.

• Ronda final de cómo se van y qué han aprendido.

6ª SESIÓN

03-03-

Objetivos

1. Afianzar la expresión emocional.
 2. Practicar la identificación y el reconocimiento de emociones propias y de los demás.
 3. Clarificar y mostrar la utilidad de todas las emociones (positivas y negativas).
 4. Observar la evocación y la asociación que existe de las emociones ante la música.
 5. Representar emociones en forma gráfica
 6. Diferenciar emociones.
 7. Comparar diferentes expresiones representadas para cada emoción.
-

Actividades

- Ronda de emociones que empezaremos:
-

Actividad 6.1 “Diccionario de Emociones”:

Objetivos:

- Reconocer diferentes emociones.
 - Ampliar el vocabulario emocional.
 - Clarificar el significado de las distintas emociones.
-

Material: Tarjetas con nombres de emociones, tarjetas con definiciones de estas emociones y tarjetas con situaciones de la vida cotidiana.

Se divide a los internos en pequeños grupos de cuatro o cinco personas. A cada grupo, se les dan dos montones de tarjetas, uno con los nombres de las emociones, y otro con las definiciones de dichas emociones. Se le indica que han de relacionar el nombre de la emoción con la definición que le corresponda. Una vez han realizado esta actividad, se entrega a cada grupo el montón de tarjetas con las situaciones de la vida cotidiana y se les pide que unan cada una de estas situaciones con el nombre de la emoción que puede generar. Finalmente, en gran grupo, se leen las tarjetas con los nombres de las emociones, las definiciones de cada emoción y las situaciones de la vida cotidiana que pueden generar estas emociones.

Actividad 6.2 “Adivina que siento”.

Objetivos:

- Reconocer mi capacidad o mis dificultades para expresar y captar emociones.
 - Identificar las emociones de otras personas a través de la expresión facial.
 - Reflexionar acerca de la importancia de los componentes no verbales al interpretar un hecho.
-

Material:

- Dibujos con caras de personas expresando distintas emociones.
 - Tarjetas de papel con el nombre de la emoción.
-

La enfermera mostrará al grupo varias fotografías o dibujos de personas que muestran distintas emociones y realizará la siguiente pregunta:

¿Qué emoción creéis que siente esta persona?

Se comentará qué criterios han utilizado (en qué se han fijado) para reconocer la emoción. Seguidamente se divide a los internos en dos grupos y se les explica que van a participar en el juego “Dramatizando las emociones”. Una persona de uno de los grupos se levanta y se pone en frente de los dos equipos. La enfermera le enseña una tarjeta con el nombre de una emoción (de las vistas en la actividad anterior) de manera que el resto no las vea.

Mediante la gesticulación del rostro, esta persona ha de “dramatizar” la emoción para que el resto logren adivina cuál es la emoción representada. Sólo en el caso de que la emoción sea muy difícil de representar, se podrá utilizar el resto del cuerpo.

El grupo dice la emoción y si la acierta se anota un punto. Si no la acierta, responde el grupo contrario. Si el grupo contrario la acierta, se anota el punto y si no, vuelve a tocarle el turno al primer grupo. Y así hasta que uno de los dos grupos adivine el nombre de la emoción. Las personas de cada grupo irán saliendo por turno para representar todas las emociones de la actividad 6.1 de manera que todas puedan representar al menos una emoción.

Al finalizar la actividad se comentarán las dificultades que han encontrado para expresar sus emociones o para captar e interpretar correctamente las emociones que han expresado las demás personas. Se establecerá un diálogo acerca de la importancia de la comunicación no verbal en el reconocimiento de las emociones.

- Ronda final de cómo se van (sentimiento) y qué han aprendido.

7ª SESIÓN

10-3-

Objetivos

1. Practicar la expresión emocional.
2. Aprender a respirar y relajarse.
3. Aprender a controlar los impulsos y la ira.
4. Aumentar la habilidad del interno ante situaciones difíciles.

Actividades

- Ronda de emociones.
 - Hacer ejercicios de respiración.
 - Enseñarles a tomar aire dirigiéndolo hacia el abdomen, que sientan y veamos todos cómo se hincha la barriga y luego el pecho... para ir soltando el aire poco a poco, como si fueran un globo.
 - Pueden ponerse una mano en el pecho y otra en la barriga, así sienten y ven cómo sube una mano y la otra.
 - Primero todo esto lo hacemos nosotros para modelar.
 - Hacer una breve relajación con tensión y distensión.
-

○ Seguir las instrucciones de la ficha “relajación muscular de Keoppen”.

- Hacer una pequeña relajación con visualización.
-

○ Seguir las instrucciones de la ficha “visualización: preludeo de las estrellas”.

- Ronda de cómo se van (sentimiento) y qué han aprendido.
-

Actividad 7.1. Respiración diafragmática o abdominal

Objetivos:

- Adquirir nociones básicas de anatomía y fisiología del proceso respiratorio y de diferentes clases de respiración.
 - Incrementar la capacidad de observación sobre el proceso respiratorio y las sensaciones de tensión muscular.
 - Aprender a realizar la respiración diafragmática correctamente.
 - Asociar los procesos respiratorios y las sensaciones corporales a sensaciones de relajación y reducción de la ansiedad.
-

Desarrollo: La enfermera explica brevemente los tipos de respiración y sus efectos y luego da las pautas para aprender a practicarla.

Si la práctica se realiza en el aula estando sentados, se explica la postura más cómoda: las personas sentadas con la espalda o zona lumbar bien apoyada y las piernas en ángulo recto, la cabeza puede estar apoyada o en una posición que suponga el mínimo de tensión.

La enfermera hará un modelado previo de la respiración diafragmática para poder ser observada por los participantes según los siguientes pasos:

1. Espirando y vaciando aire.
2. Inspirando mientras se mueve la mano del abdomen al hincharse.
3. Haciendo una pausa con el aire dentro.
4. Espiración larga vaciando e hundiendo abdomen.

A continuación, irá dando las instrucciones para ser seguidas por las personas participantes. Una vez en la posición que resulte más cómoda, se sugiere la realización de la práctica con los ojos cerrados para facilitar la concentración en la respiración y evitar las distracciones. La punta de la lengua apoyada en el paladar y la cara interna de los dientes incisivos superiores.

Una mano sobre el abdomen (ombligo) y la otra sobre el pecho (esternón). Las manos en esta posición proporcionan información a la persona sobre qué zonas se mueven al respirar y el orden en que lo hacen.

Respiración diafragmática lenta:

- Pon una mano en el pecho (poniendo el dedo meñique a la altura de la boca del estómago) y la otra sobre tu abdomen (colocando el dedo pulgar sobre el ombligo), para asegurarte de que llevas el aire a la parte de debajo de los pulmones, sin mover el pecho.
-
- Empieza por vaciar totalmente de aire tus pulmones.
-
- Al tomar el aire, lentamente, lo llevas hacia abajo, hinchando un poco estómago y barriga.
-
- Descansa relajado un poco más (unos segundos) antes de volver a tomar aire.
-

Se seguirán haciendo respiraciones hasta completar una serie de 15 a 20.

Mientras van practicando, se les pide que se concentren en la respiración y se les propone que repitan mental la palabra CALMA O TRANQUILIDAD en cada inspiración e imaginen que la tensión se marcha a la vez que se espira el aire. Si resulta más fácil, se les propone que imaginen que al inspirar entra energía o luz clara, limpia, y que al espirar sale la tensión.

Una vez que se observe que se está realizando correctamente la respiración, se les indica que continúe cada interno a su propio ritmo. Se irán haciendo correcciones

individualizadas. Al terminar, se les pide que observen las sensaciones corporales y noten cualquier cambio o sensaciones y se ponen en común.

Actividad 7.2 “Cómo dormir mejor”

Objetivos:

- Incorporar prácticas sencillas para mejorar la calidad del sueño.
-

Desarrollo:

Se reparte a ficha “para dormir mejor” para que cada interno la rellene de manera individual. Después se comentan las respuestas en grupo.

La enfermera señala que son recomendaciones que figuran en la “Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria” y que han sido adaptadas al medio penitenciario, e invita a ponerlas en práctica porque experimentarán beneficios a corto plazo.

Se termina la sesión proponiéndoles que practiquen los ejercicios entre sesiones.

8ª SESIÓN

17-03-2015

Objetivos

1. Practicar la expresión emocional.
-

-
2. Practicar la relajación.

 3. Adquirir estrategias para resolver problemas.

 4. Aprender a generar alternativas antes los problemas.

 5. Aprender a resolver los problemas sin generar conflictos.

 6. Desarrollar la creatividad a la hora de buscar soluciones a los problemas.
-

Actividades

- Hacer ejercicios de respiración para parar y centrar la atención en las emociones.

 - Ronda de emociones.

 - Poner ejemplos para resolver entre todos.

 - Ante una misma situación cada persona realiza una valoración subjetiva, de manera que lo que para una persona resulta problemático para otra no. Dependiendo de las habilidades que haya adquirido a lo largo de la vida, de cómo haya resuelto anteriormente situaciones parecidas, esa situación se convertirá o no en una situación estresante.

 - Si hay tiempo se expondrá otra situación real.

 - Preguntar para debate: ¿cómo me siento cuando resuelvo de buenas maneras los problemas? ¿merece la pena? ¿por qué?
-

-
- Ronda de cómo se van (sentimiento) y qué han aprendido.
-

Actividad 8.1 “¿Cuál es el problema?”

Objetivos:

Aprender a definir el problema de forma clara y concisa.

Desarrollo:

La persona facilitadora presenta las seis descripciones de problemas que aparecen a continuación y en gran grupo se discute sobre cuáles están formuladas correcta o incorrectamente y por qué. Bajo de cada descripción, figura la solución para que se comente al finalizar el debate.

1. “Mi problema es que todos están contra mí, tanto mis amigos como mi pareja no paran de “chincharme” hasta que pierdo los nervios. Eso les hace sentir bien”

Definición incorrecta porque exagera y hace interpretaciones sin pruebas.

2. “últimamente estoy muy tensa por el estrés en el trabajo y acabo discutiendo con todos.

Definición correcta porque describe cómo se siente, la causa y la consecuencia.

3. “Mi problema es que no ligo nada, soy horrible y encima estoy parado”

Definición incorrecta porque mezcla problemas, generaliza y exagera.

4. “Mi problema es que peso 5 kg más de mi peso ideal”

Definición correcta porque describe de forma correcta.

5. “Mi problema es que soy feo y tengo los dientes de caballo.”

Definición incorrecta porque utiliza etiquetas y exagera.

6. “Mi problema es que no tengo trabajo y mi economía se resiente”

Definición correcta, describe la situación y la consecuencia.

A continuación, se forman grupos de 3 o 4 personas. Se les entrega la ficha “Situación-Problema” para que describan brevemente en qué consiste el problema. Se anota en la pizarra las siguientes preguntas que han de ser contestadas para alcanzar una adecuada definición:

¿CUAL es en la actualidad el problema?

¿QUIÉN está implicado en el problema?

¿En QUÉ MOMENTOS se hace presente el problema?

¿DÓNDE se manifiesta el problema?

Mediante la puesta en común podremos comprobar que el todo el grupo ha aprendido a definir adecuadamente problemas.

Actividad 8.2. “Buscando alternativas”

Objetivos:

- Aprender a generar diferentes opciones para resolver problemas antes de tomar una decisión.

Desarrollo:

Entre todo el grupo, se elige un problema de los expuestos en la actividad anterior. Se pide que mediante una lluvia de ideas realicen aportaciones con posibles soluciones que se van anotando en la pizarra.

Se revisa el listado eliminando las opciones que no se puedan poner en práctica y las que a simple vista tengan consecuencias negativas destacables tratando de obtener una lista no superior a 5 o 6 alternativas.

Actividad 8.3 “Valorar y decidir”

Objetivos:

- Analizar con detalle las consecuencias de cada una de las alternativas propuestas para solucionar el problema
-

Desarrollo:

Se elige uno de los problemas planteados en el ejercicio anterior, con las alternativas sugeridas que permanecen en la pizarra.

A cada participante, se le facilita la ficha “Valoración de alternativas”, indicándoles que la cumplimenten de forma individual, enumerando consecuencias positivas y negativas de cada una de las alternativas de solución del problema.

Tras la puesta en común, podremos comprobar que no todos los participantes habrán elegido la misma solución. Se escoge la alternativa que tenga más ventajas y menos inconvenientes.

9ª SESIÓN

24-03-

2015

Objetivos

1. Practicar la expresión emocional.
-

-
2. Practicar la relajación.

 3. Definir lo que es el autoconcepto y la autoestima.

 4. Aprender a definirse y a expresar cómo somos.

 5. Aprender a identificar las cualidades y potencialidades que cada uno tiene.

 6. Desarrollar la autoestima.
-

Actividades

- Hacer ejercicios de respiración para parar y centrar la atención en las emociones.

 - Ronda de emociones.

 - Definir lo que es la autoestima.
 - Autoestima: es la parte valorativa del autoconcepto, de cómo soy yo. ¿Cuánto me valoro?

 - Hacer ejercicios para desarrollar la autoestima.
 - Repartir 1 ficha para rellenar sobre “así soy yo” (a nivel físico, como padre, como preso, como amigo...).

 - Leer en voz alta el “así soy yo”. Y preguntar, y entonces... siendo así ¿cuánto te quieres?
-

-
- Ronda de cómo se van (sentimiento) y qué han aprendido.

10ª SESIÓN

31-03-2015

Objetivos

1. Practicar la expresión emocional.
2. Practicar la relajación.
3. Aprender a identificar las cualidades y potencialidades que cada uno tiene.
4. Aprender a identificar las cualidades y potencialidades de los demás.
5. Desarrollar la autoestima.

Actividades

- Hacer ejercicios de respiración para parar y centrar la atención en las emociones.
- Ronda de emociones.
- Desarrollar la autoestima.

○ Dibujar el árbol de la autoestima. Se reparte un folio y se utilizan colores para dibujar un árbol con raíces y frutos. Las raíces son las cualidades (las cosas positivas que tienen) y deben poner al menos 10 raíces, en cada raíz pondrán una palabra (generoso, cariñoso, inteligente, guapo, simpático, amable, responsable...). Y los frutos son las cosas que han hecho y han conseguido, de lo que se sienten orgullosos (de los

padres que tienen, de los amigos, de tener hijos, de tener una casa...). Los frutos no son tan importantes, hay que motivar más a que pongan las raíces.

- Una vez que lo tengan, tras 5 minutos más o menos, se irán pasando los árboles entre ellos (cada uno pondrá su nombre en su árbol). Irán circulando hacia la derecha pasando por cada compañero hasta volver a su dueño. Cada uno verá las raíces que ha puesto el compañero y añadirá alguna si así lo considera. Hay que invitarlos a que pongan más raíces.

- Poner en común la cualidad que más les ha gustado (de las que sus compañeros le han añadido).

- Ronda de cómo se van (sentimiento) y qué han aprendido.
-

11ª SESIÓN

07-04-2015

Objetivos

1. Practicar la expresión emocional.

2. Practicar la relajación.

3. Saber escuchar con atención.

4. Aprender a escuchar las emociones de los demás.

5. Aprender a ponerse en el lugar del otro a nivel emocional.

Actividades

- Hacer ejercicios de respiración para parar y centrar la atención en las emociones.

- Ronda de emociones.

- En parejas hacer un ejercicio de escucha sobre cómo me siento y qué he aprendido hasta ahora. Hacer recogida de todo lo aprendido hasta ahora.
 - Puesta en común, donde cada uno habla de su compañero.

- Hacer el ejercicio del ovillo de lana: hablar bien de ellos mismos y exponer sus cualidades positivas.
 - Necesitamos un ovillo de lana gruesa. Nos sentamos en círculo cerrado y lanzamos un ovillo a otra persona del grupo, manteniendo la hebra de lana sujeta con nuestro dedo.

 - Antes de lanzar el ovillo debemos decir en alto a todo el grupo una cosa que hacemos bien y no una cosa que nos gusta hacer.

 - Cada persona que recibe el ovillo rodea uno de sus dedos con la lana y pasa el ovillo a otro del grupo. Así hasta que todo el grupo haya dicho algo que hace muy bien.

- Ronda de cómo se van (sentimiento) y qué han aprendido.

14-04-2015

Objetivos

1. Practicar la expresión emocional.
2. Practicar la relajación.
3. Aprender a afrontar las situaciones de enfado.
4. Dar alternativas para afrontar situaciones de enfado.
5. Aprender a ponerse en el lugar del otro sin juicio.

Actividades

- Hacer ejercicios de respiración para parar y centrar la atención en las emociones.
 - Ronda de emociones.
 - Utilizar el “semáforo” (mostrar el dibujo) para explicar la adecuada actuación ante las situaciones generadoras de enfado.:
 - Luz Roja: Pienso. Indica que primero debemos parar y ante la rabia o la tristeza cuento hasta diez para tranquilizarme.
 - Luz Ambar: Siento. Indica identificar y reconocer mis emociones: enfado (por ejemplo: no me gusta que mi compañero de chabolo me quite mis cosas porque después no me las devuelve).
-

-
- Luz Verde: Actúo. Buscar soluciones: ¿qué puedo hacer? Por ejemplo:
 - a) Hablar con mi compañero y pedirle que me devuelva el jersey que lo necesito y que cuando se lo quite me lo tiene que devolver.
 - b) Explicarle los motivos de mi enfado para que no lo vuelva a hacer.
 - c) Que me pida las cosas y cuando acabe de usarlas que me las devuelva.
-
- Exponer situaciones para ir resolviendo juntos siguiendo la técnica del semáforo:

 - Situación 1: mi pareja no valora que en la prisión esté en la escuela. ¿Qué decir?

 - El semáforo.
 - Situación 2: un compi me echa del grupo de conversación. ¿Qué hacemos?

 - El semáforo.
 - Situación 3: suspenso después de estudiar. ¿Qué decir?

 - El semáforo.
-
- Ronda de cómo se van (sentimiento) y qué han aprendido.

Objetivos

1. Practicar la expresión emocional.

2. Practicar la relajación.

3. Reforzar el aprendizaje de la resolución de situaciones generadoras de enfado.

4. Desarrollar el pensamiento positivo.

Actividades

- Hacer ejercicios de respiración para parar y centrar la atención en las emociones.

- Ronda de emociones.

- Poner un ejemplo que sirva de recordatorio de la técnica del semáforo para resolver una última situación generadora de enfado.
 - Situación: quiero salir a la enfermería del centro y el funcionario no me deja, y yo estaba creído que me iban a dar la baja médica para el fin de semana.

- Pensar en positivo: Herramientas. Si cuestionamos nuestros pensamientos en su evidencia, intensidad, utilidad y forma podemos empezar a combatirlos y sentar las bases para cambiarlos por otros más útiles y adecuados a la situación.

- Actividad 13.1 “Mi caja de herramientas”

-
- Ronda de cómo se van (sentimiento) y qué han aprendido.
-

Actividad 13.1. Mi caja de herramientas

Objetivos:

- Mostrar el manejo de diferentes técnicas de autocontrol (autoinstrucciones, reencuadre y técnica de escape)
-

Material:

Fichas de “Buscando mi lugar seguro y Registros de polos opuestos”

Desarrollo:

La enfermera enseñará diferentes técnicas que las personas podrán utilizar tanto en el medio penitenciario como en su vida en libertad.

Las autoinstrucciones son frases que nos decimos a nosotros mismos para ayudarnos a pensar, sentir y actuar como deseamos.

- Son más eficaces si están formuladas en forma positiva.

 - Dejar que los pensamientos malos pasen, sin centrarnos en ellos.

 - Puedes aprenderlas de memoria o llevarlas en tarjetas o colgarlas, en forma de dibujos o frases, en lugares visibles.

 - Pueden ser tus propias palabras extraídas de la estrategia de discusión de pensamientos o puedes copiarlo de libros, otras personas, etc. Lo importante es que te funcione.
-

Herramienta I: Mis recetas.

La enfermera formará parejas en las que una persona expone a la otra algún pensamiento que le resulte molesto, para ello utilizará el autorregistro dónde se especifica la situación que le creó malestar; qué pensamientos tuvo y cuáles fueron sus emociones. A continuación, se pide a cada miembro de la pareja que le sugiera qué pasos podría dar para generar otros pensamientos más adecuados a la situación. Para clarificar la tarea, se recomienda anotar en la pizarra las siguientes preguntas que ayudarán al desarrollo de la tarea:

“Pide a tu pareja que te dé ideas, pensamientos o acciones que él haría si estuviera en tu lugar para cambiar ese pensamiento que te genera malestar”

“Pregunta a tu pareja qué haría si estuviera en tu lugar para cambiar ese pensamiento que te causa malestar”

Las sugerencias aportadas por la pareja que sean valoradas como útiles deben anotarse como si se tratase de una receta de cocina (paso a paso), de manera que en la próxima ocasión que se produzca una situación que genere malestar se puedan seguir esos pasos para combatir ese pensamiento y sentirse mejor. A continuación, las parejas intercambiarán su papel, de forma que también puedan saborear su receta. La enfermera hace una puesta en común, en la que se comparten algunos “trucos de cocina” para debatir los pensamientos que nos resultan inadecuados.

Herramienta 2. Buscar mi lugar imaginario.

En una situación en la que nos desbordan pensamientos distorsionados una alternativa es alejarse físicamente de ésta (ir al aseo, salir de la sala...) y poner en marcha las técnicas de relajación, respiración. A veces no es posible alejarse físicamente de la situación-

problema y para no explotar emocionalmente y poder mantener la calma, podemos recurrir a la alternativa de “Buscar mi lugar imaginario”

Cada interno dedicará unos minutos a pensar cuál es su lugar imaginario y describirlo por escrito, lo más detalladamente posible especificando cómo se siente, con quién está, en qué piensa, qué está haciendo en ese momento... (rellenar la hoja “Buscar mi lugar imaginario”).

Posteriormente, se pide al grupo que cierren los ojos, adoptando una postura cómoda y relajada (evitando cruzar piernas o brazos) que realicen tres respiraciones profundas... Se les plantea una situación que sea altamente estresante para todos los participantes, tratando de que lleguen a imaginarla. La enfermera irá leyendo con voz pausada el siguiente texto:

“Imagina que te llama el educador de tu módulo, llevas mucho tiempo solicitando tu primer permiso y crees que por fin te lo van a conceder, pero al ver su cara sabes que no trae buenas noticias. Y así es. Te comunica que el permiso ha sido suspendido, debido a una sanción regimental, que para ti es totalmente injusta...”

Manteniendo los ojos cerrados se pide al grupo que se centren en sus pensamientos y en su intensidad (de impotencia, rabia e ira) hacia el educador.

Ahora es el momento de poner en práctica la técnica y de buscar tu lugar imaginario Intenta volver a la situación agradable que visualizaste antes (cerrando los ojos y buscando en tu imaginación)

Pasados unos minutos la enfermera reúne de nuevo al grupo y pide que compartan su experiencia y sensaciones.

Herramienta 3: Polos opuestos

Se divide a la clase en dos grupos, cada uno tendrá que defender una postura pesimista y otra optimista en el contexto penitenciario. Se le reparte a cada grupo una identificación, el grupo optimista gafas de celofán claras (amarillas) y el grupo pesimista gafas oscuras. Se les pide que imaginen que tienen que describir como es la cárcel a una persona que entra por primera vez en prisión, que escriban al menos un listado de diez características (Registro de Polos opuestos). Posteriormente se plantea la puesta en común.

Finalmente se reflexiona cómo una misma realidad puede ser vista de forma diferente (las argumentaciones de los dos grupos, pese a ser opuestas, son ciertas) y cómo le puede influir a la persona recién llegada adoptar una u otra actitud según se acerque a un grupo o a otro.

Para terminar de comprender mejor esta técnica se les pide que lean la siguiente historia y luego se debata sobre ella.

“Un día, el burro de un campesino cayó a un pozo. El animal lloró fuertemente durante horas, mientras la campesina trataba de averiguar qué podía hacer. Finalmente, el campesino pensó que el animal ya estaba viejo, el pozo estaba seco y necesitaba ser tapado de todas formas, por lo que realmente no valía la pena sacar al burro. Entonces invitó a sus vecinos para que vinieran a ayudarlo. Todos tomaron palos y empezaron a tirar tierra para cubrir el pozo. El burro, en el fondo del hoyo, se dió cuenta de lo que estaba pasando y lloró aún más desconsolado. Pero, poco después, para sorpresa de todos se tranquilizó. Después de unas cuantas paletadas de tierra, el campesino finalmente miró al fondo y se sorprendió de lo que veía: con cada paletada de tierra, el

burro hacía algo sorprendente: se sacudía la tierra y daba un paso hacia arriba. Mientras los vecinos seguían echando tierra encima, él se sacudía y daba un paso hacia arriba.

Pronto todos vieron sorprendidos como el burro llegó hasta la boca del pozo, pasó por encima del borde y salió trotando...”

Moraleja: “No seamos como los campesinos que tiraban paletadas de tierra, pero seamos como el burro, que las aprovechaba para salir del pozo”

14ª SESIÓN

28-04-2015

Objetivos

1. Practicar la expresión emocional.
 2. Practicar la relajación.
 3. Desarrollar la autoestima.
 4. Conocer la resiliencia.
-

Actividades

- Hacer ejercicios de respiración para parar y centrar la atención en las emociones.
 - Ronda de emociones.
 - Ejercicio de autoestima:
-

- Poner un folio pegado a la espalda de cada niño, con cinta adhesiva y con boli-rotulador ir poniendo mensajes bonitos anónimos a los compañeros. No los verán hasta que todos acaben.
 - Se sentarán y a la de 3 se quitarán el cartel de la espalda para leerlo.
 - Con una palabra dirá cada uno cómo se siente después de leer esos mensajes.
-
- Concepto de resiliencia.
-

La mayoría de las personas privadas de libertad han experimentado situaciones adversas; incluso el propio ingreso en prisión es una de ellas. En esta sesión se pretende reflexionar sobre el concepto de resiliencia para ir de experiencias vitales de cada participante del grupo, identificar características de personas cercanas consideradas resilientes y activar herramientas que puedan aplicarse fácilmente para construir “resiliencia” mientras dure su estancia en prisión, pero con la perspectiva de seguir desarrollándolas cuando salgan en libertad.

Actividad 14.1. “Personas que conocemos”

- Ronda de cómo se van (sentimiento) y qué han aprendido.
-

Actividad 14.1: Personas que conocemos

Objetos:

- Identificar personas cercanas con perfil de resiliencia y reflexionar porqué tienen este perfil
-

Material:

- Tarjetas sobre resiliencias internas
-

Desarrollo:

Se forman parejas, y se invita a que entablen una conversación sobre “personas y situaciones conocidas dentro de la prisión que puedan ser ejemplos de cómo hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformados por ellas”

A los 5 minutos, se da a cada participante una tarjeta con las 7 características personales (las resiliencias internas de Wolin y Wolin, 1995). Se leen por parte de la enfermera y se explican brevemente. Se pide que reflexionen acerca de si las personas sobre las que están conversando tienen o no estas características. Se aclara que no es necesario que las personas tengan todas y cada una de ellas.

1. Iniciativa: capacidad de emprender acciones ante una situación adversa, o quedarse paralizado, “hacer” aunque sea “pensar qué puedo hacer”
 2. Independencia: capacidad de apartarse de situaciones externas, mantener cierta distancia y lejanía para poder saber cómo me afectan y ser yo el que las controlo”
 3. Introspección: percibir que algo está mal y porqué, capacidad de “juzgar” de sentido crítico; capacidad de preguntarse sobre las situaciones, en qué medida me pueden dañar o pueden dañar a otras personas.
 4. Relación: destrezas o habilidades que le permiten hablar, conectar, comunicarse, encontrar puntos en común... “desarrollarse” con otras personas.
 5. Humor: capacidad de reírse, incluso de uno mismo y de las situaciones más adversas.
 6. Creatividad (capacidad para inventar, construir, establecer, fundar, introducir por vez primera algo; hacerlo nacer o darle vida, en sentido figurado)
-

7. Moralidad: tener altruismo (buscar el bien de los demás), y actuar con integridad, de manera coherente con los principios y valores que uno tiene.

Se pone en común “lo conversado” y se pasa a la exposición del modelo.

15ª SESIÓN

28-04-2015

Objetivos

5. Practicar la expresión emocional.

 6. Practicar la relajación.

 7. Desarrollar la autoestima.

 8. Expresar a los demás cosas bonitas y alabarlos.

 9. Mostrar la cohesión grupal y los resultados de un trabajo en equipo.

 10. Recoger y evaluar las distintas variables de estudio tras finalizar el programa de intervención.
-

Actividades

- Hacer ejercicios de respiración para parar y centrar la atención en las emociones.

 - Ronda de emociones.

 - Proyección de un video cuyo tema principal sea la Inteligencia Emocional.
-

-
- Debate: Como toca ir despidiendo el grupo, preguntarles ¿cómo se han sentido en general? ¿Qué les ha gustado más y qué menos? Y preguntarles si han aprendido a entender mejor a los demás (empatía) y a expresar más sus emociones.
-
- Empezar el pos-test.
-
- Anunciarles que el próximo día terminamos los test y el grupo. Y que haremos también algún juego.

16ª SESIÓN

05-05-2015

Objetivo

1. Terminar y recoger los pos-tests Ronda de cómo se van (sentimiento) y qué han aprendido.
-

ANEXO 10. SOLICITUD PARA LA AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN C.P. DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DGIP

Sr. Director:

MARÍA CARMEN MARTÍN-COCINAS FERNANDEZ, enfermera de este C.P: Murcia I, con Nº RPT 5015341324, y en la fecha de hoy, veintiséis de febrero de 2015.

SOLICITA:

Le sea concedido permiso o autorización para la realización de un taller dentro del Programa Educación para la Salud (EpS) "Inteligencia Emocional y Salud" en los siguientes módulos:

Módulo 1 o MER los martes de 9,30 a 11H.

Módulo 3 los jueves de 17 a 18,30H. En este módulo el horario es por la tarde porque los internos durante la mañana van a la escuela con preferencia y es difícil que acudan a dicho taller por ir principalmente a la escuela del Centro.

Rogaría la posibilidad de realizar dichos talleres y conciliar los horarios con mi jornada de trabajo, sin alterar en ningún caso mis actividades diarias que ya realizo.

Para que así conste a los efectos oportunos.

Murcia a 26 de Febrero de 2015.

Firma: MARÍA CARMEN MARTÍN-COCINAS FERNÁNDEZ.



MINISTERIO
DEL INTERIOR



SECRETARIA GENERAL
DE INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS

Subdirección General
de Relaciones Institucionales
y Coordinación Territorial

O F I C I O

S/REF.

N/REF.

FECHA

ASUNTO

10 de abril de 2017

Investigación funcionario

Director del Centro Penitenciario de Murcia I

En contestación a la solicitud presentada en esta Subdirección por D^a. M^a Carmen Martín-Cocinas Fernández, funcionaria del Cuerpo de Enfermeros del Centro Penitenciario de Murcia I, para poder realizar un trabajo de investigación en el Centro Penitenciario de Murcia I sobre: "Beneficios de la educación emocional para la salud de los internos del Centro Penitenciario de Murcia I", le comunico que se autoriza lo solicitado.

Se adjunta copia de la autorización y de las condiciones a respetar en el trabajo de investigación que deberá ser firmado por el funcionario para constancia escrita de su conformidad en la dirección del Centro.

De la presente autorización se dará cuenta a la interesada.

SUBDIRECTORA GENERAL
DE RELACIONES INSTITUCIONALES
Y COORDINACIÓN TERRITORIAL

Mercedes Belaustegui Alonso



CONDICIONES A RESPETAR EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN "BENEFICIOS DE LA EDUCACIÓN EMOCIONAL PARA LA SALUD DE LOS INTERNOS DEL CENTRO PENITENCIARIO DE MURCIA I"

1º.- La autorización tendrá validez hasta el 31 de octubre de 2017. Si fuera necesario su prolongación, deberá tramitar una nueva solicitud justificando las causas de su continuidad.

2º.- La selección de los internos, compaginará los criterios de la investigación con las limitaciones penitenciarias. En cualquier caso, la colaboración de los mismos será voluntaria, informándoles personalmente de los objetivos de la investigación de manera suficiente, para que su participación sea realmente libre. De esta circunstancia deberá quedar nota escrita en el centro.

3º.- La investigación garantizará en todo caso la intimidad protegida en el artículo 18.1 de la Constitución, evitando la correspondencia de los datos obtenidos y sus titulares. Igualmente deberá respetarse lo previsto en los artículos 4.2.b y 211 del Reglamento Penitenciario y lo dispuesto en la Ley 15/1999 de Protección de datos.

4º.- Esa Dirección, como garante de la especial situación jurídica de los internos, **deberá aprobar** antes de su realización:

- El modelo escrito de **consentimiento de los internos**.
- La información que se va a facilitar a los internos, a fin de obtener su voluntaria participación.
- Cualquier cambio sustancial que se vaya a producir en el desarrollo de la investigación.

5º.- De los estudios realizados deberá facilitar copia a esta Secretaría General para valoración conjunta antes de realizar cualquier publicación o explotación pública de los datos o resultados obtenidos. Tampoco se deberán facilitar datos a terceros sin autorización de este centro directivo.

6º.- Esa dirección fijará las condiciones para que las actividades derivadas de la autorización se desarrollen adecuadamente sin perturbar el desarrollo de los servicios, pero prestando la colaboración necesaria para el desarrollo de la actividad.

El tiempo dedicado a la actividad de investigación autorizada será independiente del de la jornada laboral que en función de su puesto de trabajo tenga establecida.

7º.- En caso de publicación del estudio se debe remitir a esta Secretaría General un ejemplar del mismo para incorporarlo al fondo bibliográfico de nuestra Biblioteca y libre consulta de los usuarios de la misma.

Se deberá firmar el compromiso que se adjunta para constancia escrita de su conformidad en la dirección del centro penitenciario.

Presto mi CONFORMIDAD a las condiciones descritas anteriormente, en el desarrollo del trabajo de investigación que me propongo realizar. Como prueba de ello, firmo el presente documento en

ANEXO 11. AUTORIZACIÓN COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM

COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

DATOS DEL PROYECTO
INFORME DEL COMITÉ

Fecha	02/03/2018
-------	------------

Código	CE031822
--------	----------

Título:	"Beneficios de la educación emocional en la salud de los internos del Centro Penitenciario Murcia I"	
Investigador Principal	Nombre	Correo-e
Dra.	Magdalena Gómez Díaz	mgdiaz@ucam.edu

Tipo de experimentación

Investigación experimental clínica con seres humanos	
Utilización de tejidos humanos procedentes de pacientes, tejidos embrionarios o fetales	
Utilización de tejidos humanos, tejidos embrionarios o fetales procedentes de bancos de muestras o tejidos	
Investigación observacional con seres humanos, psicológica o comportamental en humanos	X
Uso de datos personales, información genética, etc.	X
Experimentación animal	
Utilización de agentes biológicos de riesgo para la salud humana, animal o las plantas	

Uso de organismos modificados genéticamente (OMGs)	
--	--

A la vista de la solicitud de informe adjunto por el Investigador y de las recomendaciones

Comentarios con respecto a la experimentación
No obsta

anteriormente expuestas el dictamen del Comité es:

Emitir Informe Favorable	<input checked="" type="checkbox"/>	Sánchez Cánovas
Emitir Informe Desfavorable	<input type="checkbox"/>	
Emitir Informe Favorable condicionado a Subsanación	<input type="checkbox"/>	
MOTIVACIÓN		
Incrementará conocimientos en su área		
Comentarios Respecto a la Metodología de Experimentación		
Nada Obsta		



vº Bº El Presidente,

El Secretario, Fdo.: José Alberto

J. Cánovas

Fdo.: José Alarcón Teruel

