



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/2015

**Modalidad:** Programa de intervención

**Título:** Programa de intervención en depresión en centros penitenciarios españoles.

**Autor:** Natalia, Berná Sánchez

**Tutora:** Yolanda, Quiles Marcos

Elche 2 de Junio de 2015

# ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	5
Método	8
Sesión 0	10
Sesión 1	11
Sesión 2	12
Sesión 3	14
Sesión 4	16
Sesión 5	17
Sesión 6	18
Sesión 7	20
Sesión 8	21
Sesión 9	22
Sesión 10	23
Conclusión	24
Anexo	25
Anexo 1: Cuestionario de Depresión de Beck	25
Anexo 2: Test de Hamilton	28
Anexo 3: Escala de autoestima de Rosenberg	32
Anexo 4: Video ( <i>Depresión, yo tenía un perro negro</i> )	32
Anexo 5: Tipos de pensamiento negativo	32
Anexo 6: "Diario"	34
Anexo 7: Pensando en positivo (Video)	35
Anexo 8: Pensando en positivo (Juego)	35
Anexo 9: " <i>Las ranita y la nata</i> " (Fábula)	36

Anexo 10: Grupo de músculos	37
Anexo 11: Entrenamiento en solución de problemas	38
Anexo 12: Escala de Plutchick	43
Anexo 13: “Autorregistro”	44
Anexo 14: Encuesta satisfacción percibida del programa	45
Bibliografía	48





## Resumen:

A día de hoy existen muy pocos programas destinados a tratar el trastorno depresivo en centros penitenciarios. Se ha podido observar como en estos centros los trastornos mentales son más frecuentes que en la población general, debido al gran cambio que sufren en sus vidas las personas que deben ingresar en prisión. El objetivo de este trabajo fue diseñar un programa específico para tratar el trastorno depresivo de las personas privadas de libertad en centros penitenciarios, al igual que capacitarlas para afrontar el cambio, preparándolas para las diferentes dificultades tanto psicológicas como de convivencia que este nuevo entorno puede provocar en ellas. El programa consta de 11 sesiones y 3 de seguimiento, en la mayoría de ellas se llevarán a cabo técnicas cognitivo conductuales. Para observar la efectividad de este programa, se administrará a los participantes una serie de cuestionarios al inicio y en la finalización para poder observar de manera fiable la evolución de estos. También se evaluará la satisfacción de los participantes con el programa.

**Palabras Clave:** *Centro penitenciario, depresión, trastorno mental, prisiones, suicidio, tratamiento depresión.*

## INTRODUCCIÓN

Según el plan estratégico 2011-2013 de Cibersan las enfermedades mentales son consideradas como uno de los problemas de salud pública de primer orden. Estas se dan actualmente en la sociedad española en torno a un 9% de la población, y entre un 19% y un 26% padecerá en algún momento de su vida un trastorno psicológico (Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental).

Al hablar de enfermedades mentales en ámbitos penitenciarios, el porcentaje de personas que las padecen aumenta considerablemente con respecto a la población general. Así, 9 de cada 10 presos sufren algún tipo de alteración mental y un 45,9% sufren un trastorno mental según un estudio sobre salud mental en medio penitenciario, elaborado por el Ministerio de Interior (2007). La prevalencia de enfermedad mental en población reclusa es 5 veces más alta que en población general, según el Informe de prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (2011) del Grupo PRECA (Prevalencia en cárceles) e incluso en torno a 7 veces más alta según la Organización Mundial de Salud, tal y como se recoge en el artículo creado por la Fundación Abogacía Española *“Los enfermos mentales en el sistema penitenciario, un análisis jurídico”* (2012).

Los trastornos mentales se dan en un número mayor de hombres que de mujeres, con edades comprendidas entre los 25 y los 40 años, la mayoría de nacionalidad española, aunque la proporción de personas de otras nacionalidades ha aumentado considerablemente en los últimos años. Según el PAIEM (Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios), el 17,6% de los presos con trastorno mental, ya habían sufrido algún tipo de trastorno antes de su ingreso en prisión. De los cuales, un 3,4% había sufrido trastorno de tipo psicótico, y el 12,8% trastorno de tipo afectivo.

Los trastornos que más se dan en los centros penitenciaros son, trastorno esquizofrénico, en torno a un 2-4%, trastorno depresivo 10-12% y trastorno de personalidad 50-75%. Además, uno de cada cuatro reclusos presenta síntomas psicóticos atribuibles al consumo de drogas y alcohol, por lo que existe una alta comorbilidad entre los trastornos mentales y el consumo de estas sustancias.

El trastorno depresivo ocupa el segundo lugar tras los trastornos de personalidad. Como se ha mencionado antes, en los centros penitenciarios existe una mayor probabilidad de padecer un trastorno depresivo que en la calle, entre 2 y 4 veces más. Esto es debido al gran cambio que se produce al entrar en un centro penitenciario, ya que el individuo pasa de

ser completamente libre a encontrarse hacinado en un centro durante un tiempo determinado, establecido a modo de “castigo”.

Durante este periodo de tiempo en la vida del preso se darán muchos cambios, comenzando por el más claro, la privación de libertad. Además debido a la masificación de internos en los centros penitenciarios, la intimidad de estas personas se ve amenguada, ya que en muchas ocasiones éstas deben compartir habitación con una o más personas, produciendo a su vez relaciones personales incompatibles. A esto hay que sumarle que la clasificación de los presos en ocasiones no se da acorde a lo establecido en el artículo 99 del reglamento penitenciario, ya que en ocasiones se deja de lado las características de los presos y su situación, y se centran más en el espacio del que disponen, dándose situaciones en las que presos preventivos y penados conviven en la misma celda. También es importante destacar que la higiene disminuye, que la habitabilidad en estas dependencias puede llegar a ser mínima, y que las situaciones y los días son muy monótonos lo que produce hastío y aburrimiento en los presos. Todo esto junto con la situación personal de cada uno de ellos puede producir un aumento del grado de dependencia, devaluación de la propia imagen, disminución de autoestima, aumento del nivel de ansiedad, etc. Esto afectaría e incrementaría de manera directa la probabilidad de padecer un trastorno depresivo. El cual estaría caracterizado según el DSM IV por:

A. La presencia de un **Episodio Depresivo Mayor**. El cual se define por la presencia diaria de al menos cinco síntomas de los siguientes:

1. Estado de ánimo deprimido.
2. Disminución del interés o placer en cualquier actividad.
3. Aumento o disminución de peso/apetito.
4. Insomnio o hipersomnio.
5. Agitación o enlentecimiento motor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos inutilidad o culpa.
8. Problemas concentración o toma de decisiones.
9. Ideas recurrentes muerte o suicidio.

B. Estos síntomas deben interferir en el funcionamiento cotidiano.

C. No deben estar producidos por medicamentos, drogas u otras sustancias. Por lo que se denominara depresión cuando se haya llevado a cabo la desintoxicación y los síntomas de esta persistan.

D. Estos síntomas no deben estar asociados a la pérdida de un querido, o al menos no se tendrán en cuenta durante un periodo de 2 meses, después de la pérdida.

Todo esto muestra que las consecuencias de no tratar la depresión en personas privadas de libertad en centros penitenciarios pueden ser muchas, desde una cronificación de la patología, hasta intentos de suicidios, lo que variará dependiendo del sujeto y de las situaciones personales.

Se debe señalar que uno de los programas más completos que se han encontrado en España dirigidos a los trastornos mentales es *“El programa de Atención Integral a Enfermos Mentales”* (PIAEM), el cual pretende dar respuesta a las necesidades de los presos con trastornos mentales en materia de salud dentro de los centros penitenciarios. Este programa se está implantando en todos los centros penitenciarios de España y recoge pautas a seguir para la atención adecuada de personas con algún trastorno o patología mental, hace mucho hincapié en la realización de actividades terapéuticas y ocupacionales específicas. Entre las actuaciones terapéuticas resaltan las destinadas a conseguir dentro de lo posible la recuperación de las personas, sus capacidades personales, su autonomía personal, la mejora de su calidad de vida y la adaptación al entorno, evitando en la medida de lo posible el deterioro psicosocial de éstas, y mejorando o facilitando el desarrollo de las habilidades sociales, personales, familiares y laborales.

Otro de los programas relacionados con las consecuencias psicológicas de la prisión en los presos es el de *“Prevención de suicidios”*, ya que la conducta suicida es una de las mayores preocupaciones que se dan en las instituciones penitenciarias. El objetivo de este programa es aplicar pautas de prevención en los posibles grupos de riesgo, detectar a los internos con posibles problemas que puedan derivar en suicidio, evitar este final en los sujetos que se encuentren dentro del programa de intervención, y determinar el proceso y las pautas de intervención por parte de los profesionales de vigilancia, tratamiento y sanidad.

Dada la importancia de las consecuencias de los trastornos mentales, junto con la escasa información encontrada sobre programas que ayuden a prevenir y tratar la depresión de forma específica en el ámbito penitenciario en España, el objetivo de este trabajo fue diseñar un programa para tratar el trastorno depresivo de las personas privadas de libertad en centros penitenciaros, al igual que capacitarlas para afrontar el cambio, preparándolas para las diferentes dificultades tanto psicológicas como de convivencia que este nuevo entorno puede provocar en ellas.

## **Método.**

Este programa va dirigido a hombres de edades comprendidas entre los 20 y 45 años, los cuales se encuentran en situación de privación de libertad en las diferentes penitenciarias españolas. Estos hombres serán presos con trastornos depresivos, demandantes de manera voluntaria de este programa.

El programa se llevará a cabo con la colaboración de diferentes profesionales especializados en salud mental.

Para llevar a cabo la evaluación se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Inventario de Beck, (Beck, Steer y Brown, 1996), y adaptado a la población española por Sanz y Carmelo (2011). Está destinado a evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes. Compuesto por 21 ítems, los cuales están relacionados con los diferentes síntomas del trastorno depresivo citados por el DSM IV y la CIE-10, tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso, culpa, pensamientos o deseos de suicidio y pesimismo, entre otros. El rango de puntuaciones para evaluar sus resultados oscila entre 0 y 63 puntos (a mayor puntuación, mayor severidad de los síntomas depresivos).
- Escala de Hamilton para la depresión (Hamilton, 1960), adaptada por Conde (1984) a población española la versión de 22 ítems. Posteriormente Ramos – Brieva y Cordero (1986) adaptaron y validaron la versión reducida de 17 ítems. Destinada a evaluar la intensidad de la depresión y la evolución de esta durante el tratamiento en personas adultas con trastorno depresivo. Existen varias versiones, una compuesta por 17 ítems, otra por 21 y otra por 24, aunque las más utilizadas son las dos primeras. Estos ítems tienen relación con el índice de melancolía (estado de ánimo depresivo, sensación de culpabilidad, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica, síntomas somáticos generales, agitación y ansiedad somática), índice de ansiedad (agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática) e índice de alteraciones del sueño (insomnio). El rango de puntuaciones para evaluar la gravedad del trastorno depresivo, oscila entre 0 y 52 puntos (a mayor puntuación mayor grado de depresión).
- Escala de Rosenberg (Rosenberg, 1975), adaptada a población española (Atienza, Balaguer, y Moreno, 2000). Dirigido a adolescentes, adultos y personas mayores. Destinada a observar la autoestima, entendida por el sentimiento de valía personal y respeto en uno mismo. Este está compuesto por 10 ítems, 5 enunciados de forma



positiva y 5 enunciados de manera negativa. Las puntuaciones finales oscilan entre los 10 y los 40 puntos, siendo las puntuaciones más altas indicadoras de una mayor autoestima.

Estos se pasaran en la primera y en la última sesión, para así comprobar la eficacia del programa.

El programa se llevara a cabo durante 11 sesiones (1 sesión por semana). Todas ellas grupales, teniendo una duración de 120 minutos aproximadamente. Además de estas 11 sesiones se realizaran 3 más de seguimiento establecidas a los 3, 6 y 9 meses de la finalización del programa.

Las sesiones se llevaran a cabo en una sala con la capacidad y material necesario para realizar las diferentes sesiones de manera cómoda y eficaz, tanto para los profesionales que lo impartirán, como para los sujetos que participaran en él.



## **Sesiones:**

### **Sesión 0:**

Título: Primer contacto y administración de cuestionarios.

Objetivos:

- Presentación integrantes del grupo.
- Administrar cuestionarios, para valorar la gravedad del trastorno depresivo y la autoestima de los sujetos.

La sesión estará dividida en dos partes.

En la primera parte de la sesión se realizará una breve presentación de los integrantes, en esta dirán sus nombres, su situación personal, porque consideran que este programa puede ayudarles y que esperan de él. La duración de esta parte dependerá del grado de interacción y feedback que se dé entre ellos.

Durante la segunda parte se pasarán los diferentes cuestionarios, para así poder observar la evolución de los pacientes tras el programa. Estos cuestionarios como se mencionó anteriormente serán los utilizados para el re-test.

Antes de pasarlos se explicará el procedimiento y la manera de cumplimentarlos.

- Inventario de Beck, con el que se evaluará el grado de depresión de los pacientes, se realizara en un tiempo estimado de entre 5 y 15 minutos aproximadamente. Los sujetos solo deberán marcar una opción de cada ítem, la opción que crean más acertada o con la que más se identifiquen. (Anexo 1)
- Escala de Hamilton para la depresión, destinada a evaluar la intensidad de esta y la evolución del trastorno durante el programa, se realizara en un tiempo estimado de aproximadamente 30 minutos. Los sujetos deberán señalar si o no, al lado de cada ítem, dependiendo de si han experimentado o no cada uno de los síntomas en los últimos días. (Anexo 2)
- Escala de Rosenberg, con la cual se podrá observar la autoestima de cada sujeto, se realizará en un tiempo estimado de aproximadamente 5 minutos. Los sujetos deberán señalar solo una respuesta de cada pregunta. (Anexo 3)

La información obtenida tras el pase de los cuestionarios será solo información destinada al terapeuta.

## **Sesión 1:**

Título: Resumen del programa.

Objetivos:

- Explicar a los sujetos cuales son los objetivos del programa, las características y las consecuencias de la depresión.

Una vez han llegado todos los participantes se procederá a la explicación del programa. Para ello se trabajara con la ayuda de un PowerPoint y de un video que nos facilitara la comprensión y hará más amena la sesión.

Explicación:

Este programa constara de 11 sesiones grupales fijas, las cuales se llevarán a cabo en un periodo de 3 meses aproximadamente y 3 sesiones grupales de seguimiento, a los 3, a los 6 y a los 9 meses, tras finalizar el programa.

El objetivo de este programa es evaluar, tratar y mejorar el trastorno depresivo de las personas privadas de libertad en centros penitenciarios, al igual que capacitarlas para afrontar el cambio, preparándolas para las diferentes dificultades tanto psicológicas como de convivencia que este nuevo entorno puede provocar en ellas.

La depresión es un trastorno psicológico que se da entre un 2 y un 4% más en población presa, que en población general. Esto se debe entre otras cosas al gran cambio en la vida de las personas al entrar a un centro penitenciario, como, a la privación de libertad, disminución de intimidad, convivencia con personas que han cumplido otro tipo de condenas, distanciamiento con las respectivas familias, etc. Por lo que estos cambios son factores que aumentan e influyen directamente en la probabilidad de padecer un trastorno depresivo dentro de estos centros.

La depresión se caracteriza por la presencia diaria de al menos cinco síntomas de los siguientes:

1. Estado de ánimo deprimido.
2. Disminución del interés o placer en cualquier actividad.
3. Aumento o disminución de peso/apetito.
4. Insomnio o hipersomnio.
5. Agitación o enlentecimiento motor.

6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos inutilidad o culpa.
8. Problemas concentración o toma de decisiones.
9. Ideas recurrentes muerte o suicidio.

- Para que estos síntomas se tengan en cuenta deben interferir en el funcionamiento cotidiano de los sujetos. Y no deben estar producidos por medicamentos, ni drogas ni por otras sustancias.

Debido a que como se ha explicado anteriormente dentro de los centros penitenciarios el trastorno depresivo aumenta considerablemente en relación al exterior se ha creado este programa. Cuyo objetivo se mencionó anteriormente.

De manera que para lograr el objetivo general, se plantean 11 sesiones cada una de ellas destinada a cumplir un objetivo específico concreto.

Hay que destacar que al comienzo de cada sesión se reservaran 10 minutos aproximadamente, para la corrección de las tareas para casa y para resolver dudas de las sesiones anteriores.

Además este programa tiene tres sesiones de seguimiento, a los 3, 6 y 9 meses.

Una vez se ha procedido a la explicación del programa y de las características, causas y consecuencias de la depresión se pondrá un video de tres minutos de duración en el cual se explica de forma más amena las características de esta. (Anexo 4)

## **Sesión 2:**

Título: Control del pensamiento (pensamiento positivo)

Objetivo:

- Identificar pensamientos negativos.
- Afrontar los diferentes tipos de pensamiento negativos.
- Discutir y transformar estos pensamientos.

Durante esta sesión los sujetos deberán identificar cuáles son los pensamientos que les producen sensaciones negativas, para así lograr que estas sensaciones “desaparezcan”.

Las distintas emociones que se pueden sentir (pena, rabia, ira, tristeza, alegría, confianza...) están determinadas por los pensamientos. Dependiendo del pensamiento se sentirá una cosa u otra, como por ejemplo:

Pensamiento negativo→ “no sirvo para nada”→ producirá tristeza, desamparo, sensación de inutilidad...

Pensamiento positivo → “con esfuerzo puedo lograr lo que me proponga”→ producirá alegría, satisfacción, plenitud...

Los pensamientos siempre van unidos de un sentimiento, ya sea negativo o positivo. Los pensamientos negativos en muchos casos se encuentran distorsionados. Por lo que para lograr una salud mental adecuada han de ser capaces de identificar estos pensamientos (negativos) y averiguar por qué se encuentran deformados y que se puede hacer con respecto a esto. Existen diferentes tipos de pensamientos negativos por lo que es necesario identificarlos y saber en qué consisten (los diferentes tipos de pensamientos negativos se encuentran en el anexo 5), para averiguar de manera más eficaz como afrontarlos

Es decir deben ser capaces de buscar dentro de este pensamiento algo que les ayude a darle la vuelta a la situación. Como por ejemplo:

Pensamiento negativo distorsionado→ “no soy capaz de aguantar dos años en prisión”

Pensamiento positivo → “si todo el mundo es capaz de superar su condena ¿Por qué yo no lo voy a poder lograr?”, “si puedo”, “poco a poco me iré acostumbrando y sacare algo positivo de todo esto”, “estar aquí me puede ayudar a mejorar para cuando salga a la calle”...

De esta manera lograrían cambiar los pensamientos negativos, por positivos.

Como tarea a realizar fuera de la sesión se le proporcionara a los sujetos un auto registro (anexo 6) en el cual deberán anotar los pensamientos negativos que cada uno de ellos tengan a lo largo del día, la situación en la que se da, emociones que produce, tipo de pensamiento y conducta que llevan a cabo cuando aparece. Gracias a esto será más sencillo trabajar e intentar modificarlos.

Tras esta breve explicación de aproximadamente unos 15 minutos de duración se pondrá un video (anexo 7).

Una vez finalizado el video se les preguntará a los sujetos que les ha parecido el video, y como lo relacionarían con el tema explicado anteriormente.

Una vez hayan dado su opinión sobre el video se realizará una explicación breve de lo que nos muestra.

Una posible explicación sería:

Este video muestra como por muy difícil que sea la vida, siempre hay una salida, una opción para mejorarla y llegar hasta donde deseamos, solo hay que buscar y aprender de lo vivido.

Tras observar el video se hará un juego (reglas del juego anexo 8), en el cual los participantes se colocaran en grupos de 5 personas. Estos deberán redactar una historia, en la cual se plasme un problema y éste no pueda ser resuelto de manera positiva. Una vez redactada la historia se expondrá, al otro grupo y este deberá buscar la manera de resolverlo aportando todas las ideas que se les ocurran, realizando una lluvia de ideas. Este proceso se llevara a cabo con todos los grupos.

Una vez finalizado el juego se resolverán dudas y se les dará una mini fabula para leer después de la sesión, esta será *“La fábula de la rana y la nata” de Jorge Bucai (anexo 9)* y como tarea para casa deberán redactar en media cara de folio que les ha parecido, que aprenden de ella, cual es el pensamiento negativo y de qué manera varía dependiendo de la actitud de cada personaje.

### **Sesión 3:**

Título: Aprendiendo a relajarnos.

Objetivo:

- Controlar impulsos en situaciones que propicien estrés y ansiedad, mediante la respiración y la relajación corporal.

Al llegar todos los sujetos se procederá a la explicación de la técnica de respiración y de la técnica de relajación.

Técnica de respiración; consta de 6 pasos, graduados en orden de dificultad. La duración de cada paso es de aproximadamente 2 minutos, descansando entre ellos el mismo tiempo de duración del ejercicio. Cada ciclo debe repetirse tres o cuatro veces.

Pasos:

- 1- Inspiración abdominal. Debes dirigir el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones. Para controlar la inspiración deberás colocar una mano encima del vientre (por encima del ombligo) y otra en el estómago. Para comprobar que la inspiración abdominal se está realizando de forma adecuada solo debes notar movimiento de elevación en la mano posicionada en el abdomen.

Una vez realizada la inspiración, expulsarás el aire y seguirás con el segundo paso.

- 2- Inspiración abdominal y ventral. Debes dirigir el aire inspirado a la parte inferior y media de los pulmones. Controlaras esta inspiración de igual manera que en el primer paso, primero notando como el movimiento se da en la mano del abdomen y seguidamente en la mano del vientre.

Una vez realizada la inspiración, expulsaras el aire y seguirás con el tercer paso.

- 3- Inspiración abdominal, ventral y costal. Consiste en realizar una respiración completa. Debes respirar marcando los tres tiempos en la inspiración, abdomen, estómago y pecho. Seguirás colocando las manos como en el primer paso, para así seguir comprobando que el ejercicio se realiza de manera adecuada.

Una vez realizada la inspiración, expulsaras el aire y seguirás con el cuarto paso.

- 4- Espiración. Para llevar a cabo la espiración, primero debes realizar la inspiración completa, controlándola con las manos, y posteriormente procederás a la espiración (expulsión del aire), está se llevara a cabo apretando los labios, para que cuando salga el aire este provoque un pequeño resoplido, provocando una espiración pausada y controlada.

Una vez realizada la inspiración-espiración seguirás con el quinto paso.

- 5- Ritmo inspiración-espiración. En este paso deberás inspirar y espirar de la manera explicada en los pasos anteriores, aunque sin marcar tanto los tres tiempos de la inspiración (abdominal, ventral y costal) y realizando la espiración de forma más silenciosa, para conseguir esto, deberás apretar menos los labios a la hora de soltar el aire.

Una vez realizado el quinto paso, seguirás con el sexto y último.

- 6- Sobre generalización. Durante este paso, se explicara a los sujetos que deben llevar a cabo esta técnica en las situaciones de la vida que necesiten relajarse o que se noten un poco alterados, ya sea en su habitación o junto con los compañeros.

El objetivo de este último paso es explicar y poner en situación a los sujetos, para que intenten llevar a cabo fuera de las sesiones la técnica de respiración enseñada.

#### Técnica de relajación progresiva de Jacobson.

Esta técnica consiste en conseguir niveles profundos de relajación muscular, identificando el nivel de tensión muscular que experimentan las distintas partes del cuerpo mediante ejercicios de tensión y distensión, para que así la persona sea capaz de identificar tensiones en su cuerpo, y logre a su vez relajarse. Para realizar esta técnica, debe existir un ambiente relajado, temperatura agradable, luz tenue, tienen que llevar ropa cómoda, y deben estar recostados, para una mayor relajación. Por último hay que señalar que una vez iniciados los ejercicios, se deben evitar las interrupciones.

El entrenamiento de esta técnica consta de tres fases: enseñanza, práctica del sujeto durante las sesiones y práctica entre sesiones (tareas para casa).

Para comenzar con el entrenamiento de Jacobson se explicaran todos y cada uno de los ejercicios de tensión y distensión, a la vez que los van realizando, para asegurar que los ejercicios se entienden por completo.

El proceso a seguir es el siguiente:

- Los sujetos deben centrarse en el grupo de músculos indicados por el terapeuta. (Véase anexo 10 )
- A la señal del terapeuta, el sujeto tensará los músculos, manteniéndolos tensionados durante 5 segundos.
- Seguidamente el sujeto relajará los músculos, concentrándose en las sensaciones que experimenta en la zona relajada.

Tras finalizar con todos los grupos musculares se mantendrá la sensación de relajación durante varios minutos. Al pasar estos minutos se preguntará por el desarrollo de la sesión, las dudas y problemas que se hayan dado.

Una vez realizada la explicación de ambas técnicas, los sujetos deben seguir llevándolas a cabo entre sesiones, dos veces al día, una por la mañana y otra por la noche. Además estos deben tener en cuenta que durante el entrenamiento es probable que les surjan dudas, por lo que las deberán preguntar en las siguientes sesiones.

#### **Sesión 4:**

Título: Resolución de problemas.

Objetivo:

- Desarrollar estrategias de resolución de problemas.

En un principio se les dará un documento que explique la resolución de problemas (anexo 11). Se les proporcionará una guía en la cual los sujetos mostraran los diferentes problemas que se le plantean, las maneras que ellos creen adecuadas para afrontarlos y como llevarlas a cabo.

El cuestionario está compuesto por 5 fases, durante la primera fase se desarrolla el concepto de “problema” (“¿Qué es un problema?”), se les orientará hacia su problema, y se les pedirá que indiquen en qué consiste y que nivel de gravedad tiene en ese momento en sus vidas. Durante la segunda fase se procederá a definir y formular claramente cada uno de los problemas. En la tercera fase el sujeto deberá enumerar una a una todas las



soluciones al problema (realistas o no) que se le ocurran. En la cuarta fase, se escogerá cual de todas las soluciones anteriores es la más adecuada para el sujeto, las razones por la que ha sido elegida y la táctica para poner en práctica dicha solución. Y por último se pondrá en marcha la práctica y verificación de la solución.

La finalidad de la técnica de resolución de problemas es conocer e identificar los diferentes problemas de los sujetos, para analizarlos y encontrarles una solución adecuada.

Como se mencionó anteriormente los sujetos deberán rellenar individualmente las preguntas que se les han pasado al comienzo de la sesión. Este cuestionario está compuesto por; introducción, fase 1, fase 2, fase 3, fase 4 y fase 5.

Los sujetos deberán cumplimentar todo el cuestionario, y la mitad de ellos expondrán sus respuestas en la misma sesión, y la otra mitad las expondrán en la sesión nº 5, para así poder ir analizando uno a uno los problemas, las distintas soluciones aportadas por estos y la solución escogida.

Antes de que finalice la sesión se les pedirá a los participantes que intenten llevar a cabo la solución escogida y que redacten en un autoregistro, los métodos empleados para llevar a cabo sus soluciones, como lo hicieron, lo que sintieron y las consecuencias (tanto positivas como negativas) de haberlo intentado.

### **Sesión 5:**

Título: Entrenamiento en resolución de problemas 2 parte.

Objetivo:

- Desarrollar técnicas y pautas planificadas, para llevar a cabo de manera eficaz la resolución de problemas.

Durante la segunda parte del entrenamiento en resolución de problemas, los participantes que no tuvieron tiempo en la primera sesión, deberán exponer sus soluciones y se llegará a una conclusión de cuál es la mejor, como llevarla a cabo, los inconvenientes, los beneficios, a quién afecta, como, etc. Además obtendremos los “diarios” de los participantes que expusieron sus soluciones en la sesión anterior, y se les pedirá lo mismo a los que han participado en esta.

Durante esta sesión y la siguiente se intentará resolver dudas sobre la técnica de resolución de problemas, y sobre los inconvenientes que han tenido los sujetos para llevar a cabo sus soluciones.

## **Sesión 6:**

Título: Entrenamiento en habilidades sociales.

Objetivo:

- Enseñar y entrenar a los sujetos un conjunto de técnicas cuya aplicación está dirigida a la adquisición de habilidades sociales, para llevar a cabo relaciones sociales de forma directa, sin ansiedad y satisfactorias en los diferentes ámbitos de sus vidas.

Durante esta sesión se procederá a la explicación y aprendizaje en entrenamiento de habilidades sociales.

Las habilidades sociales son un conjunto de actuaciones aprendidas a lo largo del tiempo por cada persona, y que se manifiesta durante las interacciones sociales; están dirigidas a conseguir unos objetivos determinados, ya sean ambientales (materiales y/o sociales) o personales de autorrefuerzo y autoestima; se ven influenciadas por el contexto socio-cultural; y para un buen manejo de estas es importante controlar tanto el lenguaje verbal como el no verbal.

El entrenamiento en habilidades sociales será necesario cuando:

- 1- Durante la percepción de las señales sociales, la persona no sea capaz de percibir las de manera adecuada.
- 2- Durante la traducción del mensaje, este sea traducido de manera errónea, no siendo capaz de interpretar las señales sociales de forma correcta.
- 3- Durante planificación el sujeto no sea capaz de buscar y planificar la mejor manera de actuar ante esas señales.
- 4- En el momento de actuación, el sujeto no sea capaz de llevar a cabo la puesta en marcha de la alternativa escogida como más adecuada, para afrontar la situación social.

Hay que tener en cuenta que todo esto siempre se verá influido por el contexto en el que se encuentren.

Como técnica para mejorar las habilidades sociales en este programa se va a llevar a cabo la técnica de ensayo conductual, conocido también como role-playing.

Durante esta sesión los sujetos deberán realizar las tareas y acciones que se les indiquen, llevando a cabo un pequeño teatro. Cada uno tendrá una situación que deberá

representar. De esta manera se podrá observar como actuarían los sujetos en cada situación, como se sienten al llevarla a cabo, como podrían mejorar, etc.

Para que esta técnica resulte efectiva es necesario que el sujeto tenga un papel activo; el ensayo se debe centrar en un objetivo concreto (por ejemplo: mejorar asertividad); se debe programar de manera progresiva, de menor a mayor dificultad; deben avanzar poco a poco, pasando de situaciones planificadas a otras improvisadas, pasar de situaciones estructuradas a desestructuradas; los ensayos deben ser reiterados, hasta que el sujeto domine la técnica, etc.

El teatro que deberán representar estará destinado a mejorar habilidades de asertividad, por lo que antes, los participantes recibirán una breve explicación sobre asertividad y cómo mejorarla.

La asertividad es la capacidad para poder expresarse socialmente de manera adecuada. Tanto de forma verbal como no verbal, además incluye todas las señales que indiquen buena relación entre emisor y receptor, ya sea la mirada, la postura u otras. La asertividad se encontraría en el punto intermedio entre agresividad y pasividad.

Para llevar a cabo el entrenamiento en asertividad es importante:

- 1- Identificar los estilos básicos de la conducta (agresividad, pasividad, pasivo-agresivo).
- 2- Identificar las situaciones en las cuales queremos ser más asertivos, o aquellas situaciones en la que nos cuesta ser asertivos.
- 3- Describir la situación problema.
- 4- Redactar un guion para el cambio de nuestra conducta.
- 5- Entrar y moldear un lenguaje corporal adecuado.
- 6- Controlar la influencia de los demás sobre uno mismo

Una vez se han explicado las características y las instrucciones de cómo llevar a cabo el entrenamiento en asertividad, los sujetos realizar el role-playing para afianzar y practicar la técnica.

Tras finalizar la sesión los sujetos deberán llevar a cabo esta técnica en casa, una vez a la semana, pero mediante la técnica de imaginación, es decir, los sujetos deberán imaginarse la situación, que harían, cómo, que se esperan sentir, que sienten, etc.

## **Sesión 7:**

Título: Prevención de suicidio, ¿Cómo afrontar ideas autolíticas?

Objetivo:

- Enseñar a los sujetos a saber qué hacer cuando se presentan ideas autolíticas.

Una de las últimas sesiones que se llevarán a cabo consiste en explicar qué hacer ante la presencia de ideas autolíticas. Durante esta sesión se pasará un cuestionario (anexo 12) el cual mide el riesgo de que se den este tipo de ideas en los diferentes integrantes del programa. Una vez se ha llevado a cabo el pase del cuestionario se explicará a los sujetos en qué consisten las ideas autolíticas.

Una posible definición de idea autolítica sería: Pensamientos y acciones de autodestrucción hacia uno mismo, ya sea de forma física o psicológica.

Una vez explicado el concepto de idea autolítica, será importante explicar por qué es necesario tratar este tema dentro de un programa destinado a tratar y evaluar el trastorno depresivo. Esto es debido a que dependiendo de la gravedad del trastorno depresivo, es probable que se presenten en algún momento este tipo de pensamientos, los cuales sin un entrenamiento adecuado pueden ser peligrosos para la salud del sujeto.

Por lo que durante esta sesión será necesario refrescar lo aprendido en las sesiones anteriores de resolución de problemas como por ejemplo la manera de detectar el problema, en este caso sería la idea autolítica, las posibles soluciones a este problema, al igual que la elección de la más acertada. También será necesario repasar la técnica en pensamiento positivo, haciéndoles identificar el pensamiento distorsionado, detectar de qué tipo se trata y una vez este haya sido identificado, junto con la técnica de resolución de problemas, se llevara a cabo la solución adecuada.

Por último se dará una breve explicación del entrenamiento en técnicas de distracción. Este consiste en que durante el momento en que aparecen estos pensamientos los sujetos deberán intentar centrar su atención en otra cosa completamente diferente al pensamiento inicial, como por ejemplo centrarse en un objeto y describirlo con todo detalle; hacerse consciente de toda la información que puedan recabar mediante los cinco sentidos; realizar ejercicios mentales como contar de cero a cien de tres en tres, nombrar animales de la misma familia, decir los nombres de los familiares, etc; realizar actividades absorbentes como leer, realizar una sopa de letras, pintar; o recordar y crear fantasías agradables de la manera más vivida posible.

## Sesión 8:

Título: Resiliencia.

Tiempo de duración: 180 minutos aproximadamente.

Objetivo:

- Hacer que los sujetos aprendan el significado de resiliencia, incorporen habilidades y técnicas para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y participar en la vida social de una manera constructiva y asertiva, independientemente del entorno en que se encuentren.

Durante la sesión se llevara a cabo la explicación del concepto de resiliencia.

Se denomina resiliencia a la capacidad individual de cada persona de hacer frente, superar, aprender y salir fortalecido de las adversidades que se plantean a lo largo de la vida.

*“Las dificultades están destinadas a despertarnos, no a desalentarnos. El espíritu humano crece a través del conflicto.” (William Ellery Channing)*

Como ya se ha dicho, resiliencia es la capacidad del ser humano de hacer frente y salir fortalecido de las adversidades que se le plantean a lo largo de la vida. Se debe destacar que no todos las personas son capaces de afrontar los problemas de manera resiliente, por eso es muy importante aprender, adquirir y entrenar esta capacidad, para así lograr manejar, tolerar y aliviar consecuencias de situaciones traumáticas.

Una vez explicado el término resiliencia es muy importante señalar que las emociones se encuentran fuertemente ligadas a cómo la persona es capaz de afrontar los problemas. Por lo que los sujetos deberán aprender a identificar sus emociones y lograr manejarlas de la manera más adecuada.

Para lograr la plena comprensión del término resiliencia y de lo importante que es el buen manejo de las emociones se les pondrá la película de “Invencible”, en la cual se plasma la vida de un corredor olímpico durante la Segunda Guerra Mundial.

Para comprobar que han comprendido el concepto tras esta película, cada uno de los participantes deberá contar una experiencia vivida que ellos consideren que han afrontado de manera resiliente, si no es el caso expondrán una situación vivida, y comentaran como cambiarían su actitud y como actuarían.

## **Sesión 9:**

Título: Planes futuros.

Objetivo:

- Aumentar los reforzadores positivos de cada sujeto, llevando a cabo diariamente una tarea gratificante.

Una vez lleguen todos los integrantes, se procederá a la explicación de lo que se va a realizar en esta sesión.

En primer lugar se hará una breve descripción de lo que significa placentero, y todas las maneras y actividades más simples y complejas que de alguna manera produzcan placer, experiencias sencillas, como una ducha de agua caliente, paladear una comida, realizar deporte, centrarse en las sensaciones táctiles, olfativas, térmicas, etc.

Otras tareas que pueden resultar placenteras dentro de los centros penitenciarios podrían ser:

- Talleres de música.
- Sesiones de cine.
- Competiciones deportivas.
- Concursos culinarios.
- Teatros.
- Cursos de formación (electricidad, jardinería, fontanería, administración de empresas, etc).

Tras esta breve explicación, se averiguará cuáles son las actividades pasadas, presentes y futuras que les resultan gratificantes, y cuáles de ellas creen que pueden realizar en este momento. Para saberlo, los sujetos deberán escribirlas enumerándolas de mayor a menor agrado. Una vez redactadas uno a uno las expondrán en público. Y posteriormente buscarán de entre todas las actividades mencionadas alguna que puedan llevar a cabo dentro de prisión.

Una vez mencionadas y expuestas, estos deberán realizar todos los días una tarea placentera. Y para que esto se pueda comprobar, anotarán en un calendario (anexo 13) cada tarea realizada, poniendo que han hecho, cómo, cuándo, que han sentido, y como esperaban sentirse.

## **Sesión 10:**

Título: re-test y despedida.

Tiempo de duración: 120 minutos.

Objetivo:

- Comprobar el resultado del programa mediante el re-test

Al llegar a la décima sesión se realizará el pase de los cuestionarios, para llevar a cabo la última parte del programa. En esta última sesión podremos observar la mejora de los sujetos.

Los cuestionarios que se pasaran serán:

- El inventario de Beck.
- La escala de Hamilton para la depresión.
- La escala de Rosenberg.

Tras llevar a cabo el pase de los test, se pasará a los sujetos un cuestionario de satisfacción del programa (anexo 14), en el cual deberán contestar a las preguntas, dando su punto de vista sobre la eficacia, utilidad, mejoras, etc.

Finalmente se volverá a informar de que tras esta sesión, se van a llevar a cabo sesiones de seguimiento durante 9 meses, una vez cada 3 meses. Y se procederá a la despedida.

## **Conclusiones.**

El programa presentado pretende producir una mejora en el trastorno depresivo de las personas privadas de libertad en centros penitenciarios, al igual que capacitarlas para afrontar el cambio, preparándolas para las diferentes dificultades tanto psicológicas como de convivencia que este nuevo entorno puede provocar en ellas. Proponiendo diferentes objetivos específicos, los cuales se centran en las carencias y dificultades generales que favorecen la aparición de este trastorno e impiden su recuperación. Para ello se proporcionará a los integrantes del programa habilidades de control de pensamiento (pensando en positivo), habilidades de relajación, de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas para afrontar las ideas autolíticas, el concepto de resiliencia, entre otras.

En cuanto a los inconvenientes que han surgido a la hora de realizar el programa, se ha encontrado, falta de accesibilidad al propio centro, debido a que las prisiones son lugares cerrados y muy protegidos, a los cuales es muy difícil acceder para poder observar desde dentro de forma directa las condiciones en las que se encuentran los sujetos con este trastorno, y los recursos de los que disponen para tratarlos. Otra dificultad es que, tras la búsqueda de información para la creación del programa se ha observado que existen muchos estudios que hablan sobre trastornos mentales en centros penitenciarios, pero solo hay un programa destinado a tratarlos, sin existir ninguno específico para el trastorno depresivo. Lo que resulta llamativo debido al alto porcentaje de personas que padecen este trastorno.

Desde los escasos recursos para atender los trastornos depresivos en los centros penitenciarios ha sido un reto diseñar estructuras específicas para esta población, debido al contexto en el que se encuentran. Este programa sería una aportación válida para el abordaje de este problema, ya que ha sido creado teniendo en cuenta tanto las características del trastorno en sí, como las características y la situación de los sujetos que se encuentran en prisión, amoldando las diferentes técnicas y dinámicas al contexto carcelario.

Por último hay que señalar que una de las cosas que se podrían llevar a cabo para mejorar nuestro programa sería la realización de un número mayor de sesiones, para añadir más técnicas y poder explicarlas de forma más clara y concisa.



## ANEXO:

### Anexo 1: Cuestionario de Depresión de Beck.

#### CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre..... Fecha.....

*Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.*

1.
  - a. No me siento triste.
  - b. Me siento triste.
  - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
  - d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.
2.
  - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
  - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
  - c. Siento que no tengo nada que esperar.
  - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
  - a. No creo que sea un fracaso.
  - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
  - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
  - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
  - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
  - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
  - c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
  - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
  - a. No me siento especialmente culpable.
  - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
  - c. Me siento culpable casi siempre.
  - d. Me siento culpable siempre.
6.
  - a. No creo que este siendo castigado.
  - b. Creo que puedo ser castigado.
  - c. Espero ser castigado.
  - d. Creo que estoy siendo castigado.
7.
  - a. No me siento decepcionado de mi mismo.
  - b. Me he decepcionado a mí mismo.
  - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
  - d. Me odio.
8.
  - a. No creo ser peor que los demás.
  - b. Me critico por mis debilidades o errores.
  - c. Me culpo siempre por mis errores.
  - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.

9. a. No pienso en matarme.  
b. Pienso en matarme, pero no lo haría.  
c. Me gustaría matarme.  
d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. a. No lloro más de lo de costumbre.  
b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.  
c. Ahora lloro todo el tiempo.  
d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.  
b. Las cosas me irritan más que de costumbre.  
c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.  
d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. a. No he perdido el interés por otras cosas.  
b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.  
c. He perdido casi todo el interés por otras personas.  
d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13. a. Tomo decisiones casi siempre.  
b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.  
c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
d. Ya no puedo tomar decisiones.
14. a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.  
c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.  
d. Creo que me veo feo.
15. a. Puedo trabajar tan bien como antes.  
b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.  
c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
d. No puedo trabajar en absoluto.
16. a. Puedo dormir tan bien como antes.  
b. No puedo dormir tan bien como solía.  
c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.  
d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. a. No me canso más que de costumbre.  
b. Me canso más fácilmente que de costumbre.  
c. Me canso sin hacer nada.  
d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

18. a. Mi apetito no es peor que de costumbre.  
b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.  
c. Mi apetito está mucho peor ahora.  
d. Ya no tengo apetito.
19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, ultimamente.  
b. He rebajado más de dos kilos y medio.  
c. He rebajado más de cinco kilos.  
d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.  
c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.  
d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.  
b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.  
c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.  
d. He perdido por completo el interés en el sexo.

***Muchas gracias.***



## Anexo 2: Test de Hamilton.

### TEST DE HAMILTON – ESCALA 1 -

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N= Nunca
A= Algunas veces
B= Bastantes veces
C= Casi siempre
S= Siempre

TEST DE HAMILTON – ESCALA 1	N	A	B	C	S
1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Llora con facilidad					
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo					
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.					
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.					
5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.					
6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.					
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.					
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.					
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.					
10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.					
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.					
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.					
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.					
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.					
15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.					
16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.					
17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.					
18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.					
19. No se lo que pasa, me siento confundido.					
20. Por las mañanas(o por las tardes me siento peor)					
21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.					

## TEST DE HAMILTON – ESCALA 3

**PACIENTE:**

**FECHA:**

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

R = Raramente
A = Algunas veces
M = Muchas veces
S = Siempre

	TEST DE HAMILTON – ESCALA 3	R	A	M	S
1.	Me siento más nervioso y ansioso de lo normal				
2.	Siento miedo sin ver razón para ello				
3.	Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor				
4.	Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar				
5.	Siento que todo va bien y nada malo puede suceder				
6.	Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan				
7.	Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda				
8.	Me siento débil y me canso con facilidad				
9.	Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente				
10.	Siento que mi corazón late con rapidez				
11.	Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento				
12.	Tengo periodos de desmayo o algo así				
13.	Puedo respirar bien con facilidad				
14.	Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y de los pies				
15.	Me siento molesto por los dolores de estómago y digestiones				
16.	Tengo que orinar con mucha frecuencia				
17.	Mis manos las siento secas y cálidas				
18.	Siento que mi cara se enrojece y me ruborizo				
19.	Puedo dormir con facilidad y descansar bien				
20.	Tengo pesadillas				

TOTAL:



## TEST DE HAMILTON – ESCALA 2 -

**PACIENTE:**

**FECHA:**

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

	Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos	
	No me encuentro triste	
	Me siento algo triste y deprimido	
	Ya no puedo soportar ésta pena	
	Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar	
	Me siento desanimado cuando pienso en el futuro	
	Creo que nunca me recuperaré de mis penas	
	No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal	
	No espero nada bueno de la vida	
	No espero nada, esto no tiene remedio	
	He fracasado totalmente como persona(padre, madre, hijo, profesional, etc.)	
	He tenido más fracasos que la mayoría de la gente	
	Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena	
	No me considero fracasado	
	Veó mi vida llena de fracasos	
	Ya nada me llena	
	Me encuentro insatisfecho conmigo mismo	
	Ya no me divierte lo que antes me divertía	
	No estoy especialmente satisfecho	
	Estoy harto de todo	
	A veces me siento despreciable y mala persona	
	Me siento bastante culpable	
	Me siento prácticamente todo el tiempo despreciable y mala persona	
	Me siento muy infame(perverso, canalla) y despreciable	
	No me siento culpable	
	Presiento que algo malo puede sucederme	
	Siento que merezco ser castigado	
	No pienso que esté siendo castigado	
	Siendo que me están castigando o me castigarán	
	Quiero que me castiguen	
	Estoy descontento conmigo mismo	
	No me aprecio	
	Me odio(me desprecio)	
	Estoy asqueado de mí	
	Estoy satisfecho de mí mismo	
	No creo ser pero que otros	
	Me acuso a mí mismo	
	Me siento culpable de todo lo malo que pueda ocurrirme	
	Siento que tengo muchos y muy graves defectos	
	Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores	
	Tengo pensamiento de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo	
	Siento que estaría mejor muerto	
	Siento que mi familia estaría mejor si yo me muriera	
	Tengo planes decididos de suicidarme	
	Me mataría si pudiera	
	No tengo pensamientos de hacerme daño	

	No lloro más de lo habitual	
	Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo	
	Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo	
	Ahora lloro más de lo normal	

No estoy más irritable que normalmente	
Me irrito con más facilidad que antes	
Me siento irritado todo el tiempo	
Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba	
He perdido todo mi interés por los demás y ya no me importan en absoluto	
Me intereso por la gente menos que antes	
No he perdido mi interés por los demás	
He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos	
Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones	
Tomo mis decisiones como antes	
Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	
Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda	
Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado	
Me siento feo y repulsivo	
No me siento con peor aspecto que antes	
Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable(o menos atractivo)	
Puedo trabajar tan bien como antes	
Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	
No puedo trabajar en nada	
Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo	
No trabajo tan bien como lo hacía antes	
Duermo tan bien como antes	
Me despierto más cansado por la mañana	
Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir	
Tardo una o dos horas en dormirme por la noche	
Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme	
Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas	
No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas	
Me canso más fácilmente que antes	
Cualquier cosa que hago me fatiga	
No me canso más de lo normal	
Me canso tanto que no puedo hacer nada	
He perdido totalmente el apetito	
Mi apetito no es tan bueno como antes	
Mi apetito es ahora mucho menor	
Tengo el mismo apetito de siempre	
No he perdido peso últimamente	
He perdido más de 2 kg. y medio	
He perdido más de 5 kg.	
He perdido más de 7 kg. y medio	
Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas	
Estoy preocupado por dolores y trastornos	
No me preocupa mi salud más de lo normal	
Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro	
Estoy menos interesado en el sexo que antes	
He perdido todo mi interés por el sexo	
Apenas me siento atraído sexualmente	
No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo	

### Anexo 3: Escala de autoestima de Rosenberg.

#### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

### Anexo 4: Video depresión ("Yo tenía un perro negro").

[https://www.youtube.com/watch?v=iEE\\_UOgsvK4](https://www.youtube.com/watch?v=iEE_UOgsvK4)

### Anexo 5: Tipos de pensamiento negativo.

- **FILTRAJE:** se toman los detalles negativos y se magnifican mientras que no se filtran todos los aspectos positivos de la situación. *"Pude haber disfrutado de la fiesta a no ser por Julián que no vino".*
- **PENSAMIENTO POLARIZADO:** las cosas son blancas o negras, buenas o malas. No existe punto medio entre ambas. *"Si no estás conmigo, estás contra mí".*
- **SOBREGENERALIZACIÓN:** se llega a una conclusión general, propiciada por un hecho o situación puntual. Si pasa algo malo en un momento dado, se espera que siempre suceda. *"Si un amigo me ha traicionado, lo pueden hacer todos".*
- **INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO:** la persona considera que sabe o que piensan los demás, simplemente por sus gestos. *"Aunque me sonría, sé que le caigo mal".*
- **VISIÓN CATASTRÓFICA:** se espera y se piensa siempre lo peor. Cuando la persona escucha cualquier situación, se posiciona en lo peor que puede suceder. *"y si": "si no ha llamado es porque no me quiere".*
- **PERSONALIZACIÓN:** La persona que lo padece, piensa que todo está relacionado con ella, además realiza comparaciones continuamente con los demás. *"Ese chico*



*tiene mejor cuerpo que yo"; "Soy menos inteligente que todos los demás"; "Se van porque yo acabo de llegar".*

- **FALACIAS DE CONTROL:** Convierte a la persona responsable del sufrimiento o de la felicidad de aquellos que la rodean y siente como nada está en su poder, todo es controlado por algo externo. *"Si tiene que pasar, va a pasar y no podemos hacer nada".*
- **FALACIA DE JUSTICIA:** Considera que solo entiende de justicia la persona en sí. *"No es justo que salgas y te diviertas mientras yo me quedo haciendo los trabajos de la casa".*
- **CULPABILIDAD:** considera que los demás son culpables de sus problemas y se culpa a sí misma de todos los problemas ajenos. *"Si no me hubiera llamado, no me habría caído".*
- **DEBERÍA:** la persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás. *"No deberías hacer ruido a las 3 de la madrugada".*
- **RAZONAMIENTO EMOCIONAL:** Lo que siente, debe ser algo verdadero. *"Si me siento triste es porque nada merece la pena".*
- **LAS ETIQUETAS GLOBALES:** se generalizan una o dos cualidades de manera global. *"Nunca hiciste las cosas bien, y tampoco las harás nunca".*
- **TENER RAZÓN:** La persona considera que tiene razón en todo y nunca se equivoca. *"No pienso ceder en lo que pienso, sé que tengo razón".*
- **LA FALACIA DE LA RECOMPENSA DIVINA:** Se espera que algún día, nuestros actos sean recompensados por algún ser divino, y se frustra cuando esto no llega. *"He trabajado mucho para cuidar a mis hijos y mira cómo me lo pagan".*



## Anexo 6: “Diario”.

[illegible]

## **Anexo 7: Pensando en positivo video, “Es cuestión de actitud”.**

<https://www.youtube.com/watch?v=5UbFGTreCis>

## **Anexo 8: Pensando en positivo (Juego).**

### **Instrucciones:**

**Modificando nuestra historia.**

**DURACIÓN: 1 hora**

### **Descripción.**

Con esta actividad se pretende que los sujetos aprendan a utilizar los pensamientos positivos para aplicarlos a los problemas planteados en las historias y así puedan usarlo en sus acontecimientos diarios.

### **Objetivos.**

Utilizar el pensamiento positivo.

Desarrollo de la imaginación.

Utilizar la técnica del consenso y de la asertividad.

### **CONTENIDOS.**

#### **Conceptos.**

Pensamiento positivo.

Asertividad.

Consenso.

#### **Habilidades.**

Desarrollo de la imaginación y la creatividad.

Fomento de la asertividad.

#### **Actitudes.**

Respeto.

Diálogo.

### **DESARROLLO**

Un grupo contara una historia (conocida o inventada por ellos), en la que la trama y el desenlace final sean negativos. A continuación cada grupo, deberá inventarse un nuevo desenlace y exponerlo al grupo entero. Una vez todos han expuesto su desenlace, los grupos llegaran a un consenso de cuál sería el mejor final.

## **Anexo 9: “Las ranitas y la nata”, fabula.**

### ***“Las ranitas y la nata”.***

Había una vez dos ranas que cayeron en un recipiente de nata.

Inmediatamente se dieron cuenta de que se hundían: era imposible nadar o flotar demasiado tiempo en esa masa espesa como arenas movedizas. Al principio, las dos ranas patalearon en la nata para llegar al borde del recipiente. Pero era inútil; sólo conseguían chapotear en el mismo lugar y hundirse. Sentían que cada vez era más difícil salir a la superficie y respirar.

Una de ellas dijo en voz alta: - “No puedo más. Es imposible salir de aquí. En esta materia no se puede nadar. Ya que voy a morir, no veo por qué prolongar este sufrimiento. No entiendo qué sentido tiene morir agotada por un esfuerzo estéril”.

Dicho esto, dejó de patalear y se hundió con rapidez, siendo literalmente tragada por el espeso líquido blanco.

La otra rana, más persistente o quizás más tozuda se dijo: - “¡No hay manera! Nada se puede hacer para avanzar en esta cosa. Sin embargo, aunque se acerque la muerte, prefiero luchar hasta mi último aliento. No quiero morir ni un segundo antes de que llegue mi hora”.

Siguió pataleando y chapoteando siempre en el mismo lugar, sin avanzar ni un centímetro, durante horas y horas.

Y de pronto, de tanto patalear y batir las ancas, agitar y patalear, la nata se convirtió en mantequilla.

Sorprendida, la rana dio un salto y, patinando, llegó hasta el borde del recipiente. Desde allí, pudo regresar a casa croando alegremente.

**Jorge Bucay (Relatos para pensar).**

## Anexo 10: Grupo de músculos.

Grupo muscular	Ejercicio de tensión
Mano y antebrazo dominantes	Apretar el puño dominante
Brazo dominante	Apretar codo dominante contra brazo sillón
Mano y antebrazo no dominantes	Apretar el puño no dominante
Brazo no dominante	Apretar el codo no dominante contra el brazo del sillón
Frente	Levantar las cejas
Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz
Boca	Apretar los dientes, los labios y la lengua contra el paladar
Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque
Hombros, pecho y espalda	Echar los hombros hacia atrás intentando que se toquen los omóplatos
Estómago	Encoger el estómago como preparándose para recibir un golpe en él
Muslo dominante	Apretar el muslo dominante contra el sillón
Pierna dominante	Doblar dedos pie dominante hacia arriba
Pie dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia adentro y curvar el pie
Muslo no dominante	Apretar muslo no dominante contra sillón
Pierna no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia arriba
Pie no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia adentro para curvar el pie

## APÉNDICE

### Entrenamiento en solución de problemas. Manual para el cliente

#### ¿Qué es un problema?

Los problemas o situaciones problemáticas son normales en nuestra vida cotidiana y ocurren a diario. Un problema es una situación real o imaginaria a la que tenemos que dar una solución, pero de la cual no disponemos en este momento. Al no encontrar solución a un problema surge, o se incrementa, el estrés y otros estados emocionales. Y si se actúa sin tener una solución adecuada, se hace de un modo que no se desea o de un modo poco eficaz. O no se actúa, al no encontrar solución.

El entrenamiento en solución de problemas consiste en un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema. Este entrenamiento consta de cinco fases:

1. Orientación general hacia el problema.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de soluciones alternativas.
4. Toma de decisiones.
5. Puesta en práctica y verificación de la solución.

Dado que en el entrenamiento en solución de problemas para pasar de uno a otro paso hay que haber superado previamente el anterior, cuando en un paso no hay suficiente información, se ha infravalorado o saltado una fase previa, se está en una fase de entrenamiento, o la solución elegida no resulta la adecuada, hay que volver a la fase o fases previas para que una vez haya sido realizada correctamente podamos continuar con las siguientes.

#### *Fase 1. Orientación hacia el problema*

Usted debe reconocer que los problemas son cotidianos a nuestra existencia, forman parte de nuestra vida normal. Unas personas encuentran más fácilmente que otras soluciones a los mismos. Las hay que en su afán perfeccionista nunca son capaces de encontrar aquella solución que se le adecue; a la larga dejan de buscar soluciones al mismo. Hay los que responden impulsivamente y los que no hacen nada ante un problema. Pero la mayoría de las personas buscan soluciones satisfactorias a sus problemas y no sufren, ni se encuentran desmoralizadas ante los mismos, porque saben cómo solucionarlos.

Lo primero que debe reconocer es que los problemas existen, están ahí. De nada sirve escapar de los mismos. Hay que reconocer que existen y enfrentarse a ellos, pero de un modo efectivo y sin que causen mayores preocupaciones.

Reflexione sobre lo anterior. Piense en los problemas (tanto en los poco relevan-

<sup>1</sup> Olivares, J., y Méndez, F. X. (1998). *Técnicas de modificación de conducta* (pp 337-366). Madrid. Editorial Biblioteca Nueva.



tes como en los muy relevantes) que tiene usted ahora. Cuando tenga clara la existencia cotidiana de los problemas y los identifique claramente pase a la segunda fase.

*Indique el problema o problemas que tiene en la actualidad y su nivel de gravedad, en una escala de 0 (nada) a 10 (muchísimo).*

Problema(s)	Gravedad (0-10)
-------------	-----------------

## Fase 2. Definición y formulación del problema

Una vez que reconoce que los problemas existen y ocurren cotidianamente, tenemos que definir claramente cada uno de ellos. Determine el quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo de cada problema. Descríbalos en términos claros, específicos y concretos. Utilice información relevante y deseche la irrelevante. Utilice sólo hechos, no opiniones o creencias. Identifique los factores y las circunstancias que hacen de una situación un problema, sus metas principales y específicas relacionadas con el problema, subproblemas derivados del problema principal, etc.

*Defina y formule el problema*

<p>Miguel Hernández</p>
-----------------------------

Una vez que tiene claramente definido el problema y las metas relacionadas con el mismo, debe pasar a generar el mayor número posible de soluciones alternativas al problema.

Usted ante ese problema debe mecánicamente una solución que no le era adaptativa. Ahora lo que debe hacer es dejar aparcada su solución habitual y generar tantas soluciones como le vengan a la mente. Tenga en cuenta que en esta fase:

- Debe generar el mayor número posible de soluciones alternativas. Lo importante es la cantidad de alternativas, no la calidad de las mismas.
- Cualquier solución que le venga a la mente, por descabellada que le pueda parecer, es válida como alternativa. Ahora no es el momento de su valoración.
- Sea concreto en las alternativas que plantee. Las generales son poco útiles, difíciles de ejecutar.

#### *Posibles soluciones al problema*

---

—  
—  
—  
—  
—  
—  
—  
—  
—  
—  
—

---

UNIVERSITAS  
Miguel  
Hernández

#### *Fase 4. Toma de decisiones*

En la fase anterior ha elaborado un importante número de soluciones alternativas al problema planteado. De ellas vamos a elegir una, aquella que resulte más adecuada, útil, mejor o eficaz para llevarla a cabo en la situación problemática actual. Esta solución, de entre las que ha apuntado, se obtiene con los siguientes criterios:

- El valor de la alternativa: ¿consigo mi meta con ella?, ¿puedo ejecutar esa solución de modo óptimo?
- Las consecuencias personales de esa solución en tiempo, esfuerzo, costes o ganancias emocionales, de acuerdo con los valores éticos y morales, bienestar físico u otras consecuencias personales específicas del problema.



- Las consecuencias sociales: efectos sobre la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos.
- Las consecuencias económicas.
- Las consecuencias a corto y a largo plazo.
- La maximización de los beneficios y la minimización en los costes.

Una vez que se ha decidido por una solución debe plantearse estas cuestiones:

- Con esta solución, ¿puede cambiar la situación problemática?
- ¿Necesito más información antes de pasar a ponerla en práctica?
- ¿Qué solución o combinación de soluciones debo elegir para poner la solución en práctica?

Si la respuesta a todas las cuestiones anteriores es afirmativa debe poner en marcha la *táctica* para implantar esa solución en la situación de la vida real. Esto se hace siguiendo los mismos pasos anteriores para la toma de decisiones de la mejor solución que se ha seleccionado.

*Solución elegida:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Principales razones para su elección:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Táctica para poner dicha solución en práctica:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### *Fase 5. Puesta en práctica y verificación de la solución*

Una vez que ha decidido la mejor solución para el problema tiene que pasar a poner en práctica la misma y verificar si en la vida real es efectivamente la más adecuada. Primero póngala en práctica simbólicamente imaginándose que usted la está llevando a cabo. Una vez realizada adecuadamente pase a ponerla en práctica en la situación real donde existe el problema. Una vez puesta la solución en práctica debe hacer lo siguiente:

- Observe su conducta y el resultado obtenido con su alternativa.
- Compare el resultado actual (observado) con el resultado esperado para su solución.
- Retroceda a etapas anteriores si ello fuera necesario.
- Finalice el proceso de solución de problemas si el resultado es satisfactorio.
- Refuércese por sus esfuerzos de aplicar el proceso de solución de problemas a su problema particular satisfactoriamente (elógiase por haberlo conseguido), por un trabajo bien hecho, utilice un refuerzo material, etc.

### *Pasos a dar cuando la puesta en práctica y verificación de la solución no es satisfactoria*

Cuando la comparación entre el resultado esperado de la solución y el observado es adecuado se ha encontrado una solución satisfactoria al mismo. Pero en algunos casos esto no es así. Cuando existan discrepancias suelen deberse bien a dificultades en el proceso de solución de problemas o bien en la ejecución de la solución. Si ocurre esto hay que volver a las fases previas del entrenamiento en solución de problemas y comprobar si se ha definido claramente el problema, generado todas las alternativas posibles de solución, tomado la solución adecuada de solución y puesto en práctica la misma.

Con volver a analizar las etapas anteriores minuciosamente seguro que encontrará aquello que le impedía llegar a la mejor solución o a la implantación real de la misma en la situación problemática.

Aun así pueden surgir barreras importantes en el camino (por ejemplo, un problema financiero; una relación marital rota; un hijo encarcelado; una crisis personal, etc.). El análisis del estado afectivo es igualmente importante en casos como el anterior. El entrenamiento en solución de problemas es un *proceso* y su entrenamiento sistemático posibilita solucionar los problemas personales. Pero al hacerse el proceso casi automático hay que tener presente que los problemas pueden ser de intensidad pequeña, mediana o grave, y que hay que ser posibilistas y realistas en su solución.

\* \* \*

Con el entrenamiento en solución de problemas que hemos visto hasta aquí usted podrá conocer e identificar sus problemas, analizarlos y encontrarles soluciones adecuadas que le resulten satisfactorias.

## Anexo 12: Escala de Plutchick.

PPS-Anexo 6

Nombre .....

Centro Penitenciario ..... Fecha .....

### ESCALA DE PLUTCHICK

Se trata de un cuestionario **autoadministrado**

**INSTRUCCIONES:** Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Vd. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

**Valoración:** Un valor superior a 6 indica riesgo de suicidio. Cuanto mayor es el valor obtenido mayor es el riesgo de suicidio. No fotocopiar esta valoración.

### Anexo 13: “Autorregistro”.

[illegible]

#### **Anexo 14: Encuesta satisfacción percibida del programa.**

1. La persona que ha impartido el programa os ha informado de manera clara sobre el programa al inicio de este.

- ☐ 1. Totalmente en desacuerdo.
- ☐ 2. En desacuerdo.
- ☐ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ 4. De acuerdo.
- ☐ 5. Totalmente de acuerdo.

2. La persona que ha impartido el programa explica de forma clara y organizada.

- ☐ 1. Totalmente en desacuerdo.
- ☐ 2. En desacuerdo.
- ☐ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ 4. De acuerdo.
- ☐ 5. Totalmente de acuerdo.

3. La forma de impartir las sesiones del profesional consigue motivarme y despertar el interés por el programa.

- ☐ 1. Totalmente en desacuerdo.
- ☐ 2. En desacuerdo / En desacuerdo.
- ☐ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ 4. De acuerdo.
- ☐ 5. Totalmente de acuerdo.

4. Los métodos empleados a la hora de impartir el programa me ayudada a aprender los contenidos y objetivos del programa.

- ☐ 1. Totalmente en desacuerdo.
- ☐ 2. En desacuerdo.
- ☐ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ 4. De acuerdo.
- ☐ 5. Totalmente de acuerdo.

5. Los juegos y las partes prácticas ayudan a comprender mejor los contenidos teóricos.

- ☐ 1. Totalmente en desacuerdo.
- ☐ 2. En desacuerdo.
- ☐ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ 4. De acuerdo.

☐ 5. Totalmente de acuerdo.

6. Los recursos que utiliza el profesional (bibliografía, recursos didácticos, etc.) favorecen mi aprendizaje.

☐ 1. Totalmente en desacuerdo.

☐ 2. En desacuerdo.

☐ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

☐ 4. De acuerdo.

☐ 5. Totalmente de acuerdo.

7. El profesional ha resuelto adecuadamente las dudas que se han planteado en las sesiones.

☐ 1. Totalmente en desacuerdo.

☐ 2. En desacuerdo.

☐ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

☐ 4. De acuerdo.

☐ 5. Totalmente de acuerdo.

8. He sido atendido adecuadamente durante las sesiones y en mis dudas planteadas.

☐ 1. Totalmente en desacuerdo.

☐ 2. En desacuerdo.

☐ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

☐ 4. De acuerdo.

☐ 5. Totalmente de acuerdo.

### **Satisfacción**

Indica tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

9. Indica tu nivel de satisfacción con la labor del profesional.

☐ 1. Totalmente insatisfecho.

☐ 2. Insatisfecho.

☐ 3. Ni insatisfecho ni satisfecho.

☐ 4. Satisfecho.

☐ 5. Totalmente satisfecho.

10. Indica tu nivel de satisfacción global con el programa.

☐ 1. Totalmente insatisfecho.

☐ 2. Insatisfecho.

☐ 3. Ni insatisfecho ni satisfecho.

☐ 4. Satisfecho.



☐ 5. Totalmente satisfecho.

11. Indica el nivel de satisfacción con tu durante/tras el programa.

☐ 1. Totalmente en desacuerdo.

☐ 2. En desacuerdo.

☐ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

☐ 4. De acuerdo.

☐ 5. Totalmente de acuerdo.

12. El programa es necesario en este tipo de centros.

☐ 1. Totalmente en desacuerdo.

☐ 2. En desacuerdo.

☐ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

☐ 4. De acuerdo.

☐ 5. Totalmente de acuerdo.

### **Comentarios o sugerencias**

Por favor, escribe aquí las sugerencias o comentarios que desees realizar sobre el programa, sesiones integrantes o cualquier cosa que crea que se puede mejorar.

1. Comentarios o sugerencias:

## BIBLIOGRAFÍA

- ASDE. (2004). *Pensando en positivo. Mens sana in corpore sano*. Federación de asociaciones de Scouts de España. Recuperado en 2015 de: [http://issuu.com/scout\\_es/docs/pensandoenpositivo/54](http://issuu.com/scout_es/docs/pensandoenpositivo/54)
- Atienza, F. L., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, vol XXII (1-2), 29-42.
- Aróstegui, J. (2005). *La salud mental de las personas privadas de libertad en los establecimientos penitenciarios*. Recuperado en 2015 de: <http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=1119>
- Arroyo-Cobo, J. M. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13(3), 100-111.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson.
- Becoña, E. (1995). Técnicas de solución de problemas. En F. J. Labrador., J. A. Cruzado., y M. Muñoz (coord.), *Manual de técnicas de modificación de terapia y conducta* (pp 710-743). Madrid: Pirámide.
- Berjano, E., y Pinazo, S. (2001). Aproximación conceptual a las habilidades sociales. En E. Berjano., y S. Pinazo (coord.), *Interacción social y comunicación* (pp. 105-132). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Bertolote, J. M. (2007). Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. *Biblioteca de la OMS. Departamento de salud mental y abuso de sustancias*. Recuperado en febrero de 2015 de: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_jails\\_prisons\\_update\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons_update_spanish.pdf)



- Conde. V, Franch .J.L.(1984). Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn SA.
- Dirección General de Servicios Sociales. Conserjería de familia y asuntos sociales de Madrid. (2006). *Escala de Rosenberg*. Recuperado en Mayo de 2015 en: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala%20Rosenberg.pdf>
- Gil, F., y García, M. (1995). Entrenamiento en habilidades sociales. En F, J. Labrador., J, A. Cruzado., y M. Muñoz (coord.), *Manual de técnicas de modificación de terapia y conducta* (pp 796-825). Madrid: Pirámide.
- Hamilton, M. (1960). Rating scale for depresion. J.Neurol Neurosurg Psychiatry, vol 23:56-62.
- Herraiz, F. (1999). Programa de intervención psicoeducativo en el departamento de psiquiatría del centro penitenciario de hombres de Barcelona. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol1, 2: 6-15. Recuperado en 2015 de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/132/312>
- Méndez, F. X., Olivares, J., y Quiles, M. J. (2001). Técnicas de relajación y respiración. En J. Labrador., y F, X. Méndez (coord.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp 27-77). España: Biblioteca Nueva.
- Méndez, F. X., Olivares, J., y Ros, M. C. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales. En J. Labrador., y F, X. Méndez (coord.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 337-366). España: Biblioteca Nueva.
- Ministerio de Justicia e Interior (1996). *Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario*. Agencia Estatal, *Boletín Oficial del Estado*, 40. Recuperado en Abril de 2015 de: <http://www.boe.es/boe/dias/1996/02/15/pdfs/A05380-05435.pdf>
- Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2004). *Programa marco de prevención de suicidio* [versión electrónica]. Recuperado en 2015 de: [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargas/InstruccionesCirculares/Instruccixn\\_I-5-2014.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargas/InstruccionesCirculares/Instruccixn_I-5-2014.pdf)

- Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2006). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario* [versión electrónica]. Recuperado en 2015 de: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio\\_saludMental\\_medio\\_penitenciario.pdf.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf.pdf)
- Mora, M. I. (2007). *Enfermos mentales en las prisiones ordinarias. Un fracaso de la sociedad del bienestar* [versión electrónica]. Recuperado en 2015 disponible en: <http://www.apdha.org/media/saludmental07.pdf>
- Pérez, E. (2004). ¿Psiquiatría penitenciaria?. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 6, Nº 3. Recuperado en 2015 de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/274/597>
- Pérez, M., & García, J. M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez., J. M, García (coord.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Adultos* (pp. 161-195). Madrid: Pirámide.
- Plutchik, R. (1998): Evaluación y predicción del suicidio. *Archivo. Neurobiológico* (Madrid) 1998, 61(2), 93-106.
- Ramos-Brieva, J. A., & Cordero, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 14, (pp. 324-334).
- Ramos-Brieva JA, Cordero A. (1988). A New validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J.Psychiatr Res*, vol 22; 21-28.
- Redondo, S. (2000). Psicología penitenciaria aplicada: los programas de rehabilitación en Europa [versión electrónica]. *Ponencia en las I Jornadas de Tratamiento Penitenciario (Peñíscola)*. Recuperado en 2015 de: [http://www.ub.edu/geav/contenidos/vinculos/publicaciones/public1\\_6/publicac\\_pdf/3\\_5%20Redondo%20Illescas,%20S%20%282000%29.pdf](http://www.ub.edu/geav/contenidos/vinculos/publicaciones/public1_6/publicac_pdf/3_5%20Redondo%20Illescas,%20S%20%282000%29.pdf)
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosique, M. T., y Sanz, T. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Universidad de Huelva*

*Servicio Publicaciones. Análisis y modificación de conducta*, vol. 39.  
Recuperado en 2015 de:  
<http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2540/2406>

Sánchez, J.M. (2001). Los pacientes mentales en prisión. *Revista Española de Neuropsiquiatría (SciELO España)*, vol. XXI, n. 78. 139-153. Recuperado en 2015 de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n78/n78a09.pdf>

Sanz, J. (2013). 50 años de los inventarios de depresión de Beck: Consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del psicólogo*. Vol. 34(3). Pp. 161-168. Recuperado en Mayo de 2015 de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77828443001.pdf>

Secretaría de seguridad pública, Estados Unidos Mexicanos (2010). *Taller de resiliencia para adolescentes*. Recuperado en 2015 de: <http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/ShowBinary?nodeId=/BEA%20Repositorio/1214179//archivo>

Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto (2009). *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM)* [versión electrónica]. Recuperado en Diciembre de 2014 de: [http://www.iipp.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo\\_PAIEM.pdf](http://www.iipp.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf)

Servicio a la ciudadanía instituciones penitenciarias, Sae (2014). *Informe salud mental en prisiones (CCOO)*. Recuperado en 2015 de: [http://www.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/99922/doc209002\\_Salud\\_mental\\_en\\_prisiones.pdf](http://www.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/99922/doc209002_Salud_mental_en_prisiones.pdf)

Universidad Complutense de Madrid. (2006). *Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica*. Recuperado en Mayo de 2015 de: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20HAMILTON%20PARA%20LA%20EVALUACION%20DE%20LA%20DEPRESION%20HAM-D/HAM-D\\_F.PDF](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20HAMILTON%20PARA%20LA%20EVALUACION%20DE%20LA%20DEPRESION%20HAM-D/HAM-D_F.PDF)

- Vázquez, C., Nieto, M., Hernangómez, L., y Hervás, G. (2006). Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor. En J. P, Labrador., J. Olivares., F. X, Méndez (coord.), *Terapia psicológica. Casos prácticos* (pp. 201-227). España: Pirámide.
- Vicens-Pons, E, PRECA Grupo (2011). *Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles* (Estudio PRECA) [versión electrónica]. Recuperado en Enero de 2015 de: <http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=2505>
- Vincles, S. Equipo. (2011). Guía para la promoción de la salud mental en el medio penitenciario. *Madrid: Ministerio del Interior. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias*. Recuperado en 2015 de: [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargas/saludpublica/Guia\\_Promocion\\_Salud\\_Mental.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargas/saludpublica/Guia_Promocion_Salud_Mental.pdf)
- Vizueta, J. (2007). El trastorno mental grave apreciado después de dictarse sentencia firme: El artículo. 60 del Código Penal. *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, 9, 4. Recuperado en 2015 de: <http://criminnet.ugr.es/recpc/09/recpc09-04.pdf>
- Yela, M., y Chiclana, S. (2008). *El psicólogo en instituciones penitenciarias: teoría y práctica*. Consejo General de Colegios oficiales de psicólogos (FOCAD). Recuperado en 2015 de: <http://www.morellpsicologia.com/guias/008-FOCAD-01.pdf>