



Universidad  
Católica  
de Valencia  
San Vicente Mártir

**Facultad de Psicología**

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**Programa de intervención integral  
de las autolesiones no suicidas en una  
comunidad educativa desde la terapia  
dialéctica comportamental**

**Presentado por:**

M. Carmen Velis Giménez

**Tutor/a:**

Dra. Blanca Gallego Hernández de Tejada

**Valencia, a 1 de Junio del 2020**

**“Construir una vida que valga la pena vivir”**

Marsha Linehan (1993)

## **Agradecimientos**

Este trabajo no hubiera sido posible sin la ayuda de mi tutora de trabajo de fin de grado, la Dra. Blanca Gallego Hernández de Tejada. Quiero agradecerle la confianza que ha depositado en mí a la hora de formar parte de este proyecto, así como su ayuda y generosidad durante todo el tiempo. En todo momento me ha transmitido su motivación y pasión por el trabajo y, aunque algunas cosas no han salido como esperábamos, me ha animado y motivado a seguir con ello.

Por otro lado, quiero agradecer a mis padres, hermana y pareja por animarme en los momentos de incertidumbre y apoyarme en todo momento.

Por último, quiero darle las gracias a mis amigas y compañeras por acompañarme durante estos cinco años, que no han sido fáciles para ninguna pero que hemos sabido afrontar de la mejor manera.

## **Resumen**

Las autolesiones no suicidas (ANS) en adolescentes son una realidad presente en el ámbito escolar y en la sociedad en general debido a su elevada prevalencia en los últimos años. El objetivo del presente trabajo es el diseño de un programa de prevención e intervención para el tratamiento de las ANS en adolescentes dirigido a toda la comunidad educativa, padres, profesores y alumnos. El programa se dirige a una población específica, a los adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 17 años de un instituto público de la ciudad de Valencia. La intervención está basada en la Terapia Dialéctica Comportamental (TDC) debido a que es la terapia que mayor evidencia empírica ha recogido hasta la actualidad para el tratamiento de las ANS en adolescentes. El programa tiene por objetivo, por una parte, sensibilizar a toda la comunidad educativa de estas conductas, conocer su detección y derivación a servicios externos que proporcionen ayuda específica y, por otra parte, prevenir e intervenir directamente con los alumnos que presenten ANS o riesgo de padecerlas. La intervención con los alumnos tiene por objetivo dotarles de habilidades de toma de conciencia, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar. Los resultados esperados indican que el programa podría ayudar en el conocimiento de los aspectos relacionados con las ANS, en la modificación de los patrones disfuncionales, manejo en la tolerancia al malestar, aumento del control de impulsos y regulación emocional.

**Palabras clave:** Autolesiones No Suicidas, adolescentes, escuela, prevención, detección, intervención.

## **Abstract**

Non-suicidal self-harm (NSSI) in adolescents is a reality present in the school environment and in society in general due to its high prevalence in recent years. The objective of this work is the design of a prevention and intervention program for the treatment of NSSI in adolescents aimed to an educational community, parents, teachers and students. The program is aimed at a specific population, adolescents between the aged of 12 and 17 at a public high school located in Valencia. The intervention is based on Behavioural Dialectical Therapy (DBT) because it is the therapy that collected the most empirical evidence to date for this treatment of NSSI in adolescents. The objective of the program is, on the one hand, to sensitize the educational community to these behaviours, learn about their detection and derivation to external services that provide specific help and, on the other hand, prevent and intervention directly with students aims to provide them with awareness skills, interpersonal effectiveness, emotional regulation

and tolerance of discomfort. The expected results indicate that the program could help in the knowledge of aspects related to ANS, in the modification of dysfunctional patterns, management of tolerance discomfort, increased impulse control and emotional regulation.

**Keywords:** Non-suicidal self-harm, adolescents, school, prevention, detection, intervention.

## Índice

1. Introducción.....	3
1.1 Conceptualización de las autolesiones no suicidas (ANS).....	3
1.2 Funcionalidad .....	5
1.3 Prevalencia .....	7
1.4 Métodos.....	8
1.5 Factores de riesgo .....	9
1.6 Factores de protección .....	10
1.7 Modelos explicativos.....	11
1.8 Intervención .....	14
1.9 Justificación del programa.....	18
2. Descripción del programa de intervención.....	20
2.1 Ámbito de aplicación.....	20
2.2 Objetivos del programa.....	20
2.3 Destinatarios del programa.....	21
2.4 Fases en la elaboración del programa.....	22
2.5 Descripción del programa.....	23
2.6 Calendario de actividades .....	45
2.7 Delimitación de recursos .....	46
2.8 Análisis de su viabilidad.....	47
3. Conclusiones.....	48
4. Referencias .....	50
5. Anexos .....	58
Anexo 1. Consentimiento informado.....	58
Anexo 2. Escalas de evaluación .....	60

## Índice de tablas

Tabla 1. Criterios del DSM-5 de la autolesión no suicida .....	3
Tabla 2. Funciones de las ANS analizadas en el ISAS .....	6
Tabla 3. Eficacia de las intervenciones realizadas con ANS en adolescentes .....	17
Tabla 4. Fases del programa .....	23
Tabla 5. Mitos de las emociones .....	42
Tabla 6. Autorregistro emocional .....	42
Tabla 7. Métodos de tolerancia al malestar .....	43
Tabla 8. Calendario de actividades .....	46
Tabla 9. Recursos económicos.....	46

## Índice de figuras

Figura 1. Esquema del programa .....	22
Figura 2. Esquema documental "La muerte silenciada" .....	33
Figura 3. Habilidades comportamentales.....	35
Figura 4. Esquema de la mente .....	37
Figura 5. Esquema desregulación emocional.....	40

## 1. Introducción

### 1.1 Conceptualización de las autolesiones no suicidas (ANS)

Las autolesiones no suicidas (ANS) hacen referencia a las conductas realizadas de manera intencionada, autodirigida y sin intencionalidad suicida que causan una destrucción inmediata de la superficie corporal (APA, 2013). Estas conductas se han definido tradicionalmente como un intento intencional de daño en la superficie de la piel sin intento de suicidio según investigadores como Nock y Favazza (2009).

Cuando se empezó a hablar de este tipo de conductas, en la literatura se encontraban distintos conceptos que hacían referencia a las ANS y que variaban dependiendo de la localización geográfica. Por una parte, tanto en Australia como en Europa se empezó a utilizar el término “deliberate self-harm” que hacía referencia a las conductas que tenían relación con el daño que se autoinflinge la persona existiendo o no intención suicida. Por otra parte, en los estudios realizados en Estados Unidos y Canadá han usado el término de “non-suicidal self-injury”, que no incluye las conductas con intención suicida y que es el más aceptado actualmente, por lo que esta nueva clasificación ha dificultado la investigación en este campo con respecto a las investigaciones anteriores que tomaban como referencia el otro término (Muehlenkamp et al., 2012).

En la última edición del manual diagnóstico de trastornos mentales DSM-5 (APA, 2013), dentro de la tercera sección (afecciones que necesitan de mayor estudio), ya se describen las conductas autolesivas no suicidas como una propia entidad diagnóstica. En la siguiente tabla (*Tabla 1*) se describen los criterios del DSM-5:

*Tabla 1. Criterios del DSM-5 de la autolesión no suicida*

---

- A. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infringido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p. ej. cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión solo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).
  
- B. El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:
  - 1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
  - 2. Para resolver una dificultad interpersonal.



3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.

Nota: El alivio o respuesta deseados se experimentan durante poco o después de la autolesión y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.

- C. Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:
1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
  2. Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.
  3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.
- D. El comportamiento no está aceptado socialmente (p.ej., piercings, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultura), y no se limita arrancarse una costra o morderse las uñas.
- E. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.
- F. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia a sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p.ej. trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, un trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], trastorno de excoriación [dañarse la piel].

---

Fuente: Extraído del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM-5 (APA, 2013)

La falta de intencionalidad suicida se conoce debido a que el individuo lo expresa verbalmente o porque la reincidencia de este tipo de comportamientos no puede tener como consecuencia la muerte, sino que le ocasionará un daño leve o moderado (APA, 2013). Sin embargo, la autolesión se ha identificado como un factor de riesgo que aumenta hasta en un 50% la probabilidad de cometer suicidio (Beckman et al., 2018).

Las autolesiones no suicidas se definen como aquellas lesiones que la persona se infringe con intencionalidad en la superficie corporal y que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que esta lesión conllevará un daño físico leve o moderado (sin intención suicida). Estas lesiones

se producen para paliar un sentimiento o estado cognitivo negativo, para solucionar un problema interpersonal o para inducir un estado de sentimientos positivos (APA, 2013).

## **1.2 Funcionalidad**

Debido a la estrecha relación entre las ANS y los adolescentes, algunos investigadores como Nock y Prinstein (2004) informan que los adolescentes se implican en este tipo de conductas por un aprendizaje debido a un reforzamiento. Estos distinguen cuatro funciones de las autolesiones en función de cuatro factores de reforzamiento, dos de ellos se enmarcan en el reforzamiento automático o interno y otros dos en el reforzamiento social:

1. Refuerzo automático negativo: Hace referencia al uso de las conductas autolesivas con la intención de reducir la tensión o los estados emocionales negativos; es el refuerzo más respaldado empíricamente.
2. Refuerzo automático positivo: La conducta se lleva a cabo con la intención de provocar un estado fisiológico deseable, generar sensaciones, sentir algo aunque sea dolor.
3. Refuerzo social negativo: Los comportamientos se realizan para escapar de situaciones aversivas de las relaciones sociales, por ejemplo, para evitar el castigo de los demás.
4. Refuerzo social positivo: Las conductas tienen como objetivo captar la atención de los demás, pese a que su reacción sea negativa.

En este estudio sobre las funciones que desempeñan las ANS en los adolescentes se concluye que las funciones automáticas son más frecuentes como motivadoras de las ANS y que los adolescentes que llevan a cabo este tipo de conductas necesitan sentir un alivio del estado emocional negativo que les invade. De esta forma, intentan llenar el vacío emocional y desean sentir algo, aunque sea doloroso. También se involucran en ellas como una forma de expresar la ira, lo que les permite distraerse de otras emociones más desagradables y sugiere que la función de castigo se da ante sentimientos de autodesprecio (Nock y Prinstein, 2004).

Otro estudio llevado a cabo con pacientes con ANS en espera de recibir tratamiento psicológico informa que las funciones intrapersonales se relacionan con una mayor gravedad clínica mientras que las funciones sociales se relacionan con la influencia social y con la identificación con los pares, la evitación y la conducta solitaria. Según los resultados obtenidos, el autor distingue cinco funciones de las ANS (Klonsky et al., 2015):

1. Regulación del afecto: Permite calmarse, castigarse. Es una forma de aliviar la presión emocional.
2. Anti-disociación: Causar dolor implica una desconexión, se intenta sentir algo aunque sea dolor físico.
3. Manejar el estrés: Genera una sensación física que refleja el dolor o malestar; la persona se demuestra que su dolor es real.
4. Anti-suicidio: La persona que se involucra en las ANS no piensa en acabar con su vida.
5. Auto-daño: Realizar estas conductas implica destacar sobre los demás porque la persona no se gusta o se siente mal consigo misma.

La funcionalidad de las conductas autolesivas permite al terapeuta dirigir la intervención ya que, por una parte, cuando se da el refuerzo social, la intervención se centrará en las consecuencias del ambiente cuando se producen estas conductas y, por otra parte, cuando se da el refuerzo automático, la intervención se orientará a la regulación emocional (Calvete et al., 2015).

En relación con la evaluación de la funcionalidad, la escala que mayor evidencia empírica ha recogido es el ISAS, por sus siglas en inglés, Inventory of Statements About Self-Injury. Este cuestionario se ha utilizado en una gran cantidad de estudios con muestras comunitarias y universitarias, así como en muestras clínicas para conocer la funcionalidad de las ANS. Recientemente se ha publicado un estudio de validación del ISAS-II en población clínica española con una muestra de 355 participantes diagnosticados con trastornos alimenticios o TLP cuyos resultados indican que el ISAS-II es un instrumento válido para evaluar las autolesiones no suicidas en población clínica española (Pérez, García-Alandete, Cañabate y Marco, 2020). En la tabla (*Tabla 2*) se muestran las funciones de las ANS analizadas en este cuestionario:

*Tabla 2. Funciones de las ANS analizadas en el ISAS*

<i>Función</i>	<i>Descripción</i>
Intrapersonales	
Regulación afectiva	Alivio temporal del estado afectivo negativo o de un arousal afectivo aversivo.
Anti-disociación	Finalizar la experiencia de despersonalización o disociación.
Anti-suicidio	Cambiar o evitar el impulso de cometer suicidio.

Marcar el malestar	Realizar una señal física de una emoción negativa.
Autocastigo	Humillarse o expresar rabia hacia uno mismo.
Interpersonales	
Barreras interpersonales	Afirmar la propia autonomía o distinguirse entre uno mismo y los demás.
Influencia interpersonal	Expresar la magnitud del dolor a otros.
Búsqueda de sensaciones	Producir excitación.
Vincularse	Encajar y sentirse cercano a los iguales.
Venganza	Vengarse de otros.
Auto-cuidado	Infringirse un daño físico para cuidarse a sí mismo.
Terquedad	Saber si es capaz de tolerar y soportar el dolor físico.

---

Fuente: Extraído de Pérez, García-Alandete, Cañabate y Marco (2020)

Algunos estudios basados en población adolescente española como el de García-Nieto et al. (2013) en el que llevaron a cabo una investigación con 267 participantes usuarios de servicios de salud mental, concluyeron que el reforzamiento negativo automático es la función más habitual de las ANS, coincidiendo con Nock y Prinstein (2004). Además, el reforzamiento negativo social se relacionaba con las cogniciones sobre las ANS (Díaz de Neira, 2015). Un estudio reciente basado en población española en el que participaron 1.733 adolescentes de 11 a 19 años concluye que la funcionalidad de las ANS es principalmente de carácter intrapersonal, esto es que tiene como finalidad aliviar o eliminar estados emocionales negativos (Gallego, 2019).

### **1.3 Prevalencia**

El desarrollo y curso de este tipo de conductas suele empezar a manifestarse entre los 12 y los 14 años (Gandhi et al., 2018; Cipriano, Cella y Cotrufo, 2017; Nock, 2009; Muehlenkamp y Gutiérrez, 2007) y su frecuencia se reduce a medida que aumenta la edad (Cipriano, Cella y Cotrufo, 2017; Lenkiewicz, Racika y Brýnska, 2017; Hawton y Harris, 2008) aunque algunos estudios indican que estas conductas también se dan en niños menores de 12 años (Barrocas et al., 2012). La prevalencia de las autolesiones no suicidas en adolescentes y adultos jóvenes se

sitúa en la población general entre el 13 y el 42% y en población clínica entre el 40 y el 80% (Lenkiewicz, Racika, Brýsnka, 2017). Muehlenkamp, Claes, Havertape y Plener (2012) estudiaron la prevalencia de las ANS en población internacional, obteniendo tasas de prevalencia muy variables, siendo la media del 18 %. Por otra parte, estudios recientes con muestras de diferentes partes del mundo indican que del 13-45% de los adolescentes se han autolesionado al menos una vez a lo largo de su vida y en adultos jóvenes del 5-35% (Puntí et al., 2018).

Los datos informan que las conductas autolesivas no suicidas son más prevalentes en el periodo de la adolescencia y en el género femenino. Según un estudio de metaanálisis sobre las diferencias de género en la presencia de las ANS indica que las mujeres presentan una historia de estas conductas más habitualmente que los hombres, siendo más evidente en muestras clínicas e independientemente de la edad. Se observan diferencias en lo referente al método de autolesión y concluyen que las adolescentes se implican más en aquellas conductas que implican ver sangre (cortarse y rascarse a uno mismo gravemente) mientras que los chicos son más propensos a golpearse y quemarse (Puntí et al., 2018). Otro estudio de metaanálisis indica que existen diferencias significativas entre el género masculino y femenino en relación con la edad de inicio, el grado de la lesión y el método aunque los resultados (Andover et al., 2010).

En nuestro país, estudios como el de Calvete, Orue, Aizpuru y Brotherton (2015) con una muestra de 1.864 adolescentes con edades entre los 12 y 19 años concluyen que más de la mitad de los adolescentes revelaron que se habían autolesionado durante el último año y de ellos, cerca del 32% presentaron autolesiones severas como cortes o quemaduras de piel (Calvete et al., 2015). En muestras con población española existen referencias de una reciente tesis doctoral, donde se evaluó a población adolescente y los resultados obtenidos indican que el 24,2% de los adolescentes se habían autolesionado alguna vez en la vida y que el 12,7% lo hacía de forma grave (Gallego, 2019). Otro estudio realizado con una muestra de 1.171 alumnos de secundaria de un instituto de Barcelona concluye que el 11.4% del grupo estudiado había tenido en los últimos doce meses conductas autolesivas y el 12.5% presentaba ideación suicida, siendo el pico más alto a la edad de 16 años (Sánchez-Sánchez, 2018).

#### **1.4 Métodos**

Las formas en las que los adolescentes se autolesionan son muy diferentes aunque las más comunes son los cortes, arañazos, impedir e inferir en la cicatrización de heridas, escribir

palabras o símbolos en la propia piel (tallarse), golpearse, clavarse agujas, hacerse quemaduras con cigarrillos e irritaciones con materiales químicos como jabón, ácido, etc. Las investigaciones indican que realizarse cortes en la piel consiste en uno de los métodos más frecuentes (Muehlenkamp, Kerr, Bradley y Larsen, 2010; Moran et al., 2012).

En población adolescente, un reciente estudio con muestras de distintos países europeos indica que la mayoría de los participantes que estaban implicados en ANS lo hacían en forma de cortes (73.6%), seguido de golpes o golpes hacia uno mismo (25.6%) y tallarse la piel (22.3%) (Hack y Martin, 2018). Otros estudios siguen la misma línea e indican que el corte es el método más común de ANS entre los adolescentes (Hauber, Boon y Vermeiren, 2019). Las investigaciones anteriores realizadas en este ámbito sugieren que la forma más común de autolesión son los cortes sobre la piel (70-97%), seguido de autogolpearse o golpear objetos (21-44%) y producirse quemaduras (15-35%) (Klonsky, 2007).

### **1.5 Factores de riesgo**

Las conductas autolesivas no suicidas se relacionan con distintos factores de riesgo, así, estudios indican que una de las principales causas corresponde a los síntomas de internalización como depresión, desesperanza o ansiedad los cuales afectan directamente a la desregulación emocional, los pensamientos y los comportamientos autolesivos, ya tengan como fin la muerte o no (Fox et al., 2015). Los síntomas de internalización correlacionan con las ANS en individuos con elevados niveles de estrés, prácticas parentales negativas y la violencia física, psicológica o sexual en la infancia (Baetens et al., 2014). Las personas que se autolesionan tienen niveles particularmente elevados de desregulación emocional lo que les impulsa a realizar este tipo de conductas para mejorar su estado de ánimo. Las investigaciones realizadas mediante autoinformes, investigación experimental y medidas psicofisiológicas revelan que la mayoría de las personas que se autolesionan informan que hacerlo les ayuda a sentirse mejor (Nock y Prinstein, 2004; Brown et al, 2002; Weinberg y Klonsky, 2012). Estos estudios sugieren que la mejora del estado de ánimo puede ser una función central a la hora de comprometerse con las ANS. Otro estudio de revisión sistemática y metaanálisis sobre la desregulación emocional en adolescentes con ANS revela que existe una asociación significativa entre la desregulación de las emociones y las ANS, estos adolescentes tienen un acceso más limitado a estrategias de regulación y dificultades de control de los impulsos. Los resultados apoyan la idea de que una mayor desregulación emocional está asociada con un

mayor riesgo de ANS en individuos de diferentes entornos, edad o sexo por lo que debe ser un objetivo del tratamiento para prevenir las ANS (Wolff et al., 2019).

Un estudio de metaanálisis sobre los factores de riesgo en la presencia de ANS indica que los tres factores más significativos son haber tenido una experiencia anterior de estas conductas autolíticas, presentar un trastorno de la personalidad perteneciente al clúster B como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) o manifestar sintomatología subclínica compatible con este trastorno y la desesperanza, seguido de una historia de ideación y conducta suicida, la exposición a iguales con ANS, presentar psicopatología de TCA, ser mujer, presentar psicopatología general y problemas de desregulación emocional (Fox et al., 2015). A estos factores se le suman otros como ser adolescente, tener un bajo nivel socioeconómico, ser homosexual o bisexual, y presentar antecedentes de haberse criado en un ambiente familiar adverso como violencia intrafamiliar, abusos, separación o divorcio, madre muy joven o escaso nivel educacional (Villaroel et al., 2013). Un reciente estudio sobre las relaciones entre los padres y los iguales de chicas adolescentes como factores predictores del inicio de las ANS señala que el castigo severo de los padres, o la falta de control de estos y una mala calidad del apego predijeron un aumento de la aparición posterior de ANS en las adolescentes, mientras que los estilos de crianza seguros y positivos redujeron su aparición en el próximo año. Finalmente, aquellas que informaron una victimización más frecuente con sus iguales, mostraban peores niveles de autoestima social y competencia propia tuvieron mayor riesgo de aparición de ANS (Víctor et al., 2019). Estos hallazgos resaltan la importancia de las relaciones familiares y de los iguales ya que actúan como factores de riesgo para la presencia de ANS en adolescentes.

### **1.6 Factores de protección**

Los estudios realizados acerca de los factores de protección son mucho menores respecto a los factores de riesgo. Sin embargo, algunos estudios sugieren que tanto la expresión de las emociones negativas como gestionarlas eficazmente actúan como factores de protección para las ANS (Butler y Malone, 2013). De la misma forma, las investigaciones refieren que aquellos adolescentes que se sitúan en entornos cuyas relaciones familiares les proporcionan apoyo conforman uno de los factores de protección más importantes en esta etapa, más que las relaciones con sus iguales (Tatnell, Kelada, Hasking y Martin, 2014).

En las investigaciones más recientes sobre este ámbito, se considera que la satisfacción con la vida, el sentido de la vida y la espiritualidad o religiosidad de las personas pueden protegerlas de las ANS (Kress et al., 2015). Algunos estudios informan que las personas que experimentan sentido a la vida están mejor preparadas para afrontar con éxito situaciones difíciles y presentan un mayor sentido de la autonomía, la autodeterminación y el propósito en la vida (Frankl, 2006; García-Alandete et al., 2009). Otro hallazgo ha evidenciado que el sentido de la vida es un factor protector de las ANS longitudinalmente ya que los pacientes evaluados que mostraron niveles más elevados de sentido de la vida manifestaron menores conductas autolesivas no suicidas al año de seguimiento (Marco et al., 2015). Esto sugiere que una falta de sentido está relacionada con una frustración asociada a la desesperanza, a una percepción de falta de control sobre la propia vida y a una ausencia de metas vitales. En un reciente estudio que evalúa los factores de protección en población adolescente con ANS concluye que aquellos adolescentes que se autolesionan tienen menor sentido de la vida que los que no lo hacen, por lo que este funciona como moderador y amortiguador entre la desregulación emocional y las ANS graves (Gallego, 2019).

## **1.7 Modelos explicativos**

Actualmente, existen distintos modelos teóricos basados en la evidencia que tratan de explicar el origen de las ANS en las distintas poblaciones fuera del contexto del TLP adoptado anteriormente. Estos modelos se centran en las perspectivas biológicas, psicológicas y sociales con factores ambientales como el abuso, el abandono, la pérdida, el conflicto y la crítica en las primeras etapas de la vida. Algunos de estos modelos se exponen brevemente a continuación:

### **1.7.1. Modelo de Evitación Experiencial**

El modelo de Evitación Experiencial planteado por Chapman, Gratz y Brown (2006) señala que las personas se involucran en las ANS para poner fin a las emociones negativas, que ayudan a escapar y administrar o regular las emociones. Entre las experiencias evitadas se incluyen los pensamientos, sentimientos, sensaciones somáticas y otras experiencias que resultan dolorosas para la persona. Esta conducta se mantiene gracias al refuerzo negativo por lo que la ANS se convierte en una conducta funcional desencadenada por una evitación emocional. Cuando la persona se enfrenta a un evento emocional fuerte, esto le provoca una



respuesta emocional aversiva, las emociones son muy intensas y la persona tiene una baja tolerancia a la angustia, no tiene habilidades para regularse emocionalmente y tiene dificultades en la regulación del arousal, en ese momento sufre un deseo de escapar de ese estado por lo que se involucra en este tipo de conductas.

### **1.7.2 Modelo biopsicosocial**

El modelo biosocial planteado por Linehan (1993) establece que los mecanismos etiológicos que favorecen el desarrollo de la desregulación emocional y el TLP son consecuencia de una interacción entre la vulnerabilidad innata del individuo y la experiencia de crecer en un ambiente emocionalmente invalidante. Las investigaciones empíricas siguen el principal tópico de esta teoría que es la fuerte interacción entre la vulnerabilidad emocional infantil y un ambiente parental invalidante y sugieren que la invalidación parental en la crianza de los hijos se caracteriza por prácticas de crianza disfuncionales, una negligencia emocional y/o física y una mala calidad en la relación padre-hijo (Crowell et al., 2009). Estudios más recientes han indicado que existe una asociación entre negligencia emocional y la indisponibilidad de los padres a la hora de criar a sus hijos, y que presentan características del TLP con sintomatología como las ANS (Bureau et al., 2010; Gratz et al., 2011).

### **1.7.3. Modelo de la cascada emocional**

El modelo de la cascada emocional propuesto por Selby et al. (2009) afirma que existe una relación entre la desregulación afectiva y conductual en personas con TLP aunque también han propuesto recientemente que resulta útil en pacientes sin TLP. Los individuos experimentan un afecto negativo elevado al recordar algún suceso doloroso y a medida que aumenta este afecto negativo se producen más rumiaciones y le es más difícil desviar la atención del evento emocional por lo que se involucran en las ANS como una forma de “distracción” alejando el enfoque emocional de las rumiaciones (Selby et al., 2009).

### **1.7.4. Modelo de desarrollo y mantenimiento de las ANS**

Nock (2009) desarrolló un modelo en el que exponía que el mantenimiento de las ANS se produce debido a una regulación efectiva de experiencias emocionales y cognitivas

insoportables y a una regulación de situaciones sociales. Plantea que el riesgo de presentar ANS se ve incrementado por factores de riesgo como el abuso o la crítica familiar lo cual se relaciona con personas vulnerables con déficits de regulación emocional y dificultades para el manejo de situaciones estresantes lo que aumenta la probabilidad de presentar ANS. Según este modelo, Nock plantea una serie de hipótesis sobre los mecanismos que pueden llevar a una persona a participar en las ANS:

- Hipótesis de aprendizaje social: La participación en las ANS suele estar influenciada por la observación del comportamiento de otros, especialmente en el caso de los adolescentes.
- Hipótesis de autocastigo: El autocastigo o autodeprecación se aprende a través de la crítica o abuso repetido por otros y puede motivar a la aparición de este tipo de conductas.
- Hipótesis de señalización social: En casos en los que las ANS han fallado o no han producido el efecto deseado como consecuencia de un entorno receptivo o invalidante, hablar sobre ellas actúa como un medio de comunicación. Se demuestra que los comportamientos agresivos (ANS) tienen más probabilidades de provocar respuestas deseadas de los demás que otros comportamientos menos intensos (solicitudes verbales).
- Hipótesis pragmática: Algunas personas se provocan estas conductas debido que pueden realizarse de forma rápida en cualquier contexto, con o sin los materiales necesarios y que pueden cumplir una función similar como el consumo de alcohol o drogas.
- Hipótesis de los opiáceos/analgesia del dolor: El autor plantea que aquellas personas en riesgo de ANS y no participan en ellas sufren un dolor involucrado en el acto. Aquellas personas que se autolesionan refieren sentir poco o ningún dolor durante las ANS y muestran analgesia del dolor en las evaluaciones de tolerancia al dolor.
- Hipótesis de identificación implícita: Las personas que realizan las ANS se identifican con ellas y lo valoran como un medio efectivo para lograr alguna de las funciones descritas anteriormente. La identificación puede promover la selección de estas conductas sobre otras, fomentando que se mantengan en el tiempo.

## **1.8 Intervención**

Generalmente, la intervención en las autolesiones se ha llevado a cabo de forma secundaria a otros trastornos y se ha abordado desde distintos enfoques psicológicos por lo que existen escasos tratamientos psicoterapéuticos con apoyo empírico. Las intervenciones que se han utilizado para el tratamiento de las ANS a lo largo del tiempo han sido las siguientes:

### **1.8.1. Terapia cognitivo-conductual**

Dentro del enfoque cognitivo conductual, la Terapia de Solución de Problemas ha sido una de las primeras en abordar el tratamiento de las ANS. Esta terapia tiene por objetivo la resolución de los problemas teniendo en cuenta elementos cognitivos interpersonales o conductuales que ayudan a mejorar la actitud con la que los adolescentes se enfrentan a los distintos problemas (Muehlenkamp, 2006). La terapia de solución de problemas se centra tanto en desarrollar o mejorar una actitud positiva de cara a los problemas y disminuir la actitud negativa, entrenar en la solución de los problemas de manera no impulsiva como en disminuir la evitación de la solución de problemas y la toma de decisiones irracionales. De forma complementaria, se han utilizado estrategias cognitivas como la reestructuración cognitiva y los registros de pensamiento para abordar tanto las creencias negativas hacia uno mismo como las creencias distorsionadas hacia las ANS (Walsh, 2006).

### **1.8.2. Terapia de mentalización**

La terapia de mentalización de Bateman (Bateman y Fonagy, 2004) se basa en la teoría del vínculo. El objetivo de esta terapia es estabilizar el sentido del self y reducir el nivel de arousal en la relación entre el terapeuta y el paciente. Se persigue que el paciente sea capaz de regularse emocionalmente, empaticar y comprender los propios estados internos a fin de que el terapeuta reestructure la mente del paciente (mentalizar). Esta terapia va dirigida a pacientes con TLP que presentan problemas de regulación emocional, de control de los impulsos y que presentan una estructura mental desorganizada. Las técnicas que se llevan a cabo en terapia consisten en presentar una actitud de no juzgar, paciencia, validar las experiencias, explorar, clarificar, retar y centrarse en el afecto sin evitarlo. La terapia de mentalización ha resultado efectiva en la reducción de las ANS repetidas y en la reducción de síntomas de este tipo de conductas (Hawton et al., 2016).

### **1.8.3. Terapia farmacológica**

En cuanto a la intervención farmacológica, las ANS se han tratado directamente mediante el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) a pesar de que algunos estudios indican que este tipo de tratamiento antidepresivo produce el efecto contrario (Frías et al., 2012). Algunos estudios sobre este ámbito han demostrado que la medicación centrada en la dopamina, serotonina y opioides es eficaz para el tratamiento de las ANS siendo mayor su eficacia cuando existen relaciones terapéuticas colaborativas, con motivación hacia el cambio y abordando directamente las ANS (Turner, Austin y Chapman, 2014).

### **1.8.4. Terapia Dialéctica Comportamental**

Actualmente, la Terapia Dialéctica Comportamental (TDC, en español; Dialectical Behavior Therapy, DBT, en inglés) es la terapia que mayor evidencia ha recogido en la disminución de las autolesiones no suicidas (DeCou, Comtois y Landes, 2019; León, Olaya y Puentes, 2017). Es un tratamiento cognitivo-conductual desarrollado por Linehan y su grupo de investigación en la Universidad de Washington (1993) consiste en un tratamiento desarrollado en su origen específicamente para personas con un diagnóstico de TLP y en un programa de intervención con el mayor apoyo empírico para el abordaje de los comportamientos suicidas y las autolesiones. La terapia se divide en dos componentes, uno centrado en la formación de habilidades psicosociales y otro en factores motivacionales, como la motivación de seguir con la vida, reemplazar las conductas disfuncionales características del TLP por conductas competentes y construir una vida que merezca la pena ser vivida (Linehan, 1993).

El tratamiento en adolescentes tiene una duración de 12 a 24 semanas en función de cada caso y se estructura en sesiones individuales semanales de una hora y sesiones grupales semanales de dos horas con los familiares (Freeman et al., 2016). Anteriormente, este tratamiento implicaba una duración de 1 año por lo que algunos autores como Rathus y Miller (2002) argumentaron que acortar el tratamiento favorecería que los adolescentes vieran los objetivos de forma más alcanzable. En sus estudios con población adolescente con ANS se observaron resultados positivos en la reducción de hospitalizaciones, reducción de las ideaciones suicidas y los síntomas psiquiátricos generales. Estudios más recientes con

población adolescente y un tratamiento de 19 semanas refieren resultados generales positivos en la reducción de la sintomatología depresiva, ira, síntomas disociativos, síntomas generales, dificultades funcionales, deseo de autolesionarse y tendencias suicidas (Mehlum et al., 2014). Cuando este tratamiento se realiza en adolescentes, se asocia a una disminución significativa de ANS, hospitalizaciones, ideación suicida, síntomas de TLP, depresión, ansiedad y severidad global (Fleischhaker et al., 2011; James, 2008; Katz, 2004).

En un estudio realizado por Woodberry y Popenoe (2008) con una muestra comunitaria de 46 adolescentes, se observó una reducción de la ideación suicida así como de los pensamientos en las conductas de autolesiones no suicidas tras quince semanas de tratamiento con la terapia dialéctica comportamental (TDC), en el que combinaron terapia individual y grupo de habilidades. En otro estudio llevado a cabo por Fleischaker (2011) con una muestra de doce chicas adolescentes (de 13 a 19 años) informan de mejoras significativas en conductas suicidas al año de intervención, en conductas de autolesiones no suicidas, en adaptación psicosocial y una mejora en las variables psicopatológicas (Mollà et al., 2015).

#### **1.8.5. Eficacia de las intervenciones**

La intervención sobre las ANS en adolescentes que mayor evidencia empírica ha recogido hasta la actualidad es la terapia dialéctica comportamental. Según un estudio de revisión sistemática y metaanálisis sobre las distintas intervenciones terapéuticas para las ANS en adolescentes, se desarrolló la intervención tanto con los padres como con los jóvenes a lo largo de una media de diecinueve semanas. Las intervenciones terapéuticas incluyeron tratamientos psicológicos y sociales y sin tratamiento farmacológico y los resultados indicaron que se redujeron las conductas de autolesiones en los grupos de intervención (28%) que en los controles (33%). En cuanto al tipo de terapia, concluyeron que se produjeron mayores efectos en la terapia dialéctica comportamental (TDC), seguida de la terapia cognitiva-conductual (CBT) y, en última instancia, en la terapia basada en la mentalización de Bateman (MBT) (Ougrin et al., 2015).

En la *tabla 3* se muestra la eficacia de las intervenciones mencionadas anteriormente según los distintos autores:

Tabla 3. Eficacia de las intervenciones realizadas con ANS en adolescentes

Tipo de tratamiento	Autor y año	Resultados
TDC (Terapia dialéctica comportamental)	Hawton et al., 2016	Reducción en la proporción de ANS, ideación suicida, desesperanza y depresión
	James et al., 2008	Reducción de síntomas depresivos, desesperanza y ANS
CBT (Terapia cognitiva- conductual)	Taylor et al., 2011	Disminución de conductas autolesivas, Ansiedad Rasgo y depresión (estudio sin grupo control)
MBT (Terapia de mentalización de Bateman)	Hawton et al., 2016	Reducción de ANS repetidas y reducción de síntomas
Terapia farmacológica	Turner et al., 2014	Disminución de conductas autolesivas con tto. Farmacológico ligado a motivación de cambio y psicoterapia estructurada

Fuente: Adaptado de Mollá et al. (2015) y Hawton et al. (2016)

Así, la TDC ha resultado efectiva en procesos de regulación emocional, que permite al individuo minimizar el estado de angustia de tal forma que se validen las experiencias propias, las emociones y comportamientos para mejorar su calidad de vida (León, Olaya y Puentes, 2017).

En relación con la terapia dialéctica comportamental y su evidencia en población adolescente se ha observado que tras el tratamiento se produce una disminución de las ANS , hospitalizaciones, ideación suicida, síntomas de TLP, síntomas depresivos, ansiedad y severidad global. Esta terapia concede especial relevancia a la regulación emocional ya que, como se ha descrito en apartados anteriores, se sabe que aquellos jóvenes que son incapaces de hablar o manifestar sus emociones adecuadamente pueden derivar en la expresión de estas a través de la piel mediante cortes, quemaduras, etc. A medida que avanza la intervención, se les dota de estrategias funcionales de regulación emocional para que no realicen las conductas

autolesivas ante situaciones adversas. Estas estrategias consisten en la concentración de los pensamientos y la expresión emocional que permiten a los adolescentes sustituir las conductas autolesivas por otras conductas alternativas más funcionales (León, Olaya y Puentes, 2017).

#### **1.8.6. Terapia dialéctica comportamental: tratamiento basado en la evidencia**

Se considera que la terapia dialéctica comportamental es un tratamiento basado en la evidencia ya que otros investigadores que no pertenecen al equipo de Linehan han demostrado su validez. Existen unos veinte trabajos sobre el tratamiento en la TDC que han sido revisados por expertos, realizados en equipos diferentes al de Linehan y en al menos siete idiomas distintos. Los hallazgos indican que la TDC es efectiva para el tratamiento en TLP, tentativas de suicidio, conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, depresión y TLP, abuso de sustancias y TLP, trastornos de personalidad, TEP o TEPT (relacionado con abuso sexual infantil) con rasgos TLP, TEPT y TLP y trastorno bipolar en adolescentes. Desde 1996 se han realizado al menos 55 estudios no randomizados que refuerzan esta evidencia como el que realizaron Miller Alec y Rathus Jill entre 1996 y 2000 en el que adaptaron la TDC para los adolescentes y sus familias, con diagnósticos de TLP, rasgos TLP, conductas autolesivas sin intencionalidad suicida e ideación o tentativas suicidas. Se observó que los índices de abandono del tratamiento fueron menores en el grupo que recibía TDC que en el grupo control con una terapia estándar y los resultados indicaron que se redujeron el número de hospitalizaciones, mejoró el funcionamiento global, la depresión, la ideación suicida y otras sintomatologías asociadas.

Los estudios sobre el costo/efectividad de esta terapia indican que es un tratamiento efectivo y más económico que cualquier tratamiento estándar por lo que algunos sistemas públicos de salud mental en países como Alemania, Inglaterra, Suecia, Canadá o Australia recomiendan la TDC siendo en algunos países el único tratamiento disponible.

### **1.9 Justificación del programa**

Como ya se ha visto, las autolesiones no suicidas constituyen una realidad muy frecuente entre los jóvenes que pueden llegar hasta causar la muerte. Los adolescentes que realizan estas conductas se encuentran en los colegios, institutos, asociaciones juveniles, etc., a pesar de ello, no existen herramientas para su detección e intervención en estos ámbitos lo que implica que

estas conductas son un tema desconcertante e incomprensible tanto para los padres como para los docentes.

Actualmente, los adolescentes están expuestos a este tipo de conductas por su aparición en series como “Por 13 razones” o películas como “Heridas abiertas” o “La herida” donde se presentan distintos casos de adolescentes con ANS. Un estudio realizado en EEUU tras dos años del estreno de la serie “Por 13 razones” (2017) indica que aumentaron las búsquedas sobre el suicidio en un 19 % en los siguientes 19 días de su estreno. Las búsquedas se relacionaban con “cómo cometer un suicidio”, “suicidarse” y “cómo hacerlo” lo cual indica que fue provocó un incremento de la ideación suicida en la población. Por otra parte, aumentaron las búsquedas relacionadas con el “número de línea directa al suicidio”, la “prevención del suicidio” y el “suicidio adolescente” lo que parece indicar que la serie pudo crear conciencia social sobre este problema (Ayers et al., 2017). Las ANS son un tema tabú entre la sociedad, ya que más de la mitad de los adolescentes que se autolesionan no piden ayuda por miedo a ser estigmatizados entre sus compañeros. Se sabe que a pesar de que los psicólogos escolares y los profesores apoyan a los adolescentes, estos no suelen recurrir a ellos para pedir ayuda sino que la buscan en sus amigos o familiares (Whitlock y Rodham, 2013).

Por todo ello, este programa pretende prevenir, detectar e intervenir sobre este tipo de conductas mediante un programa de corte “ecológico” ya que ejerce una conexión entre la familia, escuela y comunidad basado en la terapia que mayor evidencia empírica ha recogida hasta la actualidad, la terapia dialéctica comportamental.



## **2. Descripción del programa de intervención**

### **2.1 Ámbito de aplicación**

El programa que se va a presentar está dirigido al ámbito escolar, especialmente a aquellos centros educativos interesados en la prevención e intervención de las conductas autolesivas en los adolescentes. Sin embargo, podría realizarse de forma preventiva en todos los centros educativos debido a que generalmente es un tema tabú o desconocido por muchos. También puede llevarse a cabo en centros de menores bajo la supervisión de un profesional cualificado. En el ámbito clínico puede utilizarse en hospitales o centros privados que realizan terapias grupales con los adolescentes y su entorno que tienen riesgo o presentan este tipo de conductas.

Concretamente, este programa se ha diseñado de forma específica para los alumnos y alumnas, docentes y padres de un instituto público de la provincia de Valencia, cuya dirección del centro acudió a solicitar ayuda a la Universidad Católica de Valencia debido a la detección de un número elevado de casos de autolesiones en los adolescentes del centro. El programa será implementado por un/a terapeuta generalista sanitario/a y un/a co-terapeuta que colaborarán conjuntamente durante todo el programa.

### **2.2 Objetivos del programa**

El presente trabajo de fin de grado tiene como objetivo principal diseñar un programa de prevención, detección e intervención para las autolesiones no suicidas (ANS) dirigido a los adolescentes de un instituto público de Valencia. En cuanto a los objetivos específicos se pretenden conseguir los siguientes:

- Evaluar, detectar, reclutar e intervenir con los adolescentes de un instituto de la provincia de Valencia que presenten desregulación emocional y autolesiones no suicidas.
- Promover y mejorar la capacidad para identificar a los adolescentes que tienen riesgo de realizar conductas autolesivas no suicidas en la comunidad educativa.
- Detección precoz de las conductas autolesivas no suicidas, ideación y riesgo suicidas.
- Prevención de las ANS mediante talleres dirigidos a los padres y docentes del centro.
- Concienciar a la comunidad educativa de la funcionalidad y prevalencia de las ANS en adolescentes, sus consecuencias y dotarlos de capacidades para convertirlos en agentes de ayuda.

- Trabajar con los padres para la “comprensión” y “acompañamiento” en el proceso de la adolescencia y dar pautas para prevenir e intervenir ante las ANS.
- Prevención e intervención mediante estrategias de regulación emocional dirigidas a los adolescentes del centro basadas en la terapia dialéctica comportamental.
- Aumentar las estrategias de regulación emocional, tolerancia al malestar y habilidades interpersonales en los adolescentes que reciban la intervención.
- Evaluar la efectividad de la intervención.

### **2.3 Destinatarios del programa**

La población diana del programa son los alumnos de secundaria y bachillerato (12-17 años) del instituto, los docentes y los padres de los adolescentes que presentan autolesiones no suicidas o riesgo de tenerlas que no tengan trastornos cognitivos que interfieran en el desarrollo de la intervención. El proyecto está dirigido a esta población debido a alta prevalencia de las ANS en los adolescentes en los últimos años. Como se ha visto anteriormente, algunos estudios indican que las tasas en adolescentes y adultos jóvenes se sitúan en la población general entre el 13 y el 42% (Lenkiewicz, Racika, Brýsnka, 2017) por lo que es necesario realizar estrategias de prevención e intervención con la población más vulnerable.

La participación en el programa se fundamenta siguiendo unos criterios de inclusión y exclusión para tener en cuenta tanto en la fase de evaluación como de intervención.

Los criterios de selección para la evaluación son los siguientes:

#### *Criterios de inclusión*

- Hombres y mujeres adolescentes de entre 12 y 17 años estudiantes de secundaria y bachiller.
- Aceptación de consentimiento informado por parte de padres/tutores y alumnos.
- Comprensión del idioma que se va a utilizar durante el programa (castellano).

#### *Criterios de exclusión*

- No aceptación de participar en el programa, tanto los alumnos como los padres.

En cuanto a la intervención, los criterios son los siguientes:

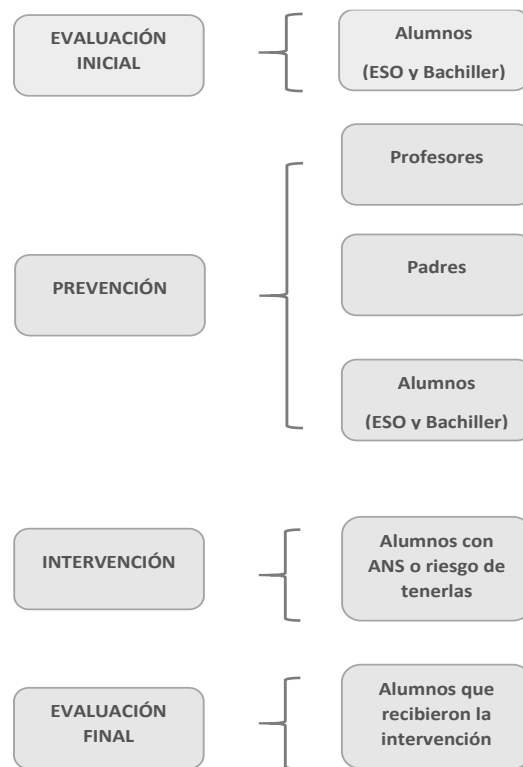
*Criterios de inclusión*

- Los participantes que cumplieron los pasos de la evaluación y mostraron interés por participar en el programa fueron informados y firmaron una hoja de consentimiento informado, tanto ellos como sus padres/tutores legales, siempre que se asegurara su derecho a la intimidad y el anonimato.

*Criterios de exclusión*

- Estar participando en una terapia dialéctica comportamental.
- Padecer una enfermedad orgánica que pudiera perturbar la aplicación del tratamiento.

En la siguiente figura (*Figura 1*) se muestran todos los agentes que van a colaborar en el programa:



*Figura 1. Esquema del programa*

Fuente: Elaboración propia

**2.4 Fases en la elaboración del programa**

El programa se estructura en cuatro fases según los objetivos a alcanzar en cada una de ellas. A continuación se presenta una tabla (*Tabla 4*) donde se presentan cada uno de los objetivos o pasos a realizar que se detallarán en el apartado de la descripción del programa.

Tabla 4. Fases del programa

FASES DEL PROGRAMA	
<b>Fase 1</b>	Contacto con el centro Autorización y consentimiento informado Comité ético Evaluación (pre-test)
<b>Fase 2</b>	Prevención primaria a padres y profesores Análisis de datos
<b>Fase 3</b>	Prevención primaria – psicoeducación Intervención directa
<b>Fase 4</b>	Evaluación final (post-test)

Fuente: Elaboración propia

## 2.5 Descripción del programa

El programa se estructura en cuatro fases que se detallarán con más precisión en este apartado teniendo en cuenta los pasos a seguir en cada una de ellas:

### I. FASE 1

La primera fase del proyecto se estructura de la siguiente forma:

- *Contacto con el centro*
- *Autorización y consentimiento informado*
- *Evaluación (Pre-test)*

El centro educativo demanda que se lleve a cabo un programa debido al aumento de casos de adolescentes con autolesiones no suicidas. Tras ello, tanto la terapeuta como la coterapeuta contactan con el centro para explicarle en qué va a consistir dicho programa y cuáles son sus funciones en el centro. Se concreta una primera reunión con la directora en la que expone cada caso de forma individual para conocer cuál es la realidad del centro. Cuando el centro educativo y las profesionales acceden a llevar a cabo el programa, se les pide una autorización y un consentimiento informado (*Anexo 1*) tanto a los padres como a los alumnos donde se les explica en qué va a consistir el proyecto y se deja claro que la información es confidencial y siempre se va a preservar su intimidad.

Una vez que todos los alumnos han entregado sus autorizaciones, se les explica que se va a realizar una evaluación de forma anónima e individual a través de los dispositivos móviles u ordenadores del centro. Aquellos alumnos de primeros cursos de ESO o los que no dispongan de teléfonos, se realizará la evaluación en la sala de ordenadores del centro escolar. Se les acompaña durante todo el proceso para resolver aquellas dudas que les puedan surgir. A su vez, se les explica que deben ser sinceros a la hora de responder y que la información es confidencial. La evaluación se va a realizar mediante Survey Monkey, una página web que permite realizar encuestas online. Los cuestionarios que se van a pasar a los alumnos están en proceso de validación en adolescentes por un equipo de investigación de la UCV y son los siguientes (*Anexo 2*):

- **Inventory of statements About Self- Injury (ISAS):** Conductas autolesivas sin intención suicida en el año previo e historia previa de ANS (Klonsky y Glenn, 2009)

Es un instrumento creado para evaluar los tipos y la funcionalidad de las ANS (Klonsky, 2007). Esta escala se encuentra dividida en dos secciones: la primera sección evalúa la frecuencia a lo largo de la vida de los 12 tipos de autolesiones no suicidas (ANS) más frecuentes (cortarse, rascarse con fuerza, morderse, golpearse con fuerza, quemarse, hacerse cortes poco profundos en la piel, interferir en la curación de heridas, frotar la piel contra una superficie rugosa, pellizcarse, pincharse con agujas, tirarse el pelo e ingerir sustancias peligrosas).

Se adjunta un apartado de “Otros” para que se pueda indicar si se utiliza otro método diferente. Se complementa con cinco preguntas adicionales que evalúan los factores descriptivos y contextuales, incluida la edad de inicio, la experiencia del dolor durante las ANS y el tiempo transcurrido entre la necesidad de autolesionarse y el acto, que solo deben responder en el caso de que los participantes hayan realizado como mínimo una autolesión de las citadas anteriormente.

En la segunda sección, se evalúan las 13 posibles funciones de ANS (regulación del afecto, anti-disociación, anti-suicidio, autonomía, límites e influencia interpersonal, por aflicción, vinculación entre pares, autocuidado, autocastigo, venganza, búsqueda de sensaciones y dureza). Estas funciones se evalúan respondiendo a 39 ítems con 3 posibles categorías de respuesta; 0= “Nada relevante”, 1= “Algo relevante” y 2 = “Muy relevante”.

Respecto a su estructura factorial, los autores hallaron dos factores: el primer factor representa las funciones interpersonales (p.ej. la influencia interpersonal, la unión entre iguales) mediante las cuales las ANS se refuerzan socialmente; y el segundo factor representa las funciones intrapersonales (p.ej. la regulación de afectos, el auto-castigo) mediante las cuales también se refuerza. Estos dos factores parecen relacionarse directamente con los factores etiquetados como “sociales” y “automáticos”; por Nock y Prinstein (2004, 2005). La puntuación total de la parte dos del ISAS es un sumatorio de los ítems que componen cada factor.

El ISAS fue diseñado por Klonsky y Glenn (2009) y aunque no se han realizado estudios de validación en nuestro país, existe una versión en español con población mejicana con una fiabilidad de la escala total de  $\alpha = .89$  y de  $\alpha = .72$  a  $.82$  para cada factor. Recientemente, un equipo de investigación ha trabajado en la validación de esta escala en población clínica (Pérez, García-Alandete, Cañabate y Marco, 2019). En otro trabajo en población adolescente española se obtuvieron coeficientes de fiabilidad adecuados tanto para la escala de funciones intrapersonales ( $\alpha = .94$ ) como interpersonales ( $\alpha = .97$ ) (Gallego, 2019).

- **Hopelessness Scale (HS):** Escala de Desesperanza (Beck et al., 1974).

Se trata de un instrumento que evalúa la Desesperanza como constructo. Está diseñada para la evaluación de las expectativas negativas sobre el futuro, el bienestar personal, las habilidades personales para resolver las dificultades y alcanzar el éxito, y es predictora de suicidio (Beck et al., 1974).

Consta de 20 ítems de respuesta dicotómica V/F, a través de los cuales se obtiene información relativa a la Desesperanza de la propia vida que experimenta la persona. Permite obtener una puntuación total y puntuaciones en tres factores específicos: Afectivo (sentimientos sobre el futuro), Motivacional (pérdida de motivación) y Cognitivo (expectativas sobre el futuro). Los ítems que indican Desesperanza se califican con 1 punto, y los que no la indican se califican con 0 puntos. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems oscilando entre 0 y 20 puntos. Los puntos de corte, en función de la puntuación total, son indicadores del nivel de la severidad de la Desesperanza: entre 0 y 3 puntos, el riesgo es mínimo, entre 4 y 8 el riesgo es leve, entre 9 y 14 el riesgo es moderado y entre 15 y 20 el riesgo es severo. Esta escala

también es un buen predictor de intentos suicidas y de suicidio consumado como indican varios estudios.

Su consistencia interna varía de  $\alpha = 0.82$  a  $\alpha = 0.93$ ; respecto a la confiabilidad del test re-test varía de  $\alpha = 0.60$  a  $\alpha = 0.69$  y mantiene altas correlaciones con otras medidas de desesperanza (Beck et al., 1974). Esta escala ha sido validada en población universitaria española con una alta consistencia interna ( $\alpha = .79$ ) (Viñas et al., 2004), por lo que se ha utilizado esta versión en este trabajo. En los datos del equipo de investigación donde se evaluó a adolescentes, la consistencia interna del HS fue alta,  $\alpha = .81$ .

- **Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS):** Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Gratz y Roemer, 2004).

Esta escala evalúa diferentes aspectos del proceso de la regulación emocional en los que pueden existir dificultades. Se trata de un cuestionario de autoinforme. En su versión original está compuesta por 36 ítems que originalmente conforman seis factores: Conciencia (falta de conciencia de las emociones), Claridad (falta de claridad emocional), Impulso (dificultades para controlar las conductas impulsivas cuando se está angustiado), Metas (dificultades para participar en la meta), No aceptación (no aceptación de respuestas emocionales negativas) y Estrategias (acceso limitado a estrategias efectivas de regulación emocional). Las respuestas son en formato Likert de 5 puntos que va de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre).

En este trabajo se ha utilizado la versión adaptada al castellano de Hervás y Jódar (2008) que tiene como principal diferencia de la escala original una reducción de factores e ítems. La escala consta de 28 ítems distribuidos 5 factores. En concreto, los ítems que hacían referencia a: “Dificultades en el control de impulsos” y “Acceso limitado a estrategias de regulación”, formaron parte de un único factor que se le denominó “Descontrol Emocional”. El resto de los factores son: Interferencia Cotidiana, Desatención Emocional, Confusión Emocional y Rechazo Emocional. Para la validación de la versión se realizó un estudio transversal ( $N = 254$ ) y otro longitudinal ( $N = 60$ ). Respecto a la fiabilidad de la escala, las correlaciones de cada ítem con el total presentaron una media de .54. Las correlaciones medias de las subescalas con el total fueron: Descontrol .76, Rechazo .78, Interferencia .85, Desatención .74, Confusión .77.

También se presentaron datos acerca de la consistencia interna, de fiabilidad test-retest, de validez convergente y de validez incremental. En general, los resultados muestran evidencia de las buenas propiedades psicométricas de la versión española de la escala DERS.

- **Purpose-In-Life Test -10 Part 1 (PIL-10):** Propósito en la Vida-10 (García-Alandete, Rosa y Sellés, 2013)

Esta escala es una versión reducida del PIL original de Crumbaugh y Maholic (1969) cuyo principal objetivo es obtener información acerca del sentido de la vida que experimenta la persona. La escala original está basada en los planteamientos logoterapéuticos de Viktor Frankl (2003). Es una escala formada por 10 ítems con respuesta tipo Likert de 10 puntos (1 hasta 7, siendo 4 una posición neutra), en relación con diferentes aspectos del sentido de la vida: (1) el entusiasmo vs aburrimiento, (2) la emoción en la vida, (3) la presencia de claros objetivos de vida, (4) novedad de cada día, (5) deseos para otras vidas, (6) la actividad después de la jubilación, (7) cosas buenas de la vida, (8) razón para estar vivo, (9) la capacidad de encontrar significado, y (10) presencia de metas. La puntuación total oscila entre 10 y 70 y las puntuaciones más altas indican un mayor significado en la vida.

El PIL-10 se conforma por dos factores de primer orden, Satisfacción y Sentido de a Vida (ítems 1, 2, 5, 6, 9 y 11 de la escala original) y Metas y Propósitos Vitales (ítems 3, 7, 17 y 20 de la escala original).

Esta escala ha sido validada recientemente en población adolescente española por el equipo de investigación de la Universidad Católica de Valencia. La adecuación mostró una alta consistencia interna  $\alpha = .88$ , también para los factores satisfacción y sentido de la vida  $\alpha = .85$ , y metas y propósitos vitales,  $\alpha = .73$  (García-Alandete, Gallego, Pérez y Marco, 2019).

- **Interpersonal Needs Questionnaire (INQ):** Cuestionario de Necesidades Interpersonal (Van Orden et al., 2012)

Este cuestionario sobre las necesidades interpersonales fue desarrollado para evaluar los principales constructos de la teoría interpersonal del suicidio que predicen el deseo de suicidio e investigan la etiología y el comportamiento suicida. El INQ es una medida de autoinforme que consta de dos subescalas: Pertenencia Frustrada y Carga Percibida.



Existen varias versiones del INQ, cada uno con un número diferente de elementos. La versión original contiene 25 ítems. En las versiones posteriores disminuyen el número de ítems, siendo escalas más cortas y consistentes, y estando disponible con 10 ítems, 12 ítems, 18 ítems y 15 ítems (Van Orden et al., 2012). La escala de 15 ítems de Van Orden y su equipo (2012) es la más utilizada en el ámbito de la investigación por lo que se ha utilizado para realizar el presente trabajo.

Las propiedades psicométricas de la INQ (en la versión de 15 ítems) mostraron que tanto la Pertenencia Frustrada como la Carga Percibida son constructos distintos pero relacionados, que se pueden medir de forma fiable. A partir de modelos de ecuaciones estructurales, los resultados demostraron que esta escala puede predecir la presencia y severidad de la ideación suicida al mismo tiempo y un mes más tarde, proporcionando así evidencia de la validez de (Van Orden et al, 2012). Un primer análisis psicométrico confirmó su estructura de dos factores en una muestra de 281 estudiantes de pregrado. Además, las subescalas mostraron buena consistencia interna ( $\alpha = .83$  para Pertenencia Frustrada y  $\alpha = .88$  para Carga Percibida) (Glaesmer et al., 2014).

Actualmente esta escala ha sido validada con población adolescente (Hill et al., 2015), sin embargo, no está validada al castellano ni en población española adolescente.

- Preguntas relacionadas con la **ideación suicida y la historia previa de intentos de suicidio**. Se realizan tres preguntas de respuesta abierta para evaluar los antecedentes relacionados con los posibles aspectos suicidas. Las preguntas que se formularán son las siguientes:
  - Intentos de suicidio previos – Número de veces y método con el que se ha intentado llevar a cabo
  - Presencia o no de ideación suicida
  - Frecuencia de la ideación suicida - ¿Con qué frecuencia lo piensa?

## II. FASE 2

La segunda fase del programa se estructura en:

- *Prevención primaria a padres*
- *Prevención primaria a profesores*
- *Análisis de los resultados de la evaluación*

Puesto que se trata de un programa de carácter global ecológico, se pretende que todos los agentes conozcan del problema por lo que se plantea, por una parte, un taller/charla en el centro educativo dirigido a los padres y, por otra parte otro dirigido a los profesores del centro en el que se les va a informar de forma clara y precisa de todo lo relacionado con las ANS mediante una presentación de PowerPoint.

En primer lugar, se informa a los padres a través de la aplicación sobre la jornada que tendrá lugar en el centro escolar. El objetivo de este taller consiste en informar a los padres sobre las ANS y dotarles de herramientas para que enseñen a la validar las emociones de sus hijos. En el taller se presentarán los siguientes temas que se relacionan directamente con las conductas autolesivas no suicidas por lo que es necesario de su atención y cuidado (Boggiano y Gagliesi, 2018):

- Explicar la vulnerabilidad biológica emocional de la desregulación emocional: Las personas que presentan una vulnerabilidad emocional se caracterizan por tener una alta sensibilidad a los estímulos, una alta reactividad emocional y un lento retorno a la tranquilidad.
- Cómo influye que el adolescente viva en un ambiente invalidante: El ambiente invalidante se define como el contexto en el que continuamente se responde de forma inapropiada a las experiencias privadas, se minimiza o se responde de forma extrema a la comunicación de preferencias, pensamientos y emociones. Se enseña de forma inadecuada a regularse emocionalmente lo que favorece la presencia de aprendizajes disfuncionales.
- Dotarles de estrategias de validación emocional
  - Escuchar y describir: ¿Escuchas de manera genuina sin juicios de valor empáticamente?, ¿Estás dando la oportunidad de que el otro se exprese?, ¿Tu lenguaje corporal refleja interés?
  - Reflejar lo que se comunica: ¿Expresas que has entendido la esencia de lo que comunica el otro? ¿Organizas lo que el otro dice de forma coherente?
  - Lectura de mente: ¿Reflejas que comprendes y entiendes a la persona?
  - La conducta tiene sentido en términos de la historia de aprendizaje pasado o biología: ¿Comunicas que, por supuesto, no podía haber sido de otra manera? ¿Has evitado validar las conductas inválidas?

- Buscar de forma activa formas en las cuales la conducta tiene sentido en las circunstancias actuales: ¿Articulas validez en base a los eventos presentes?, ¿Normalizas la conducta?, ¿Evitas validar lo inválido?
- Ser radicalmente genuino: ¿Eres espontáneo y natural?, ¿Tratas igualitariamente a tu hijo/a?, ¿Reflejas interés por tu hijo/a?

En segundo lugar, se realiza una charla dirigida a todos los profesores de secundaria y bachillerato del centro escolar. Las terapeutas que imparten la charla informarán a la directora del centro que será la encargada de transmitirles la información. En esta jornada se tratarán los siguientes aspectos:

- En qué consisten las ANS
- Prevalencia de las ANS
- Funcionalidad y ejemplos de ANS
- Conocer cuál es la realidad del centro (aumento de casos de ANS).
- Remarcar la importancia del apoyo escolar y familiar en los casos de ANS.
- Informar sobre un protocolo de derivación en caso de posible sintomatología de trastornos de personalidad (TLP): contactar con el servicio de orientación del centro y con un profesional externo (psiquiatra y psicólogo) que pueda intervenir directamente sobre el/la joven, su familia y su entorno más cercano y proporcionarles un listado de contactos de distintos profesionales. En el caso de que detecten heridas infectadas deberán curárselo si presentan los materiales sanitarios adecuados o acudir al centro de salud más cercano.
- Vídeo en el que se presenta el caso de una joven que se autolesionaba “Cutting o autolesiones, un mal entre nuestros jóvenes” – minuto 28 aprox.  
<https://www.youtube.com/watch?v=Kq9EGKcOHuQ>  
Informar de series o películas que tratan esta realidad.  
Vídeo de psiquiatra del Hospital Clínico de Barcelona.  
[https://www.youtube.com/watch?v=H\\_LDhSIV7I](https://www.youtube.com/watch?v=H_LDhSIV7I)
- Turno de preguntas de los profesores

El objetivo que se persigue con la psicoeducación consiste en informar a los padres, a la vez que se les dota de estrategias, y profesores en qué consisten las ANS, por qué se producen, es decir, la funcionalidad de estas conductas y qué prevalencia tiene en nuestra

sociedad. Además, se persigue que comprendan que la adolescencia es un periodo difícil que requiere de muchos cambios en los adolescentes y se trata de dotarles estrategias para convertirlos en agentes de ayuda, tanto a padres como a profesores ya que muchas veces este tipo de conductas se dan en los centros educativos (baños, patio, clase). Se trata de informarles sobre cómo ayudar a los adolescentes que se autolesionan tanto a los padres como a los profesores. Durante la jornada, se les pide a los padres que participen de forma activa y que formulen preguntas en caso de tener dudas sobre algún aspecto ya que es importante su colaboración en este proceso.

Tras la evaluación (pre-test) de todos los alumnos de secundaria y bachiller, se analizan los resultados a fin de conocer el número de casos, la gravedad, frecuencia y funcionalidad de los adolescentes que se autolesionan. Una vez analizados los resultados, se clasifican los datos obtenidos en dos grupos que se tendrán en cuenta para la tercera fase del programa:

- Grupo 1: Intervención preventiva con todos los alumnos
- Grupo 2: Intervención directa con los alumnos que se autolesionan

### **III. FASE 3**

En la tercera fase del programa se llevarán a cabo dos intervenciones, primero se realizarán talleres de prevención de las ANS con todos alumnos y, tras ello, se realizará la intervención directa con los grupos que presentan ANS o riesgo de tenerlas en función de los resultados obtenidos en la evaluación. Esta fase se estructura de la siguiente forma:

- *Psicoeducación con todos los alumnos*

En primer lugar, para se realiza una campaña publicitando los talleres a través de una red social como Instagram, muy utilizada por los adolescentes, en la que pueden apuntarse y son informados de los horarios de los talleres. Una vez se hayan apuntado, se realiza un taller dinámico con todos los alumnos de secundaria y bachiller, donde se les pide que participen y pregunten aquello que deseen para aclarar todas las dudas que puedan llegar a tener. Se dividirán cada dos cursos y se realizará en el horario de tutoría pactando con los profesores los días correspondientes.

Los objetivos de esta intervención preventiva consisten en conocer qué son las ANS, su funcionalidad, tipos y qué factores influyen en su desarrollo acompañado de ejemplos de casos de adolescentes que se autolesionan o se han autolesionado alguna vez ya que de esta forma se enfrentan al problema de una forma más directa y comprendan el problema centrado en una persona concreta. Además, se les informa que pueden acudir tanto a sus familiares como a los profesores siempre que lo necesiten ya que estos les van a apoyar en todo momento.

Una vez se les ha introducido al problema en sí, se trata de dotarles de estrategias de regulación emocional para que entiendan el proceso y control de las emociones y no acudan a las autolesiones como forma de regularse emocionalmente, es decir, se trata de sustituir las emociones negativas por aquellas más funcionales que no causen un daño físico. Primero, se expone una presentación de PowerPoint en la que se les introduce al tema a tratar y se les pide que pregunten sobre aquello que no saben o que les cree dudas. Se estructura de la siguiente forma:

- ¿Qué es una emoción? Las emociones son un tipo específico de sentimiento o un conjunto de ellos que se activa como respuesta a un acontecimiento particular. Son respuestas psicofisiológicas, cognitivas y conductuales producidas por un evento externo o interno.

Ejemplos: Ante comentarios reforzadores de una profesora sobre un trabajo nos sentimos alegres, nervios ante un examen o tristeza por la muerte de un ser querido. Pedir que los alumnos participen y aporten ejemplos personales o inventados sobre situaciones que les generen emociones.

- Remarcar que no hay emociones buenas ni malas, todas son necesarias para vivir. Diferenciar las emociones según sean adaptativas o desadaptativas:

- Emociones negativas: Producen una sensación desagradable o sentimiento negativo. Nos indican que nos encontramos ante un peligro, riesgo o reto para nosotros mismos y nos lleva a tener una conducta adaptada a las necesidades de la situación. Sin embargo, algunas personas no son capaces de tolerar o controlar estas emociones negativas por lo que pueden llegar a producir alteraciones psicológicas como depresión, malestar emocional, desesperanza, ideas suicidas, autolesiones, etc.

Ejemplos de emociones negativas: soledad, apatía, desesperación, vergüenza, odio, rabia, etc. Preguntar por más ejemplos de emociones negativas que hayan sentido en algún momento de su vida.

- Emociones positivas: Emociones que se relacionan con sentimientos agradables y se mantienen en un corto lapso temporal. Algunas emociones positivas son: alegría, amor, felicidad, diversión, humor, etc. Pedir a los alumnos que verbalicen aquellas emociones positivas que han tenido en algún momento.
- ¿Qué es la regulación emocional y cómo se consigue? La regulación emocional es una capacidad que nos permite evitar respuestas emocionales descontroladas en situaciones de ira, provocación o miedo. Las personas regulan sus emociones de distintas formas, sin embargo, lo que se pretende es reconocer los propios sentimientos, necesidades, pensamientos, deseos, motivaciones que causan determinadas emociones y sus consecuencias y reacciones. Se expone el modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey (1993, 1997, 2007) que ayuda a aprender y desarrollar esta habilidad:
  - Percepción y expresión emocional: Reconocer de manera consciente nuestras emociones e identificar qué sensaciones nos provoca y ser capaces de darle una etiqueta verbal.
  - Facilitación emocional: Generar sentimientos que faciliten el pensamiento.
  - Comprensión emocional: Comprender y analizar las emociones usando el conocimiento emocional. Etiquetar las emociones y reconocer las transiciones entre emociones (de frustración a ira, de amor a odio).
  - Regulación emocional: Dirigir y manejar las emociones positivas y negativas de forma eficaz.
- Explicar el siguiente esquema (*Figura 2*) extraído del documental “La muerte silenciada” (2013) de RTVE:



*Figura 2. Esquema documental "La muerte silenciada"*

Fuente: Documental RTVE (2013)

- Actividad grupal, en tarjetas se expondrán distintas situaciones a las que se enfrentan las personas a lo largo de su vida. Por parejas deberán debatir y verbalizar qué emociones les provocarían y cómo las regularían para hacer frente a ellas.
- Presentación del cortometraje “Un grito silencioso” y escenas de la serie “Por trece razones” ya que favorecen la comprensión sobre las causas de las autolesiones en adolescentes desregulados emocionalmente.
- *Intervención directa con los adolescentes que sufren de ANS*

Una vez hayan sido detectados el número de alumnos y/o alumnas que sufren ANS según los resultados de la evaluación y cumplan con los criterios de inclusión para participar en la intervención y con la colaboración del equipo de orientación, se haría una reunión con cada alumno y sus padres o tutores donde se les explicaría en qué consiste la intervención y si aceptan participar en ella. Tras ello, se distribuye a los alumnos en función de los cursos a los que pertenecen. Finalmente, se forman los grupos sobre los que se realiza la intervención directa basada en la terapia dialéctica comportamental:

- Grupo 1: Alumnos de 1º y 2º de ESO
- Grupo 2: Alumnos de 3º y 4º de ESO
- Grupo 3: Alumnos de 1º y 2º de Bachiller

Esta clasificación es flexible, es decir, puede modificarse debido a un bajo número de casos en los primeros cursos o a un aumento en los otros por lo que se remodelarían los participantes de cada grupo. Se ha establecido de esta forma ya que no resulta útil trabajar con un gran número de alumnos puesto que la intervención no resultaría eficaz y la diferencia de edad entre un alumno de 1º de la ESO con uno de 1º de Bachiller podría interferir en la eficacia de la intervención. Además, trabajar con grupos reducidos ayuda a que los alumnos participen más, se abran personalmente y las relaciones con los otros sean más beneficiosas.

Es necesario tener en cuenta que para la intervención se han planteado una serie de requisitos para tener en cuenta de modo que resulte lo más efectiva y atractiva posible para el alumnado:

#### *Duración de la intervención*

Se han planteado 6 sesiones de 90 minutos cada una con un periodo de descanso de 15 minutos. El número de sesiones puede ser flexible, sin embargo, hay que tener en cuenta que se han

planteado este número de sesiones ya que si se realizaran más, podría resultar poco atractivo para los alumnos y no querrían participar en el programa.

### *Terapeutas*

El programa será implementado por un/a terapeuta generalista sanitario/a y un/a co-terapeuta. Algunas de las características principales que necesitan los alumnos de las terapeutas son: flexibilidad, coherencia, creatividad, escucha activa, estabilidad, empatía y control.

### *Espacio de trabajo*

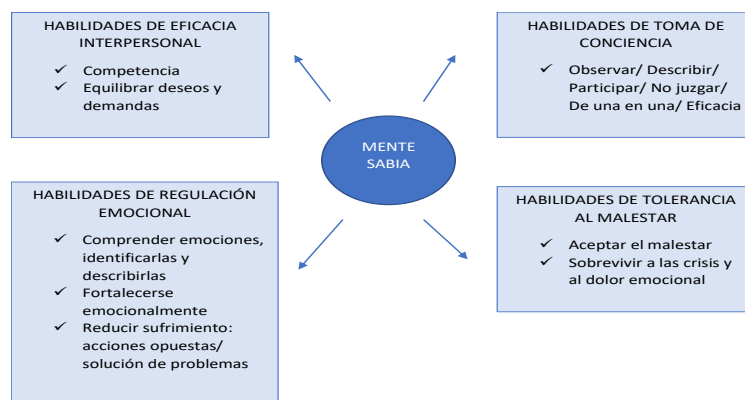
La intervención se realizará en una sala habilitada para ello que conste de proyector y altavoces y en la que quepan los alumnos sentados en círculo. El ambiente debe ser acogedor y con luz natural o indirecta.

### *Intervención*

El programa se estructura en tres módulos divididos constituidos por dos sesiones cada uno. Generalmente, con la terapia grupal se pretende incrementar las habilidades comportamentales teniendo en cuenta las siguientes habilidades o capacidades:

- Habilidades de toma de conciencia
- Habilidades de efectividad interpersonal
- Habilidades de regulación emocional
- Habilidades de tolerancia al malestar

Para ello, se describen una serie de conductas necesarias a la hora de intervenir como se muestra en la siguiente imagen (*Figura 3*):



*Figura 3. Habilidades comportamentales*

Fuente: Adaptado de Linehan (1993)



A continuación se describen los talleres divididos en módulos y sesiones para cada una de las habilidades a intervenir basadas en la terapia dialéctica comportamental (TDC) de Linehan (1993):

▪ **Módulo 1: “Habilidades de eficacia interpersonal”**

El objetivo de este módulo es conocer el programa, familiarizarse con las terapeutas y educar en las ANS.

**Sesión 1**

Antes de empezar la primera sesión, las terapeutas deben dar unas pautas escritas a los alumnos a fin de que el entrenamiento en habilidades resulte eficaz:

- La información que se trata en las sesiones y la información personal sobre los miembros del grupo es confidencial.
- No discutir con otros compañeros del grupo después de las sesiones.
- No acudir a las sesiones bajo los efectos de alcohol o drogas.
- Si surgen problemas entre los miembros del grupo se resolverán en la sesión.

Tras ello, las terapeutas se presentan a los alumnos y cada uno de ellos hace una presentación breve a los demás respondiendo a tres cuestiones. En caso de que algún alumno no quiera realizarlo en público, se le pide que lo haga por escrito y que la información solo la leerán las terapeutas:

- Nombre, edad y actividades que realicen en el tiempo libre.
- ¿Por qué cree que es importante el programa que se va a realizar?
- ¿Qué beneficios creen que les va a aportar el programa?

Una vez se han presentado todos los miembros del grupo, las terapeutas presentan un vídeo sobre las ANS y distintos casos de adolescentes o jóvenes que las han sufrido o de padres con hijos que presentan ANS ya que al visualizar el problema pueden verse reflejados/as en algunas situaciones. A continuación, las terapeutas realizan algunas preguntas a los alumnos de forma aleatoria:

- ¿Por qué piensas que esa persona se autolesiona?
- ¿Qué dificultades presenta en su vida?
- ¿Cómo la ayudan sus padres/ terapeutas?
- ¿Qué hacen los profesores al respecto?

- ¿Cómo actuarías si fueras su amigo/a, familiar, profesor/a?

Para finalizar la sesión, se les asigna una tarea para casa en la que tienen que escribir aquellas cosas positivas que les ha aportado la sesión o aquello que les gustaría tratar. También deben hacer una lista con los aspectos negativos y positivos que han sentido al estar con otros compañeros que están en su misma situación y cómo se sienten en el grupo en general.

## ▪ **Módulo 2: “Habilidades de toma de conciencia”**

El principal objetivo de este módulo es que los alumnos aprendan a controlar la mente en vez de que esta les controle a ellos, es decir, tener el propio control sobre los procesos atencionales.

### **Sesión 1**

Las terapeutas exponen a través de una presentación de PowerPoint la siguiente imagen (*Figura 4*) y realizan distintas preguntas a los alumnos que deben responder por parejas, debatiendo las respuestas para llegar a un acuerdo en la respuesta.



*Figura 4. Esquema de la mente*

Fuente: Adaptado de Linehan (1993)

Las preguntas que se realizarán a los alumnos guardan relación con este esquema:

- ¿Qué es la mente racional? ¿Para qué sirve? ¿Cuándo la utilizamos?
- ¿Qué es la mente emocional? ¿Para qué sirve? ¿Cuándo la utilizamos?
- ¿Creéis que son necesarias?
- ¿Cómo surge la mente sabia y por qué es la integración de ambas?

Una vez se llega a la conclusión sobre la integración de la mente racional y emocional, se les explica que la mente sabia es aquella parte de nosotros que llega al conocimiento mediante la lógica y las emociones. Es similar a la intuición y que está presente en todas

las personas aunque no lo sepamos. Para que nuestra mente esté equilibrada, debemos encontrar el balance entre la mente racional y emocional, de ahí nace la mente sabia. Es un camino que todas las personas debemos recorrer, no es una meta por alcanzar. A continuación, se realiza una actividad grupal en la que cada uno de los alumnos debe proponer algunos planes/ situaciones/ momentos del día de cada uno y clasificarlos según correspondan a la mente racional, emocional o sabia y argumentar por qué en cada caso. El objetivo es conseguir que los alumnos sean conscientes de que todo lo que ocurre en la vida cotidiana es procesado por la mente de una forma u otra y que la mejor forma de hacerlo es mediante la mente sabia, es decir, el equilibrio entre la mente racional y emocional ya que si no se producen desequilibrios psicológicos.

## **Sesión 2**

La segunda sesión tiene por objetivo que los alumnos se centren en el momento presente, en el aquí y ahora y sean conscientes de su estado en cada momento. Para ello se realizan una serie de ejercicios individualmente. Deben sentarse cómodamente, con los ojos abiertos y fijando la mirada en un punto fijo. Si se distraen en algún momento deben fijarse en aquello que les distrae e intentar centrarse de nuevo en lo siguiente:

- Contar la respiración.
- Atender a todos los sentidos.
- Notar su mano tocando una superficie fría o caliente.
- Notar una parte del cuerpo.
- Pellizcarse la piel entre la nariz y el labio superior y notar la sensación que genera.
- Atender a los pensamientos que van apareciendo.
- Imaginar que la mente es un avión y que las experiencias vienen y van por el cielo, como si fueran nubes.
- Poner en prácticas las técnicas sobre “qué observar”:
  - Percibe la experiencia sin que esta te atrape. Experimentarla sin reaccionar a ella.
  - Deja que los pensamientos entren y salga de tu mente.
  - Focaliza tu atención – Técnica del guardián del palacio: sé como el guardián a la puerta del palacio, alerta a cada pensamiento, sentimiento o experiencia que acude a través de la puerta de tu mente.

- Observa como tus pensamientos van y vienen. Percibe todas las emociones.
- Percibe a través de los sentidos: vista, oído, olfato, tacto y gusto.
- Observa las expresiones y acciones de los demás.
- Describir las experiencias
  - Ponle nombre a tu experiencia: reconocer y poner palabras a los sentimientos o emociones, p. ej., “noto la tensión en el estómago”.
  - Traduce las experiencias a palabras. Denomina a los pensamientos, pensamientos y a los sentimientos, sentimientos.
- Participar en las experiencias
  - Entra en tu experiencia o pensamiento. Déjate envolver por el momento.
  - Actúa de manera intuitiva con tu mente sabia, déjate llevar y haz lo que es necesario en cada situación.
- Practicar las habilidades aprendidas:
  - Cambia las situaciones que te hacen daño.
  - Cambia las reacciones dañinas.
  - Acéptate a ti mismo y a las situaciones como son.
- No juzgar
  - Observa sin hacer valoraciones.
  - Separa tus opiniones de los hechos, “quién, qué, cuándo y dónde”.
  - Acepta cada momento.
  - Reconoce que los demás te presten su ayuda sin juzgarlos.
- Hacer las cosas de una en una
  - Haz cada cosa poniendo toda la atención. P. ej., cuando estés comiendo, come, cuando estés pensando, piensa, cuando estés recordando, recuerda, cuando estés preocupado, preocúpate.
  - Si otros pensamientos o emociones te distraen, vuelve a lo que estabas prestando atención.
  - Concéntrate, piensa sólo en una cosa a la vez.
- Eficacia de las habilidades
  - Céntrate en aquello que te funciona, haz lo que es necesario en cada situación.

- Sé consciente de tus objetivos en la situación y haz lo posible por conseguirlos.
- Deja de lado la venganza, la ira y la rabia dañinas que no funcionan.

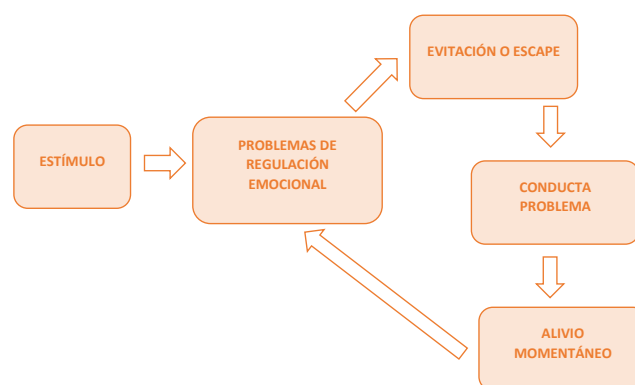
Finalmente, una vez se han practicado las habilidades de toma de conciencia y los alumnos realizan de la forma más eficaz para cada uno, se les pide que realicen una tarea para casa que consiste en que de forma individual, deberán elegir algunas situaciones del día a día (desayuno, ducha, deporte, caminar, escuchar música, ir a la cama, etc.) en las llevará a la práctica las habilidades aprendidas.

### ▪ **Módulo 3: “Habilidades de regulación emocional”**

El módulo 3 está relacionado con las habilidades de regulación emocional ya que aquellos adolescentes que se autolesionan presentan altos niveles de desregulación emocional por lo que es necesario prestar atención a estas habilidades. El principal objetivo es que comprendan las emociones propias, reduzcan la vulnerabilidad emocional y disminuyan el sufrimiento emocional.

#### Sesión 1

Se introduce el tema a tratar en las próximas dos sesiones, se les explica la relevancia que tienen las habilidades de regulación emocional en la vida. Se hace una breve introducción sobre qué es la regulación emocional en el que se explica que la regulación emocional es la capacidad de manejar las emociones de una manera apropiada. Se les introduce el siguiente esquema (*Figura 5*) y su explicación correspondiente:



*Figura 5. Esquema desregulación emocional*

Fuente: Adaptado de Linehan (1993)

Ante un estímulo externo o interno desagradable (peleas, abuso de sustancias, abuso sexual, separación de los padres), las personas con problemas de regulación emocional realizan conductas de evitación o escape, tratan de paliar estas dificultades realizando conductas problemáticas que pueden causar la muerte como las autolesiones o el suicidio ya que de esta forma sienten un alivio momentáneo de las emociones negativas. Por ello, es necesario actuar sobre todos los niveles para que no produzcan estas conductas problema que causan un malestar tanto físico como psicológico.

La primera actividad se va a realizar por parejas aleatorias en la que deben:

- Describir dos tipos de experiencia emocional: reacciones primarias a acontecimientos (p. ej., enfado si me insultan, rabia si suspendo, alegría si veo a alguien conocido, etc.) o reacciones secundarias a pensamientos, conductas o sentimientos (p. ej., sentirme frustrado si suspendo una asignatura).
- Describir el papel de las emociones en la vida de las personas: clasificar las emociones que han sentido en algún momento según sean útiles o destructivas y cuáles son aquellas en las que tienen más dificultades para controlar.

Seguidamente, las terapeutas preguntan de forma general cuál creen que es el papel de las emociones, es decir, para qué sirven en nuestra vida. La conclusión es que comprendan que las emociones nos motivan para actuar de cierta manera, sirven para comunicarnos e influenciar a los demás y para comunicarnos con nosotros mismos. Es importante remarcarles que sentir está bien, no es algo malo y nos ayudan en el día a día. En esta sesión se les pide que como tarea para casa, anoten aquellas emociones negativas o positivas que vayan sintiendo y cómo las intentan controlar de manera que se vean capaces de sustituir las conductas disfuncionales (autolesiones) por conductas funcionales (relajación, ejercicio físico, cocinar, escuchar música, etc.).

## **Sesión 2**

En la segunda sesión sobre las estrategias de regulación emocional se van a tratar distintos temas. En primer lugar, se va a realizar una actividad sobre los mitos acerca de las emociones en la que por parejas deben argumentar a favor o en contra si están de acuerdo o no con cada mito. El objetivo es que comprendan que las emociones son flexibles y que aparecen de formas distintas en cada situación, no hay emociones correctas e incorrectas. Los mitos que se plantean aparecen en la tabla (*Tabla 5*):

Tabla 5. Mitos de las emociones

MITOS DE LAS EMOCIONES	
Existe una forma correcta de sentirse en cada situación.	Las emociones intensas y extremas te llevan más lejos que tratar de regular las emociones.
Dejar que los demás sepan que me siento mal es una debilidad.	La gente debería hacer lo que “siente” que tiene que hacer.
Los sentimientos negativos son malos y destructivos.	No es auténtico intentar cambiar mis emociones.
Sentir emociones significa estar fuera de control.	Otras personas son los mejores jueces de cómo me siento.
Las emociones dolorosas no son realmente importantes y se deben ignorar.	Los demás me quieren por mis emociones.

Fuente: Elaboración propia

Cuando los alumnos terminen de debatir sobre los mitos presentados pueden inventarse otros que ellos mismos crean firmemente para que entre todos los alumnos traten de desmentir dichos mitos. Tras ello, se empieza a trabajar la expresión emocional, se necesita que los alumnos tomen conciencia, reconozcan, describan y conozcan los efectos secundarios de las emociones. De forma individual, cada alumno realizará la actividad que tiene por objetivo la regulación de la emoción negativa mediante la toma de conciencia de la expresión facial al experimentar dicha emoción, esforzándose por cambiarla por una expresión de emociones positivas. Se les explica que, por ejemplo, si experimentan tristeza, pueden mostrar una sonrisa y mantenerla el mayor tiempo posible, si sienten inseguridad, pueden respirar varias veces profundamente y poner una cara alegre y despreocupada. Los alumnos deben completar la siguiente tabla (*Tabla 6*) que consiste en un autorregistro de las emociones:

Tabla 6. Autorregistro emocional

AUTORREGISTRO EMOCIONAL			
Nombre de la emoción negativa experimentada	Expresión de la cara	Cambios en la expresión de la cara	¿Has notado algún cambio en tu experiencia emocional?

Fuente: Elaboración propia

Al finalizar la sesión, los alumnos entregarán la actividad a las terapeutas que les proporcionarán feedback sobre el autorregistro de forma que puedan generalizar los cambios en su día a día. Como tarea para casa, se les pide que anoten aquellos acontecimientos positivos que van a empezar a realizar y que realicen un listado de las metas a largo plazo ya que esto aumenta la probabilidad de ocurrencia de emociones positivas.

▪ **Módulo 4: “Habilidades de tolerancia al malestar”**

El último módulo del programa va dirigido a desarrollar habilidades para tolerar el malestar. No consiste en evitar el dolor o malestar ya que esto hará que perdure más tiempo, el objetivo de este módulo es que los alumnos aprendan a experimentar, tolerar y aceptar el dolor emocional ya que esta es la única forma de reducirlo.

**Sesión 1**

Mediante una presentación de PowerPoint se exponen los tres métodos que pueden ayudar a tolerar el malestar en diferentes situaciones, sustituyendo las conductas disfuncionales por conductas funcionales. Encontramos tres métodos desarrollados por Linehan (2015) TIP, STOP y ACCEPT que se resumen en la siguiente tabla (*Tabla 7*):

*Tabla 7. Métodos de tolerancia al malestar*

HABILIDADES DE TOLERANCIA AL MALESTAR	
<b>HABILIDAD TIP</b>	
T	= Cambiar la temperatura de la cara con agua fría
I	= Realizar ejercicio intenso durante aprox. 20 minutos
P	= Respiración rítmica con relajación muscular al mismo tiempo
<b>HABILIDAD STOP</b>	
S	= Parar
T	= Dar un paso atrás
O	= Observar
P	= Proceder sabiendo qué se va a realizar
<b>HABILIDAD ACCEPTS</b>	
A	= Tomar parte en actividades
C	= Contribuir, hacer algo por alguien más
C	= Compararse con personas en la misma situación o en situaciones desfavorables



---

E = Generar emociones diferentes de las que se están sintiendo

P = Dejar de lado el problema

T = Propiciar pensamientos que compitan con los presentes antes, durante o después de la crisis

S = Usar los cinco sentidos, distraerse con otras sensaciones: coloca un hielo en tus manos, aprieta un limón con fuerza como si lo exprimieras, báñate con agua caliente, etc.

---

Fuente: Adaptado de la página web <https://academiadepsicoterapia.org/dbt-terapia-dialectica-comportamental/habilidades-de-tolerancia-al-malestar/>

A continuación se demanda que cada alumno elija o piense en aquellas actividades que le pueden ayudar a tolerar el malestar. Estas pautas se les entregan en formato folio para que desde casa puedan practicar estas técnicas a fin de conseguir tolerar el malestar emocional. También se les pide que anoten algunas auto instrucciones que puedan repetirse a sí mismos en situaciones en las que creen que van a perder el control como por ejemplo: “Yo puedo tolerarlo”, “Lo hago lo mejor que puedo”, “Esto no va a durar siempre”, “Yo puedo con ello y saldré de ello”. Para finalizar la sesión, y con el consentimiento de los alumnos se realizará un vídeo dinámico en el que cada alumno (aquellos que hayan querido participar) pueda expresar de forma breve qué beneficios les ha aportado el programa, qué han aprendido, cómo se sienten y qué es aquello que han cambiado o quieren cambiar en su vida.

#### **IV. FASE 4**

Tras la intervención, se realizará una evaluación final para valorar si se cumplen los objetivos planteados y la efectividad tanto para la detección como para la intervención de las ANS. Se pasarán las mismas herramientas de evaluación iniciales a través de la aplicación de Survey Monkey con los dispositivos móviles u ordenadores del colegio:

- ISAS: Conductas autolesivas sin intención suicida en el año previo e historia previa de ANS (Klonsky y Glenn, 2008).
- HS: Desesperanza - “Escala de Desesperanza (Hopeleness Scale, HS; Beck et al., 1974).
- DERS: Regulación emocional - Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS, Difficulties in Emotion Regulation Scale, Gratz y Roemer. 2004).
- PIL-10: Propósito en la Vida-10 (García-Alandete et al., 2013).
- INQ: Cuestionario de Necesidades Interpersonal (Van Orden et al., 2012).

- Preguntas relacionadas con la ideación suicida y la historia previa de intentos de suicidio.
  - Intentos de suicidio previos – Número de veces y método con el que se ha intentado llevar a cabo
  - Presencia o no de ideación suicida
  - Frecuencia de la ideación suicida - ¿Con qué frecuencia lo piensa?

Tras la evaluación final se valorará la efectividad del programa teniendo en cuenta que se cumplen los objetivos planteados antes de la intervención que se pueden resumir en:

- Promover y mejorar la capacidad para identificar a los adolescentes que tienen riesgo de realizar conductas autolesivas no suicidas en la comunidad educativa.
- Detección precoz de las conductas autolesivas no suicidas, ideación y riesgo suicidas.
- Prevención de las ANS. Concienciar a la comunidad educativa de la funcionalidad y prevalencia de las ANS en adolescentes, sus consecuencias y dotarlos de capacidades para convertirlos en agentes de ayuda.
- Trabajar con los padres para la “comprensión” y “acompañamiento” en el proceso de la adolescencia y dar pautas para prevenir e intervenir ante las ANS.
- Prevención e intervención mediante estrategias de regulación emocional dirigidas a los adolescentes del centro basadas en la terapia dialéctica comportamental.
- Aumentar las estrategias de regulación emocional, tolerancia al malestar y habilidades interpersonales de los adolescentes que reciban la intervención.
- Disminución de las ANS tras realizar la intervención.
- Evaluar la efectividad de la intervención.

## 2.6 Calendario de actividades

Como ya se ha visto, el programa consta de 6 sesiones grupales dirigidas a los alumnos que presentan ANS o riesgo de tenerlas. Las actividades se han planificado siguiendo un calendario que puede ser flexible dependiendo de los horarios escolares de los alumnos y del trabajo de las terapeutas. Hay que tener en cuenta que existen diferentes grupos, por lo tanto los meses de su realización variarán aunque se ha planteado que el programa tendrá una duración de seis meses en general. A continuación se presenta el calendario de actividades planteado para dicho programa (*Tabla 8*):

Tabla 8. Calendario de actividades

FASES	MESES
Fase 1	Diciembre
Fase 2	Enero
Fase 3 Módulos 1 al 4 (6 sesiones por grupos)	Enero - Abril
Fase 4	Mayo

Fuente: Elaboración propia

## 2.7 Delimitación de recursos

El programa requiere de unos costes económicos por parte del centro educativo a la hora de desarrollar el programa que pueden proceder de distintas fuentes como por ejemplo de la Conselleria d'Educació, aportaciones de la AMPA entre otras. En la siguiente tabla (Tabla 9) se representan los costes del programa que pueden ser flexibles en función de los recursos del centro:

Tabla 9. Recursos económicos

Recurso	Elementos	Número de horas dedicadas al programa	Coste total
Campana de difusión	Traslado hasta el centro educativo	120	50 €
Recogida de datos	Teléfonos móviles, ordenadores, wifi	40	0 €
Análisis estadístico			100 €
Personal	1 Terapeuta	120	2000 €
	1 Coterapeuta		1000 €
Otros	Fotocopias, folios, libretas, bolígrafos, proyector, etc.		200 €
<b>TOTAL</b>			<b>3.350 €</b>

Fuente: Elaboración propia

## 2.8 Análisis de su viabilidad

En cuanto a la viabilidad del programa, es necesario remarcar que ha sido diseñado específicamente para el centro escolar demandante. A continuación, se explicará cómo es posible llevar a cabo este proyecto y las dificultades que puede presentar su aplicación:

- Factores motivacionales

Pueden surgir algunas dificultades motivacionales tanto para los padres como profesores debido a que es una actividad extraescolar y pueden carecer del tiempo necesario. Su implicación en el programa es fundamental por lo que se les informará a través de la aplicación escolar y se les proporcionarán los papeles que deberán firmar en los que se explica en qué consiste el programa y los beneficios de su implicación en el mismo. En el centro se repartirán folletos explicativos a todos los alumnos para fomentar su participación en el programa. Además, como se ha explicado anteriormente, se realizará una campaña a través de un perfil de Instagram creado específicamente para anunciar los talleres de forma que los jóvenes se motiven para participar en el programa.

- Factores éticos

En todo momento, se tendrá en cuenta que participan jóvenes menores de edad por lo que se firmará una autorización por parte de los padres/tutores para tener constancia de que consienten la participación en el programa.

- Factores económicos

El programa necesita una financiación ya que, como se ha visto en el apartado anterior, requiere de unos gastos económicos. El dinero puede provenir o bien del propio colegio o bien de subvenciones por parte de la Conselleria d'Educació aunque también podría sufragarlos el Colegio Oficial de Psicólogos teniendo en cuenta que se trata de un programa dirigido a una población vulnerable y que debe ser implantado por dichos profesionales.

### 3. Conclusiones

Las autolesiones no suicidas (ANS) son un tema de actual interés debido al gran problema que plantean para la salud pública. Ante la creciente prevalencia de las ANS y la falta de recursos específicos sobre las intervenciones en autolesiones en España, el programa tiene como objetivos principales la detección, prevención e intervención sobre los casos de ANS en un centro escolar.

La principal novedad que aporta este programa es la intervención en el ámbito escolar puesto que se considera necesario que todos los agentes externos que rodean a los adolescentes sean conscientes de la realidad del problema. Así, se trata de un programa de corte ecológico en el que padres, profesores y alumnos colaboran de forma activa dotando a padres y profesores de herramientas de apoyo y a los adolescentes de estrategias de regulación emocional para no acudir a las ANS. Se pretende que los centros educativos puedan implantar este programa en caso de detectar casos de ANS en alumnos, como forma de prevención en aquellos que puedan presentar riesgos o bien por ser la adolescencia un periodo de riesgo para este tipo de conductas. Asimismo, el programa trata de prevenir posibles riesgos suicidas debido a la correlación entre las ANS y el suicidio, ya que aunque no tengan este fin último pueden causar grandes daños que pueden desencadenar en él.

Otra novedad que puede aportar este programa es que se ha basado en la terapia que mayor evidencia empírica ha recogido hasta la actualidad, la terapia dialéctica comportamental por lo que se pretende que los alumnos potencien y desarrollen distintas habilidades como la efectividad interpersonal, toma de conciencia, regulación emocional y tolerancia al malestar. Se trata de un programa centrado en la principal causa de las ANS en los adolescentes, la desregulación emocional por lo que se pretende que aprendan a controlar sus emociones de una manera efectiva y sustituir las conductas disfuncionales por otras más adaptativas.

El programa se ha estructurado de forma que resulte atractivo y dinámico tanto para los alumnos como para los agentes que colaboran en él, sin embargo, el programa depende, en primer lugar, de la implicación de la comunidad educativa y, en segundo lugar, de los padres y adolescentes para que se lleve a cabo por lo que su implementación se relaciona con el grado de motivación de estos, al mismo tiempo que puede suponer una limitación. Otra limitación que puede acarrear es que los resultados esperados no concuerden con los objetivos planteados debido a la corta extensión del programa ya que la terapia dialéctica comportamental se

estructura entorno a 20 sesiones de tratamiento y, en el programa que se plantea, se persigue abordar el problema en 6 sesiones de tratamiento por cada grupo.

Debido a la complejidad del problema en la sociedad, sería interesante que los centros educativos contaran con un protocolo de detección, prevención, e intervención de las ANS ya tengan constancia o no de posibles alumnos con ANS en sus centros. Comprender el problema y sus consecuencias, al mismo tiempo que se les proporcionan estrategias de regulación emocional, favorece que este tipo de conductas no se desarrollen o bien se reduzcan entre los adolescentes y que tanto los familiares como los profesores generen una red de apoyo y validen sus emociones.

#### 4. Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed.)*. Washington DC: Author.
- Andover, M. S., Primack, J. M., Gibb, B. E., & Pepper, C. M. (2010). An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Archives of Suicide Research, 14*(1), 79-88.
- Ayers, J. W., Althouse, B. M., Leas, E. C., Dredze, M., & Allem, J. P. (2017). Internet searches for suicide following the release of 13 Reasons Why. *JAMA internal medicine, 177*(10), 1527-1529.
- Baetens, I., Claes, L., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., ... & Griffith, J. W. (2014). Non-suicidal self-injury in adolescence: a longitudinal study of the relationship between NSSI, psychological distress and perceived parenting. *Journal of Adolescence, 37*(6), 817-826.
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. L., & Abela, J. R. (2012). Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioural methods in a community sample. *Pediatrics, 130*, 39-45.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders: Vol. 18, No. 1*, pp. 36-51.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 861-865.
- Beckman K, Mittendorfer-Rutz E, Waern M, Larsson H, Runeson B, Dahlin M (2018) Método de autolesión en adolescentes y adultos jóvenes y riesgo de suicidio posterior. *J Child Psychol Psychiatry 59* (9): 948-956.
- Boggiano, J. P., & Gagliosi, P. (2018). *Terapia Dialéctico Conductual. Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Argentina: Tres Olas.
- Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., ... & Carli, V. (2019). Consumo de alcohol y factores de riesgo de conductas autolesivas en adolescentes españoles. *Adicciones*.

- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology, 111*(1), 198.
- Bureau, J. F., Martin, J., Freynet, N., Poirier, A. A., Lafontaine, M. F., & Cloutier, P. (2010). Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(5), 484-494.
- Butler, A. M., & Malone, K. (2013). Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis? *The British Journal of Psychiatry, 202*(5), 324-325.
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., & Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema, 27*(3), 223-228
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour research and therapy, 44*(3), 371-394.7.
- Cipriano, A., Cella, S. y Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology, 8*, 1946.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin, 135*(3), 495.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior therapy, 50*(1), 60-72.
- Díaz de Neira, M., García-Nieto, R., de León-Martinez, V., Fominaya, M. P., Baca-García, E., & Carballo, J. J. (2015). Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 8*(3), 137-145.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a oneyear follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, (5)*, 3.



- Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., & Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical psychology review, 42*, 156-167.
- Frankl, V. E. (2006). *The Unheard Cry for Meaning. Psychotherapy and Humanism*. Boston, MA: Beacon Press.
- Freeman, K. R., James, S., Klein, K. P., Mayo, D., & Montgomery, S. (2016). Outpatient dialectical behavior therapy for adolescents engaged in deliberate self-harm: conceptual and methodological considerations. *Child and adolescent social work journal, 33*(2), 123-135.
- Frías, Á., Vázquez, M., Del Real, Á., Sánchez, C., & Giné, E. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *C. Med. Psicosom (103)*, 33-48.
- Gallego, B., (2019). Factores de riesgo y de protección de las autolesiones no suicidas en población adolescente española. (Tesis Doctoral). Universidad Católica de Valencia, Valencia, España.
- Gandhi, A., Luyckx, K., Baetens, I., Kiekens, G., Sleuwaegen, E., Berens, A., ... & Claes, L. (2018). Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: an event history analysis of pooled data. *Comprehensive psychiatry, 80*, 170-178.
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F., y Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica, 8*(2), 447-454.
- García-Alandete, J., Rosa Martínez, E., y Sellés Nohales, P. (2012). Estructura factorial y consistencia interna de una versión española del Purpose-In-Life Test. *Universitas Psychologica, 12*(2), 517-530
- García-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Yepes, M. P., & Baca-García, E. (2013). Traducción y validación de la Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview en población española con conducta suicida. *Revista de psiquiatría y salud mental, 6*(3), 101-108.
- Glaesmer, H., Spangenberg, L., Scherer, A., & Forkmann, T. (2014). Die Erfassung von Suizidwünschen: Erste psychometrische Befunde zur deutschen. Version des Interpersonal Needs Questionnaire (INQ). *Psychiatrische Praxis, 41*(05), 250-256.

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41- 54.
- Gratz, K. L., Latzman, R. D., Tull, M. T., Reynolds, E. K., & Lejuez, C. W. (2011). Exploring the association between emotional abuse and childhood borderline personality features: The moderating role of personality traits. *Behavior Therapy*, 42(3), 493-508.
- Guadix, M. G., Almendros, C., Mondragón, L. R., y Pérez, E. M. (2020). Autolesiones online entre adolescentes españoles: análisis de la prevalencia y de las motivaciones. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 9-15.
- Hack, J., & Martin, G. (2018). Expressed emotion, shame, and non-suicidal self-injury. *International journal of environmental research and public health*, 15(5), 890.
- Hauber, K., Boon, A., & Vermeiren, R. (2019). Non-suicidal self-injury in clinical practice. *Frontiers in psychology*, 10, 502.
- Hawton, K. y Harris, L. (2008). Deliberate self-harm by under 15 year olds: characteristics, trends and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49, 441-448.
- Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., ... & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 740-750.
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y salud*, 19(2), 139-156.
- Hill, R. M., Rey, Y., Marin, C. E., Sharp, C., Green, K. L., & Pettit, J. W. (2015). Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the reliability, factor structure, and predictive validity across five versions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(3), 302-314.
- James, A. C. (2008). A preliminary community study of dialectical behavior therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, deliberate self-harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, (13), 148-152.

- Katz L. Y., C. B. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (43), 276-282.
- Klonsky, E. D. (2007). Non-suicidal self-injury: An introduction. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1039-1043.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239.
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215-219.
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., & Washburn, J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9(1), 44.
- Kress, V. E., Newgent, R. A., Whitlock, J., & Mease, L. (2015). Spirituality/Religiosity, Life Satisfaction, and Life Meaning as Protective Factors for Nonsuicidal Self-Injury in College Students. *Journal of College Counseling*, 18(2), 160-174.
- Lenkiewicz, K., Racicka, E. y Brýnska, A. (2017). Self-injury-placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. Review of the literature. *Psychiatria Polska*, 51, 323-334.
- León Durán, L. M., Olaya Riascos, D. C., y Puentes Ramírez, C. A. (2017). Efecto de un programa de intervención con DBT para la reducción de la conducta autolesiva no suicida.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY, *The Guilford Press*.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. The *Guilford Press*.
- Marco, J. H., Garcia-Alandete, J., Pérez, S., Guillen, V., Jorquera, M., Espallargas, P., & Botella, C. (2015). Meaning in life and non-suicidal self-injury: A follow-up study with participants with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research*, 230(2), 561-566.
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-

- harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082-1091.
- Mollà, L., Batlle Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., ... & Bulbena Vilarrasa, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 51-61.
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *The Lancet*, 379(9812), 236-243.
- Muehlenkamp, J. J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(2), 166-185.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutiérrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of suicide research*, 11(1), 69-82.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 10.
- Muehlenkamp, J. J., Kerr, P. L., Bradley, A. R., & Larsen, M. A. (2010). Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: Preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 258-263.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current directions in psychological science*, 18(2), 78-83.
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (p. 9–18). American Psychological Association.
- Nock, M., & Prinstein, M. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Multivariate Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (5), 885-890.
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107.

- Pérez S., García-Alandete J., Cañabate M. & Marco JH. (2020) Confirmatory factor analysis of the Inventory of Statements About Self-Injury in a Spanish clinical sample. *J. Clin. Psychol*; 76:102–117.
- Plener, P., Kapusta, N., Kolch, M., Kaess, M., & Brunner, R. (2012). Non-suicidal self-injury as autonomous diagnosis- implicatio for research and clinic of the DSM-5 porposal to establish the diagnosis of Non-Suicidal Self- Injury in adolescents. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* , 40 (2), 113-120.
- Puntí, J., Soler, J., Santamarina, P., Soto, À., Lara, A., Méndez, I., ... & Pascual, J. C. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? *Actas Esp Psiquiatr*, 46(4), 146-55.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and life-threatening behavior*, 32(2), 146-157.
- Sánchez-Sánchez, T. (2018). Autolesiones en la adolescencia. Significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 185-209.
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., & Joiner Jr, T. E. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 118(2), 375.
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of abnormal child psychology*, 42(6), 885-896.
- Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 576-585.
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological assessment*, 24(1), 197.
- Victor, S. E., Hipwell, A. E., Stepp, S. D., & Scott, L. N. (2019). Parent and peer relationships as longitudinal predictors of adolescent non-suicidal self-injury onset. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 13(1), 1.

- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Angélica, M., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45.
- Viñas, F., Villar, E., Caparrós, B., Juan, J., Cornellá, M. & Pérez, I. (2004). Feelings of hopelessness in a Spanish university population: Descriptive analysis and its relationship to adapting university, depressive symptomatology and suicidal ideation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(4), 326-334.
- Walsh, B. (2006). *Treating self-Injury. A Practical Guide*. New York: The Guilford Press.
- Weinberg, A., & Klonsky, E. D. (2012). The effects of self-injury on acute negative arousal: A laboratory simulation. *Motivation and Emotion*, 36(2), 242-254.
- Whitlock, J., & Rodham, K. (2013). Understanding Nonsuicidal Self-Injury in Youth. *School Psychology Forum: Research in Practice*, 7 (4), 1-18.
- Wolff, J. C., Thompson, E., Thomas, S. A., Nesi, J., Bettis, A. H., Ransford, B., ... & Liu, R. T. (2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 59, 25-36.
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and behavioral practice*, 15(3), 277-286.

## 5. Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO. ANEXO I PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

##### **Datos del Estudio:**

Título:

Código del Promotor:

Nombre y apellidos del/de los investigador/es principal/es:

Los datos de carácter personal recabados son incluidos en fichero titularidad de la Universitaria Católica de Valencia “San Vicente Mártir (UCV). La finalidad de la recogida y tratamiento de los datos es a los únicos efectos de identificar a las personas físicas, cuya información es sometida a estudio o análisis, en la labor de investigación.

Los investigadores/as o equipos de investigación tratan los datos con las medidas de seguridad, conforme a Ley, necesarias para garantizar la confidencialidad y la integridad de toda esta información.

En todo caso, a partir de la necesaria identificación real y veraz de la persona, el investigador/a o equipo de investigación disocia (anonimiza u omite) los datos, de manera que no puede llegar a ser identificada por terceros.

Los resultados provisionales y finales del estudio están completamente compuestos de información no identificativa de personas.

Los datos sensibles (salud, violencia de género, origen racial o étnico, entre otros) que, en su caso, pudiera proporcionar se entenderá que la UCV (y, en concreto, el investigador/a o equipo de investigación) está autorizado, de forma expresa, para el tratamiento y, en su caso, cesión o comunicación. Así, informamos que sus datos pudieran ser cedidos o comunicados a las entidades o profesionales, sanitarios o científicos, en los supuestos necesarios para el desarrollo, control y seguimiento de un estudio epidemiológico.

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, presentando una solicitud por escrito, acompañada de una fotocopia de su D.N.I., Pasaporte, N.I.E. u otro documento de identificación equivalente, dirigida a la Secretaria de la Universidad

Católica de Valencia – LOPD INVESTIGACIÓN C/ Quevedo, 2 46001 de Valencia. La solicitud debe incluir los datos del estudio que figuran en el presente documento

De acuerdo con lo anterior, **CONSIENTO** al personal de la UCV a que trate mis datos personales, en las condiciones y términos expuestos. Y, como prueba de conformidad, suscribo la presente.

En....., a ..... de ..... de 20....

Nombre ..... y ..... Apellidos:  
.....

D.N.I.:.....

Fdo.

**Nota.-** En caso de actuar como tutor o representante legal de la persona objeto de estudio, por tratarse de un menor de 14 años y/o padecer una discapacidad, física o psíquica.

Nombre ..... y ..... Apellidos:  
.....  
...

D.N.I.:.....

Fdo.



## Anexo 2. Escalas de evaluación

### ISAS - SECCIÓN I

Este cuestionario pregunta sobre una variedad de comportamientos de autolesión. Por favor, sólo indica la presencia de estos comportamientos si los has llevado a cabo intencionadamente (es decir, a propósito) y sin la intención de suicidio (es decir, no por razones suicidas).

**1. Por favor estima el número de veces en tu vida que realizas intencionalmente (es decir, a propósito) cada tipo de autolesión no suicida (por ejemplo, 0, 10, 100, 500):**

Cortarse \_\_\_\_\_  
Rascarse con fuerza \_\_\_\_\_  
Morderse \_\_\_\_\_  
Golpearse con fuerza \_\_\_\_\_  
Quemarse \_\_\_\_\_  
Interferir en la curación de heridas (Por ejemplo, rascando las costras) \_\_\_\_\_  
Tallarse \_\_\_\_\_  
Frotar la piel contra una superficie rugosa \_\_\_\_\_  
Pellizcarse \_\_\_\_\_  
Pincharse con agujas \_\_\_\_\_  
Tirarse el Pelo \_\_\_\_\_  
Ingerir sustancias peligrosas \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Importante:** Si has realizado una o más de las conductas mencionadas anteriormente, por favor completa la parte final de este cuestionario. Si no has realizado ninguna de las conductas mencionadas anteriormente, continúa con la siguiente escala.

\*\*\*\*\*

1. \_\_\_\_\_

**2. Si piensas que llevas a cabo una forma principal (más frecuente) de autolesión, por favor, rodea esta conducta de las descritas en la página anterior.**

\_\_\_\_\_

**3. ¿A qué edad...?**

¿Te hiciste daño a tí misma/o por primera vez? \_\_\_\_\_

Cuál fue la fecha más reciente en la que te autolesionaste (Fecha aproximada - mes / día / año)

\_\_\_\_\_

**4. ¿Experimentas dolor físico durante la autolesión?** Por favor marque una opción:

SÍ    A VECES    NO

**5. Cuando te autolesionas, ¿estás solo/a?** Por favor marque una opción:

SÍ A VECES NO

**6. Por lo general, ¿cuánto tiempo transcurre desde el momento en que tienes la necesidad de autolesionarte hasta que actúas?** Por favor marque una opción:

<1 hora 1 - 3 horas 3 - 6 horas 6 - 12 horas 12 - 24 horas > 1 día

**7. ¿Quieres / querías dejar de auto-dañarte?** Por favor marque una opción:

SÍ NO

## ISAS PARTE II

### Instrucciones

Este inventario fue escrito para ayudar a comprender mejor la experiencia de las autolesiones no suicidas. A continuación, se muestra una lista de afirmaciones que pueden o no ser importantes en tu experiencia de autolesión. Por favor, indica las afirmaciones que sean más importantes para ti:

Marca **0** si la declaración **no es relevante** para ti en absoluto

Marca **1** si la declaración es **algo relevante** para ti

Marca **2** si la declaración es **muy importante** para ti

### "Cuando me autolesiono ...

	Respuesta		
1. Me calmo a mí misma/o	0	1	2
2. Creo una frontera entre mí y los demás	0	1	2
3. Me castigo	0	1	2
4. Es una forma de cuidar de mí misma/o (al cuidar la herida)	0	1	2
5. Al causarme dolor dejo de sentirme embotada/o	0	1	2
6. Evito el impulso de suicidarme	0	1	2
7. Es una forma de hacer algo que me provoca excitación o euforia	0	1	2
8. Me vinculo a los demás	0	1	2
9. Dejo que los demás sepan la magnitud de mi dolor emocional	0	1	2
10. Veo si puedo soportar el dolor	0	1	2
11. Genero una señal física que indica que me siento fatal	0	1	2
12. Me vengo de alguien	0	1	2
13. Aseguro que soy autosuficiente	0	1	2
14. Me alivio de la presión emocional que hay dentro de mi	0	1	2
<b>"Cuando me autolesiono ...</b>	<b>Respuesta</b>		
1. Demuestro que estoy separado de otras personas	0	1	2
2. Expreso ira hacia mí por ser inútil o estúpido	0	1	2

3. Genero un daño físico que es más fácil de cuidar que mi malestar emocional	0	1	2
4. Intento sentir algo (en contraposición a no sentir nada), aunque sea dolor físico	0	1	2
5. Respondo a los pensamientos suicidas sin realmente intentar suicidarse	0	1	2
6. Me entretengo a mí misma y a los demás haciendo algo extremo	0	1	2
7. Encajo con los demás	0	1	2
8. Busco cuidado o ayuda de los demás	0	1	2
9. Me demuestro que soy fuerte o dura/o	0	1	2
10. Me demuestro que mi dolor emocional es real	0	1	2
11. Me vengo de los demás	0	1	2
12. Demuestro que no necesito depender de otros para obtener ayuda	0	1	2
13. Reduzco la ansiedad, la frustración, la ira u otros sentimientos desbordantes	0	1	2
14. Establezco una barrera entre mí misma/o y los demás	0	1	2
15. Es una reacción al hecho de sentirme infeliz o disgustada conmigo misma/o	0	1	2
16. Me permito centrarme en tratar el daño, lo que puede ser gratificante o satisfactorio.	0	1	2
17. Me aseguro de sentirme viva/o cuando no me siento real	0	1	2
18. Pongo freno a los pensamientos suicidas	0	1	2
19. Llevo mis límites de una manera similar al hecho de bucear o practicar otras actividades extremas	0	1	2
20. Creo un signo de amistad o parentesco con los amigos o seres queridos	0	1	2
21. Evito que un ser querido me deje o abandone	0	1	2
22. Demuestro que puedo soportar el dolor físico	0	1	2
23. Doy significado a la angustia emocional que estoy experimentando	0	1	2
24. Trato de herir a alguien cercano a mí	0	1	2
25. Establezco que soy autónoma/o o independiente	0	1	2

**(Opcional) En el espacio de abajo, por favor indica cualquier aclaración o afirmación que creas que sería más exacta que las mencionadas anteriormente:**

**(Opcional) En el siguiente espacio, indica cualquier aclaración que creas que debería añadirse a la lista de arriba, aunque no necesariamente se ajuste a tu experiencia:**

---

## DERS

DERS; Gratz y Roemer, 2004

Adaptado al español por Hervás y Jodar, 2008

Por favor, indique con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

-----1-----2-----3-----4-----				
-----5-----				
Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi siempre (91-100%)

1. Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6. Estoy atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5

20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5

### Purpose-In-Life Test-10 Ítems (PIL-10)<sup>1</sup>

[García-Alandete, J., Rosa, E. y Sellés, P., 2013]

A continuación, ha de responder Ud. a un cuestionario en el que debe:

- Leer con sumo cuidado el enunciado principal (en negrita).
- Decidir, de la escala que va de 1 a 7, en qué número se situaría Ud., teniendo en cuenta lo que dicen los extremos (el recuadro 1 y el 7), en relación con el enunciado principal.
- Rodear el número que corresponda, teniendo en cuenta lo anterior.

Por favor, no deje sin responder ningún enunciado.

Le recordamos la necesidad de que responda con sinceridad, y pensando bien lo que responde, y que el cuestionario es anónimo.

#### 1. Generalmente me encuentro:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente aburrido			Neutral			Exuberante, entusiasmado

#### 2. La vida me parece:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente rutinaria			Neutral			Siempre emocionante

#### 3. En la vida tengo:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

<sup>1</sup> La numeración de los ítems es la que consta en la escala original de Crumbaugh y Maholic (1969)

Ninguna meta o anhelo			Neutral			Muchas metas y anhelos definidos
-----------------------	--	--	---------	--	--	----------------------------------

**4. Cada día es:**

1	2	3	4	5	6	7
Exactamente igual			Neutral			Siempre nuevo y diferente

**5. Si pudiera elegir:**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca habría nacido			Neutral			Tendría otras nueve vidas iguales a éstas

**6. Después de retirarme:**

1	2	3	4	5	6	7
Holgazanearía el resto de mi vida			Neutral			Haría las cosas emocionantes que siempre deseé realizar

**7. Mi vida es:**

1	2	3	4	5	6	7
Vacía y llena de desesperación			Neutral			Un conjunto de cosas buenas y emocionantes

**8. Al pensar en mi propia vida:**

1	2	3	4	5	6	7
Me pregunto a menudo la razón por la que existo			Neutral			Siempre encuentro razones para vivir

**9. Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito o una misión en la vida es:**

1	2	3	4	5	6	7
Prácticamente nula			Neutro			Muy grande

**10. He descubierto:**

1	2	3	4	5	6	7
Ninguna misión o propósito en mi vida			Neutro			Metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida

Escala de Desesperanza de Beck	Verdadero	Falso
1. Veo el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Quizás debería abandonar todo, porque no puedo hacer las cosas mejor.		
3. Cuando las cosas están mal, me ayuda pensar que no va a ser así para siempre.		
4. No puedo imaginar cómo va a ser mi vida dentro de 10 años.		
5. El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo hacer.		
6. En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa.		
7. El futuro aparece oscuro para mí.		
8. En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de la gente.		
9. En realidad, no puedo estar bien, y no hay razón para estarlo en el futuro.		
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.		
11. Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades.		
12. No espero conseguir lo que realmente quiero.		
13. Espero ser más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero.		
15. Tengo gran confianza en el futuro.		
16. Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo.		
17. Es poco probable que en el futuro consiga una satisfacción real.		
18. El futuro aparece vago e incierto para mí.		
19. Se pueden esperar tiempos mejores que peores.		
20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado, pues probablemente no lo logre.		

## CUESTIONARIO DE NECESIDADES INTERPERSONALES

---

Las siguientes cuestiones te piden que pienses en ti mismo y otras personas. Por favor, responde a cada pregunta utilizando tus propias creencias y experiencias actuales, no lo que piensas que es cierto en general, o lo que podría ser cierto para otras personas. Por favor, basaros en respuestas sobre cómo te has sentido recientemente. Utiliza la escala de calificación para encontrar el número que mejor coincide con cómo te sientes y el círculo de ese número. No existen respuestas correctas o incorrectas: estamos interesados en lo que piensas y sientes.

**Nada cierto (para mi)      algo cierto (para mi)      totalmente cierto (para mi)**

- 1 (En la actualidad) la gente que forma parte de mi vida estaría mejor si yo no estuviera
- 2 (En la actualidad) la gente que forma parte de mi vida sería más feliz sin mí.
- 3 (En la actualidad) creo que soy una carga para la sociedad.
- 4 Creo que mi muerte sería un alivio para la gente que forma parte de mi vida.
- 5 Creo que la gente que forma parte de mi vida desearía poder deshacerse de mí.
- 6 Creo que complico las cosas para la gente que forma parte de mi vida.
- 7 (En la actualidad) hay gente que se preocupa por mí.
- 8 Siento que encajo en la sociedad.
- 9 (En la actualidad) raramente interactúo con la gente que se preocupa por mí.
- 10 Soy afortunado por tener tantos amigos cariñosos y comprensivos.
- 11 Me siento desconectado del resto de la gente.
- 12 Me siento un extraño en reuniones sociales.
- 13 Siento que hay gente en la que puedo apoyarme cuando lo necesite.
- 14 Me siento cercano al resto de la gente.
- 15 Cada día tengo al menos una relación satisfactoria con otras personas.

## PREGUNTAS SOBRE LA IDEACIÓN SUICIDA Y LA HISTORIA PREVIA DE INTENTOS DE SUICIDIO

---

- 1 He intentado quitarme la vida. Si es que sí, cuántas veces y cómo lo he intentado.
- 2 He tenido pensamientos de quitarme la vida. Si es que sí, con qué frecuencia los he tenido.
- 3 Número de veces en el que he intentado quitarme la vida.