



Universitat
de les Illes Balears

Intervención grupal para el tratamiento psicológico de autolesiones no suicidas en adolescentes: un estudio piloto

Cinthia Patricia Frias Butrón

Memoria del Trabajo de Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2016 -2017

Fecha: 23 de junio de 2017

Tutor del Trabajo: Gloria García de la Banda

Agradecimientos

A las adolescentes que participaron en el programa de intervención, ya que sin ellas no podríamos realizar este estudio.

A la profesora Gloria García de la Banda por su guía académica y acompañamiento en la elaboración del trabajo, su dedicación y precisión me permitieron un aprendizaje continuo.

A Guillermo Larraz, psicólogo clínico y terapeuta del programa, por su confianza, colaboración y sentido del humor, además de sus múltiples enseñanzas en el ejercicio de la práctica clínica.

A la profesora Dolores Frías-Navarro de la Universidad de Valencia por su ayuda a nivel metodológico

A Giulia Canolla por su colaboración y ayuda en la elaboración de la base de datos.

A mi familia, especialmente mi esposo, por su apoyo constante en la culminación del Máster en Psicología General Sanitaria.

Resumen

La autolesión no suicida (nonsuicidal self-injury, NSSI) es la destrucción deliberada y auto-infligida de tejido corporal que suele producir sangrado, hematoma o dolor, con daño físico leve o moderado. La prevalencia de esta conducta en muestras clínicas adolescentes oscila entre 21.7% en nuestro país y 40 % a nivel internacional. La hipótesis de la regulación emocional propone que las conductas NSSI producen un alivio inmediato de los estados emocionales desagradables, a pesar de las consecuencias negativas a largo plazo.

Así el presente estudio tiene como objetivo conocer si se producen cambios antes y después de una intervención grupal de 12 sesiones que introduce un componente de mindfulness. Los ejes principales del programa fueron: autocuidado, tolerancia al malestar y afrontamiento, defensas y distorsiones cognitivas, límites y relaciones interpersonales e identidad. Se esperaba un aumento de la atención plena, una mejoría de la regulación emocional, la reducción de los sentimientos de depresión, ansiedad y estrés, y una disminución de la frecuencia de las autolesiones. Las participantes eran 12 adolescentes mujeres de 13-17 años con conductas NSSI atendidas en un dispositivo sanitario de la Comunidad de las Islas Baleares.

Los resultados indican una disminución significativa de las autolesiones después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande. La conducta NSSI más frecuente son los cortes en diferentes partes del cuerpo. Las estrategias de regulación emocional desadaptativas y los síntomas de depresión, ansiedad y estrés disminuyen, aunque no significativamente, con un tamaño de efecto medio-alto. Sin embargo, no se obtuvieron los resultados esperados en el aumento de la atención plena. A pesar de las limitaciones, la reducción significativa de las autolesiones es un resultado prometedor que necesita ser investigado en el futuro a través de

un estudio controlado y aleatorizado, con una muestra más numerosa y con un protocolo de intervención manualizado.

Palabras clave: Adolescencia, autolesión, nonsuicidal self-injury, regulación emocional, tratamiento psicológico

Abstract

Nonsuicidal self-injury (NSSI) is the deliberate and self-inflicted destruction of body tissue that often results in bleeding, bruising or pain, with mild or moderate physical damage. The prevalence of this behavior in adolescent clinical samples ranges from 21.7% in our country to 40% at the international level. The emotional regulation hypothesis proposes that NSSI behaviors produce immediate relief from unpleasant emotional states, despite the long-term negative consequences.

Thus the present study aims to know if there are changes before and after a group intervention of 12 sessions that introduces a component of mindfulness. The main axes of the program were: self-care, tolerance to malaise and coping, defenses and cognitive distortions, limits and interpersonal relationships and identity. Increased mindfulness, improved emotional regulation, reduced feelings of depression, anxiety and stress, and decreased frequency of self-harm were expected. The participants were 12 female adolescents aged 13-17 years with NSSI behaviors treated in a mental health service of the Community of the Balearic Islands.

The results indicate a significant decrease in post-treatment self-injury, with a large effect size. The most common NSSI behavior is cuts in different parts of the body. Maladaptive emotional regulation strategies and symptoms of depression, anxiety and stress decrease, although not significantly, with a medium-high effect size. However, the expected results in the increase in mindfulness were not obtained. Despite the limitations, a significant reduction in self-harm is a promising result that needs to be investigated in the future through a randomized controlled study, with a larger sample and a manualized intervention protocol.

Keywords: Adolescence, emotional regulation, nonsuicidal self-injury, psychological treatment, self-injury

Índice

Introducción	7
Método	15
Diseño.....	15
Participantes	15
Instrumentos	16
Procedimiento	19
Análisis de datos	22
Resultados	22
Discusión	25
Referencias	30
Tablas	38
Anexos	43

Introducción

Definición

La conducta autolesiva es la realización socialmente inaceptable y repetitiva de cortes, golpes y otras formas de autoagresión que causan lesiones físicas leves o moderadas y sin intencionalidad suicida (Klonsky, 2007; Suyemoto, 1998). Es una conducta que dista de ser un constructo psicopatológico homogéneo en su terminología y conceptualización, por lo que es nombrada en la literatura científica como autolesión (“*self-injury*”), automutilación (“*self-mutilation*”), cortarse (“*self-cutting*”), daño auto-infligido (“*self-harming*”), conducta parasuicida (“*parasuicide behavior*”), entre otros.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- 5), en el capítulo de afecciones que necesitan más estudio, define la autolesión no suicida (*nonsuicidal self-injury*, NSSI) como una conducta por medio de la cual el individuo se inflige intencionadamente lesiones en la superficie corporal 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. Para ser diagnosticada, la conducta autolesiva debe presentarse en al menos cinco días del último año. Además, ésta debe realizarse con expectativas de aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, o para resolver una dificultad interpersonal, o para inducir un estado de sentimientos positivos. Se asocia con dificultades interpersonales, 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 (American Psychiatric Association, 2014).

Prevalencia

En los últimos años se ha dado un aumento de la prevalencia de las autolesiones entre los adolescentes, lo que ha generado un mayor volumen de investigación sobre esta problemática (Nock, 2010). Swannell, Martin, Page, Hasking y St John (2014) encuentran una gran variabilidad en la prevalencia de estas conductas en su revisión de la literatura (1.5% - 54.8%) y apuntan a la metodología empleada para su estimación como uno de los factores que genere esta variabilidad (p.ej.: las diferentes denominaciones dadas a las conducta autolesiva, el tipo de cuestionario y las características de la muestra). Estos autores, en base al meta-análisis en el que incluyen 119 estudios con muestras no clínicas a nivel internacional, obtienen una prevalencia media de 17.2% en adolescentes de 10 a 17 años. La investigación con muestras clínicas informa de tasas más altas (p.ej., 40%, Jacobson, Muehlenkamp, Miller y Turner, 2008) y en adolescentes hospitalizados entre 32% y 50% según Plener, Brunner, Resch, Fegert y Libal (2010). En cuanto a diferencias de género, algunos autores afirman que hay mayor prevalencia en mujeres que en hombres (Barrocas, Hankin, Young y Abela, 2012; Guerry y Prinstein, 2010). Sin embargo, el meta-análisis de Swannell et al. (2014) concluye que en muestras no clínicas hay una equivalencia de la prevalencia respecto al género.

En el caso de nuestro país, recientemente se constata el interés por determinar la prevalencia de esta problemática en adolescentes españoles tanto en muestras clínicas como comunitarias (ver Tabla 1).

.....
Insertar Tabla 1 aquí
.....

En muestras comunitarias, el estudio de Kirchner, Ferrer, Forns y Zanini (2011) señala una prevalencia de 11.4% entre adolescentes de 12 y 16 años que contrasta con el porcentaje

(55.6%) del estudio de Calvete, Orue, Aizpuru y Brotherton (2015) en una muestra comunitaria de adolescentes entre 12 y 19 años. La diferencia de porcentajes entre los estudios señalados confirma lo ya encontrado en el meta-análisis de Swannell et al. (2014) que dichas diferencias pueden ser atribuidas al tipo de instrumento de medida utilizado (p.ej. check-list frente a una sola pregunta si/no) y a la edad de la muestra. De hecho, los estudios mencionados en la tabla 1 se hicieron cada uno con un instrumento diferente. Por último en muestras clínicas, Diaz De Neira et al. (2015) encuentran una prevalencia de 21.7% en adolescentes de entre 11 y 18 años.

Criterio Transdiagnóstico

El comportamiento autolesivo se encuentra tanto en población general como clínica y hay autores que proponen que se considere un síndrome por sí mismo (Klonsky, Oltmanns y Turkheimer, 2003). Otros autores como Rees, Hasking, Breen, Lipp y Mamotte (2015) consideran la autolesión no suicida (NNSI) como un comportamiento transdiagnóstico que se utiliza para hacer frente a emociones intensas. Bentley, Nock y Barlow (2014) señalan que la investigación ha indicado que la NSSI es simultánea a otros trastornos tales como la depresión, el trastorno de estrés post-traumático, la ansiedad generalizada y los trastornos de la alimentación. Aunque el comportamiento autolesivo es conceptualmente distinto del suicidio (Walsh, 2007), múltiples estudios muestran una relación estrecha entre ambos, siendo las conductas autolíticas un claro factor de riesgo para las tentativas suicidas (Nock, Joiner Jr, Gordon, Lloyd-Richardson y Prinstein, 2006).

Funcionalidad de la conducta autolesiva

La investigación ha proporcionado un marco teórico para entender la función de las NSSI a través de la hipótesis de la regulación emocional que propone que las conductas

autolesivas efectivamente alivian los estados emocionales desagradables, a pesar de las consecuencias negativas a largo plazo (Chapman, Gratz y Brown, 2006, García-Nieto, Carballo, De Leon-Martinez y Baca-García, 2015; Klonsky, 2007; Messer y Fremouw, 2008).

Linehan (1993) propone que los ambientes de invalidación temprana, entendidos como aquellos que niegan las experiencias privadas o responden erráticamente ante ellas (particularmente aquellas que no se acompañan de evidencias objetivables), pueden enseñar estrategias no adaptativas para hacer frente a la angustia emocional. En un entorno invalidante, las experiencias emocionales e interpretaciones de los eventos no son tomadas como válidas: son trivializadas, castigadas, etc. Se promueve el control y/o la restricción en la expresión de emociones negativas. En ese contexto, la persona no aprende a reconocer, identificar/etiquetar o regular sus emociones, de manera que no es capaz de considerar sus respuestas emocionales como una interpretación fiable o válida de lo que ocurre en su entorno.

Así, individuos de estos entornos y/o con disposiciones biológicas para la inestabilidad emocional serán menos capaces de manejar su estado emocional y por lo tanto podrían ser más propensos a utilizar la autolesión como una estrategia de regulación desadaptativa. Desde esta perspectiva, la acción lesiva intencional se utiliza para expresar y externalizar emociones perturbadoras e intolerables, a la vez que se crea un sentido de control sobre las mismas. Emociones tales como ira, ansiedad, frustración y vergüenza, comúnmente se han asociado al momento previo del acto autolesivo en diversos estudios (Gallop, 2002; Jeglic, Vanderhoff y Donovan, 2005), seguidas de experiencias subjetivas de alivio y calma cuando la acción se ha concretado. De esta manera, el modelo de regulación del afecto sugiere que la autolesión es una estrategia para aliviar el afecto negativo agudo o la excitación afectiva (Favazza, 1992; Gratz, 2003; Haines, Williams, Brain y Wilson, 1995).

Tratamientos en autolesiones no suicidas: evidencia

A pesar de la creciente preocupación por las NSSI y la necesidad de encontrar tratamientos eficaces, hay muy pocos estudios que se centran en reducir este comportamiento directamente (Walsh, 2006). La división 53 (*Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*) de la APA, que tiene como objetivo mostrar los tratamientos psicológicos basados en la evidencia para niños y adolescentes, afirma en función de la revisión de Glenn, Franklin y Nock (2015) que no se conocen tratamientos bien establecidos para esta clase compleja de problemas. Aunque en este caso, la división 53 no hace distinción entre tratamientos para conductas autolesivas suicidas y no suicidas, englobando ambas conductas en la categoría de pensamientos y conductas autolesivas.

Mollà et al. (2015) realizan una revisión de los diferentes tratamientos psicológicos para la autolesión no suicida dividiéndolos en dos categorías para valorar la eficacia de los tratamientos: tratamientos bien establecidos y tratamientos probablemente eficaces (ver tabla 2).

.....
Insertar Tabla 2 aquí
.....

Además la revisión concluye que existe una amplia variedad de tratamientos, una dificultad para identificar los componentes específicos para que estos sean eficaces y, lo que es más relevante, la mayor parte de tratamientos no tienen suficiente apoyo empírico según los criterios de la *Task Force* de 1998 (ver tabla 3). Aunque, como esta tabla describe, no hay ningún tratamiento cuya eficacia esté bien establecida para las autolesiones no suicidas en adolescentes, sin embargo, sí observamos algunos tratamientos probablemente eficaces como la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) y la Terapia basada en la mentalización (MBT).

.....
Insertar Tabla 3 aquí
.....

Para complementar y ampliar la información, ofrecemos una revisión de estudios realizada para este trabajo de meta-análisis y revisiones sistemáticas sobre la eficacia de tratamientos de conductas NSSI (ver anexo 2).

Nos centraremos en la DBT, por la semejanza tiene como objetivo favorecer la regulación emocional en pacientes adultos diagnosticados con trastorno de personalidad límite (TLP). Dada su eficacia demostrada en adultos, la DBT se ha adaptado para ser aplicada en adolescentes (DBT-A; Miller, Rathus y Linehan, 2007) y se utiliza en múltiples problemas conductuales, incluyendo NSSI y autolesiones no suicidas (Donaldson, Spirito y Esposito-Smythers, 2005; Fleischhaker et al., 2011). Más recientemente, el meta-análisis de Cook y Gorraiz (2016), en base a 12 estudios con medidas pre y post tratamiento, ofrecen evidencia preliminar sobre la eficacia de la DBT para tratar las conductas NSSI y la depresión en adolescentes. Estos autores informan de un tamaño del efecto grande para la disminución de las conductas NSSI después de la intervención con DBT, aunque señalan limitaciones metodológicas como la no estandarización de los tratamientos y el tamaño reducido de las muestras.

Así la DBT-A, como informa Mollà et al. (2015), dedica cuatro módulos a entrenar habilidades dirigidas a desarrollar la tolerancia al estrés, la efectividad interpersonal, la regulación emocional, el mindfulness; y se añade un quinto módulo (inexistente en la versión de adultos) denominado *Walking in the middle path*, que trabaja, a través de dilemas dialécticos frecuentes en la relación entre los adolescentes y sus padres (p.ej., “excesiva indulgencia vs. control autoritario”), la despolarización y flexibilización del pensamiento a fin de integrar los dos polos de la dicotomía. Además, la familia es incluida a través de

grupos multifamiliares de entrenamiento de habilidades y sesiones de terapia familiar para estructurar el ambiente de los adolescentes. La duración es de 16 semanas e incluye una segunda fase de tratamiento opcional (otras 16 semanas) para aquellos participantes que continúen teniendo dificultades.

Así, la DBT-A es un tratamiento que combina técnicas de terapia cognitivo conductual dirigidas al cambio conductual, con principios que provienen de la filosofía budista dirigidos al reconocimiento y a la aceptación de la realidad y la filosofía dialéctica que permite la coexistencia de visiones opuestas en una misma persona (Soler, Eliges y Carmona, 2016). La DBT-A incluye el entrenamiento en Mindfulness (p.ej., el recorrido corporal o la meditación sedente) que facilitaría una respuesta menos reactiva a los acontecimientos estresantes como una parte del tratamiento para las autolesiones no suicidas (NSSI) en TLP.

Mindfulness para el tratamiento de las conductas NSSI

Existen diferentes programas basados en Mindfulness (PBM) o atención plena como el programa de Reducción de Estrés Basada en Mindfulness (MBSR) y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT). En un estudio mixto (cualitativo y cuantitativo) Kok, Kirsten y Botha, (2011) resaltan la utilidad potencial de los PBM para que adolescentes que se autolesionan aprendan a tolerar el malestar, regular sus emociones y desarrollar la autocompasión. Así, algunos PBM se están utilizando para incrementar la regulación emocional, por ejemplo Metz et al. (2013) encuentran que un PBM, denominado *Learning to BREATHE*, ayudaba a los estudiantes de instituto a desarrollar estrategias de regulación emocional como el reconocimiento y la identificación de las emociones. Asimismo, Deplus, Billieux, Scharff y Philippot (2016) aplicando una intervención MBCT para adolescentes con dificultades de regulación emocional obtienen una disminución de síntomas depresivos, de

facetas del rasgo de impulsividad (relacionadas con bajas habilidades de Mindfulness) y del pensamiento rumiativo.

Sin embargo, la investigación es más limitada en relación al papel de los PBM en la reducción de conductas NSSI (Heath, Carsley, De Riggi, Mills y Mettler, 2016). Aunque, existen protocolos de estudio publicados como el protocolo de estudio controlado y aleatorizado de Rees et al. (2015) que intenta probar la eficacia de un MBCT frente a la terapia de apoyo (Borkovec & Costello's protocol) en la reducción del comportamiento autolesivo en adolescentes y que suponemos publicarán sus resultados en un futuro cercano.

Resumiendo, podemos señalar que no existe evidencia suficiente de tratamientos bien establecidos para reducir la conducta autolesiva en adolescentes. Por tanto, creemos que es necesario estudiar la eficacia de los tratamientos que se administran a adolescentes con dificultades de regulación emocional y con conductas autolesivas en el ámbito hospitalario.

Objetivo trabajo

Así nuestro objetivo es determinar si se producen cambios en las variables analizadas antes y después del tratamiento multicomponente de un grupo de adolescentes atendidos en un dispositivo sanitario de la Comunidad de las Islas Baleares. Nuestras hipótesis teóricas son que: 1) aumentará la atención plena, 2) disminuirá la frecuencia de las autolesiones sin intencionalidad suicida (NNSI), 3) mejorarán las estrategias de regulación emocional y, por último, 4) se reducirán los sentimientos de depresión, ansiedad y estrés.

Método

Diseño

Para nuestro estudio hemos utilizado un diseño de investigación cuasi-experimental con medidas pre-post sin grupo de control. La comprobación de las hipótesis estadísticas se ha realizado con contrastes bilaterales ($\alpha = 0.05$).

Participantes

La muestra consistió de un total de 12 adolescentes mujeres con una edad comprendida entre 14 y 17 años ($M = 15.67$, $DS = 1.15$) atendidas a nivel individual por un psicólogo clínico (o psiquiatra) del Instituto Balear para la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (IBSMIA) del Hospital Son Espases y derivadas al grupo de tratamiento por tener problemas de regulación emocional y autolesiones no suicidas.

Las adolescentes participaron en dos grupos de intervención, el primero se realizó de octubre 2016 a enero 2017 y el segundo de febrero a abril 2017. Los datos de las participantes fueron analizados conjuntamente, dado que no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en ninguna de las puntuaciones medias de las variables del estudio pre-test (p.ej., edad, puntuaciones en atención plena, en NSSI, etc.). Durante el tratamiento, se produjo el abandono de dos adolescentes, una por mejora de su sintomatología y la otra por internamiento en el hospital debido al empeoramiento de sus síntomas. En total, 10 adolescentes completaron el tratamiento (tasa de abandono del 17%), pero solo 8 de ellas completaron los cuestionarios pre y post. De las dos adolescentes que no cumplimentaron las pruebas, una no quiso contestar el post y la otra no finalizó las pruebas en la última sesión y posteriormente no las entregó a su terapeuta.

Los criterios de inclusión fueron:

1. Edad entre 13-17 años.
2. Adolescentes con “autolesión no suicida” (NSSI), impulsividad o presencia de ideación autolítica no estructurada en el contexto de un diagnóstico de trastorno de ansiedad, depresivo, distímico o rasgos de personalidad del clúster B o C.
3. Cociente Intelectual (CI) superior a 85.
4. Participando en tratamiento individual y familiar con psicólogo clínico del hospital.
5. Cumplir con el criterio propuesto por el DSM-5 para NSSI: la conducta autolesiva debe presentarse en al menos cinco días en el último año.

Los participantes fueron excluidos si existía:

1. Ideación autolítica estructurada.
2. Presencia de trastorno psicótico.
3. Presencia de trastorno bipolar.
4. Presencia de trastorno generalizado del desarrollo.
5. Presencia de trastorno de la conducta alimentaria como objetivo prioritario de intervención, o con pautas de alimentación no reguladas o conductas purgativas frecuentes que necesiten estabilizarse previamente.

Instrumentos

Mindful Attention Awareness Scale- Adolescent (MAAS-A; Brown, West, Loverich y Biegel, 2011). Es una versión adaptada para adolescentes que se deriva de la versión para adultos (MAAS, Brown y Ryan, 2003) y que es probablemente la medida unidimensional más utilizada de mindfulness. La escala es unifactorial, de rápida administración y consta de 14 ítems que describen la ausencia de atención consciente en

diversas circunstancias (p.ej., “Tiendo a caminar rápidamente para llegar a donde voy sin prestar atención a lo que experimento durante el camino”, “Hago las actividades con prisa, sin estar realmente atento a ellas”). Los ítems son respondidos a través de una escala tipo Likert de seis puntos (1 = casi siempre; 6 = casi nunca) en la que las puntuaciones más altas son indicativas de mayor nivel de atención plena o mindfulness. La versión española usada en el presente estudio tiene una adecuada consistencia interna ($\alpha = .85$; Calvete, Sampedro y Orue, 2014).

Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI-9). Se trata de una versión abreviada y modificada de la versión original de Gratz (2001). Se pregunta a los encuestados si han participado deliberadamente en cualquiera de los nueve tipos de daño físico directo a sí mismos (p.ej., cortarse muñecas, brazos o áreas del cuerpo; rascarse la piel causando sangrado; quemarse a sí mismos con un cigarrillo, encendedor o cerillas; grabar palabras, imágenes en la piel; arañarse de forma severa, causando cicatriz o sangrado, morderse hasta atravesar la piel, clavarse objetos afilados en la piel, golpearse la cabeza, causando así una moretón o contusión; impedir que una herida se cure) durante los pasados 6 meses. Se pide indicar que para cada tipo de autolesión evalúen el número de veces que han realizado estos comportamientos en una escala de 0 a 6 (0 = nunca, 6 = más de cinco veces). La versión abreviada de nueve ítems tiene una consistencia interna de .90 (Lundh, Wångby-Lundh, Paaske, Ingesson y Bjärehed, 2011).

Escala de Dificultades de Regulación emocional (DERS-E; Hervás y Jódar, 2008). Este instrumento corresponde a la versión adaptada al español de la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz y Roemer, 2004) y evalúa diversos déficits que pueden afectar a una óptima regulación emocional. Hervás y Jódar (2008), al adaptar la escala al español, redujeron sus ítems de 36 a 28 y consideraron sólo 5 subescalas, debido a que los

factores Dificultades en el control de impulsos y Acceso limitado a estrategias de regulación, se fusionaron en una única subescala denominada Descontrol emocional. Así, las subescalas son *descontrol emocional*, que mide las dificultades para mantener el control del comportamiento cuando se experimentan emociones negativas; *interferencia cotidiana*, que hace referencia a las dificultades para concentrarse y cumplir tareas cuando se experimentan emociones negativas; *desatención emocional*, que apunta a las dificultades para atender y tener conocimiento de las emociones; *confusión emocional*, que consiste en la dificultad para conocer y tener claridad respecto de las emociones que se están experimentando y *rechazo emocional*, que alude a reacciones de no aceptación del propio malestar emocional. El instrumento se responde en una escala con formato Likert (1 = casi nunca, 5 = casi siempre), donde mayor puntaje indica más dificultades. Las cinco subescalas del DERS-E tienen un buen nivel de consistencia interna: Descontrol ($\alpha = .91$), Rechazo ($\alpha = .90$), Interferencia ($\alpha = .87$), Desatención ($\alpha = .73$) y Confusión ($\alpha = .78$).

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS–21, versión abreviada y adaptada a población hispana, Daza, Novy, Stanley y Averill, 2002). Las tres escalas de autoinforme evalúan la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés (p.ej., “me sentí triste y deprimido”, “se me hizo difícil respirar” o “sentí que tenía muchos nervios”). Cada ítem se responde de acuerdo a la presencia/ausencia e intensidad de cada síntoma en la última semana en una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos (0 = no me sucedió, 3 = me sucedió mucho, o la mayor parte del tiempo). La escala de *Depresión* evalúa disforia, falta de sentido, autodepreciación, falta de interés y anhedonia. La escala de *Ansiedad* considera síntomas subjetivos y somáticos de miedo, activación autonómica, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de afecto ansioso. La escala de *Estrés* evalúa activación persistente no específica, dificultad para relajarse, irritabilidad e impaciencia. Según el

estudio de Daza et al. (2002), con una muestra hispana, las tres subescalas tienen índices de consistencia interna elevados: Depresión ($\alpha = .93$), Ansiedad ($\alpha = .86$) y Estrés ($\alpha = .91$).

Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM, versión corta; Greco, Baer y Smith, 2011). Comprende 10 ítems que evalúan en los adolescentes un único factor denominado atención plena o mindfulness, entendido como la capacidad de actuar o no con conciencia plena en el presente y sin juzgar (p.ej., “me digo a mi mismo que no debería sentir lo que estoy sintiendo” o “me es difícil prestar atención a una sola cosa en cada momento”). Se responde conforme a una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = nunca, 5 = siempre). El CAMM ha demostrado una adecuada consistencia interna que va de .70 a .85 (Pallozi, Wertheim, Paxton y Ong, 2017). La versión española, traducida y validada por Turanzas Romero (2013), tiene una consistencia interna adecuada ($\alpha = .78$).

Procedimiento/ Intervención

En primer lugar se procedió a la selección de las participantes para el grupo de tratamiento. Las adolescentes derivadas por los psicólogos clínicos y psiquiatras del IBSMIA pasaron una entrevista individual previa al tratamiento que buscaba realizar una valoración y confirmar si las candidatas cumplían los criterios de inclusión.

En la sesión inicial de padres y adolescentes se invitó a participar en la investigación a las adolescentes recogándose en esa misma sesión el consentimiento informado firmado por las participantes y sus padres. Asimismo, se realizó la evaluación pre de las diferentes variables del estudio. El objetivo central de la sesión inicial realizada conjuntamente con los padres e hijas fue presentar el programa, el temario, identificar las expectativas de los participantes. Dependiendo la disponibilidad de los padres, también se planteó la posibilidad de realizar en paralelo alguna reunión durante la intervención.

El programa constó de un total de 12 sesiones con una duración de 90 minutos, en frecuencia semanal y en un periodo de alrededor de 3 meses. Las sesiones son dirigidas por un psicólogo clínico y un residente en psicología clínica opcionalmente. Además dos estudiantes en prácticas participaron como observadores y transcribieron cada una de las sesiones. Para una mayor descripción del programa de intervención ver anexo 3.

En general, el programa tiene como finalidad mejorar la capacidad de regulación emocional de los adolescentes que integran el grupo. Durante las sesiones se favorece la toma de conciencia de cuáles son las estrategias de autorregulación desadaptativas, qué funciones cumplen y qué consecuencias producen, con el objetivo de desarrollar estrategias más adaptativas. Desde la primera sesión con las adolescentes se buscó que las participantes puedan definir objetivos individuales de tratamiento a corto, medio y largo plazo e identifiquen aquellos que dependen de sí mismas y en los cuáles se centraran a lo largo de la intervención.

Las temáticas que constituyen los ejes de intervención principales son:

- Sesión preliminar adolescentes y padres.
- Sesión 1. Introducción al autocuidado.
- Sesión 2. Autocuidado y aceptación del malestar.
- Sesión 3. Autocuidado y validación de la experiencia emocional.
- Sesión 4. Solución de Problemas y tolerancia al malestar.
- Sesión 5. Las emociones.
- Sesión 6. Mecanismos de defensa.
- Sesión 7. Duelo y manejo de la pérdida.

- Sesión 8. Manejo de frustraciones. Aceptando los límites y las reglas familiares, sociales (límites I).
- Sesión 9. Gestión de las relaciones interpersonales (límites II).
- Sesión 10. La identidad y falta de confianza en sí mismas.
- Sesión 11. Recapitulación de los contenidos trabajados
- Sesión 12. Despedida y continuidad de intervención individual/familiar.
- Sesión de cierre adolescentes y padres.

A lo largo de las sesiones se introduce de forma transversal los conceptos y la práctica de mindfulness a través de ejercicios de atención plena durante las sesiones y de proponer tareas para casa. Además se motiva a las participantes a que utilicen esta técnica cuando lo necesiten en su vida cotidiana.

En cuanto a las estrategias de intervención en cada sesión se llevó a cabo un entrenamiento en discriminación emocional y estrategias de afrontamiento adaptativas para la regulación emocional. Para ello se promovió la participación activa de los integrantes mediante ejemplos propios, extraídos de registros conductuales semanales que trajeron a cada sesión las adolescentes y se les invitó a compartir con el grupo. El entrenamiento utilizó una combinación de técnicas manejadas grupalmente, psicoeducación sobre emociones, entrenamiento en solución de problemas, modelado, roleplaying, técnicas de autoobservación y exploración guiada de autorregistros, moviola, reestructuración cognitiva, confrontación, manejo de la ironía, ejercicios de mindfulness en sesión y con audio-guías para realizar en casa.

Al finalizar el programa de intervención (sesión 12) se procedió a realizar la evaluación post en las mismas condiciones e instrumentos que los empleados antes de la

intervención con la finalidad de comprobar, si se habrían producido modificaciones significativas en las variables del estudio.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico *SPSS v.24*. Los datos de los diseños de medidas repetidas pre-post se analizaron a través de pruebas *t* para grupos apareados. Asimismo, se calculó la *g* de Hedges para diseños de medidas repetidas conocer la magnitud del tamaño de efecto y su intervalo de confianza de los cambios ocurridos entre el pre y post tratamiento. La interpretación de la magnitud de los tamaños del efecto se va a realizar siguiendo el criterio de Cohen (1988) que definen el tamaño del efecto como pequeño cuando $g = 0.2$, el tamaño del efecto mediano cuando $g = 0.5$ y el tamaño del efecto grande cuando $g = 0.8$ (Monterde i Bort, Llobell y Frías Navarro, 2006). Dado el reducido tamaño de la muestra se calculó la prueba no paramétrica de suma de rangos de Wilcoxon comprobándose que los resultados eran similares en términos de significación estadística (ver anexo 1).

Resultados

En la tabla 4 se presentan las medias y desviaciones de las variables del estudio, considerando el nivel de significación estadística, el tamaño del efecto y sus intervalos de confianza en la comparación pre-post tratamiento.

.....
Insertar Tabla 4 aquí
.....

En relación a la primera hipótesis del estudio, para las variables que miden atención plena (MAAS-A y CAMM), cuando comparamos las medias pre- con el post-test, observamos variaciones en las puntuaciones pero ninguna significativa estadísticamente ($p >$

.05) y con un tamaño del efecto insuficiente ($g = 0.05$ y $g = -0.15$, respectivamente). Así, no se obtuvieron los resultados esperados en el aumento de la atención plena de las adolescentes.

De acuerdo a la segunda hipótesis del estudio, en la variable que valora la frecuencia de las autolesiones (DSHI-9) se aprecia una disminución estadísticamente significativa ($p < .01$) del número de autolesiones deliberadas cuando se compara el pre-test con el post-test, con un tamaño del efecto grande ($g = -0.84$; 95% IC = -1.50, -0.17). Por tanto, se confirma la hipótesis de que la frecuencia y severidad de las conductas NSSI disminuye después del tratamiento siendo la magnitud del efecto grande.

En cuanto a la tercera hipótesis del estudio, las puntuaciones medias de las variables que miden las dificultades de regulación emocional (DERS-E), Descontrol Emocional, Interferencia Cotidiana, Confusión Emocional y Rechazo Emocional disminuyen, comparando las puntuaciones pre y post, pero no alcanzan la significación estadística ($p > .05$). Respecto, el tamaño del efecto los cambios observados en estas cuatro variables son de magnitud media oscilando entre -0.42 y -0.73. Por el contrario, la puntuación media en la variable Desatención Emocional aumenta en el post-test; aunque no de forma estadísticamente significativa, siendo en este caso su tamaño del efecto medio.

Finalmente, en relación a la última hipótesis del estudio, los resultados para las Escalas del DASS-21 muestran una disminución en las puntuaciones medias pre – post en Depresión, Ansiedad y Estrés, aunque no estadísticamente significativa ($p > .05$). En este caso, el tamaño de efecto es grande para la variables Depresión ($g = -0.91$; 95% IC = -2.12, 0.30) y medio para las variables de Ansiedad y Estrés ($g = -0.55$ y $g = -0.65$, respectivamente).

Por tanto, el resultado más relevante de nuestro estudio es que la frecuencia de conductas autolesivas deliberadas disminuye de forma estadísticamente significativa con una magnitud grande después de la intervención. Por ello, en la tabla 5 se detallan los cambios encontrados en los nueve tipos de conducta autolesiva que mide el inventario (DSHI-9), cuando comparamos los valores medios pre-post tratamiento.

.....
Insertar Tabla 5 aquí
.....

Desde un punto de vista descriptivo el tipo de autolesión que ocurre con mayor frecuencia es “Hacer cortes intencionadamente en muñecas, brazos y otras partes de tu cuerpo” con una puntuación en el pre ($M = 3.75$, $DS = 2.55$). Otras conductas bastante frecuentes son “Rascar intencionadamente tu piel con algún objeto hasta que comenzó a sangrar”, “Arañarte a ti mismo hasta ocasionar cicatriz”, “Impedir intencionadamente que una herida se cure” y “Golpearte de forma intencionada a ti mismo o golpearte la cabeza contra algo duro hasta provocar una contusión”, con unas medias antes de la intervención que oscilan entre 3.50 y 2.13. La conducta menos frecuente en nuestra muestra es “Quemar tu piel con un encendedor o cerillas de forma intencionada” con una media en el pre de 0.25 y no se modifica después de la intervención (post de 0.25).

Los resultados de contrastes de hipótesis estadísticas señalan que las conductas autolesivas “Hacer cortes intencionadamente en muñecas, brazos y otras partes de tu cuerpo”, “Arañarte a ti mismo hasta ocasionar una cicatriz o empezar a sangrar de forma intencionada” y “Golpearte de forma intencionada a ti mismo o golpearte la cabeza contra algo duro hasta provocar una contusión” disminuyen de forma estadísticamente significativa ($p \leq .05$) al finalizar la intervención. El resto de conductas autolesivas, excepto “Quemar tu piel con un encendedor o cerillas de forma intencionada”, también disminuyen en su frecuencia de

aparición (pre-post), pero ninguna de estas diferencias es estadísticamente significativa. Sin embargo, dado que el tamaño de la muestra es muy pequeño ($n = 8$), podemos examinar el tamaño del efecto de aquellas conductas cuyas diferencias pre – post no son estadísticamente significativas, pero sí alcanzan tamaños del efecto grande como la conducta de “Clavar objetos afilados en tu piel deliberadamente” ($g = -0.84$; 95% IC = -1.88, 0.21) y de “Grabar en tu piel palabras, símbolos o imágenes con algún objeto cortante” ($g = -0.91$; 95% IC = -1.99, 0.16).

Discusión

Comenzaremos mencionando el resultado más relevante de nuestro estudio. La frecuencia de las autolesiones en nuestra muestra ha disminuido al final de la intervención cuando la comparamos con las conductas de autolesión al inicio del programa. Este resultado es consistente con las revisiones realizadas por Glen et al. (2015), Mollà et al. (2015) y Ougrin, Tranah, Stahl, Moran y Asarnow (2015) donde informan de disminuciones significativas en el número de NSSI en adolescentes, aunque con una amplia variedad de tratamientos y una dificultad para identificar los componentes específicos de su eficacia.

El método de autolesión más comúnmente utilizado por las adolescentes de nuestra muestra es realizarse cortes intencionadamente en muñecas, brazos u otras partes del cuerpo. En línea con estos resultados, el meta-análisis de Swannell et al. (2014), realizado con muestras no clínicas, concluye que el método de autolesión más utilizado por las mujeres era la conducta de cortarse en comparación con los hombres, que informan más a menudo de la conducta de golpearse. Otro método empleado frecuentemente por nuestra muestra fue rascarse intencionalmente la piel con algún objeto hasta que sangre. Sin embargo, contrariamente a lo informado en este meta-análisis donde golpearse la cabeza era lo menos frecuente, en nuestro estudio se observa que la conducta de quemarse es la menos frecuente

entre las participantes. Este resultado puede deberse a que la conducta de quemarse es tipificada como una autolesión de más severidad en la escala *Functional Assessment of Self-Mutilation* (FASM; Lloyd, Kelley y Hope, 1997).

Otro resultado relevante es la tendencia por parte de nuestras participantes a reducir la utilización de estrategias de regulación emocional menos adaptativas. Aunque esta tendencia no alcanza la significación estadística, la magnitud del efecto es media. Sin embargo, el factor desatención emocional, que apunta a las dificultades para atender e identificar las emociones, no presenta una disminución, sino al contrario, las puntuaciones aumentan. La explicación a estos resultados podría encontrarse en que aunque la regulación emocional es un contenido incluido en la sesión 5 del tratamiento y guarda relación estrecha con las diferentes temáticas abordadas a lo largo del programa, 12 sesiones de tratamiento podrían no ser suficientes para incrementar las estrategias de regulación emocional adaptativas. De hecho, en la mayoría de los estudios que han demostrado eficacia en la mejora de regulación emocional, se aplican tratamientos con una duración de al menos de 16 semanas (p.ej., en la DBT-A) e incluirían además una segunda fase de tratamiento para aquellos adolescentes que continúan teniendo dificultades (Cook y Gorroiz, 2016). En nuestro caso, este resultado apuntaría a la necesidad de incrementar el número de sesiones del programa; una necesidad que además también ha sido mencionada por las adolescentes como propuestas de mejora en el cuestionario de satisfacción (ver anexo 12).

Por otro lado sería importante valorar, que aunque el programa de tratamiento invitaba a los padres a participar en un grupo paralelo al de sus hijas, únicamente se pudieron desarrollar dos sesiones con ellos debido a las dificultades para reunirse y la disponibilidad horaria. Así, es necesario recordar que otros tratamientos probablemente eficaces, por ejemplo la DBT-A, incluyen a la familia y además ofrecen sesiones de terapia familiar.

Contrariamente a lo esperado, las participantes del estudio no mejoraron de manera estadísticamente significativa los niveles de atención plena y aceptación de las experiencias y el tamaño del efecto era insuficiente ($g \leq 0.05$). La explicación a este resultado podría deberse a que durante las sesiones se introducen algunos de los conceptos relacionados con la atención plena (p.ej., “piloto automático”, “aceptación”, “autocompasión”), que se trabajan en los PBM, pero se destina poco tiempo a realizar los ejercicios durante la sesión, invitándolas a practicarlos principalmente en casa. A pesar de ello, en la evaluación cualitativa del tratamiento (ver anexo 12), y según lo expresado por algunas adolescentes, se produce un aumento de la tolerancia a eventos estresantes y de la aceptación de experiencias emocionales de malestar, recomendando este tipo de ejercicios a otras adolescentes con la misma problemática.

En cuanto a los síntomas depresivos, ansiosos y el estrés, se obtiene una magnitud del efecto grande para la depresión, consistente con lo encontrado en el meta-análisis de Cook y Gorraiz (2016), donde demostraron que la DBT-A no solo disminuía las NSSI sino también la sintomatología depresiva. Esto podría indicar que además de la reducción de las conductas autolesivas el tratamiento podría beneficiar también a este tipo de sintomatología concomitante.

Además, en relación al tratamiento administrado, se produjo una tasa de abandono del 18%, así la mayoría de las adolescentes asistieron a la totalidad de las sesiones. Esto podría indicar una mayor adherencia al tratamiento en nuestro grupo en comparación con otros tipos de tratamiento psicológicos que padecen de una alta tasa de abandono (Mollà et al. 2015) y es un resultado prometedor que merece la pena tener en cuenta para investigaciones en el futuro, rol del terapeuta. Una posible explicación de este resultado podría encontrarse en la percepción que tienen los pacientes de su relación con el terapeuta. Como señalan Turner,

Austin, y Chapman (2014) en la revisión sistemática sobre tratamientos psicológicos y farmacológicos para la NSSI, aquellos pacientes que percibían a su terapeuta como cálido y protector informaron de menos episodios de este tipo de conductas durante el tratamiento de DBT. En nuestro caso, las adolescentes valoraron positivamente las cualidades de cercanía, apertura, sentido del humor, etc., en los cuestionarios de satisfacción que se aplicaron al final de la intervención.

El presente estudio tiene las siguientes limitaciones: la ausencia de un grupo de control activo (o por lo menos de lista de espera) y por tanto de asignación aleatoria de los participantes a los grupos. Tampoco se dispone de un seguimiento posterior a la intervención a los tres meses (seis meses, un año...) para evaluar el mantenimiento de los cambios. En cuanto al tamaño de la muestra, señalar el número reducido de participantes afectando, por tanto a la potencia de las pruebas estadísticas. También, la falta de un diagnóstico preciso, más allá de las conductas NSSI sería una variable relevante a considerar en el futuro. Por último, la recogida de datos se realizó únicamente a través de autoinformes y sería importante incluir otras formas de recogida de la información (p. ej., entrevistas, heteroinformes de los padres, registros conductuales entre sesiones). A pesar de estas limitaciones, es importante tener en cuenta la dificultad para acceder a este tipo de muestras y llevar a cabo intervenciones clínicas en el contexto hospitalario.

Así para estudios futuros, se necesitaría contar con un protocolo manualizado con un mayor número de sesiones, en el que los componentes de la intervención estuvieran bien definidos y se les dedicase el tiempo suficiente a lo largo de las diferentes sesiones de tratamiento (p.ej., componente Mindfulness y sus ejercicios). Asimismo, se necesitaría mejorar la derivación de las pacientes al tratamiento en relación a su diagnóstico (p.ej., en cuanto al instrumento diagnóstico utilizado). Por otro lado, aunque el DSHI-9 ha sido

sensible para evaluar los cambios pre – post ocurridos en las conductas autolesivas, se podría utilizar el FASM, que es un instrumento más completo y que divide los tipos de lesiones según la gravedad y además proporciona información detallada de aspectos relevante para el tratamiento. Por ejemplo: si se recibe tratamiento médico, la edad de inicio, influencia de drogas o alcohol, el grado de dolor experimentado y si alguna conducta fue un intento de suicidio. Este instrumento también explora la función que tienen las autolesiones para los adolescentes. Además este instrumento se ha utilizado anteriormente en una muestra española (Calvete et al., 2015), lo que podría facilitar la comparación de resultados.

A pesar de las limitaciones mencionadas, este estudio es uno de los pocos que examinan las conductas autolesivas en una muestra clínica de adolescentes españolas en el contexto de un tratamiento para la regulación emocional implementado en la sanidad pública de la Comunidad de las Islas Baleares.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Madrid: Panamericana
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., & Abela, J. R. Z. (2012). Rates of nonsuicidal self-injury in youth: Age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, *130*(1), 39-45. doi: 10.1542/peds.2011-2094
- Bentley, K. H., Nock, M. K., & Barlow, D. H. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, *2*(5), 638-656. doi: 10.1177/2167702613514563
- Brausch, A. M., & Girresch, S. K. (2012). A review of empirical treatment studies for adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *26*(1), 3-18. doi: 10.1891/0889-8391.26.1.3
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822-848.
- Brown, K. W., West, A. M., Loverich, T. M., & Biegel, G. M. (2011). Assessing Adolescent Mindfulness: Validation of an Adapted Mindful Attention Awareness Scale in Adolescent Normative and Psychiatric Populations. *Psychological Assessment*, *23*(4), 1023-1033. doi: 10.1037/a0021338
- Calati, R., & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research*, *79*, 8-20. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.04.003
- 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. doi: 10.7334/psicothema2014.262

- Calvete, E., Sampedro, A., & Orue, I. (2014). Psychometric properties of the Spanish version of the Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents (MAAS-A). *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 22(2), 277-291.
- 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Cook, N. E., & Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: Preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(2), 81-89. doi: 10.1111/camh.12112
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205. doi: 10.1023/A:1016014818163
- Deplus, S., Billieux, J., Scharff, C., & Philippot, P. (2016). A Mindfulness-Based Group Intervention for Enhancing Self-Regulation of Emotion in Late Childhood and Adolescence: A Pilot Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5), 775-790. doi: 10.1007/s11469-015-9627-1
- Díaz De Neira, M., García-Nieto, R., De León-Martínez, V., Pérez Fominaya, M., 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. doi: 10.1016/j.rpsm.2013.09.003
- Donaldson, D., Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: Results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(2), 113-120. doi: 10.1097/00004583-

200502000-00003

Favazza, A. R. (1992). Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals*, 22(2), 60-63. doi: 10.3928/0048-5713-19920201-06

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 one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3. doi: 10.1186/1753-2000-5-3

Gallop, R. (2002). Failure of the Capacity for Self-Soothing in Women Who Have a History of Abuse and Self-Harm. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(1), 20-26. doi: doi:10.1067/mpn.2002.122425

García-Nieto, R., Carballo, J. J., Díaz de Neira, M., De León-Martinez, V., & Baca-García, E. (2015). Clinical Correlates of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in an Outpatient Sample of Adolescents. *Archives of Suicide Research*, 19(2), 218-230. doi: 10.1080/13811118.2014.957447

Glenn, C. R., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(1), 1-29. doi: 10.1080/15374416.2014.945211

Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263.

Gratz, K. L. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205. doi: 10.1093/clipsy.bpg022

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(1), 41-54. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Greco, L. A., Baer, R. A., & Smith, G. T. (2011). Assessing Mindfulness in Children and Adolescents: Development and Validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychological Assessment*, 23(3), 606-614. doi: 10.1037/a0022819
- Guerry, J. D., & Prinstein, M. J. (2010). Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: Examination of a cognitive vulnerability-stress model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(1), 77-89. doi: 10.1080/15374410903401195
- Haines, J., Williams, C. L., Brain, K. L., & Wilson, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 471-489. doi: 10.1037/0021-843X.104.3.471
- Heath, N. L., Carsley, D., De Riggi, M. E., Mills, D., & Mettler, J. (2016). The Relationship Between Mindfulness, Depressive Symptoms, and Non-Suicidal Self-Injury Amongst Adolescents. *Archives of Suicide Research*, 20(4), 635-649. doi: 10.1080/13811118.2016.1162243
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363-375. doi: 10.1080/15374410801955771
- Jeglic, E. L., Vanderhoff, H. A., & Donovanick, P. J. (2005). The Function of Self-Harm Behavior in a Forensic Population. *International Journal of Offender Therapy and*

- Comparative Criminology*, 49(2), 131-142. doi: doi:10.1177/0306624X04271130
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 39(4), 226-235.
- Klonsky, E. D. (2007). Non-suicidal self-injury: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1039-1043. doi: 10.1002/jclp.20411
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1501
- Kok, R., Kirsten, D. K., & Botha, K. F. H. (2011). Exploring mindfulness in self-Injuring adolescents in a psychiatric setting. *Journal of Psychology in Africa*, 21(2), 185-196.
- Labelle, R., Pouliot, L., & Janelle, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural treatments for suicidal and self-harm behaviours in adolescents. *Canadian Psychology*, 56(4), 368-378. doi: 10.1037/a0039159
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*: Guilford Press.
- Lundh, L. G., Wångby-Lundh, M., Paaske, M., Ingesson, S., & Bjärehed, J. (2011). Depressive symptoms and deliberate self-harm in a community sample of adolescents: A prospective study. *Depression Research and Treatment*, 2011. doi: 10.1155/2011/935871
- Lloyd, E. E., Kelley, M. L., & Hope, T. (1997). *Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates*. Paper presented at the In Annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA.
- Messer, J. M., & Fremouw, W. J. (2008). A critical review of explanatory models for self-

- mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 162-178. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.006>
- Metz, S. M., Frank, J. L., Reibel, D., Cantrell, T., Sanders, R., & Broderick, P. C. (2013). The Effectiveness of the Learning to BREATHE Program on Adolescent Emotion Regulation. *Research in Human Development*, 10(3), 252-272. doi: 10.1080/15427609.2013.818488
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*: New York: Guilford Press.
- Mollà, L., Vila, S. B., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., . . . Bulbena, A. (2015). Non-suicidal self-harm in adolescents: A review of psychological treatments. *Revista de Psicopatologia y Psicología Clínica*, 20(1), 51-61. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408
- 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. doi: 10.1186/1753-2000-6-10
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*, 6, 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72. doi: 10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Montarde i Bort, H., Llobel, J. P., & Frías, D. (2006). Errores de interpretación de los métodos estadísticos: importancia y recomendaciones. *Psicothema*, 18(4), 848-856.
- Ougrin, D., Tranah, T., Leigh, E., Taylor, L., & Asarnow, J. R. (2012). Practitioner Review: Self-harm in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied*

Disciplines, 53(4), 337-350. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02525.x

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 and Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107.e102. doi: 10.1016/j.jaac.2014.10.009

Palozzi, R., Wertheim, E., Paxton, S., & Ong, B. (2017). Trait Mindfulness Measures for Use with Adolescents: a Systematic Review. *Mindfulness*, 8(1), 110-125. doi: 10.1007/s12671-016-0567-z

Plener, P. L., Brunner, R., Resch, F., Fegert, J. M., & Libal, G. (2010). Nonsuicidal self-injury in adolescence. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 38(2), 77-89. doi: 10.1024/1422-4917.a000015

Rees, C. S., Hasking, P., Breen, L. J., Lipp, O. V., & Mamotte, C. (2015). Group mindfulness based cognitive therapy vs group support for self-injury among young people: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(1). doi: 10.1186/s12888-015-0527-5

Soler, J., Eliges, M., & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 35-49.

Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00105-0

Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273-303. doi: 10.1111/sltb.12070

Turanzas Romero, J. (2013). *Adaptación Transcultural de la Escala CAMM (Child and*

Adolescent Mindfulness Measure) y estudio preliminar de sus características psicométricas. Unpublished master's thesis. Valencia, Spain: Valencia International University.

Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Canadian Journal of Psychiatry, 59*(11), 576-585.

Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press.

Walsh, B. W. (2007). Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1057-1068. doi: 10.1002/jclp.20413

Tabla 1

Estudios sobre prevalencia estimada de NSSI en adolescentes españoles

Estudio	<i>n</i>	Muestra	Rango de edad	Prevalencia	Instrumento / Formato	Comunidad
Kirchner et al. (2011)	1.171	Escolar - Comunitaria	12-16 años (<i>M</i> = 3.92)	11.4%	YSR Pregunta Si / No	Cataluña
Díaz De Neira et al. (2015)	267	Clínica	11-18 años (<i>M</i> = 14.2)	21.7%	SITBI Pregunta Si / No	Madrid
Calvete et al. (2015)	1.864	Escolar - Comunitaria	12-19 años (<i>M</i> = 15.32)	55.6% (23.4% <severidad NSSI 32.2% >severidad NSSI)	FASM Check-list	País Vasco

Nota. YSR = Youth Self Report; SITBI = Spanish version of the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview; FASM = Functional Assessment of Self-Mutilation.

Tabla 2

Criterios para las intervenciones psicosociales con apoyo empírico en los trastornos psicológicos (Mollà et al., 2015, p. 57)

Tratamientos bien establecidos (eficaces)	Tratamientos probablemente eficaces
<p>Deben cumplir tres criterios:</p> <p>IA. Al menos dos estudios bien realizados con diseños experimentales de comparación de grupos llevados a cabo por investigadores o equipos de investigación distintos que prueben que el tratamiento es:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Estadísticamente superior a un tratamiento alternativo (farmacológico o psicológico) o a un placebo (medicación, atención psicológica), b) y equivalente a otro tratamiento bien establecido en experimentos con un tamaño muestral suficiente (se recomienda $n > 30$ por grupo) <p>IB. Una gran serie de estudios bien realizados con diseños experimentales de caso único ($n > 10$) en los que se compare el tratamiento como en IA.</p> <p>II. El tratamiento debe estar descrito con precisión (se recomienda en forma de manual) para permitir su replicación.</p> <p>III. Las características de las muestras deben estar descritas con precisión, por ejemplo especificar el trastorno según los criterios diagnósticos DSM-III (APA, 1980) o ediciones posteriores.</p>	<p>Deben cumplir tres criterios:</p> <p>IA. Dos estudios que prueben que el tratamiento es estadísticamente superior al no tratamiento, por ejemplo una condición de lista de espera.</p> <p>IB. Dos estudios con diseños experimentales de comparación de grupos que cumplan los criterios de los tratamientos bien establecidos, pero realizados por el mismo investigador o equipo de investigación.</p> <p>II. Una pequeña serie de estudios bien realizados con diseños experimentales de caso único ($n > 3$) que cumpla el criterio IB de los tratamientos bien establecidos.</p> <p>III. Las características de las muestras deben estar descritas con precisión, por ejemplo, especificar el trastorno según los criterios diagnósticos DSM-III (APA, 1980) o ediciones posteriores.</p>

Nota. American Psychological Association (APA), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, tercera edición (DSM-III).

Tabla 3

Evidencia de los tratamientos psicológicos para autolesiones en adolescentes

Criterios de la <i>Task-Force</i>	Tipo de Terapia
Tratamientos bien establecidos	_____
Tratamientos probablemente eficaces	Dialectical-Behavior Therapy (DBT-A) Terapia basada en la mentalización (MBT-A)
Tratamientos experimentales	Terapia de solución de problemas Manual Assisted Cognitive-Behavioral Therapy (MACT) The treatment of SSRI Adolescent Depression (TORDIA) Developmental group psychotherapy Terapia multifamiliar Terapia cognitivo-analítica

Nota. En 1995 apareció la *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, actualizada en 1998. Siguiendo la modificación de la *Task-Force* de 1998, en la que se cambió el término validado empíricamente por la denominación actual de tratamiento con apoyo empírico (TAE) teniendo en cuenta que un tratamiento no está nunca definitivamente validado, se distinguen tres categorías sobre la eficacia de los tratamientos.

Tabla 4

Medias y desviaciones (comparaciones pre-post tratamiento), nivel de significación, tamaño del efecto, e intervalos de confianza para las variables del estudio ($n = 8$)

Variables	Pre-test		Post-test		p	Hedges's g	95% IC	Hedge's g y 95% IC
	M	DS	M	DS				
MAAS	46.29	13.70	47.00	10.28	0.89	0.05	[-0.67, 0.77]	
DSHI	18.00	13.44	6.63	6.93	0.01	-0.84	[-1.50, -0.17]	
DERS								
Descontrol	35.43	9.18	26.14	12.71	0.16	-0.73	[-1.73, 0.28]	
Interferencia	17.43	4.54	14.86	5.87	0.25	-0.42	[-1.13, 0.29]	
Desatención	11.00	4.47	13.71	4.23	0.32	0.54	[-0.52, 1.61]	
Confusión	12.57	3.64	10.29	2.81	0.28	-0.61	[-1.71, 0.49]	
Rechazo	25.57	8.56	19.86	7.95	0.35	-0.60	[-1.86, 0.66]	
DASS-21								
Depresión	15.29	5.88	8.86	6.39	0.14	-0.91	[-2.12, 0.30]	
Ansiedad	14.57	6.05	10.57	6.63	0.25	-0.55	[-1.57, 0.48]	
Estrés	14.57	3.95	11.00	5.54	0.26	-0.65	[-1.77, 0.48]	
CAMM	28.71	7.82	25.57	5.16	0.71	-0.15	[-0.93, 0.63]	

Nota. M = media; DS = desviación típica; p = p-valor; IC = intervalo de confianza; MAAS = Mindful Attention Awareness Scale – Adolescent; DSHI = Deliberate Self-Harm Inventory; DERS = Escala de Dificultades de Regulación emocional; DASS-21 = Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés; CAMM = Child and Adolescent Mindfulness Measure.

Anexo 1. Tabla de Wilcoxon

Comparaciones pre-post tratamiento a través de la prueba de suma de rangos de Wilcoxon de las medianas, rangos y niveles de significación para las variables del estudio (n = 8)

	Pre-test		Post-test		
	Mediana	Rango	Mediana	Rango	p
MAAS	48	39	53	25	.87
DSHI	20	40	8	18	.046
DERS					
Descontrol	39	22	29	34	.17
Interferencia	20	12	17	15	.13
Desatención	10	12	15	13	.40
Confusión	14	9	9	7	.34
Rechazo	23	20	21	21	.40
DASS-21					
Depresión	18	16	10	19	.12
Ansiedad	16	17	15	16	.24
Estrés	13	11	11	10	.18
CAMM	32	20	29	14	.73

Nota. p = p-valor; IC = intervalo de confianza; MAAS = *Mindful Attention Awareness Scale – Adolescent*; DSHI = *Deliberate Self-Harm Inventory*; DERS = Escala de Dificultades de Regulación emocional; DASS-21 = Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés; CAMM = *Child and Adolescent Mindfulness Measure*.

Anexo 2. Tabla de revisión de estudios

Revisión de trabajos (meta-análisis y revisiones sistemáticas) sobre la eficacia de tratamiento de las conductas NSSI

Estudio	<i>n</i>	Objetivo	Tipo de estudio	Período	Diagnóstico	Edad	Resultados	Tamaño del efecto	Limitaciones
Cook y Gorraiz (2016)	12	Conocer la eficacia de la DBT para tratar la NSSI y la depresión en adolescentes.	Meta-análisis	Antes de agosto 2014	NSSI Depresión	12-18 años	Disminución de la NSSI mejora de síntomas depresivos para adolescentes que recibieron tratamiento DBT. Tamaño del efecto medio ponderado para las NSSI fue grande.	$g = 0,81$, IC 95% = 0,59 -1,03	Limitaciones metodológicas (muestras pequeñas, pocos estudios con grupos de control) y de disponibilidad de estudios RCTs. Tratamiento DBT no estandarizado que no permite conocer el rol de los factores moderadores (género, características del tratamiento) y mediadores (soporte familiar percibido) en la contribución al cambio pre-post.
Mollà et al. (2015)	26	Revisar la evidencia de las intervenciones psicológicas para el tratamiento de las NSSI en la población adolescente, haciendo hincapié en la aplicabilidad, la eficacia y la	Revisión	1998 - 2013	NSSI	Adolescentes (no específica edad)	Disminuciones significativas en el nº de NSSI. Evidencia en tratamientos para el TLP. Único tratamiento que trata las NSSI de forma directa es la DBT. LA MBT-A es eficaz para el tratamiento de las NSS (disminución de las autolesiones, la sintomatología depresiva	No informa	Amplia variedad de tratamientos. Dificultad para identificar los componentes específicos necesarios para que estos sean eficaces. Difícil comparación debido a la inconsistencia tanto de las definiciones como de los resultados (autolesión, NSSI, tentativas autolíticas) Incompleta caracterización del tratamiento habitual (TAU).

Estudio	<i>n</i>	Objetivo	Tipo de estudio	Período	Diagnóstico	Edad	Resultados	Tamaño del efecto	Limitaciones
		efectividad.					y los síntomas TLP vs. TAU), demostrado con estudio aleatorizado pero con alta tasa de abandono La DBT-A ha demostrado efectividad (13 estudios) en contexto clínico comunitario y residencial, en la disminución de autolesiones, con o sin intencionalidad suicida, disminución en la tasa de hospitalización psiquiátrica, disminución de síntomas asociados TLP y trastorno depresivo mayor.		Necesidad de programas psicoterapéuticos específicos y efectivos para las NSSI Programas deberían focalizarse en las autolesiones y en la necesidad de ser efectivos y eficientes tanto en coste como en duración temporal.
Calati y Courtet (2016)	32	Eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas para reducir intentos suicidas y NSSI.	Meta-análisis (Estudios aleatorizados)	Hasta Junio 2014	Intentos suicidas NSSI, TLP; depresión, Esquizofrenia.	Adultos (25 estudios) Adolescentes (7 estudios)	Evidencia del tratamiento para la NSSI de la MBT (8 estudios).	Para MBT ($p = .03$)	Alta heterogeneidad entre estudios (p.ej. diferentes poblaciones adultos y adolescentes, diagnósticos, diferentes intervenciones terapéuticas y duración del tratamiento). Pequeña muestra de estudios centrados en NSSI. Estudios de seguimiento son necesarios.
Ougrin et al.	19	Conocer la eficacia de las	Meta-análisis	Hasta mayo	NSSI y Conducta	Adolescentes hasta	Se valora la intervención terapéutica en la	<i>Test for overall</i>	Nº pequeño de estudios existentes incluidos en el

Estudio	<i>n</i>	Objetivo	Tipo de estudio	Período	Diagnóstico	Edad	Resultados	Tamaño del efecto	Limitaciones
(2015)		intervenciones terapéuticas psicológicas, sociales y farmacológicas en reducir autolesiones no suicidas y suicidas en adolescentes.	(RCTs)	2014	Suicida	los 18 años.	reducción de las NSSI. Gran efecto para NSSI y débil efecto para atentados suicidas. Amplia variedad de intervenciones terapéuticas y las que tienen más largo tamaño de efecto son la DBT, CBT y MBT. La proporción de adolescentes con autolesión después del seguimiento fue más bajo en el grupo de intervención (28%) que en grupos control (33%).	<i>effect:</i> $z = 2.31; p = .02$	meta-análisis, y variación a través de los estudios en la definición de la autolesión. Poco conocimiento sobre los mecanismos de acción precisos de las intervenciones terapéuticas en el tratamiento de las NSSI. Más investigación para determinar la eficacia del tratamiento de las NSSI en adolescentes.
Labelle, Pouliot y Janelle (2015)	25	Determinar la eficacia del tratamiento cognitivo comportamental (CBT) para las conductas autolesivas y suicidas de los adolescentes.	Revisión sistemática (25 estudios) Meta-análisis (14 de los 25 estudios)	1990-2014	Autolesión "self-harm", Ideaación Suicida, Intento suicida	12-18 años	El tratamiento tiene un impacto significativo y positivo sobre la Ideaación suicida con un tamaño de efecto moderado. El tamaño de efecto para el tratamiento del intento suicida no es significativo. Tamaño de efecto pequeño para la reducción de las NSSI.	Ideaación suicida ($g = -.40, p = .001$) Intento suicida ($g = -.01, p < .01$) Autolesión ($g = -.27, p < .001$)	Ningún estudio alcanza la puntuación máxima en la evaluación de la calidad metodológica (p.ej. existencia de la manualización del tratamiento, seguimiento de 1 año post-intervención, adherencia al tratamiento por parte de los terapeutas, poca claridad de sus objetivos principales). Son necesarios más estudios con una metodología rigurosa.

Estudio	n	Objetivo	Tipo de estudio	Período	Diagnóstico	Edad	Resultados	Tamaño del efecto	Limitaciones
Glenn, Franklin y Nock (2015)	29	Evaluar y revisar los actuales tratamientos psicológicos basados en la evidencia para conductas y pensamientos suicidas y no suicidas en niños y adolescentes.	Revisión	Antes de septiembre 2013	NSSI Conducta e ideación suicida	Niños y adolescentes hasta los 19 años	<p>Actualmente no hay tratamientos bien establecidos para conductas e ideas autolesivas suicidas y no suicidas.</p> <p>6 tratamientos fueron clasificados como probablemente y posiblemente eficaces.</p> <p>Tratamientos con variedad de orientaciones teóricas (p.ej.: teorías psicodinámicas, cognitivo comportamentales, familiares e interpersonales)</p> <p>Elementos comunes incluyen entrenamiento en competencias familiares y parentales, resolución de problemas, competencias individuales (p.ej. regulación emocional y resolución de problemas).</p>	No informa	<p>Falta identificar elementos activos de los tratamientos que puedan resultar eficaces.</p> <p>Falta examinar los factores mediadores y moderadores del tratamiento.</p> <p>Falta desarrollar intervenciones breves en el ámbito clínico.</p>
Turner, Austin y Chapman (2014)	40	Revisión sistemática de los tratamientos psicológicos y	Revisión	Hasta 2014	NSSI (se distingue de SSI)	Adolescentes y adultos (no especifica)	Cautela con respecto a la posible eficacia de ERGT, MACT, antipsicóticos atípicos, y SSRIs para reducir NSSI.	No informa	Más investigación es necesaria para evaluar la eficacia de la DBT con estudios RCTs en adolescentes.

Estudio	<i>n</i>	Objetivo	Tipo de estudio	Período	Diagnóstico	Edad	Resultados	Tamaño del efecto	Limitaciones
		farmacológico s existentes diseñados específicamente para NSSI.				edad)	<p>DBT conduce a mayores reducciones en NSSI y SSI (consideradas conjuntamente), en comparación con TAU (incluyendo 4 RCTs, 2 RCT no controlados y 10 ensayos no controlados).</p> <p>Sin embargo, los resultados sobre la eficacia de la DBT en el tratamiento de NSSI se han mezclado.</p> <p>Cuando las reducciones en NSSI se consiguen durante DBT, se sostienen a menudo 6 a 12 meses después del tratamiento. Hasta ahora, los RCTs se han limitado a pacientes ambulatorias con BDT.</p> <p>DBT es una intervención prometedora en el tratamiento de las NSSI.</p> <p>Intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas breves pueden ser eficaces para reducir las NSSI.</p>		<p>Hay escasez de estudios bien controlados que investiguen la eficacia del tratamiento para las NSSI en otras muestras (no solo muestras BDP), sino con población con NSSI y depresión, ansiedad o trastornos de la alimentación.</p> <p>Muchos estudios de tratamiento se han basado en muestras pequeñas, lo que podría limitar la generalización de sus hallazgos.</p> <p>Muchos estudios de tratamiento confunden definiciones operacionales y estrategias de medición de NSSI y SSI, obscureciendo el conocimiento con respecto a los resultados específicos de NSSI.</p>

Estudio	<i>n</i>	Objetivo	Tipo de estudio	Período	Diagnóstico	Edad	Resultados	Tamaño del efecto	Limitaciones
Brausch y Girresch (2012)	7	Revisión de estudios empíricos de tratamiento para NSSI	Revisión (incluye 1 meta-análisis de 6 estudios RCTs)	2002-2012	NSSI	Adolescentes	<p>Puede ser necesario tratar trastornos comórbidos con medicación antes que las autolesiones</p> <p>Tratamientos CBT y DBT han recibido más atención en los estudios empíricos.</p> <p>La CBT que integra un componente de resolución de problemas mejoró los factores subyacentes o de mantenimiento de NSSI, tales como depresión, desesperanza y habilidades para resolver problemas.</p> <p>DBT fue efectiva para reducir hospitalizaciones.</p> <p>No hay una evidencia fuerte para la eficacia de ningún tipo de tratamiento específico.</p>	<p>Para DBT la <i>d</i> oscila entre 0.63 y 1.21 (en 4 estudios)</p> <p>Para CBT la <i>d</i> oscila entre 0.53 y 1.75 (2 estudios)</p> <p>El meta-análisis incluido no informa tamaño de efecto.</p>	<p>Limitaciones en el número de estudios RCTs que examinan la eficacia de DBT y CBT.</p> <p>No existen estudios que evalúen exclusivamente la eficacia para NSSI y pocos estudios utilizaron únicamente una muestra adolescente.</p>

Note. *n* = número de estudios; *p* = p-valor; IC = Intervalo de confianza; DBT = Terapia Dialéctica Conductual; NSSI = *non suicidal self-injury*/autolesión no suicida; TLP/BDP = Trastorno Límite de Personalidad; MBT-A = Terapia basada en la mentalización para adolescentes; MBT = Terapia basada en la mentalización; TAU = Tratamiento habitual; CBT = Terapia Cognitiva Comportamental; SSI = Suicidal self-injury; ERGT = *Emotion regulation group therapy*, MACT = *Manual.assisted cognitive therapy*; RCT = *Randomized controlled trial*; SSRI = *Selective serotonin reuptake inhibitor*.

Anexo 3. Descripción del programa de intervención grupal



Grupo de regulación emocional

para adolescentes con autolesiones y rasgos disfuncionales de personalidad.

OBJETIVOS DEL GRUPO

El objetivo general es que las adolescentes aprendan a identificar y aceptar los pensamientos, sentimientos y conductas que interfieren en su vida y a regular el malestar emocional de manera satisfactoria y más adaptativa a través de la construcción de un objetivo terapéutico propio y autónomo (más allá de sus padres y sus amistades) a lo largo de las 12 sesiones de tratamiento.

Objetivos específicos:

- Reducir la impulsividad tanto emocional (urgencia, “*rash*”) como cognitiva (ausencia de reflexión, objetivos y planificación)
- Aprender habilidades de regulación de la intensidad de la reactividad emocional (*rash reactivity*) y alargar el proceso de respuesta
- Aprender a observar y tolerar las emociones evitando la reacción automática y promoviendo la acción centrada en los objetivos y toma de decisiones
- Disminuir las conductas de autolesiones y ofrecer conductas alternativas en situaciones de crisis
- Aprender a relacionarse con una misma y los otros con menor intensidad emocional, más adaptada y satisfactoria.
- Desarrollar un autoconcepto más eficaz a la hora de manejar las emociones negativas
- Reconocer las hostilidades que impiden el cambio (auto/heteroagresividad)
- Función de contención, apoyo e implicación
- Aumentar la capacidad de mentalización

- Mantener la asistencia semanal durante el programa

El objetivo último es establecer una identidad más objetiva, menos exagerada, menos generalizada, más flexible y más adaptativa, donde se manejen alternativas eficaces en los momentos de crisis.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes a partir de 13 años que presenten rasgos de personalidad clúster B con interferencia en su vida cotidiana (impulsividad, dificultades de relaciones interpersonales y desregulación emocional)
- Rasgos de personalidad rígidos, de larga duración e intensos que producen funcionamiento social/académico alterado y que cursan con desregulación emocional.
- Adolescentes con desregulación emocional con altos niveles de ansiedad o síntomas afectivos que cursan con autolesiones.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Limitaciones intelectuales que dificulten el abordaje terapéutico
- Pacientes con autolesiones de intensidad grave o riesgo de suicidio a corto plazo que requieran un tratamiento más intensivo (UHB-HDD).
- Pacientes con clínica alimentaria en fase aguda como factor principal de desregulación emocional.
- Pacientes que cumplan criterios de Trastorno de conducta que no se haya tratado.
- Pacientes que no estén realizando intervención familiar e individual.

DURACIÓN Y FRECUENCIA

El programa consta de 12 sesiones de trabajo, más 1 inicial con los padres y 1 final de cierre.

ESTRUCTURA

Consta de 9 Temáticas trabajadas a lo largo de las sesiones. Unas temáticas se trabajan específicamente en las sesiones con componentes marcadamente psicoeducativo. Otras

temáticas se abordan de manera transversal en todas las sesiones. El orden de las sesiones sirve para ir profundizando de forma progresiva en los diferentes aspectos que subyacen a las dificultades para regularse emocionalmente de manera más adaptativa. Si bien ese orden puede variar en función de las características del grupo, el terapeuta puede optar por empezar por alguna temática específica si esa se considera que es una temática emergente y significativa. De esta manera, el orden de las sesiones puede variar en función del contenido traído al grupo por las participantes, por ejemplo puede que aborden unos problemas que activen unos temas más que otros abriendo la posibilidad de profundizar en esa temática de manera que se aproveche el aprendizaje significativo.

Son pacientes que sus propias características personales hacen que en el grupo desplieguen estrategias que pueden utilizar en su vida diaria (p.ej., llamadas de atención muy disruptivas, etc.), algo que el terapeuta manejará con señalamientos y tratando de integrarlo en la dinámica grupal siempre que la paciente lo pueda tolerar. Sirviendo de ejemplo para las demás en la medida que se sienten identificadas y se pueda ofrecer una pauta constructiva.

Es muy posible que las pacientes con características más histriónicas realicen maniobras para captar la atención del grupo y del terapeuta, y de las idealizaciones sobre el grupo y la figura del terapeuta pueden pasar, tras las sesiones de trabajo, al lado opuesto, en donde se quiere abandonar el grupo porque no les aporta nada e incluso manifiesten su rechazo y hostilidad hacia el terapeuta.

TEMÁTICAS

1. Autocuidado: abordaje de las conductas autodestructivas y puesta en práctica de alternativas.
2. Tolerancia al malestar
3. Manejo de emociones y validación de la experiencia emocional
4. Introducción y práctica al mindfulness
5. Identificación y abordaje de los mecanismos de defensa
 - . Simples (pensamiento dicotómico o, cambios de humor selectivos, pensamiento mágico)
 - . Complejos (disociación y despersonalización)
6. Límites:

1. Interpersonales: Identificación y explicación de límites (físicos, sexuales y emocionales).
2. Familiares y sociales: tolerancia a la frustración y habilidades de negociación.
Tolerancia al malestar y afrontamiento.
7. Dependencia afectiva.
8. Autoconcepto e identidad.
9. Resolución de problemas
10. Valores

SESIONES

Sesión Inicial (padres y pacientes)

- Presentación del programa
- Definición de objetivos
- Normas del grupo y terapia
- Entrega de cuestionarios y consentimiento informado para manejo de datos.

Objetivos:

1. Informar de las características del programa terapéutico (objetivos, contenidos, actividades, número de sesiones y duración, etc.).
2. Motivar a los padres a implicarse en la intervención.
3. Detectar las dificultades que los padres están experimentando con sus hijos adolescentes.
4. Proporcionar una visión alternativa (desestigmatizada) de los problemas que experimenta su hijo/a en el contexto familiar.
5. Introducir los conceptos de regulación emocional y mindfulness como principales componentes del programa.
6. Ofrecer un espacio grupal paralelo para los padres para aprender habilidades de manejo de pautas, límites y emociones en la relación con sus hijas.
7. Invitar a padres e hijas a participar en la investigación sobre la eficacia del programa.

Sesiones con las pacientes

Sesión 1: Introducción al autocuidado

■ Objetivos:

1. Identificar el objetivo personal (a corto, medio y largo plazo y en diferentes contextos) que cada paciente trabajará a lo largo de las sesiones en el grupo.
2. Recordar y motivar al cumplimiento de las normas del grupo.
3. Establecer un clima de confianza entre las adolescentes y el terapeuta.
4. Conocer las valoraciones (autoconcepto, autoestima, autoimagen, etc.) que tienen las adolescentes sobre sí mismas y validarlas cuando corresponda por el terapeuta.
5. Demostrar que el sufrimiento no es constante y que el bienestar puede incrementarse.
6. Cuestionar las autolesiones como una forma no saludable de gestionar las emociones negativas.
7. Introducir el concepto de auto-cuidado y autovalidación de uno mismo.
8. Justificar el acercamiento de mindfulness como técnica de regulación emocional.

■ Actividades:

1. Bienvenida a las participantes.
2. Recordatorio de las normas de funcionamiento del grupo (confidencialidad, respeto del turno de palabra, puntualidad, etc.).
3. Dinámica de presentación de las participantes en círculo comenzando por el terapeuta (p.ej.: nombre, edad, país de origen, característica a resaltar de su personalidad, grupo de música les gusta, etc.).
4. Se aprovecha la presentación de las pacientes para normalizar y validar emocionalmente los sentimientos que expresan.
5. Por último, a través del terapeuta se plantea la pregunta sobre qué forma tiene cada una de ellas de cuidar de sí mismas (a nivel físico, emocional, social, etc.). Se aprovecha las respuestas de cada una para dar refuerzo

positivo cuando las conductas de autocuidado son saludables (p.ej.: ejercicio físico, hobbies, higiene y alimentación, etc.).

6. El terapeuta expresa interés, empatía y comprensión con un lenguaje no verbal dirigido a facilitar la participación de las pacientes.
7. Psicoeducación sobre regulación y desregulación emocional, fomentando la participación activa mediante el uso de preguntas abiertas, ejemplos y situaciones con las que se identifican, etc.
8. Explicación básica sobre estrés, relajación y mindfulness, se les anticipa que se trabajará con ello y se les motiva a que recurran a diferentes recursos on-line para su práctica.

■ Tareas para casa:

1. Realizar un listado de objetivos terapéuticos (cosas que quieren cambiar)
2. Registrar actividades generadoras de emociones positivas y de situaciones de malestar.

- Aspectos de la dinámica de la sesión (que pueden surgir o no) a tener en cuenta: ansiedad grupal, resistencias a participar, lectura de emergentes grupales (p.ej.: el miedo a la opinión de los demás, el haberse sentido herido por los demás, el aislamiento, la viveza de las emociones con alta intensidad, etc.) que puedan servir para facilitar la identificación y la cohesión grupal.

Sesión 2. Autocuidado. Aceptación del malestar.

■ Objetivo:

1. Ajuste de objetivos y de expectativas del trabajo grupal.
2. Validar conductas de cuidado como forma de aliviar situaciones de malestar. Abordar conductas autodestructivas de las adolescentes
3. Abordar el manejo de situaciones estresantes
4. Facilitar la toma de conciencia sobre la conexión entre emociones, pensamientos, sensaciones.
5. Seguir introduciendo el mindfulness.

■ Tareas:

1. Puesta en común de la Tarea sobre objetivos.
2. Revisión de lista de actividades generadoras de emociones positivas.
3. Revisión de actividades de autocuidado.

4. Psicoeducación sobre estrés y respuestas al malestar. Presentación del triángulo: pensamiento-emociones –sensaciones.
 5. Lista de alternativas a las autolesiones y comportamientos más saludables.
 6. Introducción al Mindfulness y conceptos relacionados: piloto automático
 7. Ejercitar la práctica breve de mindfulness.
- Dinámicas a tener en cuenta: ansiedad grupal, resistencias a participar, lectura de emergentes grupales.
 - Tareas para casa: ejercicio de mindfulness, registro conductual. Revisión de listado de áreas de autocuidado y puesta en práctica de actividades generadoras de sensaciones y emociones positivas. placenteras sanas.

Sesión 3. Autocuidado. Invalidación.

- Objetivo.
 1. Valorar el grado en el que son capaces de recurrir a situaciones generadoras de bienestar.
 2. Explorar las características de la comunicación que establecen las adolescentes consigo mismas.
 3. Abordar la Autoinvalidación.
 4. Revisar el pensamiento rumiativo que ponen en práctica las adolescentes.
 5. Fomentar la autocompasión.
 6. Continuar Entrenamiento en práctica de mindfulness.
- Actividades:
 1. Revisión de tarea de revisión de autocuidado, registros y tarea de mindfulness.
 2. Preguntar sobre dificultades de hacer las tareas.
 3. Validación emocional
 4. Revisar el diálogo interior mediante preguntas ¿Qué te dices a ti misma?
 5. Señalización de discursos invalidantes.
 6. Refuerzo Positivo.
 7. Uso de metáforas: "la niña pequeña".
 8. Tarea de ejercicios de mindfulness.
- Dinámicas a tener en cuenta: ansiedad grupal, resistencias a participar, lectura de emergentes grupales, etc.

- Tareas para casa: Registro de situaciones problema. Listado de preocupaciones
Definir y concretar problemas. Tareas de mindfulness.

Sesión 4: Solución de Problemas y tolerancia al malestar.

- Objetivo.
 1. Revisar su capacidad para definir los problemas.
 2. Entrenamiento en solución de problemas.
 3. Informar sobre distorsiones cognitivas.
 4. Ayuda detectar lo que es controlable e incontrolable.
 5. Facilitar la salida de las adolescentes de la queja.
 6. Favorecer la aceptación del malestar como experiencia humana.
 7. Favorecer la utilización de estrategias de relajación y meditación como forma de manejar la activación emocional.
 8. Continuar Entrenamiento en práctica de mindfulness.
- Actividades :
 1. Revisión de registros de preocupaciones y de registros conductuales.
 2. Enseñar estrategia de solución de problema de y D'Zurilla Goldfried, 1971.
 3. Psicoeducación sobre distorsiones cognitivas.
 4. Entrenamiento en mindfulness.
- Dinámicas a tener en cuenta: ansiedad grupal, resistencias a participar, lectura de emergentes grupales, etc.
- Tareas para casa: Registros conductuales de situaciones problemas y plantear alternativas de solución, entrega de tabla de distorsiones cognitivas, ejercicio de mindfulness (audio y registro).

Sesión 5. Explicar las características de las emociones.

- Objetivo.
 1. Identificar características de manejo emocional de las adolescentes.
 2. Enseñar las características de las emociones y su función adaptativa.
 3. Favorecer la identificación de emociones propias y en los otros.
 4. Favorecer la comprensión emocional propia y en los otros.
 5. Explorar habilidades de afrontamiento del malestar emocional
 6. Práctica de mindfulness orientada a generar emociones positivas

(autocompasión)

7. Continuar Entrenamiento en práctica de mindfulness.

■ Actividades:

1. Revisión de registros conductuales y tareas de mindfulness.

2. Psicoeducación de las emociones.

3. Validación emocional.

4. Trabajo con los registros de las pacientes para identificar patrones de desregulación y enseñar identificación de emociones propias y las que genera nuestra conducta en los demás, posibilitar otros puntos de vista alternativos a la reacción emocional de los otros, etc.

■ Tareas para casa: Registro de emociones positivas (momentos en los que me he sentido bien), practica de mindfulness, tarea de etiquetaje emocional.

Sesión 6. Mecanismos de defensa

■ Objetivo.

1. Favorecer el manejo de emociones.

2. Definir qué son los mecanismos de defensa, sus funciones y características.

3. Identificar principales mecanismos de defensa que utilizan las adolescentes.

4. Continuar entrenamiento en práctica de mindfulness.

■ Actividades:

1. Psicoeducación sobre emociones y mecanismos defensa.

2. Trabajo con registros o problemas de las pacientes para identificar sus patrones de desregulación: identificación de emociones y puesta en práctica de alternativas.

■ Dinámicas a tener en cuenta: ansiedad grupal, resistencias a participar, lectura de emergentes grupales, etc.

■ Tareas para casa: Registro de mecanismos de defensa. Ejercicios de mindfulness (audio y registro). Registro de situaciones problemáticas.

Sesión 7.* Duelos y manejo de la pérdida. (está es un sesión no fija)

■ Objetivo.

1. Facilitar la expresión de procesos de duelo.

2. Validar la experiencia emocional y el momento en el que están con respecto a sus pérdidas.
 3. Ofrecer estrategias para evitar el aislamiento social y favorecer la búsqueda de ayuda.
 4. Continuar Entrenamiento en práctica de mindfulness.
- **Actividades:**
 1. Preguntas abiertas sobre la tristeza, la rabia, el miedo y la culpa que experimentan.
 2. Psicoeducación sobre sentimientos de tristeza asociados a pérdidas de rol, interpersonales, expectativas y formas de regularlas.
 3. Validación emocional.
 4. Señalización de áreas a posibles a trabajar a nivel individual.
 5. Ejercicios breve de mindfulness
 - **Dinámicas a tener en cuenta:** ansiedad grupal, resistencias a participar, lectura de emergentes grupales, etc.
 - **Tareas para casa:** Listado ¿Qué normas no me gustan o me cuesta cumplir?

Sesión 8. Manejo de frustraciones. Aceptando los límites y las reglas. Familiares, sociales.

- **Objetivo:**
 1. Comprender la necesidad de límites normativos
 2. Valorar la vivencia y la experiencia con esos límites y la calidad de estos.
 3. Identificar y separar el contenido de la forma de poner límites. Formas que validan y que invalidan.
 4. Incrementar tolerancia a la frustración.
 5. Enseñar estrategias de comunicación más asertiva.
 6. Reflexionar sobre la responsabilidad personal ante las normas.
 7. Reflexionar sobre las estrategias emocionales utilizadas para saltarse las normas.
- **Actividades:**
 1. Puesta en común sobre la tarea.
 2. Discusión sobre los criterios normativos conflictivos.
 3. Validación emocional.

4. Valoración de consecuencias de no cumplir las reglas y las estrategias usadas para ello.
5. Psicoeducación sobre la necesidad de límites como forma de explorar el mundo con seguridad y de aprender a manejarnos socialmente.
6. Dinámicas a tener en cuenta:
 - Tareas para casa: descripción de cómo son sus relaciones con los demás (familia, amigos, pareja...): “Mapa de relaciones”.

Sesión 9: Aprender a gestionar relaciones interpersonales. Límites II.

- **Objetivo:**
 1. Reconocer nuestra Vulnerabilidad emocional ante los demás.
 2. Incrementar la autoobservación y la reflexión sobre cómo establecemos relaciones interpersonales y la necesidad de establecer límites claros.
 3. Ofrecer estrategias para establecer esos límites y mantenerlos y/o negociarlos de manera asertiva.
 4. Continuar con la introducción del mindfulness.
- **Actividades:**
 1. Puesta en común sobre el mapa de relaciones.
 2. Revisión de sus prácticas de mindfulness.
 3. Preguntas abiertas sobre su forma de relacionarse y señalar problemas con los límites interpersonales.
 4. Psicoeducación en la necesidad de establecer límites claros con los demás.
 5. Psicoeducación en Comunicación asertiva. El uso del Chantaje emocional. La posición dependiente. La posición dominante, etc.
 6. Práctica breve de mindfulness.
- **Dinámicas a tener en cuenta:** ansiedad grupal, resistencias a participar, lectura de emergentes grupales, etc.
- **Tareas para casa:** En función del grupo se optará por una tarea más abierta o más estructurada centrada en describir aspectos de sí mismas. “Aspectos que tengo claros acerca de mí: Qué me gusta de mí (sin juicios): Habilidades personales: Aficiones, intereses, cosas que despiertan mi curiosidad”. “Haz un

dibujo que represente cómo te ves en este momento. Haz un dibujo que represente cómo te gustaría verte”. “Descripción de sí mismas”, “Listado de adjetivos”, “Autocaracterización”, “Hacer una línea de vida”.

Sesión 10: La identidad y falta de confianza en sí mismas.

■ Objetivos:

1. Valorar la definición que las pacientes hacen de ellas mismas.
2. Ayudar a detectar invalidaciones sobre esa definición de sí mismas y dilemas generadores de malestar.
3. Detectar problemas con los límites interpersonales, dependencia emocional, etc.
4. Promover la aceptación de sí mismas con amabilidad y autocompasión.
5. Ayudar a construir unas definiciones de sí mismas y de sus valores más ajustados.
6. Continuar con ejercicios de mindfulness

■ Actividades:

1. Puesta en común de la tarea para casa.
2. Señalamiento de las invalidaciones y redefinición.
3. Señalamiento de problemas con los límites interpersonales y con la falta de confianza en uno mismo.
4. Psicoeducación sobre identidad, valores y falta de confianza recogiendo aspectos mencionados en las descripciones que hacen de sí mismas.
5. Práctica de mindfulness centrada en la autocompasión

■ Dinámicas a tener en cuenta: ansiedad grupal, resistencias a participar, lectura de emergentes grupales, etc.

■ Tareas para casa: registros, tarea mindfulness, tarea en función de la dinámica grupal.

Sesión 11: Recapitulación de los contenidos trabajados

■ Objetivo:

1. Recapitulación de las temáticas trabajadas en el grupo.
2. Validarlas como principal cuidador de sí mismas y enfatizar la gestión nuestras decisiones como base del auto cuidado.

3. Valorar la integración de los contenidos trabajados en el grupo por las participantes.
 4. Realizar práctica e mindfulness.
- **Actividades:**
 1. Trabajo con registros de las pacientes y situaciones problema.
 2. Discusión de situaciones personales y dificultades para poner en práctica las conductas de autoregulación emocional.
 3. Psicoeducación recapitulando elementos de las temáticas trabajadas y de las enseñanzas de la práctica de mindfulness. Aceptación, tolerancia al malestar afrontamiento.
 4. Realizar práctica de mindfulness.
 - **Dinámicas a tener en cuenta:** ansiedad grupal, resistencias a participar, lectura de emergentes grupales, etc.
 - **Tareas para casa:** Plan de cuidados personal. Práctica de mindfulness.

Sesión 12: Despedida y continuidad de intervención individual/familiar.

- **Objetivo.**
 1. Trabajar sobre aquellos aspectos que en el grupo son más emergentes cara a facilitar la puesta en práctica de las herramientas entrenadas.
 2. Reflexionar sobre las estrategias utilizadas para manejo de relaciones interpersonales, validación de si mismas y de sus experiencias, el uso de mindfulness como herramienta para manejar el estrés y regular las emociones intensas.
 3. Autovaloración de lo aprendido, alcance de objetivos personales en el grupo y derivación a trabajo individual.
 4. Valoración del grupo.
 5. Despedida.
- **Actividades:**
 1. Puesta en común de los registros, de la práctica de lo aprendido y de las dificultades encontradas para regularse emocionalmente sin acudir a las autolesiones.

2. Recapitulación de temáticas trabajadas y señalamiento de dificultades personales y derivación a trabajo individual. Refuerzo de la práctica de las estrategias enseñadas.
 3. Dinámica de valoración del grupo.
 4. Práctica de mindfulness.
- Tareas para casa: Evaluación del post.

Anexo 4. Carta para padres sobre información del programa de intervención



Apreciados padres,

Vuestra hija va a participar en un grupo orientado a ayudar a manejar mejor sus emociones y resolver problemas interpersonales. El grupo es una ayuda a la intervención familiar e individual que su hija y su familia están recibiendo por parte de los profesionales de referencia en la UCSMIA.

La duración del Grupo es de 12 sesiones, pudiendo continuar su participación en el grupo si se considera necesario.

Se realizarán sesiones para los padres para ofrecerles pautas y mostrarles el cómo ayudar a sus hijas, siendo la primera el miércoles 19 de octubre de 14'30 a 16'00.

A continuación se les adjunta una serie de cuestionarios para poder obtener información sobre algunos aspectos a valorar para la intervención. Esta información, además de tener la finalidad principal de ayudar a su hija, está sirviendo para valorar la intervención y realizar mejoras en los tratamientos en nuestro servicio por lo cual les adjuntamos una autorización (consentimiento informado) para poder utilizar estos datos de forma anónima para investigación. Hay cuestionarios para vosotros y otros para vuestra hija.

Cualquier duda que tengan con respecto al grupo no duden en contactar con el terapeuta del grupo. Para cualquier aclaración sobre el tratamiento y evolución de su hija contacten con su terapeuta de referencia en UCSMIA.

Guillermo Larraz Geijo

Psicólogo Clínico

IBSMIA

Anexo 5. Consentimiento informado para padres







**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
LOS PADRES, TUTORES O REPRESENTANTES LEGALES**

Yo, _____ (nombre y apellidos, en mayúsculas).....

con DNI:..... padre/madre, tutor/tutora o representante legal del/la _____ adolescente:

.....

Acepto que los datos recogidos en la evaluación que se realiza al iniciar y al final el grupo psicoterapéutico podrán ser utilizados con fines de investigación por parte del equipo investigador y que los datos obtenidos serán tratados con respecto a mi intimidad y a la de mi hijo/a y a la vigente normativa de protección de datos, asegurándose completamente el anonimato. Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercer mediante solicitud ante el investigador responsable. Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento.

La participación en este estudio, que no nos reporta ni a mi ni a mi hijo/a ningún perjuicio personal, entiendo que puede contribuir al avance científico con importantes beneficios para la salud de la población a la que se dirige esta evaluación.

Por todo esto, declaro que he recibido toda la información relevante y mediante el presente escrito manifiesto mi conformidad a que los datos sean tratados en la forma anteriormente expuesta.

Nombre del padre/madre o tutor legal:

Fdo:

En Palma, a _____ de _____ de 2016

Institut Institut

Balear de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència
Hospital Universitari Son Espases Ctra. de Valldemossa, 79 - 07010 Palma de Mallorca
Tel: 871 205 881-82

Anexo 6. Consentimiento informado para adolescentes

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,.....con DNI.....

Acepto que los datos recogidos en la evaluación que se realiza al iniciar y al final del grupo psicoterapéutico serán utilizados con fines de investigación por parte del equipo investigador y que los datos obtenidos serán tratados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos, asegurándose completamente el anonimato. Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercer mediante solicitud ante el investigador responsable. Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento.

La participación en este estudio, que no me reporta ningún perjuicio personal, entiendo que puede contribuir al avance científico con importantes beneficios para la salud de la población a la que se dirige esta evaluación.

por todo esto, declaro que he recibido toda la información relevante y mediante el presente escrito manifiesto mi conformidad a que los datos sean tratados en la forma anteriormente expuesta.

Firmado,

En Palma, a de de 201

Anexo 7. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS-A)

Instrucciones: Debajo hay una serie de afirmaciones sobre su experiencia diaria. Por favor, use la escala de 1 a 6 para indicar lo frecuente o infrecuentemente que usted experimenta cada situación. Responda de acuerdo a lo que realmente refleja su experiencia y no a lo que usted piensa que debería ser. Puntúe cada ítem de forma separada en relación a los otros.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Algo frecuente	Algo infrecuente	Muy infrecuente	Casi nunca

CUIDADO: LA PUNTUACION ES INVERSA EN RELACION A OTRAS ESCALAS

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Yo podría estar experimentando alguna emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no prestar atención, o por pensar en otra cosa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Tiendo a caminar rápidamente para llegar a donde voy sin prestar atención a lo que experimento durante el camino | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión o incomodidad física, hasta que realmente captan mi atención | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Me olvido del nombre de una persona casi tan pronto como me lo dicen por primera vez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Parece como si funcionara con “piloto automático” sin mucha conciencia de lo que estoy haciendo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Hago las actividades con prisa, sin estar realmente atento a ellas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Me concentro tanto en el objetivo que quiero lograr que pierdo contacto con lo que estoy haciendo en el momento para lograrlo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Hago trabajos o tareas de forma automática, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Me encuentro a mí mismo escuchando a alguien con una oreja mientras hago otras cosas al mismo tiempo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Me encuentro preocupado por el futuro o el pasado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Me descubro haciendo cosas sin prestar atención | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Picoteo sin ser consciente de lo que estoy comiendo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Anexo 8. Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI – 9)

DSHI-9

A continuación se exponen algunas cosas que a veces hacen las personas para hacerse daño intencionadamente. Ten en cuenta que las preguntas se refieren a aquellas que hayas hecho de forma intencionada (voluntariamente), y no se refieren a aquellas que sucedieron por accidente (por ejemplo tropezaste y te golpeaste la cabeza).

Señala el número de veces que has realizado alguna de estas acciones en los últimos 6 meses

		0	1	2	3	4	5	Más de 5 veces
1	Hacer cortes intencionadamente en tus muñecas, brazos u otras partes de tu cuerpo.							
2	Rascar intencionadamente tu piel con algún objeto hasta que comenzó a sangrar.							
3	Quemar tu piel con un encendedor o cerillas de forma intencionada.							
4	Grabar en tu piel palabras, símbolos o imágenes con algún objeto cortante.							
5	Arañarte a ti mismo hasta ocasionar una cicatriz o empezar a sangrar de forma intencionada.							
6	Morderte a ti mismo de forma intencionada con fuerza hasta atravesarte la piel.							
7	Clavar objetos afilados en tu piel (no incluye pendientes o piercings) deliberadamente							
8	Golpearte de forma intencionada a ti mismo o golpearte la cabeza contra algo duro hasta provocar una contusión.							
9	Impedir intencionadamente que una herida se cure.							

Anexo 9. Escala de Dificultades de Regulación emocional (DERS-E)

DERS

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

- 1. Casi Nunca (0-10%)**
2. Algunas Veces (11-35%)
3. La Mitad de las veces (36-65%)
4. La mayoría de las veces (66-90%)
5. 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

Anexo 10. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le sucedió a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me sucedió
- 1 Me sucedió un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me sucedió bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me sucedió mucho, o la mayor parte del tiempo

1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11. Noté que me agitaba	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Anexo 11. Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM)

CAMM (Child and Adolescent Mindfulness Measure)

Responde con sinceridad a las siguientes preguntas. Para ello, piensa en ti antes de responder.

Coloca una X en la casilla que tú consideres más adecuada.

1-Nunca 2-Casi Nunca 3-A menudo 4- Casi Siempre 5- Siempre

	1	2	3	4	5
1. Me siento mal conmigo mismo por tener sentimientos que no tienen sentido					
2. En la escuela, camino de clase a clase sin darme cuenta de lo que estoy haciendo					
3. Me mantengo ocupado por lo que no soy consciente de mis pensamientos o sentimientos					
4. Me digo a mi mismo que no debería sentir lo que estoy sintiendo					
5. Aparto de mi mente los pensamientos que no me gustan					
6. Me es difícil prestar atención a una sola cosa en cada momento					
7. Pienso sobre cosas que ocurrieron en el pasado en vez de en cosas que están ocurriendo en el presente					
8. Me siento mal conmigo mismo por tener ciertos pensamientos					
9. Pienso que algunos de mis sentimientos son malos y no debería tenerlos					
10. Soy capaz de parar los sentimientos que no me gustan					

Anexo 12. Cuestionario de Satisfacción

Cuestionario de Satisfacción

Nos agradecería conocer tu opinión sobre el Grupo de Regulación Emocional en el que has participado. Valora cada categoría desde malo a excelente.

Este cuestionario es anónimo y su único objetivo es mejorar la calidad de las acciones y la intervención terapéutica.

Nombre del terapeuta:

Guillermo Larraz

Fecha:

9/01/2017

Contenidos del Grupo:

Valora desde 0 (muy mal) hasta un 10 (muy bien) los contenidos siguientes:

La duración de las sesiones ha sido adecuada
 Los contenidos de las sesiones han sido satisfactorios:
 Los temas desarrollados han sido interesantes:
 El material aportado ha sido suficiente:

Aprendizaje e intervención:

He aprendido y comprendido los contenidos de las sesiones:
 He ampliado conocimientos sobre mí misma, mis emociones y cómo manejarlas:
 El grupo ha sido útil como intervención terapéutica:
 El grupo me ha permitido cumplir los objetivos iniciales planteados:
 ¿Lo recomendarías a otras personas con problemas como el tuyo?

Evaluación del terapeuta:

Ha despertado interés por los temas abordados:
 Ha facilitado la participación:
 Ha aportado en el logro de mis objetivos de tratamiento
 Ha realizado una exposición e intervención adecuada de los temas tratados:

En conjunto, ¿Qué puntuación crees que merece este grupo?

--

Lo que más te ha agradado: **+**

Propuestas de mejora / sugerencias: **△**

Algún comentario sobre tu participación en el grupo, la intervención o temas que te hubieran gustado profundizar:

¡Gracias por tu colaboración!