

cejfe

Àmbit d'execució penal

Adaptació del programa Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving (STEPPS) per abordar la desregulació emocional i les conductes autolesives als centres penitenciaris de Catalunya

Investigació encarregada

Autores

Rosa Lorente Català i Azucena García Palacios

Any 2023



Generalitat de Catalunya
**Centre d'Estudis Jurídics
i Formació Especialitzada**

Adaptació del programa Systems Training for Emotional
Predictability & Problem Solving (STEPPS) per abordar
la desregulació emocional i les conductes autolesives
als centres penitenciaris de Catalunya

Rosa Lorente Català i Azucena García Palacios

Avis legal



Aquesta obra està subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0) de Creative Commons, el text complet de la qual es troba disponible a <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Així doncs, es permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública del material, sempre que se'n citi l'autoria i el Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (Departament de Justícia), i no se'n faci un ús comercial ni es transformi per generar una obra derivada.

Índex

1. Introducció	5
2. Objectius.....	10
3. Metodologia	11
3.1. Participants	11
3.1.1. Interns	11
3.1.2. Professionals.....	12
3.1.3. Centres.....	12
3.2. Intervenció.....	12
3.2.1. Programa STEPPS	12
3.3. Disseny.....	14
3.4. Bateria de qüestionaris	15
3.4.1. Variables d'efectivitat	15
3.4.2. Variables d'implementació	17
3.5. Anàlisi dels resultats	20
3.5.1. Anàlisi descriptives.....	20
3.5.2. Anàlisi d'hipòtesis.....	21
3.5.3. Anàlisi qualitatives.....	21
3.6. Procediment.....	22
4. Resultats	25
4.1. Interns.....	25
4.1.1. Dades demogràfiques	25
4.1.2. Dades clíniques.....	27
4.2. Professionals	36
4.2.1. Dades descriptives.....	36
4.2.2. Dades qualitatives.....	42
5. Adaptació del manual del programa STEPPS	50
6. Conclusions	54
7. Referències.....	58
8. Annexos.....	64
8.1. Annex 1. Consentiment informat	64
8.2. Annex 2. Bateria de qüestionaris.....	66

1. Introducció

Els centres penitenciaris (CP) s'enfronten a una situació crítica: la necessitat d'intervenir en aspectes psicològics. Segons l'OMS (2023), la població reclusa presenta taxes significativament més altes de trastorns mentals en comparació amb la població general, i afirma que 9 de cada 10 interns han patit problemes de salut mental en algun moment. Tot i això, l'accés a les intervencions és limitat i inadequat per abordar eficaçment la salut mental dels interns. Això es reflecteix en les taxes de suïcidis, autolesions i la cronicitat de les patologies (Fazel *et al.*, 2016), així com en la preocupant tendència creixent dels problemes de salut mental (Arnau *et al.*, 2020).

Els problemes psicològics que afecten aquesta població estan estretament relacionats amb l'alta prevalença de conductes autolesives. La prevalença d'aquestes conductes se situa al voltant del 26 % als CP, en contrast amb una xifra inferior al 4 % a la població general (Borges *et al.*, 2010; Klonsky, 2011).

Per tant, l'alta probabilitat de trastorns mentals entre la població dels CP (que oscil·la entre un 83,4 % i un 90,2 % en edats més avançades) (Zabala-Baños *et al.*, 2016) i l'alta freqüència de conductes autolesives (Fazel *et al.*, 2016) subratllen la necessitat urgent d'intervencions adequades i la millora dels recursos disponibles a les institucions penitenciàries. La negligència en l'atenció a aquells que duen a terme conductes autolesives constitueix una de les causes principals de morbiditat, amb un augment de sis a vuit vegades del risc de suïcidi (Favril *et al.*, 2020), cosa que deriva en importants costos tant econòmics, per als sistemes penitenciaris, com personals, per als interns, inclosos problemes físics i de salut, denúncies més freqüents, dificultats en les relacions interpersonals, sentiments de desesperança i culpabilitat, i alts nivells d'estigmatització, entre d'altres (Smith *et al.*, 2019).

Diversos factors de risc, inclosos elements sociodemogràfics, criminològics, clínics, de custòdia i històrics (Favril *et al.*, 2020), estan directament relacionats amb la manifestació de conductes autolesives. Entre aquests factors, els factors clínics mostren l'associació més estreta amb aquestes conductes. Destaquen la presència de qualsevol diagnòstic psiquiàtric i l'historial de conductes relacionades amb el suïcidi i l'autolesió. El trastorn depressiu major i el trastorn límit de la personalitat

(TLP) mostren una associació més estreta amb les conductes autolesives, juntament amb altres trastorns psicòtics, trastorns d'ansietat i abús de substàncies (Favril *et al.*, 2020; Verdolini *et al.*, 2017). A més, els problemes emocionals i afectius destaquen com a desencadenants d'aquestes conductes autolesives. De fet, en aquest context, s'ha observat que l'ús de l'autolesió com a estratègia de regulació emocional és la motivació principal tant en homes (60 %) com en dones (67 %) (Power *et al.*, 2013, 2015).

Pel que fa al context, destaquen altres factors de risc com els alts nivells de conflictes, les sentències llargues (cinc anys o més), el confinament i l'aïllament, així com la manca de contacte social (Favril *et al.*, 2020; Power, Brown i Usher, 2013; Power, Usher i Beaudette, 2015; Verdolini *et al.*, 2017). Un altre aspecte crucial és la percepció i actuació dels treballadors penitenciaris. Es constata la persistència de mites sobre l'autolesió, la seva instrumentalització i minimització (Kenning *et al.*, 2010, p. 201; Marzano *et al.*, 2012; Smith *et al.*, 2019; Sousa *et al.*, 2019; Walker *et al.*, 2017), ja que la majoria dels treballadors no disposen de coneixements específics sobre aquestes conductes (Smith *et al.*, 2019; Sousa *et al.*, 2019).

Per tant, destaca la necessitat imperant de brindar una atenció necessàriament més àmplia a la salut mental en l'àmbit penitenciari (OMS, 2023). Això no obstant, la realitat dista considerablement d'aquest ideal, ja que l'atenció és insuficient i molt inferior en comparació amb la població general (Fazel *et al.*, 2016). Per abordar la bretxa existent entre la salut mental i les institucions penitenciàries, es requereix la implementació d'un tractament validat i adaptat al context, que inclogui una intervenció específica per abordar els factors de risc i que capaciti el personal penitenciari en la detecció i el maneig de conductes autolesives (Favril *et al.*, 2020).

El programa d'intervenció psicològica STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving) (Blum *et al.*, 2002) ha estat àmpliament reconegut per la seva eficàcia, tant en entorns clínics com a l'àmbit penitenciari, amb un enfocament predominant en la regulació emocional i conductual així com la participació activa dels professionals de la salut mental i les persones que interactuen amb el pacient, de manera que s'estableix com una eina congruent per abordar aquesta problemàtica.

STEPPS és un tractament grupal que combina elements cognitivoconductuals i entrenament en habilitats amb un component sistèmic. Inicialment dissenyat per al tractament del TLP, STEPPS ha demostrat ser altament efectiu i eficient en estudis controlats i no controlats. Els resultats mostren una millora significativa en la simptomatologia relacionada amb la desregulació emocional i conductual, les conductes autolesives, una millora general en el funcionament, una reducció dels nivells de depressió i un alt nivell de satisfacció per part dels participants (Black *et al.*, 2008, 2013, 2017; Blum *et al.*, 2002, 2008; Bos *et al.*, 2011; Harvey *et al.*, 2010), a més, els efectes de la teràpia es mantenen a llarg termini (Blum *et al.*, 2008; Bos *et al.*, 2011). Específicament en el context penitenciari, el programa també ha demostrat ser efectiu en la millora de la simptomatologia, la reducció dels comportaments autolesius i suïcides, a més de la disminució de les infraccions disciplinàries dins dels centres penitenciaris. Així mateix, tant els interns com els familiars i el personal dels centres han expressat una elevada satisfacció amb el programa.

Als Estats Units, el programa STEPPS es va avaluar com a altament apropiat per implementar-lo a l'entorn penitenciari gràcies a diverses de les seves característiques (Black *et al.*, 2008). Entre aquestes, se'n ressalta la durada de vint setmanes, la qual es considera adequada, atès l'alt nivell de mobilitat entre els interns. La facilitat d'aplicació, a causa del seu alt nivell de manualització, requereix una formació mínima per part dels professionals. Així mateix, s'assenyala la flexibilitat del programa, ja que es pot combinar amb mediació i teràpia individual.

Tot i disposar de tractaments basats en l'evidència (TBE), com el programa STEPPS, per abordar l'autolesió (Brennan *et al.*, 2023; Hawton *et al.*, 2016), trobem un lapse temporal de disset a vint anys, no només en el context penitenciari sinó de manera generalitzada en els serveis d'atenció, perquè la població se'n pugui beneficiar (Morris *et al.*, 2011; Van den Driessen Mareeuw *et al.*, 2015). Els obstacles associats a l'adopció dels TBE estan relacionats principalment amb les diferències entre l'entorn de les investigacions i els serveis atencional. Als entorns quotidians, es disposa de menys control, menys quantitat de recursos econòmics i humans, menys especialització i nivells de motivació baixos, entre altres factors (Bauer & Kirchner, 2020).

Davant d'aquesta problemàtica, la ciència de la implementació (CI) estableix la metodologia per avaluar els facilitadors i els factors que obstaculitzen el procés d'implementació en un context i població específics (Bauer & Kirchner, 2020; Grol *et al.*, 2007).

Un dels aspectes essencials de la CI és la seva interacció amb el context. Tot i l'augment de la literatura sobre els canvis terapèutics experimentats per la població amb diferents trastorns mentals (Grol *et al.*, 2007), amb prou feines s'ha investigat l'entesa de les interaccions dinàmiques entre els individus i el context en què reben el tractament i com aquestes interaccions poden influir en la millora individual (Kazdin, 2008). A diferència de les simulacions de laboratori dutes a terme lluny dels entorns clínics, els estudis d'implementació se centren a determinar les raons de l'eficàcia d'un tractament i els factors que hi influeixen, tenint en compte la singularitat dels entorns d'implementació (May *et al.*, 2016).

Els dissenys d'implementació ens proporcionen la metodologia i la informació necessàries per promoure l'accés als TBE en els sistemes de salut mitjançant la identificació dels factors que hi influeixen i l'oferta d'estratègies per implementar la intervenció sense comprometre'n la validesa (King *et al.*, 2019).

L'objectiu principal, doncs, és determinar les barreres i els facilitadors en cada context i desenvolupar estratègies d'implementació específiques per a la intervenció desitjada. En conseqüència, la CI estableix la metodologia i les aproximacions científiques per portar els avenços des dels laboratoris fins als serveis de salut sense comprometre la validesa de la intervenció (King *et al.*, 2019).

Des de la CI s'han identificat els components essencials per a la pràctica d'implementació (Fixsen *et al.*, 2005). Aquests components, que interactuen de manera interactiva i compensatòria, inclouen la formació prèvia i en servei, la consulta i el suport, l'avaluació del personal, l'administració facilitadora i la intervenció als sistemes.

En resum, s'ha considerat que la necessitat d'abordar la salut mental als CP és d'una importància vital atesa l'alta prevalença de trastorns mentals i conductes autolesives en la població reclusa. És fonamental destacar la necessitat de posar un èmfasi significatiu en la prevenció i en una intervenció adequada, considerant els

factors de risc de naturalesa clínica, emocional i carcerària. Aquest enfocament integral esdevé essencial per millorar la qualitat de vida dels interns i mitigar els impactes negatius en els sistemes penitenciaris. La CI estableix la metodologia per poder portar la implementació del programa STEPPS i es presenta com una opció prometedora per abordar la conducta autolesiva considerant la desregulació emocional i conductual.

El projecte proposat no sols té com a objectiu proporcionar un TBE per abordar l'autolesió, sinó que també s'esforça per identificar els factors que influeixen en el procés d'implementació. Aquest estudi busca determinar els possibles facilitadors que poden influir en aquest procés i, alhora, establir els ajustaments necessaris per dur a terme aquesta intervenció de manera efectiva a l'entorn penitenciari.

2. Objectius

Com a resposta al que s'ha exposat anteriorment, aquest projecte ha sorgit com a resultat de la col·laboració entre el laboratori LabPsiTec de la Universitat Jaume I i les institucions penitenciàries de Catalunya per implementar un tractament a fi d'abordar l'autolesió.

Per fer-ho, s'han establert els objectius següents:

1. Avaluar l'eficàcia del programa STEPPS per abordar la desregulació emocional, conductual i en la consumació de conductes autolesives.
2. Avaluar l'acceptabilitat, l'adequació, la penetració, la viabilitat i la sostenibilitat de la intervenció.
3. Detectar les barreres i els facilitadors del procés d'implementació.
4. Desenvolupar l'adaptació del manual STEPPS per als centres penitenciaris de Catalunya.

3. Metodologia

3.1. Participants

3.1.1. Interns

Per fer aquest projecte es van definir com a població d'interès els interns dels centres penitenciaris de Catalunya.

Per a la selecció de la mostra es van establir els criteris d'inclusió i exclusió generals següents:

■ Criteris d'inclusió:

1. Homes o dones privats de llibertat que compleixen condemna en un centre penitenciari de Catalunya.
2. Presència de conductes autolesives.
3. Comprensió i domini suficient del castellà per participar en el programa STEPPS.
4. Competència cognitiva suficient per fer l'estudi.
5. Capacitat mental per atorgar consentiment informat.

■ Criteris d'exclusió:

1. Interns en compliment de mesures de seguretat o classificats en primer grau de tractament.
2. Interns amb dificultats idiomàtiques.
3. Presència de patologies d'alta gravetat que dificultin dur a terme l'estudi.
4. Interns amb possibilitat d'alliberament proper, amb trasllat imminent a altres centres penitenciaris o pendants de judici.

D'acord amb aquests criteris, s'esperava obtenir una mostra d'entre deu i quinze interns de cada centre després d'una entrevista semiestructurada amb l'objectiu d'avaluar la idoneïtat dels participants i proporcionar-los informació detallada sobre l'estudi.

Els participants no rebien cap compensació penitenciària per participar en el programa, a més, la participació era totalment voluntària.

3.1.2. Professionals

D'acord amb la CI, els professionals (implementadors) de la intervenció són un factor més d'avaluació en el procés de la implementació. Conseqüentment, se'ls valora com a participants.

En aquest cas, els professionals van ser seleccionats des dels centres. L'equip directiu del centre valorava la idoneïtat dels perfils. Des de l'equip de recerca només es van establir com a criteris la necessitat de disposar com a mínim de dos professionals per centre i la condició que almenys un havia de ser graduat en psicologia.

3.1.3. Centres

De nou destaca la importància del context en aquest estudi. En aquest cas no es va limitar el nombre de CP participants i finalment hi van participar van nou. En aquest informe es reporten els resultats de tots els centres exceptuant el Puig de les Basses, que actualment es troba efectuant la implementació, i el Centre Penitenciari de Dones, que finalment no va participar en l'estudi.

3.2. Intervenció

3.2.1. Programa STEPPS

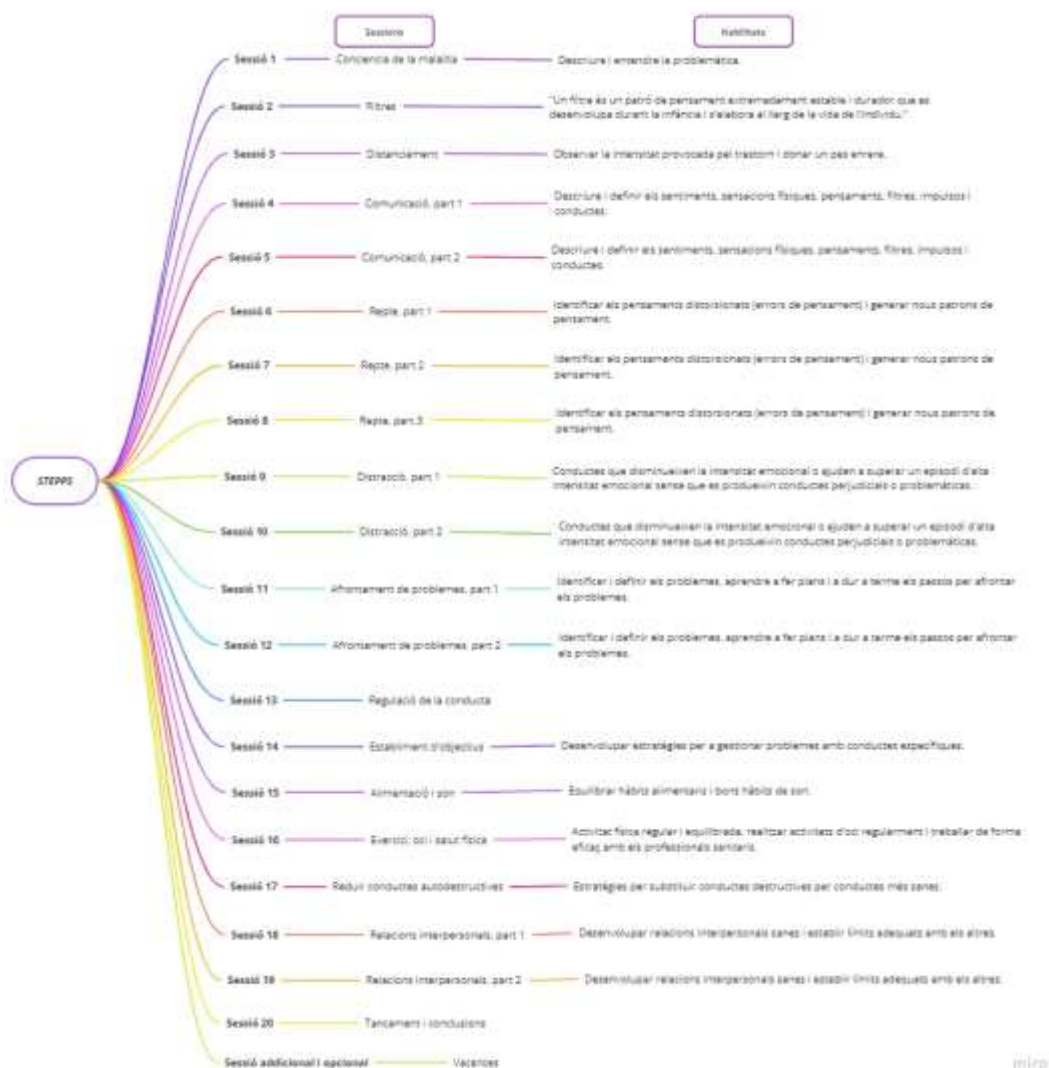
Com ja s'ha esmentat, el programa es basa en un enfocament cognitivoconductual i d'entrenament d'habilitats. El programa original consta de vint sessions setmanals de dues hores cadascuna. Les diferents sessions aborden cadascuna de les habilitats que es treballen al programa (Figura 1).

El programa es divideix en tres grans components. El primer component (sessions: 1-2) ensenya als participants a reemplaçar idees equivocades sobre la problemàtica presentada experimentant més consciència dels pensaments, sentiments i comportaments que la caracteritzen, així com a identificar els patrons de pensament (és a dir, filtres cognitius) que impulsen els seus comportaments. El segon

component (sessions 3-12) ensenya habilitats per gestionar de manera més efectiva els efectes cognitius i emocionals de la problemàtica, com ara el distanciament, la comunicació, el desafiament, la distracció i la resolució de problemes. El tercer component (sessions 13-19) ensenya habilitats conductuals en què s'encoratja els participants a dominar mitjançant l'establiment de metes hàbits d'alimentació saludable, higiene del son, exercici regular, activitats de lleure, seguiment de la salut (com l'adherència a medicació), prevenció d'autolesions i efectivitat interpersonal. Els objectius terapèutics dels tres blocs són consciència de malaltia (1), regulació emocional (2) i regulació conductual (3).

Un altre aspecte característic del programa STEPPS és la incorporació dels membres del "sistema", inclosa la xarxa de suport detectada pels participants.

Figura 1. Programa STEPPS: sessions i habilitats



3.3. Disseny

El projecte presentat es basa en un disseny híbrid d'efectivitat-implementació de tipus III (Green *et al.*, 2019). Aquests models híbrids permeten l'avaluació dual de l'efectivitat de la intervenció clínica i del procés d'implementació en diferents graus (Curran *et al.*, 2012). Pel que fa a l'objectiu de l'avaluació, s'estableixen tres tipus diferents de dissenys híbrids que varien en el seu enfocament i la quantitat d'èmfasi en l'eficàcia en comparació amb els resultats de la implementació. En aquest estudi, s'aplica el tipus híbrid III a través d'un enfocament dual en l'avaluació de l'efectivitat de la intervenció clínica i les estratègies d'implementació, atorgant més pes a l'anàlisi d'implementació. Aquest disseny s'ha triat atès que l'objectiu principal d'aquest estudi és abordar l'aplicabilitat de la intervenció als CP, l'efectivitat dels quals ja ha rebut un suport ampli per part d'investigacions prèvies (Black *et al.*, 2008; 2013; 2016).

Com a marc teòric per al desenvolupament de l'estudi, s'ha establert l'eina de planificació RE-AIM (abast, eficàcia, adopció, implementació i manteniment) (Glasgow *et al.*, 2019) i el marc Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damschroder *et al.*, 2009). El marc RE-AIM destaca cinc àrees per avaluar el potencial d'una intervenció per a la seva aplicació i impacte generalitzat: abast (com arribar a la població objectiu amb la intervenció), eficàcia (com saber si la intervenció és eficaç), adopció (suport organitzatiu per implementar una intervenció), implementació (fidelitat i consistència del lliurament d'una intervenció) i manteniment (sostenibilitat d'una intervenció a llarg termini).

Mitjançant l'ús del RE-AIM, s'estableix un enfocament en l'adaptació del programa i l'ús de diferents mètodes qualitius per comprendre com i per què s'han obtingut els resultats de l'aplicació del programa. Concretament, aquest marc teòric ens permetrà abordar les diferents qüestions, dimensions i passos en el disseny i el procés d'implementació que faciliten o dificulten l'èxit en la consecució de l'impacte desitjat de la intervenció en població reclusa.

D'altra banda, el CFIR és un marc metateòric que reuneix trenta-nou constructes en cinc dominis (característiques de la intervenció, el context intern i extern, els individus involucrats i el procés d'implementació). En aquest cas, els constructes

funcionen com a mediadors i moderadors que influeixen en l'eficàcia de la implementació en diferents nivells d'un tractament en un context específic (Nilsen, Birken i Nilsen, 2020).

Aquest marc teòric ha estat seleccionat per guiar el procés d'avaluació del programa per diverses raons. En primer lloc, les característiques integradores del CFIR aborden un gran nombre de marcs teòrics diferents aplicats a la literatura científica. En segon lloc, el CFIR no només s'estableix com un marc d'aplicació determinant, sinó també com un marc d'avaluació, definit com una eina per codificar i qualificar les dades qualitatives per tal de permetre comparacions entre els estudis. En conseqüència, el CFIR ens permetrà establir les dimensions necessàries per avaluar la implementació del programa (King, Glasgow i Leeman-Castillo, 2010).

3.4. Bateria de qüestionaris

3.4.1. Variables d'efectivitat

En aquest estudi les variables d'efectivitat s'han determinat considerant les característiques psicològiques pròpies de la població i els enfocaments del programa (vegeu *Taula 1*).

- **Avaluació longitudinal de la gravetat de la desregulació emocional i conductual** (Borderline Evaluation of Severity Over the Time, BEST) (Blum *et al.*, 2002):

BEST és un qüestionari de 15 ítems amb una escala Likert de 5 punts (1 = gens / molt lleument; 5 = extremadament) que avalua tres àrees: pensaments, emocions i comportaments negatius, i comportaments positius. Aquest qüestionari es va desenvolupar juntament amb el programa STEPPS per avaluar la gravetat de la simptomatologia al llarg del temps, així com l'efectivitat del tractament. La prova ha demostrat ser altament vàlida, fiable i amb alta consistència interna (alfa de Cronbach = 0,86-0,92) i sensible al canvi en un període de només 4 setmanes (Pfohl, 2009). La puntuació total del BEST no presenta punt de tall, com més puntuació, més desregulació emocional i conductual.

- **Escala d'impulsivitat de Barratt** (Barratt Impulsiveness Scale, BIS) (Barratt, 1959):

L'escala BIS mesura els nivells d'impulsivitat en diferents àrees. El qüestionari consta de 30 ítems i 3 subescales: impulsivitat cognitiva, impulsivitat motora i impulsivitat no planificada (Barratt, 1959).

- **Escala d'ideació suïcida de Beck** (SIS; Suicidal Intent Scale) (De Rivera, 2000):

Aquest qüestionari avalua les característiques i la possibilitat d'un intent de suïcidi en el present i el passat. Aborda les circumstàncies durant l'intent; l'actitud envers la vida i la mort; els pensaments abans, durant i després de l'intent, i el consum de substàncies. El qüestionari consta de 20 ítems valorats en una escala de 3 punts (de 0 a 2). La prova presenta unes propietats psicomètriques excel·lents, amb alta confiabilitat (alfa de Cronbach = 0,89) i una excel·lent validesa i capacitat discriminativa (De Rivera, 2000). Per interpretar-la, en cas que els ítems 4 i 5 es puntuïn amb un 0 s'estableix que no hi ha risc de suïcidi. En cas de puntuar en aquests ítems, la puntuació s'interpreta sense establir punt de tall, de manera que una puntuació més alta indica un risc més alt de suïcidi.

- **Inventari de declaracions sobre autolesions** (Inventory of Statements About Self-injury, ISAS) (Pérez *et al.*, 2020):

L'ISAS és un qüestionari per explorar les conductes autolesives. Es divideix en dues seccions. La primera secció avalua la presència i la freqüència de 13 tipus diferents d'autolesions, i la segona secció avalua la funcionalitat de les conductes autolesives en una escala Likert de 3 punts. Aquest qüestionari permet avaluar les conductes autolesives al llarg del tractament i inferir l'efectivitat del programa en l'abordament d'aquestes conductes. L'ISAS ha estat validat recentment en espanyol, ha mostrat molt bones propietats psicomètriques i s'ha establert com a prova d'elecció per a l'avaluació de l'autolesió (Pérez *et al.*, 2020).

- **Escala de desesperança de Beck** (BHS; Beck Hopelessness Scale) (Beck *et al.*, 1974):

La BHS és una escala de 20 ítems de veritable o fals que avalua els sentiments de desesperança de les persones. En aquest cas avalua tres aspectes de la desesperança: 1. Les expectatives d'una persona sobre la vida; 2. Els seus sentiments sobre el futur, i 3. La pèrdua de motivació. L'instrument ha estat validat en espanyol i ha mostrat una consistència interna excel·lent (coeficient Kuder-Richardson 20 = 0,88) (Rueda-Jaimes *et al.*, 2018). L'escala indica més gravetat com més puntuació, i estableix els nivells de desesperança següents segons aquests punts de tall: 0-3 = cap o mínim, 4-8 = lleu, 9-14 = moderat i 15-20 = greu.

Taula 1. Avaluació dels interns

Instrument	Àrea avaluada
BEST	Intensitat, pensaments, sentiments i comportaments en la desregulació emocional
BIS	Nivell d'impulsivitat; cognitiva, motora i no planejada
SIS	Temptativa suïcida present i passada
ISAS	Presència, freqüència i funcionalitat de les conductes autolesives
BHS	Desesperança entesa com a expectatives sobre la vida, sentiment cap al futur i pèrdua de motivació

BEST = Borderline Evaluation of Severity Over the Time; BHS = Beck Hopelessness Scale; BIS = Barratt Impulsiveness Scale; SIS = Suicide Intent Scale; ISAS = Inventory of Statements About Self-injury; BSI = Brief Symptom Inventory.

3.4.2. Variables d'implementació

Les variables d'implementació són essencials per avaluar el procés d'implementació de la intervenció als centres penitenciaris de Catalunya. S'han avaluat els aspectes següents:

■ Viabilitat

Es refereix a la mesura que un nou tractament es pugui utilitzar o dur a terme amb èxit en un entorn o sistema particular, en aquest cas, als CP de Catalunya. La viabilitat es mesura amb els instruments següents:

- **Mesura de viabilitat de la intervenció** (Feasibility of Intervention Measure, FIM) (Weiner *et al.*, 2017): La FIM consta de quatre ítems dissenyats per mesurar la viabilitat de la intervenció mitjançant una escala Likert de 5 punts.

L'escala ha demostrat bones propietats psicomètriques, amb alta consistència interna (alfa de 0,85-0,91) i coeficients de fiabilitat de prova i retest que oscil·len entre 0,73 i 0,88. L'escala no consta de punt de tall per interpretar-la, en aquest cas, una puntuació més elevada indica un grau més alt de percepció de viabilitat. Aquesta mesura forma part d'una bateria de tres escales, AIM, IAM i FIM.

■ **Acceptabilitat**

Fa referència a la percepció de les parts interessades sobre si la intervenció és útil o satisfactòria. L'acceptabilitat es mesura amb els instruments següents:

- **Mesura d'acceptabilitat de la intervenció** (Acceptability of Intervention Measure = AIM) (Weiner *et al.*, 2017). L'AIM avalua l'acceptabilitat al llarg de quatre elements de Likert de cinc punts. Aquesta escala ha demostrat bones propietats psicomètriques, amb alta consistència interna (alfa de 0,85-0,91) i coeficients de fiabilitat de prova i retest que oscil·len entre 0,73 i 0,88. L'escala no consta de punt de tall per interpretar-la, en aquest cas, una puntuació més elevada indica un grau d'acceptabilitat més elevat de la intervenció. Aquesta mesura forma part d'una bateria de tres escales, AIM, IAM i FIM.
- **Qüestionari de satisfacció dels usuaris** (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-I) (Boß *et al.*, 2016): El CSQ-I és un qüestionari de vuit ítems que avalua la satisfacció general dels participants amb la intervenció rebuda. Ha demostrat ser una eina fiable amb alta consistència interna. No s'estableix punt de tall, i s'interpreta de manera que una puntuació més elevada indica més grau de satisfacció.

■ **Adequació**

Es refereix a l'adequació, rellevància o compatibilitat percebuda de la intervenció basada en l'evidència per a un entorn de pràctica específic, en aquest cas, als CP de Catalunya. L'adequació es mesura amb l'instrument següent:

- **Mesura d'adequació de la intervenció** (Intervention Appropriateness Measure = IAM) (Weiner *et al.*, 2017): La IAM inclou quatre elements d'escala Likert de cinc punts dissenyats per mesurar l'adequació de la intervenció. Aquesta escala ha demostrat bones propietats psicomètriques, amb alta consistència interna (alfa de 0,85-0,91) i coeficients de fiabilitat de prova i retest que oscil·len entre 0,73 i 0,88. L'escala no consta de punt de tall per interpretar-la, en aquest cas, una puntuació més elevada indica un grau més alt de percepció d'adequació. Aquesta mesura forma part d'una bateria de tres escales, AIM, IAM i FIM.

■ Penetració

El nivell de penetració de la intervenció s'ha explorat mitjançant les entrevistes qualitatives fetes als professionals seguint la metodologia exposada a l'apartat d'anàlisi de resultats qualitatius.

■ Sostenibilitat

Aquesta dimensió fa referència al grau de manteniment d'una nova intervenció i s'avalua amb els instruments següents:

- Barreres i facilitadors de la implementació (Barriers and facilitators of the implementation, FBI) (Bach-Mortensen, Lange i Montgomery, 2018): L'FBI és un qüestionari desenvolupat específicament per a estudis d'implementació. S'hi van establir 28 ítems per abordar el constructe de les barreres i 21 ítems per abordar els facilitadors en el procés d'implementació de la intervenció basada en l'evidència en el context penitenciari.
- Inventari del *burnout* de Copenhagen (Copenhagen Burnout Inventory, CBI) (Kristensen *et al.*, 2005). El CBI, tot i no ser una mesura d'avaluació de les variables d'implementació, s'ha considerat directament per la seva possible influència en el procés d'implementació. El CBI és un qüestionari de 19 ítems d'escala Likert de 5 punts per mesurar la síndrome de *burnout* diferenciant tres subdimensions: *burnout* personal, *burnout* professional i *burnout* relacionat amb els usuaris. El qüestionari ha mostrat bones propietats psicomètriques a les tres subescales amb una alta consistència tant a la

subescala personal (alfa = 0,9), la laboral (0,83) i la relacionada amb els usuaris (0,82) (Molinero Ruiz *et al.*, 2013).

- L'avaluació del procés ha inclòs entrevistes qualitatives fetes per la investigadora als professionals implementadors per tal d'identificar les barreres en el procés d'implementació i obtenir la informació necessària per adaptar-la adequadament.

Taula 2. Avaluació de la implementació

Dimensions	Instrument	Àrea avaluada
Viabilitat	FIM	Viabilitat de la intervenció
	Entrevista qualitativa	Dificultats de la viabilitat en el context
Acceptabilitat	AIM	Acceptabilitat de la intervenció
	CSQ	Satisfacció general de la intervenció
Adequació	IAM	Adequació de la intervenció per al context percebuda
Penetració	Entrevista qualitativa	Grau d'integració del programa en el context
Sostenibilitat	FBI	Barreres i facilitadors del procés d'implementació
<i>Burnout</i>	CBI	<i>Burnout</i> personal, professional i en relació amb els usuaris

AIM = Acceptability of Intervention Measure; CSQ = Client Satisfaction Questionnaire; FBI = Barriers and facilitators of the implementation; FIM = Feasibility of Intervention Measure; IAM = Intervention Appropriateness Measure; CBI = Copenhagen Burnout Inventory.

3.5. Anàlisi dels resultats

En aquest projecte es proposa investigar els factors que influeixen en el procés d'implementació del programa STEPPS per abordar les conductes autolesives, així com observar l'efecte d'aquest programa en la simptomatologia dels interns.

Per assolir aquest objectiu, s'han dut a terme una sèrie d'anàlisis estadístiques tant quantitatives com qualitatives que ens permetran comprendre la relació entre les diferents variables. Aquestes anàlisis es divideixen en tres categories principals: descriptives, d'hipòtesis i qualitatives.

3.5.1. Anàlisis descriptives

Les anàlisis descriptives s'han utilitzat per resumir i presentar les dades de la mostra incloent-hi interns i professionals. S'han utilitzat la mitjana, la desviació estàndard, els intervals de confiança, els percentatges i els rangs de cada variable per observar la tendència central i la dispersió de les dades.

Per a les variables categòriques, s'han utilitzat taules de freqüència per observar la distribució de les respostes en diferents categories. Això és útil per comprendre la prevalença de certs comportaments o característiques a la mostra.

3.5.2. Anàlisis d'hipòtesis

En aquest estudi, s'han de dur a terme les anàlisis multivariants següents:

S'han utilitzat proves no paramètriques, també conegudes com a *proves de distribució lliure o proves lliures de suposicions*, atès que no es compleixen les proves d'homogeneïtat, així com perquè la mostra és menor de 30. Específicament s'ha utilitzat la prova de Wilcoxon per comparar les mostres relacionades abans i després de la implementació del programa. Específicament s'ha observat la significança de les diferències en les mitjanes de les mostres.

3.5.3. Anàlisis qualitatives

Les anàlisis qualitatives es fan sobre les entrevistes als professionals dels centres. El propòsit de la part qualitativa és analitzar les raons subjacents a les diferències en l'efectivitat de la implementació als centres, la detecció de les barreres i els facilitadors en el procés d'implementació, així com la detecció dels canvis necessaris per adaptar el manual al context.

Per al desenvolupament de les anàlisis qualitatives s'ha utilitzat el CFIR com a guia per establir l'estructura de l'entrevista i per generar-ne les preguntes (Damschroder *et al.*, 2022).

Les transcripcions de les entrevistes s'han codificat utilitzant els constructes del CFIR dins dels cinc dominis, d'acord amb el llibre de codis qualitius amb definicions operatives, i criteris d'inclusió i exclusió per a cada constructe mútuament exclouent disponibles a <https://cfirguide.org/constructs>. Aquestes codificacions es van elaborar per dos codificadors (RL-C i IJ), i en aquest procés es va utilitzar el programari Atlas.ti, versió 23.

Els resultats es van agregar per constructe, i es va determinar la proporció de barreres i facilitadors dins de cadascun.

Quan es va codificar una transcripció per cada codificador, es van celebrar reunions de consens per discutir cada cita i constructe codificat, de manera que les definicions i els criteris d'inclusió/exclusió es van refinar segons el que era necessari. La codificació final de la transcripció es va assolir per consens i consulta a un tercer codificador (AG-P) segons el que va ser necessari. Les cites detectades es van qualificar numèricament amb dos codificadors (RL-C i IJ) d'acord amb les instruccions disponibles aquí: <https://cfirguide.org/evaluation-design/qualitative-data/>. Específicament es va assignar un valor a l'associació del constructe entre -2 i +2, que n'indicava el valor com a barrera, aspecte neutre o facilitador.

3.6. Procediment

Els objectius del projecte es van desenvolupar seguint un enfocament de recerca detallat, el qual s'enumera a continuació:

- **Prova pilot al Centre Penitenciari Quatre Camins**

L'inici del projecte es va dur a terme amb la col·laboració del CP Quatre Camins. Es va elaborar un estudi pilot de cas únic que va permetre avaluar de manera preliminar la viabilitat del programa. A més, es van celebrar múltiples reunions per abordar les complicacions quant a l'avaluació i aplicació del programa.

- **Primera adaptació del manual STEPPS**

D'acord amb l'experiència de les implementadores del CP de Quatre Camins, així com de les reunions conjuntes, es va dur a terme una primera adaptació del manual STEPPS amb l'objectiu d'ajustar-lo a les necessitats i particularitats del context penitenciari. Aquesta primera adaptació va consistir en una reducció del contingut a 16 sessions (en lloc de les 20 de la versió original) i una extensió del nombre de sessions destinades a abordar les conductes autodestructives.

- **Formació dels professionals en autolesions i aplicació del manual STEPPS**

Després de la primera adaptació, es va formar durant quatre dies els professionals encarregats de dur a terme la implementació. La formació es va fer segons la primera adaptació.

- **Aplicació del manual als centres penitenciaris**

Després del procés de selecció dels participants, seguint els criteris d'inclusió i exclusió establerts, es va dur a terme la implementació a nou CP de Catalunya.

- **Supervisió quinzenal durant la implementació**

Es va dur a terme una supervisió de seguiment quinzenal periòdica per garantir la fiabilitat de la implementació, donar suport als implementadors i determinar accions d'adaptació durant aquesta implementació.

- **Avaluació dels professionals de manera quantitativa i qualitativa**

Es va dur a terme una avaluació exhaustiva dels professionals que van aplicar la intervenció utilitzant mètodes quantitius i qualitius per mesurar-ne les aptituds i recopilar-ne les experiències i la retroalimentació.

- **Avaluació de la simptomatologia dels pacients**

Es va avaluar la simptomatologia dels pacients que van rebre la intervenció per mesurar-ne els canvis i determinar l'efectivitat del programa STEPPS.

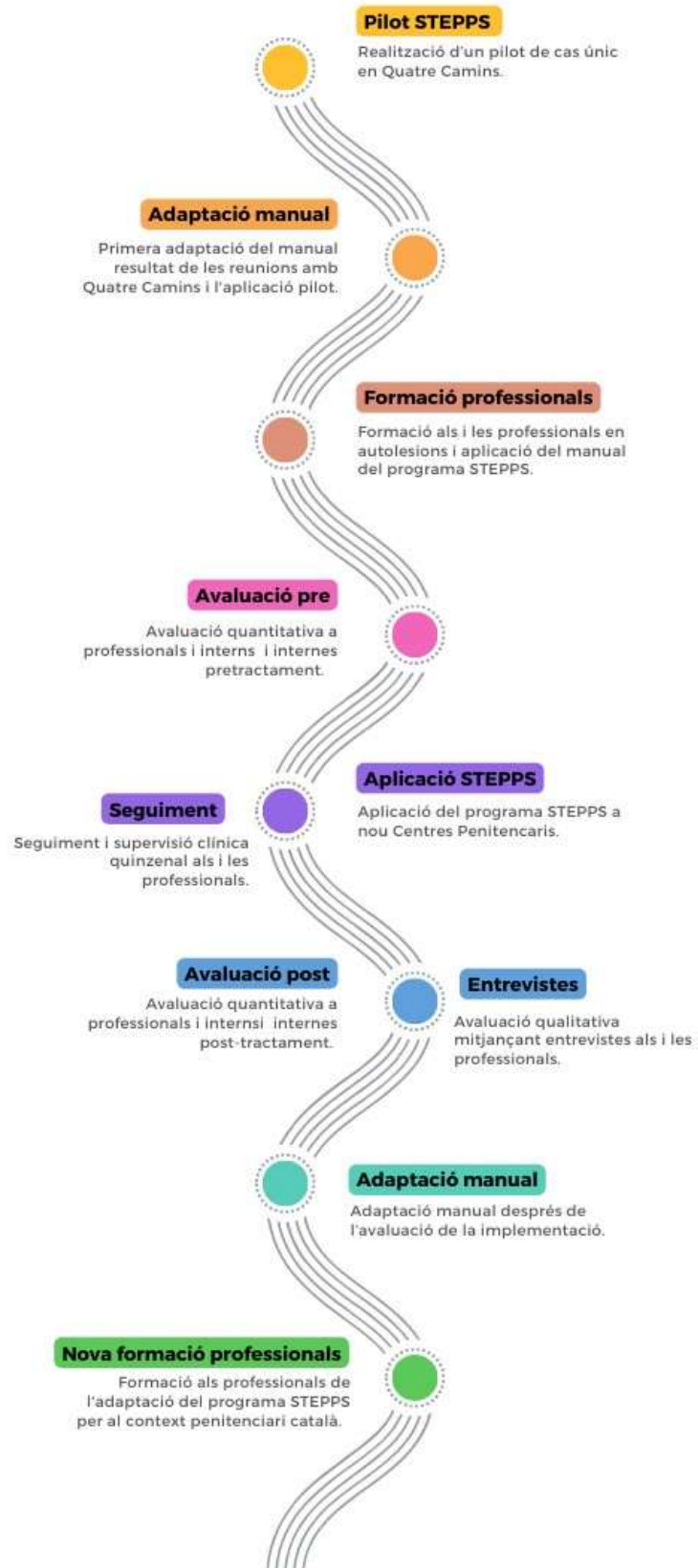
- **Adaptació del manual**

Després de la implementació i l'anàlisi dels resultats s'han identificat les necessitats d'adaptació i millora del programa STEPPS així com el procés d'implementació. En conseqüència, s'ha efectuat la nova adaptació del manual amb la reducció del contingut a 12 sessions i l'ampliació del material visual i pràctic per adequar-lo a la població diana i al context penitenciari.

- **Nova formació**

Amb els nous canvis en el procés d'implementació, així com l'adaptació del manual, es durà a terme una formació addicional als professionals per a les futures implementacions.

Figura 2. Procediment



4. Resultats

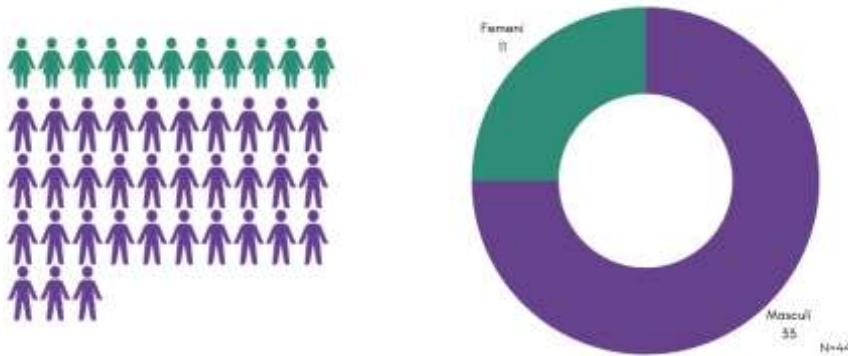
4.1. Interns

4.1.1. Dades demogràfiques

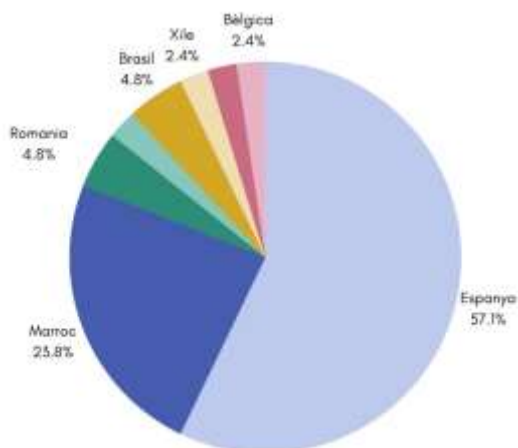
Dels interns que han participat en el programa, s'ha accedit a les dades dels 44 que conformen la mostra estudiada. Específicament, la mostra està formada per 11 dones (24,4 %) i 33 homes (73,3 %) (vegeu *Gràfic 1*). La mitjana d'edat se situa en 32,57 anys, en un rang de 21 a 63 anys (DT = 10,54).

Pel que fa al país de procedència, la majoria de la població és espanyola (N = 24) seguida per la població marroquina (N = 10) (vegeu *Gràfic 2*).

Gràfic 1. Sexe dels interns

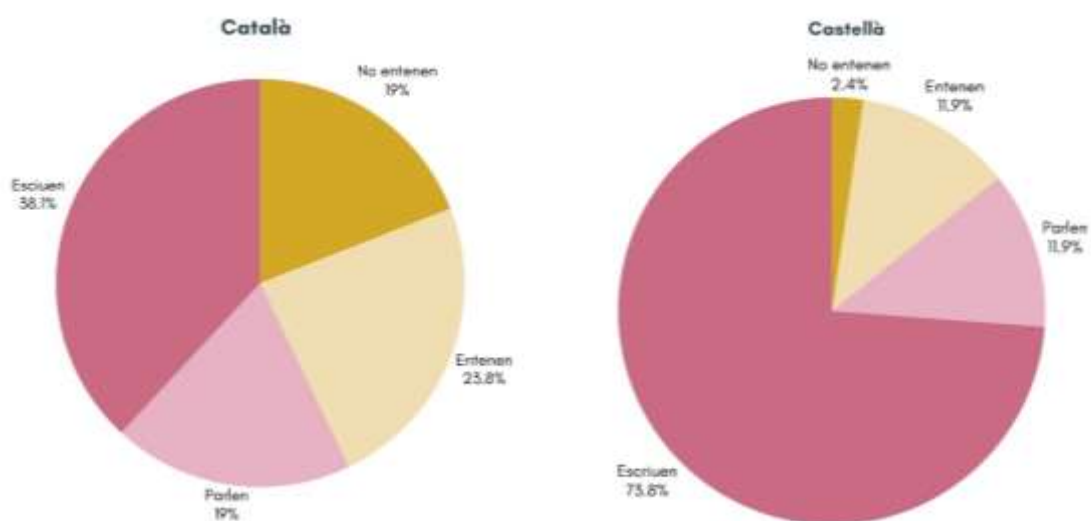


Gràfic 2. País de procedència



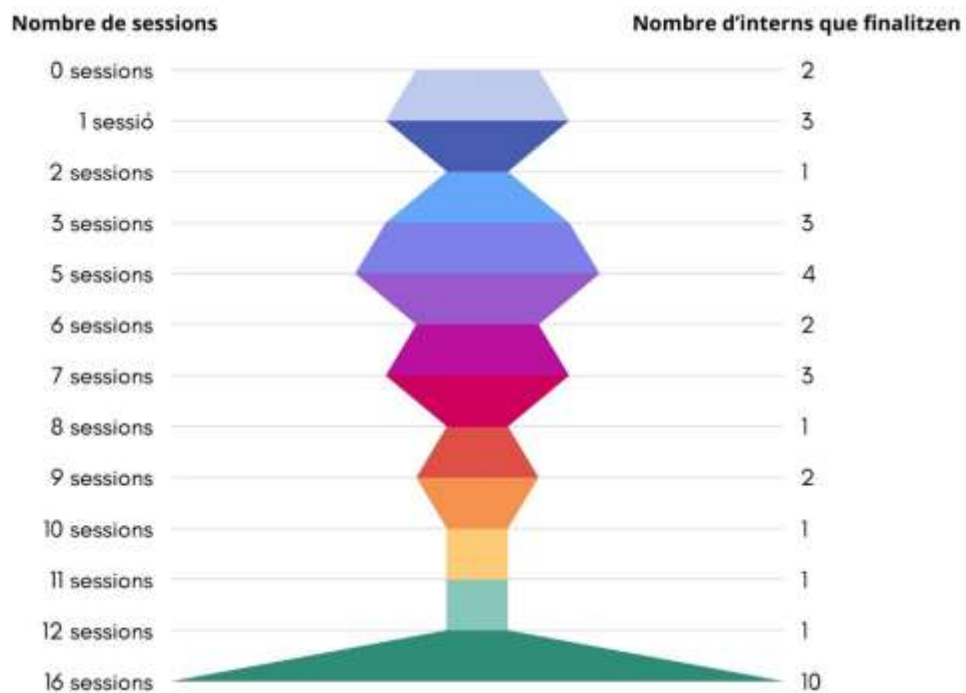
En relació amb les habilitats lingüístiques i la capacitat de comprensió tant del català com de l'espanyol (vegeu *Gràfic 3*) la majoria escriuen en ambdós idiomes (N català = 16; N espanyol = 31). No obstant això, s'observen més dificultats de comprensió en el cas del català, ja que només l'entenen 10 i el poden parlar 8 més, i 8 interns no l'entenen.

Gràfic 3. Habilitats en català i espanyol



Pel que fa al nombre de sessions màximes en què ha participat cada intern, només es disposa d'informació de 34 (vegeu *Gràfic 4*). En aquest cas, 19 interns van poder assistir a 7 o més sessions i van completar tot el programa 10 interns. En canvi, 15 interns van fer menys de 7 sessions, i no van arribar a començar-ne cap 2 d'ells.

Gràfic 4. Nombre de sessions dels interns



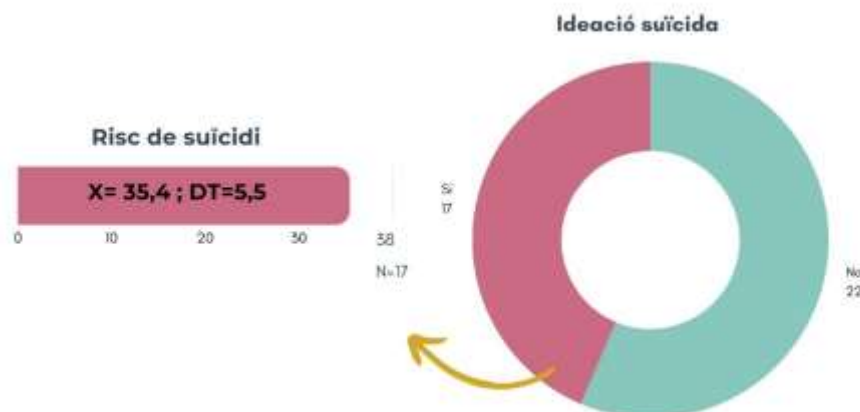
4.1.2. Dades clíniques

Prèviament a fer el programa es van analitzar els nivells d'ideació suïcida, així com els nivells de desesperança entre els interns.

Entre la mostra, 17 interns van mostrar ideació suïcida (37,8 %). Considerant que la puntuació màxima de risc de suïcidi que recull l'escala és 38, a la mostra estudiada entre aquells que mostraven ideació suïcida es va obtenir una mitjana de 35,4 (DT = 5,5).

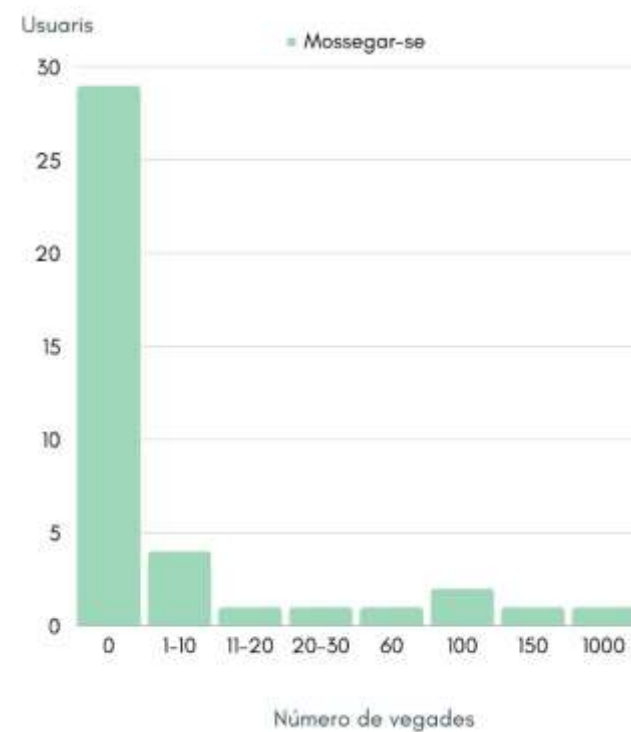
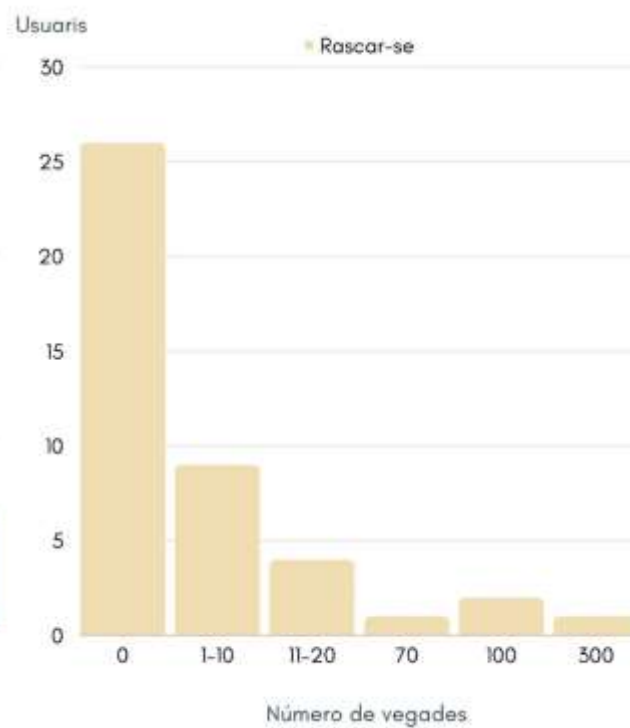
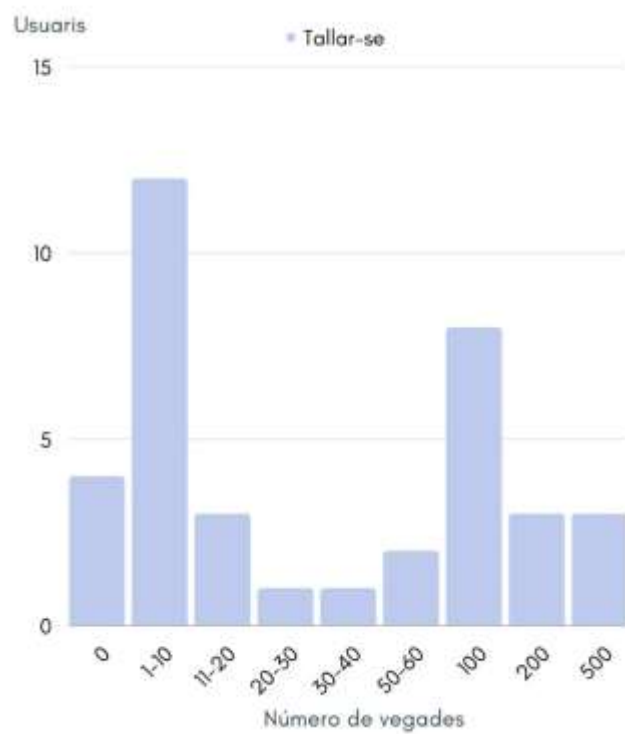
Quant als nivells de desesperança, se'n va obtenir una mitjana de 8,15 (DT = 5,45) en un rang de 0 a 17. Segons els punts de tall establerts per l'escala de desesperança de Beck i tenint en compte la puntuació mitjana, s'observen uns nivells de desesperança lleu (de 4 a 8). Tot i això, en alguns casos s'arriben a observar nivells de desesperança moderada (N = 15) (de 9 a 14) i severa (N = 5) (entre 15 i 20).

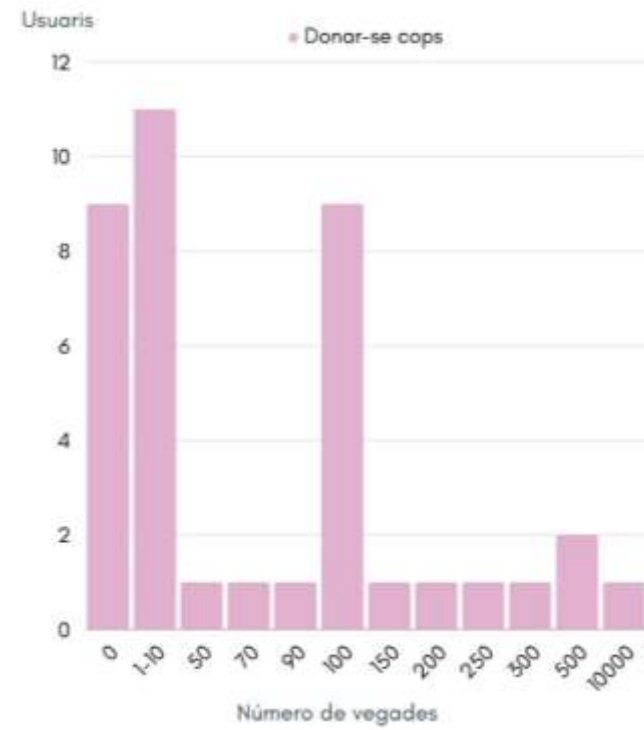
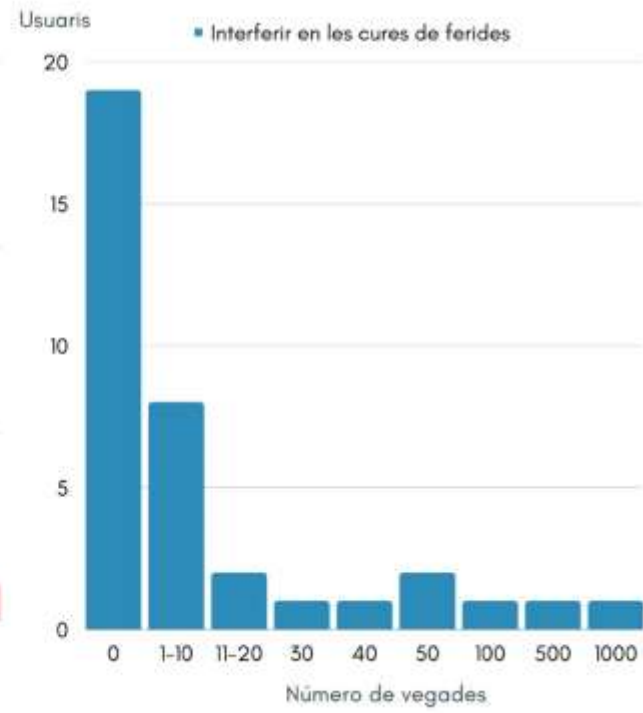
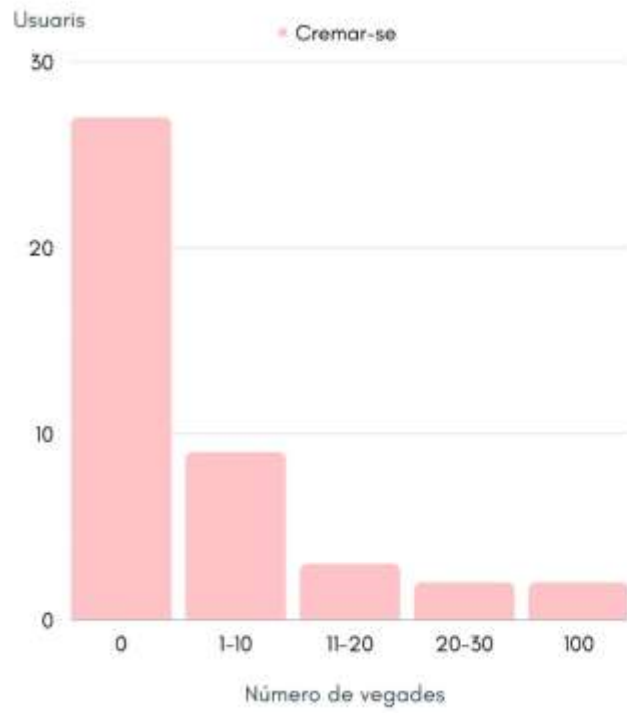
Gràfic 5. Ideació i risc de suïcidi

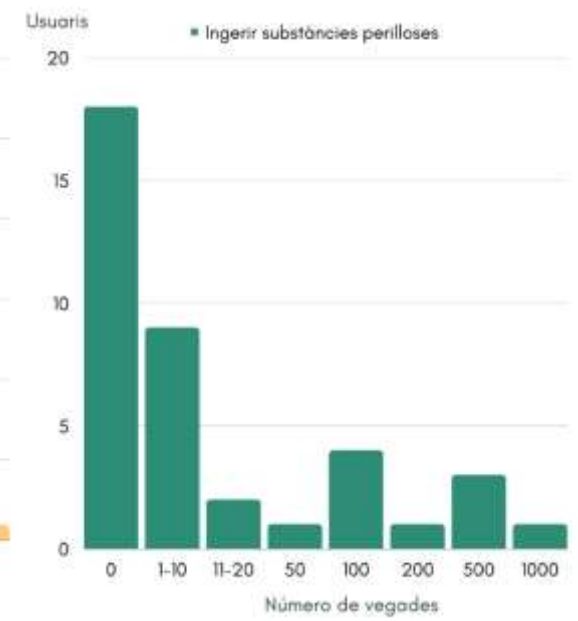
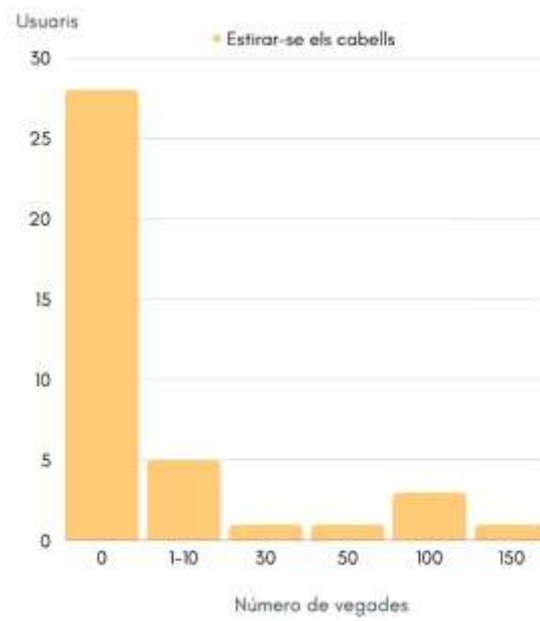
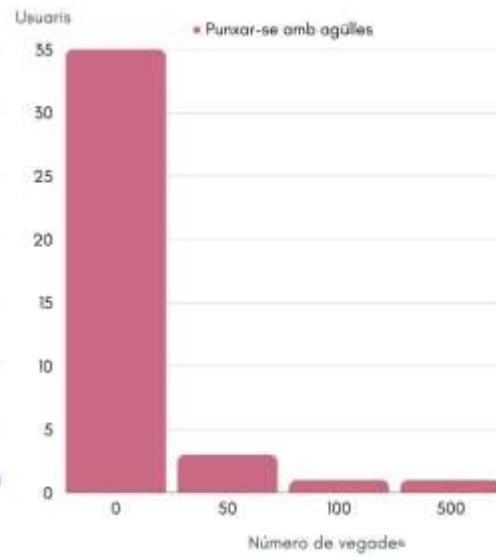
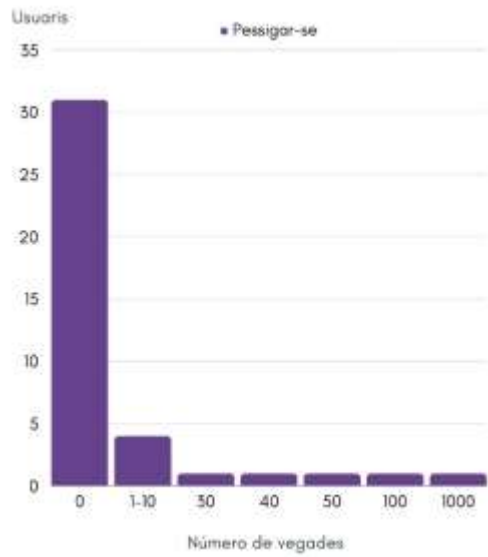


Quant a les característiques de l'autolesió, mitjançant l'ISAS s'han pogut determinar les formes més comunes d'exercir-la, així com la relació dels interns amb les conductes autolesives. Al conjunt de gràfics (vegeu *Gràfic 6*) es pot observar la freqüència de cada tipologia de forma d'autolesió. Als gràfics s'observa quants interns han afirmat utilitzar aquest tipus d'autolesió i quantes vegades a la vida n'han fet ús. Destaquen tallar-se, colpejar-se i ingerir substàncies com a formes d'autolesió més habituals.

Gràfic 6. Freqüència de cada tipologia d'autolesió



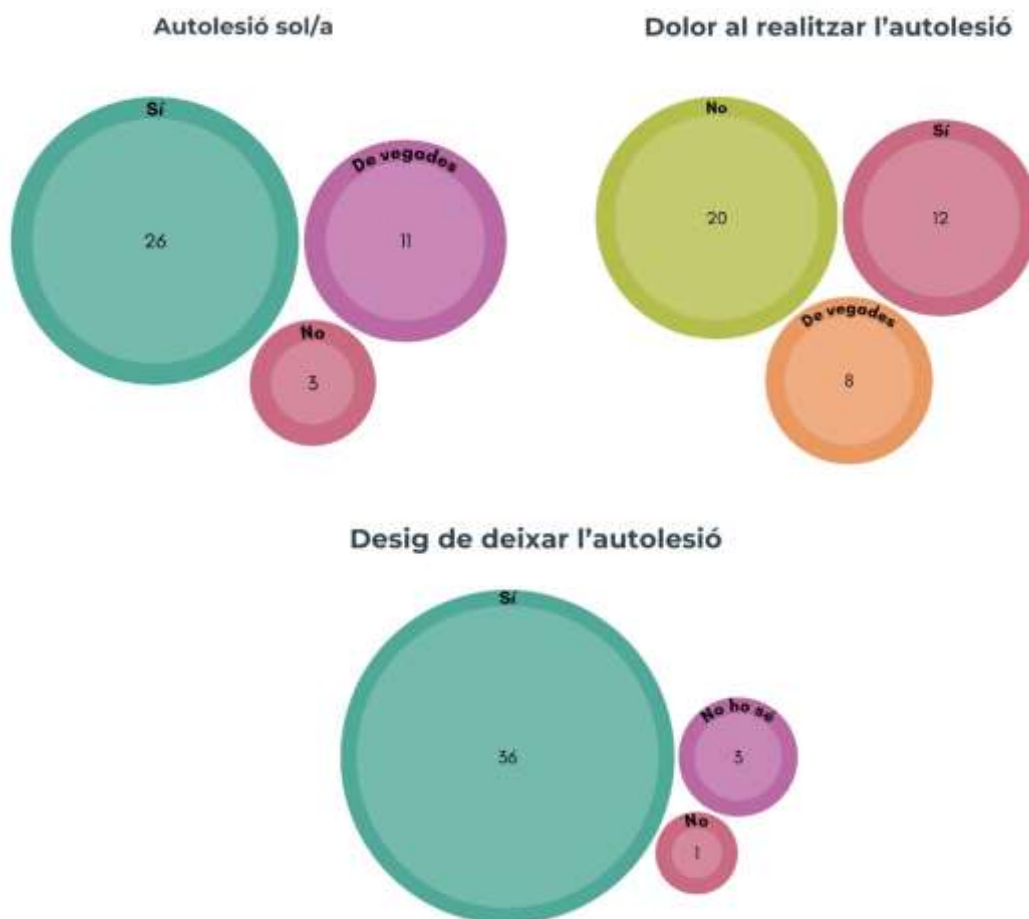




Pel que fa a la relació amb l'autolesió, la majoria dels interns afirmen que s'autolesiona quan estan sols (65 %), a diferència dels que ho fan en companyia (12,5 %), o sols i de vegades en companyia (27,5 %)). Quant a sentir dolor mentre s'exerceix la conducta autolesiva, el 50 % no sent dolor, un 30 % sí que el sent i un 20 %, només de vegades (vegeu *Gràfic 7*).

Pel que fa al desig de deixar de dur a terme conductes autolesives, la gran majoria van manifestar un desig de deixar de fer-les (90 %), en canvi, una proporció més petita s'hi mostrava ambivalent (7,5 %) o expressava el desig de continuar duent-les a terme (0,5 %).

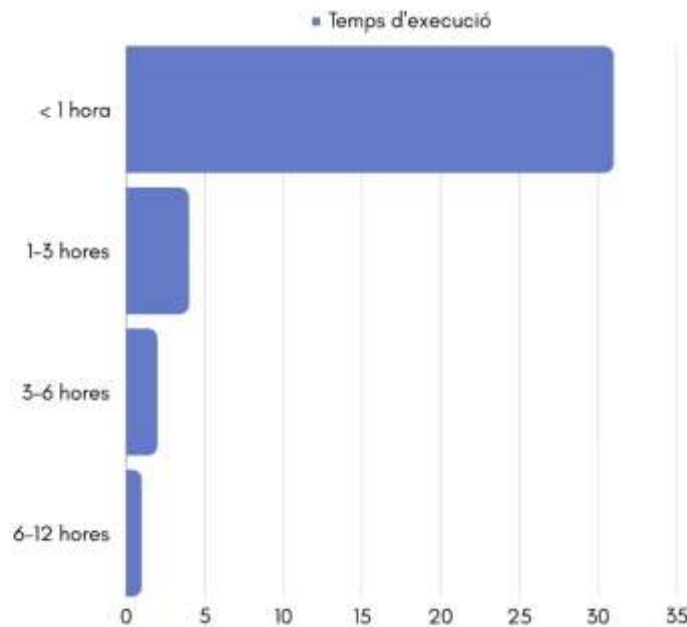
Gràfic 7. Relació amb l'autolesió



Pel que fa a l'interval de temps que transcorre entre el desig i l'execució de la conducta autolesiva, el qüestionari ISAS plantejava el següent: < 1 hora, 1-3 hores, 3-6 hores, 6-12 hores, 12-24 hores i > 1 dia (vegeu *Gràfic 7*). La gran majoria van indicar l'interval més curt, inferior a una hora (81,58 %). Tot i això, cal destacar que en els qüestionaris molts hi han especificat per escrit un interval més breu. Algunes

de les frases que hi trobem són: “No arriba ni a minuts”, “En qüestió de segons”, “Al moment”, etc.

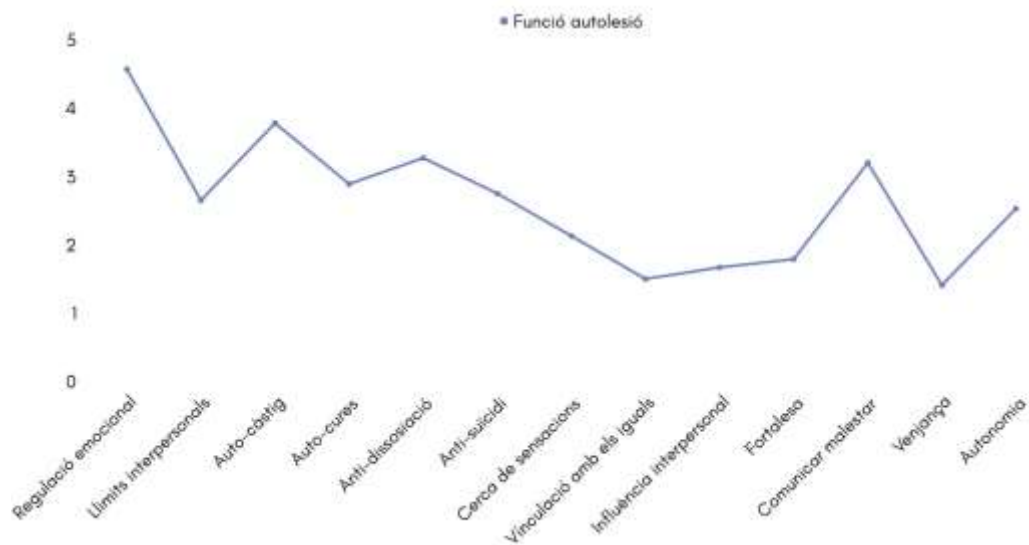
Gràfic 8. Temps entre la necessitat i l'execució de l'autolesió



En última instància es va determinar la funcionalitat de les autolesions en 13 categories (vegeu *Gràfic 9*).

Les diferents funcions es puntuen en un rang de 0 a 6, de manera que més puntuació indica més ús de l'autolesió en relació amb aquesta funció. Concretament es van obtenir les puntuacions següents: regulació emocional ($X = 4,57$, $DT = 1,46$), límits interpersonals ($X = 2,67$; $DT = 2,22$), autocàstig ($X = 3,78$; $DT = 2,04$), autocura ($X = 2,89$; $DT = 1,39$), antidissociació ($X = 3,27$; $DT = 1,36$), antisuïcidi ($X = 2,75$; $DT = 1,82$), cerca de sensacions ($X = 2,13$; $DT = 1,67$), vincle amb els iguals ($X = 1,5$; $DT = 1,67$), fortalesa ($X = 1,79$; $DT = 1,65$), comunicació de malestar ($X = 3,24$; $DT = 1,83$), venjança ($X = 1,41$; $DT = 1,75$) i autonomia ($X = 2,53$; $DT = 2,18$).

Gràfic 9. Funcions de l'autolesió



El BEST s'estableix com el qüestionari essencial tant del programa STEPPS com en relació amb l'objectiu d'aquest projecte, atès que avalua els nivells de desregulació emocional i conductual. Com més puntuació, més nivell de desregulació.

Abans de començar el programa STEPPS els interns van obtenir una puntuació mitjana de 36,81 (DT = 13,21) i després d'acabar-lo una puntuació mitjana de 30,38 (DT = 8,68).

En aquest cas, s'ha observat una disminució significativa de la simptomatologia després de completar el programa STEPPS ($Z = -2,668$; $p < 0,05$) (vegeu Gràfic 10).

Gràfic 10. Puntuació del BEST



Pel que fa a l'escala d'impulsivitat de Barratt, s'hi identifiquen tres subescales diferents: impulsivitat cognitiva, impulsivitat motora i impulsivitat no planejada (vegeu *Gràfic 11*). Les puntuacions de l'escala indiquen que com més puntuació, més nivell d'impulsivitat a cada subescala.

A la subescala d'impulsivitat cognitiva es va registrar una mitjana de 20,90 (DT = 3,96) abans de la implementació, mentre que després d'aquesta, la mitjana va ser de 21,08 (DT = 3,94).

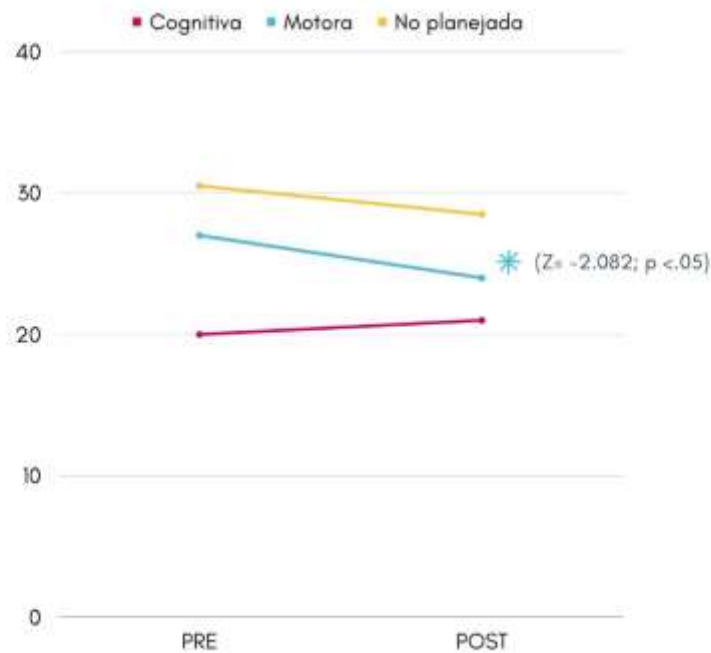
Pel que fa a la impulsivitat motora, se'n va obtenir una mitjana de 26,7 (DT = 5,2) abans de la intervenció i una mitjana de 24,5 (DT = 3,96) després d'aquesta.

Quant a la impulsivitat no planejada, se'n va observar una mitjana de 30,52 (DT = 6,03) abans del programa i una mitjana de 28,5 (DT=6,97) en acabar-lo.

Quan es van fer proves no paramètriques, es van trobar diferències significatives en la impulsivitat motora, amb una disminució significativa dels nivells d'impulsivitat ($Z = -2,082$; $p < 0,05$). No obstant això, no es van observar diferències significatives ni en la impulsivitat cognitiva ($Z = -0,733$; $p > 0,05$) ni en la impulsivitat no planejada ($Z = 0,00$; $p > 0,05$).

Com a resultat, es va observar una disminució general en els nivells d'impulsivitat, i aquesta va ser significativa en relació amb la impulsivitat motora, és a dir, la tendència de dur a terme accions "sense pensar". Tot i que no és significativa, també es va observar una disminució quant al dèficit per fixar i/o mantenir l'atenció (impulsivitat cognitiva) i la incapacitat de planificar accions futures (impulsivitat no planejada).

Gràfic 11. Puntuació de la impulsivitat



En darrera instància es va valorar el nivell de satisfacció dels interns amb la intervenció rebuda. En aquest cas, es va obtenir una bona satisfacció, amb una mitjana de 25,58 sobre una puntuació màxima de 32 (DT = 4,16).

4.2. Professionals

4.2.1. Dades descriptives

Dels professionals involucrats en el projecte n'hem obtingut informació de 24, 7 corresponen al gènere masculí (29,2 %) i 17, al gènere femení (70,8 %).

Dels centres de Lledoners, Brians 2 i Brians 1 Homes hi van participar dos professionals de cada centre. També hi van participar dos professionals dels Serveis

Centrals. En el cas de Ponent, Quatre Camins, Mas d'Enric, Brians 1 Dones i Joves hi van participar tres professionals. En el cas de Puig de les Basses només disposem d'informació d'un professional.

Cal destacar que, en aquest cas, no s'obtenen resultats després de la implementació del centre Puig de les Basses atès que aquesta s'està duent a terme a l'hora de redactar aquesta memòria.

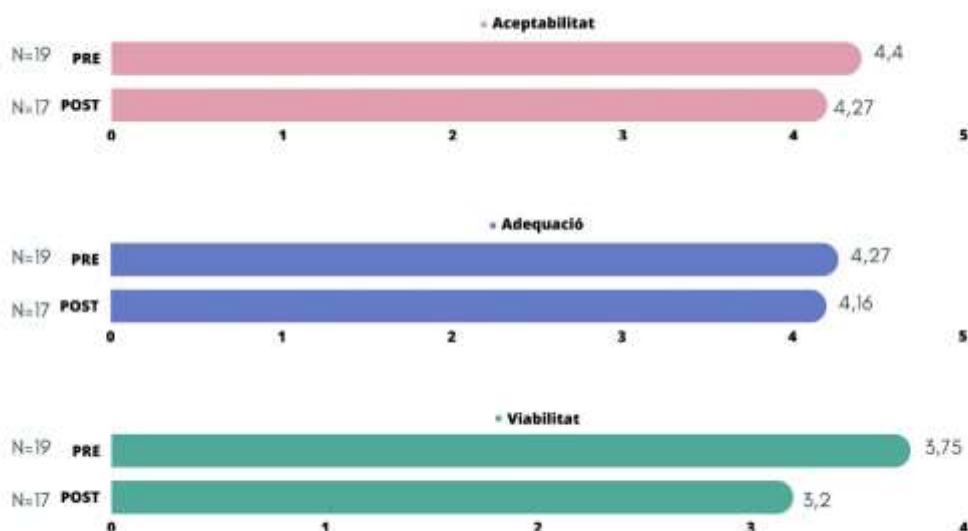
Amb relació als nivells d'acceptabilitat, d'adequació i de viabilitat trobem els resultats següents (vegeu *Gràfic 12*).

Pel que fa a l'acceptabilitat, prèvia a la intervenció, s'ha observat una mitjana de 4,4 (DT = 0,50) en una mostra de 19 professionals, amb valors que oscil·len en un interval de 3,75 a 5. Després de la implementació de STEPPS, s'ha observat una mitjana de 4,27 (DT = 0,6) amb un interval de 3,25 a 5 en una mostra de 17 professionals.

Quant a l'adequació, es va observar una mitjana de 4,2 (DT = 0,57) en un interval de 3 a 5 abans de l'aplicació del programa en 19 professionals. Després de la implementació, es va obtenir una mitjana de 4,16 (DT = 0,6) en una mostra de 17 professionals, amb un interval de 3,25 a 5.

Pel que fa a la viabilitat, es va obtenir una mitjana de 3,75 (DT = 0,72) en un rang de 2 a 4,75 en una mostra de 19 professionals prèviament a la implementació. Després de l'aplicació, es va registrar una mitjana de 3,2 (DT = 0,92) en un rang d'1,75 a 5 en una mostra de 17 professionals.

Gràfic 12. Dades descriptives d'acceptabilitat, d'adequació i de viabilitat

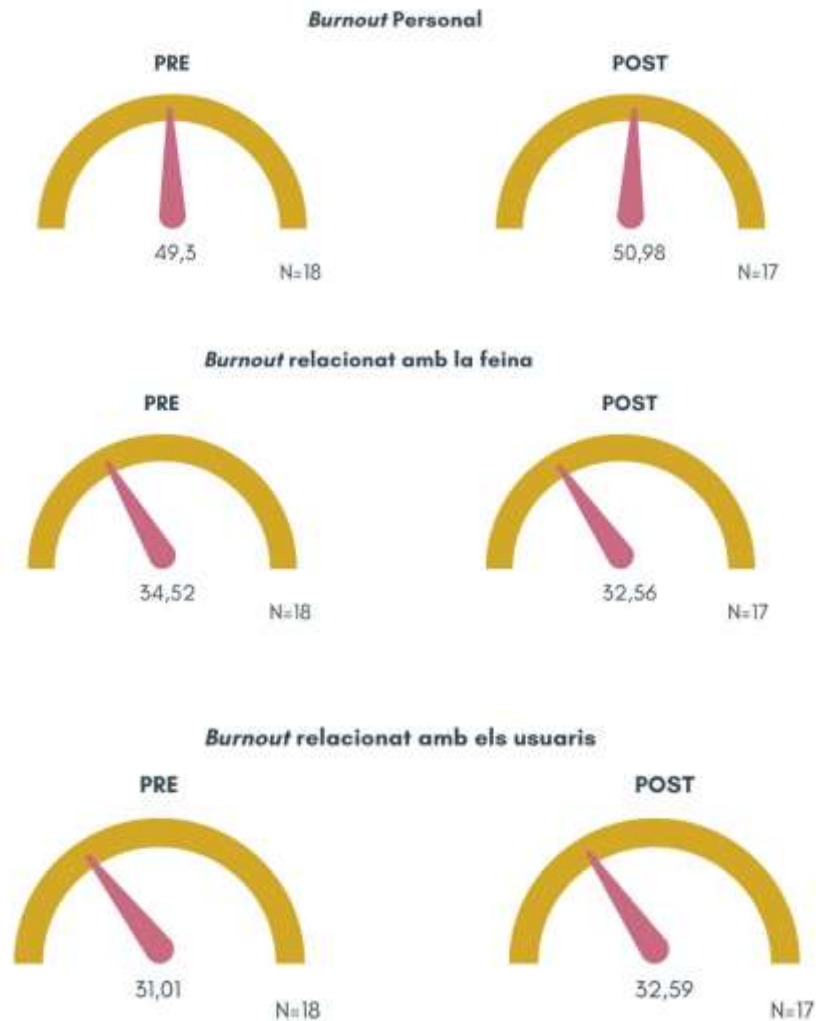


Després de les proves no paramètriques, no es van observar diferències significatives abans ni després de la implementació en referència als nivells d'acceptabilitat ($Z = -0,716$, $p > 0,05$) ni adequació ($Z = -0,660$, $p > 0,05$). Pel que fa a la viabilitat, va ser menor en l'avaluació postimplementació i va mostrar una diferència significativa ($Z = -2,046$; $p < 0,05$)

Pel que fa als nivells de *burnout* (vegeu Gràfic 13), es diferencia entre el *burnout* personal, el professional i el relacionat amb els usuaris. Prèviament a la implementació de la intervenció es va obtenir d'una mostra de 18 professionals una mitjana de *burnout* personal de 49,3 (Min = 25, Max = 83,33; DT = 15,80), una mitjana de *burnout* professional de 34,52 (Min = 10,71, Max = 67,86; DT = 17,14) i una mitjana de *burnout* relacionat amb els usuaris de 31,01 (Min = 16,67, Max = 54,17; DT = 31,01).

Després de la implementació del programa STEPPS es va observar en 17 professionals una mitjana de 50,98 amb relació al *burnout* personal (Min = 12,5, Max = 79,17; DT = 16,17), una mitjana de 32,56 de *burnout* professional (Min = 10,71, Max = 64,29; DT = 14,39) i una mitjana de 32,59 de *burnout* relacionat amb els usuaris (Min = 16,67, Max = 50; DT = 14,39).

Gràfic 13. Nivells de *burnout*



En fer les proves no paramètriques, no es van observar diferències del nivell de *burnout* en cap de les tres subescales (PB = $Z = -1,747$, $p > 0,05$; WB = $Z = -0,268$, $p > 0,05$; CB = $Z = -0,722$, $p > 0,05$).

Quant a la detecció de barreres, a la *Taula 3* queda reflectida la quantitat de professionals que van detectar cada aspecte com a possible barrera (Categoria = Sí), que no percebien la possible barrera com a tal (Categoria = No) o que la percebien de manera neutra (Categoria = Altra). Específicament es reflecteixen els resultats següents.

Taula 3. Barreres per a la implementació

	Preimplementació						Postimplementació					
	Sí		No		Altra		Sí		No		Altra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Canvi d'administrador	14	77,8	4	16,7	-	-	7	41,2	9	52,9	1	5,9
Canvi de personal freqüent	17	94,1	1	4,2	-	-	9	52,9	8	47,1	-	-
Manca de convicció sobre l'eficàcia del programa	13	72,2	5	27,8	-	-	7	41,2	10	58,8	-	-
Manca de provisió de temps per aprendre i implementar el nou programa	16	88,9	2	11,1	-	-	6	35,3	10	58,8	1	5,9
Manca de lideratge	11	61,1	6	33,3	1	5,6	2	11,8	15	88,2	-	-
Manca de preparació del personal	11	61,1	6	33,3	1	5,6	8	47,1	9	52,9	-	-
Nivells d'estrès elevats	15	83,3	3	16,7	-	-	8	47,1	9	52,9	-	-
Manca de pacients que es puguin assignar a la intervenció o beneficiar-se'n	6	33,3	11	61,1	1	4,2	8	47,1	8	47,1	1	5,9
Massa pacients per assignar a la intervenció	11	61,1	6	33,3	2	11,1	3	17,6	14	82,4	-	-
Bretxa entre els professionals que van assistir a la formació i els que no	9	37,5	7	29,2	2	11,1	6	35,3	11	64,7	-	-
Pacients acostumats al tractament que ja l'han rebut i són resistents al canvi	8	44,4	7	38,9	3	16,7	10	58,8	6	35,3	1	5,9
Dificultats per seguir el procés i els procediments per implantar el programa d'intervenció	14	77,8	3	16,7	1	5,6	12	70,6	3	17,6	2	11,8
Resistència al canvi per part dels professionals	9	50,0	9	50,0	-	-	3	17,6	13	76,5	1	5,9
Conflicte entre la intervenció i la missió/cultura de l'organització	8	44,4	10	55,6	-	-	6	35,3	10	58,8	1	1,59
Manca de prioritització de la intervenció	11	61,1	6	33,3	-	-	35,3	10	58,8	-	-	
Manca d'infraestructura administrativa	8	44,4	9	37,5	1	5,6	8	47,1	8	47,1	1	5,9
Manca de recursos financers	8	44,4	8	44,4	2	11,	7	41,2	10	58,8	-	-
Manca de personal	15	83,3	3	12,5	-	-	11	64,7	6	35,5	-	-
Manca de recursos tècnics	10	55,6	7	38,9	-	-	9	52,9	7	41,2	1	5,9
Resistència dels pacients i manca de participació	17	94,4	1	5,6	-	-	13	76,5	3	17,6	1	5,9
Assistència baixa dels pacients a la consulta	14	77,8	3	16,7	1	5,6	13	76,5	2	11,8	2	11,8
Missió poc clara de l'organització	5	27,8	1	61,1	2	11,1	4	23,5	13	76,5	-	-
Cohesió baixa a l'organització	11	61,1	4	22,2		16,7	6	35,5	11	64,7	-	-
Discrepància de la intervenció amb el tipus de població tractada	7	38,9	9	50,0	2	11,1	7	41,2	10	58,8	-	-
Manca de personal per a la implementació	13	33,3	5	27,8	-	-	9	52,9	7	41,2	1	5,9
Manca d'integració del programa amb la resta de les intervencions	6	33,3	11	61,1	1	5,6	9	52,9	7	41,2	1	5,9
Problemes de comprensió de la intervenció	10	55,6	8	44,4	-	-	7	41,2	10	58,8	-	-

Pel que fa als facilitadors, s'han obtingut les percepcions de 18 professionals prèviament a la implementació del programa i de 17 després d'aquesta. A la *Taula 4*

queden reflectits la quantitat de professionals que van detectar cada aspecte com a possible facilitador (Categoria = Sí), que no percebien el possible facilitador com a tal (Categoria = No) o que el percebien de manera neutra (Categoria = Altra).

Específicament es reflecteixen els resultats següents:

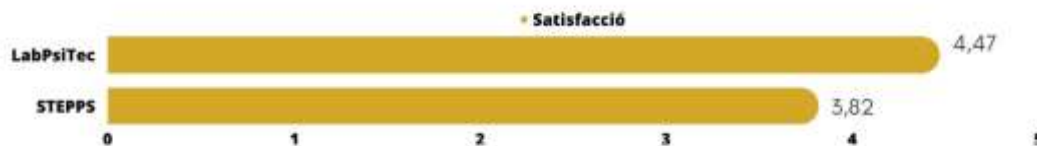
Taula 4. Facilitadors per a la implementació

	Preimplementació						Postimplementació					
	Sí		No		Altra		Sí		No		Altra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Avinença de la intervenció amb la missió de l'organització	14	77,8	4	16,7	-	-	13	76,5	2	11,8	2	11,8
Suport/prioritat de l'organització a la intervenció	16	88,9	2	11,1	-	-	13	76,5	2	11,8	2	11,8
Suport dels líders a la intervenció	13	72,2	-	-	5	27,8	15	88,2	1	5,9	1	5,9
Motivació dels professionals per implementar la intervenció	14	77,8	1	5,6	3	16,7	17	100	-	-	-	-
Estabilitat organitzacional	9	50,0	6	27,8	3	16,7	8	47,1	8	47,1	1	5,9
Experiència del professional	13	72,2	1	5,6	1	5,6	15	88,2	2	11,8	-	-
Formació rebuda sobre la intervenció	16	88,9	1	5,6	1	5,6	16	94,1	1	5,9	-	-
Capacitat i infraestructura administrativa	12	66,7	3	16,7	3	16,7	9	52,9	7	41,2	1	5,9
Eficàcia percebuda sobre la intervenció	15	83,3	-	-	3	16,7	14	82,4	3	17,7	-	-
Avaluació continuada de la intervenció	15	83,3	2	11,1	1	5,6	13	76,5	2	11,8	2	11,8
Novetat de la intervenció	15	83,3	1	5,6	2	11,1	14	82,4	2	11,8	1	5,9
Avinença de la intervenció amb la població tractada	16	88,9	1	5,6	1	5,6	13	76,5	2	11,8	2	11,8
Possibilitat de col·laborar amb una altra organització per implementar la intervenció	13	72,2	5	27,8	-	-	12	70,6	3	17,7	2	11,8
Subministrament d'incentius/reforçadors als pacients per utilitzar el programa	10	55,6	4	22,2	4	22,2	12	70,6	3	17,7	2	11,8
Suport continu per implementar la intervenció	14	77,8	1	5,6	3	16,7	13	76,5	4	23,5	-	-
Disponibilitat d'assistència tècnica	14	77,8	1	5,6	3	16,7	13	76,5	3	17,7	1	5,9
Suport financer	8	44,4	7	38,9	3	16,7	6	35,3	7	41,2	4	23,5
Coordinació amb la resta d'equips participant en la implementació del programa	14	77,8	2	11,1	2	11,1	12	70,6	2	11,8	3	17,7
Informes sobre els resultats i el progrés del pacient	14	77,8	2	11,1	2	11,1	12	70,6	3	17,7	2	11,8
Espai de suport psicològic per als professionals	13	72,2	4	22,2	1	5,6	8	47,1	7	41	2	11,1

Quant a la satisfacció del procés d'implementació, es va avaluar la satisfacció amb l'entitat externa LabPsiTec de la Universitat Jaume I i el nivell de satisfacció amb el programa STEPPS, així com el desig de continuar amb l'aplicació (vegeu *Gràfic 14*).

Els professionals van mostrar nivells elevats de satisfacció amb l'equip del LabPsiTec ($X = 4,47$; $DT = 0,79$). A més, van mostrar bons nivells de satisfacció amb el programa STEPPS ($X = 3,82$; $DT = 0,95$) així com el desig de continuar-lo ($X = 3,04$; $DT = 0,14$).

Gràfic 14. Satisfacció dels professionals



4.2.2. Dades qualitatives

En el marc d'aquesta memòria científica, es van dur a terme entrevistes estructurades amb la participació d'un total de vuit centres penitenciaris (Lledoners, Brians 2, Brians 1 Homes, Ponent, Quatre Camins, Mas Enric, Brians 1 Dones i Joves) i un grup de 17 professionals. Aquestes entrevistes van tenir una durada variable que oscil·lava entre trenta minuts i una hora.

Cal destacar que les entrevistes s'han fet seguint un enfocament dirigit pel marc teòric del CFIR. En congruència amb aquest, el propòsit principal de les entrevistes ha estat identificar les barreres i els facilitadors relacionats amb les diferents dimensions del CFIR.

Les diferents barreres detectades han estat relacionades principalment amb les característiques dels interns (individus), les característiques pròpies del context penitenciar i les característiques de la intervenció. Al gràfic 15 es presenten les relacions d'aquestes barreres amb cada dimensió.

Tot seguit, s'exposen les principals barreres i facilitadors més destacats de cada dimensió presentant exemples de les transcripcions. Les transcripcions són literals, per tant, no se n'han corregit les faltes gramaticals o d'expressió.

En les característiques dels individus trobem barreres que dificulten la implementació del programa STEPPS, com ara el consum de substàncies, la inestabilitat pròpia d'aquestes persones o l'ús de medicació.

STEPPS25: [00:03:44] *Jo crec que també el perfil d'internes que fan aquestes conductes són internes inestables, que no tenen una estabilitat ni tan sols en altres programes.*

STEPPS24: [00:04:08] *Has de fer-li alguna cosa molt com molt visual, molt dinàmica, perquè volen una activitat ràpida, que ells puguin sentir alguna cosa, alguna cosa immediata, no l'abstracció, es perden perquè com que van mig medicats, mig consumits, doncs es dispersen molt.*

Pel que fa al context, s'han destacat especialment els problemes deguts a la mobilitat, així com les barreres derivades de les sancions reglamentàries relacionades amb el DERT. També s'ha detectat com a barrera significativa la falta d'involucració dels companys i companyes, així com de l'equip del funcionariat.

STEPPS01: [00:11:06] *Els dos aquests que et dic és tot el dia estava al DERT que ens van dir escolta, podem sortir? Ho vam demanar a tothom i era inviable que podien sortir del DERT i vinguessin a l'àrea educativa. Encara que els acompanyéssim nosaltres, estiguessin amb nosaltres. Era inviable. Encara que no estiguessin complint primer grau, simplement estaven complint sanció. Era inviable.*

STEPPS06: [00:09:51] *I a més jo alguna vegada, bé, crec que la primera vegada vaig demanar al director si podia sortir al mig de la sessió per qüestions tractamentals per fer exclusivament el programa i tornar a pujar a la cel·la. I em va dir que no per una qüestió d'autorització del jutge.*

STEPPS06: [00:09:23] *I a més, les sancions són moments en què els aïllen i precisament és quan poden aparèixer més idees autolesives. Perquè a més si tens una idea autolesiva o si t'autolesiones és una manera de sortir de la cel·la perquè ve el metge a curar-te, perquè moltes vegades aleshores se't deixa baixar una estona. Si comença a dir que em tallaré, llavors et deixen baixar al pati. Per tant, és això. O sigui, va en contra precisament del que estàs treballant, oi?*

STEPPS20: [00:17:19] *Hi ha una normativa regimental que si ells estan sancionats, ells no estan aïllats a una cel·la, ells no poden sortir a fer*

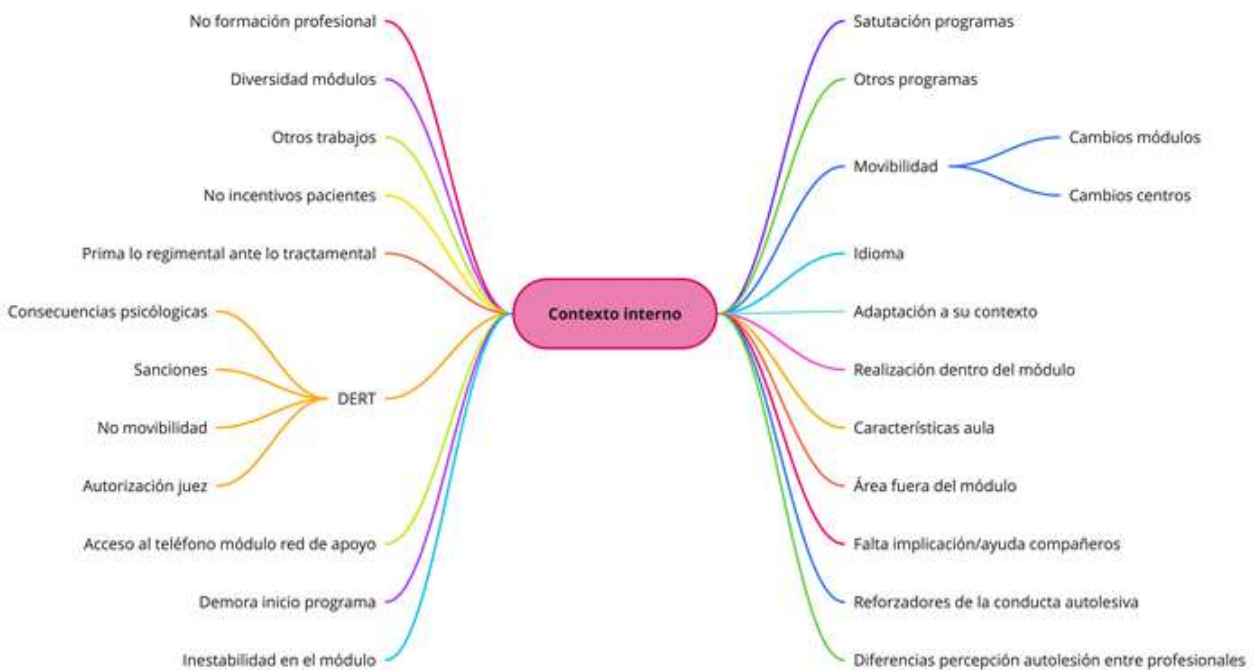
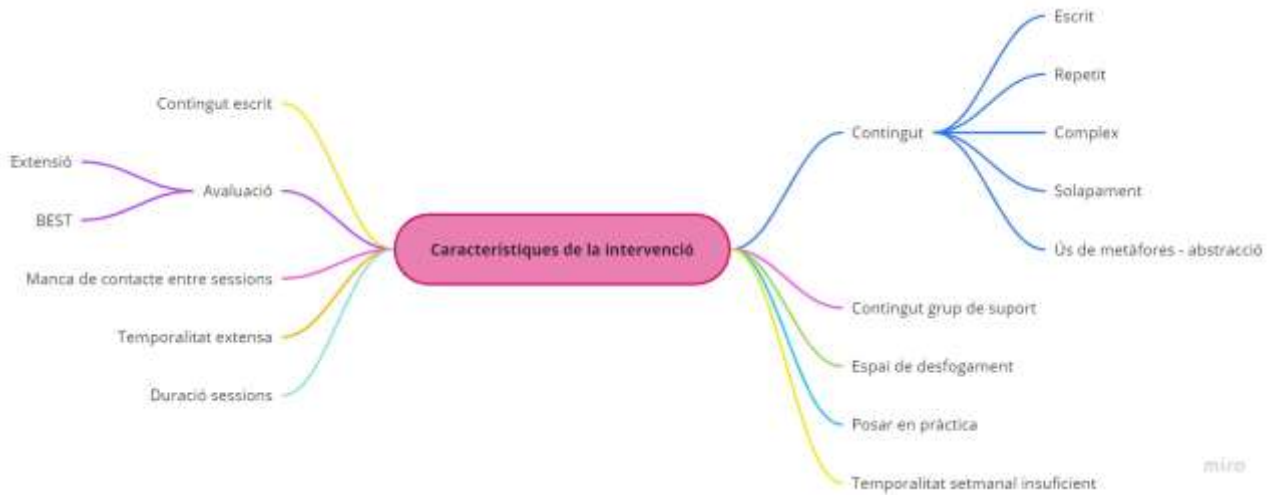
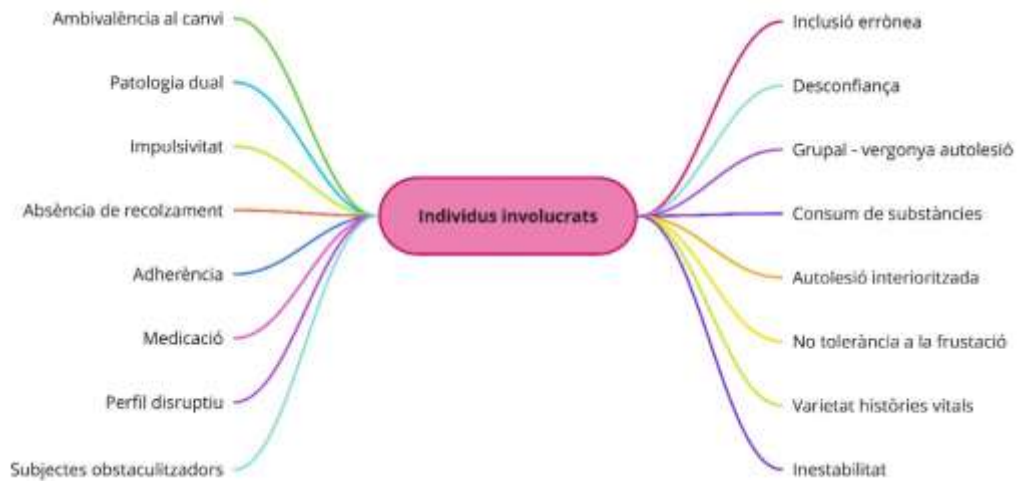
programes. Alguna vegada, al principi, sobretot que ara tenim un grup més nombrós, també estem nosaltres, motivacionalment, també estem més implicats. En aquest sentit, recordo que sí que vam anar a parlar amb la subdirectora i un dels interns en el que van fer. És que no començarà la sanció aquesta setmana perquè pogués venir al programa. I va començar més tard. Però és clar, són nosaltres. Arribàvem potser dimarts per fer la sessió i no és on és. És a l'especial. És clar, ja era com que ja t'agafa la tarda, oi? Ja no podies fer aquesta gestió així.

Pel que fa al manual, també s'han detectat diverses barreres que han marcat les dificultats en el procés d'implementació. Entre aquestes barreres destaquen el contingut escrit i abstracte, el nombre de sessions i sobretot les avaluacions inicials, que van suposar una gran pèrdua de la mostra.

STEPPS07: [00:01:18] *En el que estem d'acord tots dos és que la implementació va afectar les baixes a l'inici, el tema dels, de la, de la bateria de qüestionaris, que va ser excessivament llarga, que això ho hem comentat ja moltíssimes vegades, i el fet que molts d'aquests qüestionaris tenien preguntes que els interns no entenien, no entenien, eren.*

STEPPS20: [00:01:13] *A banda que vam veure que eren moltes sessions i que als interns els semblava molt llarg, molt pesat, no? Un altre cop un altre dimarts i un altre dimarts. Al final era com una cursa que era força, força llarga. Hi havia molt contingut teòric, també cognitiu, sobretot a les primeres sessions, que en si era no entendre el problema de la desregulació emocional, però que era com que s'explicava molt, s'allargava molt.*

Gràfic 15. Barreres relacionades amb els interns, el context penitenciari i la intervenció



Pel que fa als facilitadors detectats en relació amb els interns, destaquen la necessitat percebuda per part dels interns, així com els nivells de motivació dels professionals. Un altre aspecte facilitador va ser el desenvolupament de consciència de la problemàtica.

STEPPS26: [00:24:05] *Les altres ho veien amb patiment, o sigui, deien és que jo no vull continuar utilitzant-ho, però és que no sé fer res més. O és que quan estic així d'animada en allò que és útil és això, de manera que jo crec que sí, que hi ha una demanda d'ajudar-me.*

STEPPS06: [00:06:58] *Sí, s'hi van veure superreflectits. Ho van entendre. O sigui, de sobte explicar-ho tot. La desregulació emocional per a ells va ser com, uau, algú que ho entén, és a dir, és el que estàs descobrint, el que m'està passant, és que és exactament el que em passa.*

Pel que fa a les característiques d'intervenció, es va emfatitzar com a facilitador l'evidència científica després del programa STEPPS, així com les activitats pràctiques.

STEPPS08: [00:32:44] *El programa és molt xulo, i a més jo el que estic fent altres programes, hi ha alguna coseta que t'he robat. Doncs perquè realment el programa és molt xulo.*

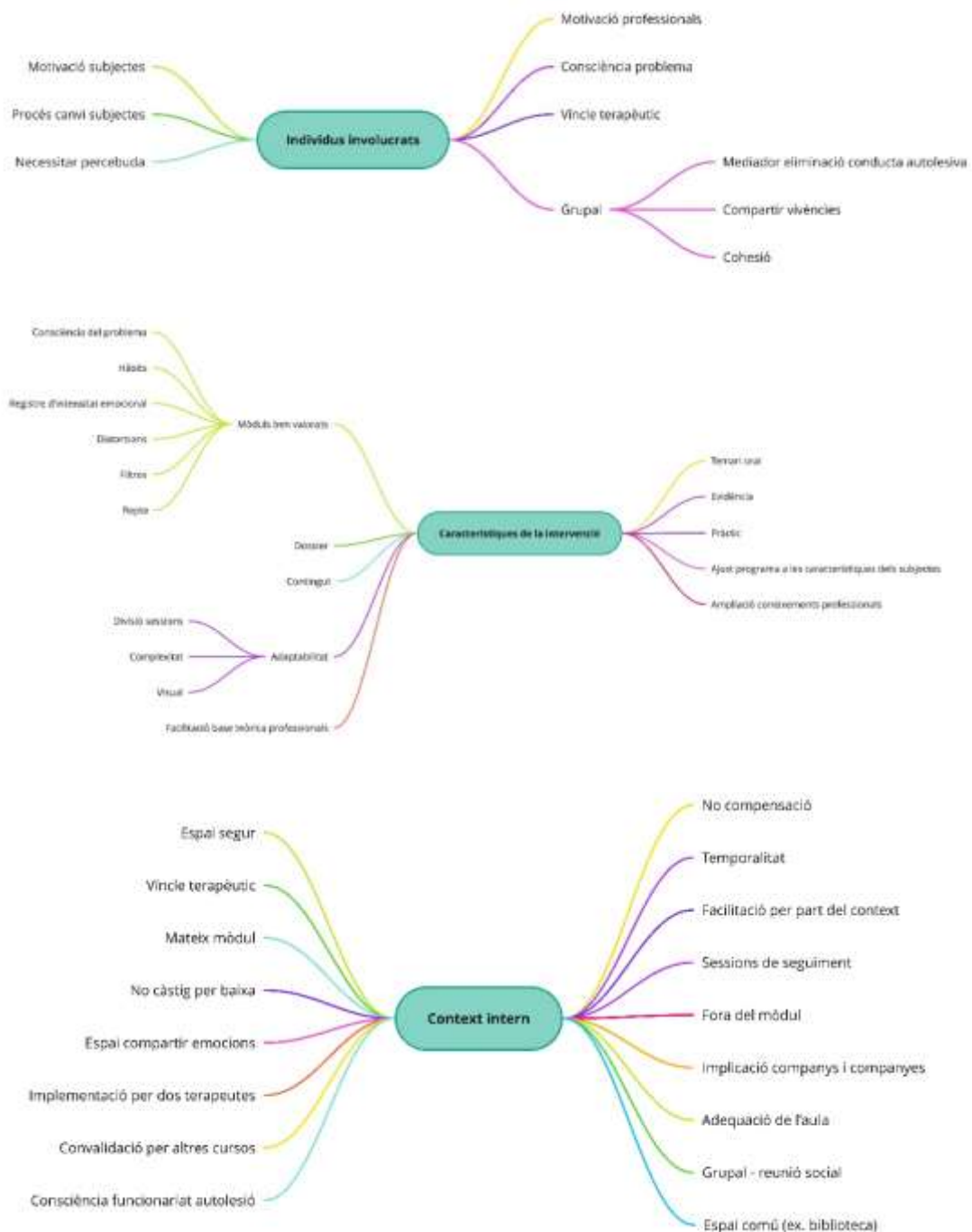
STEPPS05: [00:36:56] *El programa és molt complet. Està molt, molt ben formulat per al meu gust, o sigui, respon molt a la necessitat, és a dir, està molt ben estructurat. Per a mi a tècnicament és del millor que hem tingut aquí.*

En darrer lloc, en el context intern destaquen com a facilitadors l'aplicació entre dos terapeutes, les sessions de seguiment dutes a terme quinzenalment i la utilització d'aules adequades.

STEPPS02: [00:24:55]. *És que també ha estat molt instructiu per a nosaltres fer-ho dues psicòlogues, és a dir, abordar el programa amb dos professionals també t'ofereix, doncs, una mirada diferent i en la manera d'abordar-ho.*

STEPPS01: [00:24:33] *Sí. Que és força positiu el fet de fer les sessions que hem fet de seguiment [per part de l'equip de psicòlogues STEPPS], no? Perquè així cadascú podia exposar i de vegades ens trobem amb dificultats que dèiem, i això i ara què fem? I a la sessió següent tothom estava igual. D'acord, bé, doncs és normal, no és només nostre, no? I això, no ho sé, és com una cosa positiva que nosaltres ho hem vist com una cosa positiva.*

Gràfic 16. Facilitadors relacionats amb els interns, el context i la intervenció



Cal destacar que hi ha aspectes que han ocupat espai tant com de facilitadors com de barreres. Entre aquests podem destacar la no compensació o beneficis de la participació i el fet de dur a terme el programa fora del mòdul.

Després de les barreres i facilitadors també es van registrar suggeriments per a futures aplicacions així com per a l'adaptació del manual. Entre els suggeriments destaquen la necessitat que les sancions no afectessin la participació en el programa. Es fa especial èmfasi en el canvi de focus del regimental al tractamental. Així mateix, es manifesta l'interès de seguir implementant el programa, ja que el cost de la formació i la primera implementació ha estat elevat, i destaca la necessitat de continuació. Un altre aspecte crucial és la implicació dels i les companyes, així com la seva formació, per poder treballar conjuntament l'abordament de les autolesions com a centre i no perpetuar conductes o creences perjudicials.

STEPPS05: [00:36:56] *Jo he de dir que a mi m'agradaria que no es quedés en un programa que s'ha fet una vegada, perquè no, que hem treballat en tot això, i que ara que perdi l'interès i ja no es torni a fer perquè valdria la pena que fos, que almenys hi hagués dues edicions.*

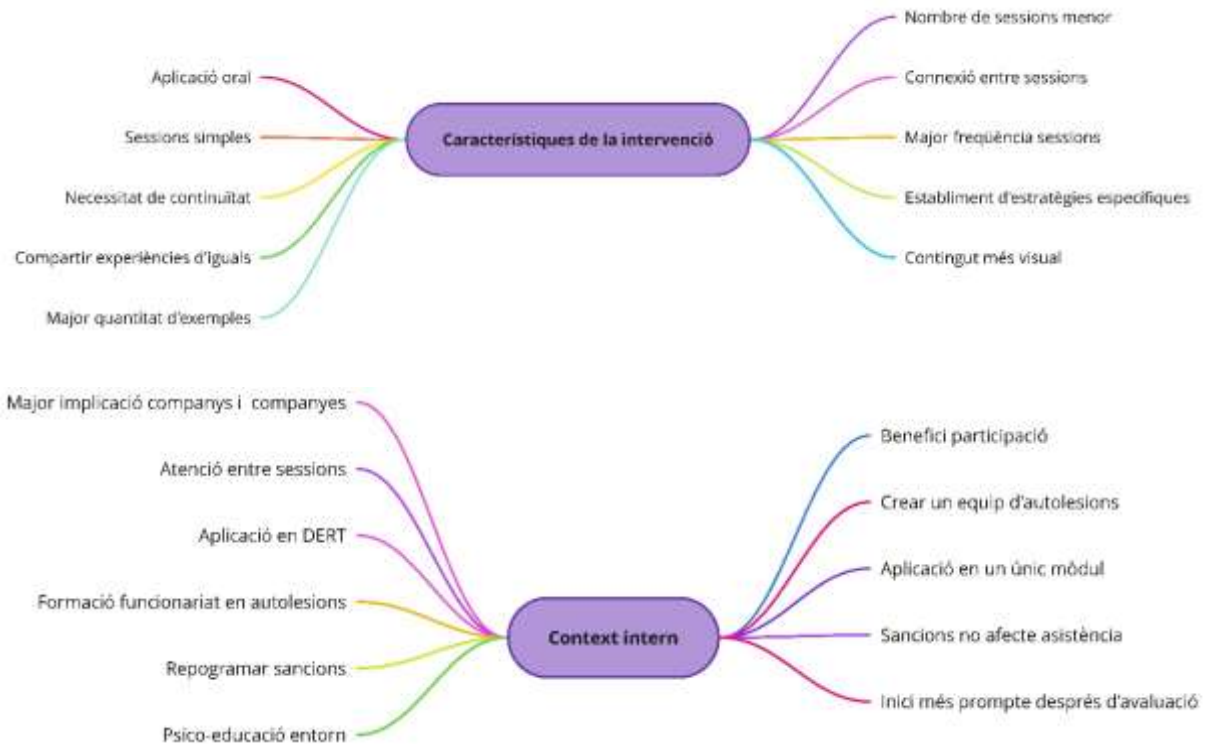
Pel que fa a la intervenció, els suggeriments van molt lligats a la necessitat de reducció de contingut escrit, així com del nivell d'abstracció que es demana als interns. S'hi assenyalava la necessitat d'incloure elements i activitats més visuals i pràctiques. A més, se suggereix reduir el contingut de cada sessió, així com la creació d'un fil conductor explícit.

STEPPS24: [00:19:03] *La lectura aquí, a més a més, no, no és el seu fort. La majoria ens llegeixen molt poc. Aleshores ja no tenen l'hàbit. Si a sobre, amb aquestes característiques de població, encara els costa més. Ells volen que li expliquis, que li, que els sigui fàcil, que li, que li sigui molt fàcil. Per tant, un manual per a ells molt més visual, que els recordi i de manera més emocional, que sigui més impactant emocionalment i que ells ho plasmin amb una imatge més que plasmar-ho de manera racional. Perquè no, crec que no. La meva sensació és que crec que no hi entren per aquí.*

STEPPS23: [00:22:20] *Bé, jo suggeriria en tot cas alguna activitat, fins i tot amb vídeos o amb música, una cosa que sigui més sensitiva, a ells també*

els desperta molt que si pogués donar alguna eina més sensitiva que estigués inclosa dins del programa, que els fes reflexionar sobre alguna cosa o que els fes participar en una activitat més física, més que tan mental de pensar quan que ells, a nivell de rols en un joc de rol, en una dinàmica.

Gràfic 17. Sugeriments professionals



5. Adaptació del manual del programa STEPPS

Aquesta memòria ha presentat els resultats de l'avaluació que s'ha dut a terme tant a interns com a professionals que han participat en la implementació del programa STEPPS en un context penitenciari per abordar l'autolesió. Entre els objectius de l'estudi, hi ha l'adaptació del manual a la població i el context específics, fruit dels resultats obtinguts. Juntament amb la memòria del projecte es presenta l'adaptació del manual. En conseqüència, a l'informe només es reflecteixen els canvis efectuats a grans trets i de manera descriptiva.

El manual d'intervenció actualment en ús ha demostrat ser una eina valuosa per als professionals que treballen amb individus en risc d'autolesions. Tot i això, l'avaluació contínua de la seva efectivitat va revelar la necessitat de millores substancials en el disseny i contingut. Les troballes d'aquesta avaluació es van basar en tres fonts d'informació clau: l'avaluació de barreres i facilitadors, els resultats dels seguiments quinzenals i les entrevistes qualitatives amb els professionals. Els resultats indiquen que una adaptació profunda del manual és essencial per optimitzar-ne la implementació al context.

Una de les troballes principals de l'avaluació va ser l'alta densitat de termes tècnics i conceptes abstractes al manual actual. Per fer-ne el contingut més accessible i comprensible, es recomana simplificar el llenguatge i explicar els conceptes de manera més clara i concisa.

El manual actual conté una quantitat significativa de text, cosa que pot ser aclaparadora per als usuaris. Se suggereix reduir-ne la quantitat de text i incorporar-hi un enfocament més visual amb gràfics, il·lustracions, vídeos i esquemes per facilitar-ne la comprensió.

A més, s'ha establert la necessitat d'incloure material visual, com ara imatges i infografies, per il·lustrar conceptes clau i proporcionar exemples visuals de les estratègies d'afrontament i la prevenció de conductes autolesives.

Es destaca la necessitat d'incloure exercicis pràctics que permetin als usuaris aplicar les estratègies apreses en situacions reals. Aquests exercicis ajuden a

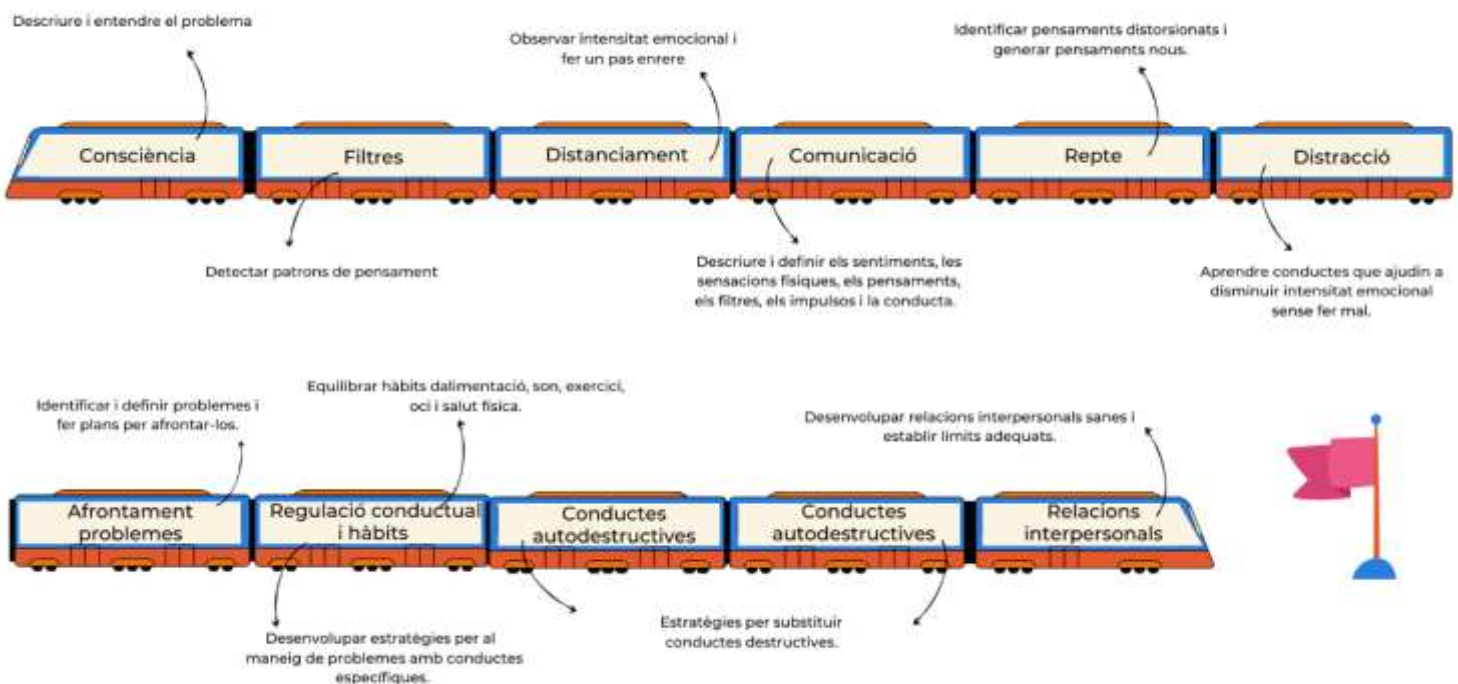
reforçar l'aprenentatge i l'adquisició d'habilitats. També s'emfatitza la necessitat de generar un fil conductor entre les sessions.

Els seguiments quinzenals i les entrevistes qualitatives amb els professionals van ressaltar la necessitat de sessions més curtes i enfocades. Es recomana reduir la durada de les sessions per mantenir l'atenció i la participació dels usuaris.

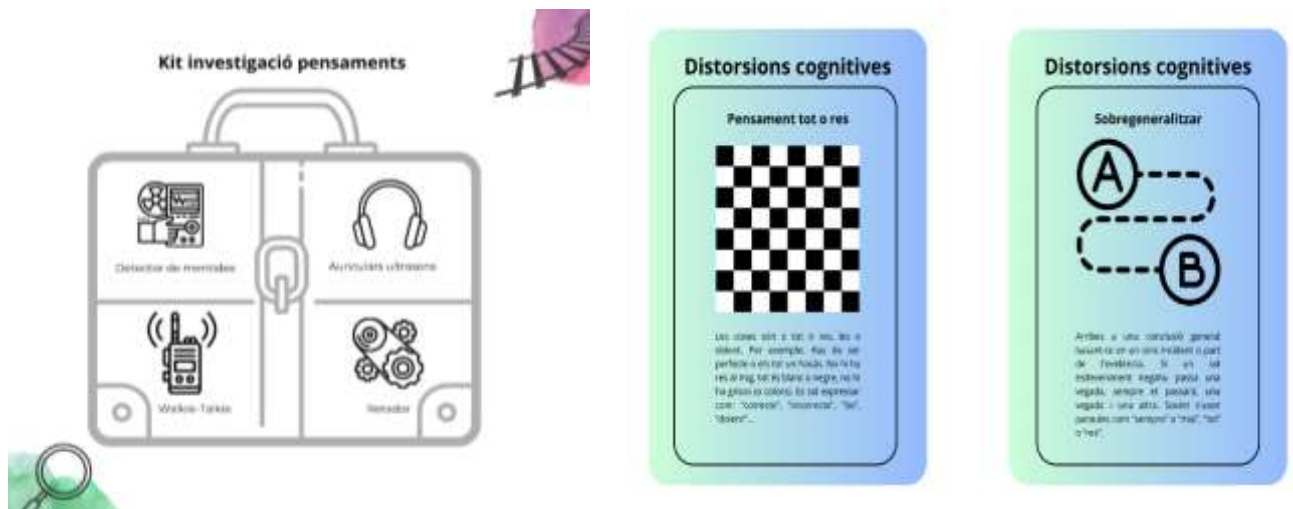
Finalment, s'emfatitza la necessitat que el manual se centri específicament en estratègies i tècniques per reduir les conductes autolesives.

Les adaptacions dutes a terme queden reflectides al mateix manual. No obstant això, a l'informe s'inclouen aspectes essencials en l'adaptació per exemplificar aquestes modificacions:

Imatge 1. Metàfora del tren com a fil conductor entre les sessions



Imatge 2. Material visual i pràctic



Com s'ha esmentat abans, el procés d'adaptació del manual d'intervenció va sorgir com una resposta a les troballes de l'avaluació que van destacar la necessitat d'una intervenció més enfocada i accessible. Al llarg d'aquest procés, s'ha mantingut el compromís de preservar els components terapèutics essencials, que són fonamentals perquè la intervenció sigui efectiva.

Inicialment, el manual constava de 20 sessions, però com a resultat de les recomanacions de la implementació pilot a Quatre Camins i les reunions d'equip, es va reduir a 16 sessions. Posteriorment, després d'una revisió addicional i més simplificació del contingut, es va aconseguir reduir encara més el nombre de sessions a un total de 12. Tot i aquesta reducció en la durada, s'ha garantit la inclusió i la relació de cada sessió amb els components terapèutics essencials següents:

- Psicoeducació
- Filtres
- Distanciament
- Comunicació
- Repte del pensament
- Distracció
- Afrontament de problemes
- Regulació comportamental
- Hàbits saludables
- Conductes autodestructives
- Relacions interpersonals
- Prevenció de recaigudes

Cada sessió ha estat dissenyada acuradament per integrar un o més d'aquests components, assegurant que es mantingui la coherència i l'efectivitat de l'enfocament terapèutic al llarg del procés d'intervenció.

Amb l'objectiu de proporcionar una visió clara i transparent del procés d'implementació de les adaptacions, s'han inclòs gràfics que mostren com cada sessió es relaciona amb els components terapèutics, així com el procés d'adaptació i de fusió de sessions.

6. Conclusions

En la culminació d'aquesta memòria científica, és fonamental reflexionar sobre els resultats i desafiaments identificats al llarg de l'estudi. Cada aspecte abordat ha esdevingut una pedra angular per a la comprensió i la millora de la implementació d'un programa d'intervenció en el context dels CP de Catalunya. A continuació, se'n presenten algunes conclusions clau.

En primer lloc, les dades obtingudes han permès una comprensió més profunda de la conducta autolesiva en la població penitenciària i han confirmat la noció de la funcionalitat d'aquesta conducta com una estratègia per regular les emocions. Altres funcionalitats freqüents són l'autocàstig i la comunicació del malestar. En investigar l'autolesió, observem un desig dels interns d'adquirir noves estratègies i abandonar la pràctica d'aquestes conductes, les quals solen dur-se a terme en la majoria dels casos poc temps després de sentir l'impuls. Aquesta comprensió subratlla la importància d'adoptar la perspectiva proposada pel programa STEPPS, i es focalitza en la regulació emocional i conductual com a components terapèutics essencials per abordar l'autolesió. En reconèixer que aquesta té un propòsit funcional en la vida dels individus, podem desenvolupar intervencions més efectives que abordin les necessitats subjacents.

Les dades obtingudes no només ens aproximen a la població d'interès, sinó que a més reporten una millora de la simptomatologia després de participar en el programa. Específicament s'observa una millora significativa en la regulació emocional i conductual, així com una reducció en la impulsivitat motora en els interns que van completar el tractament, alhora que es van revelar alts nivells de satisfacció dels interns amb la intervenció. Aquestes troballes ofereixen una base sòlida per a la presa de decisions i millores futures del programa d'intervenció.

Això no obstant, l'obtenció i la interpretació dels qüestionaris es van presentar com a desafiaments significatius en el desenvolupament de l'estudi. Aquests desafiaments van incloure des de qüestionaris incomplets fins a dificultats en la recopilació de dades prèvies i posteriors a la intervenció. Per il·lustrar aquestes dificultats, es va observar que alguns qüestionaris van arribar incomplets i desordenats, i fins i tot en alguns casos, es va trobar contingut que no hi corresponia, sinó que més aviat eren

parts del manual de l'estudi. A més, es van afrontar situacions en què es disposava dels qüestionaris posteriors de certs interns, però no dels previs, cosa que va complicar la interpretació de les dades.

Adicionalment, es va establir que els qüestionaris no només s'administrarien en finalitzar tot el programa, sinó també a aquells interns que haguessin completat almenys el 70 % de les sessions. Tot i que alguns interns van complir aquesta condició, no s'ha disposat d'alguns d'aquests qüestionaris.

Aquestes dificultats ressalten la importància d'establir procediments clars i rigorosos per garantir la qualitat i la coherència en la recopilació de dades. Aquestes mesures contribuirien a enriquir encara més les conclusions de futurs estudis.

Pel que fa a l'opinió dels professionals que van participar en l'estudi, cal destacar que, tot i que la percepció de la viabilitat va disminuir significativament al llarg del procés, els nivells d'acceptabilitat i adequació es van mantenir significativament elevats. Aquests resultats indiquen que, a mesura que es van introduir canvis al programa, els professionals van continuar demostrant una forta disposició i capacitat per adaptar-se a les modificacions. Així mateix, és destacable que es van registrar nivells de satisfacció notables pel que fa a la col·laboració amb l'equip de LabPsiTec i la mateixa intervenció. Aquestes troballes subratllen la importància d'una col·laboració efectiva entre els professionals i l'equip de recerca, a més de la percepció positiva de la intervenció per part dels involucrats, cosa que podria tenir implicacions valuoses per a futurs desenvolupaments i millores al programa.

Aquest estudi no està exempt de limitacions. Entre aquestes, destaca l'absència d'un mesurament de la fidelitat de la implementació, cosa que suggereix que en estudis futurs seria valuós incorporar mecanismes per avaluar i assegurar la consistència en l'aplicació del programa. A més, malgrat haver estat prèviament planificades, no es van dur a terme les entrevistes qualitatives amb els interns. Aquestes entrevistes podrien haver proporcionat informació valuosa per enriquir el procés d'implementació i representar una oportunitat significativa per a investigacions futures.

Una de les limitacions més significatives que va sorgir en aquest estudi va ser la manca d'implicació dels treballadors externs a la implementació. Aquesta barrera,

encara que no abordada prèviament, ha adquirit una gran rellevància. Per superar-la, és essencial proporcionar formació i psicoeducació a la resta de professionals de l'àmbit penitenciari, cosa que garantirà una implementació més efectiva i una atenció de qualitat als individus en risc de conductes autolesives.

El nombre de sessions, tot i haver-se considerat un facilitador en el context nord-americà, va resultar ser una limitació a Catalunya a causa de la mobilitat dels mòduls i el funcionament del Departament Especial de Règim Tancat (DERT). De fet, en resposta a aquesta troballa, s'ha reduït el nombre de sessions en l'adaptació del manual, fet que demostra la importància d'ajustar les intervencions perquè s'adaptin a contextos específics i superin les barreres identificades.

Alguns dels obstacles detectats es van abordar al llarg del procés d'implementació. En aquest cas, la perspectiva de la CI ha tingut un paper crucial a l'hora d'identificar barreres i facilitadors al llarg del procés. Un exemple destacat rau en la necessitat expressada pels professionals de comptar amb una figura referent que orienti i simplifiqui el procés d'implementació resolent dubtes i brindant suport continu durant el desenvolupament d'habilitats de lideratge. Aquesta necessitat inicialment es va identificar com una barrera significativa. En conseqüència, es va introduir un sistema de supervisió i seguiment quinzenal com a mesura facilitadora per superar aquest desafiament.

Tot i això, algunes barreres no s'han pogut superar, i els facilitadors identificats no s'han implementat. L'expectativa és abordar aquests desafiaments a través de la memòria del projecte i la nova adaptació del manual.

Es considera que l'adaptació del manual, en resposta a les troballes de l'avaluació, és essencial per millorar-ne la utilitat i l'eficàcia. La implementació de les recomanacions proposades, incloent-hi la reducció del nivell d'abstracció, la inclusió de material visual, els exercicis pràctics i les dinàmiques de grup, serà fonamental per proporcionar un suport més efectiu. Aquest procés d'adaptació permetrà una intervenció més centrada i accessible, cosa que, alhora, contribuirà a un impacte positiu en la vida dels individus afectats. A més, malgrat que la percepció de la viabilitat va disminuir, els alts nivells d'acceptabilitat i adequació es van mantenir, cosa que indica que els canvis implementats podrien tenir èxit.

En conclusió, aquesta memòria científica representa un pas significatiu cap a la comprensió dels desafiaments i de les solucions en la implementació d'un programa d'intervenció als centres penitenciaris de Catalunya. Les troballes i adaptacions no només enriqueixen la nostra comprensió de l'autolesió i la CI, sinó que també ofereixen lliçons valuoses per a futurs programes terapèutics en contextos similars. Els resultats demostren la importància d'abordar les barreres, ajustar les intervencions i aplicar enfocaments basats en l'evidència per assolir un impacte positiu en la vida dels individus afectats. Aquesta combinació de dades qualitatives i quantitatives proporciona una imatge completa de l'efectivitat i el procés d'implementació del programa als CP de Catalunya, i estableix les bases per a decisions i millores futures.

7. Referències

- Arnau, F., García-Guerrero, J., Benito, A., Vera-Remartínez, E. J., Baquero, A., & Haro, G. (2020). Sociodemographic, Clinical, and Therapeutic Aspects of Penitentiary Psychiatric Consultation: Toward Integration Into the General Mental Health Services. *Journal of Forensic Sciences*, 65(1), 160-165. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14137>
- Bach-Mortensen, A. M., Lange, B. C., & Montgomery, P. (2018). Barriers and facilitators to implementing evidence-based interventions among third sector organisations: a systematic review. *Implementation Science*, 13, 1-19.
- Barratt, E. S. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and motor skills*, 9(3), 191-198.
- Bauer, M. S., & Kirchner, J. A. (2020). Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Research*, 283(March 2019). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Black, D. W., Blum, N., Eichinger, L., McCormick, B., Allen, J., & Sieleni, B. (2008). STEPPS: Systems training for emotional predictability and problem solving in women offenders with borderline personality disorder in prison—A pilot study. *CNS Spectrums*, 13(10), 881-886. <https://doi.org/10.1017/S1092852900016989>
- Black, D. W., Blum, N., McCormick, B., & Allen, J. (2013). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) group treatment for offenders with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(2), 124-129. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827f6435>
- Black, D. W., Simsek-duran, F., & Blum, N. (2017). Antisocial Personality Disorder Benefit from the STEPPS. 10(3), 205-215. <https://doi.org/10.1002/pmh.1326>

- Blum, N., Pfohl, B., St. John, D., Monahan, P., & Black, D. W. (2002). STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—A preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301-310. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.33497>
- Blum, N., St. John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S., & Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 468-478. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071079>
- Bos, E. H., Van Wel, E. B., Appelo, M. T., & Verbraak, M. J. P. M. (2011). Effectiveness of systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for borderline personality problems in a «Real-World» sample: Moderation by diagnosis or severity? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(3), 173-181. <https://doi.org/10.1159/000321793>
- Brennan, C. A., Crosby, H., Sass, C., Farley, K. L., Bryant, L. D., Rodriguez-Lopez, R., Romeu, D., Mitchell, E., House, A. O., & Guthrie, E. (2023). What helps people to reduce or stop self-harm? A systematic review and meta-synthesis of first-hand accounts. *Journal of Public Health*, 45(1), 154-161. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdac022>
- Curran, G. M., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J. M., & Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Medical care*, 50(3), 217.
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>

- de Rivera, R. F. G. (2000). Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio. *Medición Clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona-España. Editorial Masson SA págs, 225-244.
- Favril, L., O'Connor, R. C., Hawton, K., & Vander Laenen, F. (2020). Factors associated with the transition from suicidal ideation to suicide attempt in prison. *European Psychiatry*, 63(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.101>
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet. Psychiatry*, 3(9), 871-881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
- Fixsen, D. L., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., & Wallace, F. (2005). Implementation Research: A Synthesis of the Literature. En The National Implementation Research Network.
- Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. i Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM planning and evaluation framework: adapting to new science and practice with a 20-year review. *Frontiers in public health*, 7, 64.
- Grol, R. P. T. M., Bosch, M. C., Hulscher, M. E. J. L., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. *Milbank Quarterly*, 85(1), 93-138. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00478.x>
- Harvey, R., Black, D. W., & Blum, N. (2010). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) in the United Kingdom: A preliminary report. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(4), 225-232. <https://doi.org/10.1007/s10879-010-9150-4>
- Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & Van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *The*

Lancet Psychiatry, 3(8), 740-750. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30070-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30070-0)

Kazdin, A. E. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice: New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>

Kenning, C., Cooper, J., Short, V., Shaw, J., Abel, K., & Chew-Graham, C. (2010). Prison staff and women prisoner's views on self-harm; their implications for service delivery and development: A qualitative study. *Criminal Behaviour and Mental Health : CBMH*, 20(4), 274-284. <https://doi.org/10.1002/cbm.777>

King, D. K., Glasgow, R. E., & Leeman-Castillo, B. (2010). Reaiming RE-AIM: using the model to plan, implement, and evaluate the effects of environmental change approaches to enhancing population health. *American journal of public health*, 100(11), 2076-2084.

King, K. M., Pullmann, M. D., Lyon, A. R., Dorsey, S., & Lewis, C. C. (2019). Using implementation science to close the gap between the optimal and typical practice of quantitative methods in clinical science. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(6), 547-562. <https://doi.org/10.1037/abn0000417>

Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological medicine*, 41(9), 1981-1986.

Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress - WORK STRESS*, 19, 192-207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>

Marzano, L., Ciclitira, K., & Adler, J. (2012). The impact of prison staff responses on self-harming behaviours: Prisoners' perspectives. *The British Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 4-18. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2010.02007.x>

- May, C. R., Johnson, M., & Finch, T. (2016). Implementation, context and complexity. *Implementation science : IS*, 11(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0506-3>
- Molinero Ruiz, E., Basart Gómez-Quintero, H., & Moncada Lluís, S. (2013). Fiabilidad y validez del Copenhagen Burnout Inventory para su uso en España. *Revista Española de Salud Pública*, 87(2), 165-179. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272013000200006>
- Morris, Z. S., wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: Understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), 510-520. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>
- Pérez, S., García-Alandete, J., Cañabate, M., & Marco, J. H. (2020). Confirmatory factor analysis of the Inventory of Statements About Self-injury in a Spanish clinical sample. *Journal of clinical psychology*, 76(1), 102-117.
- Power, J., Brown, S. L., & Usher, A. M. (2013). Non-Suicidal Self-Injury in Women Offenders: Motivations, Emotions, and Precipitating Events. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12(3), 192-204. <https://doi.org/10.1080/14999013.2013.832442>
- Power, J., Usher, A. M., & Beaudette, J. N. (2015). Non-Suicidal Self-Injury in Male Offenders: Initiation, Motivations, Emotions, and Precipitating Events. *International Journal of Forensic Mental Health*, 14(3), 147-160. <https://doi.org/10.1080/14999013.2015.1073196>
- Rueda-Jaimes, G. E., Castro-Rueda, V. A., Rangel-Martínez-Villalba, A. M., Moreno-Quijano, C., Martínez-Salazar, G. A., & Camacho, P. A. (2018). Validation of the Beck Hopelessness Scale in patients with suicide risk. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 11(2), 86-93. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2016.09.004>
- Smith, H. P., Kaminski, R. J., Power, J., & Slade, K. (2019). Self-harming behaviors in prison: A comparison of suicidal processes, self-injurious behaviors, and

mixed events. *Criminal Justice Studies*, 32(3), 264-286.

<https://doi.org/10.1080/1478601X.2019.1602044>

Sousa, M., Gonçalves, R. A., Cruz, A. R., & de Castro Rodrigues, A. (2019). Prison officers' attitudes towards self-harm in prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101490>

Van Den Driessen Mareeuw, F., Vaandrager, L., Klerkx, L., Naaldenberg, J., & Koelen, M. (2015). Beyond bridging the know-do gap: A qualitative study of systemic interaction to foster knowledge exchange in the public health sector in the Netherlands. *BMC Public Health*, 15(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2271-7>

Verdolini, N., Murru, A., Attademo, L., Garinella, R., Pacchiarotti, I., Bonnin, C. del M., Samalin, L., Pauselli, L., Piselli, M., Tamantini, A., Quartesan, R., Carvalho, A. F., Vieta, E., & Tortorella, A. (2017). The aggressor at the mirror: Psychiatric correlates of deliberate self-harm in male prison inmates. *EUROPEAN PSYCHIATRY*, 44, 153-160. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.04.002>

Walker, T., Shaw, J., Hamilton, L., Turpin, C., Reid, C., & Abel, K. (2017). 'Coping with the job': Prison staff responding to self-harm in three English female prisons: A qualitative study. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 28(6), 811-824. <https://doi.org/10.1080/14789949.2017.1331369>

Weiner, B. J., Lewis, C. C., Stanick, C., Powell, B. J., Dorsey, C. N., Clary, A. S., Boynton, M. H., & Halko, H. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implementation Science*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0635-3>

Zabala-Baños, M. C., Segura, A., Maestre-Miquel, C., Lorca, M., Rodríguez-Martín, B., Romero-Ayuso, D., & Rodríguez, M. (2016). Mental disorder prevalence and associated risk factors in three prisons of Spain. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18, 13-23. <https://doi.org/10.4321/S1575-06202016000100003>

8. Annexos

8.1. Annex 1. Consentiment informat

INFORMACIÓ PER AL PARTICIPANT

Benvolgut senyor/a:

Abans de confirmar la vostra participació a l'estudi és important que entengueu en què consisteix. Si us plau, llegiu amb atenció:

Estudi:

Adaptació del Programa STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving) per al *Tractament en grup de la desregulació emocional i conductual i la conducta autolesiva en centres penitenciaris de Catalunya: Abordant l'autolesió.*

Objectiu de l'estudi:

L'objectiu general d'aquest estudi és avaluar la factibilitat als centres penitenciaris de Catalunya de l'adaptació del programa STEPPS per abordar i prevenir la desregulació emocional i les conductes autolesives mitjançant un estudi d'implementació.

Procediment de l'estudi:

En una primera fase s'avalua si els pacients poden participar-hi o no, i aquells pacients que puguin fer-ho (fase 2) s'adscriuran a la intervenció.

L'estudi consisteix en 16 sessions grupals amb una durada de 2 hores cadascuna. Aquestes sessions grupals tindran lloc setmanalment i els pacients hauran de treballar amb el material del manual entre aquestes sessions.

El programa consisteix en 16 mòduls, i aquests diferents mòduls o components terapèutics tenen com a objectiu fonamental treballar: 1) el nivell de consciència de malaltia, 2) la regulació emocional, i 3) la regulació conductual.

Participants:

Les persones internes del centre penitenciaris que presentin desregulació emocional i presència de conductes autolesives.

Implicacions per al participant:

El benefici per als pacients serà rebre un tractament psicològic basat en l'evidència per tractar la desregulació emocional i conductual, així com poder rebre una intervenció per abordar la conducta autolesiva.

No hi ha riscos a l'hora de participar en l'estudi. No obstant això, si apareix qualsevol canvi que impliqui perill per a un participant aquest no sols haurà d'abandonar l'estudi, sinó que també tindrà la possibilitat de rebre l'atenció psicològica necessària, o fins i tot que se'l derivi si el seu estat clínic ho aconsella.

Participació voluntària:

Cada participant decideix si vol participar en l'estudi o no, per tant, la participació és voluntària. Fins i tot si decideix prendre'n part, el participant pot retirar-se de l'estudi en qualsevol moment sense haver de donar explicacions.

Dades:

La participació és totalment anònima. Les dades derivades de la investigació es podran utilitzar en divulgació científica, futures investigacions o docència.

Pla de protecció de dades:

Es garanteix la confidencialitat i tots els drets dels participants inclosos a l'estudi conforme al que disposa la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals (LOPD) i garantia dels drets digitals, que adapta la legislació espanyola al Reglament general de protecció de dades de la Unió Europea (RGPD). Concretament, per garantir al màxim la seguretat de les aplicacions d'ús terapèutic, es dissenyarà un pla de seguretat específic per a aquest projecte, així com una avaluació dels possibles riscos i impacte per a tot el flux d'informació.

Aspectes ètics:

L'estudi es desenvoluparà segons les normes nacionals i internacionals (declaracions de Hèlsinki i Tòquio, i la Declaració de Madrid de l'Associació Mundial de Psiquiatria). Com hem assenyalat, tots els participants de l'estudi seran voluntaris i donaran el seu consentiment informat per formar part del projecte un cop se'ls hagi explicat. Es proporcionarà informació sobre l'estudi a tots els participants elegibles, que poden abandonar la investigació en qualsevol moment.

Preguntes/informació:

Si hi ha cap pregunta sobre l'estudi podeu contactar amb la responsable.

Consentiment exprés:

- He rebut prou informació sobre la participació en l'estudi com a conseqüència de la investigació que es practica.
- Puc abandonar l'estudi en el moment que ho desitgi.
- Les dades incloses en aquest formulari, juntament amb la resta d'informacions que són objecte del projecte, s'inclouran al fitxer SAP, el responsable del qual és el grup de recerca LabPsiTec de la Universitat Jaume I, amb la finalitat de dur a terme el projecte de recerca.
- Puc exercir els drets que em reserva la llei davant del grup de recerca LabPsiTec.

Si voleu participar en l'estudi i n'heu comprès plenament la naturalesa i el procediment, si us plau, marqueu:

Tinc més de 18 anys, he llegit i comprès els paràgrafs anteriors i dono el meu consentiment per participar en aquest estudi.

- Sí
- No

8.2. Annex 2. Bateria de qüestionaris

Informació general de la bateria de tests previs

Tests proposats	Aspectes generals avaluats	Nombre d'ítems	Temporalització de l'administració
BEST	Intensitat dels pensaments, sentiments i comportaments en la desregulació emocional Efectivitat del tractament	15	Setmanalment
BIS	Nivells d'impulsivitat Impulsivitat cognitiva, impulsivitat motora i impulsivitat no planejada	30	Pre-post
BSI	Simptomatologia psicològica	46	Pre-post
SSI	Temptativa suïcida i les seves característiques en el present i el passat	20	Pre-post
ISAS	Presència, freqüència i funcionalitat de les diferents conductes autolesives	46	Pre-post
BHS	Actitud cap al futur i la percepció de la capacitat d'afrontament pròpia	10	Pre-post

BEST: Borderline Evaluation of Severity Over the Time; BHS: Beck Hopelessness Scale; BIS: Barratt Impulsiveness Scale; SSI: Scale for Suicide Ideation = Escala d'ideació suïcida; ISAS = Inventory of Statements About Self-injury

Informació general de la bateria de tests posteriors

Tests proposats	Aspectes generals avaluats	Nombre d'ítems	Temporalització de l'administració
BEST	Intensitat dels pensaments, sentiments i comportaments en la desregulació emocional Efectivitat del tractament	15	Pre-post
BIS	Nivells d'impulsivitat Impulsivitat cognitiva, impulsivitat motora i impulsivitat no planejada	30	Pre-post
BSI	Simptomatologia psicològica	46	Pre-post
ISAS	Presència, freqüència i funcionalitat de les diferents conductes autolesives	46	Pre-post

CSQ-8	Satisfacció general del tractament	8	Post
-------	------------------------------------	---	------

BEST: Borderline Evaluation of Severity Over the Time; BHS: Beck Hopelessness Scale; BIS: Barratt Impulsiveness Scale; SSI: Scale for Suicide Ideation = Escala d'ideació suïcida; ISAS = Inventory of Statements About Self-injury

Informació bàsica participant

Si us plau, completeu la informació requerida a continuació.

Dades
Codi del participant:
Entrevistador/a:
Data:
Durada:
Observacions:

Avaluació de la gravetat al llarg del temps (BEST)

Codi: Data:

Puntuació total:

A continuació, us demanarem que valoreu el vostre estat en els darrers dies. Per a les dotze primeres qüestions, la puntuació més alta (5) significa que us causa malestar extrem, dificultats greus amb els altres o que us impedeix fer les tasques quotidianes. La puntuació més baixa (1) significa que gairebé no us causa problemes. Valoreu les qüestions 13 a 15 (conductes positives) d'acord amb la freqüència.

Assenyaleu el període de temps: Darrers 7 dies

Darrers 30 dies

Altres

Assenyaleu el nombre que indica en quina mesura cada qüestió us ha causat malestar, problemes amb els altres o dificultats en la vida quotidiana.

A. PENSAMENTS I EMOCIONS: ()	Gens	Lieu	Moderat	Greu	Extrem
1. Sento preocupació perquè un ésser estimat estigui cansat de mi o estigui planejant deixar-me.	1	2	3	4	5
2. Experimento canvis extrems respecte a les meves opinions sobre els altres, canvio d'opinió respecte a algú, p. ex., passar de ser un amic fidel a ser una persona nociva i que no és digna de confiança.	1	2	3	4	5
3. Experimento canvis extrems respecte a com em veig a mi mateix. Canvio de sentir-me segur respecte a mi mateix a sentir que soc un dimoni o invisible.	1	2	3	4	5
4. Experimento un estat d'ànim intens que canvia diverses vegades un mateix dia. Els esdeveniments poc importants causen canvis importants en el meu estat d'ànim.	1	2	3	4	5
5. Sento paranoia, o com si estigués perdent el contacte amb la realitat.	1	2	3	4	5
6. Em sento enfadat.	1	2	3	4	5
7. Em sento buit.	1	2	3	4	5
8. Experimento sentiments i pensaments relacionats amb el suïcidi.	1	2	3	4	5

B. COMPORTAMENTS (Negatius): ()					
9. Sento que haig de fer coses extremes per intentar que els altres no em deixin.	1	2	3	4	5
10. Vull fer-me mal a propòsit o intentar suïcidar-me.	1	2	3	4	5
11. Tinc problemes amb les conductes impulsives (sense comptar les autolesions o els intents de suïcidi). Exemples: despeses innecessàries, conductes sexuals de risc, abús de substàncies, conducció temerària, afartament de menjar, altres	1	2	3	4	5
12. Tinc atacs d'ira o problemes per controlar la ira que causen problemes amb els altres, baralles o destrucció d'objectes.	1	2	3	4	5

C. COMPORTAMENTS (Positius) ()	Gairebé sempre	Sovint	La meitat del temps	De vegades	Gairebé mai
13. Trio fer una activitat positiva en circumstàncies en què sento l'impuls de fer una cosa destructiva.	1	2	3	4	5
14. M'adono abans que alguna cosa podria causar-me problemes emocionals i faig passos raonables per evitar el problema.	1	2	3	4	5
15. Segueixo les indicacions terapèutiques (tasques, assistència a les sessions, medicació, etc.).	1	2	3	4	5

Escriuiu la puntuació de cada secció (A, B i C) als parèntesis al costat del títol de cadascuna. Poseu la puntuació total a l'espai assenyalat per fer-ho a l'inici de l'instrument.

La puntuació total es calcula de la manera següent: $15 + A + B - C$.

Escala d'impulsivitat de Barratt

Instruccions: Les persones són diferents quant a la manera com es comporten i pensen en diferents situacions. Aquesta és una prova per mesurar algunes de les formes en què actueu i penseu. No us atureu gaire temps en cap de les oracions. Responneu ràpidament i honestament.

Contesteu a les afirmacions següents segons s'ajustin a la vostra manera d'actuar i pensar d'acord amb l'escala següent:

Poques vegades o mai	De tant en tant	Sovint	Sempre o gairebé sempre
1	2	3	4

	Poques vegades o mai (1)	De tant en tant (2)	Sovint (3)	Sempre o gairebé sempre (4)
1. Planifico les meves tasques amb compte.				
2. Faig les coses sense pensar-les.				
3. Gairebé mai em prenc les coses a la valenta (no em pertorbo amb facilitat).				
4. Els meus pensaments poden tenir gran velocitat (tinc pensaments que em van molt ràpid al cap).				
5. Planifico els viatges amb antelació.				
6. Soc una persona amb autocontrol.				
7. Em concentro amb facilitat (em resulta fàcil concentrar-me).				
8. Estalvio amb regularitat.				
9. Em resulta difícil estar quiet molta estona.				
10. Penso les coses amb cura.				
11. Planifico per tenir una feina fixa (m'esforço per assegurar que tindrè diners per pagar les meves despeses).				
12. Dic les coses sense pensar-les.				
13. M'agrada pensar en problemes complicats (m'agrada pensar en problemes complexos).				
14. Canvio sovint de feina (no em quedo a la mateixa feina gaire temps).				
15. Actuo impulsivament.				

16. M'avorreixo amb facilitat quan tracto de resoldre problemes mentalment (m'avorreix pensar en alguna cosa molta estona).				
17. Visito el metge i el dentista amb regularitat.				
18. Faig les coses en el moment que se m'acudeixen.				
19. Soc una persona que pensa sense distreure's (puc enfocar la meva atenció en una sola cosa durant molt de temps).				
20. Canvio sovint d'habitatge (em mudo sovint o no m'agrada viure al mateix lloc durant gaire temps).				
21. Compró coses impulsivament.				
22. Acabo el que començo.				
23. Camino i em moc amb rapidesa.				
24. Resolc els problemes experimentant (resolc els problemes aplicant una possible solució i comprovant si funciona).				
25. Gasto en efectiu o en crèdit més del que guanyo (gasto més del que guanyo).				
26. Parlo ràpid.				
27. Tinc pensaments estranys quan penso (de vegades tinc pensaments irrelevants quan penso).				
28. M'interessa més el present que el futur.				
29. Sento inquietud en classes o xerrades (em sento inquiet/a si he de sentir parlar algú molta estona).				
30. Planifico el futur (m'interessa més el futur que el present).				

Inventari breu de símptomes (BSI)

Instruccions: A continuació trobareu una llista de problemes que de vegades ens poden passar. Si us plau, llegiu-ne cadascun detingudament i marqueu amb una creu la casella que millor descrigui AQUELLES SITUACIONS QUE US HAN MOLESTAT EN ELS ÚLTIMS **30 DIES**, INCLÒS AVUI. Trieu només una resposta en cadascun dels problemes descrits i no deixeu cap situació per respondre. Si després de respondre canvieu d'opinió, ratlleu la primera elecció i escolliu-ne una altra.

LLEGIU l'exemple següent abans de començar. Si teniu cap dubte, pregunteu-nos abans d'iniciar el qüestionari.

EXEMPLE:

En quina mesura m'han molestat:	Gens	Una mica	Moderadament	Bastant	Molt
0. Dolors corporals	0	1	2	3	4

Durant els darrers 30 dies en quina mesura m'han molestat:	Gens	Una mica	Moderadament	Bastant	Molt
1. Nerviosisme i tremolor intern	0	1	2	3	4
2. Debilitat o marejos	0	1	2	3	4
3. La idea que algú em pot controlar els pensaments	0	1	2	3	4
4. Sensació que els altres tenen la culpa de la majoria dels meus problemes	0	1	2	3	4
5. Dificultat per recordar coses	0	1	2	3	4
6. Sensació de molestar-me o irritar-me fàcilment	0	1	2	3	4
7. Temor als espais oberts	0	1	2	3	4
8. Sentiment que no puc confiar en la gent	0	1	2	3	4
9. Ensurt sobtat sense raó	0	1	2	3	4
10. Explosió de còlera que no puc controlar	0	1	2	3	4
11. Sentiment de solitud encara que em trobi amb altres persones	0	1	2	3	4
12. Sensació de bloqueig per fer coses	0	1	2	3	4
13. Sentiments de solitud	0	1	2	3	4

14. Sentiments de tristesa	0	1	2	3	4
15. Sensació de desinterès per les coses	0	1	2	3	4
16. Sentiments de por	0	1	2	3	4
17. Sensació que em poden ferir fàcilment els sentiments	0	1	2	3	4
18. Sentiment que la gent no és amigable ni els agrado	0	1	2	3	4
19. Sentiments d'inferioritat	0	1	2	3	4
20. Nàusees o trastorns estomacals	0	1	2	3	4
21. Sensació que els altres m'observen o comenten sobre mi	0	1	2	3	4
22. Sensació d'haver de verificar constantment les coses que faig	0	1	2	3	4
23. Dificultats per prendre decisions	0	1	2	3	4
24. Temor a viatjar amb autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
25. Dificultat per respirar	0	1	2	3	4
26. Episodis de calor o fred	0	1	2	3	4
27. Necessitat d'evitar certes coses, llocs o activitats que m'espanten	0	1	2	3	4
28. Ment en blanc	0	1	2	3	4
29. Adormiments o rampes	0	1	2	3	4
30. La idea que m'han de castigar pels meus pecats	0	1	2	3	4
31. Sentiment de desesperança sobre el futur	0	1	2	3	4
32. Dificultats de concentració	0	1	2	3	4
33. Sensació de debilitat en parts del cos	0	1	2	3	4
34. Sentiments de tensió o esgotament	0	1	2	3	4
35. Impulsos de pegar, ferir o fer mal a algú	0	1	2	3	4
36. Impulsos de trencar o destruir coses	0	1	2	3	4
37. Sentiments de timidesa o vergonya	0	1	2	3	4
38. Sensació d'inquietud en llocs amb molta gent	0	1	2	3	4
39. Dificultat de sentir-me proper a altres persones	0	1	2	3	4

40. Crisis de temor o pànic	0	1	2	3	4
41. Baralles freqüents	0	1	2	3	4
42. Sentiments de nerviosisme quan estic sol	0	1	2	3	4
43. Sentiment que els altres no valoren prou els meus èxits	0	1	2	3	4
44. Dificultat per estar quiet	0	1	2	3	4
45. Sentiments de devaluació	0	1	2	3	4
46. Sensació que la gent s'aprofitarà de mi si els deixo	0	1	2	3	4

Escala d'ideació suïcida

Indiqueu per a cada afirmació l'opció amb què us sentiu més identificats:

1. Desig de viure

1. De moderat a fort.
2. Feble.
3. Gens.

2. Desig de morir

1. Gens.
2. Feble.
3. De moderat a fort.

4. Raons per viure/morir

1. Continuar vivint val més que morir.
2. Aproximadament iguals.
3. La mort val més que continuar vivint.

5. Desig d'intentar activament el suïcidi

1. Gens.
2. Feble.
3. De moderat a fort.

6. Desitjos passius de suïcidi

1. Puc prendre precaucions per salvaguardar la vida.
2. Puc deixar de viure/morir per casualitat.
3. Puc evitar les etapes necessàries per seguir amb vida.

7. Dimensió temporal (durada de la ideació/desig suïcida)

1. Breu, períodes passatgers.
2. Períodes de temps llargs.
3. Contínua (crònica) o gairebé contínua.

8. Dimensió temporal (freqüència del suïcidi)

1. Rara, ocasional.
2. Intermitent.
3. Persistent o contínua.

9. Actitud cap a la ideació/desig

1. Rebuig.
2. Ambivalent, indiferent.
3. Acceptació.

10. Control sobre l'activitat suïcida/desitjos d'acting out

1. Tinc sensació de control.
2. Em sento insegur.
3. No tinc sensació de control.

11. Dissuasius per a un intent actiu (família, religió, irreversibilitat)

1. Puc no intentar-ho a causa d'un dissuasiu.
2. Alguna preocupació sobre els mitjans me'n pot dissuadir.
3. Sento poca o cap preocupació o interès pels dissuasius.

12. Raons per a l'intent contemplat

1. Manipular l'entorn, cridar l'atenció, venjar-se.
2. Combinació de 0 i 2.
3. Escapar, solucionar els problemes, finalitzar de manera absoluta.

13. Mètode (especificitat/planificació de l'intent contemplat)

1. No considerat.
2. Considerat però sense detalls calculats.
3. Detalls calculats / ben formulats.

14. Mètode (accessibilitat/oportunitat per a l'intent contemplat)

1. Mètode no disponible, inaccessible. No hi ha oportunitat.
2. El mètode pot implicar temps o esforç. Oportunitat escassa.
3. Mètode i oportunitat accessibles.
4. Futura oportunitat o accessibilitat del mètode previst.

14. Sentit de la capacitat per tirar endavant l'intent

1. Sensació que no tinc valor, que soc massa dèbil, poruc, incompetent.
2. Inseguretat sobre el meu valor.
3. Segur/a del meu valor i capacitat.

15. Expectatives/espera de l'intent actual

1. No.
2. Incert.
3. Sí.

16. Preparació actual per a l'intent contemplat

1. Cap.
2. Parcial (p. ex., començo a emmagatzemar pastilles, etc.).
3. Completa (p. ex., tinc les pastilles, pistola carregada, etc.).

17. Nota suïcida

1. Cap.
2. Hi penso o l'he començat i no l'he acabat.
3. Completa (p. ex., tinc les pastilles, pistola carregada, etc.).

18. Actes finals en anticipació de la mort (p. ex., testament, pòlissa d'assegurances, etc.)

1. Cap.
2. Hi penso o faig alguns arranjaments.
3. Faig plans definitius o he acabat els arranjaments finals.

19. Engany/encobriment de l'intent contemplat

1. He revelat les idees obertament.
2. He frenat el que estava expressant.
3. He intentat enganyar, amagar, mentir.

Inventari de declaracions sobre l'autolesió (ISAS) - SECCIÓ I

Aquest qüestionari pregunta sobre una varietat de comportaments d'autolesió. Si us plau, indiqueu només la presència d'aquests comportaments si els heu portat a terme intencionadament (és a dir, a propòsit) i sense intenció de suïcidi (és a dir, no per raons suïcides).

1. Si us plau, calculeu el nombre de vegades que al llarg de la vida porteu a terme o heu portat a terme intencionadament (és a dir, a propòsit) cada tipus d'autolesió no suïcida (per exemple, 0, 10, 100, 500):

Tallar-se _____
Rascar-se amb força _____
Mossegar-se _____
Colpejar-se amb força _____
Cremar-se _____
Fer-se talls poc profunds a la pell (amb un cúter, fulla d'afaitar, llapis esmolat, etc.) _____
Interferir en la curació de ferides (per exemple, rasant les crostes) _____
Fregar-se la pell contra una superfície rugosa _____
Pessigar-se _____
Punxar-se amb agulles _____
Estirar-se els cabells _____
Ingerir substàncies perilloses _____
Altres _____

Important: Si heu portat a terme una o més de les conductes esmentades anteriorment, si us plau, completeu la part final d'aquest qüestionari. Si no heu portat a terme cap de les conductes esmentades anteriorment, continueu a la secció II.

2. Si creieu que hi ha un tipus d'autolesió que pratiqueu més freqüentment, si us plau, encerceleu-la a la llista de més amunt.

3. A quina edat...

Us va fer mal a vosaltres mateixos per primera vegada? _____

Quina és l'última vegada en què va autolesionar-vos? (Data aproximada: mes/dia/any)

4. Experimenteu dolor físic durant l'autolesió? Si us plau, marqueu una opció:

SÍ A VEGADES NO

5. Quan us autolesioneu, esteu sols? Si us plau, marqueu una opció:

SÍ A VEGADES NO

6. En general, quant de temps transcorre des del moment en què sentiú la necessitat d'autolesionar-vos fins que actueu? Si us plau, marqueu una opció:

< 1 hora 1-3 hores 3-6 hores 6-12 hores 12-24 hores > 1 dia

7. Voleu/voldríeu deixar d'autolesionar-vos? Si us plau, marqueu una opció:

SÍ NO

ISAS SECCIÓ II

Instruccions

Aquest inventari es va escriure per ajudar a comprendre millor l'experiència de les autolesions no suïcides. A continuació, es mostra una llista d'afirmacions que poden o no ser importants en la vostra experiència d'autolesió. Si us plau, indiqueu les afirmacions que us resultin més importants:

Marqueu **0** si no us identifiqueu **GENS** amb la frase.
Marqueu **1** si us identifiqueu **UNA MICA** amb la frase.
Marqueu **2** si us identifiqueu **MOLT** amb la frase.

Quan m'autolesiono...	Resposta		
1. Em calmo a mi mateix/a.	0	1	2
2. Creo un límit entre mi mateix/a i els altres.	0	1	2
3. Em castigo.	0	1	2
4. És una forma de cuidar de mi mateix/a (perquè cuido la ferida).	0	1	2
5. Com que em causo dolor, deixo de sentir-me entumit.	0	1	2
6. Evito l'impuls de suïcidar-me.	0	1	2
7. És una manera de fer una cosa que em provoca excitació o eufòria.	0	1	2
8. Em vinculo als altres.	0	1	2
9. Deixo que els altres coneguin la magnitud del meu dolor emocional.	0	1	2
10. Veig si puc suportar el dolor.	0	1	2
11. Genero un senyal físic que indica que em sento fatal.	0	1	2
12. Em venjo d'algú.	0	1	2
13. Em reafirmo que soc autosuficient.	0	1	2
14. M'alleugereixo de la pressió emocional que sento.	0	1	2
15. Demostro que estic separat d'altres persones.	0	1	2
16. Expresso ira cap a mi per ser inútil o estúpid.	0	1	2
17. Genero una ferida física que és més fàcil de cuidar que el meu malestar emocional.	0	1	2
18. Intento sentir alguna cosa (en contraposició a no sentir res), encara que sigui dolor físic.	0	1	2
19. Responc als pensaments suïcides sense intentar suïcidar-me realment.	0	1	2
20. M'entretinc a mi mateix/a i els altres fent alguna cosa extrema.	0	1	2
21. Sento que encaixo amb altres persones.	0	1	2
22. Busco cura o ajuda dels altres.	0	1	2
Quan m'autolesiono...	Resposta		

23. Em demostro que soc fort/a o dur/a.	0	1	2
24. Em demostro que el meu dolor emocional és real.	0	1	2
25. Em venjo dels altres.	0	1	2
26. Demostro que no necessito dependre dels altres per obtenir ajuda.	0	1	2
27. Redueixo l'ansietat, la frustració, la ira o altres sentiments que em desborden.	0	1	2
28. Estableixo una barrera entre mi mateix/a i els altres.	0	1	2
29. És una reacció al fet de sentir-me infeliç o enfadat/ada amb mi mateix/a.	0	1	2
30. Em permeto centrar-me a tractar la ferida, cosa que pot ser gratificant o satisfactòria.	0	1	2
31. M'asseguro de sentir-me viu o viva quan em sento irreal.	0	1	2
32. Poso fre als pensaments suïcides.	0	1	2
33. Em poso al límit, com quan practico esports de risc o altres activitats extremes.	0	1	2
34. Creo un senyal d'amistat o parentiu amb els amics o éssers estimats.	0	1	2
35. Evito que un ésser estimat em deixi o m'abandoni.	0	1	2
36. Demostro que puc suportar el dolor físic.	0	1	2
37. Dono significat emocional a l'angoixa emocional que estic experimentant.	0	1	2
38. Intento ferir algú proper a mi.	0	1	2
39. Reafirmo que soc autònom/a o independent.	0	1	2

(Opcional) A l'espai de baix, si us plau, indiqueu qualsevol aclariment o afirmació que creieu que seria més exacte que les esmentades anteriorment:

(Opcional) A l'espai següent, indiqueu qualsevol aclariment que creieu que s'hauria d'afegir a la llista de dalt, encara que no necessàriament s'ajusti a la vostra experiència:

Escala de desesperança de Beck (BHS)

Si us plau, assenyaleu si les afirmacions següents s'ajusten o no a la vostra situació personal. Les opcions de resposta són veritable o fals.

	Veritable	Fals
1. Espero el futur amb esperança i entusiasme.		
2. Puc donar-me per vençut, renunciar, ja que no puc fer millor les coses per mi mateix.		
3. Quan les coses van malament m'alleuja saber que no poden quedar-se sempre així.		
4. No puc imaginar com serà la meva vida d'aquí a deu anys.		
5. Tinc força temps per dur a terme les coses que vull poder fer.		
6. En el futur, espero aconseguir allò que em pugui interessar.		
7. El meu futur em sembla fosc.		
8. Espero més coses bones de la vida que el que la gent sol aconseguir de mitjana.		
9. No aconseguixo fer que les coses canviïn, i no hi ha raons per creure que ho pugui fer en el futur.		
10. Les meves experiències passades m'han preparat bé per al meu futur.		
11. Tot el que veig al davant és més desagradable que agradable.		
12. No espero aconseguir el que realment desitjo.		
13. Quan miro cap al futur, espero ser més feliç del que soc ara.		
14. Les coses no van com voldria.		
15. Tinc una gran confiança en el futur.		
16. Mai aconseguixo el que desitjo, per això és absurd desitjar res.		
17. És molt improbable que pugui aconseguir una satisfacció real en el futur.		
18. El futur em sembla vague i incert.		
19. Espero més aviat èpoques bones que dolentes.		
20. No val la pena que intenti aconseguir res que desitgi perquè probablement no ho aconseguiré.		
PUNTUACIÓ TOTAL:		

Qüestionari de satisfacció. Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)

Si us plau, per millorar els nostres serveis ens agradaria fer-vos algunes preguntes sobre l'atenció que heu rebut.

Ens interessa conèixer la vostra veritable opinió, sigui positiva o negativa. Si us plau, responeu a totes les qüestions que us plantejem. També us agraïrem que aporteu comentaris i suggeriments al final del qüestionari .

Si us plau, assenyalau primer el tipus de vinculació amb el programa: Usuari/ària directe/a Familiar

ENCERCLEU L'OPCIÓ CORRECTA A CADA PREGUNTA

1.- Com avaluaríeu la qualitat dels serveis que heu rebut?

4	3	2	1
Excel·lent	Bona	Passable	Dolenta

2.- Vau rebre la mena de servei que requeríeu?

4	3	2	1
No, sens dubte	En molts pocs casos	Sí, en general	Sí, sens dubte

3.- Quants dels vostres problemes ha ajudat a solucionar el nostre programa?

4	3	2	1
Gairebé tots	La major part	Només alguns	Cap

4.- Si un amic necessités una ajuda similar, li recomanaríeu el nostre programa?

4	3	2	1
Segur que no	No, crec que no	Sí, crec que sí	Segur que sí

5.- Com de satisfets us sentiu de la quantitat d'ajuda que heu rebut?

4	3	2	1
Gens satisfet/a	Indiferent o moderadament no satisfet/a	Moderadament satisfet/a	Molt satisfet/a

6.- Els serveis que heu rebut us han ajudat a enfrontar-vos millor als vostres problemes?

4	3	2	1
Sí, em van ajudar molt	Sí, em van ajudar una mica	No, realment no em van ajudar	No, semblaven empitjorar les coses

7.- En general, com de satisfets esteu amb els serveis que heu rebut?

4	3	2	1
Molt satisfet/a	Moderadament satisfet/a	Una mica insatisfet	Molt insatisfet/a

8.- Si necessitéssiu ajuda una altra vegada tornaríeu al nostre programa?

4	3	2	1
Segur que no	No, crec que no	Sí, crec que sí	Segur que sí

Si us plau, escriviu aquí els vostres comentaris i suggeriments:

- El que m'ha agradat més de l'atenció que he rebut ha estat:

- Crec que s'hauria de millorar: