



cejfe

Ámbito de Ejecución Penal

Adaptación del programa **Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving (STEPPS)** para el abordaje de la desregulación emocional y las conductas autolesivas en los centros penitenciarios de Catalunya

Investigación encargada

Autoras

Rosa Lorente Català y Azucena García Palacios

Año 2023



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

Adaptación del programa Systems Training for
Emotional Predictability & Problem Solving (STEPPS)
para el abordaje de la desregulación emocional y las
conductas autolesivas en los Centros Penitenciarios de
Catalunya

Rosa Lorente Català y Azucena García Palacios

Aviso legal



Esta obra está sujeta a una licencia de *Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)* de *Creative Commons*, cuyo texto completo se encuentra disponible en <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Así pues, se permite la reproducción, la distribución y la comunicación pública del material, siempre que se cite la autoría y el Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (Departamento de Justicia), y no se haga un uso comercial ni se transforme para generar una obra derivada.

Índice

1. Introducción	5
2. Objetivos.....	10
3. Metodología.....	11
3.1. Participantes	11
3.1.1. Internos.....	11
3.1.2. Profesionales.....	12
3.1.3. Centros.....	12
3.2. Intervención	12
3.2.1. Programa STEPPS.....	12
3.3. Diseño.....	14
3.4. Batería de cuestionarios.....	16
3.4.1. Variables efectividad.....	16
3.4.2. Variables de implementación.....	18
3.5. Análisis de los resultados	21
3.5.1. Análisis descriptivos	22
3.5.2. Análisis de hipótesis.....	22
3.5.3. Análisis cualitativo.....	22
3.6. Procedimiento.....	23
4. Resultados.....	27
4.1. Internos	27
4.1.1. Datos demográficos.....	27
4.1.2. Datos clínicos	29
4.2. Profesionales	38
4.2.1. Datos descriptivos.....	38
4.2.2. Datos cualitativos	44
5. Adaptación del manual del programa STEPPS	54
6. Conclusiones	58
7. Referencias.....	62
8. Anexos	68
8.1. Anexo 1. Consentimiento informado	68
8.2. Anexo II. Batería de cuestionarios.....	70

1. Introducción

Los Centros Penitenciarios (CP) se enfrentan a una situación crítica: la necesidad de intervenir en aspectos psicológicos. Según la OMS (2023), la población reclusa presenta tasas significativamente más altas de trastornos mentales en comparación con la población general, afirmando que 9 de cada 10 internos ha sufrido problemas de salud mental en algún momento. Sin embargo, el acceso a las intervenciones es limitado e inadecuado para abordar eficazmente la salud mental de los internos. Esto se refleja en las tasas de suicidios, autolesiones y la cronicidad de las patologías (Fazel et al., 2016), así como en la preocupante tendencia creciente de los problemas de salud mental (Arnau et al., 2020).

Los problemas psicológicos que afectan a esta población están estrechamente relacionados con la alta prevalencia de conductas autolesivas. La prevalencia de estas conductas se sitúa alrededor del 26% en los CP, en contraste con una cifra inferior al 4% en la población general (Borges et al., 2010; Klonsky, 2011).

En consecuencia, la alta probabilidad de trastornos mentales entre la población de los CP (oscilando entre un 83,4% y un 90,2% en edades más avanzadas) (Zabala-Baños et al., 2016) y la alta frecuencia de conductas autolesivas (Fazel et al., 2016) subrayan la necesidad urgente de intervenciones adecuadas y la mejora de los recursos disponibles en las instituciones penitenciarias. La negligencia en la atención a aquellos que realizan conductas autolesivas constituye una de las principales causas de morbilidad, con un aumento del riesgo de suicidio de seis a ocho veces (Favril et al., 2020). Derivando en importantes costos tanto a nivel económico para los sistemas penitenciarios como personales para los internos, incluyendo problemas físicos y de salud, una mayor frecuencia de denuncias, dificultades en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza y culpabilidad, y altos niveles de estigmatización, entre otros (Smith et al., 2019).

Varios factores de riesgo, incluyendo elementos sociodemográficos, criminológicos, clínicos, de custodia e históricos (Favril et al., 2020), están directamente relacionados con la manifestación de conductas autolesivas. Entre estos, los factores clínicos muestran la asociación más fuerte con estas conductas. Destacan la presencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico y el historial de conductas relacionadas con el

suicidio y la autolesión. El Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) muestran una asociación más destacada con las conductas autolesivas, junto con otros trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias (Favril et al., 2020; Verdolini et al., 2017). Además, se destacan los problemas emocionales y afectivos como desencadenantes de estas conductas autolesivas. De hecho, en este contexto, se ha observado que el uso de la autolesión como estrategia de regulación emocional es la motivación principal, tanto en hombres (60%) como en mujeres (67%) (Power et al., 2013, 2015).

A nivel contextual, se destacan otros factores de riesgo como los altos niveles de conflictos, las largas sentencias (cinco años o más), el confinamiento y el aislamiento, así como la falta de contacto social (Favril et al., 2020; Power, Brown y Usher, 2013; Power, Usher y Beaudette, 2015; Verdolini et al., 2017). Otro aspecto crucial es la percepción y actuación de los trabajadores penitenciarios. Se constata la persistencia de mitos sobre la autolesión, su instrumentalización y minimización (Kenning et al., 2010, p. 201; Marzano et al., 2012; Smith et al., 2019; Sousa et al., 2019; Walker et al., 2017), no disponiendo la mayoría de los trabajadores de conocimientos específicos sobre estas conductas (Smith et al., 2019; Sousa et al., 2019).

Por tanto, se destaca la imperante necesidad de brindar una atención necesariamente más amplia a la salud mental en el ámbito penitenciario (OMS, 2023). No obstante, la realidad dista considerablemente de este ideal siendo la atención insuficiente y mucho inferior en comparación a la población general (Fazel et al., 2016). Para abordar la brecha existente entre la salud mental y las instituciones penitenciarias, se requiere la implementación de un tratamiento validado y adaptado al contexto, que incluya una intervención específica para abordar los factores de riesgo y capacite al personal penitenciario en la detección y manejo de conductas autolesivas (Favril et al., 2020).

El programa de intervención psicológica STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving) (Blum et al., 2002) ha sido ampliamente reconocido por su eficacia, tanto en entornos clínicos como en el ámbito penitenciario, con un enfoque predominante en la regulación emocional y conductual así como la participación activa de los profesionales de la salud mental y personas que interactúan con el paciente, estableciéndose así como una herramienta congruente para abordar la problemática presentada.

El STEPPS es un tratamiento grupal que combina elementos cognitivo-conductuales y entrenamiento en habilidades con un componente sistémico. Inicialmente diseñado para el tratamiento del TLP, el STEPPS ha demostrado ser altamente efectivo y eficiente en estudios controlados y no controlados. Los resultados muestran una mejora significativa en la sintomatología relacionada con la desregulación emocional y conductual, las conductas autolesivas, una mejora general en el funcionamiento, una reducción en los niveles de depresión y un alto nivel de satisfacción por parte de los participantes (Black et al., 2008, 2013, 2017; Blum et al., 2002, 2008; Bos et al., 2011; Harvey et al., 2010), manteniéndose además los efectos de la terapia a largo plazo (Blum et al., 2008; Bos et al., 2011). Específicamente en contexto penitenciario, el programa ha demostrado también ser efectivo en la mejora de la sintomatología, la reducción de los comportamientos autolesivos y suicidas, así como en la disminución de las infracciones disciplinarias dentro de los centros penitenciarios. Asimismo, tanto los internos como sus familiares y el personal de los centros han expresado una alta satisfacción con el programa.

En Estados Unidos, el programa STEPPS fue evaluado como altamente apropiado para su implementación en el entorno penitenciario debido a diversas de sus características (Black et al., 2008). Entre estas, se resalta su duración de 20 semanas, la cual se considera adecuada, dado el alto nivel de movilidad entre los internos. La facilidad de aplicación gracias a su alto nivel de manualización, lo que requiere una formación mínima por parte de los profesionales. Así mismo, se señala la flexibilidad del programa, ya que puede combinarse con mediación y terapia individual.

A pesar de disponer de Tratamientos Basados en la Evidencia (TBE), como el programa STEPPS, para el abordaje de la autolesión (Brennan et al., 2023; Hawton et al., 2016), encontramos un lapso temporal, no solo en el contexto penitenciario sino de manera generalizada en los servicios de atención, de 17 a 20 años para que la población pueda beneficiarse de estos (Morris et al., 2011; Van Den Driessen Mareeuw et al., 2015). Los obstáculos asociados a la adopción de los TBE están principalmente relacionados con las diferencias entre el entorno de las investigaciones y los servicios atencionales. En los entornos cotidianos, se dispone de un menor control, menor cantidad de recursos económicos y humanos, menor

especialización y bajos niveles de motivación, entre otros factores (Bauer & Kirchner, 2020).

Frente a esta problemática, la Ciencia de la Implementación (CI) establece la metodología para evaluar los facilitadores y los factores que obstaculizan el proceso de implementación en un contexto y población específicos (Bauer & Kirchner, 2020; Grol et al., 2007).

Uno de los aspectos esenciales de la CI es su interacción con el contexto. A pesar del aumento de la literatura sobre los cambios terapéuticos experimentados por la población con diferentes trastornos mentales (Grol et al., 2007), apenas se ha investigado el entendimiento de las interacciones dinámicas entre los individuos y el contexto donde reciben el tratamiento y cómo estas interacciones pueden influir en la mejora individual (Kazdin, 2008). A diferencia de las simulaciones de laboratorio realizadas lejos de los entornos clínicos, los estudios de implementación se centran en determinar las razones de la eficacia de un tratamiento y los factores que la influyen, teniendo en cuenta la singularidad de los entornos de implementación (May et al., 2016).

Los diseños de implementación nos proporcionan la metodología y la información necesarias para promover el acceso a los TBE en los sistemas de salud mediante la identificación de los factores que influyen en ellas y la oferta de estrategias para implementar la intervención sin comprometer su validez (King et al., 2019).

Por lo tanto, el objetivo principal es determinar las barreras y los facilitadores en cada contexto y desarrollar estrategias de implementación específicas para la intervención deseada. En consecuencia, la CI establece la metodología y las aproximaciones científicas para llevar los avances desde los laboratorios hasta los servicios de salud sin comprometer la validez de la intervención (King et al., 2019).

Desde la CI se han identificado los componentes esenciales para la práctica de implementación (Fixsen et al., 2005). Estos componentes, que interactúan de manera interactiva y compensatoria, incluyen la formación previa y en servicio, la consulta y el apoyo, la evaluación del personal, la administración facilitadora y la intervención en los sistemas.

En resumen, se ha considerado que la necesidad de abordar la salud mental en los CP es de vital importancia dada la alta prevalencia de trastornos mentales y conductas autolesivas en la población reclusa. Resulta fundamental destacar la necesidad de poner un énfasis significativo en la prevención y en una intervención adecuada, considerando los factores de riesgo de naturaleza clínica, emocional y carcelaria. Este enfoque integral se torna esencial para mejorar la calidad de vida de los internos y mitigar los impactos negativos en los sistemas penitenciarios. La CI establece la metodología para poder llevar la implementación del programa STEPPS presentándose como una opción prometedora para el abordaje de la conducta autolesiva considerando la desregulación emocional y conductual.

El proyecto propuesto no solamente tiene como objetivo proporcionar un TBE para abordar la autolesión, sino que también se esfuerza por identificar los factores que influyen en el proceso de implementación. Este estudio busca determinar los posibles facilitadores que pueden influir en dicho proceso y, al mismo tiempo, establecer los ajustes necesarios para llevar a cabo esta intervención de manera efectiva en el entorno penitenciario.

2. Objetivos

Cómo respuesta a lo anteriormente expuesto, el proyecto presentado ha surgido como resultado de la colaboración entre el laboratorio *LabPsiTec* de la Universidad Jaume I y las instituciones penitenciarias de Catalunya con el fin de implementar un tratamiento para el abordaje de la autolesión.

Para ello se establecieron los siguientes objetivos:

1. Evaluar la eficacia del programa STEPPS en el abordaje de la desregulación emocional, conductual, así como en la realización de conductas autolesivas.
2. Evaluar la aceptabilidad, adecuación, penetración, viabilidad y sostenibilidad de la intervención.
3. Detectar las barreras y facilitadores del proceso de implementación.
4. Desarrollar la adaptación del manual STEPPS para los centros penitenciarios de Catalunya.

3. Metodología

3.1. Participantes

3.1.1. Internos

Para llevar a cabo este proyecto se ha definido como población de interés a los internos de los centros penitenciarios de Catalunya.

Para la selección de la muestra se establecen los siguientes criterios de inclusión y exclusión generales:

■ Criterios de inclusión:

1. Hombres o mujeres privados de libertad que cumplen condena en un centro penitenciario de Catalunya.
2. Presencia de conductas autolesivas.
3. Comprensión y dominio suficiente del castellano para participar en el programa STEPPS.
4. Competencia cognitiva suficiente para la realización del estudio.
5. Capacidad mental para otorgar consentimiento informado.

■ Criterios de exclusión:

1. Internos en cumplimiento de medidas de seguridad, o clasificados en primer grado de tratamiento.
2. Internos/as con dificultades idiomáticas.
3. Presencia de patologías de alta gravedad que dificulten la realización del estudio.
4. Internos con posibilidad de liberación próxima, traslados inminentes a otros centros penitenciarios o pendientes de juicio.

De acuerdo con estos criterios, se espera obtener una muestra de entre 10 a 15 internos en cada centro después de una entrevista semiestructurada con el objetivo de evaluar la idoneidad de los participantes y proporcionarles información detallada sobre el estudio.

Los participantes no recibían ninguna compensación penitenciaria por la participación en el programa, así como su participación era totalmente voluntaria.

3.1.2. Profesionales

De acuerdo con la CI los profesionales (implementadores) de la intervención son un factor más de evaluación en el proceso de la implementación. Consecuentemente, se valora a los mismos como participantes.

En este caso los profesionales fueron seleccionados desde los propios centros valorando el equipo directivo del propio centro la idoneidad de los perfiles. Desde el equipo de investigación solo se establecieron como criterios la necesidad de mínimo dos profesionales por centro y la condición de que al menos uno de ellos debía ser graduado en psicología.

3.1.3. Centros

De nuevo se destaca la importancia del contexto en este estudio. En este caso no se limitaron el número de CP participantes y finalmente fueron 9 centros los que participaron. En el presente informe se reportan los resultados de todos los centros, exceptuando *Puig de les Basses* que se encuentra actualmente realizando la implementación, y el *Centre Penitenciari de Dones*, que finalmente no participó en el estudio.

3.2. Intervención

3.2.1. Programa STEPPS

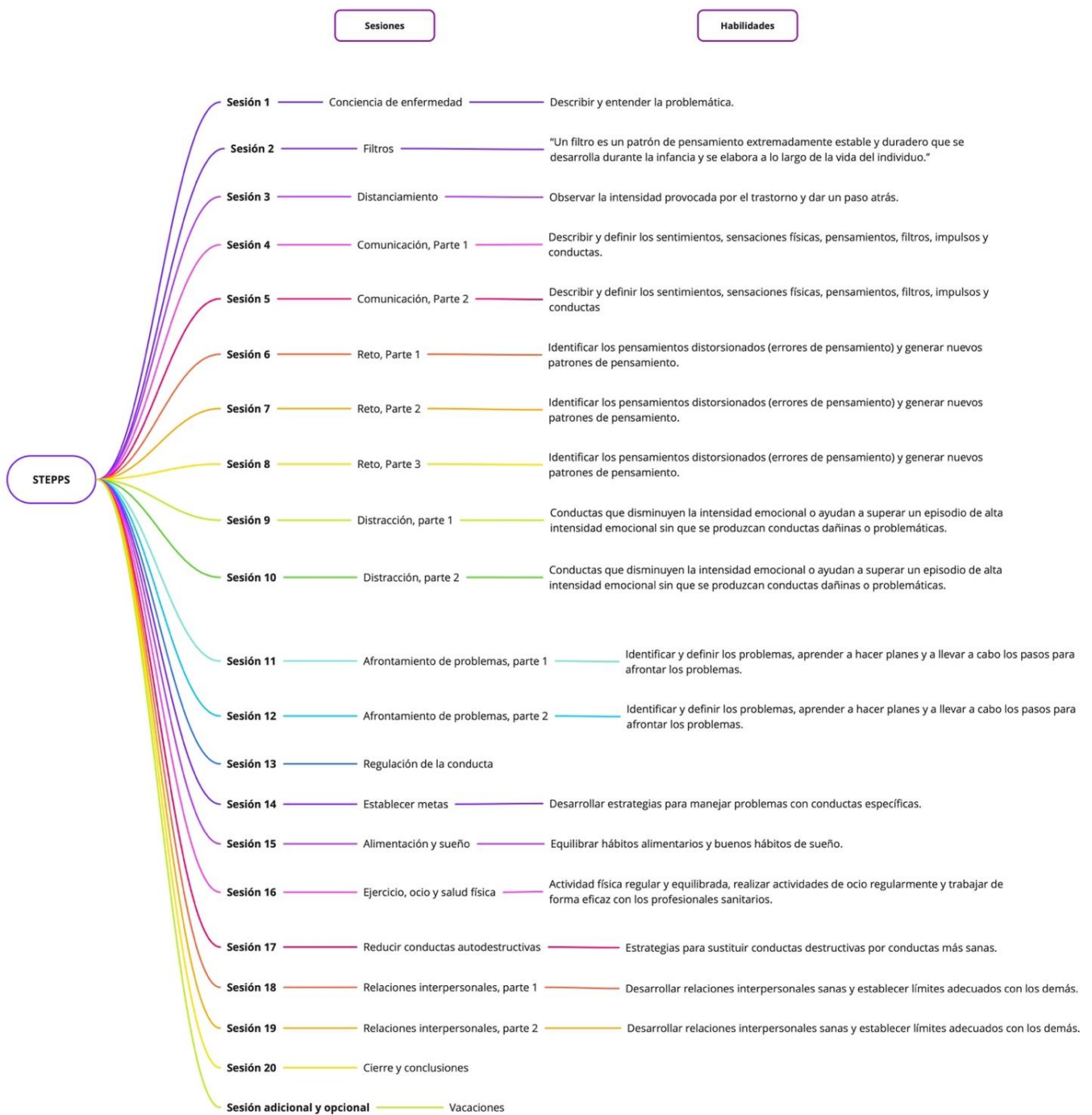
Como se mencionó, el programa se basa en un enfoque cognitivo-conductual y de entrenamiento de habilidades. El programa original consta de 20 sesiones semanales

de 2 horas cada una. Las diferentes sesiones abordan cada una de las habilidades que se trabajan en el programa (*Figura 1*).

El programa se divide en tres grandes componentes. El primer componente (sesiones: 1-2) enseña a los participantes a reemplazar ideas equivocadas sobre la problemática presentada con una mayor conciencia de los pensamientos, sentimientos y comportamientos que lo caracterizan, así como a identificar sus propios patrones de pensamiento (es decir, filtros cognitivos) que impulsan sus comportamientos. El segundo componente (sesiones 3-12) enseña habilidades para gestionar de manera más efectiva los efectos cognitivos y emocionales de la problemática, como el distanciamiento, la comunicación, el desafío, la distracción y la resolución de problemas. El tercer componente (sesiones 13-19) enseña habilidades conductuales donde se alienta a los participantes a dominar mediante el establecimiento de metas hábitos de alimentación saludable, higiene del sueño, ejercicio regular, actividades de ocio, seguimiento de la salud (como la adherencia a la medicación), prevención de autolesiones y efectividad interpersonal. Siendo los objetivos terapéuticos de los tres bloques conciencia de enfermedad (1), regulación emocional (2) y regulación conductual (3).

Otro aspecto característico del programa STEPPS es la inclusión de los miembros del “sistema” incluyendo la red de apoyo detectada por los participantes.

Figura 1. Programa STEPPS: sesiones y habilidades



3.3. Diseño

El proyecto presentado se basa en un diseño híbrido de efectividad-implementación, de tipo III (Green, Coronat, Schwartz, Coury y Baldwin, 2019). Estos modelos híbridos permiten la evaluación dual de la efectividad de la intervención clínica y del proceso

de implementación en diferentes grados (Curran, Bauer, Mittman, Pyne y Stetler, 2012). Con respecto al objetivo de la evaluación, se establecen tres tipos diferentes de diseños híbridos que varían en su enfoque y la cantidad de énfasis en la eficacia en comparación con los resultados de la implementación. En este estudio, se aplica el tipo híbrido III a través de un enfoque dual en la evaluación de la efectividad de la intervención clínica y las estrategias de implementación, otorgando un mayor peso al análisis de implementación. Este diseño se ha elegido dado que el objetivo principal de este estudio es abordar la aplicabilidad de la intervención en los CP y cuya efectividad ya ha sido ampliamente respaldada por investigaciones previas (Black et al., 2008; 2013; 2016).

Como marco teórico para el desarrollo del estudio, se ha establecido la herramienta de planificación RE-AIM (Alcance, Eficacia, Adopción, Implementación y Mantenimiento) (Glasgow, Harden, Gaglio, Rabin, Smith, Porter, Ory y Estabrooks, 2019) y el marco Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damschroder et al., 2009). El marco RE-AIM destaca cinco áreas para evaluar el potencial de una intervención para su aplicación y su impacto generalizado: Alcance (cómo llegar a la población objetivo con la intervención); Eficacia (cómo saber si la intervención es eficaz); Adopción (apoyo organizativo para implementar una intervención); Implementación (fidelidad y consistencia de la entrega de una intervención); y Mantenimiento (sostenibilidad de una intervención a largo plazo).

Mediante el uso del RE-AIM, se establece un enfoque en la adaptación del programa y el uso de diferentes métodos cualitativos para comprender "cómo" y "por qué" se han obtenido los resultados de la aplicación del programa. Concretamente, este marco teórico nos permitirá abordar las diferentes cuestiones, dimensiones y pasos en el diseño y el proceso de implementación que facilitan o dificultan el éxito en la consecución del impacto deseado de la intervención en población reclusa.

Por otro lado, el CFIR es un marco meta-teórico que reúne 39 constructos en cinco dominios (características de la intervención, el contexto interno y externo, los individuos involucrados y el proceso de implementación). En este caso, los constructos funcionan como mediadores y moderadores que influyen en la eficacia de la implementación en diferentes niveles de un tratamiento en un contexto específico (Nilsen, Birken y Nilsen, 2020).

Este marco teórico ha sido seleccionado para guiar el proceso de evaluación del programa por varias razones. En primer lugar, las características integradoras del CFIR abordan un gran número de marcos teóricos diferentes aplicados en la literatura científica. En segundo lugar, el CFIR se establece no solo como un marco de aplicación determinante, sino también como un marco de evaluación, definido como una herramienta para codificar y calificar los datos cualitativos con el fin de permitir comparaciones entre los estudios. En consecuencia, el CFIR nos permitirá establecer las dimensiones necesarias para evaluar la implementación del programa (King, Glasgow y Leeman-Castillo, 2010).

3.4. Batería de cuestionarios

3.4.1. Variables efectividad

Las variables de efectividad en el presente estudio se han determinado considerando las características psicológicas propias de la población y los enfoques del programa (ver *Tabla 1*).

- **Evaluación longitudinal de la gravedad de la desregulación emocional y conductual** (Bordeline Evaluation of Severity Over the Time, BEST) (Blum et al., 2002):

BEST es un cuestionario de 15 ítems con una escala Likert de 5 puntos (1= nada/muy leve; 5= extremadamente) que evalúa tres áreas: pensamientos, emociones y comportamientos negativos, y comportamientos positivos. Este cuestionario se desarrolló junto con el programa STEPPS para evaluar la gravedad de la sintomatología a lo largo del tiempo, así como la efectividad del tratamiento. La prueba ha demostrado ser altamente válida, confiable y con alta consistencia interna (alfa de Cronbach= 0.86-0.92) y sensible al cambio en un período de solo 4 semanas (Pfohl, 2009). La puntuación total del BEST no presenta punto de corte, a mayor puntuación mayor desregulación emocional y conductual.

- **Escala de Impulsividad de Barrat** (Barratt Impulsiveness Scale, BIS)(Barratt, 1959):

La escala BIS mide los niveles de impulsividad en diferentes áreas. El cuestionario consta de 30 ítems y tres subescalas: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planificada (Barratt, 1959).

- **Escala de Ideación Suicida de Beck (SIS; Suicidal Intent Scale)** (de Rivera, 2000):

Este cuestionario evalúa las características y la posibilidad de un intento de suicidio en el presente y el pasado. Aborda las circunstancias durante el intento, la actitud hacia la vida y la muerte, los pensamientos antes, durante y después del intento, y el consumo de sustancias. El cuestionario consta de 20 ítems valorados en una escala de 3 puntos (de 0 a 2). La prueba presenta excelentes propiedades psicométricas, con alta confiabilidad (alfa de Cronbach= 0.89) y una excelente validez y capacidad discriminativa (de Rivera, 2000). Para su interpretación, en caso de que los ítems 4 y 5 sean puntuados con un 0 se establece que no hay riesgo de suicidio. En caso de puntuar en estos ítems, la puntuación será interpretada sin establecer punto de corte indicando una mayor puntuación un mayor riesgo de suicidio.

- **Inventario de Declaraciones Sobre Autolesiones** (Inventory of Statements About Self-injury, ISAS) (Pérez, García-Alandete, Cañabate y Marco, 2020):

El ISAS es un cuestionario para explorar las conductas autolesivas y se divide en dos secciones. La primera sección evalúa la presencia y frecuencia de 13 tipos diferentes de autolesiones, y la segunda sección evalúa la funcionalidad de las conductas autolesivas realizadas en una escala Likert de 3 puntos. Este cuestionario permite evaluar las conductas autolesivas a lo largo del tratamiento e inferir la efectividad del programa en el abordaje de estas conductas. El ISAS ha sido validado recientemente en español, mostrando muy buenas propiedades psicométricas y estableciéndose como la prueba de elección para la evaluación de la autolesión (Pérez, García-Alandete, Cañabate y Marco, 2020).

- **Escala de Desesperanza de Beck (BHS; Beck Hopeless Scale)** (Beck et al., 1974).

El BHS es una escala de 20 ítems de verdadero o falso que evalúa los sentimientos de desesperanza de las personas. En este caso evalúa tres aspectos de la

desesperanza: 1. Las expectativas de una persona sobre la vida; 2. Sus sentimientos acerca del futuro y 3. La pérdida de motivación. El instrumento ha sido validado en español mostrando una excelente consistencia interna (coeficiente Kuder-Richardson-20=0.88) (Rueda-Jaimes et al., 2018). La escala indica mayor gravedad a mayor puntuación, estableciéndose los siguientes niveles de desesperanza según los siguientes puntos de corte: 0-3: ninguna o mínima, 4-8= leve, 9-14= moderada y 15-20= grave.

Tabla 1. Evaluación internos

Instrumento	Área evaluada
BEST	Intensidad, pensamientos, sentimientos y comportamientos en la desregulación emocional
BIS	Nivel de impulsividad; cognitiva, motora y no planeada
SIS	Tentativa suicida presente y pasada
ISAS	Presencia, frecuencia y funcionalidad de las conductas autolesivas
BHS	Desesperanza entendida cómo expectativas sobre la vida, sentimiento hacia al futuro y pérdida motivación.

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

3.4.2. Variables de implementación

Las variables de implementación son esenciales para evaluar el proceso de implementación de la intervención en los centros penitenciarios de Catalunya. Se han evaluado los siguientes aspectos:

■ Viabilidad

Se refiere a la medida en que un nuevo tratamiento puede utilizarse o llevarse a cabo con éxito en un entorno o sistema particular, en este caso, en los CP de Catalunya. La viabilidad se medirá con los siguientes instrumentos:

- **Medida de Viabilidad de la Intervención** (Feasibility of Intervention Measure, FIM)(Weiner et al., 2017): La FIM consta de cuatro ítems diseñados para medir

la viabilidad de la intervención a través de una escala Likert de 5 puntos. La escala ha demostrado buenas propiedades psicométricas, con alta consistencia interna (alfa de 0,85 a 0,91) y coeficientes de fiabilidad de prueba y retest que oscilan entre 0,73 y 0,88. La escala no consta de punto de corte para su interpretación, en este caso a mayor puntuación indica un mayor grado de percepción de viabilidad. Esta medida forma parte de una batería de tres escalas, AIM, IAM y FIM.

■ **Aceptabilidad**

Se refiere a la percepción de las partes interesadas sobre si la intervención es útil o satisfactoria. La aceptabilidad se medirá con los siguientes instrumentos:

- **Medida de Aceptabilidad de la Intervención** (Acceptability of Intervention Measure = AIM) (Weiner et al., 2017). El AIM evalúa la aceptabilidad a lo largo de cuatro ítems de escala Likert de cinco puntos. Esta escala ha demostrado buenas propiedades psicométricas, con alta consistencia interna (alfa de 0,85 a 0,91) y coeficientes de fiabilidad de prueba y retest que oscilan entre 0,73 y 0,88. La escala no consta de punto de corte para su interpretación, en este caso a mayor puntuación indica un mayor grado de aceptabilidad de la intervención. Esta medida forma parte de una batería de tres escalas, AIM, IAM y FIM.
- **Cuestionario de satisfacción de los Usuarios** (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-I) (Boß et al., 2016): El CSQ-I es un cuestionario de ocho ítems que evalúa la satisfacción general de los participantes con la intervención recibida. Ha demostrado ser una herramienta confiable con alta consistencia interna. No se establece punto de corte, interpretando a mayor puntuación mayor grado de satisfacción.

■ **Adecuación**

Se refiere a la adecuación, relevancia o compatibilidad percibida de la intervención basada en la evidencia para un entorno de práctica específico, en este caso, en los CP de Catalunya. La adecuación se medirá con el siguiente instrumento:

- **Medida de Adecuación de la Intervención** (Intervention Adequation Measurement = IAM) (Weiner et al., 2017): La IAM incluye cuatro ítems de escala Likert de cinco puntos diseñados para medir la adecuación de la intervención. Esta escala ha demostrado buenas propiedades psicométricas, con alta consistencia interna (alfa de 0,85 a 0,91) y coeficientes de fiabilidad de prueba y retest que oscilan entre 0,73 y 0,88. La escala no consta de punto de corte para su interpretación, en este caso a mayor puntuación indica un mayor grado de percepción de adecuación. Esta medida forma parte de una batería de tres escalas, AIM, IAM y FIM.

■ Penetración

El nivel de penetración de la intervención se ha explorado mediante las entrevistas cualitativas realizadas a los profesionales siguiendo la metodología expuesta en el apartado de análisis de resultados cualitativos.

■ Sostenibilidad

Esta dimensión se refiere al grado de mantenimiento de una nueva intervención y se evaluará con los siguientes instrumentos:

- Barreras y facilitadores de la implementación (Barriers and facilitators of the implementation, FBI) (Bach-Mortensen, Lange, & Montgomery, 2018): El FBI es un cuestionario desarrollado específicamente para estudios de implementación. Se establecieron 28 ítems para abordar el constructo de las barreras y 21 ítems para abordar los facilitadores en el proceso de implementación de la intervención basada en la evidencia en el contexto penitenciario.
- Inventario de *Burnout* de Copenhagen (*Copenhagen Burnout Inventory*, CBI) (Kristensen et al., 2005). El CBI pese a no ser una medida de evaluación de las variables de implementación directamente ha sido considerado por su posible influencia en el proceso de implementación. El CBI es un cuestionario de 19 ítems de escala Likert de 5 puntos para medir el síndrome de *burnout* diferenciando tres subdimensiones; *burnout* persona, *burnout* relacionado con el trabajo y *burnout* relacionado con los usuarios. El cuestionario ha mostrado

buenas propiedades psicométricas en las tres subescalas con una alta consistencia tanto en la subescala personal (alfa= 0.9), en la laboral (0.83) y la relacionada con los usuarios (0.82) (Moliner Ruiz et al., 2013).

- La evaluación del proceso ha incluido entrevistas cualitativas realizadas por la investigadora a los profesionales implementadores con el fin de identificar las barreras en el proceso de implementación y obtener la información necesaria para su adaptación adecuada.

Tabla 2. Evaluación implementación

Dimensiones	Instrumento	Área evaluada
Viabilidad	FIM	Viabilidad de la intervención
	Entrevista cualitativa	Dificultades viabilidad en el contexto
Aceptabilidad	AIM	Aceptabilidad de la intervención
	CSQ	Satisfacción general de la intervención
Adecuación	IAM	Adecuación de la intervención para el contexto percibida.
Penetración	Entrevista cualitativa	Grau de integración del programa al contexto
Sostenibilidad	FBI	Barreras y facilitadores del proceso de implementación
<i>Burnout</i>	CBI	Burnout personal, relacionado con el trabajo y con los usuarios

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. Análisis de los resultados

En este proyecto, se propone investigar los factores que influyen en el proceso de implementación del programa STEPPS para abordar las conductas autolesivas así cómo observar el efecto de éste en la sintomatología de los internos.

Para lograr este objetivo, se han llevado a cabo una serie de análisis estadísticos tanto cuantitativos cómo cualitativos que nos permitirán comprender la relación entre las distintas variables. Estos análisis se dividirán en tres categorías principales: análisis descriptivos, análisis de hipótesis y cualitativos.

3.5.1. Análisis descriptivos

Los análisis descriptivos se han utilizado para resumir y presentar los datos de la muestra incluyendo internos y profesionales. Se han utilizado la media, desviación estándar, intervalos de confianza, porcentajes y los rangos de cada variable para observar la tendencia central y la dispersión de los datos.

Para las variables categóricas, hemos utilizado tablas de frecuencia con el fin de observar la distribución de las respuestas en diferentes categorías. Esto es útil para comprender la prevalencia de ciertos comportamientos o características en nuestra muestra.

3.5.2. Análisis de hipótesis

En este estudio, realizaremos los siguientes análisis multivariantes:

Se han utilizado pruebas no paramétricas, también conocidas como pruebas de distribución libre o pruebas libres de suposiciones, dado que no se cumplen las pruebas de homogeneidad, así como la muestra es menor de 30. Específicamente se ha utilizado la prueba de Wilcoxon utilizada para comparar las muestras relacionadas antes de la implementación del programa y tras la misma. Específicamente se ha observado la significancia de las diferencias en las medianas de las muestras.

3.5.3. Análisis cualitativo

Los análisis cualitativos se realizan sobre las entrevistas realizadas a los profesionales de los centros. El propósito de la parte cualitativa es analizar las razones subyacentes a las diferencias en la efectividad de la implementación en los centros, la detección de las barreras y los facilitadores en el proceso de implementación así como la detección de los cambios necesarios para la adaptación del manual al contexto.

Para el desarrollo de los análisis cualitativos se ha utilizado el CFIR como guía para establecer la estructura de la entrevista así como generar las preguntas utilizadas (Damschroder et al., 2022).

Las transcripciones de las entrevistas se codificaron utilizando los constructos del CFIR dentro de los cinco dominios, de acuerdo con el libro de códigos cualitativos con definiciones operativas y criterios de inclusión y exclusión para cada constructo mutuamente excluyente disponibles en <https://cfirguide.org/constructs>. Estas codificaciones se realizaron por dos codificadores (RL-C y IJ), y se utilizó el software Atlas.ti versión 23 para este proceso.

Los resultados se agregaron por constructo, y se determinó la proporción de barreras y facilitadores dentro de cada uno.

Una vez que una transcripción fue codificada por cada codificador, se realizaron reuniones de consenso para discutir cada cita y constructo codificado, refinando las definiciones y los criterios de inclusión/exclusión según fuera necesario. La codificación final de la transcripción se alcanzó por consenso y consulta a un tercer codificador (AG-P) según fuera necesario. Las citas detectadas fueron calificadas numéricamente por dos codificadores (RL-C y IJ) de acuerdo con las instrucciones disponibles aquí: <https://cfirguide.org/evaluation-design/qualitative-data/>. Específicamente se asignó un valor a la asociación del constructo entre -2 y +2, indicando su valor cómo barrera, aspecto neutro o facilitador.

3.6. Procedimiento

Los objetivos del proyecto se desarrollaron siguiendo un enfoque de investigación detallado, los cuales se enumeran a continuación:

- **Prueba piloto en el Centre Penitenciari Quatre Camins**

El inicio del proyecto se desarrolló con la colaboración del CP Quatre Camins. Se realizó un estudio piloto de caso único que permitió evaluar de manera preliminar la viabilidad del programa. Además, se realizaron múltiples reuniones para abordar las complicaciones en cuanto a evaluación del programa, así como la propia aplicación del mismo.

- **Primera adaptación del manual STEPPS**

En base a la experiencia de las implementadoras del CP de Quatre Camins así como de las reuniones conjuntas se realizó una primera adaptación del manual STEPPS

con el objetivo de ajustarse a las necesidades y particularidades del contexto penitenciario. Esta primera adaptación resultó en una reducción del contenido a 16 sesiones (en lugar de las 20 sesiones de la versión original) incluyendo una extensión del número de sesiones destinadas a abordar las conductas autodestructivas.

- **Formación de los profesionales en autolesiones y aplicación del manual STEPSS**

Tras la primera adaptación se realizó una formación de cuatro días a los y las profesionales encargadas de realizar la implementación. La formación se realizó sobre la primera adaptación.

- **Aplicación del manual en los centros penitenciarios**

Tras el proceso de selección de los participantes siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos, se llevó a cabo la implementación en nueve CP de Catalunya.

- **Supervisión quincenal durante la implementación**

Se llevó a cabo una supervisión de seguimiento quincenal periódica para garantizar la fiabilidad de la implementación, realizar apoyo a los y las implementadores así como determinar acciones de adaptación durante la propia implementación.

- **Evaluación de los profesionales de manera cuantitativa y cualitativa**

Se realizó una evaluación exhaustiva de los y las profesionales que aplicaron la intervención, utilizando métodos cuantitativos y cualitativos para medir su desempeño y recopilar sus experiencias y retroalimentación.

- **Evaluación de la sintomatología de los pacientes**

Se evaluó la sintomatología de los pacientes que recibieron la intervención para medir los cambios en la sintomatología y determinar la efectividad del programa STEPSS.

- **Adaptación del manual**

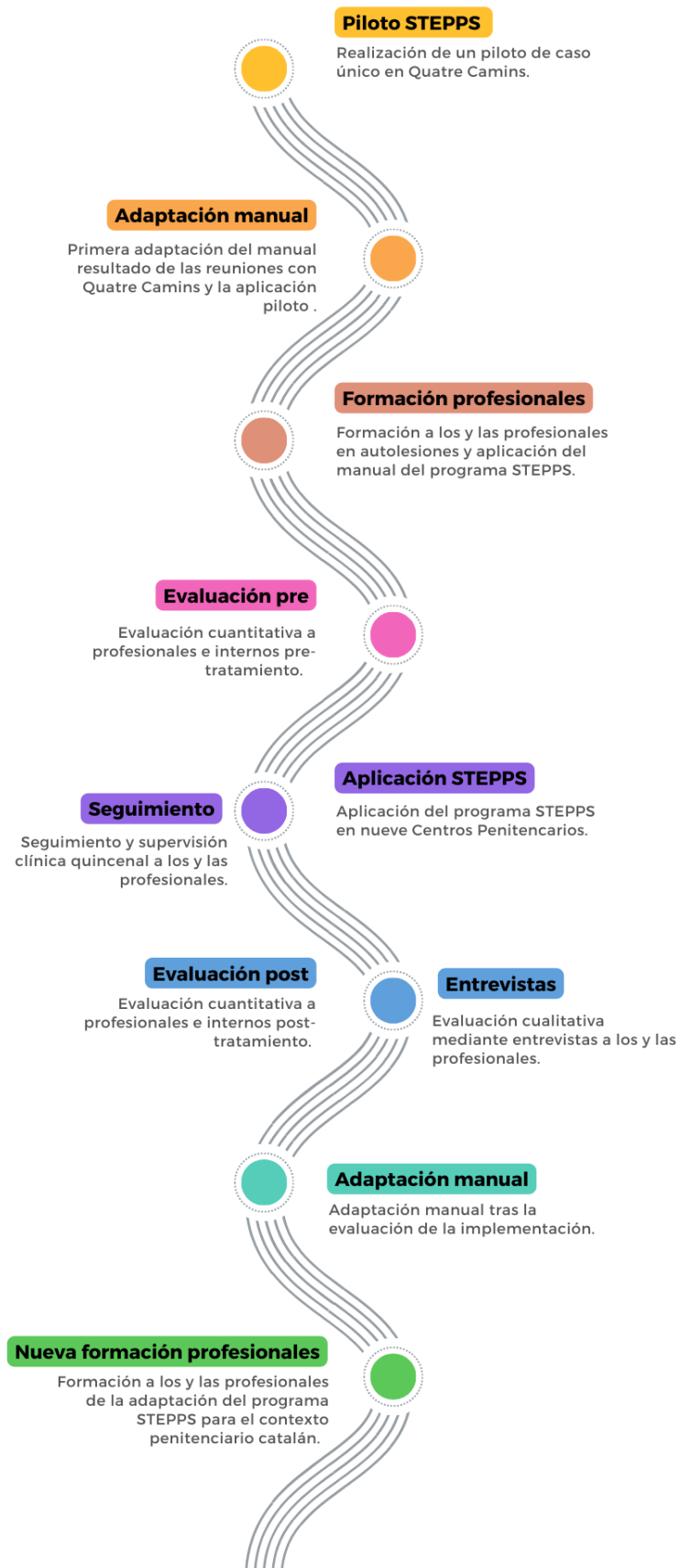
Tras la implementación y análisis de los resultados se han identificado las necesidades de adaptación y mejora del programa STEPSS así como el proceso de implementación de éste. En consecuencia, se ha realizado la nueva adaptación del

manual con la reducción del contenido a 12 sesiones y la ampliación del material visual y práctico con el fin de adecuarse a la población diana y al contexto penitenciario.

- **Nueva formación**

Con los nuevos cambios en el proceso de implementación, así como la adaptación del manual se realizará una formación adicional a los y las profesionales para las futuras implementaciones.

Figura 2. Procedimiento



4. Resultados

4.1. Internos

4.1.1. Datos demográficos

De los internos/as que han participado se ha accedido a los datos de 44 internos e internas que conforman la muestra estudiada. Específicamente la muestra se encuentra formada por 11 mujeres (24,4%) y 33 hombres (73,3%) (Ver *Gráfico 1*). La media de edad de la muestra se sitúa en 32,57 años en un rango de 21 a 63 años (DT=10,54).

En referencia al país de procedencia, la mayoría de la población es española (N=24) seguido por la población marroquí (N=10) (Ver *Gráfico 2*).

Gráfico 1. Sexos internos

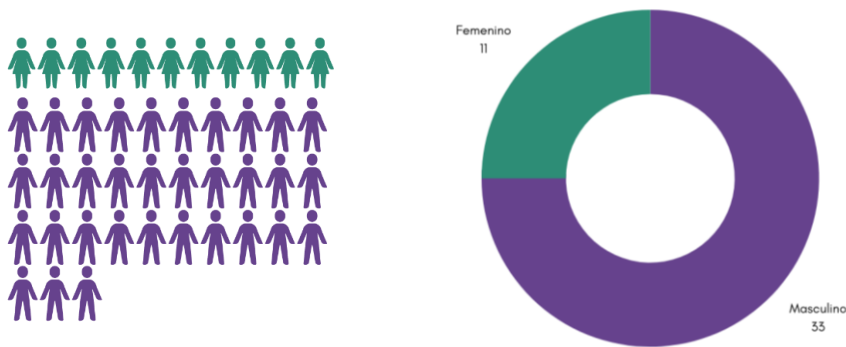
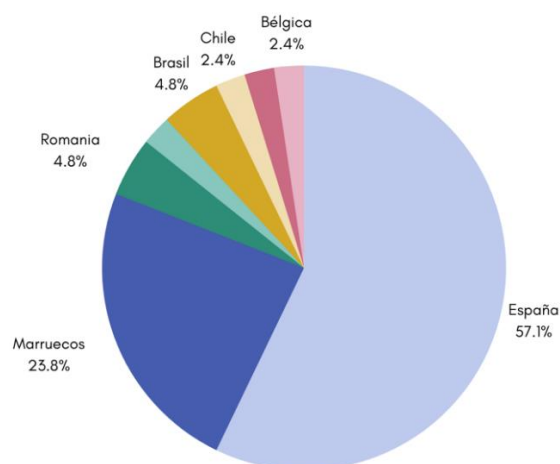
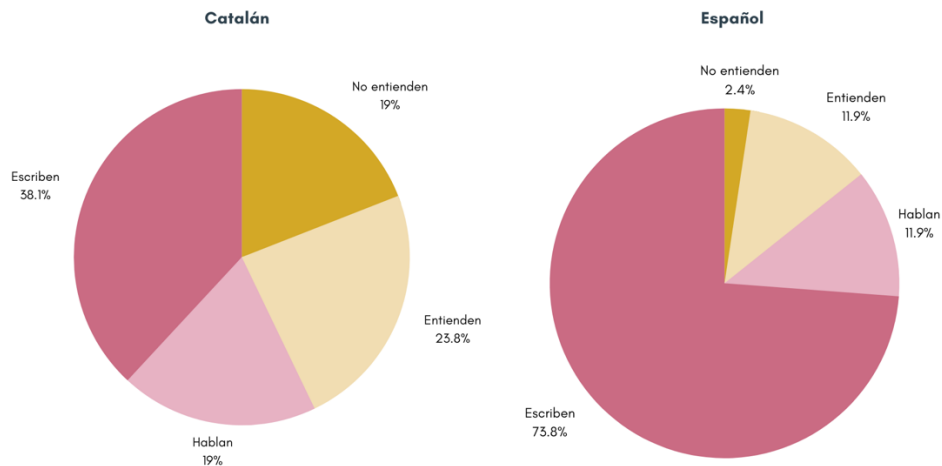


Gráfico 2. País de procedencia



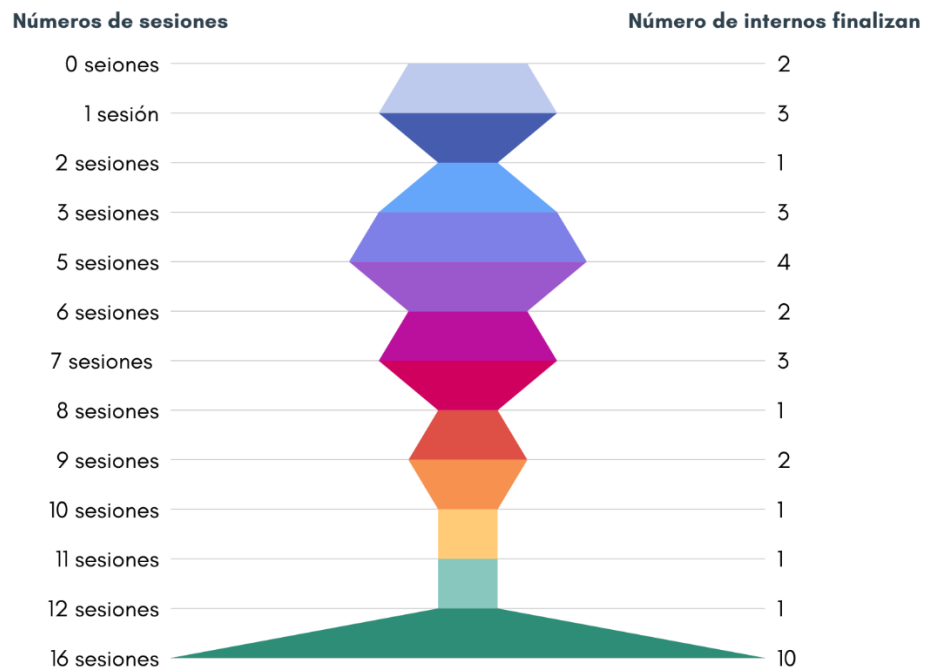
En relación con las habilidades lingüísticas y la capacidad de comprensión tanto del catalán como el español (Ver *Gráfico 3*) la mayoría escriben en ambos idiomas (N catalán=16; N español=31). Sin embargo, se observan más dificultades de comprensión en el caso del catalán, no entendiendo el idioma 8 internos, entendiéndolo solamente 10 de ellos y pudiendo solamente hablar 8 más.

Gráfico 3. Habilidades catalán y español



En cuanto al número de sesiones máximas realizadas por cada interno solo se dispone de la información de 34 de ellos (Ver *Gráfico 4*). En este caso 19 internos pudieron realizar 7 o más sesiones, cumplimentado el programa al completo 10 internos. En cambio 15 internos realizaron menos de 7 sesiones, no llegando a empezar ninguna sesión 2 de ellos.

Gráfico 4. Número de sesiones internos



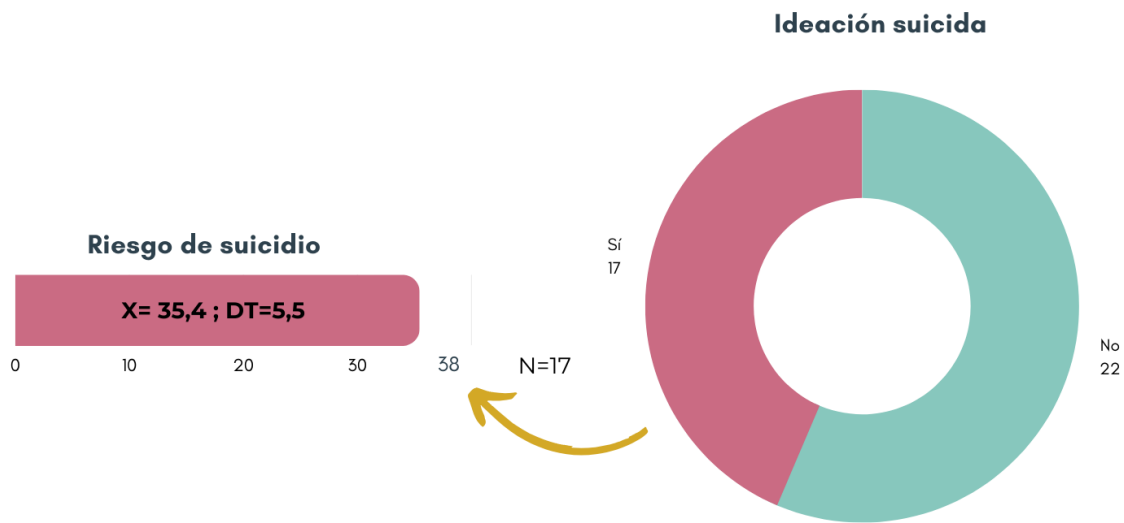
4.1.2. Datos clínicos

Previamente a realizar el programa se analizaron los niveles de ideación suicida así como los niveles de desesperanza entre los internos.

Entre la muestra, 17 internos mostraron ideación suicida (37,8%). Considerando que la puntuación máxima de riesgo de suicidio que recoge la escala es 38, en la muestra estudiada entre aquellos que mostraban ideación suicida se obtuvo una media de 35,4 (DT=5,5).

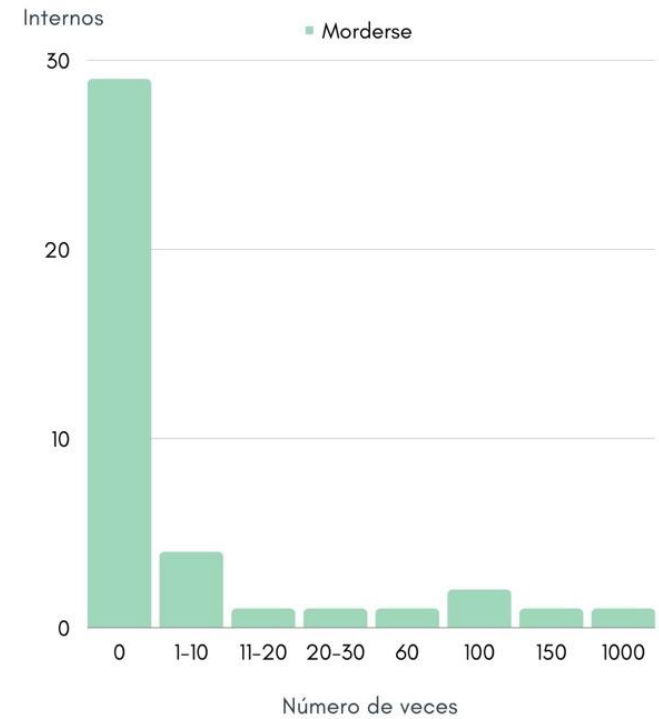
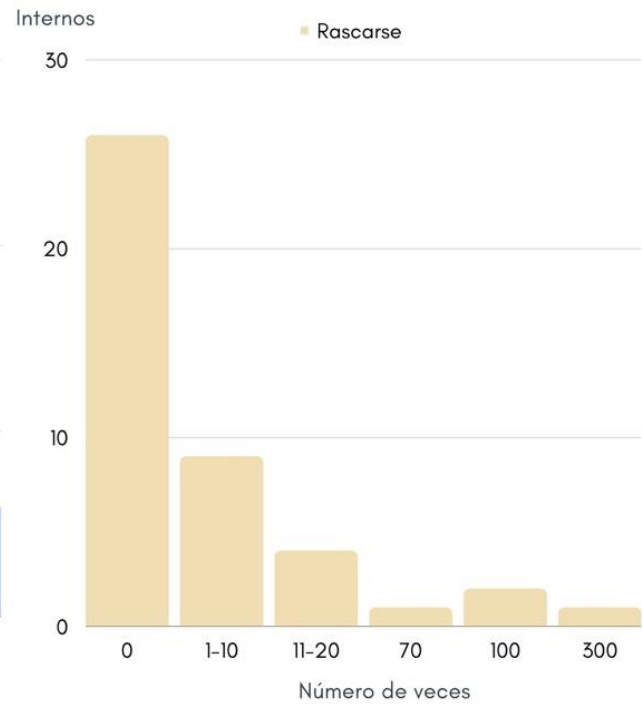
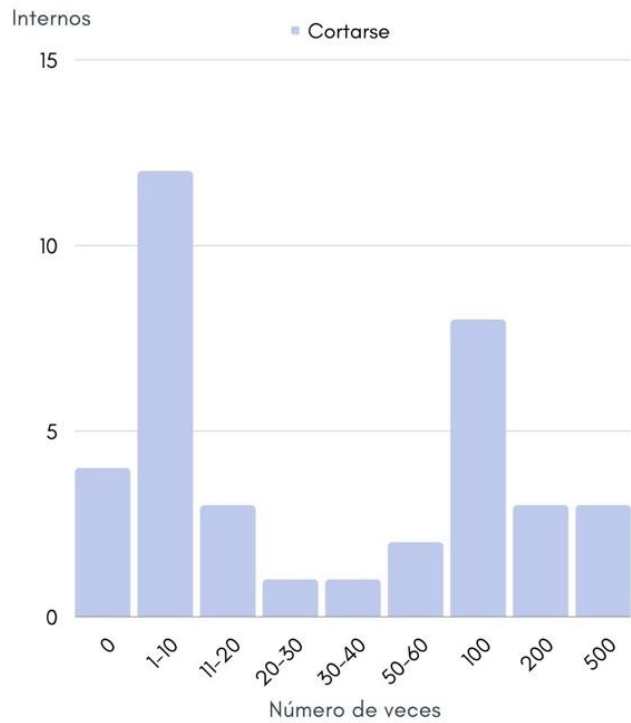
En cuanto a los niveles de desesperanza se obtuvo una media de 8,15 (DT= 5,45) en un rango de 0 a 17. Según los puntos de corte establecidos por la Escala de Desesperanza de Beck y considerando la puntuación media, se observan unos niveles de desesperanza leve (de 4 a 8). Sin embargo, en algunos casos se llega a observar niveles de desesperanza moderada (N=15) (de 9 a 14) y severa (N=5) (entre 15 a 20).

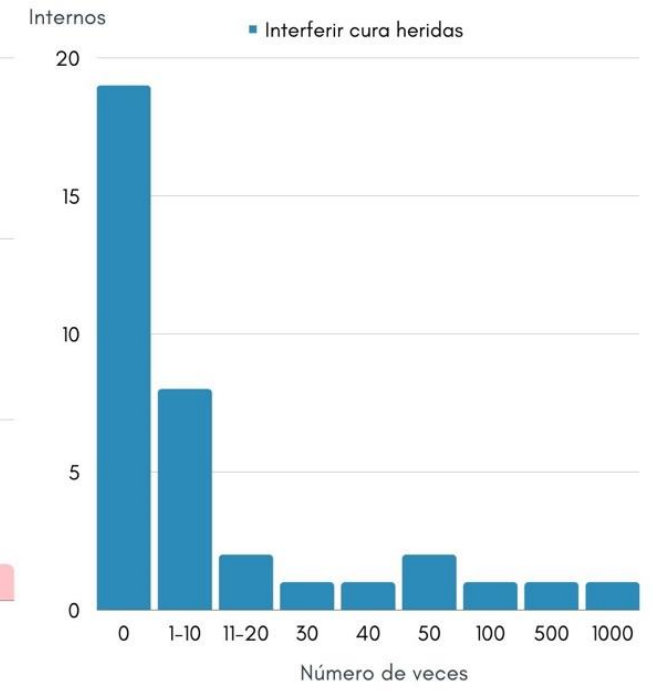
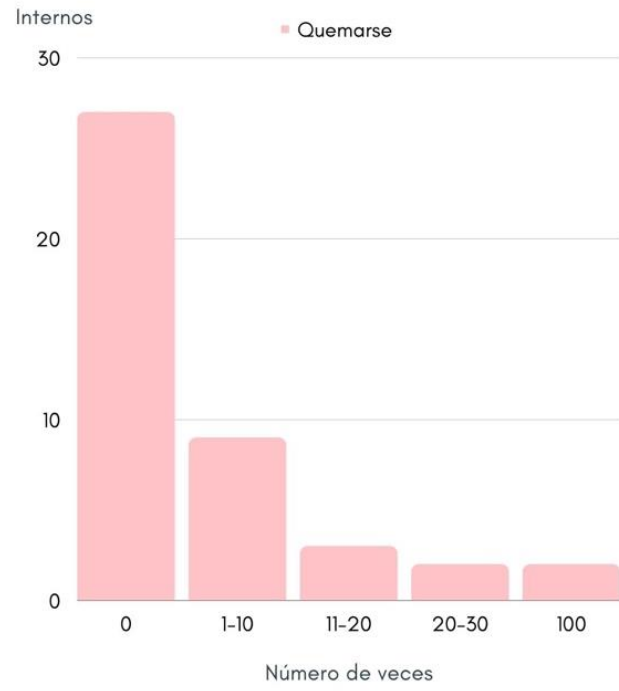
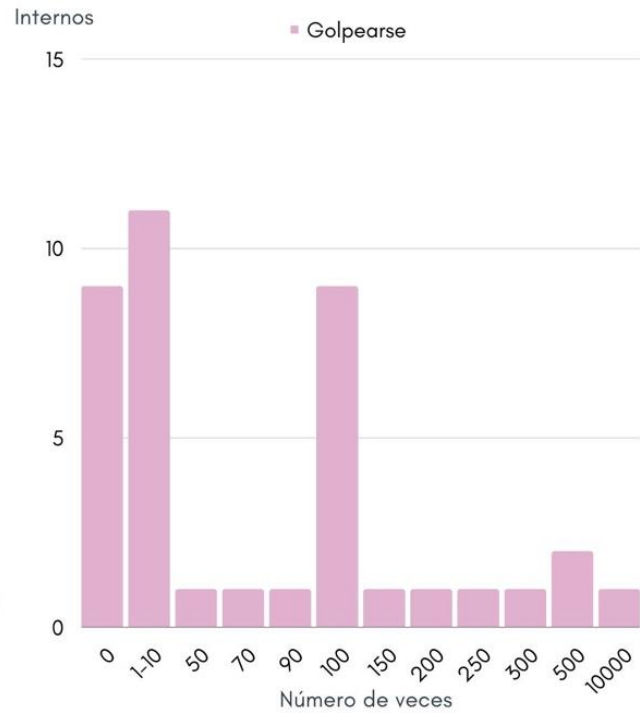
Gráfico 5. Ideación y riesgo de suicidio

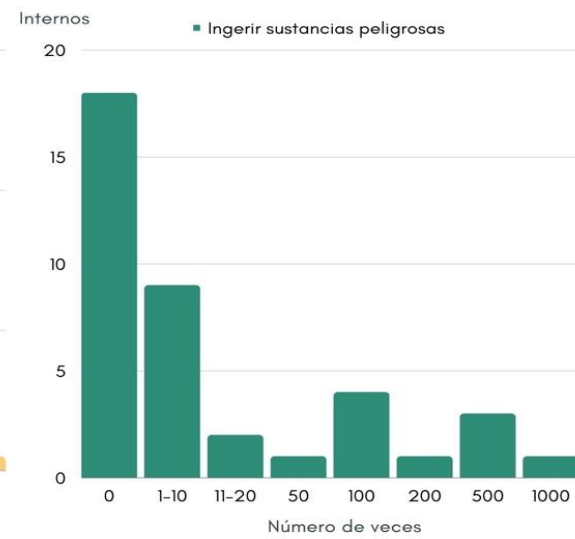
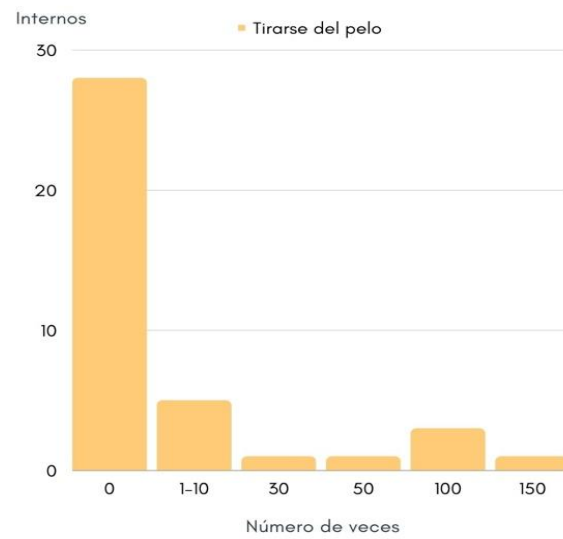
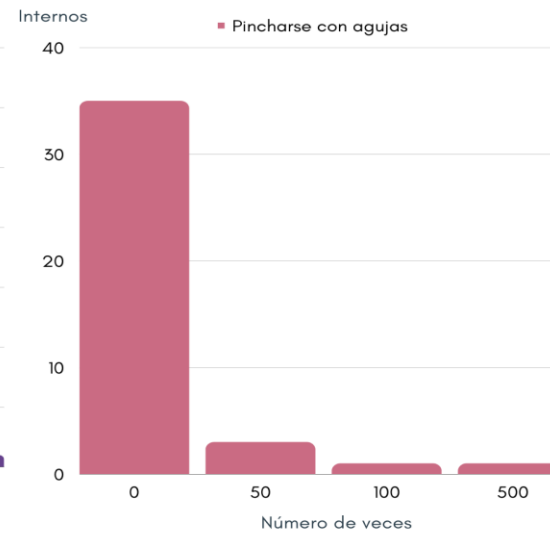
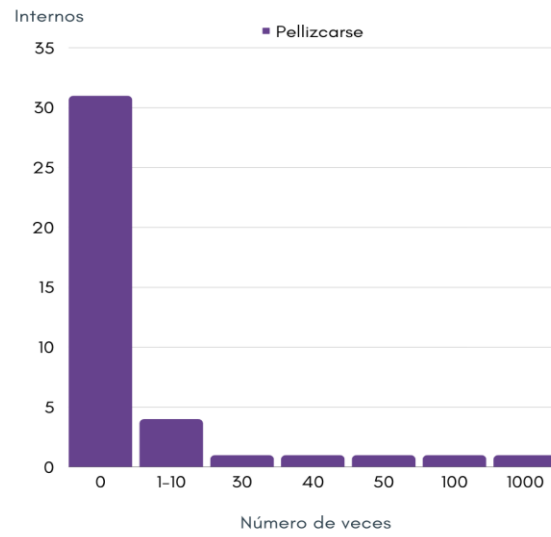


En cuanto a las características de la autolesión mediante el ISAS se han podido determinar las formas más comunes de ejercer éstas, así como la relación de los internos con las conductas autolesivas. En el conjunto de gráficos (Ver *Gráfico 6*) podemos observar la frecuencia de cada tipología de forma de autolesión. En los gráficos se observa cuántos internos han afirmado utilizar este tipo de autolesión y cuántas veces en su vida han hecho uso de éstas. Destacan el cortarse, el golpearse y el ingerir sustancias como formas de autolesión más recurridas.

Gráfico 6. Frecuencia de cada tipología de autolesión



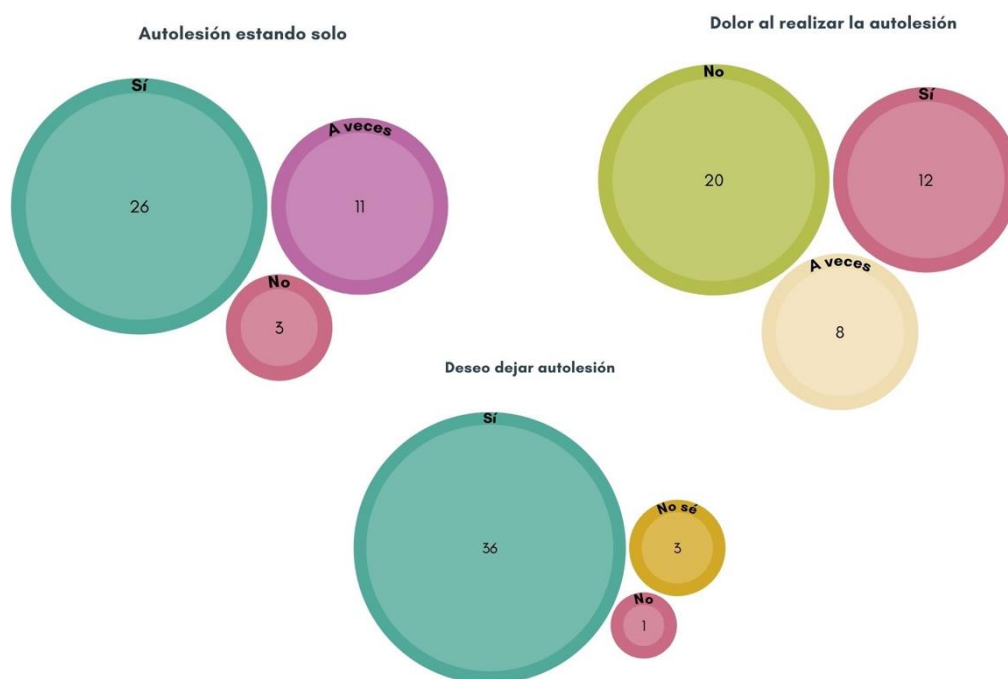




En referencia a la relación con la autolesión, la mayoría de los internos afirma realizarlas cuando esta solo (65%), frente a los que las realizan en compañía (12,5%), o solo a veces en compañía (27,5%). En cuanto a sentir dolor mientras se ejerce la conducta autolesiva, el 50% no siente dolor, frente a un 30% que sí lo siente, y un 20% que solo a veces (Ver *Gráfico 7*).

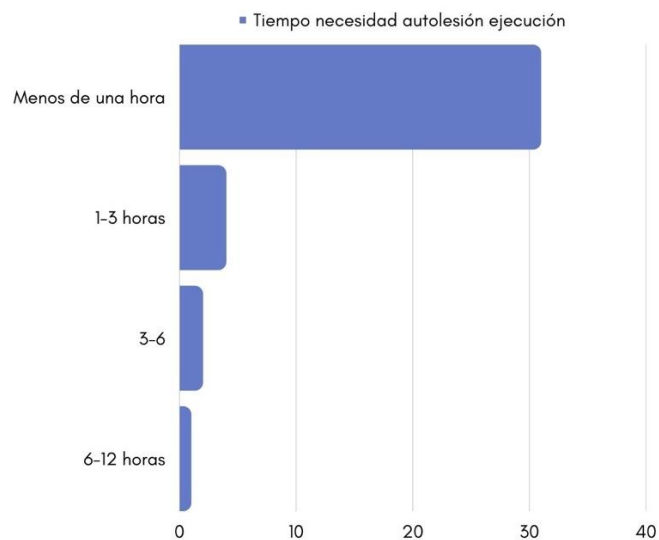
Referente al deseo de dejar de realizar conductas autolesivas, la gran mayoría manifestaron un deseo de dejar de realizarlas (90%) frente a una menor proporción que se mostraba ambivalente (7,5%) o expresaban el deseo de seguir realizándolas (0,5%).

Gráfico 7. Relación con la autolesión



Referente a la temporalidad que transcurre entre el deseo y la realización de la conducta autolesiva, el cuestionario ISAS planteaba las siguientes temporalidades: <1 hora, de 1-3 horas, de 3-6 horas, 6-12 horas, 12-24 horas y >1 día (Ver *Gráfico 7*). La gran mayoría indicaron la temporalidad más baja, menor a una hora (81,58%). Sin embargo, cabe destacar que en el pase de los cuestionarios han sido muchos los que han especificado escribiendo sobre el cuestionario una temporalidad menor, algunas de las frases que encontramos son: “no llega ni a minutos”, “en cuestión de segundos”, “al momento”, etc.

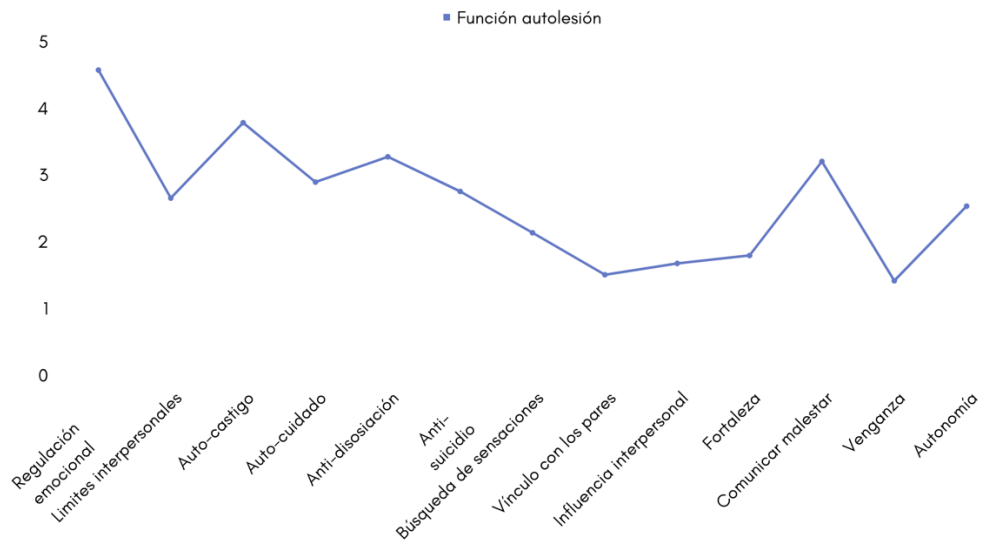
Gráfico 8. Tiempo entre necesidad y ejecución de la autolesión



En última instancia se determinaron la funcionalidad de las autolesiones en 13 categorías (Ver *Gráfico 9*).

Las diferentes funciones son puntuadas en un rango de 0 a 6, indicando a mayor puntuación un mayor uso de la autolesión en relación con dicha función. Concretamente se obtuvieron las siguientes puntuaciones: regulación emocional ($X=4,57$, $DT=1,46$), límites interpersonales ($X=2,67$; $DT=2,22$), auto-castigo ($X=3,78$; $DT=2,04$), auto-cuidado ($X=2,89$; $DT=1,39$), anti-disociación ($X=3,27$; $DT=1,36$), anti-suicidio ($X=2,75$; $DT=1,82$), búsqueda de sensaciones ($X=2,13$; $DT=1,67$), vínculo con los pares ($X=1,5$; $DT=1,67$), fortaleza ($X=1,79$; $DT=1,65$), comunicar malestar ($X=3,24$; $DT=1,83$), venganza ($X=1,41$; $DT=1,75$) y autonomía ($X=2,53$; $DT=2,18$).

Gráfico 9. Funciones de la autolesión



El BEST se establece como cuestionario esencial tanto del programa STEPPS como en relación con el objetivo de este proyecto dado que evalúa los niveles de desregulación emocional y conductual. A mayor puntuación se observa un mayor nivel de desregulación.

Antes de realizar el programa STEPPS los internos obtuvieron una puntuación media de 36,81 (DT=13,21) y una puntuación media tras la realización de este de 30,38 (DT=8,68).

En este caso, se ha observado una disminución significativa de la sintomatología tras la realización programa STEPPS ($Z = -2,668$; $p < 0,05$) (Ver Gráfico 10).

Gráfico 10. Puntuación BEST



En referencia a la Escala de Impulsividad de Barratt, se identifican tres subescalas distintas: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada (Ver *Gráfico 11*). Las puntuaciones de la escala indican mayor nivel de impulsividad en cada subescala a mayor puntuación.

En la subescala de impulsividad cognitiva, se registró una media de 20,90 (DT=3,96) antes de la implementación, mientras que después de la implementación, la media fue de 21,08 (DT=3,94).

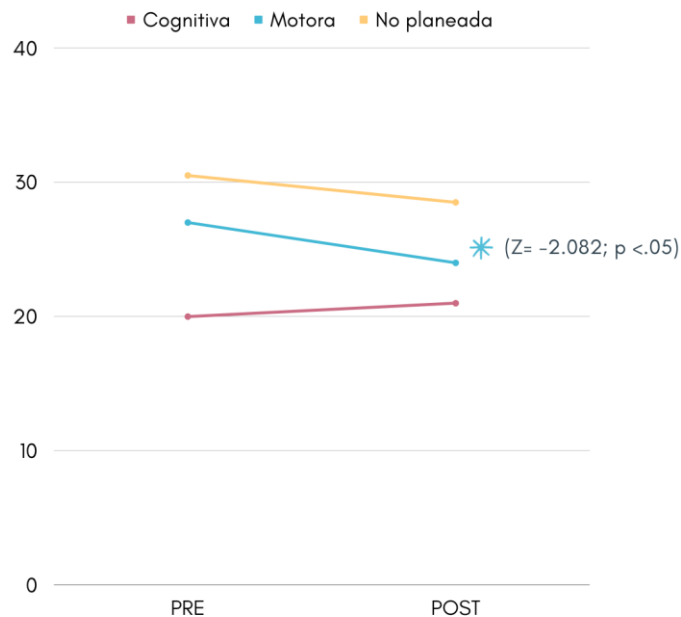
Con respecto a la impulsividad motora, se obtuvo una media de 26,7 (DT=5,2) antes de la intervención y una media de 24,5 (DT=3,96) después de la misma.

En cuanto a la impulsividad no planeada, se observó una media de 30,52 (DT=6,03) antes del programa y una media de 28,5 (DT=6,97) después del mismo.

Al realizar pruebas no paramétricas, se encontraron diferencias significativas en la impulsividad motora, con una disminución significativa de los niveles de impulsividad ($Z= -2,082$; $p < 0,05$). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas ni en la impulsividad cognitiva ($Z= -0,733$; $p > 0,05$) ni en la impulsividad no planeada ($Z= 0,00$; $p > 0,05$).

Como resultado, se observó una disminución general en los niveles de impulsividad, siendo esta significativa en relación a la impulsividad motora, es decir, la tendencia a realizar acciones “sin pensar”. Aunque no significativa, también se observó una disminución en cuanto al déficit para fijar y/o mantener la atención (impulsividad cognitiva) y la incapacidad de planificar acciones futuras (impulsividad no planeada).

Gráfico 11. Puntuación impulsividad



En última instancia se valoró el nivel de satisfacción de los internos con la intervención recibida. En este caso se obtuvo una buena satisfacción con una media de 25,58 sobre una puntuación máxima de 32 (DT= 4,16).

4.2. Profesionales

4.2.1. Datos descriptivos

De los profesionales involucrados en el proyecto hemos obtenido información de 24, correspondiendo 7 al género masculino (29,2%) y 17 al género femenino (70,8%).

De los centros de *Lledoners*, *Brians 2*, *Brians 1* Hombres participaron dos profesionales de cada centro. También participaron dos profesionales des Serveis Centrals. En el caso de *Ponent*, *Quatre Camins*, *Más d'Enric*, *Brians 1* Mujeres y

Jóvenes participaron tres profesionales. En el caso de *Puig de les Basses* solo disponemos de información de un profesional.

Cabe destacar que, en este caso, no se obtienen resultados post-implementación del centro *Puig de les Basses* dado que la implementación se está llevando a cabo en el momento de redactar esta memoria.

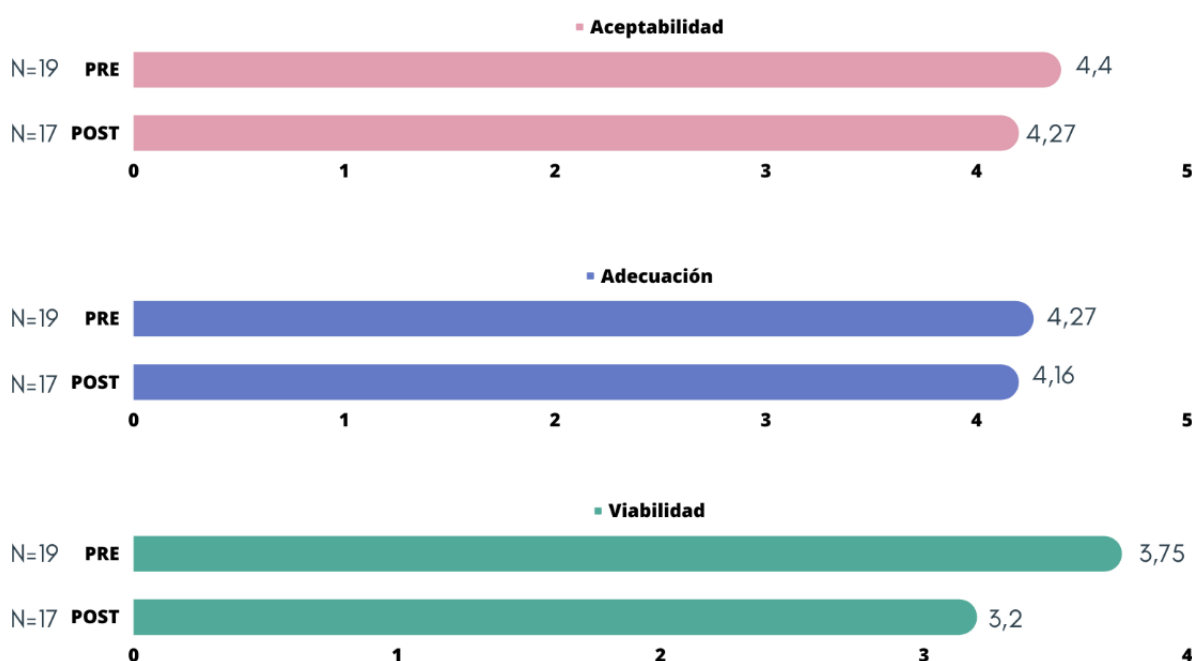
Con relación a los niveles de aceptabilidad, adecuación y viabilidad encontramos los siguientes resultados (Ver *Gráfico 12*).

En lo que respecta a la aceptabilidad, previa a la intervención, se ha observado una media de 4,4 (DT = 0,50) en una muestra de 19 profesionales, con valores oscilando en un intervalo de 3,75 a 5. Tras la implementación de STEPPS, se ha observado una media de 4,27 (DT=0.6) con un intervalo de 3,25 a 5 en una muestra de 17 profesionales.

En relación con la adecuación, se observó una media de 4,2 (DT = 0,57) en un intervalo de 3 a 5 antes de la aplicación del programa en 19 profesionales. Después de la implementación, se obtuvo una media de 4,16 (DT = 0,6) en una muestra de 17 profesionales, con un intervalo de 3,25 a 5.

En lo que respecta a la viabilidad, se obtuvo una media de 3,75 (DT = 0,72) en un rango de 2 a 4,75 en una muestra de 19 profesionales previamente a la implementación. Tras la aplicación, se registró una media de 3.2 (DT = 0,92) en un rango de 1,75 a 5 en una muestra de 17 profesionales.

Gráfico 12. Descriptivos aceptabilidad, adecuación y viabilidad

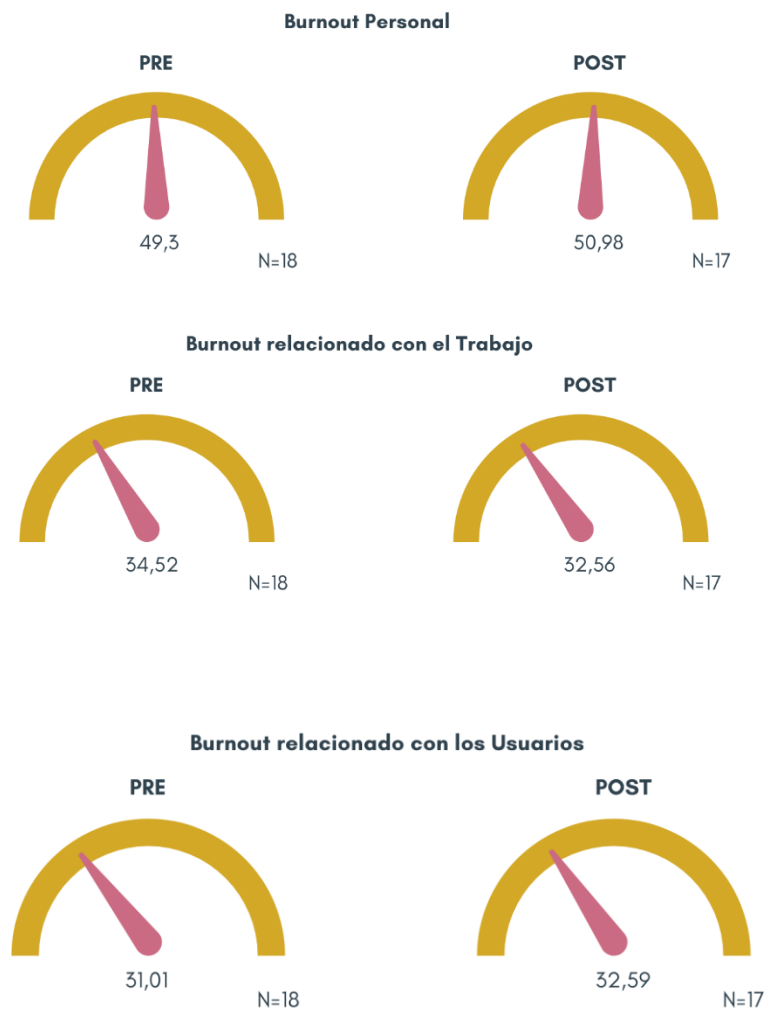


Tras las pruebas no paramétricas, no se observaron diferencias significativas antes de y tras la implementación en referencia a los niveles de aceptabilidad ($Z = -0,716$, $p > 0,05$) ni adecuación ($Z = -0,660$, $p > 0,05$). Respecto a la viabilidad, fue menor en la evaluación post implementación mostrando una diferencia significativa ($Z = -2,046$; $p < 0,05$)

En cuanto a los niveles de *Burnout* (Ver Gráfico 13), se diferencia entre el *burnout* personal, relacionado con el trabajo y relacionado con los usuarios. Previamente a la implementación de la intervención se obtuvo de una muestra de 18 profesionales una media de *burnout* personal de 49,3 (Min=25, Max=83.33; DT=15.80), una media de *burnout* relacionado con el trabajo de 34.52 (Min=10.71, Max=67.86; DT=17.14) y una media de *burnout* relacionado con los usuarios de 31.01 (Min=16.67, Max=54.17; DT=31.01).

Tras la implementación del programa STEPPS se observaron en 17 profesionales una media de 50.98 con relación al *burnout* personal (Min=12.5, Max=79.17; DT=16.17), una media de 32.56. en cuanto a *burnout* relacionado con el trabajo (Min=10.71, Max=64.29; DT=14.39) y una media de 32.59 en cuanto *burnout* relacionado con usuarios (Min=16.67, Max=50; DT=14.39).

Gráfico 13. Niveles de *burnout*



Al realizar las pruebas no paramétricas, no se observaron diferencias del nivel de *burnout* en ninguna de las tres subescalas (PB= $Z = -1.747$, $p > .05$; WB= $Z = -.268$, $p > .05$; CB= $Z = -.722$, $p > .05$).

En cuanto a la detección de barreras en la *Tabla 3* quedan reflejados la cantidad de profesionales que detectaron cada aspecto como posible barrera (Categoría=Sí), no la percibían la posible barrera cómo tal (Categoría= No) o la percibían de manera neutra (Categoría= Otra). Específicamente se reflejan los siguientes resultados.

Tabla 3. Barreras para la implementación

	Pre-implementación						Post-implementación					
	Sí		No		Otra		Sí		No		Otra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cambio de administrador	14	77,8	4	16,7	-	-	7	41,2	9	52,9	1	5,9
Cambio de personal frecuente	17	94,1	1	4,2	-	-	9	52,9	8	47,1	-	-
Falta de convicción sobre la eficacia del programa	13	72,2	5	27,8	-	-	7	41,2	10	58,8	-	-
No se proporciona tiempo para aprender e implementar el nuevo programa	16	88,9	2	11,1	-	-	6	35,3	10	58,8	1	5,9
Falta de liderazgo	11	61,1	6	33,3	1	5,6	2	11,8	15	88,2	-	-
Falta de preparación del personal	11	61,1	6	33,3	1	5,6	8	47,1	9	52,9	-	-
Altos niveles de estrés	15	83,3	3	16,7	-	-	8	47,1	9	52,9	-	-
Falta de pacientes que se puedan asignar/beneficiar de la intervención	6	33,3	11	61,1	1	4,2	8	47,1	8	47,1	1	5,9
Demasiados pacientes para asignar la intervención	11	61,1	6	33,3	2	11,1	3	17,6	14	82,4	-	-
Grieta entre los profesionales que asistieron a la formación y los que no	9	37,5	7	29,2	2	11,1	6	35,3	11	64,7	-	-
Pacientes acostumbrados al tratamiento que ya han recibido y son resistentes al cambio	8	44,4	7	38,9	3	16,7	10	58,8	6	35,3	1	5,9
Dificultades en seguir el proceso y los procedimientos para implantación del programa de intervención	14	77,8	3	16,7	1	5,6	12	70,6	3	17,6	2	11,8
Resistencia al cambio por parte de los profesionales	9	50,0	9	50,0	-	-	3	17,6	13	76,5	1	5,9
Conflicto entre la intervención y la misión/cultura de la organización	8	44,4	10	55,6	-	-	6	35,3	10	58,8	1	1,59
Falta de priorización de la intervención	11	61,1	6	33,3	-	-	35,3	10	58,8	-	-	
Falta de infraestructura administrativa	8	44,4	9	37,5	1	5,6	8	47,1	8	47,1	1	5,9
Falta de recursos financieros	8	44,4	8	44,4	2	11,	7	41,2	10	58,8	-	-
Falta de personal	15	83,3	3	12,5	-	-	11	64,7	6	35,5	-	-
Falta de recursos técnicos	10	55,6	7	38,9	-	-	9	52,9	7	41,2	1	5,9
Resistencia de los pacientes y no participación	17	94,4	1	5,6	-	-	13	76,5	3	17,6	1	5,9
La asistencia de los pacientes a consulta es baja	14	77,8	3	16,7	1	5,6	13	76,5	2	11,8	2	11,8
La misión de la organización no está clara	5	27,8	1	61,1	2	11,1	4	23,5	13	76,5	-	-
Baja cohesión en la organización	11	61,1	4	22,2		16,7	6	35,5	11	64,7	-	-
La intervención no cuadra con el tipo de población tratada	7	38,9	9	50,0	2	11,1	7	41,2	10	58,8	-	-
Falta de personal para la implementación	13	33,3	5	27,8	-	-	9	52,9	7	41,2	1	5,9
Falta de integración del programa con el resto de las intervenciones	6	33,3	11	61,1	1	5,6	9	52,9	7	41,2	1	5,9
Problemas de entendimiento de la intervención	10	55,6	8	44,4	-	-	7	41,2	10	58,8	-	-

En referencia a los facilitadores, se han obtenido las percepciones de 18 profesionales previamente a la implementación del programa y de 17 tras la misma. En la *Tabla 4* quedan reflejados la cantidad de profesionales que detectaron cada aspecto cómo posible facilitador (Categoría=Sí), no percibían el posible facilitador cómo tal (Categoría= No) o la percibían de manera neutra (Categoría= Otra). Específicamente se reflejan los siguientes resultados:

Tabla 4. Facilitadores para la implementación

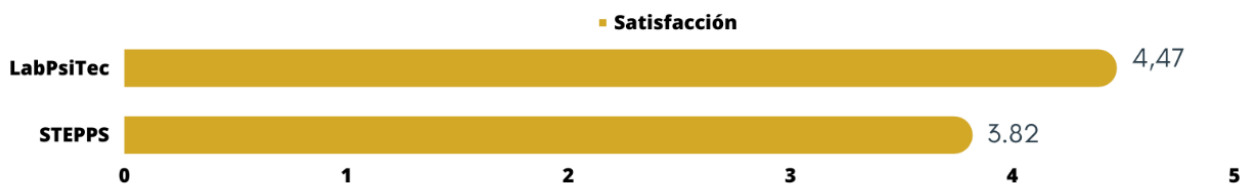
	Pre-implementación						Post-implementación					
	Sí		No		Otra		Sí		No		Otra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
La intervención cuadra bien con la misión de la organización	14	77,8	4	16,7	-	-	13	76,5	2	11,8	2	11,8
La organización apoya/prioriza la intervención	16	88,9	2	11,1	-	-	13	76,5	2	11,8	2	11,8
Los líderes apoyan la intervención	13	72,2	-	-	5	27,8	15	88,2	1	5,9	1	5,9
Motivación de los profesionales para implementar la intervención	14	77,8	1	5,6	3	16,7	17	100	-	-	-	-
Estabilidad organizacional	9	50,0	6	27,8	3	16,7	8	47,1	8	47,1	1	5,9
Experiencia del profesional	13	72,2	1	5,6	1	5,6	15	88,2	2	11,8	-	-
Formación recibida sobre la intervención	16	88,9	1	5,6	1	5,6	16	94,1	1	5,9	-	-
Capacidad e infraestructura administrativa	12	66,7	3	16,7	3	16,7	9	52,9	7	41,2	1	5,9
Eficacia percibida sobre la intervención	15	83,3	-	-	3	16,7	14	82,4	3	17,7	-	-
Evaluación continuada de la intervención	15	83,3	2	11,1	1	5,6	13	76,5	2	11,8	2	11,8
Novedad de la intervención	15	83,3	1	5,6	2	11,1	14	82,4	2	11,8	1	5,9
La intervención cuadra con la población tratada	16	88,9	1	5,6	1	5,6	13	76,5	2	11,8	2	11,8
Posibilidad de colaborar con otra organización para implementar la intervención	13	72,2	5	27,8	-	-	12	70,6	3	17,7	2	11,8
Proporcionar incentivos /reforzadores a los pacientes por utilizar el programa	10	55,6	4	22,2	4	22,2	12	70,6	3	17,7	2	11,8
Apoyo continuo para implementar la intervención	14	77,8	1	5,6	3	16,7	13	76,5	4	23,5	-	-
Disponibilidad de asistencia técnica	14	77,8	1	5,6	3	16,7	13	76,5	3	17,7	1	5,9
Apoyo financiero	8	44,4	7	38,9	3	16,7	6	35,3	7	41,2	4	23,5
Coordinación con el resto de equipos participando en la implementación del programa	14	77,8	2	11,1	2	11,1	12	70,6	2	11,8	3	17,7
Informes sobre los resultados y progreso del paciente	14	77,8	2	11,1	2	11,1	12	70,6	3	17,7	2	11,8
Espacio de apoyo psicológico para los profesionales	13	72,2	4	22,2	1	5,6	8	47,1	7	41	2	11,1

En cuanto a la satisfacción del proceso de implementación se evaluó la satisfacción con la entidad externa LabPsiTec de la *Universitat Jaume I* y el nivel de satisfacción

con el programa STEPPS así como el deseo de continuación de la aplicación (Ver *Gráfico 14*).

Los y las profesionales mostraron elevados niveles de satisfacción con el equipo del LabPsiTec ($X= 4.47$; $DT=0.79$). Además, mostraron buenos niveles de satisfacción con el programa STEPPS ($X=3.82$; $DT=0.95$) así como el deseo de continuar con el mismo ($X=3.04$; $DT=.14$).

Gráfico 14. Satisfacción profesionales



4.2.2. Datos cualitativos

En el marco de esta memoria científica, se llevaron a cabo entrevistas estructuradas con la participación de un total de ocho centros penitenciarios (*Lledoners, Brians 2, Brians 1 Hombres, Ponent, Quatre Camins, Más Enric, Brians 1 Mujeres y Jóvenes*) y un grupo de 17 profesionales. Estas entrevistas tuvieron una duración variable, oscilando entre 30 minutos y una hora.

Cabe destacar que las entrevistas se han llevado a cabo siguiendo un enfoque dirigido por el marco teórico del CFIR. En congruencia el propósito principal de estas entrevistas ha sido identificar las barreras y facilitadores relacionados con las diferentes dimensiones del CFIR.

Las diferentes barreras detectadas han sido relacionadas principalmente con las características de los internos (individuos), las características propias del contexto penitenciario así como las características de la intervención. En el gráfico 15 se presentan las relaciones de estas barreras con cada dimensión.

A continuación, se exponen las principales barreras y facilitadores más destacadas de cada dimensión presentando ejemplos de las transcripciones. Las transcripciones

son literales, en consecuencia no se han corregido las faltas gramaticales o de expresión.

En las características de los individuos encontramos barreras que dificultan la implementación del programa STEPPS cómo es el consumo de sustancias, la inestabilidad propia de estas personas o el uso de medicación.

STEPPS25: [00:03:44] *Yo creo que también el perfil de internas que hacen estas conductas son internas inestables, que no tienen una estabilidad en otros programas siquiera.*

STEPPS24: [00:04:08] *Tienes que hacerle algo muy como muy visual, muy dinámico, porque quieren una actividad rápida, que ellos puedan sentir algo, algo inmediato, no la abstracción se pierden porque como van medio medicados, medio consumidos, pues se dispersan mucho.*

En cuanto al contexto se han destacado especialmente los problemas debidos a la movilidad, así como las barreras derivadas de las sanciones reglamentarias relacionadas con el DERT. También se ha detectado como una barrera significativa la no involucración de compañeros y compañeras así como del equipo del funcionariado.

STEPPS01: [00:11:06] *Los dos estos que te digo es todo el día estaba en el DERT que nos dijeron oye, ¿podremos salir? Lo pedimos a todo el mundo y era inviable que podían salir del DERT y vinieran al área educativa. Aunque los acompañáramos nosotros estuvieran con nosotros. Era inviable. Aunque no estuvieran cumpliendo primer grado, simplemente estaban cumpliendo sanción. Era inviable.*

STEPPS06: [00:09:51] *Y además yo en alguna ocasión. Bueno, creo que la primera vez pedí al director si podía salir en medio de la sesión por cuestiones tratamentales para hacer exclusivamente el programa y volver a subir a la celda. Y se me dijo que no por una cuestión de autorización del juez.*

STEPPS06: [00:09:23] *Y además las sanciones son momentos en los que los aíslan y precisamente es donde pueden aparecer más ideas autolesivas. Porque además si tienes una idea autolesiva o si te autolesionas es una manera de salir*

de la celda porque viene el médico a curarte, porque muchas veces entonces se te deja bajar un rato. Si empieza a decir que me voy a cortar, entonces te dejan bajar al patio. Por lo tanto, eso es. O sea, va en contra precisamente de lo que estás trabajando, ¿no?

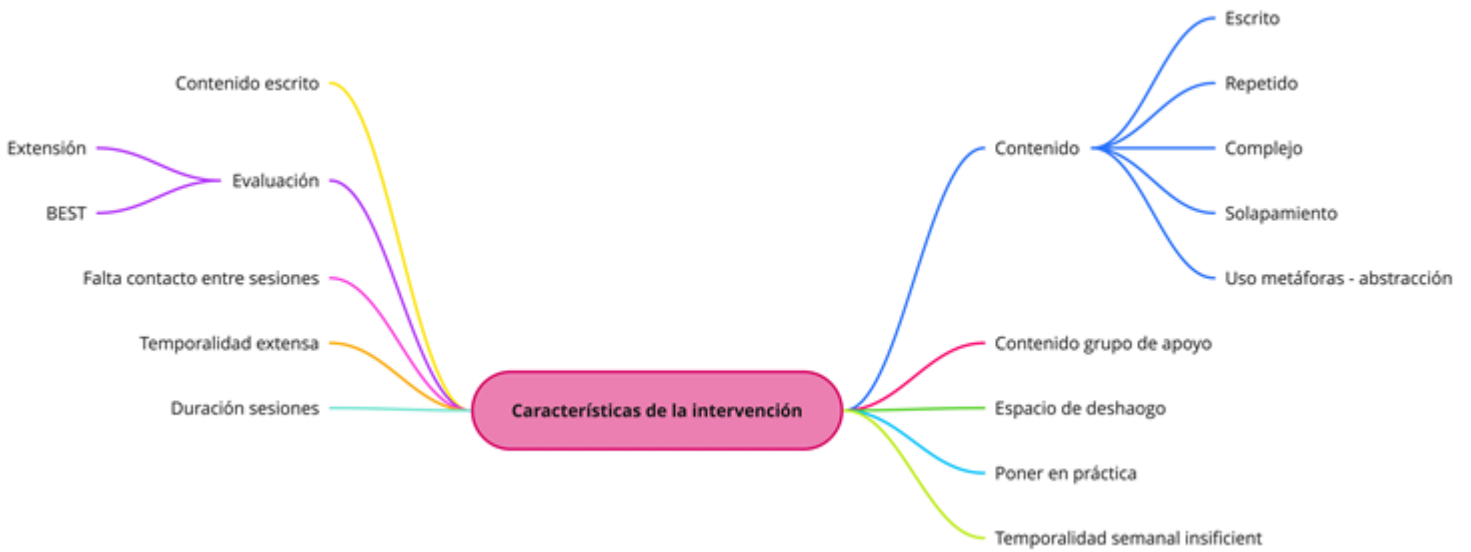
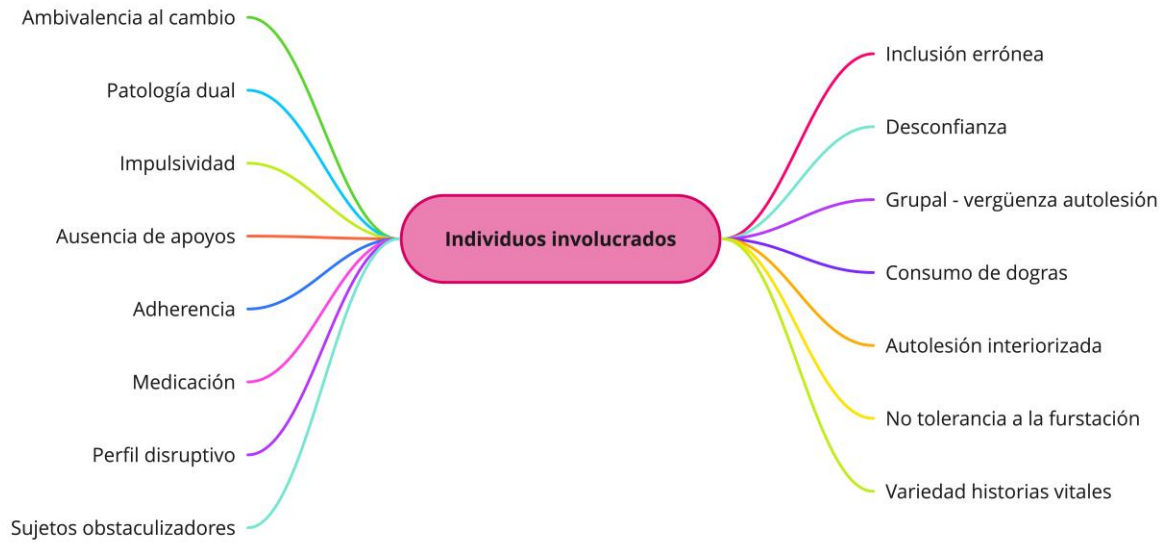
STEPPS20: [00:17:19] *Hay una normativa regimental que si ellos están sancionados, ellos no están aislados en una celda, ellos no pueden salir a hacer programas. En alguna ocasión, al principio, sobre todo que ahora tenemos un grupo más numeroso, estamos también nosotros a nivel motivacional también estamos más implicados. En este sentido, me acuerdo que sí que fuimos a hablar con la subdirectora y a uno de los internos en lo que hicieron. Es que no empezará la sanción esa semana para que pudiese venir al programa. Y empezó más tarde. Pero claro, son nosotros. Llegábamos a lo mejor el martes para hacer la sesión y no está donde está. Está en el especial. Claro, ya era como que ya te pilla la tarde, ¿no? Ya no podías hacer esa gestión así.*

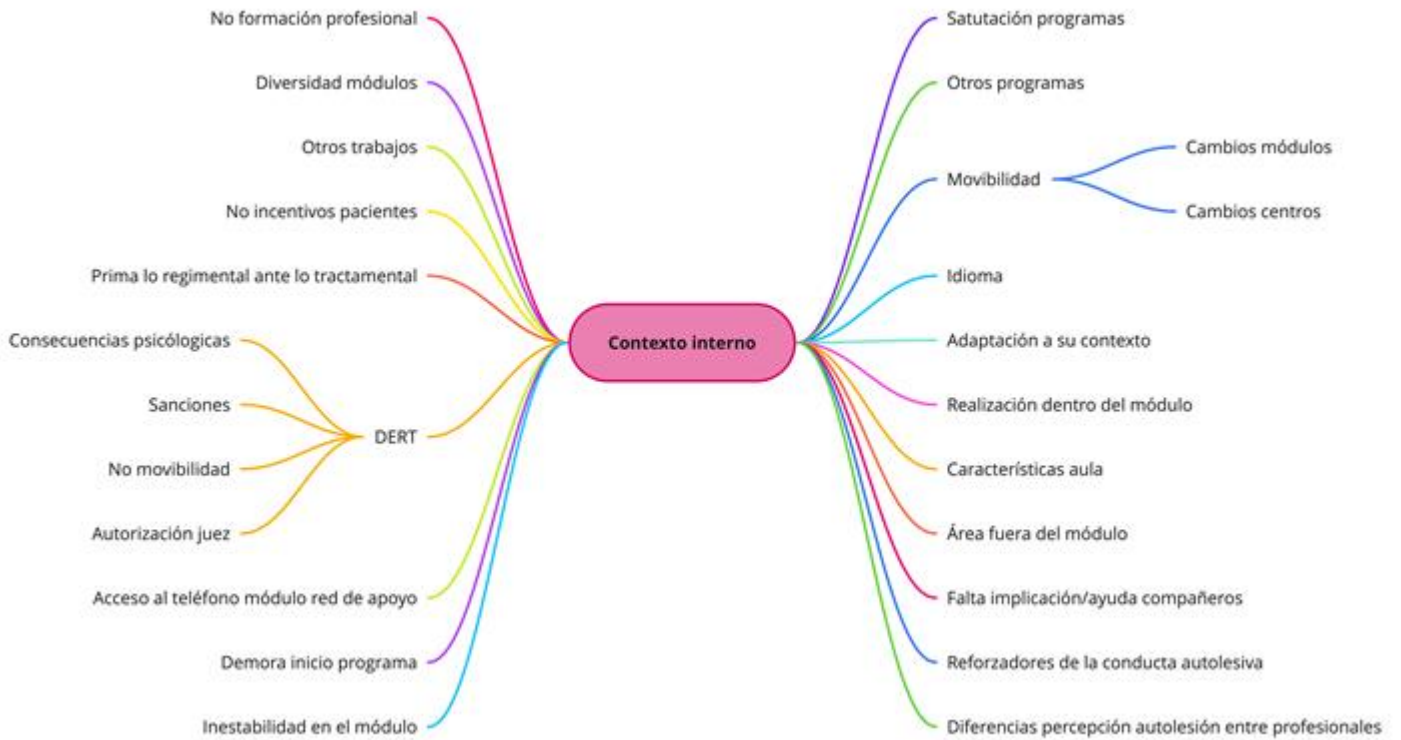
En referencia al manual, se han detectado también diversas barreras que han marcado las dificultades en el proceso de implementación. Entre estas barreras destacan el contenido escrito y abstracto, el número de sesiones y sobre todo las evaluaciones iniciales que supusieron una gran pérdida de la muestra.

STEPPS07: [00:01:18] *En lo que estamos de acuerdo los dos es la implementación afectó en las bajas al inicio el tema de los de la de la batería de cuestionarios, que fue excesivamente larga, que eso lo hemos comentado ya muchísimas veces y el hecho de que muchos de esos cuestionarios tenían preguntas que los internos no entendían, no entendían, eran.*

STEPPS20: [00:01:13] *Aparte de que vimos que eran muchas sesiones y que los internos se les hacía como muy largo, muy pesado, ¿no? Otra vez otro martes y otro martes. Al final era como una carrera que era bastante bastante larga. Había mucho contenido teórico, también cognitivo, sobre todo lo que es las primeras sesiones, que en sí era no entender el problema de la desregulación emocional, pero que era como que se explicaba mucho, se alargaba mucho.*

Gráfico 15. Barreras relacionadas con los internos, el contexto penitenciario y la intervención





En cuanto a los facilitadores detectados en relación a los internos destacan la necesidad percibida por parte de los internos así como los niveles de motivación de los profesionales. Otro aspecto facilitador fue el desarrollo de conciencia de la problemática.

STEPPS26: [00:24:05] *Las demás lo veían con sufrimiento, o sea, decían es que yo no quiero seguir utilizando esto, pero es que no sé hacer otra cosa. O es que cuando estoy así de arriba en lo que es útil es esto con lo que yo creo que sí, que hay una demanda de que ayudarme.*

STEPPS06: [00:06:58] *Sí, se vieron súper reflejados. Entendieron. O sea, de repente explicarles todo. La desregulación emocional para ellos fue como wow, alguien que entiende, o sea, es lo que estás descubriendo, lo que me está pasando, es que es exactamente lo que me pasa.*

Respecto a las características de intervención se enfatizó como facilitador la evidencia científica tras el programa STEPPS así como las actividades prácticas.

STEPPS08: [00:32:44] *El programa es muy chulo y además yo lo que estoy haciendo otros programas, hay alguna cosilla que te he robado. Pues porque realmente el programa es está muy chulo.*

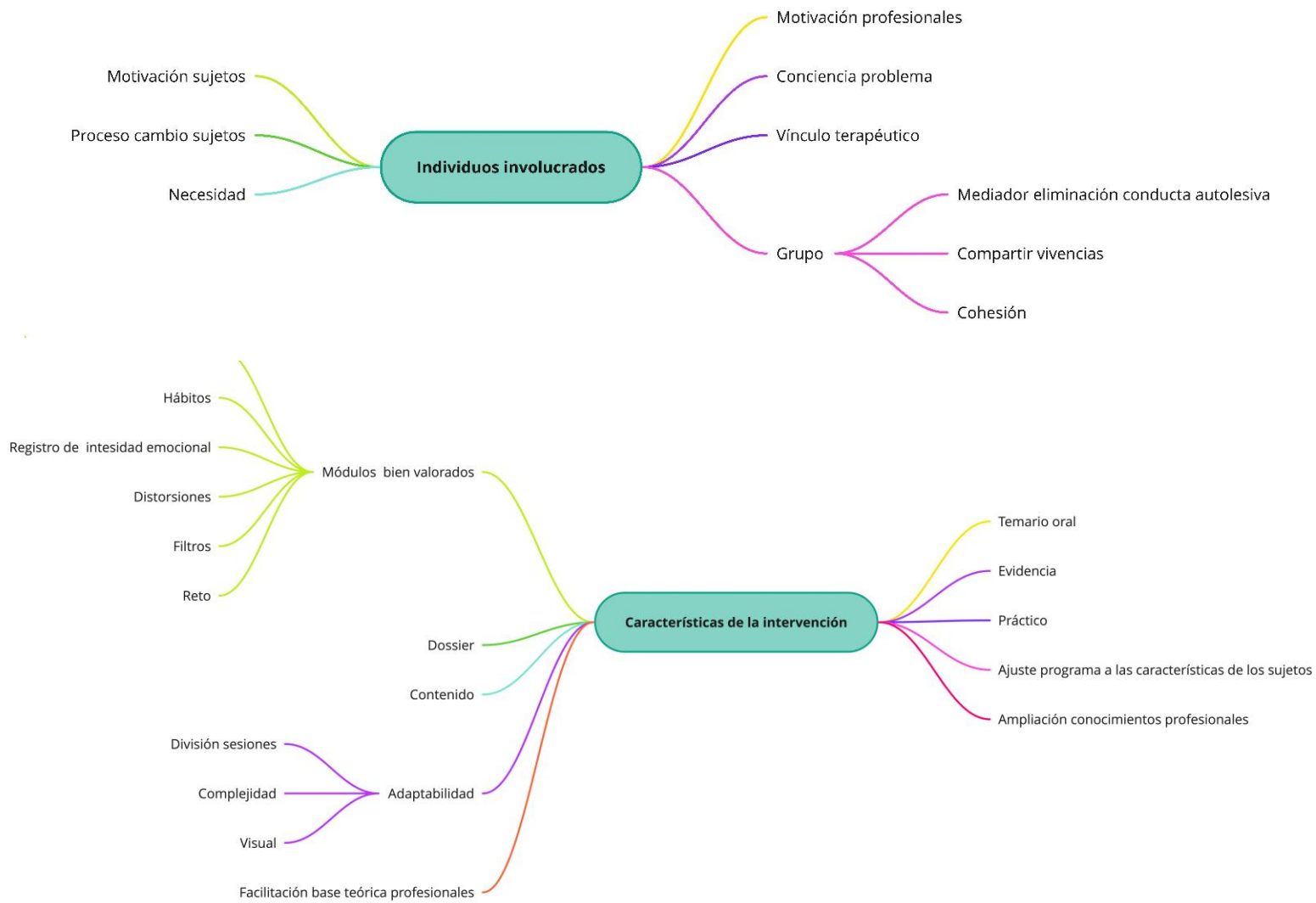
STEPPS05: [00:36:56] *El programa está muy completo. Está muy muy bien formulado para mi gusto, o sea, responde mucho a la necesidad, o sea, está muy bien estructurado. Para mí a nivel técnico es de lo mejor que hemos tenido aquí.*

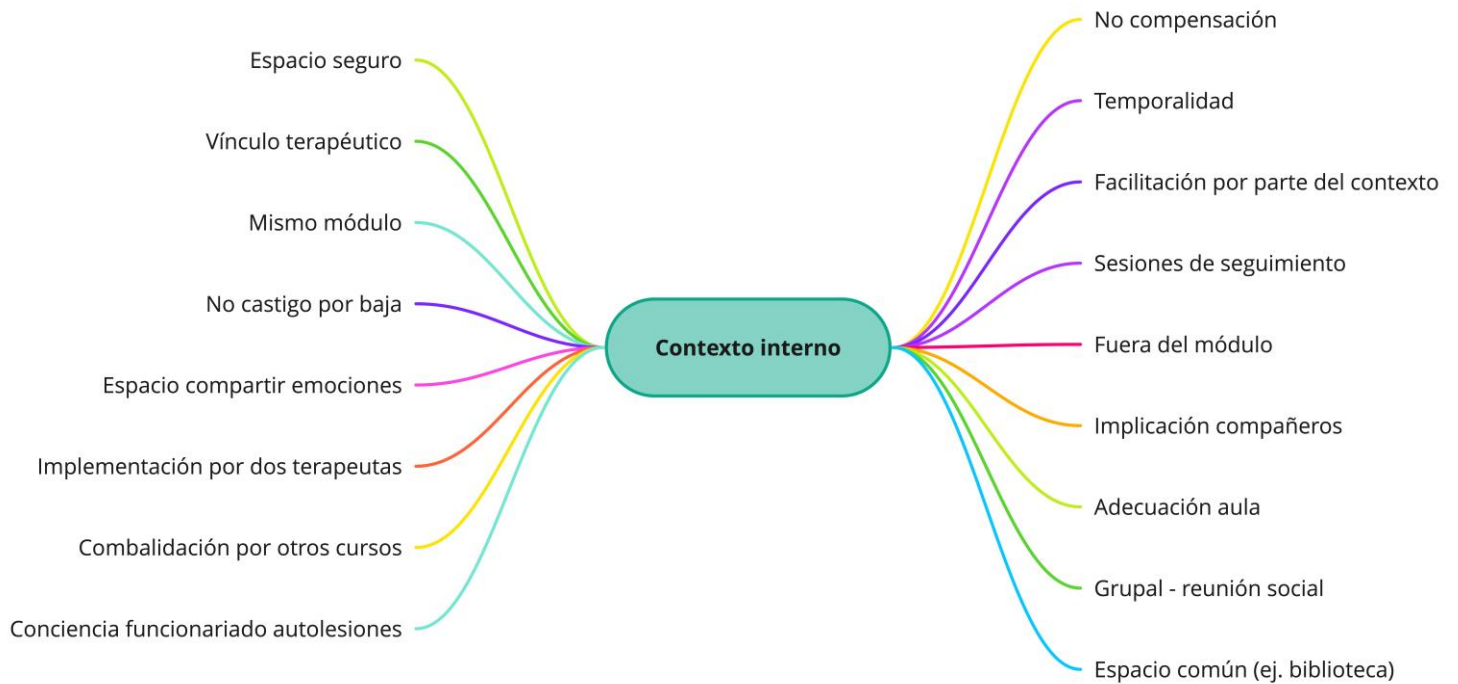
En último lugar, en el contexto interno destacan como facilitadores la aplicación entre dos terapeutas, las sesiones de seguimiento realizadas quincenalmente y la utilización de aulas adecuadas.

STEPPS02: [00:24:55]. *Es que ha sido muy instructivo también para nosotras hacerlo dos psicólogas, es decir, abordar el programa con dos profesionales también te ofrece pues una mirada distinta y en la manera de abordarlo.*

STEPPS01: [00:24:33] *Sí. Que bastante positivo el hecho de hacer las sesiones que hemos hecho de seguimiento (por parte del equipo de psicólogas STEPPS) ¿no? Porque así cada uno podía exponer y a veces nos encontramos con dificultades que decíamos ¿y esto y ahora qué hacemos? Y en la siguiente sesión todo el mundo estaba igual. Vale, vale, pues es normal, no es solo nuestro, ¿no? Y esto no sé, es como algo positivo que nosotros, lo hemos visto como algo positivo.*

Gráfico 16. Facilitadores relacionados con los internos, el contexto y la intervención





Cabe destacar que hay aspectos que han ocupado espacio tanto como facilitadores como de barreras. Entre éstos podemos destacar la no compensación o beneficios de la participación y la realización del programa fuera del módulo.

Tras las barreras y facilitadores se registraron también sugerencias para futuras aplicaciones así como para la propia adaptación del manual. Entre las sugerencias destacan la necesidad de no afectación de las sanciones a la realización del programa. Se hace especial hincapié en el cambio de foco de lo regimental a lo tratamental. Se manifiesta así mismo el interés de seguir implementando el programa, pues el coste de la formación y primera implementación ha sido alto y destacan la necesidad de continuación. Otro aspecto crucial es la implicación de los y las compañeras, así como la formación de los mismos para poder trabajar conjuntamente el abordaje de las autolesiones cómo centro y no perpetuar conductas o creencias perjudiciales.

STEPPS05: [00:36:56] *Yo tengo que decir que a mí me gustaría que no se quedara en un programa que se ha hecho una vez, ya que no, que hemos trabajado en todo esto y que ahora como que pierda el interés y ya no se*

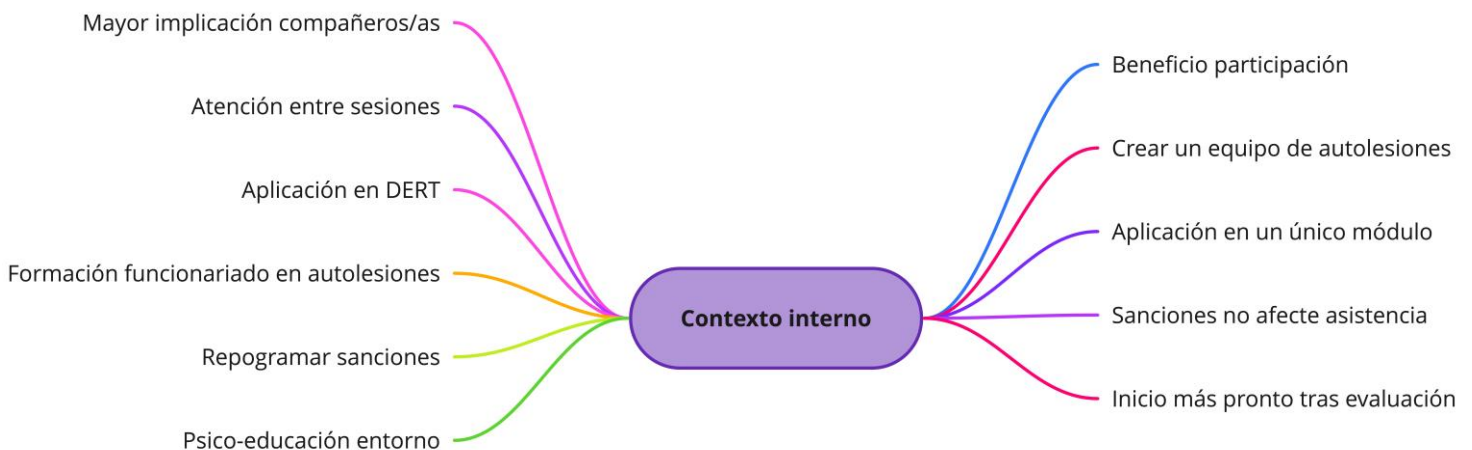
vuelva a hacer porque valdría la pena que fuera, al menos hubieran dos ediciones.

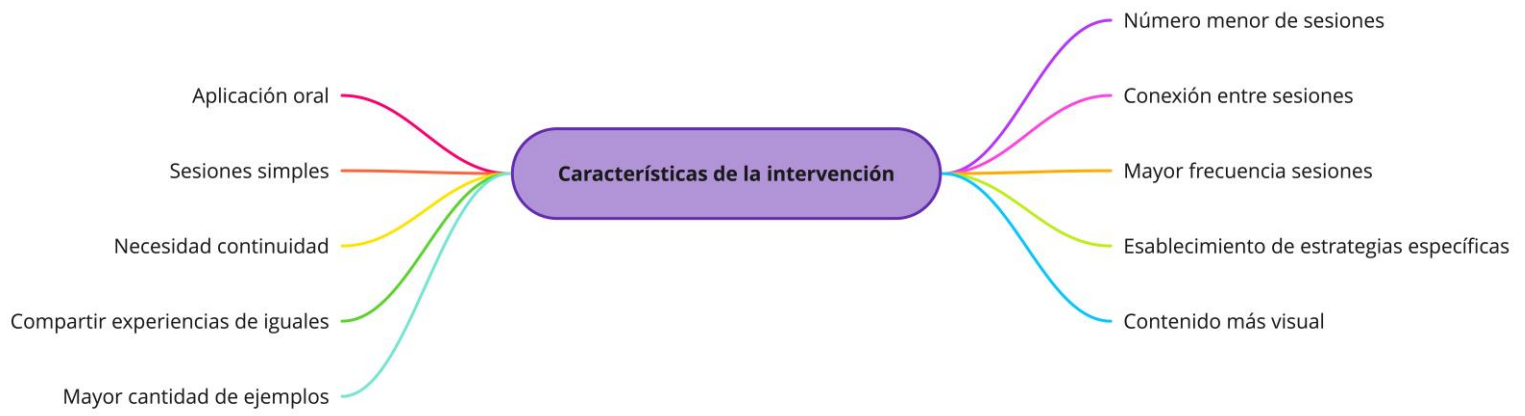
En cuanto a la intervención, las sugerencias van muy ligadas a la necesidad de reducción de contenido escrito, así como del nivel de abstracción que se pide a los internos. Se señala la necesidad de incluir elementos y actividades más visuales y prácticas. Se sugiere, además, reducir el contenido de cada sesión así como la creación de un hilo conductor explícito.

STEPPS24: [00:19:03] *La lectura aquí, además, no, no es un fuerte. La mayoría nos leen muy poco. Entonces ya no tienen el hábito. Si encima con estas características de población, pues aún les cuesta más. Ellos quieren que le expliques que le que les sea fácil, que le que le sea muy fácil. Con lo cual un manual para ellos mucho más visual, que les recuerde y de manera más emocional, que sea más impactante a nivel emocional y que ellos lo plasmen con una imagen más que plasmarlo a nivel racional. Porque no, creo que no. Mi sensación es que creo que no entran por aquí.*

STEPPS23: [00:22:20] *Bueno, yo sugeriría en todo caso alguna actividad, pues incluso con vídeos o con música, algo que sea más sensitiva, a ellos les despierta también mucho que si pudiera dar alguna herramienta más sensitiva que estuviera incluida dentro del programa, que les hiciera reflexionar sobre algo o que les hiciera participar en una actividad más física, más que tan mental de pensar cuando de que ellos, a nivel de roles en un juego de rol, en una dinámica.*

Gráfico 17. Sugerencias profesionales





5. Adaptación del manual del *programa STEPPS*

Esta memoria ha presentado los resultados de la evaluación realizada tanto a internos como a profesionales que han participado en la implementación del programa STEPPS en un contexto penitenciario para el abordaje de la autolesión. Entre los objetivos del estudio, se encuentran la adaptación del manual al contexto y la población específicos, fruto de los resultados obtenidos. Junto a la memoria del proyecto se presenta la adaptación del propio manual. En consecuencia, en el informe solo se reflejan los cambios realizados a grandes rasgos y de manera descriptiva.

El manual de intervención actualmente en uso ha demostrado ser una herramienta valiosa para los profesionales que trabajan con individuos en riesgo de autolesiones. Sin embargo, la evaluación continua de su efectividad reveló la necesidad de mejoras sustanciales en su diseño y contenido. Los hallazgos de esta evaluación se basaron en tres fuentes de información clave: la evaluación de barreras y facilitadores, los resultados de los seguimientos quincenales, y las entrevistas cualitativas con los y las profesionales. Los resultados indican que una adaptación profunda del manual es esencial para optimizar su implementación al contexto.

Uno de los principales hallazgos de la evaluación fue la alta densidad de términos técnicos y conceptos abstractos en el manual actual. Para hacer el contenido más accesible y comprensible, se recomienda la simplificación del lenguaje y la explicación de conceptos de manera más clara y concisa.

El manual actual contiene una cantidad significativa de texto, lo que puede ser abrumador para los usuarios. Se sugiere reducir la cantidad de texto e incorporar un enfoque más visual con gráficos, ilustraciones, vídeos y esquemas para facilitar la comprensión.

Además, se ha establecido la necesidad de inclusión de material visual, como imágenes e infografías, para ilustrar conceptos clave y proporcionar ejemplos visuales de las estrategias de afrontamiento y la prevención de conductas autolesivas.

Se destaca la necesidad de incluir ejercicios prácticos que permitan a los usuarios aplicar las estrategias aprendidas en situaciones reales. Estos ejercicios ayudarán a

reforzar el aprendizaje y la adquisición de habilidades. Se enfatiza también en la necesidad de generar un hilo conductor entre las sesiones.

Los seguimientos quincenales y las entrevistas cualitativas con los profesionales resaltaron la necesidad de sesiones más cortas y enfocadas. Se recomienda reducir la duración de las sesiones para mantener la atención y la participación de los usuarios.

Finalmente, se enfatiza la necesidad de que el manual se centre específicamente en estrategias y técnicas para la reducción de las conductas autolesivas.

Las adaptaciones realizadas quedan reflejadas en el propio manual. Sin embargo, se incluyen en el informe aspectos esenciales en la adaptación para ejemplificar estas modificaciones:

Imagen 1. Metáfora del tren cómo hilo conductor entre las sesiones

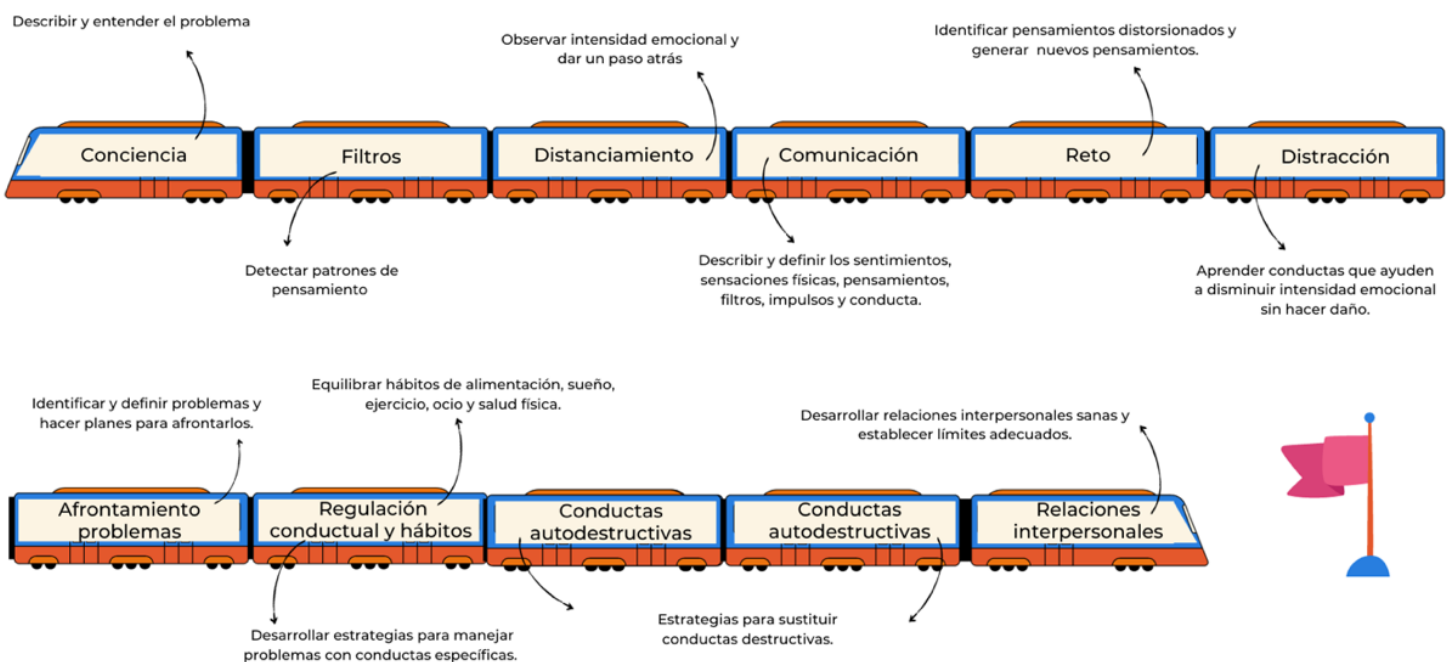
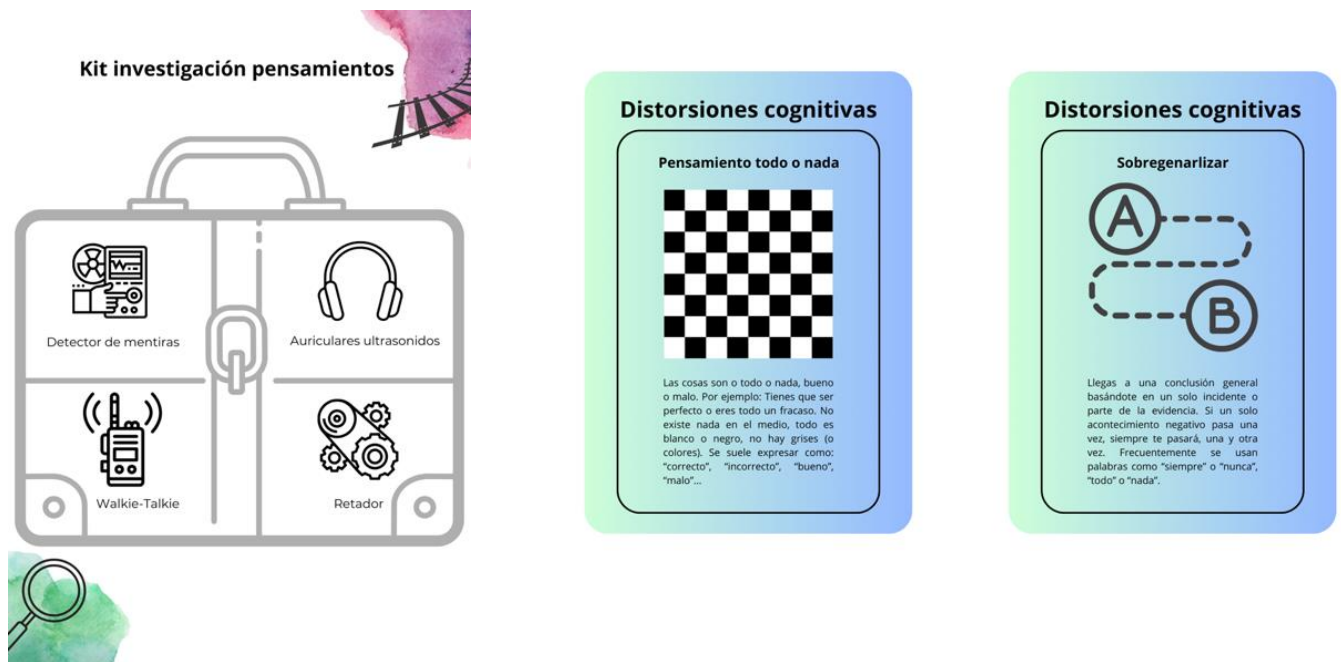


Imagen 2. Material visual y práctico



Como se mencionó previamente, el proceso de adaptación del manual de intervención surgió como una respuesta a los hallazgos de la evaluación que destacaron la necesidad de una intervención más enfocada y accesible. A lo largo de este proceso, se ha mantenido el compromiso de preservar los componentes terapéuticos esenciales, que son fundamentales para la efectividad de la intervención.

Inicialmente, el manual constaba de 20 sesiones, pero como resultado de las recomendaciones de la implementación piloto en *Quatre Camins* y las reuniones de equipo, se redujo a 16 sesiones. Posteriormente, tras una revisión adicional y una mayor simplificación del contenido, se logró reducir aún más el número de sesiones a un total de 12. A pesar de esta reducción en la duración, se ha garantizado la inclusión y la relación de cada sesión con los siguientes componentes terapéuticos esenciales:

- Psicoeducación
- Filtros
- Distanciamiento
- Comunicación
- Reto del pensamiento
- Distracción
- Afrontamiento de problemas
- Regulación comportamental
- Hábitos saludables
- Conductas autodestructivas
- Relaciones interpersonales
- Prevención de recaídas

Cada sesión ha sido cuidadosamente diseñada para integrar uno o más de estos componentes, asegurando que se mantenga la coherencia y la efectividad del enfoque terapéutico a lo largo del proceso de intervención.

Con el propósito de proporcionar una visión clara y transparente del proceso de implementación de las adaptaciones, se han incluido gráficos que muestran cómo cada sesión se relaciona con los componentes terapéuticos así como el proceso de adaptación y fusión de sesiones.

6. Conclusiones

En la culminación de esta memoria científica, es fundamental reflexionar sobre los resultados y desafíos identificados a lo largo de este estudio. Cada aspecto abordado se ha convertido en una piedra angular para la comprensión y mejora de la implementación de un programa de intervención en el contexto de los CP de Catalunya. A continuación, se presentan algunas conclusiones clave.

En primer lugar, los datos obtenidos han permitido una comprensión más profunda de la conducta autolesiva en población penitenciaria, confirmando la noción de la funcionalidad de esta conducta como una estrategia para regular las emociones. Otras funcionalidades frecuentes son el auto-castigo y la comunicación del malestar. Al investigar la autolesión, observamos un deseo de los/las internos/as de adquirir nuevas estrategias y abandonar la práctica de estas conductas, las cuales suelen llevarse a cabo en la mayoría de los casos poco tiempo después de sentir el impulso. Esta comprensión subraya la importancia de adoptar la perspectiva propuesta por el programa STEPPS, focalizándose en la regulación emocional y conductual como componentes terapéuticos esenciales para el abordaje de la autolesión. Al reconocer que la autolesión tiene un propósito funcional en la vida de los individuos, podemos desarrollar intervenciones más efectivas que aborden las necesidades subyacentes.

Los datos obtenidos no solo nos aproximan a la población de interés, sino que además reportan una mejoría de la sintomatología tras la realización del programa. Específicamente se observa una mejora significativa en la regulación emocional y conductual, así como una reducción en la impulsividad motora en aquellos que completaron el tratamiento, al mismo tiempo que revelaron altos niveles de satisfacción de los internos con la intervención. Estos hallazgos ofrecen una base sólida para la toma de decisiones y mejoras futuras en el programa de intervención.

No obstante, la obtención e interpretación de los cuestionarios se presentaron como desafíos significativos en el desarrollo de este estudio. Estos desafíos abarcaron desde cuestionarios incompletos hasta dificultades en la recopilación de datos previos y posteriores a la intervención. Para ilustrar estas dificultades, se observó que algunos cuestionarios llegaron en estado incompleto y desordenado, e incluso en algunos casos, se encontró contenido que no correspondía a los cuestionarios, sino más bien

a partes del manual del estudio. Además, se enfrentó a situaciones en las que se disponía de los cuestionarios posteriores de ciertos internos, pero no de los previos, lo que complicó la interpretación de los datos.

Adicionalmente, se estableció que los cuestionarios no solo se administrarían al finalizar el programa en su totalidad, sino también a aquellos internos que hubieran completado al menos el 70% de las sesiones. A pesar de que algunos internos cumplieron con esta condición, no se ha dispuesto de algunos de estos cuestionarios.

Estas dificultades resaltan la importancia de establecer procedimientos claros y rigurosos para garantizar la calidad y coherencia en la recopilación de datos. Estas medidas contribuirían a enriquecer aún más las conclusiones de futuros estudios.

En cuanto a la opinión de los profesionales que participaron en el estudio, es relevante destacar que, a pesar de que la percepción de la viabilidad disminuyó significativamente a lo largo del proceso, los niveles de aceptabilidad y adecuación se mantuvieron en niveles significativamente elevados. Estos resultados indican que, a medida que se introdujeron cambios en el programa, los profesionales continuaron demostrando una fuerte disposición y capacidad para adaptarse a las modificaciones. Asimismo, es destacable que se registraron niveles notables de satisfacción en lo que concierne a la colaboración con el equipo de Labpsitec y a la propia intervención. Estos hallazgos subrayan la importancia de una colaboración efectiva entre los profesionales y el equipo de investigación, además de la percepción positiva de la intervención por parte de los involucrados, lo que podría tener implicaciones valiosas para futuros desarrollos y mejoras en el programa.

Este estudio no está exento de limitaciones. Entre ellas, se destaca la ausencia de una medición de la fidelidad de la implementación, lo que sugiere que en futuros estudios sería valioso incorporar mecanismos para evaluar y asegurar la consistencia en la aplicación del programa. Además, a pesar de haber sido previamente planificadas, no se llevaron a cabo las entrevistas cualitativas con los internos. Estas entrevistas podrían haber proporcionado información valiosa para enriquecer el proceso de implementación, representando una oportunidad significativa para investigaciones futuras.

Una de las limitaciones más significativas que surgió en este estudio fue la falta de implicación de los y las trabajadores externos a la implementación. Esta barrera, aunque no abordada previamente, ha cobrado gran relevancia. Para superar este obstáculo, es esencial proporcionar formación y psicoeducación al resto de profesionales del ámbito penitenciario, lo que garantizará una implementación más efectiva y una atención de calidad a los individuos en riesgo de conductas autolesivas.

El número de sesiones, a pesar de haberse considerado un facilitador en el contexto estadounidense, resultó ser una limitación en Catalunya debido a la movilidad de los módulos y el funcionamiento *del Departament Especial de Règim Tancat (DERT)*. De hecho, en respuesta a este hallazgo, se ha reducido el número de sesiones en la adaptación del manual, lo que demuestra la importancia de ajustar las intervenciones para que se adapten a contextos específicos y superen las barreras identificadas.

Algunos de los obstáculos detectados fueron abordados a lo largo del propio proceso de implementación. En este caso, la perspectiva de la CI ha desempeñado un papel crucial al identificar barreras y facilitadores a lo largo del proceso. Un ejemplo destacado radica en la necesidad expresada por los profesionales de contar con una figura referente que oriente y simplifique el proceso de implementación, resolviendo dudas y brindando apoyo continuo durante el desarrollo de habilidades de liderazgo. Esta necesidad inicialmente se identificó como una barrera significativa. En consecuencia, se introdujo un sistema de supervisión y seguimiento quincenal como una medida facilitadora para superar este desafío.

Sin embargo, algunas barreras no han podido ser superadas, y los facilitadores identificados no han sido implementados. Tenemos la expectativa de abordar estos desafíos a través de la memoria del proyecto y la nueva adaptación del manual.

Se considera que la adaptación del manual, en respuesta a los hallazgos de la evaluación, es esencial para mejorar su utilidad y eficacia. La implementación de las recomendaciones propuestas, incluyendo la reducción del nivel de abstracción, la inclusión de material visual, ejercicios prácticos y dinámicas de grupo será fundamental para proporcionar un apoyo más efectivo. Este proceso de adaptación permitirá una intervención más centrada y accesible, lo que, a su vez, contribuirá a un impacto positivo en la vida de los individuos afectados. Además, a pesar de que la

percepción de la viabilidad disminuyó, los altos niveles de aceptabilidad y adecuación se mantuvieron, indicando que los cambios implementados podrían ser exitosos.

En conclusión, esta memoria científica representa un paso significativo hacia la comprensión de los desafíos y las soluciones en la implementación de un programa de intervención en los centros penitenciarios de Catalunya. Los hallazgos y adaptaciones realizadas no solo enriquecen nuestra comprensión de la autolesión y la CI, sino que también ofrecen valiosas lecciones para futuros programas terapéuticos en contextos similares. Los resultados demuestran la importancia de abordar las barreras, ajustar las intervenciones y aplicar enfoques basados en la evidencia para lograr un impacto positivo en la vida de los individuos afectados. Esta combinación de datos cualitativos y cuantitativos proporciona una imagen completa de la efectividad y el proceso de implementación del programa en los CP de Catalunya, sentando las bases para decisiones y mejoras futuras.

7. Referencias

- 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>
- 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>

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*.
- 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, 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>
- 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>
- 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. Anexos

8.1. Anexo 1. Consentimiento informado

INFORMACIÓN PARA EL/LA PARTICIPANTE

Apreciado Sr./Sra.:

Antes de confirmar su participación en el estudio es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente:

Estudio:

Adaptación del Programa STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving) para el Tratamiento en Grupo de la Desregulación Emocional y Conductual y la Conducta Autolesiva en Centros Penitenciarios de Cataluña: Abordando la autolesión.

Objetivo del estudio:

El objetivo general de este estudio es evaluar la factibilidad en los Centros Penitenciarios de Cataluña de la adaptación del programa STEPPS para el abordaje y prevención de la desregulación emocional y las conductas autolesivas mediante un estudio de implementación.

Procedimiento del estudio:

En una primera fase del estudio se evaluará si los pacientes pueden participar o no en el estudio, aquellos pacientes que puedan participar en el mismo (fase 2) serán adscritos a la intervención.

El programa consistirá en 16 sesiones grupales con una duración de 2 horas cada una. Estas sesiones grupales tendrán lugar semanalmente y los pacientes tendrán que trabajar con el material del manual entre dichas sesiones.

El programa consiste en 16 módulos, estos distintos módulos o componentes terapéuticos tienen como objetivo fundamental trabajar: 1) el nivel de conciencia de enfermedad; 2) la regulación emocional y 3) la regulación conductual.

Participantes:

Internos e internas del Centro Penitenciario que presenten desregulación emocional y presencia de conductas autolesivas.

Implicaciones para el participante:

El beneficio para los pacientes será recibir un tratamiento psicológico basado en la evidencia para el tratamiento de la desregulación emocional y conductual, así como poder recibir una intervención con el fin de abordar la conducta autolesiva.

No existen riesgos en la realización de estudio. No obstante, la aparición de cualquier cambio que suponga peligro para un participante, no sólo supondrá su salida del estudio, sino también se le ofrecerá la posibilidad de recibir la atención psicológica necesaria, o se le derivará si su estado clínico así lo aconsejara.

Participación voluntaria: Su participación en el estudio es enteramente voluntaria. Usted decide si quiere participar o no. Incluso si decide participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

Datos: La participación en el estudio es totalmente anónima. Los datos derivados de la investigación podrán ser utilizados para la divulgación científica, futuras investigaciones o docencia.

Plan de protección de datos:

Se garantizará la confidencialidad y todos los derechos de los participantes incluidos en el estudio conforme lo que dispone la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales (LOPD) y garantía de los derechos digitales, que adapta la legislación española al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (RGPD). Concretamente, para garantizar al máximo la seguridad de las aplicaciones de uso terapéutico, se diseñará un plan de seguridad específico para este proyecto, así como una evaluación de los posibles riesgos e impacto para todo el flujo de información.

Aspectos éticos:

El estudio se desarrollará según las normas nacionales e internacionales (Declaración de Helsinki y Tokio, y la declaración de Madrid de la World Psychiatric Association). Como se ha señalado, todos los participantes del estudio serán voluntarios y darán su consentimiento informado para formar parte del proyecto, una vez se les haya explicado éste. A todos los participantes elegibles se les dará información sobre el estudio y, en cualquier momento, podrán dejar la investigación.

Preguntas/Información:

Si usted tiene alguna pregunta con respecto al estudio puede contactar con la responsable del estudio.

Consentimiento expreso:

- He sido informado/a suficientemente sobre la participación en el estudio como consecuencia de la investigación que se practica.
- Puedo abandonar la colaboración en el momento que lo desee.
- Los datos incluidos en este formulario, junto con el resto de informaciones que son objeto del proyecto, se incluirán al fichero SAP cuyo responsable es el grupo de investigación LabPsiTec de la Universitat Jaume I, con la finalidad de llevar a cabo el proyecto de investigación.
- Puedo ejercer los derechos que la ley me reserva ante el grupo de investigación LabPsittec.

Si deseas participar en el estudio y has comprendido plenamente la naturaleza y el procedimiento del mismo, por favor contesta a la pregunta que sigue a continuación:

Soy mayor de 18 años, he leído y comprendido los párrafos anteriores y doy mi consentimiento para participar en este estudio.

- Sí
- No

8.2. Anexo II. Batería de cuestionarios

Información general batería test pre

Test propuestos	Aspectos generales evaluados	Número de ítems	Temporalización administración
BEST	Intensidad de los pensamientos, sentimientos y comportamientos en la desregulación emocional. Efectividad del tratamiento.	15	Semanalmente
BIS	Niveles de impulsividad. Impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada.	30	Pre-post
BSI	Síntomatología psicológica.	46	Pre-post
SSI	Tentativa suicida y sus características en el presente y el pasado.	20	Pre-post
ISAS	Presencia, frecuencia y funcionalidad de las diferentes conductas auto-lesivas	46	Pre-Post
BHS	Actitud hacia el futuro y percepción de la propia capacidad de afrontamiento.	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 de Ideación Suicida; ISAS = Inventory of Statements About Self-injury

Información general batería test post

Test propuestos	Aspectos generales evaluados	Número de ítems	Temporalización administración
BEST	Intensidad de los pensamientos, sentimientos y comportamientos en la desregulación emocional. Efectividad del tratamiento.	15	Pre-post
BIS	Niveles de impulsividad. Impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada.	30	Pre-post
BSI	Sintomatología psicológica.	46	Pre-post
ISAS	Presencia, frecuencia y funcionalidad de las diferentes conductas auto-lesivas	46	Pre-Post
CSQ-8	Satisfacción general del tratamiento.	8	Post

BEST: Borderline Evaluation of Severity Over the Time; BHS: Beck Hopelessness Scale; BIS: Barratt Impulsiveness Scale; CSQ-8: Client Satisfaction Questionnaire; SSI: Scale for Suicide Ideation = Escala de Ideación Suicida; ISAS = Inventory of Statements About Self-injury

Información básica participante

Por favor, completa a continuación la información requerida.

Datos
Código participante:
Entrevistador/a:
Fecha:
Duración:
Observaciones:

Evaluación de la gravedad a lo largo del tiempo (BEST)

Código: Fecha:

Puntuación total:

A continuación, le pediremos que valore su estado en los últimos días. Para las doce primeras cuestiones, la puntuación más alta (5) significa que la cuestión le causa malestar extremo, dificultades graves con los demás o que le impide hacer las tareas cotidianas. La puntuación más baja (1) significa que no causa apenas problemas. Valore las cuestiones 13 a 15 (conductas positivas) de acuerdo con la frecuencia.

Señale el periodo de tiempo: últimos 7 días últimos 30 días Otro

Señale el número que indica en qué medida cada cuestión le ha causado malestar, problemas con los demás o dificultades en su vida cotidiana.

A. PENSAMIENTOS Y EMOCIONES: ()	Nada	Leve	Moderado	Grave	Extremo
1. Preocupación porque un ser querido esté cansado de mí o esté planeando dejarme.	1	2	3	4	5
2. Cambios extremos respecto a mis opiniones sobre los demás, cambiar de opinión respecto a alguien, p.ej., pasar de ser un amigo fiel a ser una persona que no es digna de confianza y es dañina.	1	2	3	4	5
3. Cambios extremos respecto a cómo me veo a mí mismo/a. Cambiar de sentirse seguro/a respecto a sí mismo a sentir que soy un diablo o como si no existiera.	1	2	3	4	5
4. Estado de ánimo intenso que varía varias veces en un mismo día. Acontecimientos menores causan cambios importantes en mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5. Sentirse paranoico/a o como si estuvieras perdiendo el contacto con la realidad.	1	2	3	4	5
6. Sentirse enfadado/a	1	2	3	4	5
7. Sentimientos de vacío	1	2	3	4	5
8. Sentimientos, pensamientos de suicidio	1	2	3	4	5

B. COMPORTAMIENTOS (Negativos): ()					
9. Hacer cosas extremas para intentar que los demás no me dejen.	1	2	3	4	5
10. Hacerse daño a propósito o intentar suicidarse.	1	2	3	4	5
11. Problemas con conductas impulsivas (sin contar autolesiones o intentos de suicidio). Ejemplos: gastos innecesarios, conductas sexuales de riesgo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida, otros _____	1	2	3	4	5
12. Ataques de ira o problemas con controlar la ira que causen problemas con los demás, peleas o destrucción de objetos.	1	2	3	4	5

C. COMPORTAMIENTOS (Positivos) ()	Casi siempre	A menudo	La mitad del Tiempo	A veces	Casi nunca
13. Elegir realizar una actividad positiva en circunstancias en las que siento el impulso de hacer algo destructivo.	5	4	3	2	1
14. Darme cuenta antes de que algo podría causarme problemas emocionales y dar pasos razonables para evitar el problema.	5	4	3	2	1
15. Seguir las indicaciones terapéuticas (tareas, asistencia a las sesiones, medicación, etc.)	5	4	3	2	1

Escribir la puntuación de cada sección (A, B y C) en los paréntesis al lado del título de cada sección. Poner la puntuación total en el espacio señalado para ello al inicio del instrumento. La puntuación total se calcula: $15 + A + B - C$.

Escala de Impulsividad de Barratt

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

Contesta a las siguientes afirmaciones según se ajuste a tu manera de actuar y pensar de acuerdo a la siguiente escala:

Raramente o nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre o casi siempre
1	2	3	4

	Raramente o nunca (1)	Ocasional-mente (2)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad).				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre)				

pensar en algo por demasiado tiempo)				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compró cosas impulsivamente				
22. Yo termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo)				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Inventario Breve de Síntomas (BSI)

Instrucciones: a continuación encontrará una lista de problemas que en ocasiones nos pueden ocurrir. Por favor, lea cada uno de ellos detenidamente y marque con una cruz la casilla que mejor describa AQUELLAS SITUACIONES QUE LE HAN MOLESTADO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Elija sólo una respuesta en cada uno de los problemas descritos y no deje ninguno por responder. Si después de responder usted cambia de opinión, tache su primera elección y elija otra.

LEA el ejemplo siguiente antes de comenzar si tiene alguna duda, pregúntenos antes de iniciar el cuestionario.

EJEMPLO:

Cuanto le han molestado:	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	mucho
0. Dolores corporales	0	1	2	3	4

Durante los últimos 30 días, cuánto le han molestado	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. Nerviosismo y temblor interno	0	1	2	3	4
2. Debilidad o mareos	0	1	2	3	4
3. La idea de que alguien puede controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
4. Sentimientos de que otros tienen la culpa de la mayoría de sus problemas	0	1	2	3	4
5. Dificultad para recordar cosas	0	1	2	3	4
6. Sentirse fácilmente molesto o irritable	0	1	2	3	4
7. Sentirse temeroso en los espacios abiertos	0	1	2	3	4
8. Sentimiento de que no se puede confiar en la gente	0	1	2	3	4
9. Susto súbito sin razón	0	1	2	3	4
10. Explosión de cólera que no puede controlar	0	1	2	3	4
11. Sentimiento de soledad aunque se encuentre con otras personas	0	1	2	3	4
12. Sensación de bloqueo para hacer cosas	0	1	2	3	4
13. Sentimientos de soledad	0	1	2	3	4
14. Sentimientos de tristeza	0	1	2	3	4

15. Sensación de desinterés por las cosas	0	1	2	3	4
16. Sentimientos de miedo	0	1	2	3	4
17. Sus sentimientos se pueden herir fácilmente	0	1	2	3	4
18. Sentimiento de que la gente no es amigable ni gustan de usted	0	1	2	3	4
19. Sentimientos de inferioridad	0	1	2	3	4
20. Náuseas o trastornos estomacales	0	1	2	3	4
21. Sentimientos de que otros le observan o comentan sobre usted	0	1	2	3	4
22. Tener que verificar una y otra vez las cosas que hace	0	1	2	3	4
23. Dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
24. Temor a viajar en autobús, metro o trenes	0	1	2	3	4
25. Dificultad para respirar	0	1	2	3	4
26. Episodios de calor o frío	0	1	2	3	4
27. Evitar ciertas cosas, lugares o actividades que le asustan	0	1	2	3	4
28. La mente se le queda en blanco	0	1	2	3	4
29. Adormecimientos o calambres	0	1	2	3	4
30. La idea de que usted debe ser castigado por sus pecados	0	1	2	3	4
31. Sentimiento de desesperanza sobre el futuro	0	1	2	3	4
32. Dificultades de concentración	0	1	2	3	4
33. Sensación de debilidad en partes de su cuerpo	0	1	2	3	4
34. Sentimientos de tensión o agotamiento	0	1	2	3	4
35. Impulsos de pegar, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
36. Impulsos de romper o destruir cosas	0	1	2	3	4
37. Sentimientos de timidez o vergüenza	0	1	2	3	4

38. Sensación de inquietud en lugares con mucha gente	0	1	2	3	4
39. Dificultad de sentirse cercano a otras personas	0	1	2	3	4
40. Crisis de temor o pánico	0	1	2	3	4
41. Meterse en querellas frecuentemente	0	1	2	3	4
42. Se siente nervioso cuando está solo	0	1	2	3	4
43. Los demás no le dan suficientemente crédito por sus logros	0	1	2	3	4
44. Dificultad para estar quieto	0	1	2	3	4
45. Sentimientos de devaluación	0	1	2	3	4
46. Sensación de que la gente se aprovechará de usted, si les deja	0	1	2	3	4

Escala de Ideación Suicida

Indica para cada afirmación la opción en la que más te sientas identificado o identificada:

1. *Deseo de vivir*

1. Moderado a fuerte
2. Débil
3. Ninguno

2. *Deseo de morir*

1. Ninguno
2. Débil
3. Moderado a fuerte

4. *Razones para vivir/morir*

1. Porque seguir viviendo vale más que morir
2. Aproximadamente iguales
3. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

5. *Deseo de intentar activamente el suicidio*

1. Ninguno
2. Débil
3. Moderado a fuerte

6. *Deseos pasivos de suicidio*

1. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
2. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
3. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida

7. *Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)*

1. Breve, períodos pasajeros
2. Por amplios períodos de tiempo
3. Continuo (crónico) o casi continuo

8. *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)*

1. Raro, ocasional
2. Intermitente
3. Persistente o continuo

9. *Actitud hacia la ideación/deseo*

1. Rechazo
2. Ambivalente, indiferente
3. Aceptación

10. *Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out*

1. Tiene sentido del control
2. Inseguro
3. No tiene sentido del control

11. ***Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)***
 1. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
 2. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
 3. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

12. ***Razones para el intento contemplado***
 1. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
 2. Combinación de 0 y 2
 3. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

13. ***Método (especificidad/planificación del intento contemplado)***
 1. No considerado
 2. Considerado, pero detalles no calculados
 3. Detalles calculados/bien formulados

14. ***Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)***
 1. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
 2. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
 3. Método y oportunidad accesibles
 4. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. ***Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento***
 1. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
 2. Inseguridad sobre su valor
 3. Seguros de su valor, capacidad

15. ***Expectativas/espera del intento actual***
 1. No
 2. Incierto
 3. Sí

16. ***Preparación actual para el intento contemplado***
 1. Ninguna
 2. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
 3. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)

17. ***Nota suicida***
 1. Ninguna
 2. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
 3. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)

18. ***Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)***
 1. Ninguno
 2. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
 3. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales

19. ***Engaño/encubrimiento del intento contemplado***
 1. Reveló las ideas abiertamente
 2. Frenó lo que estaba expresando
 3. Intentó engañar, ocultar, mentir

Inventario de declaraciones sobre la autolesión (ISAS)- SECCIÓN I

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

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

Cortarse _____
Rascarse con fuerza _____
Morderse _____
Golpearse con fuerza _____
Quemarse _____
Hacerse cortes poco profundos en la piel (con un cutex, cuchilla, lápiz afilado, etc.) _____
Interferir en la curación de heridas (Por ejemplo, rascando las costras) _____
Frotar la piel contra una superficie rugosa _____
Pellizcarse _____
Pincharse con agujas _____
Tirarse el Pelo _____
Ingerir sustancias peligrosas _____
Otros _____

Importante: Si has realizado una o más de las conductas mencionadas anteriormente, por favor completa la parte final de este cuestionario. Si no has realizado ninguna de las conductas mencionadas anteriormente, continúa en la Parte II.

2. Si crees que existe un tipo de autolesión que realizas más frecuentemente, por favor, rodea esta conducta de las descritas en la página.

3. ¿A qué edad...?

¿Te hiciste daño a ti misma/o por primera vez? _____

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

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

SÍ A VECES NO

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

SÍ A VECES NO

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

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

7. ¿Quieres / querrías dejar de auto-lesionarte? Por favor marque una opción:

SÍ NO

ISAS PARTE II

Instrucciones

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

Marca **0** si no te identificas **NADA** con la frase.

Marca **1** si te identificas **ALGO** con la frase.

Marca **2** si te identificas **MUCHO** con la frase.

"Cuando me autolesiono ...	Respuesta		
1. Me calmo a mí misma/o	0	1	2
2. Creo un límite entre mí mismo/a y los demás	0	1	2
3. Me castigo	0	1	2
4. Es una forma de cuidar de mí misma/o (al cuidar la herida)	0	1	2
5. Al causarme dolor dejo de sentirme embotada/o	0	1	2
6. Evito el impulso de suicidarme	0	1	2
7. Es una forma de hacer algo que me provoca excitación o euforia	0	1	2
8. Me vinculo a los demás	0	1	2
9. Dejo que los demás sepan la magnitud de mi dolor emocional	0	1	2
10. Veo si puedo soportar el dolor	0	1	2
11. Genero una señal física que indica que me siento fatal	0	1	2
12. Me vengo de alguien	0	1	2
13. Me reafirma que soy autosuficiente	0	1	2
14. Me alivio de la presión emocional que hay dentro de mi	0	1	2
15. Demuestro que estoy separado de otras personas	0	1	2
16. Expreso ira hacia mi por ser inútil o estúpido	0	1	2
17. Genero un daño físico que es más fácil de cuidar que mi malestar emocional	0	1	2
18. Intento sentir algo (en contraposición a no sentir nada), aunque sea dolor físico	0	1	2
19. Respondo a los pensamientos suicidas sin realmente intentar suicidarse	0	1	2
20. Me entretengo a mí misma y a los demás haciendo algo extremo	0	1	2
21. Siento que encajo con otras personas	0	1	2
22. Busco cuidado o ayuda de los demás	0	1	2

"Cuando me autolesiono ...	Respuesta		
23. Me demuestro que soy fuerte o dura/o	0	1	2
24. Me demuestro que mi dolor emocional es real	0	1	2
25. Me vengo de los demás	0	1	2
26. Demuestro que no necesito depender de otros para obtener ayuda	0	1	2
27. Reduzco la ansiedad, la frustración, la ira u otros sentimientos que me desbordan	0	1	2
28. Establezco entre barrera entre mi misma/o y los demás	0	1	2
29. Es una reacción al hecho de sentirme infeliz o disgustada conmigo misma/o	0	1	2
30. Me permito centrarme en tratar la herida, lo que puede ser gratificante o satisfactorio.	0	1	2
31. Me aseguro de sentirme viva/o cuando me siento irreal	0	1	2
32. Pongo freno a los pensamientos suicidas	0	1	2
33. Me pongo al límite como cuando practico deportes de riesgo u otras actividades extremas	0	1	2
34. Creo una señal de amistad o parentesco con los amigos o seres queridos	0	1	2
35. Evito que un ser querido me deje o abandone	0	1	2
36. Demuestro que puedo soportar el dolor físico	0	1	2
37. Doy significado emocional a la angustia emocional que estoy experimentando	0	1	2
38. Trato de herir a alguien cercano a mí	0	1	2
39. Reafirmo que soy autónomo/a o independiente	0	1	2

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

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

Escala de Desesperanza de Beck (BHS)

Por favor, señala si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuesta son verdadero o falso.

	Verdadero	Falso
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.		
4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años.		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.		
7. Mi futuro me parece oscuro.		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo .		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera.		
15. Tengo una gran confianza en el futuro.		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa-		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro..		
18. El futuro me parece vago e incierto.		
19. Espero más bien épocas buenas que malas.		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.		
PUNTUACIÓN TOTAL:		

Cuestionario de Satisfacción Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)

Por favor para mejorar nuestros servicios nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre la atención que usted ha recibido.

Nos interesa conocer su verdadera opinión, sea esta positiva o negativa. Por favor responda a todas las cuestiones que le planteamos. También le agradeceríamos que al final del cuestionario aportase sus comentarios y sugerencias.

Por favor señale primero su tipo de vinculación con el programa Usuario/a directo/a Familiar

RODEE CON UN CIRCULO LA OPCIÓN CORRECTA A CADA PREGUNTA

1.- ¿Cómo evaluaría la calidad de los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2.- ¿Recibió la clase de servicio que usted requería?

4	3	2	1
No definitivamente	En muy pocos casos	Si en general	Si definitivamente

3.- ¿Hasta que punto ha ayudado nuestro programa a solucionar sus problemas?

4	3	2	1
En casi todos	En la mayor parte	Solo en algunos	En ninguno

4.- ¿Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, le recomendaría nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No, creo que no	Si, creo que si	Si definitivamente

5.- ¿Cómo de satisfecho/a esta usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?

4	3	2	1
Nada satisfecho/a	Indiferente o moderadamente no satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Muy satisfecho/a

6.- ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

4	3	2	1
Si me ayudaron mucho	Si me ayudaron algo	No realmente no me ayudaron	No parecían poner las cosas peor

7.- ¿En general, cómo de satisfecho/a está usted con los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Algo insatisfecho	Muy insatisfecho/a

8.- ¿Si necesitara ayuda otra vez volvería a nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No posiblemente	Si creo que si	Si con seguridad

Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

- Lo que más me ha gustado de la atención que he recibido ha sido:

- Creo que se tendría que mejorar: