

INTERVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES

Autora: Marta Guillén Robles

Tutor: José Antonio Piqueras Rodríguez

Cotutora: Victoria Soto Sanz

TRABAJO DE FINAL DE GRADO



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIO-SANITARIAS
GRADO EN PSICOLOGÍA

Curso 2025/2026
Convocatoria Junio

Modalidad: Propuesta de intervención

COIR: 251114101108

ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	5
2.1. Marco Teórico.....	5
2.2. Justificación de la importancia de la intervención.....	6
2.3. Revisión de intervenciones previas.....	8
3. Método.....	10
3.1. Objetivos.....	10
3.2. Contenidos.....	11
3.3. Población objetivo.....	12
3.4. Materiales.....	13
3.5. Descripción y temporalidad.....	13
a. Figura 1.....	14
3.6. Método de evaluación.....	15
3.7. Programación de las sesiones.....	19
4. Discusión y conclusiones.....	20
5. Referencias bibliográficas	24
6. Anexos.....	28

1. Resumen

Las Autolesiones No Suicidas (ANS) en adolescentes representan un grave problema de salud mental. Sin embargo, existe una notable escasez de protocolos preventivos estructurados en el entorno educativo que impliquen a toda la comunidad. Para responder a esta urgente necesidad, el presente estudio diseña un programa de intervención psicoeducativa enfocado estrictamente en la detección temprana y prevención de las ANS dentro de los Institutos de Educación Secundaria. La propuesta metodológica adopta un riguroso enfoque multicomponente organizado en dos módulos independientes. El primer módulo, destinado a los menores, consta de seis sesiones centradas en el entrenamiento de regulación emocional, estrategias de afrontamiento activo y sustitución funcional de la conducta lesiva. El segundo módulo, dirigido a familias y docentes, comprende tres sesiones para capacitar a los adultos en detección precoz, restricción de medios y validación emocional. Para medir su eficacia empírica, se establece una evaluación inicial y final mediante instrumentos psicométricos estandarizados (DERS, ACS, BDI-II, BAI, ISAS, Q-PAD) y un cuestionario ad hoc (CCAA) diseñado específicamente para los adultos. Se concluye que esta propuesta de intervención comunitaria resulta totalmente imprescindible para proporcionar al alumnado alternativas seguras eficaces, logrando transformar el entorno sociofamiliar en un factor protector clave antes de la cronificación clínica.

Palabras clave: Autolesiones No Suicidas, Prevención escolar, Regulación emocional, Adolescencia, Intervención psicoeducativa.

Abstract

Non-suicidal self-injury (NSI) in adolescents represents a serious mental health problem. However, there is a notable lack of structured prevention protocols in educational settings that involve the entire community. To address this urgent need, this study designs a psychoeducational intervention program focused strictly on the early detection and prevention of NSI within secondary schools. The methodological approach adopts a rigorous multicomponent structure organized into two independent modules. The first module, for adolescents, consists of six sessions focused on emotional regulation training, active coping

strategies, and functional substitution of self-harming behaviors. The second module, for families and teachers, comprises three sessions to train adults in early detection, means restriction, and emotional validation. To measure its empirical effectiveness, an initial and final assessment is conducted using standardized psychometric instruments (DERS, ACS, BDI-II, BAI, ISAS, Q-PAD) and an ad hoc questionnaire (CCAA) specifically designed for adults. It is concluded that this community intervention proposal is absolutely essential to provide students with safe and effective alternatives, transforming the socio-family environment into a key protective factor before clinical chronicity.

Keywords: Non-Suicidal Self-Injury, School prevention, Emotion regulation, Adolescence, Psychoeducational intervention.



2. Introducción

2.1. Marco Teórico

La adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, que está marcada por los profundos y rápidos cambios biológicos, cognitivos y sociales. A nivel psicológico, se caracteriza por la búsqueda de identidad, la autonomía y la aceptación social, factores que pueden desencadenar una inestabilidad emocional significativa (De Luca et al., 2023). La necesidad de lidiar con estresores externos utilizando unos recursos de gestión emocional y afrontamiento que aún se encuentran en desarrollo, convierte a esta etapa en un momento de especial vulnerabilidad para la aparición de conductas desadaptativas (Marín Suelves et al., 2025).

Asimismo, las Autolesiones No Suicidas (ANS), las cuales se definen como el daño intencional y directo al propio cuerpo sin una intención consciente de morir, constituyen una de las problemáticas de mayor preocupación tanto clínica como social (Bürger et al., 2023). A diferencia de los intentos de suicidio, las ANS se caracterizan por una letalidad baja o moderada y una alta frecuencia de repetición. Entre los métodos más habituales empleados por los adolescentes para autoinfligirse daño destacan los cortes en la piel (*self-cutting*), las quemaduras, los arañazos severos, los golpes contra superficies duras y la interferencia deliberada en la cicatrización de heridas (Andrei et al., 2024; Peterson y Freedenthal, 2008).

Además de mostrar una alta prevalencia entre los jóvenes, las ANS constituyen un factor de riesgo consolidado para el desarrollo posterior de psicopatología grave, ideación suicida y tentativas de suicidio (Mc Evoy et al., 2022). En España, la incidencia de estas conductas es significativa y presenta una tendencia al alza, subrayando la urgencia de implementar estrategias preventivas eficaces (Marín Suelves et al., 2025).

La etiología de las conductas autolesivas es compleja y multifactorial. Investigaciones recientes y metaanálisis destacan la interacción de diversos factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad de los jóvenes. A nivel intrapersonal, la presencia de sintomatología depresiva, la ansiedad, la baja autoestima y la impulsividad actúan como potentes predictores de las ANS (Soto-Sanz et al., 2019; Wang et al., 2022). A nivel interpersonal y social, factores como la exposición a situaciones de acoso escolar (*bullying*), los conflictos familiares persistentes y la invalidación emocional en el hogar configuran un elevado riesgo psicosocial (Gallego Hernández de Tejada, 2019; Plener, 2018). Este entorno, sumado a la carencia de estilos de afrontamiento adaptativos y dificultades en la búsqueda de apoyo social, incrementa la vulnerabilidad del menor al favorecer el uso de la

evitación cognitiva como mecanismo de escape frente al malestar (Bentley et al., 2015; De Luca et al., 2023). Recientemente, la influencia del ciberacoso y el contagio social a través de las redes sociales han agravado este escenario, debido a que la exposición repetida a este tipo de conductas en entornos virtuales puede normalizar y reforzar el daño corporal como una vía de afrontamiento válida entre iguales (Plener et al., 2018; Wang et al., 2022), convirtiendo la evaluación del riesgo psicosocial en una pieza clave para la detección temprana de las ANS.

A la hora de comprender el origen y mantenimiento de este fenómeno, la literatura científica señala que las ANS cumplen, en la mayoría de los casos, una función intrapersonal de regulación emocional (Andrei et al., 2024; Gallego Hernández de Tejada, 2019). Ante situaciones de elevado estrés, sentimientos de vacío o un malestar psicológico intenso, aquellos adolescentes que no disponen de estilos de afrontamiento eficaces pueden recurrir a la autolesión como una forma de aliviar o modular emociones que perciben como desbordantes (Carvalho et al., 2015; De Luca et al., 2023; Peterson y Freedenthal, 2008). Específicamente, el uso de estrategias basadas en la evitación cognitiva (intentar bloquear el pensamiento doloroso) o la carencia de habilidades para la búsqueda de apoyo social activo en su entorno, incrementan significativamente la vulnerabilidad del joven (Bentley et al., 2015; De Luca et al., 2023). El alivio inmediato que experimentan tras la conducta actúa como un potente refuerzo a corto plazo, lo que aumenta la probabilidad de repetición y favorece su consolidación en el tiempo si no se interviene proporcionando alternativas de regulación más adaptativas (Plener, 2018). Por este motivo, la intervención no debe centrarse únicamente en la eliminación de la conducta, sino en la sustitución funcional, proporcionando al adolescente métodos de estimulación sensorial o estrategias de distracción que cumplan esa misma función reguladora pero sin daño físico (Mollà et al., 2015; Peterson y Freedenthal, 2008).

2.2. Justificación de la importancia de la intervención

A pesar del consenso que existe sobre la gravedad de este fenómeno y del avance en la identificación de sus principales factores de riesgo, hay escasez de programas preventivos universales validados para el entorno escolar. Diversas revisiones sistemáticas internacionales sobre intervenciones en jóvenes comunitarios (Calear et al., 2016; Katz et al., 2013) coinciden en señalar que gran parte de los protocolos educativos se limitan a evaluar el riesgo cuando la ideación suicida ya está presente, dejando un vacío importante en el abordaje de conductas precursoras, como las autolesiones sin intencionalidad letal y la desregulación emocional inicial. En el contexto español, esta limitación ha sido notable.

Diversos trabajos de revisión han evidenciado la escasez de programas estructurados de prevención dirigidos a la población adolescente general (Soto-Sanz et al., 2019), circunstancia que dificulta el acceso temprano a la atención y contribuye a la saturación de la red de salud mental especializada. Si bien la reciente aprobación del Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025–2027 (Ministerio de Sanidad, 2025) representa un avance significativo al proporcionar un marco estatal unificado, la situación actual sigue presentando importantes retos operativos. En la práctica, persisten diferencias destacables en su aplicación entre diferentes comunidades autónomas, lo que deriva en importantes diferencias de criterios y recursos según el territorio (Sufrate-Sorzano et al., 2022). Por consiguiente, a pesar de la existencia de este nuevo marco institucional, sigue siendo necesario consolidar intervenciones preventivas específicas y estructuradas que atiendan de forma directa las vulnerabilidades particulares de la población adolescente, lo que genera una respuesta institucional fragmentada frente a un problema que ya constituye la primera causa de muerte externa en la juventud. En este sentido, es urgente reconocer que las autolesiones y la conducta suicida adolescente representan un problema de salud pública de primer orden que se puede y se debe prevenir directamente desde el ámbito educativo (Castellví et al., 2017). Ante esta situación, investigaciones recientes aplicadas en centros escolares de nuestro país (Falcó, 2023) destacan la necesidad urgente de superar los modelos tradicionales, puramente reactivos y centrados en el déficit, para apostar por propuestas preventivas que entrenen de forma activa los recursos de afrontamiento del menor desde las propias aulas.

Los centros educativos y el núcleo familiar constituyen los principales entornos de socialización adolescente, pero a menudo carecen de los recursos psicoeducativos necesarios para manejar las autolesiones (Bürger et al., 2023; De Luca et al., 2023). En las escuelas, esta carencia puede derivar en respuestas de evitación o alarma desproporcionada, lo que enfatiza la necesidad de alfabetizar en salud mental y capacitar a los docentes como figuras de detección o *gatekeepers* (Bürger et al., 2023). Por su parte, los familiares suelen experimentar miedo, culpa y un elevado estrés parental ante el descubrimiento de estas conductas, y la falta de pautas claras puede derivar en respuestas impulsivas que invalidan involuntariamente el malestar del menor (Fu et al., 2020). Por ello, es necesario que las estrategias de intervención no se centren únicamente en el adolescente, sino que proporcionen herramientas de primeros auxilios psicológicos y contención emocional conjuntas tanto a las familias como a la comunidad educativa (De Luca et al., 2023). En relación con el abordaje de esta problemática, existen tratamientos psicoterapéuticos especializados, como la Terapia Dialéctico-Conductual para adolescentes

(DBT-A) o la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), que han mostrado resultados prometedores en la reducción de la conducta autolesiva (Mollà et al., 2015).

En este sentido, se identifica un “gap” claro tanto en la literatura teórica como en la práctica profesional: existe una escasez de protocolos estructurados y unificados de prevención selectiva e indicada que puedan implementarse de forma ágil y coordinada en contextos cotidianos así como los centros educativos. La mayoría de las guías de intervención nacionales existentes no logran conectar de manera sistémica las dinámicas del aula con una formación paralela obligatoria para el profesorado y las familias, sin ofrecer al entorno del adolescente herramientas coordinadas para la gestión y contención emocional.

Desde esta perspectiva, este Trabajo de Fin de Grado se justifica por la necesidad de diseñar una propuesta de intervención específica destinada a la detección temprana y abordaje preventivo para las Autolesiones No Suicidas en adolescentes. A nivel aplicado, el desarrollo de un protocolo estructurado y fundamentado en la evidencia científica disponible puede contribuir a proporcionar a los profesionales de la psicología, la educación y la salud un protocolo estructurado de intervención, favoreciendo la identificación precoz de señales de riesgo y la implementación de estrategias psicoeducativas y terapéuticas ajustadas a las necesidades detectadas. De este modo, se busca intervenir antes de la posible cronificación de la conducta y reducir su impacto a medio y largo plazo.

Por consiguiente, el diseño de esta intervención pone el foco en los principales factores de protección. Es fundamental fortalecer los recursos de afrontamiento (evaluados mediante el ACS) y las habilidades de regulación emocional (medidas con el DERS) para reducir la vulnerabilidad del menor y evitar que recurra a la autolesión como vía de escape. Asimismo, dado que la sintomatología ansioso-depresiva (evaluada con el BAI y el BDI-II) y los problemas psicosociales (medidos con el Q-PAD) actúan como potentes predictores de las ANS, su monitorización clínica es fundamental. En definitiva, una propuesta preventiva rigurosa requiere no solo estructurar dinámicas dirigidas a estas áreas, sino también establecer un sistema de evaluación formal que permita medir objetivamente el impacto del programa en dichas variables.

2.3. Revisión de intervenciones previas

Estos programas suelen implementarse de forma reactiva, es decir, cuando la autolesión ya se ha instaurado de forma significativa y el menor se encuentra dentro de la

red de salud mental especializada, lo que limita su alcance en términos de prevención temprana y accesibilidad comunitaria (Bürger et al., 2023).

Por otro lado, al trasladar el foco al entorno escolar, diversos estudios previos señalan que las intervenciones preventivas de carácter universal, principalmente dirigidas a toda la población escolar mediante charlas esporádicas, carecen de eficacia significativa para reducir la incidencia de las ANS (Bürger et al., 2023). En muchos casos, los protocolos institucionales vigentes en los centros educativos se activan de manera exclusiva ante la presencia de riesgo suicida inminente, a falta de un enfoque específico para el manejo de las autolesiones sin intencionalidad letal. Esto acentúa la urgencia de diseñar intervenciones psicoeducativas modulares, que combinen la alfabetización en salud mental para adultos con el entrenamiento directo en estrategias de regulación emocional para los jóvenes, superando así las limitaciones de los modelos puramente clínicos o preventivos inespecíficos.

A continuación, se detallan el objetivo general y los objetivos específicos del presente Trabajo de Fin de Grado, los cuales han guiado la elaboración de esta propuesta metodológica.

Objetivo General:

Diseñar un programa de intervención psicoeducativa para la detección temprana y el abordaje preventivo de las Autolesiones No Suicidas (ANS) en adolescentes, con el fin de dotar de estrategias de manejo a la comunidad educativa y familias.

Objetivos Específicos:

1. Identificar y clasificar los principales indicadores de riesgo y señales de alerta temprana de las Autolesiones No Suicidas en el contexto escolar.
2. Diseñar un protocolo de actuación con estrategias psicoeducativas concretas para docentes y familias.
3. Proponer un programa de psicoeducación orientado al fortalecimiento de habilidades de regulación y bienestar emocional, entrenamiento en estrategias de afrontamiento adaptativas y sustitución funcional de las conductas autolesivas.
4. Diseñar un sistema de evaluación que permita medir el impacto del programa en las variables clínicas del alumnado y en la capacidad de detección y autoeficacia de los adultos.

3. Método

La propuesta del presente trabajo se propone con el objetivo de dotar, tanto a los adolescentes como a sus familiares y profesores, de recursos y herramientas prácticas para identificar, comprender y reducir la incidencia de las ANS. Para el diseño de este trabajo se garantiza el cumplimiento de los principios éticos, contando con el código COIR: 251114101108. Asimismo, ya que el programa incluye a menores, se establece como requisito estrictamente necesario la firma de un documento de consentimiento informado (véase Anexo 1), para garantizar la participación voluntaria y la privacidad de los participantes. El proceso de recogida y custodia de datos se ajusta a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD).

A nivel metodológico, la intervención se estructura en dos módulos: uno dirigido a adolescentes y otro a adultos (familias y docentes). Para evaluar su eficacia empírica, se aplicaron instrumentos psicométricos estandarizados al inicio (pre-test) y al final (post-test) del programa.

3.1. Objetivos

A continuación, se detallan tanto el objetivo general como los específicos del trabajo, los cuales guiaron el diseño del programa.

Objetivo General de la intervención:

Prevenir la aparición y cronificación de las Autolesiones No Suicidas (ANS) en el alumnado mediante el entrenamiento directo en regulación emocional y la capacitación del entorno sociofamiliar y educativo como figuras de contención.

Objetivos específicos de la intervención:

Módulo dirigido a adolescentes:

- Incrementar la autoconciencia emocional y la capacidad para identificar la activación fisiológica ante situaciones de elevado estrés.
- Entrenar estrategias de tolerancia al malestar y sustitución funcional (como el anclaje sensorial) para reducir el impulso de recurrir a la autolesión física.

- Fomentar el uso de estilos de afrontamiento activo y técnicas de resolución de problemas frente a la evitación cognitiva.
- Desarrollar habilidades de comunicación asertiva que faciliten el establecimiento de límites y la búsqueda eficaz de apoyo social en situaciones de crisis.

Módulo dirigido a familias y docentes (Adultos):

- Desmitificar las creencias erróneas sobre las ANS para reducir el estigma y evitar respuestas familiares basadas en el pánico o el castigo.
- Capacitar en la identificación precoz de señales de alerta físicas y conductuales en el entorno cotidiano del menor.
- Entrenar la aplicación de pautas de validación emocional para fomentar una comunicación que no invalide el sufrimiento del adolescente.
- Proporcionar herramientas de restricción ambiental de medios y protocolos de derivación seguros, previniendo simultáneamente la sobrecarga del cuidador.

3.2. Contenidos

Para la selección de los contenidos se llevó cabo una revisión bibliográfica narrativa en bases de datos científicas (PsycINFO, PubMed y Dialnet) utilizando descriptores como "autolesiones no suicidas", "prevención escolar", "DBT-A" y "TCC". El objetivo fue identificar programas preventivos y protocolos clínicos con evidencia empírica. Los resultados confirmaron que los déficits en regulación emocional y afrontamiento actúan como factores mantenedores clave de las conductas autolíticas (De Luca et al., 2023; Wang et al., 2022).

A partir de la información obtenida, el programa se fundamenta en técnicas específicas de los tratamientos con mayor eficacia comprobada (Mollà et al., 2015). En lugar de replicar un protocolo completo del manual de habilidades DBT-A (Rathus y Miller, 2015), se extraen estrategias de regulación emocional y tolerancia al malestar, como la distracción sensorial y la sustitución funcional. De la TCC se incluyó la reestructuración cognitiva para el manejo de pensamientos disfuncionales y el entrenamiento en resolución de problemas.

Esta adaptación al contexto escolar buscara dotar a los menores de recursos en su entorno diario. Para garantizar su aplicación ética y segura, las técnicas se modificarán hacia un formato psicoeducativo, centrado en el entrenamiento práctico de habilidades, y se

evitará la intervención clínica sobre el trauma subyacente, lo cual excedería las competencias del profesorado. Asimismo, esta propuesta se respalda con un protocolo de actuación (véase Anexo 2) que funciona como filtro de derivación hacia la red de salud mental especializada ante posibles casos de riesgo elevado.

3.3. Población objetivo

Este programa se diseñó para adolescentes de 12 a 17 años (acorde a la definición de adolescencia de la OMS) escolarizados en la provincia de Alicante, así como para sus familias y equipo docente. Para garantizar un clima de confianza y participación, se estimaron grupos con un máximo de 20 alumnos.

Criterios de inclusión y exclusión:

- Tener entre 12 y 17 años.
- Estar matriculados en un centro de la provincia de Alicante y residir en ella.
- Presentar el consentimiento informado firmado por los padres, madres y/o tutores legales (véase Anexo 1).

Por el contrario, se excluirán de la intervención grupal aquellas personas que:

- No se encontrase dentro del rango de edad estipulado.
- Presentaran ideación suicida activa o un riesgo clínico inminente de letalidad al igual que diagnósticos de otras enfermedades mentales graves que requieran hospitalización.

Viabilidad y captación de la muestra:

La captación de los adolescentes se realizará a través del Departamento de Orientación del centro educativo, quienes, junto a los tutores, identificarán a los alumnos con perfiles de riesgo o necesidades de regulación emocional. En cuanto a la participación de las familias (habitualmente el punto de mayor dificultad en estas intervenciones), se realizarán llamadas telefónicas personalizadas desde la tutoría, destacando los beneficios preventivos del programa. Para asegurar su asistencia y participación continuada a lo largo del módulo, se establecerá la flexibilidad en los horarios de las sesiones y la creación de un canal de comunicación directo y periódico (vía Telegram) para enviar recordatorios y materiales de apoyo, reforzando el vínculo de compromiso de los cuidadores.

3.4. Materiales necesarios

En cuanto a los recursos materiales, se requerirá un espacio amplio (aula o salón de actos) con equipamiento audiovisual y disposición semicircular para un máximo de 20 asistentes, lo que favorecerá el diálogo. Asimismo, se precisará material impreso: cuestionarios de evaluación, fichas para las dinámicas y recursos psicoeducativos (infografías y plantillas) para los participantes.

A nivel humano, la intervención será dirigida por un psicólogo clínico infanto-juvenil, quien se encargará de impartir las sesiones, mantener coordinación continua con la dirección del centro y detectar posibles riesgos clínicos inminentes para su derivación a la red de salud mental especializada.

3.5. Descripción y temporalización de las sesiones

Se realizará una coordinación previa con la dirección del centro para explicar en detalle el programa. Además, la intervención presencial se difundirá mediante charlas informativas y las redes sociales del centro escolar.

El programa consta de 9 sesiones de dos horas (incluyendo 10 minutos de descanso para minimizar la fatiga): 6 dirigidas a los adolescentes y 3 destinadas a las familias y docentes. La intervención se planificará por separado para garantizar que los menores y los adultos tengan su propio espacio de intimidad y se sientan libres para participar y expresar sus dudas.

Las sesiones se establecerán en horario extraescolar. Para los adolescentes, la frecuencia será semanal (los martes), mientras que para los adultos será quincenal (los jueves). El inicio del programa se ubicará estratégicamente después del primer trimestre del curso, para así permitir al profesorado poder observar el comportamiento del alumnado, detectar posibles dinámicas de aislamiento y sugerir la participación a las familias que más lo necesiten.

En la figura 1, se muestra la temporalización prevista del desarrollo de las sesiones:

Enero

NOTAS:

SEMANA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1	29	30	31	01	02
2	05	06	07	08	09
3	12	13 Bloque ADOLESCENTE Sesión 1 Primera toma de contacto	14	15 Bloque ADULTO Sesión 1 Comprendiendo las Autolesiones No Suicidas (ANS)	16
4	19	20 Bloque ADOLESCENTE Sesión 2 Entendiendo a nuestras emociones	21	22	23
5	26	27 Bloque ADOLESCENTE Sesión 3 Mi red de seguridad y cómo pedir ayuda	28	29 Bloque ADULTO Sesión 2 Señales de alerta y el poder de la comunicación validante	30

Febrero

NOTAS:

SEMANA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
5	26	27	28	29	30
6	02	03 Bloque ADOLESCENTE Sesión 4 Mis pensamientos y mi botiquín de emergencia	04	05	06
7	09	10 Bloque ADOLESCENTE Sesión 5 Afrontar frente a escapar y el poder de decir "no"	11	12 Bloque ADULTO Sesión 3 Cuidar al cuidador, protocolo de crisis y cierre	13
8	16	17 Bloque ADOLESCENTE Sesión 6 Mi plan de autocuidado y evaluación final	18	19	20

Figura 1 Cronograma y temporalización de las sesiones de los módulos de adolescentes y adultos. Cronograma correspondiente al primer y segundo mes de intervención (enero y febrero). Los cuadros de color rosa representan las sesiones del Módulo Adolescente y los cuadros de color amarillo las sesiones del Módulo Adulto (familias y docentes).

3.6. Método de evaluación

La evaluación del programa se organiza mediante un diseño pre-test y post-test para cada una de las variables seleccionadas, con el fin de medir empíricamente si los objetivos de la intervención se cumplieron.

Procedimiento de evaluación (cuándo, cómo y duración):

La administración de los instrumentos se establecerá en dos momentos concretos: al inicio del programa (Sesión 1) para establecer la línea base, y a la finalización del mismo (Sesión 6 en el módulo de adolescentes y Sesión 3 en el módulo de adultos). Las pruebas se realizarán en formato papel, dentro del aula y bajo la supervisión del psicólogo, garantizando un ambiente confidencial y libre de distracciones. Para evitar la fatiga cognitiva de los adolescentes, se estimará un tiempo de cumplimentación de aproximadamente 50 minutos para su batería de pruebas, la cual se dividiría en dos bloques separados por un descanso. En el caso de los adultos, se estimará un tiempo de entre 20 y 30 minutos para rellenar su cuestionario.

Instrumentos de evaluación para adolescentes:

Las variables a evaluar se determinaron en base a los factores de riesgo justificados en el marco teórico: autolesiones no suicidas, regulación emocional, problemas psicosociales, estrategias de afrontamiento, ansiedad y depresión. Para ello, se seleccionaron los siguientes instrumentos estandarizados:

- *Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS)*: (Klonsky y Glenn, 2009) Se seleccionó para evaluar de forma exhaustiva las conductas autolíticas. Este instrumento cuenta con una sólida adaptación al español validada específicamente para su uso en población adolescente (Castro-Silva et al., 2016). Consta de 39 ítems divididos en dos secciones: la primera evalúa la frecuencia de 12 tipos de conductas autolesivas y la segunda mide 13 funciones de la conducta (ej. regulación afectiva, autocastigo, influencia interpersonal, etc.) mediante una escala Likert. A partir del estudio de validación y estandarización hispanohablante mencionado, el instrumento reporta un coeficiente alfa de Cronbach de .85 (Castro-Silva et al., 2016). Se considera un indicador de riesgo clínico elevado la presencia de múltiples topografías de lesión y una alta frecuencia de funciones de regulación afectiva.
- *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)*: (Gratz y Roemer, 2004) Mide de forma específica el descontrol emocional. El instrumento se encuentra oficialmente adaptado al español y baremado para la evaluación psicométrica de la

población adolescente (Marín et al., 2012). Posee un alfa de Cronbach de .93 (Marín et al., 2012) y puntuaciones totales elevadas indican una desregulación significativa que requiere intervención inmediata. Consta de 36 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (desde 1 = "Casi nunca", hasta 5 = "Casi siempre") y evalúa 6 dimensiones fundamentales:

- No aceptación de las respuestas emocionales.
 - Interferencia en conductas dirigidas a metas.
 - Dificultades en el control de impulsos.
 - Falta de conciencia emocional.
 - Acceso limitado a estrategias de regulación eficaces.
 - Falta de claridad emocional.
- *Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Adolescentes (Q-PAD)*: (Sica et al., 2016). Se eligió para obtener un perfil de riesgo psicosocial integral, tratándose de un instrumento psicométrico construido exclusivamente para la población adolescente y cuya adaptación oficial al castellano fue desarrollada por Santamaría (Sica et al., 2016) mediante la editorial TEA Ediciones. Consta de 81 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos (1 a 4), que evalúan nueve escalas críticas: Ansiedad, Depresión, Insatisfacción corporal, Problemas interpersonales, Problemas familiares, Incertidumbre sobre el futuro, Riesgo psicosocial, Abuso de sustancias y Autoestima. Los estudios empíricos de estandarización recogidos en su manual técnico en español constatan un alfa de Cronbach promedio de .85 (Sica et al., 2016). El instrumento permite identificar perfiles de riesgo mediante centiles; puntuaciones por encima del centil 75 en escalas como Riesgo Psicosocial o Depresión sugieren una vulnerabilidad clínica moderada-alta.
- *Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)*: (Frydenberg y Lewis, 1997) Se empleó para evaluar las habilidades de afrontamiento, siendo una herramienta diseñada específicamente para la etapa adolescente y cuya adaptación y baremación española fue elaborada por Pereña y Seisdedos (Frydenberg y Lewis, 1997). Mide 18 dimensiones o estrategias diferentes (ej. buscar apoyo social, concentrarse en resolver el problema, ignorar el problema, etc.) agrupadas en tres estilos: Afrontamiento Productivo, Referencia a otros y Afrontamiento No Productivo . Se trata de un autoinforme de 80 ítems que se puntúan mediante una escala Likert

de 5 puntos (1 a 5). Como propiedades psicométricas, el instrumento mostró un alfa de Cronbach de .75, con un coeficiente de fiabilidad de .68 (Frydenberg y Lewis, 1997). Es especialmente relevante para detectar el uso de estrategias de "evitación" o "autoinculpación", que se correlacionan con un mayor riesgo de ANS.

- *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*: (Beck y Steer, 1993) Se seleccionó para medir la gravedad de los síntomas de ansiedad físicos y cognitivos. Este inventario cuenta con una adaptación al español cuyas propiedades psicométricas han sido validadas para su aplicación comunitaria y clínica en muestras de adolescentes (Sanz y Navarro, 2003). Consta de 21 ítems evaluados mediante una escala tipo Likert de 4 puntos (desde 0 = "Nada", hasta 3 = "Severamente"), donde la suma total indica el nivel de ansiedad presentado. Su consistencia interna (alfa de Cronbach) se situó en .84 y .83, con un coeficiente de fiabilidad de .75 (Sanz y Navarro, 2003). Para la interpretación del riesgo clínico en el centro, se utilizan los siguientes puntos de corte:

- 0-7: Ansiedad mínima.
- 8-15: Ansiedad leve.
- 16-25: Ansiedad moderada (punto de inicio para vigilancia proactiva).
- 26-63: Ansiedad grave (requiere derivación urgente).

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*: (Beck et al., 1996) Se seleccionó para evaluar específicamente la gravedad de la sintomatología somático-afectivos y cognitivos de la depresión, empleando para ello la adaptación oficial al español adaptada y validada psicométricamente para la evaluación de estudiantes y población adolescente (Sanz et al., 2003) Es un instrumento autoaplicado de 21 ítems que se puntúan mediante una escala tipo Likert de 4 puntos (desde 0 = "Nada", hasta 3 = "Severamente"). De acuerdo con su manual original, el instrumento presenta índices de fiabilidad, mostrando un coeficiente alfa de Cronbach de .92 para población clínica ambulatoria y de .93 para muestras de estudiantes (Beck et al., 1996). Los puntos de corte establecidos para determinar la gravedad son:

- 0-13: Depresión mínima.
- 14-19: Depresión leve.
- 20-28: Depresión moderada (indicador de riesgo clínico relevante).

- 29-63: Depresión grave (intervención inmediata según protocolo ético).

Dada la sensibilidad de las variables evaluadas, se establece un protocolo ético de detección y derivación urgente. En el caso de que las puntuaciones en instrumentos como el ISAS o el BDI-II indican un riesgo de autolesión grave o ideación suicida relevante, o se detectara malestar significativo durante las dinámicas, se determinará la interrupción del protocolo preventivo para realizar una entrevista clínica de seguridad individualizada. Este procedimiento asegura la derivación inmediata del menor al Departamento de Orientación y a los servicios de salud mental de referencia, priorizando en todo momento la integridad del adolescente sobre los objetivos del programa (véase Anexo 2).

Para evaluar a las familias y al equipo docente, se opta por una aproximación metodológica diferente. Dado que no se identifica en la literatura una herramienta estandarizada que se ajustara con precisión a los objetivos específicos de este módulo de adultos, se procede al diseño de un instrumento *ad-hoc* denominado Cuestionario de Conocimientos y Autoeficacia sobre Autolesiones (CCAA), el cual puede consultarse en el Anexo 3. Este cuestionario se ha elaborado con el propósito de evaluar tres dimensiones fundamentales vinculadas a la alfabetización en salud mental que señala la literatura: los conocimientos teóricos reales sobre las ANS, la autoeficacia percibida por el adulto y su capacidad práctica de detección temprana en el entorno del menor.

A nivel estructural, el instrumento consta de un total de 20 ítems que deben ser respondidos mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (desde 1 = "Totalmente de acuerdo", hasta 5 = "Totalmente en desacuerdo"). Su contenido está dividido estratégicamente en dos grandes bloques de 10 ítems cada uno para reflejar los pilares de la alfabetización mencionada. El primer bloque se centra en evaluar la asimilación de conocimientos teóricos y la desmitificación de las falsas creencias en torno a las autolesiones, mientras que el segundo bloque se enfoca en medir la seguridad del adulto para aplicar pautas de contención y su competencia para detectar señales de alerta. Finalmente, en lo que respecta a sus índices de fiabilidad, cabe destacar que, al tratarse de un instrumento de nueva creación diseñado exclusivamente para esta propuesta de intervención, aún no contaba con un coeficiente alfa de Cronbach establecido. No obstante, la consistencia interna del instrumento se determinará tras una futura implementación piloto del programa, donde se proyecta obtener un coeficiente superior a ,70.

3.7. Programación de las sesiones

El diseño de la intervención se organiza según la siguiente secuencia temática, detallando los componentes psicoterapéuticos correspondientes a cada módulo:

Módulo de Adolescentes: La organización de las sesiones está estructurada de modo que se orienta los jóvenes a adquirir herramientas clínicas adaptadas, en un formato psicoeducativo dinámico:

- *Sesión 1. Primera toma de contacto:* Establecimiento de la línea base (evaluación pre-test) y cohesión grupal.
- *Sesión 2. Psicoeducación: Entendiendo a nuestras emociones:* Entrenamiento en autoconciencia emocional y reconocimiento de la activación somática.
- *Sesión 3. Mi red de seguridad y cómo pedir ayuda:* Fomento del apoyo social percibido y entrenamiento asertivo en la búsqueda de ayuda.
- *Sesión 4. Mis pensamientos y mi botiquín de emergencia:* Integración de la reestructuración cognitiva (TCC) para el manejo de pensamientos automáticos, y técnicas de tolerancia al malestar y sustitución funcional (DBT-A) mediante anclaje sensorial.
- *Sesión 5. Afrontar frente a escapar y el poder de decir "no":* Entrenamiento en resolución de problemas y estrategias de *coping* activo frente a respuestas de evitación.
- *Sesión 6. Mi plan de autocuidado y evaluación final:* Consolidación de aprendizajes, estrategias de prevención de recaídas y evaluación post-test.

Módulo de Adultos (Familias y Docentes): La formación aborda desde la alfabetización en salud mental hasta la aplicación de pautas de co-regulación:

- *Sesión 1. Comprendiendo las Autolesiones No Suicidas (ANS):* Evaluación pre-test, desmitificación de creencias erróneas y comprensión clínica de la etiología de las ANS.
- *Sesión 2. Señales de alerta y el poder de la comunicación validante:* Detección precoz, pautas de restricción ambiental de medios y entrenamiento en validación emocional basado en los postulados de la DBT.

- *Sesión 3. Cuidar al cuidador, protocolo de crisis y cierre:* Prevención del síndrome de sobrecarga del cuidador, ajuste de expectativas de recuperación, establecimiento del protocolo de derivación y evaluación post-test.

La descripción detallada de cada una de las sesiones mencionadas se encuentra recogida en el Anexo 10. En el apartado se incluye la formulación de los objetivos específicos, el desglose de los materiales necesarios y la temporalización, los guiones psicoeducativos y el desarrollo estructurado de las dinámicas propuestas para la intervención comunitaria.

4. Discusión y Conclusiones

El presente Trabajo de Fin de Grado se desarrolló con el propósito de diseñar un programa de intervención psicoeducativa para la detección temprana y el abordaje preventivo de las Autolesiones No Suicidas (ANS) en población adolescente. Esta propuesta supera los protocolos institucionales reactivos al intervenir antes de que la conducta se consolide, entendiendo la autolesión como una manifestación de malestar emocional y actuando frente a la desregulación emocional. Su principal aportación consiste en trasladar al ámbito escolar herramientas clínicas eficaces, como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia Dialéctico-Conductual para Adolescentes (DBT-A), facilitando el acceso a recursos de salud mental y evitando que estas estrategias queden limitadas a jóvenes que ya han llegado a la red hospitalaria. De este modo, se da respuesta al vacío preventivo señalado en la literatura científica.

Al contrastar esta propuesta con la literatura existente, se observa la necesidad de implementar protocolos preventivos específicos en el contexto escolar. Tal y como señalan Bürger et al. (2023), los programas de prevención universal dirigidos a las ANS en adolescentes continúan siendo escasos. El análisis de los protocolos implantados en centros educativos de las Comunidades Autónomas españolas muestra que las guías institucionales suelen activarse únicamente ante la ideación o el riesgo suicida, sin incluir un enfoque preventivo específico para las autolesiones sin intencionalidad letal. En este sentido, el programa diseñado responde a la necesidad de trasladar la intervención a fases tempranas y comunitarias, superando las limitaciones de los tratamientos clínicos que, por lo general, se aplican cuando la conducta ya se encuentra consolidada dentro de la red de salud mental especializada (Mollà et al., 2015).

En esta misma línea, el diseño del programa responde a las carencias detectadas en los modelos institucionales actuales. Como se ha señalado previamente, las intervenciones desarrolladas en el entorno escolar se han caracterizado por un enfoque fundamentalmente reactivo (Calear et al., 2016), centrado en actuar únicamente cuando el riesgo letal resulta evidente. En España, la ausencia de planes preventivos universales (Soto-Sanz et al., 2019) contrasta con la evidencia longitudinal que relaciona directamente estas conductas precursoras con la conducta suicida futura (Castellví et al., 2017). Frente a estos antecedentes, la principal mejora del protocolo consiste en incorporar las recomendaciones de investigaciones recientes aplicadas en institutos españoles (Falcó, 2023): intervenir, de forma activa, antes de que el menor requiera atención especializada y normalizar desde el aula el aprendizaje de estrategias de afrontamiento antes de que el problema se cronifique.

Asimismo, la estructura metodológica de las sesiones dirigidas a los menores se ajusta a la evidencia disponible sobre la etiología de las ANS. Diversos estudios y metaanálisis indican que la sintomatología depresiva, la ansiedad y los déficits en las estrategias de afrontamiento actúan como predictores relevantes de las conductas autolesivas (Mc Evoy et al., 2022; Wang et al., 2022). Investigaciones centradas en población adolescente española destacan que la autolesión cumple una función de regulación emocional frente a situaciones de malestar intenso. En respuesta a ello, y tomando como referencia componentes validados de la TCC y la DBT-A, la intervención se fundamenta en la “sustitución funcional” (Plener, 2018). A través del entrenamiento en regulación emocional y técnicas de distracción sensorial, como el “botiquín de los sentidos” o las técnicas de anclaje, el programa pretende ofrecer alternativas seguras que permitan aliviar el malestar sin recurrir al daño físico.

Por otro lado, uno de los elementos que aporta coherencia y viabilidad a la propuesta es la inclusión de un módulo específico para familias y docentes. La literatura científica subraya que el entorno sociofamiliar puede actuar tanto como factor de riesgo como de protección (Marín Suelves et al., 2025). Estudios cualitativos recientes muestran que el descubrimiento de las autolesiones en los hijos suele generar un fuerte impacto emocional en las familias, caracterizado por sentimientos de shock, culpa e impotencia. Esta falta de recursos y comprensión puede derivar en respuestas invalidantes para el menor. Frente a programas que centran la intervención exclusivamente en el individuo, la propuesta diseñada proporciona a las figuras de referencia pautas concretas de actuación, estrategias de comunicación asertiva y medidas de restricción de medios, favoreciendo un entorno seguro y preparado para la contención emocional.

A partir del diseño teórico y metodológico desarrollado en este trabajo, y en relación con los objetivos planteados, se concluye que se ha logrado estructurar un protocolo de prevención e intervención temprana integral y fundamentado empíricamente. La propuesta ofrece una herramienta aplicable al contexto escolar, orientada a dotar a los adolescentes de estrategias de afrontamiento activo y alternativas de regulación emocional basadas en la sustitución funcional. Del mismo modo, el diseño confirma la necesidad de intervenir desde una perspectiva comunitaria y sistémica. La creación de dinámicas específicas y la incorporación de instrumentos de evaluación ad hoc, como el Cuestionario de Conocimientos y Autoeficacia sobre Autolesiones (CCAA), permiten que las familias y el equipo docente desarrollen competencias de detección temprana y actúen como agentes de apoyo emocional, reduciendo las respuestas de alarma desproporcionada y la invalidación del menor.

A pesar de las aportaciones del diseño, es necesario señalar ciertas limitaciones derivadas de su carácter teórico. Al tratarse de una propuesta que todavía no ha sido implementada, no es posible disponer de datos empíricos que permitan validar su eficacia sobre la población diana ni sobre las variables clínicas evaluadas mediante la batería psicométrica seleccionada (DERS, ACS, BDI-II, BAI, ISAS y Q-PAD). En consecuencia, la utilidad del programa no podrá generalizarse hasta que sea evaluado mediante estudios piloto.

Limitaciones:

A nivel práctico, el programa presenta dos dificultades principales. Por un lado, asegurar la implicación y asistencia continuada de familias que pueden encontrarse afectadas por el miedo, la culpa o la falta de tiempo. Por otro lado, la viabilidad técnica dentro de los centros públicos, donde la escasez de profesionales especializados en psicología clínica y la falta de recursos humanos dificultan la implementación de este tipo de intervenciones a gran escala. A ello se suma la posible resistencia de los propios centros educativos ante modificaciones del calendario escolar, la necesidad de espacios específicos o la incorporación de funciones ajenas a la labor docente habitual.

Por consiguiente, como futuras líneas de actuación, resulta necesaria la aplicación de este protocolo en distintos Institutos de Educación Secundaria. Su implementación permitirá comparar los resultados obtenidos en las fases pre-test y post-test para analizar el impacto preventivo del programa. Además, se propone incorporar evaluaciones de seguimiento a los tres y seis meses tras la finalización de la intervención, con el objetivo de comprobar el mantenimiento de las competencias adquiridas y analizar las tasas de recaída.

Más allá de su futura aplicación experimental, este Trabajo de Fin de Grado proporciona a los departamentos de orientación educativa una herramienta estructurada y alineada con los objetivos de promoción del bienestar emocional establecidos por la normativa educativa actual (LOMLOE). Finalmente, este diseño pretende servir como base para favorecer la coordinación entre los servicios comunitarios de salud mental y el sistema educativo.



5. Referencias bibliográficas

- Andrei, L. E., Efrim-Budisteanu, M., Mihailescu, I., Buică, A. M., Moise, M., & Rad, F. (2024). Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Patterns in Adolescents from a Romanian Child Psychiatry Inpatient Clinic. *Children*, 11(3), 297.
<https://doi.org/10.3390/children11030297>
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual*. Psychological Corporation. <https://doi.org/10.1037/t02025-000>
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation. <https://doi.org/10.1037/t00741-000>
- Bentley, K. H., Cassiello-Robbins, C. F., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., y Barlow, D. H. (2015). The association between non-suicidal self-injury and emotional disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37, 72–88.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.006>
- Bürger, A., von Schoenfeld, C. E., Scheiner, M., Seidel, O., Wasserscheid, T., Gad, A., Kittel-Schneider, S., Romanos, M., & Reiter, A. M. F. (2023). Universal prevention for non-suicidal self-injury in adolescents is scarce - A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1130610. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1130610>
- Calear, A. L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Burgin, J., Miles, R., ... y Robinson, J. (2016). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(5), 467-482.
<https://doi.org/10.1007/s00787-015-0783-4>
- Carvalho, C. B., Nunes, C., Castilho, P., da Motta, C., Caldeira, S., y Pinto-Gouveia, J. (2015). Mapping non suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A). *Psychiatry Research*, 227(2-3), 238-245.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.01.031>
- Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jimenez, T., Soto-Sanz, V., y Alonso, J. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with

- meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 215, 37–48.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.035>
- Castro-Silva, E., Benjet, C., Juárez García, F., Jurado Cárdenas, S., Lucio Gómez-Maqueo, M. E., y Valencia Cruz, A. (2016). Adaptación y propiedades psicométricas del Inventory of Statements About Self-injury en estudiantes mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(3), 2544-2551.
<https://doi.org/10.1016/j.aippr.2016.08.004>
- De Luca, L., Pastore, M., Palladino, B. E., Reime, B., Warth, P., & Menesini, E. (2023). The development of non-suicidal self-injury (NSSI) during adolescence: A systematic review and Bayesian meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 339, 648–659.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.091>
- Falcó, R. (2023). *Fortalezas psicosociales para la prevención del suicidio en adolescentes: Primera evidencia sobre el alcance del Modelo de Covitalidad como estrategia de actuación multinivel* [Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández de Elche]. Repositorio Institucional RediUMH. <https://dspace.umh.es/handle/11000/36323>
- Frydenberg, E., y Lewis, R. (1997). ACS. *Escalas de Afrontamiento para Adolescentes* (J. Pereña y N. Seisdedos, Trans.). TEA Ediciones.
<https://www.hogrefe-tea.com/public/catalogo/producto/acs-escalas-de-afrontamiento-para-adolescentes>
- Fu, X., Yang, J., Liao, X., Lin, J., Peng, Y., Shen, Y., Ou, J., Li, Y., & Chen, R. (2020). Parents' Attitudes Toward and Experience of Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 651.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00651>
- Gallego Hernández de Tejada, B. (2019). *Factores de riesgo y de protección de las autolesiones no suicidas en población adolescente española* [Tesis doctoral, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir]. Repositorio Institucional UCV.
<http://hdl.handle.net/20.500.12466/1020>
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t07402-000>
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). *Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS)*. University of British Columbia.
<https://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/ISASmeasure.pdf>

- Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C., y Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6), 521-526.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600010
- Marín Suelves, D., López Gómez, S., Rodríguez Guimeráns, A., & Rial Boubeta, A. (2025). Evidencia científica sobre la conducta suicida en la infancia y adolescencia: Factores de riesgo. Una mirada desde la prevención escolar. *REIDOCREA*, 14(17), 249-265.
<https://hdl.handle.net/10481/103902>
- Mc Evoy, D., Walsh, C., y Clarke, M. (2022). Risk factors for self-harm and suicidal ideation and behaviour in adolescents and young adults: a protocol for an umbrella review of systematic reviews. *HRB Open Research*, 5, 11.
<https://doi.org/10.12688/hrbopenres.13438.1>
- Mollà, L., Batlle Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., Pérez, V., y Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 51-61.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408>
- Peterson, J., & Freedenthal, S. (2008). Nonsuicidal self injury in adolescents. *Psychiatry (Edgmont)*, 5(11), 20–26. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2695720/>
- Plener, P. L. (2018). Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(3), 23-30. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023>
- Rathus, J. H., y Miller, A. L. (2015). *DBT skills manual for adolescents*. Guilford Publications.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59-84.
- Sanz, J., Peris, M., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
- Sica, C., Rocco Chiri, L., Favilli, R., Marchetti, I., y Santamaría, P. (2016). *Q-PAD. Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Adolescentes* (Adaptación española). TEA Ediciones.

<https://www.hogrefe-tea.com/public/catalogo/producto/Q-PAD-Cuestionario-para-la-Evaluacion-de-Problemas-en-Adolescentes>

Soto-Sanz, V., Castellví, P., Piqueras, J. A., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jiménez, T., Miranda-Mendizábal, A., ... y Alonso, J. (2019). Internalizing and externalizing symptoms and suicidal behaviour in young people: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140, 5-19.

<https://doi.org/10.1111/acps.13036>

Sufrate-Sorzano, T., Jiménez-Ramón, E., Garrote-Cámara, M. E., Gea-Caballero, V., Durante, A., Juárez-Vela, R., & Santolalla-Arnedo, I. (2022). Health plans for suicide prevention in Spain: a descriptive analysis of the published documents. *Nursing Reports*, 12(1), 77-89. <https://doi.org/10.3390/nursrep12010009>

Wang, Y.-J., Li, X., Ng, C. H., Xu, D.-W., Hu, S., y Yuan, T.-F. (2022). Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 46, 101350. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101350>



6. Anexos

Anexo 1: Consentimiento Informado

ANEXO 1. Documento de Consentimiento Informado

TÍTULO DEL PROGRAMA: Propuesta de intervención psicoeducativa para la prevención y detección temprana de las Autolesiones No Suicidas (ANS) en adolescentes. **CÓDIGO ÉTICO COIR:** 251114101108.

Estimadas familias / tutores legales:

Por medio del presente documento, solicitamos su autorización para que su hijo/a participe en el programa de intervención psicoeducativa que se desarrollará en su centro educativo.

1. Descripción y objetivos del programa El objetivo principal es dotar a los adolescentes de herramientas prácticas para el bienestar emocional, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento adaptativas y la regulación emocional frente a las autolesiones no suicidas. El programa está dirigido a alumnos matriculados en centros de la provincia de Alicante, con edades comprendidas entre los 12 y 17 años.

2. Metodología y temporalización La intervención para los menores consta de 6 sesiones presenciales de dos horas de duración (con un descanso de 10 minutos), que se llevarán a cabo en horario extraescolar los martes. Las sesiones incluyen tanto partes teóricas como dinámicas prácticas dirigidas por un psicólogo clínico. Además, para evaluar la eficacia del programa, se administrarán cuestionarios estandarizados al inicio y al final de la intervención.

3. Confidencialidad y protección de datos Se garantiza el tratamiento ético de la información y la absoluta privacidad de los datos recogidos, en estricto cumplimiento con la Ley Orgánica 3/2018 (LOPDGDD). La información obtenida de los cuestionarios se utilizará exclusivamente para valorar los resultados del programa.

4. Voluntariedad La participación es totalmente voluntaria. Tanto ustedes como el menor pueden decidir retirar el consentimiento y abandonar el programa en cualquier momento sin ningún tipo de perjuicio.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo,

D./Dña.

_____, con

DNI/NIE _____, como padre / madre / tutor legal del menor _____.

DECLARO QUE:

- He leído y comprendido la información sobre el programa de intervención psicoeducativa.
- Comprendo que la participación de mi hijo/a es voluntaria y que puede retirarse en cualquier momento.
- Entiendo las condiciones de confidencialidad y sus límites en caso de riesgo clínico inminente.

Por todo ello, **CONSIENTO** que mi hijo/a participe en las sesiones del programa y en las evaluaciones pertinentes.

En _____, a _____ de _____ de 202

Firma del Padre / Madre / Tutor Legal:



Anexo 2: Protocolo de Detección, Actuación y Derivación ante Riesgo Clínico Elevado

ANEXO 2. Protocolo de Detección, Actuación y Derivación ante Riesgo Clínico Elevado

1. Criterios de activación inmediata Este protocolo se activará de forma obligatoria cuando se detecte cualquiera de los siguientes indicadores durante la evaluación o las sesiones:

- **Criterio Psicométrico:** Puntuaciones en el BDI-II superiores a 29 (Depresión grave) o respuesta positiva en el ítem 9 (ideación suicida), así como indicadores de alta frecuencia o severidad en el inventario ISAS.
- **Criterio Observacional:** Verbalizaciones directas o indirectas de desesperanza profunda, planes de autolesión inminente o falta de razones para vivir detectadas durante las dinámicas grupales o individuales.

2. Procedimiento de intervención

1. **Entrevista de Seguridad:** El psicólogo responsable separará al alumno del grupo para realizar una valoración clínica privada. Se evaluará la intencionalidad, el plan y los recursos de apoyo del menor.
2. **Comunicación Interna:** Notificación inmediata a la Dirección del centro y al

- Departamento de Orientación para coordinar la respuesta escolar.
3. **Contacto Familiar:** Comunicación urgente con los padres o tutores legales para informar de la situación clínica y asesorar sobre los pasos a seguir.
 4. **Derivación Externa:** Coordinación del traslado a los servicios de Urgencias Hospitalarias o a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) de referencia en caso de riesgo inminente.

3. Marco Ético y Legal La actuación se rige por el Código Deontológico del Psicólogo y la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, donde el deber de auxilio y la protección de la vida prevalecen sobre el secreto profesional en situaciones de riesgo vital.

Anexo 3: Cuestionario AD- HOC CCAA

ANEXO 3. Cuestionario de Conocimientos y Autoeficacia sobre Autolesiones (CCAA)

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con las Autolesiones No Suicidas (ANS) en la adolescencia. Por favor, lea cada frase detenidamente y marque con una "X" la casilla que mejor represente su grado de acuerdo o desacuerdo en este momento. Recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo y no existen respuestas correctas o incorrectas; el objetivo es conocer sus conocimientos previos y su nivel de seguridad personal para actuar.

Escala de respuesta: 1 = Totalmente de acuerdo 2 = De acuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 = En desacuerdo 5 = Totalmente en desacuerdo

BLOQUE I: Conocimientos teóricos y Mitos sobre las Autolesiones *(Este bloque evalúa la comprensión clínica del problema frente a los prejuicios sociales)*

1. Las autolesiones en la adolescencia son, en la inmensa mayoría de los casos, un intento de suicidio. (1) (2) (3) (4) (5)
2. El motivo principal por el que los menores se autolesionan es para manipular a su entorno y llamar la atención. (1) (2) (3) (4) (5)
3. La autolesión funciona como un mecanismo (desadaptativo) para aliviar o modular un malestar emocional muy intenso. (1) (2) (3) (4) (5)

4. Hablar abiertamente sobre autolesiones con un adolescente puede darle ideas e incitarle a que comience a hacerlo. (1) (2) (3) (4) (5)
 5. Las conductas autolesivas son solo una moda pasajera propia de la edad que desaparecerá si se las ignora. (1) (2) (3) (4) (5)
 6. Los adolescentes que se autolesionan suelen sentir culpa o vergüenza, realizando grandes esfuerzos para ocultar sus heridas. (1) (2) (3) (4) (5)
 7. El castigo severo o la retirada de privilegios (como quitar el teléfono móvil) es la medida educativa más eficaz para detener estas conductas. (1) (2) (3) (4) (5)
 8. La autolesión puede generar en el cerebro un alivio temporal y rápido de la ansiedad, lo que explica por qué se repite la conducta. (1) (2) (3) (4) (5)
 9. Es mejor minimizar el problema diciéndole frases como "no llores por tonterías" para que el adolescente se haga más fuerte. (1) (2) (3) (4) (5)
 10. Las autolesiones afectan únicamente a aquellos adolescentes que provienen de familias desestructuradas o con graves problemas económicos. (1) (2) (3) (4) (5)
-

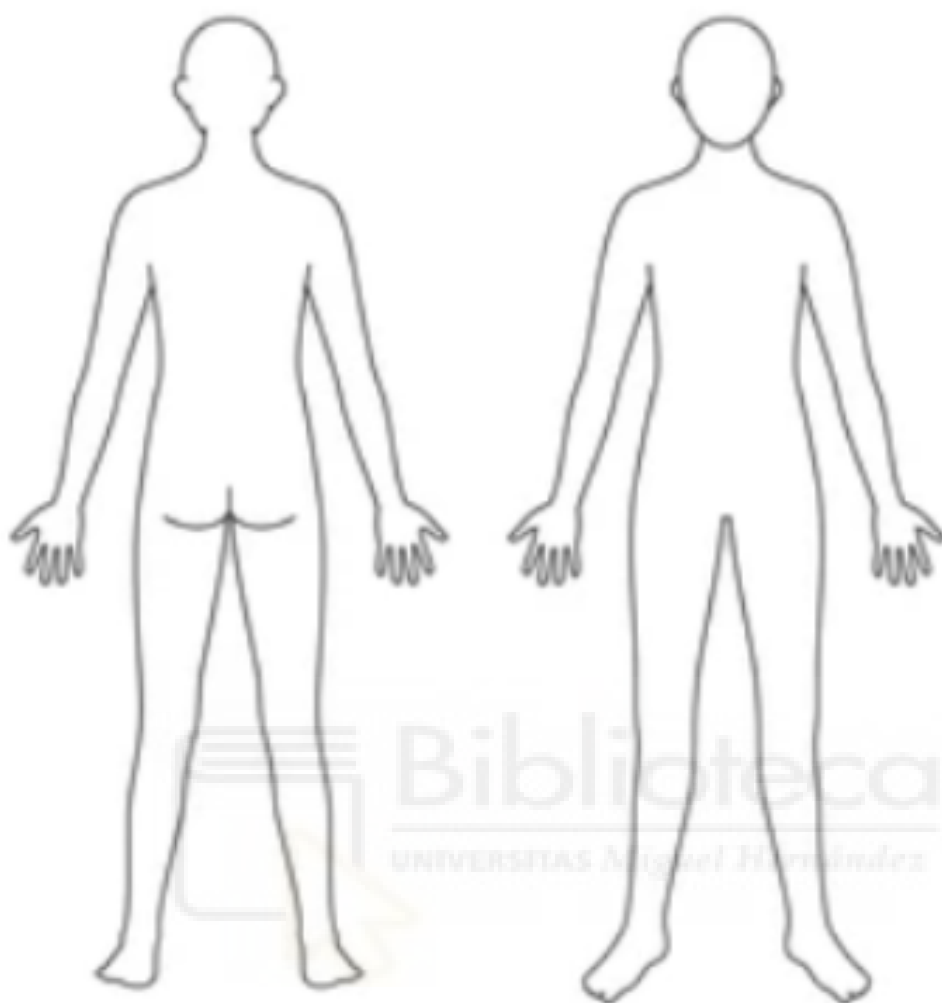
BLOQUE II: Autoeficacia y Capacidad de Detección Temprana *(Este bloque evalúa la preparación del adulto para identificar el problema y gestionar una crisis)*

11. Me siento capaz de identificar las señales de alerta físicas (uso de manga larga en verano, manchas inexplicables) que indican que un menor podría estar autolesionándose. (1) (2) (3) (4) (5)
12. Sé reconocer los cambios de comportamiento (aislamiento repentino, irritabilidad) que actúan como señales de alarma tempranas previas a una autolesión. (1) (2) (3) (4) (5)
13. Sé cómo iniciar una conversación difícil para explorar mis sospechas con un adolescente, sin que suene a interrogatorio o juicio. (1) (2) (3) (4) (5)
14. Me siento seguro/a manejando mis propias emociones (miedo, culpa, enfado) si descubro que mi hijo o alumno se ha hecho daño. (1) (2) (3) (4) (5)
15. Conozco técnicas de sustitución funcional (como la técnica del hielo o la goma elástica) para sugerirle al menor como alternativa en un momento de crisis aguda. (1) (2) (3) (4) (5)
16. Sé cómo aplicar la "validación emocional" para calmar al adolescente cuando me expresa su sufrimiento, en lugar de invalidar lo que siente. (1) (2) (3) (4) (5)

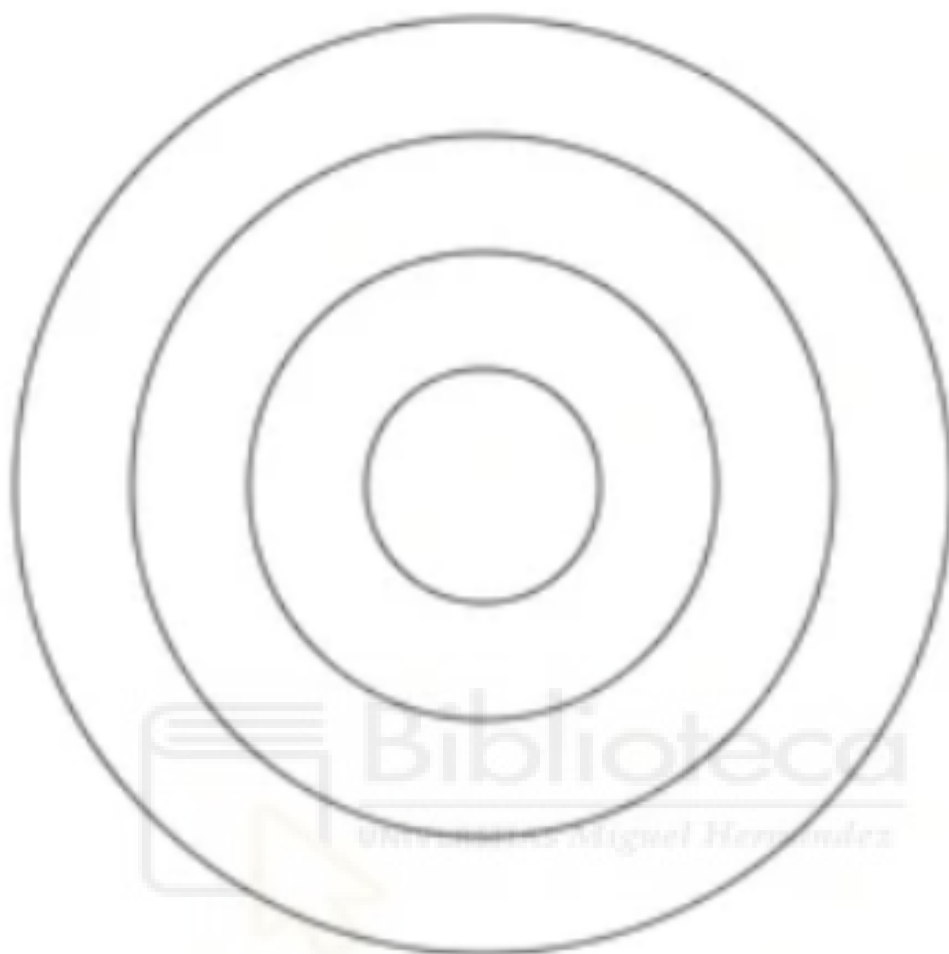
17. Me siento preparado/a para distinguir entre una crisis que puedo contener acompañando en casa/aula y una urgencia que requiere atención sanitaria inmediata. (1) (2) (3) (4) (5)
18. Sé cómo realizar una "restricción de medios letales" (controlar medicación u objetos cortantes) de forma preventiva sin que el menor sienta que vive en una cárcel. (1) (2) (3) (4) (5)
19. Conozco los recursos externos, protocolos y teléfonos de ayuda (como el 024 o el Teléfono de la Esperanza) a los que acudir para pedir asesoramiento o ayuda en una emergencia. (1) (2) (3) (4) (5)
20. Confío en mi capacidad para acompañar al menor a lo largo de su recuperación, entendiendo que las recaídas son parte habitual del proceso y no un fracaso total. (1) (2) (3) (4) (5)



Anexo 4: Mapeando el cuerpo (sesión 2)



Anexo 5: Mis círculos de confianza (sesión 3)



Anexo 6: El botiquín de los sentidos (sesión 4)



Nota. **A:** Estimulación gustativa; **B:** Estimulación táctil; **C:** Estimulación auditiva; **D:** Estimulación visual; **E:** Estimulación olfativa.

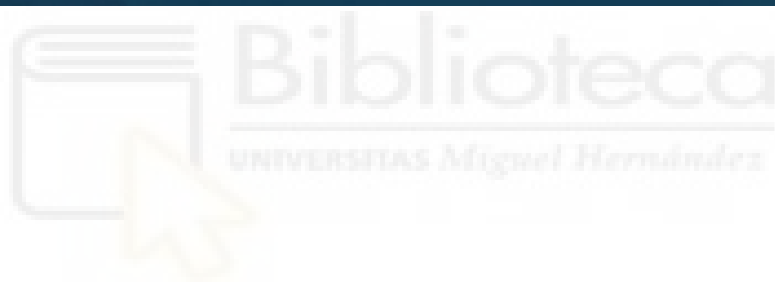
Anexo 7: Semáforo de las consecuencias (sesión 5)



Nota. Representación de las tres vías de respuesta ante un conflicto (impulsiva, pasiva y asertiva).

Anexo 8: Carta a mi yo que toca fondo (sesión 6)





BLOQUE ADOLESCENTE

SESIÓN 1. Primera toma de contacto

Objetivos específicos

- Al terminar la sesión, los participantes tendrán información sobre todo lo que se trabajará en las sesiones.
- Que entre todos los participantes se establezca un ambiente de confianza y seguridad.
- Realizar la evaluación inicial (pre-test) para establecer la línea base de las variables a estudio.

Duración

2 horas

Materiales

- Pizarra blanca
- Rotuladores velleda
- Pelota de goma espuma
- Proyector y ordenador con equipo de sonido
- Presentación en canva del taller
- Lápices y bolígrafos
- Cuestionarios de evaluación impresos (ISAS, DERS, Q-PAD, ACS, BDI-II y BAI)

Contenidos y desarrollo de la sesión

1. **Presentación del psicólogo/a y del taller (15 min).** Para comenzar, el psicólogo se presentará al grupo y realizará una breve introducción sobre lo que se va a hacer a lo largo del taller. Se explicarán las normas básicas de respeto y privacidad para crear un "espacio seguro".
2. **Dinámica "Nuestras manos unidas" (15 minutos).** Para romper el hielo de una forma fluida, se invitará a los adolescentes a acercarse a la pizarra. Cada uno dibujará la silueta de su mano, escribirá su nombre en el centro y también una palabra o afición que lo defina. Una vez que todos acaben, el psicólogo unirá todas las manos dibujadas con líneas, simbolizando visualmente la cohesión y el apoyo del grupo.
3. **Dinámica "Pasando la pelota" (20 minutos).** Con el objetivo de que los jóvenes

se conozcan entre ellos de manera dinámica y que comience a crearse un ambiente cohesionado, se realizará esta actividad que consistirá en ir pasando la pelota de estudiante en estudiante, respondiendo a la pregunta que formule el compañero que pasa la bola. Para ello, los alumnos se sentarán en forma de círculo y se preguntarán unos a otros sobre, por ejemplo, sus hobbies, mascotas, hermanos o cantante favorito, sin llegar a repetir preguntas.

4. **Primera fase de evaluación pre-test (35 minutos).** Dado el volumen de cuestionarios, la evaluación se dividirá estratégicamente en dos bloques diferenciados con el propósito de prevenir la fatiga cognitiva del alumnado. En este primer pase, se administrarán tres de los seis cuestionarios estructurados: el Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS), con un tiempo estimado de cumplimentación de 5 a 10 minutos; la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), que requiere aproximadamente 10 minutos; y el Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Adolescentes (Q-PAD), cuya extensión demanda alrededor de 20 minutos.
5. **Descanso (10 minutos).** Se establecerá una pausa para que los adolescentes puedan ir al baño, despejarse y merendar.
6. **Segunda fase de evaluación pre-test (25 minutos).** A la vuelta del descanso, se procederá a cumplimentar de manera individual los tres instrumentos restantes de la batería psicométrica: las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), con un tiempo estimado de resolución de 10 a 15 minutos; el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), que toma entre 5 y 10 minutos; y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), cuya cumplimentación se completa ágilmente en un rango de 5 a 10 minutos.
7. **Resolución de dudas y cierre (5 minutos).** Se dejará un espacio final para que los adolescentes expresen cómo se han sentido durante la sesión, se resolverán las posibles dudas sobre el funcionamiento de las próximas semanas y se realizará la despedida. Para finalizar, se llevará a cabo un breve ejercicio de respiración diafragmática con el objetivo de asegurar la desactivación fisiológica y garantizar que el alumnado no salga del aula en un estado de activación emocional elevada antes de proceder a la despedida.

SESIÓN 2. Psicoeducación. Entendiendo a nuestras emociones

Objetivos específicos

- Realizar una psicoeducación sobre las emociones para poder identificarlas y diferenciar las principales y las secundarias.
- Reconocer la somatización de las emociones (identificar en qué parte del cuerpo se experimenta cada estado afectivo).
- Fomentar la autoconciencia sobre la intensidad emocional y aprender estrategias fisiológicas básicas para regularla.

Duración

2 horas

Materiales

- Proyector y ordenador con equipo de sonido
- Presentación de canva
- Cinta adhesiva
- Post- its de colores
- Rotuladores y lápices de colores
- Siluetas del cuerpo humano impreso (véase anexo 4)

Contenidos y desarrollo de la sesión

1. **Bienvenida y psicoeducación emocional (25 minutos).** Para comenzar con la segunda sesión, se realizará una breve exposición psicoeducativa sobre los distintos tipos de emociones. Se explicarán las seis emociones básicas (alegría, tristeza, ira, miedo, asco y sorpresa) y cómo la combinación de estas da lugar a emociones secundarias como la culpa, la vergüenza o la nostalgia. En todo momento se hará referencia a la película "Del revés", no solo para facilitar la comprensión, sino también para que puedan familiarizarse con los conceptos de manera más entretenida. Se hará especial hincapié en tratar de romper la asociación de que existen emociones "malas", explicando que todas, incluida la tristeza o el enfado, tienen una función adaptativa y de supervivencia.
2. **Dinámica "el termómetro de las emociones" (25 minutos).** Se colocará una cinta adhesiva en el suelo, de alrededor de 2,5 metros, y en los extremos se situarán con post-its los números 1 y 10. Todos los alumnos se levantarán y, mientras el profesional vaya nombrando diferentes emociones, estos deberán posicionarse en el punto de la línea que consideren que representa la intensidad con la que suelen sentir esa emoción. Tras cada ronda, se abrirá un breve debate sobre por qué una misma emoción se vive con intensidades tan diferentes dependiendo de la persona.
3. **Descanso (10 minutos).** Se establecerá una pausa para que los adolescentes

puedan ir al baño, despejarse y merendar.

4. **Dinámica “mapeando el cuerpo” (25 minutos).** Se entregará a los alumnos una hoja con la silueta del cuerpo humano junto con rotuladores de colores. La dinámica consistirá en pintar la zona en la que sientan la emoción, a nivel físico, que el profesional vaya nombrando, sirviendo como estrategia para aumentar la conciencia interoceptiva y el reconocimiento somático del estado afectivo. Para complementar esta actividad, también se llevará a cabo una breve psicoeducación sobre las emociones y cómo y dónde se experimentan corporalmente (véase Anexo 4).
5. **Dinámica “enfriando el sistema” (25 minutos).** Continuando con la actividad anterior, se explicará cómo reacciona el cuerpo ante una activación fisiológica muy elevada (taquicardia, sudores, tensión muscular...) y cómo la mente responde con conductas impulsivas y poca claridad de pensamiento. Se enseñará una técnica de relajación sencilla mediante “la respiración cuadrada”, en la cual se inspirará durante 4 segundos, se retendrá el aire 4 segundos, se exhalará durante 4 segundos y se esperarán otros 4 segundos antes de iniciar de nuevo el ciclo. El objetivo será repetir esta secuencia 4 veces para tratar de relajar el sistema nervioso ante una alta intensidad emocional.
6. **Cierre y reflexiones (10 minutos).** Se llevará a cabo una puesta en común de los aprendizajes de la sesión y se procederá a la despedida. Seguidamente, se aplicará una técnica breve de mindfulness centrada en la respiración para facilitar la regulación emocional grupal, asegurando un estado de calma antes de proceder a la despedida

SESIÓN 3. Mi red de seguridad y cómo pedir ayuda

Objetivos

- Identificar y representar gráficamente la red de apoyo social y familiar de cada adolescente.
- Conocer los recursos externos y profesionales de ayuda disponibles.
- Entrenar, mediante role-play, habilidades de comunicación asertiva para solicitar ayuda en situaciones de malestar.

Duración

2 horas

Materiales

- Post-its de colores
- bolígrafos y lapices
- Pizarra
- Folios con círculos concéntricos impresos (véase Anexo 5).

Contenidos y desarrollo de la sesión

1. **Dinámica "Mis Círculos de Confianza" (35 minutos).** Para iniciar la sesión, se entregará a cada adolescente un folio con varios círculos concéntricos impresos. Se les pedirá que escribieran, desde el círculo más pequeño y central hasta el más grande, a las personas de confianza a las que recurrirían cuando estuvieran mal y necesitaran contar algo. Posteriormente, en los círculos exteriores, irán añadiendo amistades que quizá habían ido perdiendo pero con las que podrían retomar el contacto, o personas a las que podrían recurrir en caso de necesitar ayuda aunque no fueran de su círculo más íntimo (ej. un profesor en concreto o un familiar lejano) (véase Anexo 4).
2. **Psicoeducación: El salvavidas externo y tarjeta de crisis (15 minutos).** Como cierre de la dinámica anterior, el profesional realizará una breve intervención psicoeducativa para completar el último círculo del folio (el más exterior). Se les explicará a quién más podrían acudir cuando sentían que no podían hablar con su entorno, proporcionándoles información sobre recursos institucionales y de emergencia: la figura del orientador del centro, el teléfono gratuito 024 de atención a la conducta suicida o el chat de la Fundación ANAR. Para materializar esta red de apoyo, se guiará a los alumnos en la creación de una "Tarjeta de Crisis" en formato físico (tamaño cartera), donde anotaron tanto a las personas de sus Círculos de Confianza como estos teléfonos de emergencia, de modo que puedan llevarla siempre consigo.
3. **Descanso (10 minutos).** Se establecerá una pausa para que los adolescentes pudieran ir al baño, despejarse y merendar.
4. **Dinámica "El muro de las situaciones" (20 minutos).** A la vuelta del descanso, se repartirán *post-its* y bolígrafos. De forma totalmente anónima, se les pedirá a los alumnos que escriban situaciones concretas que les genera mucho malestar o estrés, y cómo se sienten exactamente cuando ocurrían. Una vez escritos, todos los *post-its* se pegarán en la pizarra, construyendo un "muro" visual con los problemas reales del grupo.
5. **Dinámica de Role-Playing (30 minutos).** A continuación, el profesional fue eligiendo *post-its* al azar de la pizarra. Los adolescentes participarán de manera

voluntaria para realizar pequeños *role-plays* de cómo actuar ante la situación seleccionada y, lo más importante, se entrenará cómo acercarse a una de las personas de sus "Círculos de Confianza" para pedir ayuda, aplicando un entrenamiento explícito en habilidades sociales. Se ensayarán frases concretas y formas asertivas de iniciar la conversación.

6. **Cierre y reflexiones (10 minutos).** Se llevará a cabo una puesta en común sobre lo difícil que resultaba a veces dar el primer paso para pedir ayuda, se realizará una validación grupal del esfuerzo depositado en los ensayos y se procederá a la despedida de la sesión. A continuación, se practicará un ejercicio de respiración guiada para promover el retorno a la calma y el cierre emocional de la sesión, despidiendo posteriormente al grupo.

SESIÓN 4. Mis pensamientos y mi botiquín de emergencia

Objetivos

- Aprender a cuestionar los pensamientos que generan sufrimiento y buscar alternativas más realistas.
- Entrenar estrategias de tolerancia al malestar mediante el choque térmico (hielo) y el anclaje sensorial (los 5 sentidos) como alternativas seguras a la autolesión.
- Psicoeducar sobre la relación entre los pensamientos automáticos y el malestar emocional.

Duración

2 horas

Materiales

- Proyector y ordenador con equipo de sonido
- Pizarra
- Folios
- Bolígrafos y lápices
- Presentación de canva
- Hoja impresa con la dinámica "el botiquín de los sentidos" (véase Anexo 6).

Contenidos y desarrollo de la sesión

1. **Psicoeducación: Pensamientos petardo (25 minutos).** La sesión comenzará explicando, de forma muy sencilla y atractiva, que no era la situación la que generaba daño, sino la interpretación y la creencia de falta de control que se tenía

sobre ella. Se explicará mediante ejemplos aplicables al día a día que los "pensamientos petardo" aparecen ante una situación y actúan de manera muy rápida hasta explotar y generar malestar. Se incidirá en la necesidad de aprender cómo actuar una vez se identifica la mecha encendida.

2. **Dinámica “apagando petardos” (30 minutos).** Para continuar, se dividirá al grupo en parejas y se entregarán folios en blanco y bolígrafos. Se proyectarán en la pizarra diferentes situaciones estresantes típicas de la edad adolescente. Las parejas deberán anotar en el folio el pensamiento petardo que creían que surgiría en esa situación y puntuar del 1 al 10 el nivel de malestar que les generaría. Después, se debatirá en voz alta y de forma grupal sobre las diferentes formas de apagar esos pensamientos petardo antes de que explotaran, abordándolo de manera compasiva y realista.
3. **Descanso (10 minutos).** Se establecerá una pausa para que los adolescentes pudieran ir al baño, despejarse y merendar.
4. **Psicoeducación: Alternativas seguras y "el truco de la goma" (25 minutos).** Al regresar, se cambiará el enfoque hacia el cuerpo. Se abordará el impulso de autolesionarse, validando que cuando la mente estaba desbordada, se buscaba una vía rápida de escape. A modo de psicoeducación, se explicarán técnicas de sustitución funcional para su aplicación cuando los menores sientan que una situación les sobrepasaba. Se enseñará "el truco de la goma", el cual consiste en colocarse una goma en la muñeca, estirla y soltarla repetidas veces con el fin de distraer a la mente. Durante la explicación, se explicará de forma muy clara que estas técnicas sensoriales (como la goma elástica o el uso de hielo) constituyen únicamente un puente transitorio hacia la regulación interna (mediante la respiración diafragmática o la reestructuración cognitiva) y no una solución definitiva por sí mismas, previniendo así el riesgo de que los adolescentes las interpreten como una forma alternativa de infligirse dolor.
5. **Dinámica técnica 5-4-3-2-1 y "El Botiquín de los sentidos" (20 minutos).** Para trabajar la distracción sensorial como estrategia específica de regulación emocional y tolerancia al malestar, se practicará en el aula la técnica de anclaje 5-4-3-2-1 (buscar en la habitación 5 cosas que ver, 4 que tocar, 3 que oír, 2 que oler y 1 que saborear). Más tarde, se sugerirá la idea de crear en casa su propio "Botiquín de los sentidos para situaciones de emergencia emocional" usando una caja. Se explicará que en su interior podían introducir objetos que activarán los 5 sentidos y les proporcionarán calma (caramelos ácidos o patatas picantes para el gusto (A), un peluche suave para el tacto (B), un código QR con una lista de

reproducción de música para el oído (C), fotografías impresas o dibujos para la vista (D) y un pequeño dispensador de una fragancia agradable para el olfato (E) (véase Anexo 6).

6. **Cierre y reflexiones (10 minutos).** Se llevará a cabo una reflexión final sobre las alternativas presentadas, se resolverán las dudas surgidas y se procederá a la despedida. Para culminar, se integrará una práctica corta de atención plena (*mindfulness*) enfocada en la relajación muscular, garantizando la reducción de cualquier posible reactividad emocional antes de la despedida.

SESIÓN 5. Afrontar frente a escapar y el poder de decir "no"

Objetivos

- Comprender la diferencia entre el afrontamiento activo y la evitación, identificando cómo la huida mantiene el malestar a largo plazo.
- Aprender y aplicar una técnica estructurada para la resolución de problemas cotidianos.
- Entrenar habilidades de comunicación asertiva, centrándose en el establecimiento de límites y la capacidad de decir "no" sin culpa.

Duración

2 horas

Materiales

- Proyector y ordenador con equipo de sonido
- Presentación en canva
- Folios
- Bolígrafos y lápices
- Pizarra
- plantilla impresa del "Semáforo de las Consecuencias" (véase Anexo 7).

Contenidos y desarrollo de la sesión

1. **Psicoeducación: Afrontar vs. Escapar (20 minutos).** La sesión comenzará abordando cómo se suele reaccionar ante los problemas. Se explicará a los adolescentes que conductas como aislarse en la habitación, ignorar los conflictos o recurrir a la autolesión eran estrategias de "evitación o escape". Se validará que estas acciones reducen la ansiedad a corto plazo, pero se demostrará con ejemplos visuales en la pizarra que, a la larga, el problema crecía. Frente a esto,

se introducirá el concepto de "afrontamiento activo", definiéndolo de forma práctica como la capacidad de "dar la cara", dividir un problema grande en pasos pequeños y buscar soluciones reales. Para ilustrarlo, se utilizarán ejemplos concretos (cómo hablar con un profesor tras un suspenso en lugar de esconder el examen), demostrando cómo esta actitud asumía el control y desactivaba el malestar real.

2. **Dinámica "El Semáforo de las Consecuencias" (30 minutos).** Para poner en práctica el afrontamiento activo, entrenando explícitamente la resolución de problemas y el control de impulsos, se dividirá a los alumnos en grupos y se les entregará una plantilla (véase Anexo 7). Se les plantearán casos prácticos (ej. "Has suspendido tres asignaturas y tus padres están furiosos"). Primero, los grupos harán una lluvia de ideas anotando todas las soluciones posibles sin juzgarlas. Después, deberán clasificar cada una de esas opciones en tres categorías: Rojo (soluciones impulsivas o de huida que generaban peores consecuencias, como mentir o autolesionarse), Ámbar (soluciones pasivas, como no hacer nada y esperar a que pasara el enfado) y Verde (soluciones de afrontamiento activo, que eran realistas, respetuosas y dependían de uno mismo, como trazar un plan de estudio y pedir perdón). Finalmente, elegirán una opción verde y detallaron los pasos para llevarla a cabo.
3. **Descanso (10 minutos).** Se establecerá una pausa para que los adolescentes pudieran ir al baño, despejarse y merendar.
4. **Psicoeducación: Los tres estilos de comunicación (20 minutos).** Al volver, se conectará la resolución de problemas con la necesidad de comunicarse con los demás. Se explicarán los tres estilos de comunicación: el pasivo (tragarse las cosas y huir, lo que daña la autoestima), el agresivo (explotar y atacar) y el asertivo (defender los propios derechos respetando al otro). Se hará especial hincapié en el derecho asertivo a decir "no" y a poner límites ante la presión de grupo o situaciones que les resulten incómodas.
5. **Dinámica de Role-Playing: "Aprender a decir NO" (30 minutos).** Para entrenar la asertividad, se realizarán pequeños ensayos conductuales. El profesional propuso situaciones de presión (ej. "Un amigo te insiste para saltaros las clases pero tú no quieres" o "Alguien te pide un favor que te perjudica"). Los adolescentes ensayarán técnicas asertivas concretas, como la técnica del "disco rayado" (repetir un "no" tranquilo pero firme) o la "técnica del sándwich" (decir algo positivo, introducir el "no" y ofrecer una alternativa). El objetivo será que experimentaran en un entorno seguro que se podía poner un límite sin perder

amistades ni generar un conflicto dramático.

6. **Cierre y reflexiones (10 minutos).** Se llevará a cabo una puesta en común sobre lo difícil que resultaba decir "no" en su día a día, se aplicará un refuerzo positivo por la participación grupal y se procederá a la despedida. Finalmente, se realizará un ejercicio de respiración profunda para asentar los aprendizajes y asegurar una adecuada regulación emocional de los adolescentes antes de dar por finalizada la sesión.

SESIÓN 6. Mi plan de autocuidado y evaluación final

Objetivos

- Desmitificar el concepto de autocuidado, entendiéndolo como una práctica diaria de respeto hacia uno mismo y aplicación de límites.
- Aprender a aplicar las herramientas dadas a lo largo del programa en nuestro día a día para así crear un recurso de prevención de recaídas.
- Realizar la evaluación final (post-test) para medir la eficacia de la intervención en las variables de estudio.

Duración

2 horas

Materiales

- Pizarra
- Proyector y ordenador con equipo de sonido
- Presentación en canva
- Folios
- Bolígrafos y lápices
- plantilla "Carta a mi yo que toca fondo" (véase Anexo 8)
- copias impresas de los cuestionarios de evaluación (ISAS, DERS, Q-PAD, ACS, BDI-II y BAI).

Contenidos y desarrollo de la sesión

1. **Psicoeducación: El autocuidado real en el día a día (20 minutos).** La sesión comenzará con un repaso general de todo lo aprendido a lo largo de las cinco semanas anteriores. Se explicará que el objetivo final no es "no tener problemas", sino saber gestionarlos. Se introducirá el concepto de autocuidado real, alejándolo de los estereotipos puramente estéticos. Se enseñará que cuidarse es una

decisión diaria que implica: aplicar el semáforo antes de actuar impulsivamente, saber decir "no" cuando algo les haga sentir mal, recurrir a su botiquín de los sentidos, respetar sus horas de sueño y cambiar los "pensamientos petardo" por un diálogo interno más compasivo.

2. **Dinámica "Carta a mi yo que toca fondo" (30 minutos).** Como actividad de cierre y prevención de recaídas, utilizando un enfoque de anclaje cognitivo y reestructuración narrativa, se entregará a cada participante una plantilla (véase Anexo 8) y un sobre. Se les pedirá que escriban una carta dirigida a sí mismos, pensada para ser abierta únicamente en aquellos días futuros donde sientan que el malestar les desborda y tengan la urgencia de autolesionarse. En esta carta deberán plasmar todo lo aprendido: recordarse a sí mismos que esa emoción pasará, enumerar las alternativas seguras que les funcionan (el hielo, la goma, la respiración) y nombrar a las personas de su "Círculo de Confianza" a las que deban avisar. Al terminar, la introducirán en el sobre, lo cerrarán con su nombre y se lo llevarán a casa como un anclaje de emergencia.
3. **Descanso (10 minutos).** Se establecerá una pausa para que los adolescentes puedan ir al baño, despejarse y merendar.
4. **Evaluación Post-test (55 minutos).** A la vuelta del descanso, el profesional explicará la importancia de cumplimentar los cuestionarios finales con total sinceridad, permitiendo así valorar la evolución clínica individual y la asimilación de las herramientas terapéuticas adquiridas a lo largo del programa. Se procederá a la administración de la batería completa en un ambiente silencioso, distribuyéndose los tiempos de respuesta de forma realista para cada prueba: el ISAS (5-10 minutos), la escala DERS (10 minutos), el Q-PAD (20 minutos), el autoinforme ACS (10-15 minutos), el BDI-II (5-10 minutos) y el inventario BAI (5-10 minutos).
5. **Cierre del módulo y despedida (5 minutos).** Una vez recogidos todos los cuestionarios, se realizará una ronda final rápida donde cada adolescente pueda expresar una palabra sobre cómo se va del taller. El profesional validará el esfuerzo, la valentía de haberse expuesto y el trabajo grupal realizado, dando por finalizado el módulo dirigido a los menores. Para despedir definitivamente a los adolescentes, se dirigirá un último ejercicio de respiración consciente para cerrar emocionalmente el programa y asegurar que los menores se marchen en un estado de completa calma, dando por finalizado el módulo.

BLOQUE ADULTO

SESIÓN 1. Comprendiendo las Autolesiones No Suicidas (ANS)

Objetivos

- Establecer la línea base de conocimientos teóricos y autoeficacia percibida mediante la evaluación pre-test.
- Desmitificar falsas creencias y prejuicios asociados a las autolesiones
- Comprender el origen multifactorial de las ANS y su función principal como mecanismo de regulación de un malestar emocional desbordante.

Duración

2 horas

Materiales

- Pizarra
- Proyector y ordenador con equipo de sonido
- Presentación en canva
- Folios
- Bolígrafos y lápices
- Copias impresas del Cuestionario CCAA (*ad-hoc*) (véase Anexo 3)
- dibujo impreso de la metáfora del "Iceberg" (véase Anexo 9).

Contenidos y desarrollo de la sesión

1. **Presentación y evaluación pre-test (30 minutos).** Se iniciará la sesión dando la bienvenida a los padres, madres, tutores legales y docentes, explicando brevemente los objetivos y la estructura de las tres semanas del módulo. A continuación, se procederá a la administración del Cuestionario de Conocimientos y Autoeficacia sobre Autolesiones (CCAA) en su formato pre-test. Se garantizará un ambiente de confidencialidad para que los adultos contesten con total sinceridad sobre sus conocimientos reales y su nivel de seguridad ante este problema.
2. **Psicoeducación: ¿Qué son y qué NO son las autolesiones? (35 minutos).** En esta primera parte teórica, apoyada en una presentación en Canva, se definirá el concepto de ANS de forma clínica pero accesible, diferenciándolo claramente de la conducta suicida. Se abordarán directamente los mitos más comunes que

suelen generar incompreensión o enfado en los adultos. Se explicará con base científica que no se trata de una "moda" ni de una manipulación para "llamar la atención", sino de una estrategia desadaptativa que los menores utilizan para aliviar o modular emociones que perciben como insoportables. De este modo, se favorecerá la alfabetización en salud mental de los adultos y la reducción del estigma asociado a la conducta.

3. **Descanso (10 minutos).** Se establecerá una pausa para que los adultos puedan ir al baño, despejarse y tomar un café.
4. **Dinámica teórico-reflexiva: "El Iceberg de la Autolesión" (35 minutos).** Para hacer la teoría más comprensible y fomentar la empatía, se presentará la metáfora visual del iceberg (véase Anexo 9). Se explicará que el corte o la lesión física es solo la "punta" visible del problema. Se repartirán folios y, en pequeños grupos (mezclando a familias y profesores), deberán debatir y anotar qué creen que hay "debajo del agua" en la vida del adolescente (ansiedad, invalidación en casa, acoso escolar, falta de recursos de afrontamiento, etc.). Posteriormente, se hará una puesta en común, conectando sus respuestas con los factores de riesgo reales explicados previamente.
5. **Resolución de dudas y cierre (10 minutos).** Se abrirá un turno de preguntas para que los adultos puedan expresar sus miedos iniciales o resolver dudas teóricas. Se cerrar la sesión con un mensaje de esperanza, remarcando que el apoyo del entorno es el factor de protección más potente.

SESIÓN 2. Señales de alerta y el poder de la comunicación validante

Objetivos

- Capacitar a las familias y docentes para identificar las señales de alerta tempranas (físicas y conductuales) de las autolesiones.
- Comprender el concepto de validación emocional y su papel fundamental para reducir la reactividad del adolescente.
- Entrenar habilidades de comunicación efectivas para abordar sospechas o crisis sin generar rechazo ni actitud defensiva.

Duración

2 horas

Materiales

- Pizarra
- Proyector y ordenador con equipo de sonido
- Presentación en canva
- Folios
- Bolígrafos y lápices

Contenidos y desarrollo de la sesión

1. **Psicoeducación: Detección temprana y pautas ambientales (30 minutos).** La sesión comenzará explicando a los adultos, con el apoyo de recursos visuales en Canva, cómo identificar las autolesiones cuando el menor intente ocultarlas. Se detallarán las señales de alarma más frecuentes: uso de manga larga en épocas de calor, rechazo repentino a actividades como la piscina, manchas inexplicables en la ropa, aislamiento prolongado en el baño o la habitación, o la aparición de objetos cortantes sin justificación. Asimismo, se darán pautas sobre la "restricción de medios letales" en el hogar (control de medicación y objetos afilados), explicando cómo llevarlo a cabo desde el cuidado y la prevención, evitando que el adolescente sienta que su casa se ha convertido en una cárcel.
2. **Psicoeducación: El enfoque de la Validación Emocional (30 minutos).** A continuación, se abordará el aspecto relacional. Se explicará a los adultos que la reacción instintiva ante el miedo (enfadarse, castigar o minimizar el problema con frases como "no llores por esa tontería") resulta profundamente "invalidante" para el menor, provocando que se aisle aún más. Se enseñará el concepto de "validación", consistente en hacerle entender al adolescente que sus emociones tienen sentido y son aceptadas, aunque la conducta de autolesionarse no lo sea. Con ello, se entrenará a las familias en la contención verbal y en la reducción de la reactividad intrafamiliar.
3. **Descanso (10 minutos).** Se establecerá una pausa para que los adultos puedan ir al baño, despejarse y tomar un café.
4. **Dinámica "El traductor: Del juicio a la conexión" (40 minutos).** Para poner en práctica la teoría, se dividirá a los padres y profesores en pequeños grupos. El profesional proyectará en la pantalla frases típicas dictadas por el pánico o la frustración adulta (ej. "¿Otra vez te has hecho eso? ¡Me vas a matar a disgustos!" o "Si sigues así te voy a quitar el móvil"). Los grupos deberán debatir y "traducir" en sus folios esas frases a respuestas validantes que inviten al diálogo y a la calma. Posteriormente, se hará una puesta en común, comparando sus ideas con

las alternativas propuestas por el profesional.

5. **Cierre y reflexiones (10 minutos).** Se abrirá un espacio para reflexionar sobre lo difícil que resulta mantener la calma y validar al menor cuando, como adultos, se está sintiendo terror o impotencia. Esto servirá de puente para introducir el tema de la última sesión.

SESIÓN 3. Cuidar al cuidador, protocolo de crisis y cierre

Objetivos

- Validar el impacto emocional en los cuidadores y proporcionar estrategias para la gestión del miedo y la culpa.
- Ajustar las expectativas sobre el proceso de recuperación
- Realizar la evaluación final (post-test) para medir el cambio en los conocimientos y la autoeficacia de los adultos.
- Informar sobre los recursos en el caso de una futura crisis.

Duración

2 horas

Materiales

- Pizarra
- Proyector y ordenador con equipo de sonido
- Presentación en canva
- Folios
- Bolígrafos y lápices
- Copias impresas del Cuestionario CCAA (*ad-hoc*) (véase Anexo 3)

Contenidos y desarrollo de la sesión

1. **Psicoeducación: Cuidar al cuidador y la gestión de la culpa (30 minutos).** La sesión comenzará poniendo el foco en los propios adultos. Se abordará el sentimiento de culpa ("¿qué he hecho mal para que llegue a esto?") y el desgaste mental que supone acompañar a un menor con conductas autolesivas. Utilizando la metáfora de la mascarilla de oxígeno de los aviones, se explicará que un adulto desregulado por el pánico no puede co-regular a un adolescente en crisis. Se incidirá en la importancia de que las propias familias busquen apoyo psicológico para sí mismas y no lleven el problema en soledad por vergüenza, abordando así

la prevención del síndrome de sobrecarga o burnout del cuidador primario.

2. **Ajuste de expectativas: Fenómeno de regresión a la media (20 minutos).** A continuación, se explicará que la recuperación no es un proceso lineal, sino un proceso con altibajos. Se expondrá que en muchas ocasiones, aun habiendo avanzado, ocurren situaciones que pueden parecer un paso atrás; sin embargo, estas constituyen una parte normal del proceso que sirven para “coger carrerilla” y continuar avanzando. El objetivo será evitar que los adultos reaccionen con ira o desesperación ante una recaída, enseñándoles a verla como una oportunidad para revisar qué ha fallado en el plan de prevención y volver a aplicarlo; de este modo, se desmitificará el pensamiento catastrófico asociado al fracaso de la terapia.
3. **Descanso (10 minutos).** Se establecerá una pausa para que los adultos puedan ir al baño, despejarse y tomar un café.
4. **Protocolo de actuación y recursos externos (20 minutos).** Al regresar, se proporcionarán directrices muy claras sobre cómo actuar cuando la crisis ya haya estallado. Se enseñará a distinguir entre una crisis que puede manejarse en casa y una urgencia que requiere intervención externa (heridas profundas o ideación suicida activa). Se proyectarán y anotarán los recursos de emergencia clave: la derivación a los servicios de Urgencias o al 112, la Línea 024 de atención a la conducta suicida y el Teléfono de la Esperanza, recordando que estos servicios también están para asesorar a las familias en momentos de duda.
5. **Evaluación Post-test (30 minutos).** Se reservará este bloque para que los asistentes cumplimenten la segunda administración del Cuestionario de Conocimientos y Autoeficacia sobre Autolesiones (CCAA). Se les agradecerá la sinceridad, remarcando que esta información es vital para comprobar empíricamente si el taller les ha dotado de mayor seguridad y conocimientos frente al problema.
6. **Cierre y despedida (10 minutos).** Una vez recogidos los cuestionarios, se realizará una ronda final de conclusiones. El profesional validará el esfuerzo de las familias y docentes por formarse, cerrando el programa con un mensaje de confianza en su capacidad para convertirse en el mayor factor de protección de los adolescentes.