

**Programa *Con(Viurem)*: Una Propuesta de Intervención para mejorar
los Problemas de Conducta en los/as adolescentes.
Una Perspectiva Transdiagnóstica**

Autora: Paula Martínez González

DNI: 53790267-Y

Trabajo de Final de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Universitat Jaume I (Castellón)

Tutor: Daniel Campos Bacas

26 de junio del 2020

RESUMEN

El Trastorno de Conducta (TC) es el motivo de consulta principal en los servicios de salud mental en EE. UU. Los problemas de conducta graves conforman los trastornos mentales más frecuentes en la adolescencia (después de los problemas de ansiedad y seguido por el abuso de sustancias). Los casos más graves de TC en la Comunidad Valenciana se están atendiendo desde los recursos de protección de menores y esto dificulta la visión del TC como un trastorno mental e impide la prevención, el tratamiento y la integración en la sociedad.

El objetivo de este Trabajo de Final de Máster Universitario en Psicología General Sanitaria es diseñar una propuesta de intervención psicológica para adolescentes con problemas de conducta. La intervención será en formato grupal con grupos entre 6 y 8 participantes, con una periodicidad semanal. Compuesta por psicoeducación, Mindfulness, la Autocompasión, la Regulación emocional, Habilidades Sociales y Resolución de problemas. De este modo, se espera mejorar la sintomatología relacionada con conductas externalizantes (conductas disruptivas) e internalizantes con el objetivo final de aumentar el bienestar psicológico de estos jóvenes.

Es de vital importancia que aumente el interés científico en la investigación de los TC, en las áreas neuropsicológicas afectadas en estos jóvenes y la elaboración de tratamientos y puestas en marcha para la atención precoz. Además, ayudarles en esta etapa es crucial para el desarrollo, previniendo los problemas de conducta, abuso de sustancias, medidas judiciales, violencia doméstica y violencia filo-parental, ya que estos se van transmitiendo de forma generacional. Como también es necesaria la implementación de nuevos recursos diurnos (Centros de Día, Hospitales de Día Infanto-Juveniles, etc.) que proporcionen a estos jóvenes tan vulnerables un tratamiento para afrontar su vida con el mayor bienestar emocional y físico posible.

Palabras clave: Trastorno de conducta, adolescentes, intervención grupal, comunidad valenciana, transdiagnóstico.

Abstract

Conduct Disorder (CD) is the main reason for consultation in mental health services in USA. Serious behavior problems are the most common of mental disorders in adolescence (just behind anxiety problems and followed by substance abuse). The most serious cases of CD in the *Comunidad Valenciana* are being monitored and cared for by children protection resources and not by public Mental Health resources, this makes it difficult to see CD as a mental disorder and therefore impedes prevention, treatment and integration into the society.

The objective of this Final Master's Degree Project in Health Psychology is to design a proposal for psychological intervention for adolescents with behavioral problems. The intervention will be carried out in group format, groups of 6 to 8 participants, on a weekly basis. It consists of Psychoeducation, Mindfulness, Self-Compassion, Emotional Regulation, Social Skills and Problem Solving. This way, it is expected that this program will improve symptoms related to externalizing (disruptive) and internalizing behaviors with the final aim of increasing these young people's psychological well-being.

It is important that scientific interest in CD increases, from the neuropsychological areas affected in these young people to development of treatments and start-ups for early care. It is also important to help adolescents in this crucial stage of development by preventing behavioral problems, substance abuse, judicial measures, domestic violence, and parental violence, since these are transmitted in a generational way. Likewise, it is necessary to implement new daytime resources (Day Care Centers, Child-Youth Day Care Hospitals, etc.) that provide treatment to these vulnerable young people, for them to be able to face their lives with the greatest emotional and physical well-being.

Key words: Conduct disorder, adolescents, group intervention, *Comunidad Valenciana*, transdiagnosis.

ÍNDICE

Introducción	5
El Trastorno De Conducta	6
Etiología	6
Prevalencia Y Comorbilidad	7
Trastorno De Conducta Como Trastorno Del Neurodesarrollo	8
Comunidad Valenciana Y Trastorno De Conducta	9
Carencia De Recursos Sanitarios	11
Soluciones Utópicas	11
Objetivo Del Trabajo	27
Intervenciones Actuales	12
Justificación De La Propuesta De Intervención	19
Metodología	21
Ámbito De Aplicación	22
Medidas /Instrumentos	22
Procedimiento	27
Análisis Estadísticos	28
Propuesta De Intervención	29
Discusión	34
Conclusiones	37
Bibliografía	38
Anexos	48

INTRODUCCIÓN

La conducta antisocial en los/as adolescentes son la punta de iceberg de la problemática que en algunos casos hay presente y/o de la grave situación familiar experimentada. En muchos casos lo que subyace son problemas de depresión, trastornos del vínculo o trastornos de estrés postraumático tanto por maltrato físico como por maltrato psicológico (Baker, 2013).

Desde la Comunidad Valenciana, el *Síndic de Greuges* (Síndic de Greuges de La Comunitat Valenciana, 2018) ha redactado un informe sobre los Centros de Protección Específicos de Menores con Problemas de Conducta y en él se detalla la “comorbilidad de trastornos” que presentan estos niños, niñas y adolescentes. También resaltan las dificultades que se encuentran los psicólogos a la hora de trabajar con estos jóvenes ya que no son Psicólogos especialistas en Psicología Clínica ni Psicólogos Generales Sanitarios y no tienen la formación necesaria (Síndic de Greuges de La Comunitat Valenciana, pág. 9, 2018):

“De los datos aportados por los centros se comprueba que los/as menores acogidos/as han sido diagnosticados/as de un amplio abanico de patologías, muchas de ellas acumuladas en una misma persona (comorbilidad). A modo de resumen, relacionamos los diagnósticos más frecuentes: Alteraciones inespecíficas de conducta, Trastorno de la conducta desafiante/oposicionista, Síndrome reactivo depresivo, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Consumo abusivo de múltiples tóxicos, Trastorno de estrés post traumático, Discapacidad intelectual leve/moderado/grave, Trastorno afectivo bipolar, Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez, Trastorno psicótico inespecífico, Trastorno destructivo del control de impulsos y de la conducta, Trastorno del espectro autista, Síndrome de Asperger, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno disocial, Rasgos de carácter desadaptativos y Riesgo de autolisis”

En los últimos años se han criticado las categorías diagnósticas tradicionales de los manuales diagnósticos como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) se han desarrollado sistemas de clasificación basados las dimensiones de los comportamientos observables y las medidas neurobiológicas como el RdoC (Research Domain Criteria) (Cuthbert, 2014; Kozak and Cuthbert, 2016) y los tratamientos transdiagnósticos como consecuencia de la gran comorbilidad y covariación

entre los diversos trastornos mentales (Belloch, 2012; Stagnaro, 2012; Cuthbert, 2014; Kozak y Cuthbert, 2016). Por lo tanto, hay profesionales que concluyen que los trastornos de conducta deben ser eliminados de las clasificaciones de la enfermedad mental, debiendo ser considerados como un problema social y educativo y, en consecuencia, consideran que deben ser evitados los tratamientos farmacológicos (Barukel, 2018; Síndic de Greuges de La Comunitat Valenciana, 2018; Stagnaro, 2012).

El trastorno de Conducta

El Trastorno de Conducta (TC), se define según el DSM-V (APA, 2014) como un “patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad”. Manifestándose con agresión a animales o personas, destrucción de la propiedad, engaño o robo e incumplimiento grave de las normas. Puede ser con inicio en la infancia (antes de los 10 años), de inicio en la adolescencia o no especificado. El inicio en la infancia es el que tiene un pronóstico más desfavorable ya que tienen más probabilidad de tener conductas antisociales en la edad adulta, y el inicio en la adolescencia suele ser por un tiempo más limitado (Hinshaw y Lee, 2003). Además, en el diagnóstico clínico se puede especificar si tiene emociones prosociales limitadas, falta de remordimiento, carente de empatía, despreocupado por su rendimiento y/o muestra un afecto superficial. (APA, 2014).

Etiología

Los estudios sugieren que la etiología del TC es multifactorial, por lo que estaría definido tanto por componentes genéticos como ambientales (Garaigordobil et al., 2016). Los niños/as con padres o madres, tanto biológicos como adoptivos, con trastorno de personalidad antisocial tiene más probabilidad de desarrollar un TC, se ha visto que tiene un componente de heredabilidad del 50 %, apuntando algunos factores genéticos (Baker, 2013; Hinshaw y Lee, 2003). Los padres con trastorno de abuso de sustancias, y trastornos del estado de ánimo, como también familiares directos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o TC, incrementa el riesgo de aparición del TC (Hinshaw & Lee, 2003).

Además, el estilo de crianza es uno de los factores ambientales que más influyen en los problemas de conducta. El apego desorganizado como forma de vinculación parento-filial está asociada con la adversidad familiar, el estilo parental hostil y la depresión de los progenitores, también predice la agresividad en la etapa escolar (Lyons-Ruth, 1996). Como también la violencia parento-filial, y la violencia doméstica y el abuso sexual son ingredientes contextuales que facilitan la probabilidad de sufrir TC, entre otros problemas (Baker, 2013).

Prevalencia y comorbilidad

El TC es el motivo de consulta principal en los servicios de salud mental en EE. UU. (Wells y Forehand, 1985). En estudios más recientes, se ha visto que los problemas de conducta graves conforman los trastornos mentales más frecuentes en la adolescencia (después de los problemas de ansiedad y seguido por el abuso de sustancias) (Kessler et al., 2012).

En realidad, en España 3-5% niños/as sufren TDAH y 2-16% sufren TC, estos últimos muchas veces son intervenidos desde los departamentos de justicia sin pasar por servicios de salud mental, solo en los casos más graves ingresan en las unidades de Psiquiatría Infantil por periodos breves de tiempo (Gobierno de Aragón. Departamento de Educación, Cultura y Deporte, 2014; Sindic de Greuges de la Comunitat Valenciana, 2018).

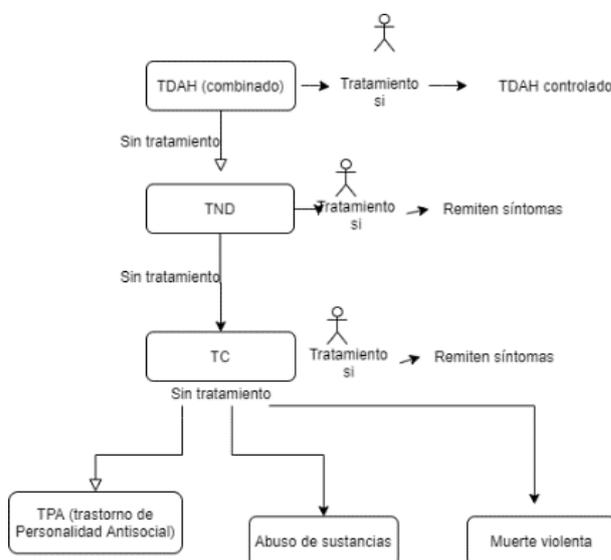
Es evidente la clara visibilidad que tiene el TDAH en nuestra sociedad, y la poca importancia que se le da a los TC en la infancia y adolescencia siendo igual o más prevalentes (2-16%) que el TDAH. El TDAH junto con los TC, con una comorbilidad entre ellos del 50%, apuntan a ser los trastornos con más probabilidad de intentos de suicidio entre los adolescentes y jóvenes (Allebach et al., 2019). Respecto al TDAH, diversos estudios apuntan a una clara desregulación emocional tanto en el subtipo inatento como combinado, y no se asocia a la comorbilidad con otros trastornos como el TC o el Trastorno Negativista Desafiante (TND) si no que el déficit en la regulación de las emociones es un componente propio del TDAH (Barkley et al., 2010)

Trastorno de Conducta como Trastorno del Neurodesarrollo

En los últimos años ha crecido el interés en la investigación de los procesos neurocognitivos en el TND y el TC (Dawel et al. 2012; Kleine, 2020). Se han visto procesos neuropsicológicos afectados de manera similar en pacientes con TC, TND y Trastorno de Personalidad Antisocial (TPA). Hay autores que consideran el TPA como un Trastorno del Neurodesarrollo que englobaría en edades más tempranas la sintomatología del TC (Raine, 2018). Uno de cada cinco niños que muestran conductas antisociales, presentan un TPA en la edad adulta (Farrington et al., 2003). La evidencia clínica sugiere que los trastornos relacionados con el comportamiento antisocial en la infancia van evolucionando, empezando en muchos casos por el TDAH del tipo combinado, seguido por el TND, el TC y el TPA (Farrington et al., 2003; Robins y Regier, 1991). Además, también está relacionado el abuso de sustancias (Hesselbrock, 1986), y una muerte violenta (Rydellius, 1988). En la Figura 1 se muestra la evolución en los diagnósticos clínicos mencionados anteriormente y se observa que los niños con TDAH del tipo combinado presentan unas características presentes también en los otros trastornos (baja empatía, falta de remordimiento, expresión superficial de las emociones, desinhibición conductual, estrategias de regulación emocional desadaptativas) que junto con factores experienciales y biológicos tienen más probabilidad de desarrollar otros trastornos comórbidos como el TC (Farrington et al., 2003).

Figura 1:

Evolución de los trastornos relacionados con problemas de conducta antisocial



Recientes estudios muestran déficits similares en el TC y TND en las funciones ejecutivas (memoria de trabajo visual), en el control inhibitorio y en el reconocimiento de las emociones (tanto positivas como negativas) (p.ej., Dawel et al. 2012; Kleine, 2020). Otros estudios, han encontrado una menor actividad cerebral en las zonas del córtex prefrontal y el sistema límbico durante el proceso de regulación emocional en los cerebros de estos jóvenes (Raschle et al., 2019). Se han observado las mismas correlaciones en conjuntos de síntomas de TND y TC y la desregulación emocional con un 0.98 por lo que se piensa que se podría estar valorando el mismo concepto con diferentes expresiones (Deborde et al., 2015). Así pues, la conducta antisocial engloba un problema de regulación emocional y cuanto más graves son las alteraciones en la regulación emocional, más graves resultan las alteraciones en la conducta (Deborde et al., 2015).

Lamentablemente, el comportamiento antisocial está muy estudiado desde la rama de la criminología o la psicología forense pero bastante menos desde la psicología clínica. Como argumenta Raine (2018) sobre la investigación en el TC y el TPA, la investigación para elaborar un tratamiento para personas que hacen daño a los demás produce rechazo. En cambio, no es igual cuando se busca un tratamiento para aquellos que se autolesionan. Este podría ser un motivo por el cual los tratamientos para TPA han mostrado ser poco eficaces y hace falta una mejor conceptualización y desarrollo de estos (Raine, 2018).

La evidencia sugiere que los problemas de conducta han de ser intervenidos de forma temprana ya que durante la infancia muestran indicadores de riesgo que se pueden reconducir con una intervención precoz, incluso desde la gestación, y así reducir la probabilidad de conductas antisociales en la adolescencia o crecer y ser adultos con un TPA (Achenbach y Edelbrock, 1981; Bublitz y Stroud, 2012; Raine, 2018).

Bienestar psicológico y el TC

El bienestar psicológico de los adolescentes es un campo que empieza ahora a suscitar interés entre la comunidad científica (Viejo et al., 2018). Desde los estudios de Ryff (Ryff, 1989), se han ido estudiando nuevas dimensiones de bienestar psicológico, hoy en día se aceptan las siguientes características para definir el *Bienestar Psicológico*

(Ryff, 2014): Tener una vida con significado, dirección (propósito en la vida), Vivir de acuerdo a la propias convicciones (autonomía), hacer uso de los talentos y habilidades propias y creer en su potencial (Crecimiento personal), manejarse en los diferentes contextos de la vida (dominio ambiental), conexión con otras personas importantes para ellos (relaciones positivas), y el conocimiento y la aceptación que se tiene de sí mismo, incluidas las limitaciones personales (autoaceptación).

No existen tratamientos específicos para aumentar el Bienestar psicológico en los adolescentes. Aunque sí que se ha estudiado la importancia de este concepto psicológico en esta etapa de la vida, como periodo crítico para promocionar la salud mental en la edad adulta (Viejo et al., 2018).

Comunidad Valenciana y Trastorno de Conducta

En la Comunidad Valenciana (CV), los adolescentes con TC llegan al sistema de protección en infancia y adolescencia, sin recursos previos de prevención y tratamiento.

Los recursos se muestran claramente insuficientes como para que pueda justificarse que los ingresos en los centros específicos de menores con problemas de conducta se realizan exclusivamente cuando no es posible la intervención a través de otras medidas de protección.

(Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana, 2018)

Donde hay un mayor índice de niños, niñas y adolescentes con mayores problemas de conducta (Hoeve & Laan, 2012) es en las residencias de acogidas de menores. Tanto en los *centros de acogida general* como los *específicos de trastorno de conducta*, como los de *menores extranjeros no acompañados (MENAs)*, y los *centros socioeducativos* (anteriormente llamados *centros de reforma*). Son los jóvenes institucionalizados los que presentan un mayor índice de ideaciones suicidas (39,3%), de 3 a 9 veces más que los adolescentes de población general (12,5%), según datos españoles (Bonet et al., 2020).

El/la joven que entra en estos centros ha estado en riesgo de exclusión social y por cuestiones desfavorables de la propia situación familiar o patología del menor han pasado a estar en desamparo (tutela o guarda). En la CV, el número de plazas en centros de acogida específicos de Trastornos de Conducta Grave está aumentando, sin que haya

un paso preventivo eficaz para que estos adolescentes mejoren sus problemas de conducta dentro de sus hogares familiares o de sus hogares de acogida (Rodríguez, 2013; Buiza et al., 2014; Sainero et al., 2014; Síndic de Greuges de La Comunitat Valenciana, 2018). En 2015 había dos centros específicos para adolescentes con problemas graves de conducta con un total de 29 plazas en toda la CV (Defensor del pueblo, 2015). En 2018 ya se habían abierto 3 centros más, con 89 plazas disponibles. Existen en toda España 91 centros que responden a la ya nombrada tipología de centros con 1.078 plazas (7.9% de toda la red de centros) para niños y adolescentes tutelados (Sainero et al., 2014).

Carencia de recursos sanitarios

El *Síndic de Greuges*, Defensor del Pueblo de la Comunidad Valenciana, denuncia en su informe del 2018 que los Centros de Protección Específicos de Problemas de Conducta de la CV son la consecuencia de un sistema sanitario (salud mental) y social ineficaz. Por tanto, recomiendan programas específicos para niños y adolescentes con problemas de conducta que conviven en sus hogares como forma de prevenir la gravedad de la situación y frenar esta curva ascendente de apertura de estos centros sin intervención específica en los que no se está cumpliendo el *Artículo 39* los derechos de los niños/as “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño” (Naciones Unidas, 1948).

Los informes de los defensores del pueblo de toda España recogen la difícil realidad de algunas familias en las que hay niños con graves conductas disruptivas, o con ciertos trastornos mentales, que no reciben una solución adecuada desde instancias educativas o sanitarias, y finalmente tienen que recurrir a la entidad pública de protección de menores para solicitar un centro específico (Rodríguez, 2013).

Soluciones utópicas

Algunos de los modelos que se ha visto que funcionan para adolescentes con problemas de conducta grave son los recursos diurnos (Buiza et al., 2014; Del Conte et al., 2016). Éstos se refieren a lugares donde el joven acude durante el día con terapia psicológica, asistencia sanitaria, farmacoterapia si es necesaria y clases (Buiza et al.,

2014; Del Conte et al., 2016; Rodríguez, 2013). En la CV solo existe 1 hospital con estas características, el Hospital de Día Infanto-Juvenil (Hospital Provincial de Castellón). El informe del Síndic de Greuges de Catalunya también recoge en su informe la necesidad de la apertura de nuevas unidades hospitalarias y residenciales para adolescentes con problemas graves de salud mental (problemas de conducta entre ellos) (Síndic de Greuges de Catalunya, 2013). Debido a la escasez de este tipo de recursos, es innegable la imposibilidad de implementar un programa grupal para adolescentes con problemas de conducta en un Hospital de día Infanto-Juvenil (Buiza et al., 2014).

Intervenciones actuales

Como ya se ha mencionado en alguna ocasión en el presente trabajo, las intervenciones para el TC deben iniciarse de forma precoz en la infancia, no obstante, la oportunidad para intervenir y ayudar a estos jóvenes en la adolescencia no hay que dejarla pasar.

Se ha demostrado que el objetivo de las intervenciones psicológicas en adolescentes con estas características debe ser la prevención del desarrollo de un estilo de vida criminal y/o del adulto con un TPA (Farrington et al., 2003). Además, la evidencia demuestra que los tratamientos centrados en la familia no son la mejor forma de intervenir en el trastorno de conducta (Kazdin, 2015).

Cabe destacar que el Neurofeedback no está incluido en este trabajo por no haber todavía estudios validados sobre su evidencia en TC (estudio en activo por la University of Bath, 2018). Aunque ha demostrado ser eficaz para mejorar los problemas de conducta derivados de la sintomatología del TDAH (Shereena et al., 2019)

A continuación, se describe de forma resumida los tratamientos psicológicos que, a día de hoy, han demostrado evidencia científica para tratar los problemas de conducta en niños/as y adolescentes.

Parent Management Training (PMT)

En este programa conductual se entrenan a los padres para cambiar el comportamiento de sus hijos en casa (Kazdin, 2015), promocionar el comportamiento

prosocial y disminuir el comportamiento desafiante. Se basa en el principio de que los problemas de conducta vienen por falta de habilidades parentales en casa por lo tanto tratan de mejorar las interacciones bidireccionales no adaptativas entre padres-madres e hijos/as. Algunos de los patrones que se modifican en este programa son: El refuerzo de las conductas disruptivas, usar órdenes y castigos de forma frecuente e ineffectiva, y la falta de atención a los comportamientos apropiados (Reid et al., 2007) Es decir, el objetivo del cambio es transformar el patrón coercitivo que suelen tener estos adolescentes reforzando el comportamiento prosocial. La intervención directa terapeuta-adolescente no es un objetivo de este programa. El refuerzo positivo, la pérdida de privilegios o castigos, la negociación y el contrato de contingencias son elementos fundamentales de este programa. También se trabaja en colaboración con el colegio o instituto. La evidencia establece el PMT como el tratamiento basado en la evidencia más estudiado y comprobado científicamente para el TC, no obstante, es más efectivo para niños/as pequeños/as y preadolescentes que para adolescentes. Esto podría ser debido a que los padres y madres de estos últimos tienen más dificultades para adquirir nuevas herramientas y por lo tanto llevar a cabo el programa de forma exitosa (Dishion & Patterson, 1992). En la misma línea que Kazdin (2015), Barkley diseñó un programa para niños (Barkley, 1997) y otro para adolescentes con problemas de conducta desafiante entre 13 y 18 años (Barkley, 2013). El manual para terapeutas consta de 18 pasos en los que los cuidadores principales aprenden estrategias de comunicación, manejo de contingencias, técnicas de parentalidad positiva y resolución de problemas (Barkley, 2013) con componentes similares al PMT.

Terapia multisistémica

Es un tratamiento basado en la familia como parte de un sistema (Henggeler & Lee, 2003; Henggeler et al., 1998). Se basa en restablecer las alianzas entre el sistema y mejorar las fuentes de conflicto para cambiar el comportamiento de los hijos/as. Algunas de las técnicas que se usan son la unión, el renombrado, la representación mental, la paradoja y la asignación de tareas específicas. Son usadas para identificar el problema, aumentar la comunicación, aumentar la cohesión, y mejorar la interacción entre los miembros de sistema familiar. Este tipo de tratamiento incluye “todos los tratamientos necesarios en cada caso” para resolver los problemas que se encuentren: técnicas de resolución de problemas, terapia de pareja, como también otras adversidades que puedan

surgir como consumo de alcohol de los padres o hijos, aumentar disciplina, estrés parental, etc.

Tratamiento Multidimensional de Acogimiento Familiar

El Tratamiento Multidimensional es un programa de tratamiento comunitario, (Chamberlain & Smith, 2003). Es una alternativa a la institucionalización de los menores de edad con problemas de conducta y conducta antisocial. Aproximadamente el 85% de los jóvenes vuelven a sus familias, el otro 15% vuelven a instituciones como los hogares de acogidas o residencias de larga estancia. Este programa los adolescentes salen de sus casas durante el programa, pero se trabaja de forma individual, con familias acogedoras. En el lugar de acogida, los adolescentes pasan entre 6 y 9 meses, mientras tanto, a los padres y madres, tanto a los biológicos como los de acogida permanente, se les entrena en el programa de PMT. Además, el equipo facilita las intervenciones en múltiples instituciones ya sea en el hogar de acogida, en la escuela, en la familia y en la comunidad. Algunas de las intervenciones que se realizan son individuales y también familiares, entrenamiento en habilidades, apoyo académico, medicación si es necesaria, etc., Los 4 elementos básicos de este tratamiento son: propiciar un ambiente reforzador para el desarrollo óptimo, una rutina diaria con expectativas, límites y consecuencias claras, supervisión y seguimiento del paradero del menor de edad y contactos con iguales con comportamientos adaptativos. Durante el programa, hay visitas con sus progenitores de forma periódicas si la situación lo permite. Como también los padres pueden visitar el hogar de acogida.

Entrenamiento de habilidades para resolver problemas

En este programa se les entrena a los jóvenes en déficits y distorsiones cognitivas, así como entrenamiento en resolución de conflictos, atribución de consecuencias a sus propias conductas (Lochman & Dodge, 1994; Lochman, Powell, Whidby & FitzGerald, 2006). La agresividad forma parte de unos procesos previos cognitivos, la situación en sí, la interpretación de la situación, y la emoción que esto genera. Los adolescentes con TC suelen actuar de forma agresiva cuando las señales ambientales son ambiguas, perciben la situación de forma hostil. Y las estrategias para regular la conducta agresiva se trabaja desde este programa con la reestructuración cognitiva.

Se les enseña a ir paso a paso para resolver las situaciones sociales. Unas de las limitaciones de este programa es la edad del menor ya que se ha visto que para aprovechar el programa debe tener más de 11 años debido al desarrollo cognitivo. A pesar de todo estos factores, el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas ha demostrado tener resultados prometedores en el tratamiento del trastorno de conducta (Lochman, Powell, Whidby y FitzGerald, 2006).

Programa de entrenamiento en el Control del Enfado

Este programa se ofrece a los niños/as de primaria que son identificados como “agresivos”, por lo tanto, no solo se dirige a niños con un diagnóstico de TC. Lo engloban dos programas distintos el “Anger coping program” y el Coping Power Program (CPP). (Lochman, Barry y Pardini, 2003). En el primero se entrena a los niños/as en grupo: control del enfado, se aplican los conceptos básicos de resolución de problemas. El CPP incluye un programa para padres que se basa en el PMT ofrecido en formato grupal también. En resumen, este programa se basa en adaptar los programas de resolución de problemas y PMT a las conductas de enfado. Además, incluye reuniones con los profesores. Además, al final de tratamiento incluye videos para manejar los problemas en diferentes contextos.

Functional Family Therapy

La terapia familiar funcional se basa en los sistemas, en el comportamiento y en las cogniciones distorsionadas (Alexander et al., 1994). El objetivo es cambiar los patrones desadaptativos de interacción entre los miembros de la familia. Se ha visto que en estas familias aparece un patrón de mayor autoprotección en las conversaciones (defensa como respuesta al ataque de los demás), atribuciones negativas y culpabilidad y menos interacciones de apoyo mutuo que las familias sin problemas graves de conducta (Alexander et al., 1994). Así pues, mejorar la comunicación y el apoyo familiar es el objetivo del tratamiento.

Terapia familiar breve estratégica

Este tratamiento surgió de una serie de investigaciones hechas con jóvenes Hispanos y tiene un enfoque cultural específico para las culturas hispanas (Pantin et al., 2004). En esta perspectiva de tratamiento, se entienden los problemas teniendo en cuenta

los valores culturales de los Hispanos (p.ej. cohesión familiar, control parental y comunicación) que pueden ser claves para que surja el conflicto con los adolescentes cuando aparecen el individualismo. El cambio promueve nuevas interacciones y formas de comunicación entre los miembros de la familia. De esta forma ayudan a los jóvenes a restablecer el vínculo con sus cuidadores principales (Pantin et al., 2004).

Otros tratamientos

En los últimos 30 años, se han desarrollado actualizaciones en el tratamiento de los problemas psicológicos y se han englobado con el nombre de “Terapias de Tercera Generación” (Álvarez, 2014). Aunque no se han actualizado los tratamientos eficaces para el TC, muchos de estos tratamientos están dando resultados muy positivos respecto a la mejora en la gestión emocional, la impulsividad, el enfado y los comportamientos negativos en adultos y adolescentes (p.ej., Kabat-Zinn, 2003; Kohls, 2020; Van Dam et al. 2018). Algunas de estas son la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la Terapia de Conducta Dialéctica, (TCD) (Linehan, 1993), la activación Conductual (AC) (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001), la Terapia Cognitiva Base en Mindfulness (MBCT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002) entre otras.

Por lo tanto, en el presente trabajo se ha considerado necesaria la actualización de los anteriores tratamientos para adolescentes con problemas de conducta y se han revisado los estudios más recientes con una perspectiva transdiagnóstica.

A continuación, y debido a la escasa investigación encontrada respecto a tratamientos actualizados, se enlazan distintas intervenciones basadas en esta perspectiva transdiagnóstica de la sintomatología asociada al TC.

Mindfulness y Autocompasión

El *Mindfulness* se define como la capacidad de ser consciente que surge de prestar atención de forma intencionada al momento presente, sin juzgar a la experiencia vivida (Kabat-Zinn 2003). Practicar mindfulness es beneficioso tanto para poblaciones clínicas como para población general ya que mejora la salud mental y el bienestar en general (De Vibe et al. 2017; Goldberg et al. 2018). En los últimos años el mindfulness se ha utilizado para mejorar el bienestar en los niños y adolescentes (Van Dam et al. 2018), viéndose factores protectores derivados de la actitud del mindfulness en estas etapas más tempranas (Pepping et al. 2016). Además, la regulación afectiva, el

incremento de la calma, y la autoaceptación son algunos de los resultados más avalados (Metz et al., 2013), así como de la autoestima (Eva & Thayer, 2017). Además, recientes estudios, han demostrado que éstas mejoran también las funciones ejecutivas, la ansiedad y los comportamientos negativos en los jóvenes (Dunning et al., 2019).

Por otro lado, Según la teoría del apego de Bowlby, (Bowlby, 1969, 1973, 1980), cuando los niños reciben apoyo y consuelo cuando están molestos o asustados, se forman unos vínculos afectivos, estos son “las figuras de apego”. Por ende, los niños y niñas que carecen de estos entornos seguros crecen y llegan a la edad adulta desconfiando en el mundo que les rodea y sintiendo que es un lugar inseguro y que además ellos mismos no son dignos de recibir ese afecto (apegos inseguros o en casos más extremos apegos desorganizados) (Bowlby, 1969; Peres, 2008). Estos vínculos desde la infancia influyen en nuestro “modelo de funcionamiento interno” e influyen en la forma de relacionarnos con los demás (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Mantener un vínculo seguro con las figuras de apego en la infancia correlaciona con mayor compasión hacia uno mismo (Neff, 2003).

Se han realizado varios estudios con adolescentes en los que se ha encontrado que la Autocompasión correlaciona de forma negativa con la depresión, la ansiedad, la agresividad y las tendencias suicidas (Barry, Loflin, & Doucette, 2015), y de forma positiva con la conexión social y la autoestima (Neff & McGehee, 2010).

La autocompasión es el acto de dejar de juzgarse a uno mismo y evaluarse, no autoetiquetarse como “bueno” o “malo” y aceptarse con generosidad. Tratarlos con la misma amabilidad, cariño y compasión que mostramos hacia un buen amigo, o incluso hacia un desconocido. Por desgracia no hay casi nadie a quien tratemos tan mal como a nosotros mismos (Neff, 2003).

En los últimos años, se ha visto que la búsqueda de una autoestima alta no es solo un objetivo innecesario si no que es una trampa con consecuencias negativas como la ira, la abstracción, los prejuicios, el narcisismo o la discriminación y que la alternativa sería entrenar la Autocompasión (Neff, 2003).

Por lo tanto, la Autocompasión ayuda a reforzar este “modelo de funcionamiento interno”, y a medida que se fomenta la autocompasión o la capacidad para sentirse merecedor del propio cariño, aumentará la capacidad para aceptarse y quererse a uno mismo (Neff, 2003).

Regulación Emocional (RE)

Ya se ha mencionado varias veces en el presente trabajo, que los niños/as y adolescentes con problemas de TDAH combinado, TND y/o TC tienen graves problemas para regular las emociones, aprenderlas y reconocerlas (Kohls, 2020).

La RE es la capacidad que tienen las personas de influir en el tipo de emociones que sienten y cómo las experimentan y las expresa (Gross & John, 2003). Una buena regulación emocional requiere consciencia de las emociones que sentimos, modulación de estas, claridad, y aceptación de las emociones, como también controlar los impulsos y actuar ante estos de una forma deseada (Gross, 1998). La RE puede ser adaptativa o desadaptativa (Gross & John, 2003), las primeras son por ejemplo el replantear, reevaluar y aceptar la emoción, por otro lado, las estrategias desadaptativas serían la rumiación, la culpabilidad, la contención de la expresión y de la vivencia emocional, la negación, y la despreocupación ante una emoción intensa. La RE desadaptativa es un riesgo para los problemas de conducta y emocionales y las personas que usan este tipo de estrategias tienen más sentimiento de soledad, por lo tanto, la RE es un factor protector ante el aislamiento (Beames et al., 2019; Karababa, 2020; Kearns & Creaven, 2017; Kerns, & Ciesla, 2014; Say & Batigun, 2016).

Habilidades Sociales (HHSS)

Las HHSS constituyen un importante recurso de afrontamiento en el ser humano y juegan un papel fundamental en la adaptación del ser humano en la sociedad. Son la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás de una forma socialmente adecuada y efectiva, pudiendo resolver si es necesario los problemas inmediatos de la situación mientras se reduce la probabilidad de aparición en el futuro. Las HHSS facilitan la resolución de los problemas buscando ayuda externa, y aportan control sobre las interacciones sociales (Lazarus y Folkman, 1986). Además, este conjunto de comportamientos verbales y no verbales son aprendidos mediante la observación, la imitación, el ensayo y la información. Sus componentes no verbales son; la mirada, una mirada directa a los ojos o a la mitad superior de la cara sin ser excesiva favorece la interacción, la expresión facial de acuerdo con el mensaje que se transmite; la sonrisa, correlaciona positivamente con la habilidad social; gestos de las manos, cabeza o pies, la postura, la proximidad, la apariencia personal. Otros componentes paralingüísticos también son esenciales; el volumen de la voz, el tono, la fluidez, la velocidad. Respecto a los componentes verbales, es importante el contenido, el uso del humor, expresiones en

primera persona, hacer preguntas, variedad de temas etc. También es importante la duración del habla, se considera socialmente competentes a las personas que hablas más del 50% del tiempo más del 80% suelen ser considerados como dominantes y menos del 20% puedes ser considerados como fríos o inatentos (Ballester y Gil, 2002),

Como ya se ha mencionado las HHSS son aprendidas y practicadas desde la infancia, si los niños/as no han tenido modelos apropiados de los que aprender estas habilidades, o no han recibido refuerzo positivo por hacer un buen uso de las HHSS o no han tenido las suficientes oportunidades para practicar, puede que hay una carencia en ellas y por lo tanto sea necesario un entrenamiento en HHSS.

Por último, el bienestar psicológico es la otra parte del continuo de la patología asociada al TC. Y desde la perspectiva de la psicología positiva, es interesante saber los niveles de bienestar que mantienen los adolescentes con ellos mismos antes, durante y después del programa.

JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La infancia y la adolescencia son etapas vitales para las personas ya que, es en éstas donde mayores cambios neuronales ocurren, se forjan los primeros vínculos afectivos con las figuras de apego en la infancia y según estos, se establece la seguridad a largo plazo en las interacciones sociales, se establece la personalidad (aunque esta se va modulando durante toda la vida), se establece el sentido de identidad, y en la adolescencia se empiezan a tener las primeras relaciones de pareja y sexuales (Corona & Funes, 2015; Viejo et al., 2018)

El TC es una de las patologías mentales más costosas en EE. UU. (Robins, 1981). El impacto económico de estos jóvenes durante su etapa de adolescencia hasta la edad adulta (28 años) en el uso de recursos de salud, sistemas de justicia y de educación es 10 veces mayor que la población general (Scott, 2001).

Además, gracias a la experiencia laboral de la autora del presente trabajo, en la dirección general de Infancia y Adolescencia- DGIA (*Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives*) y en diversos centros de acogida de menores, se han aportado unas

declaraciones de un adolescente que residen en un Centro de Acogida específico de Trastorno de Conducta de la Comunidad Valenciana apoyando las intenciones del presente trabajo y en la misma línea de necesidad de cambio para mejorar el bienestar de estos/as adolescentes.

La investigación en tratamientos psicológicos y programas de prevención eficaces basados en la evidencia para estas etapas es crucial. Es por todo ello que en el presente trabajo se enfatiza la importancia de la prevención y tratamiento precoz en edades tempranas, es decir infancia y adolescencia. Se considera de vital importancia ayudar a estos jóvenes promoviendo la prevención de las conductas que se derivan en otras más graves. Para ello es necesaria la implementación de programas desde el contexto académico como en otros ámbitos donde sea rápida y eficaz la detección e intervención en los casos de riesgo.

Es necesario que los tratamientos mencionados estén al alcance de estos adolescentes y de sus familias y es por ello por lo que la presente propuesta de intervención estará accesible para las familias que lo requieran desde distintos dispositivos; el propio instituto, desde el departamento de servicios sociales, desde centros de día, centros de acogida de menores, asociaciones que trabajen con colectivos en riesgo de exclusión social y de forma particular. Su formato estará disponible de forma grupal para reducir costes y también porque se ha visto que este formato favorece la socialización, la motivación y relación terapéutica (Cubillos, 2011; Oaklander, 2008), así como, en la medida de lo posible, se realizará seguimiento telefónico y telemático a través de videollamadas, correo electrónico y llamadas telefónicas.

En este trabajo se presenta y desarrolla una propuesta de intervención para mejorar la conducta de los jóvenes. Así pues, desde la visión transdiagnóstica de la psicología clínica se han establecido los módulos para mejorar la conducta de los jóvenes. Esta perspectiva permite poder ofrecer el programa a adolescentes con diferentes diagnósticos (TND, TC, TDAH combinado, rasgos de TPA) y con dimensiones similares en su sintomatología como la desregulación emocional, la agresividad, la impulsividad, la baja autoestima, carencias en HHSS, tendencias suicidas, malestar psicológico y problemas de conducta antisocial. Se propone una intervención desde la psicoeducación sobre el propio comportamiento antisocial, consciencia en el momento presente

(Mindfulness), la Autocompasión, la Regulación emocional, se considera necesario incluir el entrenamiento en HHSS como forma de mejorar las relaciones positivas y el sentimiento de aislamiento (Karababa, 2020; Dawel et al. 2012) y la Resolución de problemas. De este modo, se espera mejorar la sintomatología relacionada con conductas externalizantes (conductas disruptivas) e internalizantes, con el objetivo final de aumentar el bienestar psicológico de estos jóvenes.

METODOLOGÍA

El programa se validará con un “grupo piloto”, esta validación se hará desde una organización sin ánimo de lucro de la ciudad de Valencia que recibe adolescentes desde diferentes programas de ayuda social, se hará una difusión a todos los colectivos, servicios sociales, dirección general y dirección territorial de Infancia y Adolescencia (DGIA) y unidades de salud mental infantil y adolescente (USMIAs) que trabajan en la ciudad de Valencia. El programa será impartido por una terapeuta y una coterapeuta (acreditadas como psicólogas generales sanitarias). El programa empezará coincidiendo con el curso académico 2020/2021, se hará una sesión semanal de 1h 30 minutos. En total, el programa consta de 11 sesiones que se dividen en 5 módulos. Las 11 sesiones son en formato grupal y, además, hay 3 sesiones individuales para gestionar dificultades particulares de cada caso las cuales se distribuirán según convenga.

Participantes

Este programa se dirige tanto a chicas como chicos, entre 12 y 18 años con problemas de conducta tales como peleas frecuentes en casa e instituto, absentismo y/o fracaso escolar, hurtos, abuso de sustancias y medidas judiciales. Para la *Fase 2, Estudio piloto (validación del programa)*, se crearán dos grupos de entre 6-8 participantes cada uno. Es decir, un mínimo de 12 y un máximo de 19 participantes. En Fase 3 ya se crearán más grupos, pero el máximo seguirá siendo 8 participantes por grupo. El género se intentará que sea equitativo 50% chicos, 50% chicas.

Ámbito de aplicación

Este programa estará disponible para ser impartido por Psicólogas/os Sanitarias/os ya que según la *Ley General de Salud Pública 33/2011 (Ley N° 33, 2011)* se ha establecido que corresponde a estos profesionales “la realización de investigaciones, evaluaciones e intervenciones psicológicas sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora del estado general de su salud, siempre que dichas actividades no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios” (*Ley 33/2011*) o Psicólogos especialistas en psicología Clínica.

Se ofrecerá a los ayuntamientos desde los Servicio Sociales Municipales, los Programas de Absentismo Escolar y para familias que de forma particular quieran acercarse a buscar ayuda para sus hijos/as. Se ofrecerá a las residencias de acogida general y específicas de trastorno de conducta, de salud mental, proyectos MENAs, pisos tutelados, etc. También se ofrecerá a los Centros de Día de Menores en riesgo de exclusión social ya que es justo el paso previo y la prevención ante el desamparo en. También estará disponible para las asociaciones que trabajan con adolescentes acogidos o adoptados como *Adopta2*, *AVAF*, *EMAFI*, etc. Ya que como se ha mencionado anteriormente los adolescentes que han estado en situaciones de riesgo de exclusión social y/o en desamparo son los colectivos más vulnerables.

Medidas /Instrumentos

En este trabajo se proponen varios cuestionarios para poder filtrar la entrada en el programa y analizar si los/las adolescentes mejoran en cada uno de los componentes del programa. En la *tabla 1* se resumen todos los instrumentos propuestos. Se hará una valoración inicial de los problemas de conducta, la orientación suicida, el bienestar psicológico general. Así como de las actitudes de Mindfulness y Autocompasión, la regulación de las emociones, las habilidades sociales y conflictos (*pretest*). Cuando se haya alcanzado la mitad de las sesiones del programa, se reevaluará la conducta, la orientación suicida, el bienestar psicológico general y al final se volverán a pasar las escalas de nuevo (*postest*). Así como otras evaluaciones de seguimiento al mes y a los 6 meses.

A continuación, se explican brevemente las escalas utilizadas para evaluar la eficacia del programa (Ver *tabla 1*):

Escala de Orientación suicida (*Inventory of Suicide Orientation, ISO-30*)

Adaptado al español por Casullo y Liporace (Casullo y Liporace, 2006; King & Kowalchuk 1994). La orientación suicida se entiende como una progresión continua hacia el suicidio que transcurre en varias etapas. La escala permite efectuar una evaluación temprana a través de cinco dimensiones asociadas al riesgo de suicidio: Desesperanza, Baja autoestima, Incapacidad para afrontar emociones, Soledad e Ideación suicida. Consta de 30 ítems directos e inversos con cuatro opciones de respuesta en escala Likert donde 0 es “totalmente en desacuerdo” y 3 “totalmente de acuerdo”. Existen seis ítems críticos, que corresponden a la escala Ideación Suicida, en los que una puntuación igual o superior a 2 en al menos tres de ellos indica un alto riesgo, independientemente de la puntuación total. La fiabilidad es adecuada ($\alpha = .87$) en adolescentes de población general (Casullo & Liporace, 2006).

BASC (Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes)

El BASC (Kamphaus et al., 2014) es un Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes, que evalúa las siguientes dimensiones; Desajuste clínico (ansiedad, atipicidad, locus de control y somatización), desajuste escolar (actitud negativa hacia el colegio, actitud negativa hacia los profesores y búsqueda de sensaciones), otros problemas (depresión, sentido de incapacidad y estrés social), ajuste personal (relaciones con los padres, relaciones interpersonales, autoestima y confianza en sí mismo). Consta de una escala para la familia (cuidadores principales), otra para el Colegio y otra que la rellena el adolescente, autoinformes. Se utiliza desde los 3 hasta los 18 años, pero tiene varios modelos según el rango de edad, la escala específica para adolescentes es la S3 (12-18). La fiabilidad se encuentra entre .80 y .87 puntos entre sus diferentes versiones (Ver *Anexo 1*).

Cuestionario breve de Bienestar psicológico para Adolescentes

El cuestionario Brief Psychological Well-Being Scale for Adolescents (BSPWB-A) (Ryff, 1980; Viejo et al., 2018) es un instrumento con buenos índices de consistencia

interna con 20 ítems, siendo una adaptación al español de la escala de adultos de Ryff (Ryff, 2014). Basado en las escalas de autonomía, relaciones positivas con otros, autoaceptación, dominio del entorno y crecimiento personal propuestas por Ryff (1980). En el BSPWB-A las escalas de dominio del entorno y crecimiento personal se han considerado inadecuadas por varios autores y se han eliminado de la escala validada para adolescentes (Loera-Malvaez et al., 2008). Así pues, se ha pasado de una escala de 29 ítems a una reducida con 20 ítems para adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 18 años. Con una consistencia interna de .95 (Viejo et al., 2018) (Ver *Anexo 1*).

Mindfulness (FFMQ-A)

El cuestionario Five Facet Mindfulness Questionnaire for Adolescents (Royuela-Colomer and Calvete, 2016) es un cuestionario que evalúa el mindfulness a través de diferentes facetas; observar (notar las experiencias internas o externas), describir (usar palabras para describir la experiencia), no juzgar (no evaluar la experiencia), actuar con conciencia (atender al momento presente), no reaccionar (permitir el ir y venir de los pensamientos sin anclarse en ellos). Se compone de 39 ítems con un formato de respuesta de 1 (muy raramente cierto) a 5 (muy a menudo cierto). En la versión validada a la población española, las puntuaciones muestran buena consistencia interna (α entre 0.66 y 0.83) (Ver *Anexo 1*).

La escala de Autocompasión

La Escala de Autocompasión es la adaptación de la Self-Compassion Scale (SCS) diseñada por Neff (Neff, 2003), traducida y validada al español por Campayo et al. (2014) (Diseñada en 6 subgrupos englobados en 6 categorías; mide la habilidad de ser amable y entenderse a uno mismo en vez autocríticarse, la capacidad de percibir las experiencias como parte de una experiencia humana mayor en vez de como algo aislado, y la habilidad de sobrellevar los pensamientos y sentimientos dolorosos con atención plena en lugar de sobre identificarse con ellos. La versión breve comprende 12 ítems con 5 respuestas posibles (1-casi nunca, 5- casi siempre). Ha demostrado tener buena validez y fiabilidad en adolescentes (Bluth et al. 2016). La versión española está disponible con un Alpha de Cronbach de 0.59 (Campayo et al. 2014).

Regulación emocional

Medido con la escala de dificultades en la regulación emocional (RE), The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz & Roemer, 2004) es una escala con 36 ítems autoadministrados. evalúa niveles normales de desregulación emocional a través de diferentes aspectos como la no aceptación a las emociones negativas, la incapacidad para involucrarse en un objetivo cuando hay distrés, la dificultad controlando los comportamientos impulsivos, el acceso limitado a estrategias percibidas como efectivas en RE, falta de conciencia emocional, y falta de claridad emocional. La escala se responde con una escala Likert. La versión española validada para adolescentes muestra una consistencia en todas las escalas de 0.71-0.88 (Gómez-Simón et al., 2014) (Ver *Anexo 1*).

STAXI-NA (Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes)

El Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes de Del Barrio, Aluja, & Spielberger (2004) tiene como objetivo obtener una puntuación directa de la Ira: Experiencia, Expresión y Control, y de sus facetas como Estado y Rasgo. Está constituido por 32 ítems, el sujeto debe contestar cómo se siente ahora, habitualmente, y cómo reacciona regularmente cuando está enfadado, puntuando la frecuencia en la que se producen ciertas conductas (Ira Rasgo, Ira Estado y Control de la Ira). Para la muestra española las propiedades psicométricas muestran índices adecuados de fiabilidad (de .53 a .81, para los cuatro factores) (Del Barrio, Aluja, & Spielberger, 2004).

Escala de Habilidades Sociales (EHS)

Para evaluar las HHSS de los participantes, se utilizará la Escala de Habilidades Sociales adaptada al español (consistencia interna = .88) (Gismero, 2000). Es una escala de 33 ítems, 28 de los cuales redactados como carencia de HHSS y 5 de ellos en sentido positivo. Se aplica tanto a población adolescente como adulta. Los componentes son la autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los derechos, expresión de la disconformidad, rechazar una petición o intención, hacer peticiones e iniciar interacciones tanto con el sexo opuesto como con el mismo (Ver *Anexo 1*).

Tabla 1*Instrumentos*

<i>Instrumento</i>	<i>Qué evalúa</i>	<i>Autores y año</i>	<i>Validación Española</i>	<i>Componentes</i>
<i>Orientación suicida</i>	Actitudes previas a la ideación suicida	King y Kowalchuk (1994), adaptación Casullo y Liporace (2006)	SI	Desesperanza, Baja autoestima, Incapacidad para afrontar emociones, Soledad e Ideación suicida.
<i>BASC -2 (Behavior Assessment System for Children, Second Edition)</i>	Percepciones sobre la propia conducta (Autoinforme)	Kamphaus et al., (2014)	SI	Desajuste clínico, desajuste escolar, depresión, sentido de incapacidad, estrés social, y ajuste personal
<i>Bienestar psicológico</i>	Autopercepción de bienestar psicológico	Viejo et al., (2018)	SI	Autonomía, relaciones positivas con otros, autoaceptación
<i>Five facet Mindfulness Questionnaire for Adolescents</i>	Actitudes propias del Mindfulness	Royuela-Colomer y Calvete, (2016)	SI	Observar, describir, no juzgar la experiencia, actuar con conciencia, permitir el ir y venir de los pensamientos sin anclarse en ellos
<i>Self-Compassion Scale, (SCS)</i>	Autocompasión	Raes et al. (2011)	SI	ser amable con uno mismo, percibir las experiencias como parte de una experiencia humana y la habilidad de sobrellevar los pensamientos y sentimientos dolorosos con atención plena
<i>The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)</i>	Regulación de las emociones	Gratz and Roemer, (2004)	SI	Aceptación de las emociones negativas, la capacidad para involucrarse en un objetivo cuando hay distrés, control impulsos, estrategias efectivas

				en RE, conciencia emocional, y claridad emocional
STAXI-NA	La emoción de la Ira como estado-rasgo	Del Barrio, Aluja, & Spielberger, (2004)	SI	Ira como experiencia, expresión y control, y de sus facetas como Estado y Rasgo
Escala de Habilidades Sociales (EHS)	Habilidades sociales	Gismero, (2000)	SI	Autoexpresión, defensa de los derechos, expresión de la disconformidad, rechazar una petición o intención, hacer peticiones e iniciar interacciones

Nota. BASC -2 = Behavior Assessment System for Children, Second Edition.

Objetivo del trabajo

El *Objetivo Principal* de este trabajo es realizar una propuesta de Intervención psicológica con una inminente puesta en marcha dirigido a disminuir la conducta antisocial, opositora y/o desafiante en los adolescentes de la Comunidad Valenciana

El *Objetivo secundario*, implícito en este TFM, es poner de manifiesto la falta de recursos para los menores de edad con problemas de conducta en la CV.

Procedimiento

El programa se llevará a cabo para el estudio piloto (fase 2) en 2 grupos de diferentes edades de 6-8 participantes en cada grupo. Grupo 1 de 12-14 años y Grupo 2 de 15-18 años.

Fase 1: Difusión del programa (julio-septiembre)

- Planificación con institución valenciana donde se va a llevar a cabo el proyecto para preparar la difusión del programa
- Difundirlo a través de correo electrónico, llamadas, carteles, boca-oreja, etc.
- Reuniones con entidades e instituciones interesadas

Fase 2: Estudio piloto (validación del programa) (septiembre- junio)

- Evaluación y filtro
- Implementación del programa en 2 grupos de adolescentes de diferentes rangos de edad
- Evaluación durante el programa
- Evaluación post-intervención (al mes y a los 6 meses)

Fase 3: Ampliación del programa

- Diferentes grupos en hospitales de día Infanto-Juveniles de la Comunidad Valenciana (Hospital Provincial de Castellón), centros de día de menores y

Fase 3: Nuevas direcciones

- Creación de un Centro de Día específico de Problemas de conducta Grave en adolescentes (como alternativa a la carencia y alta demanda de hospitales de día infanto-juveniles en la CV)

Análisis estadísticos

Los resultados serán analizados utilizando el paquete estadístico SPSS 22.0 para Windows. Para la descripción de la muestra, se utilizará análisis de frecuencias, comparación de medias y desviaciones típicas intragrupo. Se calculará el tamaño del efecto intra-grupo así como comparaciones de media para grupos relacionados considerando los distintos momentos de evaluación (pre, post y seguimientos). Se realizarán pruebas de normalidad y se adaptará el plan de análisis estadísticos en función de la asunción de estos parámetros en la muestra final (p.ej., pruebas paramétricas o no paramétricas).

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Como se ha mencionado en el apartado de intervenciones actuales, la mayoría de las intervenciones centradas en problema de conducta en adolescentes está basada en habilidades sociales, mejorar la interacción familiar, reestructuración cognitiva y resolución de problemas. En este trabajo se han seleccionado aquellos módulos de los programas que han demostrado eficacia para este colectivo de jóvenes y además se ha añadido el Mindfulness basado en Autocompasión ya que muchos de estos jóvenes tienen problemas para focalizar la atención en el momento presente y sus pensamientos divagan entre el pasado y la ambigüedad del futuro. Así desde una perspectiva transdiagnóstica se presentan los 5 módulos del programa (ver *tabla 2*). La programación de las sesiones está descrita en el *Anexo 2* y los materiales necesarios para cada sesión en el *Anexo 3*):

MÓDULO I: Introducción (1 sesión)

- Sesión 1: Psicoeducación: el objetivo principal de esta sesión es crear un buen rapport entre los participantes y los terapeutas (terapeuta y coterapeuta). Además, se ofrecerá psicoeducación sobre los problemas de conducta, en qué consisten, la etiología, consecuencias, prevalencia y comorbilidades.

MÓDULO II: Mindfulness y Autocompasión (2 sesiones).

El objetivo de este módulo es enseñar la práctica del Mindfulness y la Autocompasión. Está adaptado del manual de *DBT Skills Manual for Adolescents* de Rathus & Miller (Rathus & Miller, 2014) y del libro *Sé amable contigo mismo* de Neff (Neff, 2003).

- Sesión 2: Mindfulness. El objetivo de esta sesión es ofrecer información sobre la mente consciente y focalizada en el momento presente. A través del observar el propio cuerpo, dirigir la atención al momento presente, y desdramatizar los pensamientos negativos teniendo una perspectiva de terapias de 3º generación en la que el pensamiento no se cambia si no que se acepta y no se trata de evitar o escapar de él. Técnicas: Práctica del *Body Scan*, Los 3 estados de la mente. Material: Mindfulness Folleto 1,2, 3 y 4 (tareas para casa).

- Sesión 3: Vínculos afectivos y Autocompasión. El objetivo de esta sesión es aprender la importancia de la Autocompasión. A través de ésta junto con el Mindfulness se trata de: disminuir la culpabilidad, aumentar la seguridad en uno mismo, mejorar el autoconcepto, aumentar la autoestima, mejorar la regulación de las emociones. Es necesaria la práctica diaria en casa, Centro de Día, centro de acogida, etc. Para ello se elabora un diario.

Práctica I: Técnica del abrazo a uno mismo y Práctica II: Cambiar el monólogo de tu crítico interior.

Material: Mindfulness Folleto 5

MÓDULO III: Regulación emocional (4 sesiones):

En el presente trabajo, y desde la perspectiva del tratamiento transdiagnóstico, se ha analizado qué programas ayudan a regular las emociones en pacientes con TLP. Según la Guía de práctica clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad, la terapia que ha demostrado eficacia para mejorar los síntomas del TLP a largo plazo es la Terapia Dialectico Comportamental.

Para la presente intervención se usa el programa para adolescentes basado en la DBT (Dialectical behavioral therapy) *DBT skills manual for adolescents* de Rathus y Miller (Rathus & Miller, 2014). Concretamente se usará el módulo de Regulación Emocional que aparece en dicho manual. Los objetivos de dicho módulo son: 1) Entender las emociones que experimentamos (observando y describiendo), 2) Reducir la vulnerabilidad emocional 3) Disminuir la frecuencia de las emociones no deseadas, 4) disminuir el sufrimiento emocional (cuando ya estamos sintiendo la emoción). Este módulo contará de 4 sesiones:

- Sesión 4: Las emociones. En esta sesión se trabajan los objetivos del entrenamiento en RE, se aprenden las funciones de las emociones, y se explica el modelo de las emociones y la identificación de emociones

- Sesión 5: Contingencias positivas: Aumentar las actividades agradables de forma individual y en familia. En esta sesión se trabaja el aumento de las actividades agradables son actitud mindfulness. De esta forma se planifican la semana para incluir nuevas actividades que sean de su agrado y se intenta involucrar a la familia en estas actividades. Además, se analizan valores y prioridades (mente sabia).

- Sesión 6: Planifica las situaciones (Build mastery) y llevarlo a cabo (Cope Ahead) y Cuida tu cuerpo: Mejorar la capacidad de superarse a sí mismo, hacer tareas complejas, diseñar estrategias para superarlo pensando en las amenazas que puedas aparecer. Atender la mente cuidando el cuerpo (enfermedades, alimentación, sueño, drogas)
- Sesión 7: Actuar en dirección opuesta (opposite action) (*figura 1*). Aprender a hacer la acción opuesta al impulso cuando tus emociones no encajan con los hechos o cuando actuar con base en tus emociones no es eficaz (intensidad emoción o consecuencias)

Figura 1:

Pasos para actuar de forma opuesta

Cómo actuar de forma opuesta, paso a paso
Paso 1. Identifica el nombre de la emoción que quieres cambiar.
Paso 2. Comprueba los hechos para ver si tu emoción está justificada por los hechos. Comprueba también si la intensidad y la duración de la emoción encaja con los hechos. Una emoción está justificada cuando encaja con los hechos
Paso 3. Identifica y describe tus impulsos a la acción.
Paso 4. Pregúntate: La expresión o actuación con base en esta emoción es eficaz en esta situación? Si tu emoción no encaja con los hechos o si actuar con base en tu emoción no es eficaz:
Paso 5. Identifica las acciones opuestas a tus impulsos a la acción.
Paso 6. Actúa de forma opuesta, en todo momento, a tus impulsos a la acción.
Paso 7. Continúa actuando de forma opuesta a tus impulsos a la acción hasta que cambie tu emoción.

Notas: Recuperado de Linehan, 2014. DBT Skills Training Manual

MÓDULO IV: HABILIDADES SOCIALES

Las HHSS que se van a trabajar en el programa son las consideradas como básicas por Caballo (1998, 2002) y se trabajaran en forma de juego de roles o Rol-Playing. Se utilizará el aprendizaje mediante el modelado de una figura de referencia en el grupo (terapeuta), la retroalimentación en audio o vídeo para observar uno mismo la conducta verbal como la no verbal. Toda la parte práctica se acompañará de feedback con refuerzo positivo para mejorar la ejecución y autoreforzo en un futuro (Caballo 1993).

- Sesión 8: Comunicación I: Aprender los derechos asertivos, aprender cómo hacer cumplidos y aceptarlos, cómo hacer peticiones y rechazarlas,

y también aprender a expresar disgusto justificado y aceptar quejas o críticas de los demás.

- Sesión 9: Comunicación II: en esta sesión se aprenderá a iniciar, mantener y finalizar una conversación, así como a expresar opiniones y defender los propios derechos y a disculparse o admitir ignorancia.

MÓDULO V: GESTIÓN DE CONFLICTOS (Resolución de problemas)

Este módulo se construye basándose en el manual de *Autoestima: Técnicas para Niños y Adolescentes* de Pope y McHale (1996) que adapta a la población adolescente las Técnicas de Resolución de Problemas que se utilizan hoy en día de D’Zurilla & Goldfried, 1971. Pope y McHale (1996) orientan los conflictos como parte de la vida diaria, se explica que ellos/as pueden resolver muchos de sus problemas sin ayuda de adultos, los sentimientos son señales importantes de la existencia de un problema, cuando se sabe que hay un problema hay que “parar y pensar” antes de actuar y razonar el próximo paso.

- Sesión 10: Resolución de Problemas I

Como ya han aprendido a identificar las emociones (Módulo 3) no sería necesario este paso previo y se enseñan los pasos para resolver un conflicto. En esta sesión se enseña paso a paso la Resolución de Conflictos. Se practica con ejemplos modelo. También se elige un problema personal de cada participante para resolver en grupo.

- Sesión 11: Resumen programa (Prevención de recaídas)

Se hace un pequeño resumen del paso por el programa (Mantenimiento de logros).

Tabla 2. *Propuesta del programa de Intervención para problemas de conducta 12-18 años (jóvenes)*

Módulo	Sesión	Contenido	Objetivos
I. INTRODUCCIÓN	1. Psicoeducación (grupo)	Presentación grupo Abordar qué son los problemas de conducta, etiología, consecuencias, prevalencia y comorbilidades	Presentar al grupo, establecer el rapport y psicoeducación.
II. MINDFULNESS Y AUTOCOMPASIÓN (Basado en manual de Rathus & Miller, 2014 y Neff, 2003)	2. Mindfulness	Mindfulness Práctica:	Disminuir la culpabilidad, aumentar la seguridad en uno mismo, mejorar el autoconcepto.
	3. Autocompasión Restaurando el vínculo conmigo mismo	Explicar qué es la autocompasión y la teoría del vínculo. Práctica I: Técnica del abrazo a uno mismo Práctica II: Cambiar el monólogo de tu crítico interior	
III. REGULACIÓN EMOCIONAL (Basado en manual de Rathus & Miller, 2014)	4. Las emociones	Aprender los objetivos del entrenamiento en RE, función de las emociones, el modelo de las emociones	Psicoeducar en las emociones, aumentar las estrategias de RE
	5. Actividades agradables	Ser consciente de las actividades agradables y estar presente, organizarnos, intentar involucrar a la familia en estas actividades, analizar valores y prioridades (mente sabia), analizar las relaciones que tenemos,	Aumentar las actividades agradables, mejorar la interacción con la familia, enfocarse en valores y metas propias
	6. Rétate a ti mismo, planifica con antelación las situaciones amenazantes Y el cuidado físico		Mejorar la capacidad de superarse a si mismo, hacer tareas complejas, diseñar estrategias para superarlo pensando en las amenazas que puedas aparecer. Atender la mente cuidando el cuerpo (enfermedades, alimentación, sueño, drogas)

	7. Resolución de problemas, y actuar en dirección opuesta (opposite action)		Actuar en dirección opuesta. Utilizar la acción opuesta cuando tus emociones no encajan con los hechos o cuando actuar con base en tus emociones no es eficaz
IV. HABILIDADES SOCIALES	8. Comunicación I (Práctica I)	Derechos asertivos, cumplidos, peticiones y quejas/críticas	Mejorar en la comunicación aprendiendo técnicas básicas de comunicación asertiva
	9. Comunicación II (Práctica II)	Conversaciones, opiniones y disculpas	
V. GESTIÓN DE CONFLICTOS (Basado en el manual de Pope y McHale, 1996)	10. Resolución de problemas. (Práctica sobre casos concretos y sobre conflictos personales)	Orientación sobre la resolución de conflictos Identificar el problema Paso a paso cómo resolverlo	Aprender a resolver un conflicto por pasos, evaluando las consecuencias de los actos
	11. Mantenimiento de logros y cierre		Recordar y anotar todas las técnicas que han sido de utilidad durante la terapia grupal

DISCUSIÓN

El TC tiene una enorme debilidad en la conceptualización del propio trastorno. Además, junto con la alta comorbilidad que presenta con otros diagnósticos como el TDAH, el TND o el TPA en la edad adulta, hace que se replantee si es un problema del Neurodesarrollo. Los estudios actuales que se están llevando a cabo en Neuropsicología respecto a las dimensiones alteradas en estos trastornos, son prometedores y ya están dando resultados interesantes sobre las semejanzas a nivel neurológico entre estos. Por lo tanto, se requieren más estudios sobre la sintomatología internalizante de los problemas de conducta porque, al fin y al cabo, son patologías mentales como lo es la depresión, pero con una clara diferencia en el interés científico. Como señala Raine (2018), el desinterés en la investigación de los trastornos relacionados con la conducta antisocial es debido a que el daño se lo producen a otras personas y no a uno mismo por lo que provoca mayor rechazo proporcionarles ayuda. Esto se podría comparar con los tratamientos a los Pedófilos, o los Maltratadores, que en la mayoría de los casos necesitan ayuda, pero se

encuentran con un rechazo social inclusión de los propios profesionales de la Salud mental.

La intención principal de este trabajo ha sido diseñar un Programa de Intervención para disminuir la conducta antisocial, opositora y/o desafiante en los adolescentes de la Comunidad Valenciana. De acuerdo la literatura revisada y los manuales de intervención en adolescentes con problemas de conducta más recientes, se han establecido 5 módulos de trabajo repartidos en 11 sesiones. Los módulos que conforman el programa han sido la Psicoeducación, el Mindfulness y la Autocompasión, la Regulación emocional, las Habilidades Sociales y la Resolución de conflictos y finalmente una sesión de mantenimiento de logros y cierre. Estos módulos junto con los *Anexos 2 y 3* (Programación de las sesiones y materiales) ayudarán a orientar a cualquier profesional que quiera implementar este programa o validarlo en una población concreta.

El bienestar psicológico en los adolescentes es un campo con creciente interés en la investigación actual pero todavía muy poco investigado (Viejo et al., 2018). Se ha visto que la adolescencia es una etapa de grandes cambios en la vida, donde la plasticidad neuronal es muy activa y en definitiva merece especial atención con el objetivo de prevenir futuros trastornos y enfermedades mentales (Viejo et al., 2018).

Además, y de acuerdo con otros estudios, se espera que este programa proporcione a los adolescentes con problemas de conducta antisocial herramientas para poder tener una vida saludable con buenos niveles de bienestar emocional, a ser conscientes de lo que están sintiendo, a aceptar su situación, sus emociones y a aceptarse más a ellos mismos como también a su historia de vida, así como a aprender a no culpabilizarse de las experiencias adversas vividas. Además, la RE ayudaría a la gestión de sus impulsos, para protegerles contra el aislamiento, así como las habilidades sociales ayudan a mantenerse cerca de sus seres queridos y establecer relaciones positivas entre iguales y otras personas. Además, la resolución de problemas les ayudará a manejar mejores situaciones conflictivas y controlar las respuestas agresivas o violentas típicas de estos jóvenes (Lochman, Powell, Whidby & FitzGerald, 2006).

Fortalezas

Este programa tiene varios puntos fuertes como es la evidencia en la que se basan sus distintos módulos y su eficacia específica con adolescentes. Además, es un programa diseñado desde una perspectiva transdiagnóstica por lo que podría ser útil para distintos tipos de diagnósticos, incluso para los jóvenes que muestran conductas típicas del TC, TND o TDAH, pero no cumplen todos los criterios para ningún diagnóstico concreto o por el contrario, cumplen criterios de varios diagnósticos. Se incluyen componentes novedosos como el *Mindfulness*, la Autocompasión, la RE como módulos concretos y otros más tradicionales como la resolución de Problemas o las HHSS con el objetivo de mejorar el bienestar emocional: Autonomía, Relaciones Positivas y Autoaceptación y mejorar la gestión emocional y conductual.

Además, el programa está basado en la experiencia que se posee en este campo, dotando de habilidades y herramientas para adaptarlo a este contexto tan específico. Los informes de los defensores del pueblo del territorio nacional indican una intervención actual ineficaz para ayudar a los adolescentes con problemas de conducta. Por lo que el presente trabajo es un acercamiento práctico a un programa de puesta en marcha inminente para la realidad existente de abandono institucional y falta de atención respecto a los adolescentes con problemas graves de conducta en nuestra Comunidad Autónoma.

Limitaciones y Líneas de futuro

El diseño del programa para adolescentes es un recurso indispensable, pero, además, y de acuerdo con Kazdin (2015) es recomendable que a su vez la familia inicie un programa para padres y madres o cuidadores principales. De esta forma la familia también mejoraría sus habilidades de comunicación e interacción con el/la adolescente. Por la propia experiencia de la autora del trabajo en centros de acogida de salud mental y de trastorno de conducta y por previos estudios (Dishion & Patterson 1992; Kazdin, 2015), se espera que muchas familias con hijos/as adolescentes con problemas de conducta no estén dispuestas a involucrarse en estos programas, ya sea por enfermedad mental o física, negligencia de cuidados, medidas judiciales, etc. Se espera que esta no sea una limitación para futuros programas ya que se ha visto que no es indispensable para que los propios adolescentes mejoren, aunque sí recomendable (Kazdin, 2015).

La disponibilidad de los programas de forma online es un aspecto importante para tener en cuenta para futuras investigaciones. Los programas de tratamiento y de

prevención online favorecen la disponibilidad y el acceso a aquellos/as jóvenes que lo requieran (Ospina-Pinillos et al., 2018).

Como línea de futuro y dentro de las funciones de los y las profesionales de la Psicología General Sanitaria, según la legislación actual, se propondrá la creación de un Centro de Día específico de Problemas de conducta Grave para adolescentes, como alternativa a la carencia y alta demanda de hospitales de día infanto-juveniles en la CV donde se impartirá el programa de manera semanal y donde ellos podrán acudir de forma diaria para la formación académica y laboral.

CONCLUSIONES

El presente trabajo da una visión global de lo poco que se sabe, a día de hoy, de qué son realmente los trastornos de conducta. Tradicionalmente se ha intervenido desde la parte conductual, enseñando estrategias a los padres y madres cuando los/as niños/as son pequeños/as, pero esto se ha visto que tiene sus debilidades cuando los éstos/as ya son más mayores.

Una intervención temprana desde el embarazo cuando se observan señales de riesgo en el padre o la madre, junto con un programa para padres y madres en los que se enseñan habilidades de crianza respetuosa y un seguimiento de estos jóvenes desde Servicios Sociales, junto con programas como el aquí presente como último recurso antes de la edad adulta, puede significar grandes cambios en el destino de estos jóvenes, muchas veces marcados desde la infancia.

Además, los casos más graves de TC en la CV se están atendiendo desde los recursos de protección de menores y no desde recursos Sanitarios de Salud Mental, como los Hospitales de Día Infanto-juveniles. Esto dificulta la recuperación y por lo tanto la reinserción en la sociedad ya que no se está proporcionando a estos jóvenes las intervenciones adecuadas a sus dificultades desde estos recursos sociales.

Es de vital importancia que aumente el interés científico en la investigación de estos problemas, la elaboración de tratamientos y puesta en marcha para la atención precoz en estos casos donde los problemas de conducta, abuso de sustancias, medidas judiciales y violencia doméstica y parento-filial, se van transmitiendo de forma generacional.

BIBLIOGRAFÍA

- A.L., Allebach C.L., Hummer T.A., Adams Z., Aalsma M.C., Finn P.R., Nurnberger J.I. & Hulvershorn L.A., (2019), Atypical Cortical Activation during Risky Decision-making in Disruptive Behavior Disordered Youth with Histories of Suicidal Ideation, *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*,
- Alexander, J. F., Holtzworth-Munroe, A., & Jameson, P. B. (1994). The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation.
- Álvarez, M. P. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales: Gestión de relaciones con los clientes*. Editorial Síntesis.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagny Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
- Baker, K. (2013). Conduct disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 23(1), 24-29.
- Ballester, R., & Gil, M. D. (2002). *Habilidades sociales. Madrid: síntesis*.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant child: A clinician's manual for assessment and parent training*.
- Barkley, R. A. (2013). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. Guilford press.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2010). *ADHD in adults: What the science says*. Guilford Press.
- Barry CT, Loflin DC, Doucette H. (2015) Adolescent self-compassion: Associations with narcissism, self-esteem, aggression, and internalizing symptoms in at-risk males. *Personality and Individual Differences*, 77, 118–123.
- Barukel, A., & Stolkiner, A. (2018). El problema del diagnóstico en salud mental: clasificaciones y noción de enfermedad. *Saúde em Debate*, 42, 646-655.
- Beames, J. R., O'Dean, S. M., Grisham, J. R., Moulds, M. L., & Denson, T. F. (2019). Anger regulation in interpersonal contexts: Anger experience, aggressive behavior, and cardiovascular reactivity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(5), 1441-1458.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones= Proposals for

a transdiagnostic perspective of mental and behavioural disorders: evidence, usefulness, and limitations.

- Bluth, K., Campo, R. A., Pruteanu-Malinici, S., Reams, A., Mullarkey, M., & Broderick, P. C. (2016). A school-based mindfulness pilot study for ethnically diverse at-risk adolescents. *Mindfulness*, 7(1), 90-104.
- Bluth, K., Roberson, P. N., Gaylord, S. A., Faurot, K. R., Grewen, K. M., Arzon, S., & Girdler, S. S. (2016). Does Self-compassion Protect Adolescents from Stress?. *Journal of child and family studies*, 25(4), 1098–1109. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0307-3>
- Bonet, C., Palma, C., & Gimeno-Santos, M. (2020). Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales.
- Bowlby, A. (1969). *Recollections of Rifleman Bowlby. Pen and Sword.*
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. In *Attachment and Loss: Volume II: Separation, Anxiety and Anger* (pp. 1-429). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1980). *By ethology out of psycho-analysis: an experiment in interbreeding.*
- Bublitz MH, Stroud LR. (2012). Maternal smoking during pregnancy and offspring brain structure and function: review and agenda for future research. *Nicotine Tob. Res.* 14(4):388–97
- Buiza Aguado, C., Uría Rivera, T., Serrano Coello de Portugal, A., Ahijado Guzmán, Z., Delfa Álvarez, A., Frigolet Mayo, P. & Rubio Plana, A. (2014). El Hospital de Día-Centro Educativo Terapéutico Pradera de San Isidro: Un dispositivo para el tratamiento intensivo de trastornos mentales graves en niños y adolescentes. *Pediatría Atención Primaria*, 16(61), e19-e32.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales.*
- Caballo, V. E. (1998). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales.*
- Caballo, V. (2002). *Manual de entrenamiento en habilidades sociales.*
- Chamberlain, P., & Smith, D. K. (2003). *Antisocial behavior in children and adolescents: The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care model.*
- Colectivo de autores. *Trastornos de la conducta* (2014). Una guía de intervención en la escuela. España: Gobierno de Aragón. Departamento de Educación, Cultura y Deporte.

- Corona, H. F., & Funes, D. F. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 74-80.
- Corona, H. F., & Funes, D. F. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 74-80.
- Cubillos, P. (2011). Psicoterapia analítica con adolescentes. En: Morales, G.; Ortúzar, B. & Thumala, E. (2011). *Psicoterapia psicoanalítica de grupos y vínculos*. Santiago: Orjikh Editores
- Cuthbert, B. N. (2014). The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*, 13(1), 28-35.
- Dawel, A., O’Kearney, R., McKone, E., & Palermo, R. (2012). Not just fear and sadness: Meta-analytic evidence of pervasive emotion recognition deficits for facial and vocal expressions in psychopathy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(10), 2288-2304.
- De Vibe, M. F., Bjørndal, A., Fattah, S., Dyrdal, G. M., Halland, E., & Tanner-Smith, E. E. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults: a systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*.
- Deborde, A. S., Vanwalleghem, S. M., & Aitel, S. (2015). Emotion regulation in adolescents with conduct disorder and controls. *L'Encephale*, 41(1), 62-69.
- Del Barrio, V., Aluja, A., & Spielberger, C. (2004). Anger assessment with the STAXI-CA: Psychometric properties of a new instrument for children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 227-244.
- Del Conte, G., Lenz, A. S., & Hollenbaugh, K. M. (2016). A pilot evaluation of dialectical behavior therapy for adolescents within a partial hospitalization treatment milieu. *Journal of Child and Adolescent Counseling*, 2(1), 16-32.
- Dishion, T. J. & Patterson, G. R. (1992). Age effects in parent training outcomes. *Behavior Therapy*, 23, 719-729.
- Dishion, T. J., Patterson, G. R. & Kavanagh, K. A. (1992). An experimental test of the coercion model: Linking theory, measurement, and intervention. In J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior* (pp. 253- 282). New York: Guilford.
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2019). Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents—a meta-analysis of

- randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3), 244-258.
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2018). The Effects of Mindfulness-Based Interventions on Cognition and Mental Health in Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials.
- D'zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78(1), 107.
- El Defensor del Pueblo (2015). Centros de Protección de menores con trastorno de conducta y en situación de dificultad social.
- Eva, A. L., & Thayer, N. M. (2017). Learning to BREATHE: A pilot study of a mindfulness-based intervention to support marginalized youth. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*, 22(4), 580-591.
- Fang, A., Hoge, E. A., Heinrichs, M., & Hofmann, S. G. (2014). Attachment Style Moderates the Effects of Oxytocin on Social Behaviors and Cognitions During Social Rejection: Applying a Research Domain Criteria Framework to Social Anxiety. *Clinical Psychological Science*, 2(6), 740–747.
- Farrington, D. P., & Coid, J. W. (Eds.). (2003). *Early prevention of adult antisocial behaviour*.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571.
- Garaigordobil, Maite, & Maganto, Carmen. (2016). Conducta antisocial en adolescentes y jóvenes: prevalencia en el País Vasco y diferencias en función de variables socio-demográficas. *Acción Psicológica*, 13(2), 57-68.
- Garcia-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and quality of life outcomes*, 12(1), 4.
- Gismero, E. (2000). EHS Escala de habilidades sociales. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52–60.

- Gómez-Simón, I., Penelo, E., & De La Osa, N. (2014). Factor structure and measurement invariance of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) in Spanish adolescents. *Psicothema*, 26(3), 401-408.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: Understanding and treating human suffering. *New York: Guilford*.
- Henggeler, S. W., & Lee, T. (2003). Multisystemic treatment of serious clinical problems. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 301-322). *New York: Guilford Press*
- Henggeler, S. w., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998) Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents. *New Work; Guilford Press*
- Hesselbrock, V. M., Hesselbrock, M. N., & Workman-Daniels, K. L. (1986). Effect of major depression and antisocial personality on alcoholism: course and motivational patterns. *Journal of studies on alcohol*, 47(3), 207-212.
- Hinshaw, S. P., & Lee, S. S. (2003). Conduct and oppositional defiant disorders.
- Hoeve, M., & Laan, P. H. V. D. (2012). *Persisters and desisters in crime from adolescence into adulthood: Explanation, prevention and punishment*.
- Hoeve, M., Stams, G. J. J., Van der Put, C. E., Dubas, J. S., Van der Laan, P. H., & Gerris, J. R. (2012). A meta-analysis of attachment to parents and delinquency. *Journal of abnormal child psychology*, 40(5), 771-785.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: science and practice*, 8(3), 255-270.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.

- Kamphaus, R. W., Reynolds, C. R., Hatcher, N. M., & Kim, S. (2014). Treatment planning and evaluation with the Behavior Assessment System for Children (BASC). *The Use of Psychological Testing for Treatment and Planning and Outcome Assessment*, 2, 331-354.
- Karababa, A. (2020). The relationship between trait anger and loneliness among early adolescents: The moderating role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 159, 109856.
- Kazdin, A. E. (2015). *Parent Management Training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behaviour in children and adolescents*. New York: Oxford University Press.
- Kearns, S. M., & Creaven, A. M. (2017). Individual differences in positive and negative emotion regulation: Which strategies explain variability in loneliness?. *Personality and mental health*, 11(1), 64-74.
- Kessler, R. C., Avenolli, S., Costello, J., Georgiades, K., Green, J., Gruber, M., & Merikangas, K. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69, 372–380.
- King, J. D., & Kowalchuk, B. (1994). *ISO 30 Adolescent: Inventory of Suicide Orientation-30*. NCS Pearson.
- Kleine Deters, R., Naaijen, J., Rosa, M., Aggensteiner, P. M., Banaschewski, T., Saam, M. C., ... & Santosh, P. (2020). Executive functioning and emotion recognition in youth with Oppositional Defiant Disorder and/or Conduct Disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 1-13.
- Kohls, G., Baumann, S., Gundlach, M., Scharke, W., Bernhard, A., Martinelli, A., ... Konrad, K. (2020). Investigating Sex Differences in Emotion Recognition, Learning, and Regulation Among Youths With Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(2), 263-273.
- Kozak, M. J., & Cuthbert, B. N. (2016). The NIMH research domain criteria initiative: background, issues, and pragmatics. *Psychophysiology*, 53(3), 286-297.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Liporace, M. F., & Casullo, M. M. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(21), 9-22.

- Lochman, J. E., & Dodge, K. A. (1994). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of consulting and clinical psychology*, *62*(2), 366.
- Lochman, J. E., Barry, T. D., & Pardini, D. A. (2003). Anger control training for aggressive youth. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, *2*, 227-242.
- Lochman, J. E., Powell, N. R., Whidby, J. M., & Fitzgerald, D. P. (2006). *Aggressive Children: Cognitive-Behavioral Assessment and Treatment*.
- Loera-Malvaez, N., Balcázar-Nava, P., Trejo-González, L., Gurrola-Peña, G. M., & Bonilla-Muñoz, M. P. (2008). Adaptación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, *41*(3-4), 90-97.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*(1), 64.
- Mas, C. B., Sevillano, C. P., & Santos, M. G. (2020). Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, *7*(1), 30-37.
- Mathews, B. L., Kerns, K. A., & Ciesla, J. A. (2014). Specificity of emotion regulation difficulties related to anxiety in early adolescence. *Journal of adolescence*, *37*(7), 1089-1097.
- Metz, S. M., Frank, J. L., Reibel, D., Cantrell, T., Sanders, R., & Broderick, P. C. (2013). The effectiveness of the learning to BREATHE program on adolescent emotion regulation. *Research in Human Development*, *10*(3), 252-272.
- Michael P Ewbank, Luca Passamonti, Cindy C Hagan, Ian M Goodyer, Andrew J Calder, Graeme Fairchild, (2018), Psychopathic traits influence amygdala–anterior cingulate cortex connectivity during facial emotion processing, *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *13*(5), 525–534,
- Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Neff KD, McGehee P. (2010) Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*.;9:225–240.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, *2*(2), 85-101.

- Oaklander, V. (2008). *El tesoro escondido. La vida interior de niños y adolescentes*. Santiago, Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Ospina-Pinillos L, Davenport T, Iorfino F, Tickell A, Cross S, Scott EM, Hickie IB (2018). Using New and Innovative Technologies to Assess Clinical Stage in Early Intervention Youth Mental Health Services: Evaluation Study. *J Med Internet Res* 2018;20(9): 259
- Pantin, H., Schwartz, S. J., Sullivan, S., Prado, G., & Szapocznik, J. (2004). Ecodevelopmental HIV prevention programs for Hispanic adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(4), 545-558.
- Pepping, C. A., Duvenage, M., Cronin, T. J., & Lyons, A. (2016). Adolescent mindfulness and psychopathology: The role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 99, 302-307.
- Peres M., (2008). *Habilidades Sociales en Adolescentes Institucionalizadas Para el Afrontamiento a su Entorno Inmediato (Tesis doctoral)* Universidad de Granada, España
- Pope, A.W., McHale, S.M. y Craighead, W.E. (1996). *Mejora de la autoestima: técnicas para niños y adolescentes*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca
- Raine, A. (2018). Antisocial personality as a neurodevelopmental disorder. *Annual review of clinical psychology*, 14, 259-289.
- Raschle, N. M., Fehlbaum, L. V., Menks, W. M., Martinelli, A., Prätzlich, M., Bernhard, A., ... & Stadler, C. (2019). Atypical Dorsolateral Prefrontal Activity in Female Adolescents With Conduct Disorder During Effortful Emotion Regulation. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 4(11), 984-994.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2014). *DBT skills manual for adolescents*. Guilford Publications.
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (2007). Enhancing a classroom social competence and problem-solving curriculum by offering parent training to families of moderate-to high-risk elementary school children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(4), 605-620.
- Robins, L. N. (1991). Conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 193-212.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of general psychiatry*, 38(4), 381-389.

- Rodríguez, A. G. (2013). Recursos residenciales para menores seriamente disruptivos: aportaciones técnicas a un debate social e institucional. *Papeles del psicólogo*, 34(1), 23-31.
- Royuela-Colomer, E. & Calvete, E. (2016) Mindfulness Facets and Depression in Adolescents: Rumination as a Mediator. *Mindfulness*, 7, 1092–1102. doi: 10.1007/s12671-016-0547-3
- Rydelius, P. A. (1988). The development of antisocial behaviour and sudden violent death. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(4), 398-403.
- Ryff C. D. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10–28.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it. Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57, 1069–1081.
- Sainero A, Bravo A, del Valle JF. (2014). Examining Needs and Referrals to Mental Health Services for Children in Residential Care in Spain: An Empirical Study in an Autonomous Community. *Emotion Behavior Disorders* 22(1):16-26.
- Say, G., & Batigun, A. D. (2016). The assessment of the relationship between problematic internet use and parent-adolescent relationship quality, loneliness, anger, and problem-solving skills. *Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 29(4), 324-334.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., & Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *Bmj*, 323(7306), 191.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131-138.
- Sheftall AH, Asti L, Horowitz LM, Felts A, Fontanel la CA, Campo JV, Bridge JA (2016). Suicide in elementary school-aged children and early adolescents. *Pediatrics* 138.
- Shereena, E. A., Gupta, R. K., Bennett, C. N., Sagar, K. J. V., & Rajeswaran, J. (2019). EEG Neurofeedback Training in Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cognitive and Behavioral Outcome Study. *Clinical EEG and Neuroscience*, 50(4), 242–255.

- Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana (2018). Centros de protección específicos de menores con problemas de conducta. Recuperado de: <http://www.elsindic.com/>
- Stagnaro JC (2012) “Nosografías psiquiátricas contemporáneas: descripción y perspectivas críticas”. En Epistemología y Psiquiatría. Relaciones Peligrosas, Emilio Vaschetto (Compil.). Buenos Aires: Polemos
- University of Bath. (2018, April 30). Brains of young people with severe behavioral problems are 'wired differently'. *ScienceDaily*.
- Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., ... & Fox, K. C. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on psychological science*, 13(1), 36-61.
- Viejo, C., Gómez-López, M., & Ortega-Ruiz, R. (2018). Adolescents' psychological well-being: A multidimensional measure. *International journal of environmental research and public health*, 15(10), 2325.
- Wells, K. C., & Forehand, R. (1985). Conduct and oppositional disorders. *Handbook of clinical behavior therapy with children*, 218-265.
- Zeller M, Yuval K, Nitzan-Assayag Y, Bernstein A. Self-compassion in recovery following potentially traumatic stress: Longitudinal study of at-risk youth. *Journal of Abnormal Child Psychiatry*. 2014:1–9.

ANEXOS**ANEXO 1: Cuestionarios****Cuestionario BASC (Kamphaus et al., 2014)**

Contesta a las siguientes cuestiones, marcando con una cruz la casilla de la V si es Verdadero o la de la F cuando sea Falso

1	A menudo tengo pesadillas.	V	F	39	Las otras personas están en mi contra.	V	F
2	Algunas cosas sin importancia me molestan mucho.	V	F	40	Mis compañeros son más felices que yo.	V	F
3	La mayor parte del tiempo estoy preocupado.	V	F	41	Me dejan al margen cuando hacen cosas.	V	F
4	Me cuesta mucho tomar decisiones.	V	F	42	Me parece que a los demás no les gusta como hago las cosas.	V	F
5	Me da miedo que un profesor me ponga en ridículo.	V	F	43	Me siento fuera de lugar cuando estoy con gente.	V	F
6	Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen bien.	V	F	44	Mis amigos se divierten más que yo.	V	F
7	Me preocupa con frecuencia que me pueda ocurrir algo malo.	V	F	45	Soy una persona solitaria.	V	F
8	Me preocupa lo que la gente piense de mí.	V	F	46	Pienso que sólo molesto a los demás.	V	F
9	Me preocupo cuando voy a la cama por la noche.	V	F	47	A nadie parece importarle lo que yo quiero.	V	F
10	Me preocupo por cosas que tienen poca importancia.	V	F	48	La gente espera demasiado de mí.	V	F
11	Me preocupo por lo que vaya a pasar.	V	F	49	La gente se enfada conmigo, aunque no haya hecho nada malo.	V	F
12	Me siento culpable de algunas cosas.	V	F	50	Me culpan de cosas que no puedo evitar.	V	F
13	Me siento herido fácilmente.	V	F	51	Me culpan de muchas cosas que yo no he hecho.	V	F
14	Tengo miedo de muchas cosas.	V	F	52	Mis padres controlan mi vida.	V	F
15	Suelo tener miedo a equivocarme.	V	F	53	Mis padres esperan demasiado de mí.	V	F
16	Desearía ser diferente.	V	F	54	Mis padres me echan la culpa de muchos de sus problemas.	V	F
17	Desearía ser otra persona.	V	F	55	Mis padres siempre están diciéndome lo que tengo que hacer.	V	F
18	Me disgusta mi apariencia.	V	F	56	No logro controlar lo que me pasa.	V	F
19	Me gusta mi aspecto.	V	F	57	No puedo con todas las responsabilidades que tengo en casa.	V	F
20	Me gusta ser como soy.	V	F	58	No puedo dejar de cometer errores.	V	F
21	No me gusta mi apariencia.	V	F	59	Mis esfuerzos no sirven para nada.	V	F
22	Tengo un aspecto agradable.	V	F	60	A los demás les gusta estar conmigo.	V	F
23	Creo que tengo buenas ideas.	V	F	61	A los demás chicos no les gusta estar conmigo.	V	F
24	Cuando me equivoco puedo cambiar las cosas para corregirlas.	V	F	62	La gente me encuentra agradable.	V	F
25	Me gusta tomar decisiones por mi mismo.	V	F	63	Le caigo bien a la gente porque soy fácil de tratar.	V	F

26	Mi profesor no me tiene que ayudar mucho.	V	F	64	Los demás me respetan.	V	F
27	Se me da bien enseñar a los demás como hacer las cosas.	V	F	65	Los otros chicos evitan estar conmigo.	V	F
28	Siempre hago mis deberes a tiempo.	V	F	66	Me gusta reunirme con los demás.	V	F
29	Soy capaz de tomar decisiones.	V	F	67	Me siento cercano a los demás.	V	F
30	Soy responsable.	V	F	68	Mis amigos normalmente son amables conmigo.	V	F
31	Soy un amigo verdadero.	V	F	69	Necesito ayuda para llevarme bien con los demás.	V	F
32	Soy una persona con la que se puede contar.	V	F	70	No le gusto a mis compañeros de clase.	V	F
33	Me da miedo decir lo que pienso.	V	F	71	No le gusto a nadie.	V	F
34	A veces me siento como si fuese invisible.	V	F	72	Puedo hacer nuevas amistades con facilidad.	V	F
35	A veces me siento solo aunque esté con otras personas.	V	F	73	Soy una persona agradable.	V	F
36	La gente actúa como si no me oyese.	V	F	74	Tardo mucho tiempo en hacer nuevos amigos.	V	F
37	La gente me dice cosas desagradables.	V	F	75	Cuando estoy con más gente me lo paso muy bien.	V	F
38	La gente siempre encuentra algo malo de mí.	V	F				

Cuestionario Breve de Bienestar psicológico en adolescentes (BSPWB/A)

(Viejo et al., 2018)

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas
2. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo
3. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad
4. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general
5. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que
6. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones
7. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar
8. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas
9. No he tenido muchas relaciones cercanas y de confianza
10. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí
11. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida
12. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí
13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría
14. Las tareas y obligaciones de mi vida diaria a menudo me deprimen
15. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida

16. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo
17. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que supongan un reto para mí
18. Creo que todo lo que vivimos son oportunidades para crecer y mejorar como persona
19. Creo que la vida es un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento
20. Cuando encuentro dificultades o no me siento feliz con algo de mi vida, intento buscar un modo de cambiarlo y seguir adelante

Escala de Regulación Emocional (DERS) (Gratz y Roemer, 2004)

<i>Table 2</i> Spanish version of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS)					
Por favor, indica cuántas veces te pasan las siguientes afirmaciones. Marca en cada frase el número correspondiente con una cruz, según la escala que aparece a continuación:					
1	2	3	4	5	
Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	1	2
				3	4
					5
1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...)[Clear about my feelings]					
2. Pongo atención a cómo me siento [Pay attention]					
3. Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control [Emotions overwhelming/out of control]					
4. No tengo ni idea de cómo me siento [No idea how feeling]					
5. Me cuesta entender mis sentimientos [Difficulty making sense]					
6. Estoy atento a mis sentimientos [Attentive to feelings]					
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo [Know how feeling]					
8. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo [Care about feeling]					
9. Estoy confuso sobre lo que siento [Confused about feelings]					
10. Cuando estoy molesto, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, si es decepción...)[Acknowledge emotions]					
11. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera [Become angry]					
12. Cuando estoy molesto, me da vergüenza sentirme de esa manera [Become embarrassed]					
13. Cuando estoy molesto, me cuesta terminar el trabajo [Difficulty getting work done]					
14. Cuando estoy molesto, pierdo el control [Become out of control]					
15. Cuando estoy molesto, creo que estaré así durante mucho tiempo [Remain upset]					
16. Cuando estoy molesto, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido [End up depressed]					
17. Cuando estoy molesto, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante [Feelings are valid and important]					
18. Cuando estoy molesto, me cuesta centrarme en otras cosas [Difficulty focusing]					
19. Cuando estoy molesto, me siento fuera de control [Feel out of control]					
20. Cuando estoy molesto, puedo conseguir hacer cosas igualmente [Still get things done]					
21. Cuando estoy molesto, me siento avergonzado de mí mismo por sentirme de esa manera [Feel ashamed]					
22. Cuando estoy molesto, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor [Can find a way to feel better]					
23. Cuando estoy molesto, me siento como si fuera una persona débil [Feel weak]					
24. Cuando estoy molesto, creo que puedo controlar mi comportamiento [Remain in control]					
25. Cuando estoy molesto, me siento culpable por sentirme de esta manera [Feel guilty]					
26. Cuando estoy molesto, me cuesta concentrarme [Difficulty concentrating]					
27. Cuando estoy molesto, me cuesta controlar mi comportamiento [Difficulty controlling]					
28. Cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor [Nothing I can do]					
29. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera [Become irritated]					
30. Cuando estoy molesto, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo [Feel bad about self]					
31. Cuando estoy molesto, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como si disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin) [Can only wallow]					
32. Cuando estoy molesto, pierdo el control sobre mi comportamiento [Lose control]					
33. Cuando estoy molesto, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa [Difficulty thinking about anything else]					
34. Cuando estoy molesto, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente [Take time to figure out feelings]					
35. Cuando estoy molesto, tardo mucho tiempo en sentirme mejor [Delayed recovery]					
36. Cuando estoy molesto, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos) [Emotions overwhelming]					

Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Gismero, 2000)

EHS

Nombre y apellidos	Edad	Sexo
Código	Fecha	

- A** No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
B Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
C Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.
D Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

ANTE SUS RESPUESTAS MARQUE LA LETRA DE LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE AJUSTE A SU MODO DE SER O QUE ACTUARÍA.
 COMPRUEBE QUE RODEA LA LETRA EN LA MISMA LÍNEA DE LA FRASE QUE HA LUEGO.

1	A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.	A B C D	1
2	Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.	A B C D	2
3	Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D	3
4	Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo.	A B C D	4
5	Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle «No».	A B C D	5
6	A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.	A B C D	6
7	Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.	A B C D	7
8	A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.	A B C D	8
9	Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.	A B C D	9
10	Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo.	A B C D	10
11	A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D	11
12	Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A B C D	12
13	Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B C D	13
14	Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B C D	14
15	Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A B C D	15
16	Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto.	A B C D	16
17	No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C D	17
18	Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	A B C D	18
19	Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	A B C D	19
20	Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D	20
21	Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A B C D	21
22	Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C D	22
23	Nunca sé cómo «cortar» a un amigo que habla mucho.	A B C D	23
24	Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	A B C D	24
25	Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberla olvidado, se lo recuerdo.	A B C D	25
26	Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C D	26
27	Soy incapaz de pedir a alguien una cita.	A B C D	27
28	Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.	A B C D	28
29	Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).	A B C D	29
30	Cuando alguien se me «cuela» en una fila, hago como si no me diera cuenta.	A B C D	30
31	Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.	A B C D	31
32	Muchas veces prefiero ceder, callarme o «quitarme de en medio» para evitar problemas con otras personas.	A B C D	32
33	Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D	33

TER Autora: Elena Gismero González.
 Copyright © 2000 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial.
 Edita: TEA Ediciones, S.A. (Madrid) - Ejemplar impreso en DOS TINTAS - Printed in Spain. Impreso en España.

**COMPRUEBE QUE HA DADO UNA CONTESTACIÓN
 A CADA UNA DE LAS FRASES**

ANEXO 2: Programación de las sesiones

*MATERIAL PROGRAMA
CONVIUREM*

MÓDULO I: PSICOEDUCACIÓN FOLLETO 1

El Trastorno de Conducta (TC), se define como un “patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que:

- no se respetan los derechos básicos de otros
- las normas o reglas sociales propias de la edad
- agresión a animales o personas
- destrucción de la propiedad
- engaño o robo
- incumplimiento grave de las normas.

Con inicio en la infancia (antes de los 10 años), de inicio en la adolescencia o no especificado.

Hay veces que puedo tener otros diagnósticos a la vez como Trastorno Negativista Desafiante, TDAH, Trastorno de la Personalidad Antisocial, etc. Otras personas no cumplen todos los criterios para “tener la etiqueta” pero si que tienen problemas de conducta similares a los mencionados anteriormente.

¿Por qué me pasa esto? (diagnóstico clínico)

Multifactorial: Componentes genéticos y ambientales

Los niños/as con padres o madres con trastorno de personalidad antisocial tiene más probabilidad de desarrollar un TC, heredabilidad del 50 %.

Los padres con trastorno de abuso de sustancias, y trastornos del estado de ánimo, como también familiares directos con TDAH o trastorno de conducta, más riesgo de TC. El estilo de crianza, la forma de vinculación entre padres/madres e hijos/as está asociada con la adversidad familiar, el estilo parental hostil, y la depresión de los padres y madres, predice la agresividad en la etapa escolar

Prevalencia

España 3-5% niños/as tienen TDAH y 2-16% TC, por lo tanto es un problema mucho más frecuente de lo que pensamos.

La evidencia sugiere que los problemas de conducta han de ser intervenidos de forma temprana y así reducir la probabilidad de ser adolescentes con conductas antisociales o crecer y ser adultos con un problema mayor.

Debate: En mi familia, ¿Cómo es la relación con mis padres? ¿Cómo me cuidaban cuando era pequeño/a? ¿Tienen ellos problemas de impulsividad o enfado?, ¿Hacen algo ilegal?

MÓDULO II:

MINDFULNESS FOLLETO 1

Mindfulness: Controlando tu mente

Tener el control de tu mente en lugar de dejar que tu mente te controle.



- 1. Plena conciencia (mente abierta):** Estar consciente del momento presente (p.ej., pensamientos, emociones, y sensaciones físicas) sin juicio y sin intentar cambiarlo.
- 2. Control atencional (mente enfocada):** Mantenerse enfocado en una cosa a la vez.

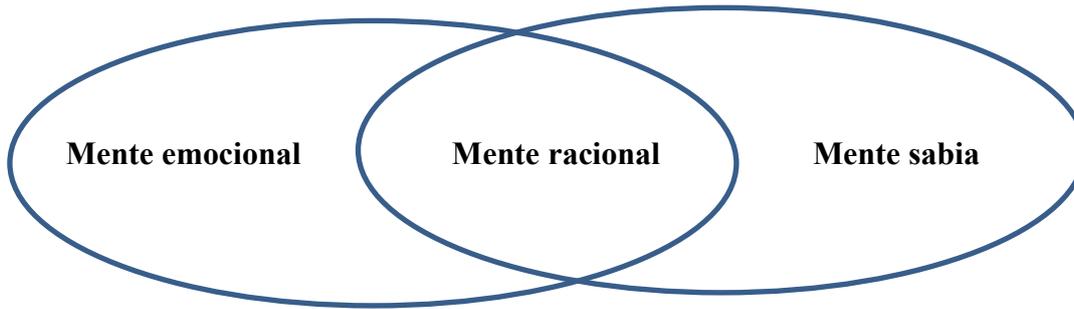
MINDFULNESS FOLLETO 2

Mindfulness: ¿Por qué molestarte?

Ser consciente de tus emociones puede...

1. Darte más opciones y más control sobre tu comportamiento. Te ayuda a reducir la velocidad y notar las emociones, pensamientos e impulsos (es decir, aumenta la autoconciencia), y te ayuda a elegir un comportamiento más cuidadosamente, en lugar de actuar impulsivamente y empeorar las situaciones.
2. Reducir el sufrimiento emocional y aumentar tu placer y sentido de bienestar.
3. Ayudarte a tomar decisiones importantes (y equilibrar decisiones demasiado emocionales o racionales).
4. Ayudarte a enfocar tu atención (es decir, tener el control de tu mente en lugar de dejar que tu mente te controle) y, por lo tanto, te haga más efectivo y productivo.
5. Aumentar la compasión por uno mismo y los demás.
6. Disminuir tu dolor, tensión y estrés, y a su vez puede incluso mejorar tu salud.

Practica, practica, practica

MINDFULNESS FOLLETO 3**Tres estados de ánimo**

La Mente emocional es "ardiente", gobernada por tus sentimientos e impulsos.

Cuando estoy en la mente emocional, tiendo a:

La mente Racional es "genial", regida por el pensamiento, los hechos y la lógica.

Cuando soy una mente racional, tiendo a:

La Mente Sabia incluye tanto la razón como la emoción; Es la sabiduría dentro de cada persona y el estado de ánimo para evitar actuar impulsivamente y cuando necesita tomar una decisión importante (La mente sabia nos ayuda a pensar con mayor claridad en presencia de emociones fuertes).

Cuando estoy en mente sabia, tiendo a:

MINDFULNESS FOLLETO 4
Mindfulness “Habilidades QUÉ”

Observa

- Ver sin palabras. Solo note la experiencia en el momento presente.
- Observa tanto dentro como fuera de ti mismo, usando tus cinco sentidos.
- Observe sus pensamientos y sentimientos ir y venir, como si estuvieran en una cinta transportadora.
- Ten una "mente de teflón", permitiendo que las experiencias entren en tu mente y se escapen (no te aferres).

Describe

Ponle palabras a tu experiencia

Describe solo lo que observas, sin interpretar o juzgar. ¡Fíjate los hechos!

Participa

Colócate a ti mismo en el momento presente

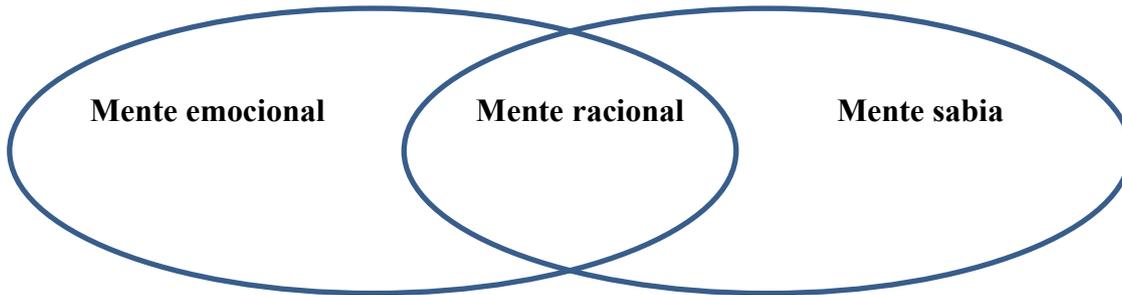
Conviértete uno con todo lo que hagas, entra en el juego

Experimenta el momento al completo

Experimenta también las emociones negativas para ayudar a tu Mente Sabia a tomar una decisión sobre qué hacer (lo aprenderemos mejor en el Módulo 5)

MINDFULNESS FOLLETO 5**Tarea para casa: Observarte a ti mismo en cada estado mental**

Fecha:

**Mente emocional**

Un ejemplo de mente emocional esta semana fue (describe tus emociones, pensamientos, comportamientos):

Mente Racional

Un ejemplo de Mente Racional esta semana fue (describe tus emociones, pensamientos, comportamientos):

Mente sabia

Un ejemplo de Mente Sabia esta semana fue (describe tus emociones, pensamientos, comportamientos):

MINDFULNESS FOLLETO 6

Autocompasión

Práctica I: Técnica del abrazo a uno mismo:

Una manera sencilla de calmarte y consolarte a ti mismo cuando te sientes mal consiste en darte un abrazo cariñoso. Nuestra piel es un órgano increíblemente sensible.

Si hay otras personas contigo puedes rodearte el cuerpo con los brazos de manera discreta y darte un apretón suave y reconfortante. Observa cómo sientes tu cuerpo después de recibir el abrazo. ¿Lo sientes más cálido, más tranquilo?

Práctica II: Cambiar el monólogo de tu crítico interior

Siempre que te sientas mal por algo, piensa en lo que acabas de decirte a ti mismo.

1) Intenta ser preciso y repasar lo que te dices. ¿Qué palabras utilizas cuando eres autocrítico? ¿Tienes unas frases que acuden a ti una y otra vez? ¿Qué tono de voz empleas: duro, frío, enfadado? ¿La voz te recuerda a alguien que en el pasado ha sido crítico contigo?

2) Realiza un esfuerzo consciente por suavizar la voz autocrítica, pero hazlo con compasión y no con sentido crítico (por ejemplo, ¡no le digas algo del estilo "Eres una puta", si no "Sé que intentas mantenerme a salvo y hacerme ver en qué necesito mejorar, pero tus críticas tan duras no me ayudan"

3) Con amabilidad, de manera amistosa y positiva, vuelve a formular las observaciones realizadas por tu crítico interior. Si no encuentras las palabras adecuadas, prueba a imaginar qué te diría un amigo muy compasivo en esa situación.

MÓDULO III:

REGULACIÓN EMOCIONAL FOLLETO 1

Objetivos del entrenamiento en habilidades de regulación emocional

I. Comprende las emociones que experimentas.

Identificar (observar y describir/nombrar) emociones.

Saber qué hacen las emociones por ti (¿están trabajando tus emociones a favor o en contra tuya en este momento?).

II. Reduce la vulnerabilidad emocional y evita que las emociones no deseadas comiencen en primer lugar.

Aumenta las emociones positivas.

Disminuye la vulnerabilidad a la Mente Emocional.

III. Disminuye la frecuencia de las emociones no deseadas.

IV. Disminuir el sufrimiento emocional; detener o reducir las emociones no deseadas una vez que comiencen.

Deja ir las emociones dolorosas usando mindfulness.

Cambia las emociones a través de la acción opuesta.

REGULACIÓN EMOCIONAL FOLLETO 2

Lista corta de emociones

Amor Alegría Generosidad Gozo Afecto Júbilo Compasión Esperanza Libertad Logro Justicia
Agradecimiento Aceptación Acompañamiento Bondad Admiración Apreciación Necesidad
Tristeza Melancolía Abandono Aburrimiento Miedo Abuso Ausencia Desmotivación Asustado
Amargura Angustia Agresión Agobio Ansiedad Asco Vacilación Valentía Fastidio Venganza
vergüenza Vacío Benevolencia Amabilidad Alivio Orgullo Empatía Integridad orgullo interés
calma irritable deprimido enfado

Otros nombres para las emociones que frecuentemente tengo:

REGULACIÓN EMOCIONAL FOLLETO 3

¿De qué sirven las emociones?

Las emociones nos dan información.

. Las emociones nos dan una señal de que algo está sucediendo (por ejemplo, "Me siento nervioso de pie solo en este callejón oscuro").

Las emociones se comunican e influyen en los demás.

. Las expresiones faciales, la postura corporal y el tono de voz dicen mucho sobre cómo te sientes. Comunican emociones a los demás (por ejemplo, su cara triste puede hacer que alguien le pregunte si está bien y le brinde apoyo).

Las emociones nos motivan y nos preparan para la acción.

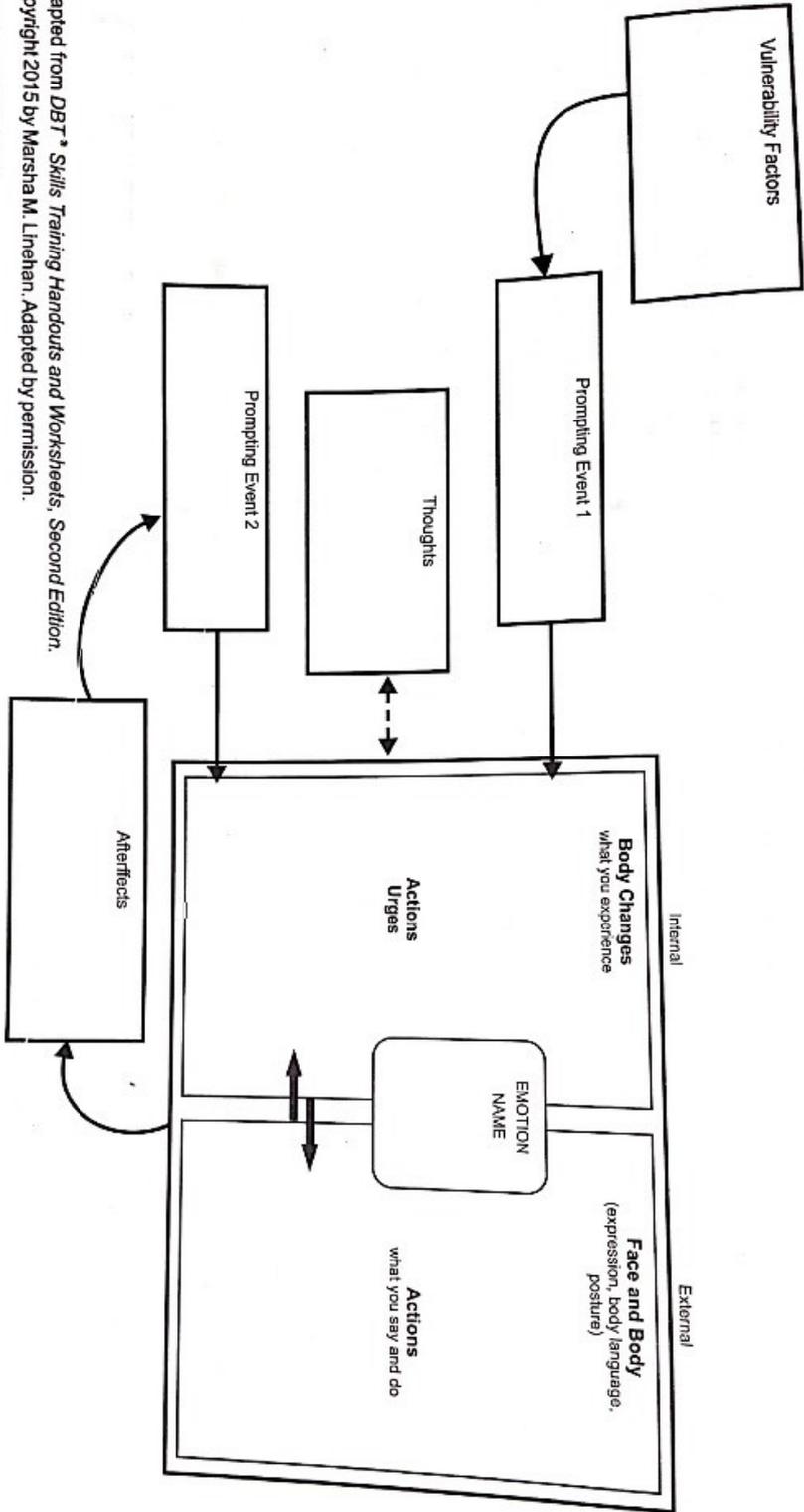
. El impulso de acción conectado a emociones específicas a menudo está "conectado". Por ejemplo, cuando de repente escuchamos un fuerte pitido, nos sobresaltamos.

. Las emociones fuertes pueden ayudarnos a superar los obstáculos, en nuestra mente y en el medio ambiente.

REGULACIÓN DE EMOCIONES FOLLETO 4

Modelo de las Emociones

A Model of Emotions



Adapted from DBT® Skills Training Handouts and Worksheets, Second Edition. Copyright 2015 by Marsha M. Linehan. Adapted by permission.

From DBT® Skills Manual for Adolescents, by Jill H. Rathus and Alec L. Miller. Copyright 2015 Guilford Press. Permission to photocopy this handout is granted to purchasers of this book for personal use only (see copyright page for details). Purchasers can download and print additional copies of this and out from www.guilford.com/rathus-forms.

REGULACIÓN EMOCIONAL FOLLETO 5

Aumento de actividades agradables

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| 1. Soaking in the bathtub | 16. Taking care of your pets | 32. Going out to dinner |
| 2. Thinking about how it will be when school ends | 17. Going swimming | 33. Baking |
| 3. Going out with friends | 18. Writing | 34. Planning a party for someone |
| 4. Relaxing | 19. Drawing or doodling | 35. Buying clothes |
| 5. Going to a movie | 20. Playing sports (list:) | 36. Getting a haircut or styling your hair |
| 6. Going running | 21. Going to a party | 37. Enjoying a cup of hot chocolate, coffee, or tea |
| 7. Listening to music | 22. Talking with friends | 38. Kissing |
| 8. Lying in the sun (with sunscreen) | 23. Working out | 39. Going to hear live music |
| 9. Reading | 24. Singing | 40. Getting a manicure or pedicure |
| 10. Saving money | 25. Going ice skating | 41. Spending some time with little kids |
| 11. Planning the future | 26. Going to a beach | 42. Going for a bike ride |
| 12. Dancing | 27. Playing a musical instrument | 43. Going sledding in a snowstorm |
| 13. Fixing or cleaning things around the house | 28. Traveling | 44. Getting a massage |
| 14. Having a quiet night | 29. Making a gift for someone | |
| 15. Cooking good food | 30. Downloading music or new apps | |
| | 31. Watching sports on TV | |

Nota: Original de DBT Skills Manual for Adolescents (Rathus & Miller, 20014)

Anota aquí otras actividades agradables que te gustaría hacer solo/a y/o acompañado/a (amigos, familia, pareja, etc.):

REGULACIÓN DE EMOCIONES FOLLETO 6

Habilidad del Cuidado Físico

Tratar enfermedad física: Cuida tu cuerpo. Consulte a un médico cuando sea necesario. Tome los medicamentos según lo prescrito.

Comida saludable: No comas demasiado o muy poco. Manténgase alejado de los alimentos que hacen que te sientas mal.

Evite las drogas: Manténgase alejado de las drogas, como la marihuana, otras drogas ilegales y el alcohol.

Higiene del sueño: Trate de dormir lo suficiente para sentirse descansado. Mantenga un horario regular para desarrollar buenos hábitos de sueño.

Hacer ejercicio: Haga algún tipo de ejercicio todos los días, como caminar. ¡Comienza por algo pequeño!

REGULACIÓN EMOCIONAL FOLLETO 7

Ejercicio práctico:

Rétate a ti mismo, planifica con antelación las situaciones amenazantes y la habilidad del cuidado físico

Fecha: _____

Rétate a ti mismo

Enumera dos formas en las que te retaste a ti mismo esta semana.

1. _____

2. _____

Planifica con antelación las situaciones amenazantes

Describe su plan para manejar efectivamente una situación amenazante futura. Incluye las habilidades que usarás.

Marque dos habilidades de cuidado físico para practicar durante la semana:

_____ Tratar la enfermedad física

_____ Comida saludable

_____ Evitar las drogas

_____ Higiene del sueño

_____ Hacer ejercicio

Describe específicamente lo que hiciste para practicar tus habilidades de cuidado físico:

¿Notaste una diferencia en tu estado de ánimo?

REGULACIÓN EMOCIONAL FOLLETO 8

Actuar en dirección opuesta al Impulso

Actuar en dirección opuesta. Utilizar la acción opuesta cuando tus emociones no encajan con los hechos o cuando actuar con base a tus emociones no es eficaz

Cada emoción tiene un impulso a la acción		
Cambie la emoción actuando de forma opuesta a su impulso a la acción		
Considera estos ejemplos:		
<u>Emoción</u>	<u>Impulso a la acción</u>	<u>Dirección opuesta</u>
Temor	Huir/Evitar	Acercarse/No evitarlo
Ira	Atacar	Evitarlo con educación/Ser algo cortés
Tristeza	Aislarse/Retirarse	Buscar compañía/Estar activo
Vergüenza	Escondarse/Evitarlo	Exponerse/Relajarse

REGULACIÓN EMOCIONAL FOLLETO 9**Ejercicio práctico: Acción opuesta al Impulso****Fecha:**

Pregúntate a ti mismo las siguientes preguntas como Guía para la acción opuesta al Impulso

OBSERVA Y DESCRIBE LA EMOCIÓN

¿Cuál es la emoción actual que quieres cambiar?

¿Cuál es el Impulso a la acción?

Actúa de forma opuesta en todo momento

¿Cómo te sentiste actuando de la forma opuesta a tu emoción?

MÓDULO IV: HABILIDADES SOCIALES FOLLETO 1

Ejercicio de práctica: por parejas (Rol- Playing)

Aprenderemos a:

- Iniciar, mantener y finalizar conversaciones (Caso 1)
- Expresar opiniones y defender los propios derechos (Caso 2)
- Disculparse o admitir ignorancia (Caso 3)
- Hacer cumplidos y aceptarlos (Caso 4)
- Hacer peticiones y rechazarlas (Caso 5 y 6)
- Expresar disgusto justificado y aceptar quejas o críticas de los demás (Caso 7)

Caso 1: Estamos en la cola de la discoteca y tenemos delante a un/a chico/a que nos suena, queremos decirle algo ya que estamos seguros de que lo conocemos, pero no sabemos de qué

Caso 2: Estamos esperando a subir al ascensor y una persona mayor se nos cuela

Caso 3: Nos damos cuenta de que hemos metido la pata, hemos contado un secreto que nos dijeron que no se podía saber y ahora se ha montado una disputa.

Caso 4: Una chica de nuestro edificio nos dice que le encanta la mochila que llevamos, le queremos decir que también nos gusta la suya

Caso 5: Le quiero proponer a mi padre que me acompañe al partido de fútbol, pero sé que me va a decir que no tiene tiempo

Caso 6: Un amigo me va a pedir que vaya con él a casa de unos amigos suyos, pero no me apetece porque no me gustan

Caso 7: Vamos a comprarnos merienda al supermercado y nos damos cuenta que nos han devuelto menos dineros del que toca (Expresar una queja)

MÓDULO V:
GESTIÓN DE CONFLICTOS FOLLETO 1

Resolución de Problemas

Pasos para resolver un conflicto:

1. Darse cuenta de que hay un problema (necesario saber identificar emociones)
2. Pararse y pensar. Decidir cuál es el problema
3. Decidir un objetivo (lo que quieres que ocurra)
4. Pensar en soluciones posibles
5. Pensar en consecuencias de cada solución
6. Escoger la mejor solución
7. Plan paso a paso

Práctica - Role Playing

Práctica con situaciones comunes impersonales, sobre estas, pensar en soluciones posibles, consecuencias de cada solución, escoger la mejor solución y planificarlo paso a paso:

Caso 1: Tus padres no te dejan llevar ropa más moderna como llevan tus amigos

Caso 2: Un amigo ha estado raro últimamente. No quiere hacer nada de lo que le propones y está solo en su habitación

Caso 3: Un grupo de clase se unen para formar un equipo. A ti te gustaría unirte, pero no te lo piden. Esto te molesta porque quieres unirte al equipo

Caso 4: Estas en clase, el profesor te pide qué contestes, contestas y te equivocas. Unos/as chicos/as se ríen de ti. te molesta y no quieres que se vuelva a reír

Situaciones personales y actuales que afecten a cada uno. Resolución de conflictos en grupo (igual que en Práctica I y II)

MANTENIMIENTO DE LOGROS

Revisión del programa y del progreso de forma individual y en grupo.
Programación de cómo mantener los logros conseguidos y afrontar situaciones difíciles en el futuro

Discusión en forma de debate y tareas para casa (escrito en el Diario de *Conviurem*)

¿Por qué vine a este programa? ¿Cómo era yo en casa y en el instituto?

¿Qué pensé el primer día de programa?

¿Qué es lo que más me ha ayudado?

¿En qué aspecto noto que he mejorado?

¿Cómo me siento ahora?

ANEXO 3: Materiales para las sesiones

PROGRAMACIÓN DE LAS SESIONES
CON(VIUREM)

SESIÓN 1: PSICOEDUCACIÓN

MÓDULO 1

DURACIÓN

1.5h

MATERIAL

Folleto Psicoeducación1

OBJETIVOS

Presentar al grupo, establecer el rapport y psicoeducación.

TAREAS PARA CASA

Repasar la información dada en la sesión, participar en grupo de Whatsapp.

CONTENIDO DE LAS TÉCNICAS

Dinámicas grupales de presentación del grupo (ej. La cesta de Frutas, más info en: http://servicios.aragon.es/redo_docs/guias_01/docs/dinamica_de_grupo.pdf)

Psicoeducación sobre los problemas de conducta,

Etiología de los problemas de conducta,

Consecuencias de los problemas de conducta,

Prevalencia de los problemas de conducta,

Comorbilidades

(Ver Material Programa Conviurem)

SESIÓN 2: MINDFULNESS

MÓDULO 2

DURACIÓN

1.5h

MATERIAL

Folleto Mindfulness 1,2, 3 y 4

OBJETIVOS

Aprender la actitud Mindfulness, empezar a practicarlo en sesión

Práctica: Mente Sabia, Observar y Describir (hielo, pasa, body Scan)

TAREAS PARA CASA

Practicar los ejercicios aprendidos en sesión y escribir sensaciones (Diario)

Folleto Mindfulness 5

CONTENIDO DE LAS TÉCNICAS

Utilidad de la actitud Mindfulness (Folleto 1 y 2)

Estados de la Mente: Racional, Sabia, Emocional (Mindfulness Folleto 3)

Practicar ejemplos de cada tipo de "mente"

Habilidades Qué y Cómo del mindfulness (Mindfulness Folleto 4)

Práctica del cubito de hielo y de la pasa

Práctica Body Scan

Haremos un barrido atencional sobre cada parte de nuestro cuerpo, empezando por: pies, subiendo por el tobillo, luego las piernas y glúteos. Luego cintura, espalda, vientre, brazos, hombros, vientre, cara y cabeza.

Audio: <https://www.masterenmindfulness.com/audios-de-mindfulness/>

(Ver Material Programa Conviurem)

SESIÓN 3: AUTOCOMPASIÓN

MÓDULO 2

DURACIÓN

1.5h

MATERIAL

Folleto Mindfulness 6

OBJETIVOS

Aprender la actitud Autocompasiva, empezar a practicarla en sesión
Práctica: Técnica del abrazo a uno mismo, cambiar monólogo de tu crítico interior

TAREAS PARA CASA

Practicar los ejercicios aprendidos en sesión (Abrazo a uno mismo, crítico interior) y escribir sensaciones (Diario)

CONTENIDO DE LAS TÉCNICAS

Práctica I: Técnica del abrazo a uno mismo:

Una manera sencilla de calmarte y consolarte a ti mismo cuando te sientes mal consiste en darte un abrazo cariñoso. Nuestra piel es un órgano increíblemente sensible.

Si hay otras personas contigo puedes rodearte el cuerpo con los brazos de manera discreta y darte un apretón suave y reconfortante. Observa cómo sientes tu cuerpo después de recibir el abrazo. ¿Lo sientes más cálido, más tranquilo?

Práctica II: Cambiar el monólogo de tu crítico interior

Siempre que te sientas mal por algo, piensa en lo que acabas de decirte a ti mismo.

1) Intenta ser preciso y repasar lo que te dices. ¿Qué palabras utilizas cuando eres autocrítico? ¿Tienes unas frases que acuden a ti una y otra vez? ¿Qué tono de voz empleas: duro, frío, enfadado? ¿La voz te recuerda a alguien que en el pasado ha sido crítico contigo?

2) Realiza un esfuerzo consciente por suavizar la voz autocrítica, pero hazlo con compasión y no con sentido crítico (por ejemplo, ¡no le digas algo del estilo "Eres una puta", si no "Sé que intentas mantenerme a salvo y hacerme ver en qué necesito mejorar, pero tus críticas tan duras no me ayudan"

3) Con amabilidad, de manera amistosa y positiva, vuelve a formular las observaciones realizadas por tu crítico interior. Si no encuentras las palabras adecuadas, prueba a imaginar qué te diría un amigo muy compasivo en esa situación.

(Ver Material Programa Conviurem)

SESIÓN 4: REGULACIÓN EMOCIONAL

MÓDULO 3: REGULACIÓN EMOCIONAL
(BASADO EN EL PROGRAMA DE RATHUS Y MILLER, 2014)

DURACIÓN

1,5h

MATERIAL

Folleto RE 1,2,3,4

OBJETIVOS

Psicoeducar en las emociones y aprender e implementar estrategias de RE

TAREAS PARA CASA

Practicar ejercicios aprendidos en sesión y escribirlos (Diario)

CONTENIDO DE LAS TÉCNICAS

Psicoeducación sobre el entrenamiento en RE (Folleto RE 1 y 2)

Aprender la función de las emociones (Folleto RE 3)

Aprender el modelo de las emociones (Folleto RE 4)

(Ver Material Programa Conviurem)

SESIÓN 5: ACTIVIDADES AGRADABLES

MÓDULO 3: REGULACIÓN EMOCIONAL

DURACIÓN

1,5h

MATERIAL

Folleto RE 5

OBJETIVOS

Aumentar las actividades agradables, mejorar la interacción con la familia y enfocarse en valores y metas propias.

TAREAS PARA CASA

Practicar ejercicios aprendidos en sesión y escribirlos (Diario)

CONTENIDO DE LAS TÉCNICAS

Ser consciente de las actividades agradables y tener actitud Mindfulness

Organizarnos para hacer involucrar las actividades agradables en las actividades de la vida diaria (AVD) (Folleto RE 5)

intentar involucrar a la familia en estas actividades agradables

Analizar valores y prioridades (mente sabia)

Analizar las relaciones que tenemos

(Ver Material Programa Conviurem)

SESIÓN 6: RÉTATE A TI MISMO

MÓDULO 3: REGULACIÓN EMOCIONAL

DURACIÓN

1,5h

MATERIAL

Folleto RE 6

OBJETIVOS

Mejorar la capacidad de superación, diseñar estrategias para superar las amenazas, atender la mente cuidando el cuerpo

TAREAS PARA CASA

Practicar ejercicios aprendidos en sesión y escribirlos (Diario)

Folleto RE 7

CONTENIDO DE LAS TÉCNICAS

Mejorar la capacidad de superación haciendo tareas complejas en las que se pueda llegar a la meta

Diseñar estrategias para superar las amenazas que puedas aparecer

Habilidades del cuidado físico. Atender la mente cuidando el cuerpo (enfermedades, alimentación, sueño, drogas) (Folleto RE 6)

(Ver Material Programa Conviurem)

SESIÓN 7: ACCIÓN OPUESTA

MÓDULO 3: REGULACIÓN EMOCIONAL

DURACIÓN

1,5h

MATERIAL

Folleto RE 8

OBJETIVOS

Actuar en dirección opuesta a la emoción cuando tus emociones no encajan con los hechos o cuando actuar con base en tus emociones no es eficaz

TAREAS PARA CASA

Practicar ejercicios aprendidos en sesión y escribirlos (Diario)

Folleto RE 9

CONTENIDO DE LAS TÉCNICAS

Utilizar la acción opuesta cuando tus emociones no encajan con los hechos o cuando actuar con base en tus emociones no es eficaz

Pasos:

1. Identifica el nombre de la emoción que se quiere cambiar
2. Comprueba los hechos para ver si tu emoción está justificada (intensidad y duración de la emoción)
3. Identifica y describe tus impulsos a la acción
4. Pregunta "¿La actuación o expresión es eficaz en esta situación?"
si no es eficaz:
 5. Identifica acciones opuestas
 6. Actúa de forma opuesta a tus impulsos
 7. Continua actuando de esta manera hasta que cambie la emoción

Práctica Acción opuesta con ejemplos reales de los participantes siguiendo el material (Folleto RE 8)

(Ver Material Programa Conviurem)

SESIÓN 8: COMUNICACIÓN I

MÓDULO 4: HABILIDADES SOCIALES

DURACIÓN

1,5h

MATERIAL

Folleto HHSS 1

OBJETIVOS

Mejorar en la comunicación aprendiendo técnicas básicas de comunicación asertiva

TAREAS PARA CASA

Practicar ejercicios aprendidos y grabar al menos 1 vídeo practicando una de las situaciones de Sesión 8

CONTENIDO DE LAS TÉCNICAS

Rol- Playing como técnica base para el entrenamiento, se utilizará el aprendizaje mediante el modelado de una figura de referencia en el grupo (terapeuta), la retroalimentación en audio o vídeo para observar uno mismo la conducta verbal como la no verbal. Feedback junto con refuerzo positivo para mejorar la ejecución y autorefuero

Práctica (Casos en Material Programa *Conviurem*):

- Iniciar, mantener y finalizar conversaciones
- Expresar opiniones y defender los propios derechos
- Disculparse o admitir ignorancia

(Ver Material Programa *Conviurem*)

SESIÓN 9: COMUNICACIÓN II

MÓDULO 4

DURACIÓN

1,5h

MATERIAL

Folleto HHSS

OBJETIVOS

Mejorar en la comunicación aprendiendo técnicas básicas de comunicación asertiva

TAREAS PARA CASA

Practicar ejercicios aprendidos y grabar al menos 1 vídeo practicando una de las situaciones de Sesión 9

CONTENIDO DE LAS TÉCNICAS

Rol- Playing como técnica base para el entrenamiento, se utilizará el aprendizaje mediante el modelado de una figura de referencia en el grupo (terapeuta), la retroalimentación en audio o vídeo para observar uno mismo la conducta verbal como la no verbal. Feedback junto con refuerzo positivo para mejorar la ejecución y autorefuerzo

Práctica (Casos en Material Programa Conviurem):

- Hacer cumplidos y aceptarlos
- Hacer peticiones y rechazarlas
- Expresar disgusto justificado y aceptar quejas o críticas de los demás

SESIÓN 10: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

MÓDULO 5: GESTIÓN DE CONFLICTOS
(BASADO EN EL PROGRAMA DE POPE Y MCHALE, 1996)

DURACIÓN

1,5h

MATERIAL

Folleto Gestión de Conflictos

OBJETIVOS

Aprender a resolver un conflicto paso a paso, evaluando las consecuencias de los actos

TAREAS PARA CASA

Practicar ejercicios aprendidos en sesión y escribirlos en el móvil (Diario) y preparar situaciones personales para semana próxima

CONTENIDO DE LAS TÉCNICAS

Pasos para resolver un conflicto:

1. Darse cuenta de que hay un problema
2. (necesario saber identificar emociones)
3. Pararse y pensar. Decidir cuál es el
4. problema
5. Decidir un objetivo (lo que quieres
6. que ocurra)
7. Pensar en soluciones posibles
8. Pensar en consecuencias de cada solución
9. Escoger la mejor solución
10. Plan paso a paso

PRÁCTICA - ROLE PLAYING

Práctica con situaciones comunes impersonales y problemas actuales de cada participante (Casos en Material Programa *Conviurem*)