



FACULTADE DE PSICOLOXÍA

**Traballo de Fin de
Máster**

**Factores de risco
familiares para as
conductas autolesivas
non suicidas en
adolescentes.**

**Modalidade 1: Revisión
sistemática e proposta**

Autora do TFM | Ana Muíño Raña

**Máster Universitario en Psicoloxía Xeral Sanitaria
Ano 2023**

Traballo de Fin de Máster presentado na Facultade de Psicoloxía da Universidade de Santiago de Compostela para a obtención do Máster Universitario en Psicoloxía Xeral Sanitaria

Índice

Resumo	5
Abstract.....	7
1. Introducción.....	9
1.1. Conductas autolesivas: definición, epidemioloxía e funcións	9
1.2. Factores de risco: o papel das variables familiares	11
1.3. Obxectivos	13
2. Método	15
3. Resultados.....	19
3.1. Características das mostras	19
3.1.1. Número de participantes	19

3.1.2. Xénero dos participantes	20
3.1.3. Idade dos participantes.....	20
3.1.4. Tipo de poboación.....	21
3.1.5. País de procedencia	22
3.2. Tipo de deseño	22
3.3. Métodos de avaliación das NSSI.....	22
3.4. Variables analizadas e a súa relación coas NSSI	23
3.4.1. Variable sociodemográficas	23
3.4.2. Psicopatoloxía e personalidade dos pais.....	25
3.4.3. Crianza.....	26
3.4.4. Relación pais-fillos.....	27
3.4.5. Eventos vitais familiares negativos	28
3.4.6. Outras variables	29
4. Discusión.....	31
Limitacións e directrices futuras.....	40
5. Proposta intervención	45
5.1. Xustificación	45
5.2. Acceso e características do programa	47
5.2.1. Cribado e acceso ao programa.....	47
Citación nos servizos de orientación.....	47
Citación en terapia familiar.....	48
5.2.2. Espazo de traballo	49
5.2.3. Terapeutas	50
5.3. Contido e estrutura	50
5.3.1. Obxectivos.....	50

5.3.2. Estrutura.....	50
5.3.3. Recomendacións xerais.....	52
5.3.4. Primeiro achegamento polo servizo de orientación	52
5.3.5. Intervención familiar	54
Sesión iniciais	55
Sesións intermedias.....	57
Sesións finais	58
5.3.6. Protocolo especial.....	58
5.3.7. Derivación	59
5.3.8. Seguimentos.....	59
5.4. Avaliación	60
5.4.1. Avaliación das autolesións	60
5.4.2. Avaliación familiar	61
6. Conclusións	65
7. Referencias bibliográficas	67
Índice de táboas	79
Índice de figuras	81
Anexos	83

Resumo

As autolesións non suicidas (NSSI polas súas siglas en inglés) son unha problemática con elevada prevalencia en adolescentes. Relacionáronse cunha variedade de factores de risco, entre os que parecen identificarse variables familiares. A importancia destas non é un fenómeno exclusivo das NSSI, senón que existe evidencia da súa influencia en distintos aspectos da saúde mental. Neste sentido, o obxectivo deste traballo foi responder as seguintes preguntas: existen factores familiares que aumentan o risco das NSSI en adolescentes? E de ser así, cales?

Para elo levouse a cabo unha revisión bibliográfica sistemática dos artigos publicados nos últimos dez anos que avaliaban variables familiares como factores de risco para NSSI en adolescentes. De dita busca seleccionáronse 22 artigos que conforman esta revisión. Estes agrupáronse en función das características das mostras empregadas, tipo de deseño, método de avaliación das NSSI, e variables analizadas. Atopouse que existen factores familiares que actúan como factores de risco de NSSI en adolescente. Concretamente, o funcionamento familiar en xeral, as prácticas de crianza, a presenza de eventos vitais familiares negativos e a relación pais-fillos. Finalmente, recóllese unha proposta de intervención familiar, aplicable en adolescentes que presentan NSSI relacionadas con factores de risco familiares.

Palabras chave: autolesión, autolesión non suicida, factores de risco familiares, intervención familiar.

Número de palabras do traballo: 19.421

Abstract

Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) is a problem with a high prevalence in adolescents. They have been related to a variety of risk factors, among which family variables seem to be identified. The importance of these is not an exclusive phenomenon of NSSI. There is evidence of their influence on different aspects of mental health. Therefore, the aim of this study was to answer the following questions: Are there family factors that increase the risk of NSSI in adolescents? And if so, which ones?

For this purpose, a systematic review of articles published in the last ten years evaluating family variables as risk factors for NSSI in adolescents was carried out. From this search 22 articles were selected. These make up this review and were grouped according to the characteristics of the samples used, type of design, method of assessment of NSSI, and variables analysed. It was found that there are family factors that act as risk factors for NSSI in adolescents. Specifically, family functioning in general, parenting practices, the presence of negative family life events and the parent-child relationship. Finally, it is presented a family intervention proposal, which can be applied to adolescents that report NSSI related to family risk factors.

Keywords: self-injury, non-suicidal self-injury, NSSI, family risk factors, family intervention.

1. Introducción

1.1. Conductas autolesivas: definición, epidemioloxía e funcións

A **autolesión non suicida** (NSSI, polas súas en inglés *Non-Suicidal Self-Injury*) refírese ao comportamento socialmente non aceptado que implica destrución intencional do propio tecido corporal sen unha intención suicida consciente (Nock, 2009). Entre os **métodos** de autolesións atópanse cortarse, queimarse, golpearse, rascarse, morderse ou pellizcarse (Cipriano et al., 2017; Lloyd-Richardson et al., 2007).

Parece que as NSSI son unha conducta que cumpre unha variedade de **funcións**, tanto interpersoais como intrapersoais que non son mutuamente excluíntes. Na maioría dos casos, a función das NSSI semella ser aliviar as emocións negativas. Así mesmo, influír nos comportamentos dos demais, comunicarse, chamar a atención, castigarse a si mesmo ou escapar dunha situación ou responsabilidade parecen ser outras das funcións citadas (Klosnky, 2011; Lloyd-Richardson et al., 2007; Nock et al., 2009; Taylor et al., 2018).

A **prevalencia** das autolesións resulta difícil de determinar, xa que soe ser un comportamento secreto e oculto (Santos, 2011). A isto engádese a falta de métodos de avaliación consensuados (Muehlenkamp et al., 2012; Swanell et al., 2014). Non obstante, é indiscutible que as NSSI son un fenómeno moi frecuente na adolescencia, que parece iniciarse entre os 12 e 14 anos (Cipriano et al., 2017; Muehlenkamp et al., 2012). Neste sentido, a prevalencia media internacional en adolescentes comunitarios parece oscilar entre o 15% e o 25% (Swanell et al.,

2014; Xiao et al., 2022). Se se avalían as NSSI en mostras clínicas a prevalencia aumenta ata un 60% (Kaess et al., 2013). A todo isto débese engadir que semella que as autolesións adquiriron unha importancia maior recentemente, pois as taxas de prevalencia de NSSI aumentaron tras a pandemia da COVID-19 (Zetterqvist et al., 2021). Por outra banda, a prevalencia parece reducirse ao aumentar a idade e pasar á adolescencia tardía/adulthood temperá e sobre todo, posteriormente na idade adulta (Brown e Plener, 2017; Cipriano et al., 2017; Plener et al., 2015; Swannell et al., 2014).

No que respecta a **España**, atopouse pouca bibliografía que estudase a prevalencia das NSSI no noso país. Non obstante, Calvete et al. (2015), encontraron que un 32,2% de adolescentes españois empregaran NSSI severas no último ano. Día de Neira et al. (2015), por outra banda, atoparon que un 21,7% dos adolescentes informaban de NSSI polo menos unha vez na vida. Sería esta, unha media elevada a nivel comparativo coa media internacional.

As NSSI asóciase a unha ampla heteroxeneidade de **problemas psicolóxicos**: tal e como recolle a revisión levada a cabo por Cipriano et al. (2017), así como outros traballos (Hintikka et al., 2009; Nock et al., 2006; Wilkinson et al., 2018). Concretamente, parecen asociarse con diferentes trastornos tanto internalizantes coma externalizantes, entre os que destacan os trastornos do estado de ánimo, os trastornos de ansiedade, o trastorno por estrés postraumático, os trastornos alimentarios, os trastornos por consumo de substancias, os trastornos da conducta, o trastorno explosivo intermitente e o trastorno límite de personalidade.

Así mesmo, as NSSI asóciase directamente coa **ideación e os intentos suicidas**, sendo as NSSI un dos predictores máis fortes de ambos comportamentos (Guan et al., 2012; Hamza et al., 2012; Klonsky et al., 2013; Nock et al., 2006). Isto leva a pensar que autolesións poden servir como oportunidade para intervir de xeito efectivo, e reducir o risco de suicidio, que é, unha das principais causas de morte. Concretamente en España, a principal causa de morte non natural, e a segunda causa de morte entre a xuventude española no ano 2021 (Observatorio del Suicidio en España, 2022).

Todo isto, unido á propia gravidade e perigo das NSSI, converte a estes comportamentos nun **problema de saúde pública** en adolescentes (xa descrito como tal por Hawton et al. (2012). Necesítase polo tanto, ampliar o coñecemento para levar a cabo intervencións que permitan previr e manexas as NSSI.

1.2. Factores de risco: o papel das variables familiares

As causas das autolesións non suicidas semellan ser complexas e multifactoriais involucrando factores xenéticos, biolóxicos, fisiolóxicos, sociais, culturais entre outros (Brown e Plener, 2017; Hawton et al., 2012). É por iso crucial **identificar os factores de risco** das NSSI para posibilitar a avaliación do risco, o recoñecemento temperá, a prevención e a intervención específica. Non obstante este parece un campo no que aínda existen numerosas lagoas (Harris et al., 2019). Así mesmo, Cipriano et al. (2017), tras realizar unha revisión sobre as autolesións puxeron énfase na necesidade de examinar as traxectorias de desenvolvemento, os antecedentes culturais e os factores e funcións de risco das mesmas.

Na actualidade existen **outras revisións** cuxo obxectivo era procurar os factores de risco para NSSI. Neste sentido Fox et al. (2015) concluíron que os principais factores de risco eran un historial de NSSI, a personalidade *cluster B*, seguida pola desesperanza. Nese mesmo ano, Plener et al. (2015) nunha revisión da literatura identificaron como principais predictores: NSSI anteriores, depresión, xénero feminino, tendencias suicidas e angustia psicolóxica. Brown e Plener (2017) recollían a idade adolescente, o xénero feminino, o contacto social ou medial con NSSI, a intimidación e as experiencias infantís adversas (tales como o abuso emocional ou a negligencia) como principais factores de risco das NSSI. Outra mentanálise recente (Wang et al., 2022) concluíu que existían asociacións significativas entre os seguintes factores e as NSSI: eventos de vida adversos, estilo de afrontamento negativo, uso problemático de Internet, alteración do sono, experiencias traumáticas, relación pai¹-fillo problemática e problemas de saúde mental.

Nunha revisión dos factores contextuais das autolesión (Duarte et al., 2020) encontráronse factores de risco relacionados coa escola (victimización no acoso escolar) e a familia (morte dos pais, historial de abuso e conflitos familiares). Ademais neste traballo púidose afirmar que

1 A partir de agora cando se empregue pai/pais referirase a ambas figuras para facilitar a redacción e lectura. No caso de querer aludir unicamente a pai/pais como figura masculina especificarase.

a relación cos pais e a interacción familiar son factores importantes para desenvolver comportamentos de autolesións, polo que investigalos posibilitará unha prevención e intervención máis efectiva neste fenómeno.

Os anteriores traballos citados poñen **énfase nos factores familiares** aínda que non tiñan como obxectivo principal abordar os mesmos. Así Plener et al (2015) afirman que existen factores familiares que se deberán abordar. Pola súa parte, Wang et al. (2022) destacan a importancia de prestar máis atención nun dos factores atopados, isto é, a relación pai fillo, que segundo eles incluía descoido, castigo duro e intrusión. Así mesmo, nos diferentes factores significativos parece aparecer de fondo a familia, ao citar experiencias traumáticas refírese a abuso e negligencia (eventos nos que en moitas ocasións a familia está moi implicada). De igual maneira cando se citan eventos de vida adversos, parece estar de novo a familia de fondo pois inclúe experiencias de abandono ou eventos de vida estresantes, entre outros.

Adicionalmente, Cipriano et al (2017) tras realizar unha revisión sistemática sobre as autolesións non suicidas tamén salientan o papel da familia, concretamente da relación parental e o rexeitamento materno. Algo semellante poñen de manifesto Xiao et al. (2022) quen realizaron unha metanálise sobre as características das autolesións. Concretamente postulaban que a estrutura familiar e os lazos familiares podían aumentar o risco das NSSI. Así mesmo, Arbuthnott e Lewis (2015) destacaban a importancia de considerar a dinámica familiar ao traballar con xoves que se autolesionan. De igual modo, destacan a importancia de maior investigación para identificar os factores sobresaíntes dos pais que afectan ao risco das NSSI.

A todo isto únese un **estudo de caso** recente (Moraes et al., 2020) que observou que na conducta autolesiva dos adolescentes tiñan influencia diferentes dificultades na convivencia familiar (abuso, divorcio, conflito familiar...). Ademais, aínda á hora de avaliar características persoais relacionadas coas NSSI aparecen nos relatos dos adolescentes directamente os seus familiares.

Mais a **importancia de aspectos familiares na investigación** non é un fenómeno exclusivo das NSSI. Diferentes modelos teóricos moi relevantes en psicoloxía, tales como a teoría do apego (Bowlby, 1969, 1973, 1980), o aprendizaxe social (Bandura e Walters, 1963) ou os estilos de crianza (Baurmrind,1966) entre outros, xa salientan dende hai anos a influencia da familia no desenvolvemento dos nenos. Así mesmo, e posiblemente debido a que a familia é

un ambiente esencial, e constitúe o entorno primario de interacción, diferentes traballos recollen como variados factores familiares inflúen na saúde mental dos fillos. Este é o caso de diferentes variables sociodemográficas (Auersperg et al., 2019; D’Onofrio et al., 2014; Peverill et al., 2021; Vivanco e Grandón, 2016); psicopatoloxía dos pais (Beardsee et al., 1998; Behar e Arancibia, 2014; Christensen et al., 2017; Solis et al., 2012); prácticas de crianza (tales como control psicolóxico, castigo severo, crianza autoritaria) (Calyborne et al., 2020; Gorostiaga et al., 2019; Pinquart, 2017); diferentes aspectos da relación pais-fillos tales como a calidez ou conflito (Hui Yap et al., 2014; Hipwell et al. 2008); ou eventos vitais negativos coma o abuso ou a negligencia (Norman et al., 2012).

1.3. Obxectivos

Este traballo intentará actualizar e integrar a variada información dispoñible no campo dos factores de risco das NSSI poñendo énfase nas variables familiares como factores de risco, pois parece algo necesario tal e como se recolle na literatura existente das NSSI, e dos factores familiares. Intentaranse aplicar as recomendacións xa comentadas e propostas por autores doutras revisións e metanálises. Procurarase tamén comprobar cuantitativamente o que xa coñecemos de forma descritiva, partindo do estudo de caso levado a cabo por Moraes et al. (2020) e buscarase superar as limitacións dos traballos anteriormente mencionados. Neste sentido, na metanálise levada a cabo por Fox et al. (2015) así como a de Plener et al. (2015) acerca dos factores de risco incluíron mostras de todas as idades. Non obstante, os primeiros consideran máis efectivo limitar a idade a mostras adolescentes. Outros traballos (Wang et al., 2022) aínda que limitaron a idade non o fixeron só en adolescentes (utilizaron idades de 10 a 20 anos).

Por todo elo, os **obxectivos da presente revisión** serán responder as seguintes preguntas: existen factores familiares que aumenten o risco de conductas autolesivas non suicidas en adolescentes? E de ser así, cales son eses factores?

2. Método

Para a realización da busca bibliográfica do presente traballo seleccionáronse dúas fontes de datos especializadas, PsycInfo e Pubmed. En dita busca empregáronse os seguintes termos: nonsuicidal self-injury, non-suicidal self-injury, NSSI, nonsuicidal self-harm", non-suicidal self-harm, self-injur*, adolescen*, famil*, parent*, risk factor* combinados do seguinte modo: ("nonsuicidal self-injury" OR "non-suicidal self-injury" OR "nssi" OR "nonsuicidal self-harm" OR "non-suicidal self-harm" OR "self-injur*") AND (adolescenc*) AND (famil* or parent*) AND (risk factor*); establecendo a busca por Tittle (TI) ou Abstract (AB) de artigos científicos. Ao realizar a busca tamén se utilizaron como especificadores o idioma (inglés e español) e a data de publicación (de xaneiro de 2022 a setembro de 2022, ambos incluídos).

Ademais, establecéronse como criterios de inclusión o tipo de artigo (artigo de revista, avaliado por expertos; publicación académicas) o tipo de estudo (empírico lonxitudinal ou transversal); o tipo de mostra (comunitaria ou poboacións especiais); e o obxecto de estudo, isto é, variables familiares que actúen como factores de risco das conductas autolesivas na adolescencia (considerando esta dos 12 aos 18 anos). Destácase que a avaliación que se ten que realizar entre os 12 e 18 anos é a das conductas autolesivas e non necesariamente a dos factores de risco.

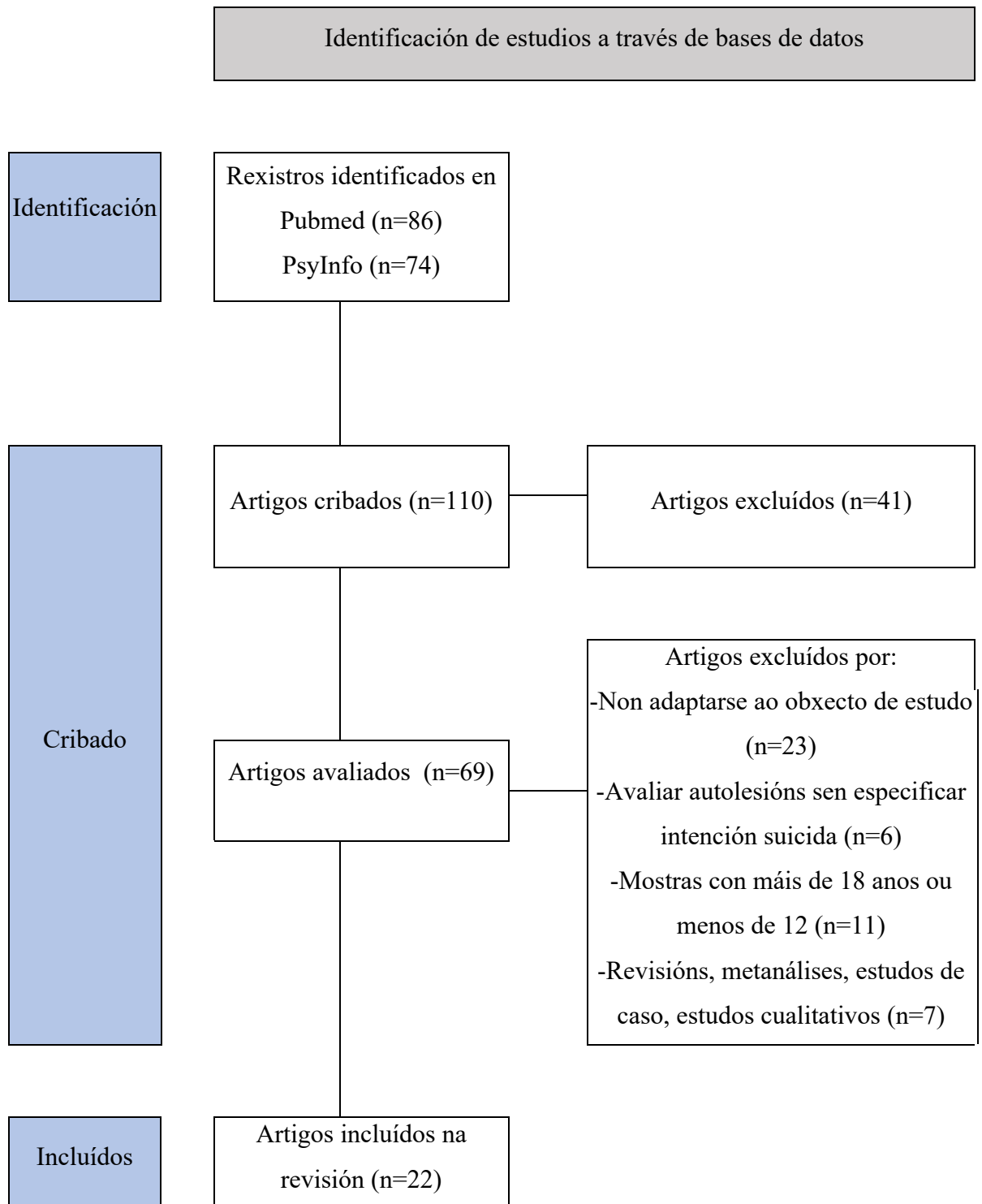
Na busca obtivéronse un total de 160 resultados (86 en Pubmed e 74 en Psycinfo). Estes revisáronse mediante a lectura do resumo, e posteriormente, do texto completo. Isto levou a seleccionar 22 artigos dos atopados. Os demais, foron eliminados por repetirse en ambas bases de datos; avaliar autolesións sen especificar intención suicida; ou non cumprir algún dos criterios anteriormente mencionados. Descartáronse así aqueles traballos con mostras de

idades superiores a 18 anos e inferiores a 12; revisións, metanálises, estudos de caso, estudos cualitativos así como todos aqueles que non se adaptaban aos obxectivos do presente traballo (artigos que avaliaron variables familiares como factores de protección, ou como factor de risco para outros aspectos; outros factores de risco para as conductas autolesivas ou as conductas autolesivas como factores de riscos).

Polo tanto, cóntase cun total de 22 artigos publicados nos últimos dez anos para realizar a revisión bibliográfica do presente traballo. O proceso de busca comentado aparece recollido e esquematizado no seguinte diagrama PRISMA (ver Figura 1).

Figura 1.

Diagrama PRISMA sobre o proceso de selección de estudos.



3. Resultados

A continuación, expónse unha análise descritiva dos artigos seleccionados para a presente revisión bibliográfica. Este apartado organizarase do seguinte xeito. Primeiro analizaranse as características das mostras empregadas nos diferentes traballos, examinando o número de participantes, o xénero dos mesmos, a idade así como o tipo de poboación e país da que se extraeu. Nun seguinte apartado recóllese unha descrición dos tipos de estudos empregados. Posteriormente inclúese unha análise dos diferentes métodos de avaliación das NSSI seleccionados. Finalmente, nun último apartado recóllense as variables familiares analizadas (variables sociodemográficas; psicopatoloxía e personalidade dos pais; crianza; relación pais-fillos; eventos vitais familiares negativo e outras) e a súa relación coas NSSI (nalgún caso directa e noutros medida ou moderada por variables doutro tipo). Este último apartado recolle así os principais achados dos estudos que conforman esta revisión.

Así mesmo, as principais características dos artigos seleccionados recóllense organizados nunha táboa no Anexo 1.

3.1. Características das mostras

3.1.1. Número de participantes

A meirande parte dos estudos, especificamente dez, recorreron a mostras cuxo número de participantes oscilaba entre 153 e 559 (Cassels et al., 2019; Gromatsky et al., 2020; Gromatsky et al., 2017; Liu et al., 2021; Maršanic et al., 2014; Miller et al., 2021; Plener et al., 2015; Shao et al., 2021; Smith et al., 2020 e Wolff et al., 2013).

Non obstante, sete (Huang et al., 2022; Keenan et al., 2014; Liang et al., 2022; Liang et al., 2014; Taliaferro et al., 2019; You et al., 2016; You et al., 2022) dos vintedous artigos contaban con mostras de máis de 1.000 participantes, oscilando estas entre 1.006 e 4.202 adolescentes.

Por outra banda, tres artigos, contaron con mostras maiores, é o caso de Tang et al. (2018) e Wan et al. (2015) con 15.623 e 14.221 participantes respectivamente. Así mesmo, Taliaferro et al. (2012) foi o estudo coa mostra máis numerosa chegando a 61.330 participantes.

3.1.2. Xénero dos participantes

Máis da metade dos traballos revisados empregaron mostras cunha distribución de homes e mulleres en torno ao 50%. É este o caso de Cassels et al. (2019); Huang et al. (2022); Liang et al. (2022); Liang et al. (2014); Liu et al. (2021); Maršanic et al. (2014); Plener et al. (2015); Shao et al. (2021); Taliaferro et al. (2012); Taliaferro et al. (2012); Tang et al. (2018); Wan et al. (2015); You et al. (2016) e You et al. (2022).

Porén, catro artigos (Gromatsky et al., 2017; Huang et al., 2022; Miller et al., 2021; Victor et al., 2019) empregaron mostras formadas unicamente por mulleres, e outros dous (Tang et al., 2021; Wolff et al., 2013) contaban cunha participación feminina superior (o 85,34% e 78,1% eran, respectivamente, mulleres). Un único estudo (Gromatsky et al., 2020) empregou unha mostra maioritaria de homes (90% homes).

Así mesmo, Smith et al. (2020) seleccionaron, para o seu traballo, adolescentes que pertencían a minorías de xénero ou orientación sexual, e Taliaferro et al. (2019) contaban con adolescentes trans ou non conformes co xénero.

3.1.3. Idade dos participantes

Os diferentes traballos seleccionados para esta revisión empregaron mostras de idades comprendidas entre 12 e 18 anos. Aínda que varios traballos (Liu et al., 2021; Maršanic et al.,

2014; Shao et al., 2021; Tang et al., 2018; Tang et al., 2021; Wan et al., 2015; You et al., 2016 e You et al., 2022) comprendían este rango de idade, outros acoutaron. É así como Huang et al. (2022); Liang et al. (2022) e Liang et al. (2014) contaron con adolescentes de entre 12 e 15 anos; en Miller et al. (2021) e Victor et al. (2019) ían tamén dende os 12 pero ata os 16 e 17, respectivamente. Cassels et al. (2019) seleccionaron unha mostra de adolescentes con 13 anos ao inicio do estudo (14 ao final); entre 13 e 15 anos atopábase a mostra empregada por Gromatsky et al. (2017); e eran as idades da mostra ao inicio en Gromatsky et al. (2020), un estudo de 3 anos. Outros rangos de idade utilizados foron 14-15 (Smith et al., 2020); 14-17 (Plener et al., 2015 e Taliaferro et al., 2019); 14-18 (Taliaferro et al., 2012) e 13-18 (Wolf et al., 2013).

3.1.4. Tipo de poboación

A maior parte dos artigos recorreron a mostras comunitarias (Cassels et al., 2019; Gromatsky et al., 2020; Gromatsky et al., 2017; Huang et al., 2022; Liang et al., 2022; Liang et al., 2014; Liu et al., 2021; Plener et al., 2015; Taliaferro et al., 2012; Tang et al., 2018; Tang et al., 2021; Victor et al., 2019; Wan et al., 2015 e You et al., 2016). En moitos casos ditas mostras obtivéronse en escolas e institutos (Huang et al., 2022; Liang et al., 2022; Liang et al., 2014; Liu et al., 2021; Plener et al., 2015; Taliaferro et al., 2012; Wan et al., 2015 e You et al., 2016) é o que na táboa do Anexo 1 se incluíu como mostra comunitaria escolar. Dentro das mostras comunitarias, dous traballos (Gromatsky et al., 2020; Victor et al., 2019) puxeron como requisito carecer de antecedentes de NSSI.

Catro traballos (Maršanic et al., 2014; Miller et al., 2021; Shao et al., 2021 e Wolff et al., 2013) empregaron mostras clínicas de diferentes tipos: pacientes psiquiátricos fillos de homes veteranos de guerra con TEPT, adolescentes con mínimo un problema de saúde mental nos dous anos anteriores; adolescentes con depresión e pacientes de hospitalización psiquiátrica, respectivamente. Así mesmo, outros tres traballos recorreron a mostras extraídas de poboación especial, isto é, minorías de xénero ou orientación sexual (Smith et al., 2020); estudantes transxénero ou non conformes co xénero (Taliaferro et al., 2019) ou nenos abandonados (You et al., 2022).

3.1.5. País de procedencia

Os dous países con maior representación, con nove artigos cada un, semellan ser Estados Unidos (Gromatky et al., 2020; Gromatsky et al., 2017; Keenan et al., 2014; Miller et al., 2021; Smith et al., 2020; Taliaferro et al., 2019; Taliaferro et al., 2012; Victor et al., 2019; Wolf et al., 2013) e China (Huang et al., 2022; Liang et al., 2022; Liang et al., 2014; Liu et al., 2021; Shao et al., 2021; Tang et al., 2018; Wan et al., 2015; You et al., 2016; Yu et al., 2022). Os restantes traballos pertencen a Holanda (Cassels et al., 2019); Taiwán (Tang et al., 2021); Croacia (Maršanic et al., 2014) e Alemaña (Plener et al., 2015).

3.2. Tipo de deseño

Unha meirande parte dos traballos (Gromatsky et al., 2017; Huang et al., 2022; Liang et al., 2022; Liang et al., 2014; Maršanic et al., 2014; Plener et al., 2015; Shao et al., 2021; Taliaferro et al., 2019; Taliaferro et al., 2012; Tang et al., 2018; Tang et al., 2021; Wan et al., 2015; Wolff et al., 2012; e You et al., 2022) realizaron estudos de tipo transversal.

Así mesmo, sete artigos empregaron estudos de tipo lonxitudinal con diferentes duracións e número de avaliacións: dúas avaliacións durante seis meses (Smith et al., 2020); dúas avaliacións durante un ano (Cassels et al., 2019); tres avaliacións durante dezaioito meses (Miller et al., 2021; You et al., 2016); tres avaliacións durante dous anos (Liu et al., 2021); tres avaliacións durante tres anos (Gromatsky et al., 2020) e cinco avaliacións durante cinco anos (Victor et al., 2019).

3.3. Métodos de avaliación das NSSI

Á hora de avaliar as NSSI, varios traballos (Cassels et al., 2019; Keenan et al., 2014; Taliaferro et al., 2019; Taliaferro et al., 2012; Tang et al., 2021; Victor et al., 2019; Wan et al., 2015; You et al., 2016) empregaron unicamente unha pregunta. Esta consistía en pescudar se se fixo dano (cortándose, queimándose ou rabuñándose por exemplo) intencionadamente/a propósito sen intención de suicidarse/morrer durante o período temporal considerado no estudo, isto é, o último ano (Cassels et al., 2019; Keenan et al., 2014; Taliaferro et al., 2019; Tang et al.,

2021; Victor et al., 2019; Wan et al., 2015; You et al., 2016); os últimos 6 meses (You et al., 2016) ou algunha vez na vida (Taliaferro et al., 2012).

Por outra banda, Shao et al. (2021) indagaron se se cumprían os criterios do DSM-5 para NSSI. Para avaliar as NSSI tamén se empregou o *Inventory of Statements About Self-Injury* (ISAS; Klonsky e Olino, 2008) adaptado a entrevista (Gromatsky et al., 2020) ou a autoinforme e entrevista (Gromatsky et al., 2017). O *Deliberate Self-Harm Inventory* (DSHI; Gratz, 2001) foi empregado por Maršanic et al. (2014) na súa versión orixinal e por Liang et al. (2022) e Liang et al. (2014) na versión china (Lundh et al. 2007, 2008). Así mesmo empregouse a versión china do *Functional Assessment of Self-Mutilation* (CH-FASM; Tang et al., 2014); do *7 items Non-Suicidal Self-Injury Scale* (You et al., 2013) e do *Ottawa Self-injury Inventory* (Cloutier e Nixon, 2003). A primeira por Tang et al. (2018), a segunda por Huang et al. (2022) e a terceira por Yu et al. (2022). Plener et al. (2015) decidiron recorrer á versión alemá do *Self-Harm Behavior Questionnaire* (SHBQ; Gutierrez et al. 2001; Plenet et al. 2009).

Outros instrumentos empregados foron o *Kiddie Scheduled for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children, Present and Lifetime Version* (KSADS-PL; Kaufman et al., 1997) por Wolff et al. (2013) e o *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview* (SITBI; Nock et al. 2007) tanto por Miller et al. (2021) como por Smith et al. (2020).

3.4. Variables analizadas e a súa relación coas NSSI

Os diferentes artigos revisados avaliaron unha gran variedade de variables familiares. Para unha mellor comprensión, organizáronse estas en seis categorías, isto é, variables sociodemográficas, psicopatoloxía e personalidade dos pais, crianza, relación pais-fillos, eventos vitais familiares negativos e outras variables. Estes serán, os subapartados que conforman este apartado.

3.4.1. Variable sociodemográficas

Varios traballos (Liang et al., 2014; Liang et al., 2022; Maršanic et al., 2014; Plener et al., 2015; Shao et al., 2021; Tang et al., 2018; Victor et al., 2019; Wolf et al., 2013 e Yu et al., 2022) avaliaron o papel de diferentes variables sociodemográficas na aparición e presenza de

conductas autolesivas. É así como (Liang et al., 2014; Liang et al., 2022; Plener et al., 2015; Shao et al., 2021; Tang et al., 2018) concluíron que os *ingresos familiares* non se relacionan coas NSSI. Así mesmo, Victor et al. (2019) atoparon que a pobreza non aumentaba nin diminuía o risco de posterior NSSI, e Maršanic et al. (2014) non encontraron asociación entre as NSSI e o status socioeconómico.

De igual maneira, tanto Liang et al. (2014) coma Liang et al. (2022) non atoparon diferencias significativas no que respecta ao *nivel educativos dos pais*. Sen embargo, Tang et al. (2018) observaron que a educación do pai (pero non da nai) se relacionaba coa presenza de NSSI (cunha frecuencia de máis de cinco veces ao ano como de menos). Concretamente, ser fillo dun pai que estudou ata o instituto supoñía un factor de risco fronte a ser fillo de alguén con estudos universitarios.

Victor et al. (2019) acharon que formar parte dunha *familia monoparental* non aumentaba o risco de NSSI. Non obstante, Liang et al. (2014) concluíron que os adolescentes con familias monoparentais tiñan máis probabilidade de informar de NSSI.

Liang et al. (2014) non atoparon que a relación entre NSSI e *ser fillo único* fose significativa; aínda que Tang et al. (2018) acharon que ser fillo único aumentaba o risco de NSSI. Esta última asociación so se producía controlando unicamente por factores sociodemográficos e económico pero non psicolóxicos.

Wolf et al. (2013) non observaron diferencias significativas entre grupos por *raza e etnia*. Porén, Tang et al. (2018) acharon que as NSSI (cando se producían cinco ou máis veces ao ano) asociábanse con pertencer a unha minoría étnica. Na mesma liña, Plener et al. (2015) encontraron que os adolescentes nados noutro país tiñan un maior risco de NSSI. Igualmente, encontraron que contar con polo menos un proxenitor emigrado aumentaba o risco de NSSI. No entanto, Victor et al. (2019) advertiron o contrario, que as nenas de orixe racial minoritario tiñan menos probabilidade de aparición de NSSI.

Tanto a *idade dos pais no nacemento do fillo*, coma o divorcio só foron avaliados nun estudo cada un. Liang et al. (2022), que analizaron o primeiro, concluíron que non existía relación entre este e as NSSI. Por outra banda, Yu et al. (2022) observaron que o *divorcio dos pais* actuaba como factor de risco para as NSSI.

3.4.2. Psicopatoloxía e personalidade dos pais.

Un menor número de traballos (Gromatsky et al., 2020; Gromatsky et al., 2017; Taliaferro et al., 2019) avaliou a psicopatoloxía e personalidade dos pais como factores de risco para conductas autolesivas en adolescentes. Tanto Gromatsky et al. (2017) coma Gromatsky et al. (2020) non observaron que houbo relación entre a aparición de NSSI e *depresión, ansiedade ou trastornos alimentarios nos pais*. Non obstante, os primeiros, acharon que os pais de nenas que informaron de NSSI presentaban taxas máis altas de *síntomas de TDAH*. Ademais, atoparon que a responsabilidade dos adolescentes mediaba dita relación.

No que respecta ao *consumo de sustancias* polos pais parece non haber acordo. Taliaferro et al. (2019) non observaron que o consumo familiar de sustancias diferenciase entre aqueles que con e sen NSSI que non. Así mesmo, tampouco diferenciaba entre adolescentes que se autolesionaba e tiveran intentos de suicidios dos que so se autolesionaban ou dos que non se autolesionaran. Gromatsky et al. (2017) encontraron que non existían diferencias nas NSSI en función do consumo de drogas ilícitas polos pais. Porén, Gromatsky et al. (2020) concluíron que o consumo de sustancias dos pais ao inicio predixo a aparición de NSSI. Na mesma liña, Gromatsky et al. (2017) observaron que os proxenitores de nenas que informaron de NSSI presentaban taxas máis altas de trastorno por consumo del alcohol e os pais (pero non as nais) maior probabilidade de presentar calquera trastorno por consumo de sustancias.

A personalidade dos pais unicamente foi avaliada por Gromatsky et al. (2017). Estes atoparon que os pais de nenas que informaron de NSSI presentaban taxas máis altas de *autocrítica* e máis baixas de *amabilidade e responsabilidade*. Ditas relacións foron mediadas, así mesmo, pola personalidade dos adolescentes. Neste sentido a autocrítica dos adolescentes media a relación entre a autocrítica dos pais e as NSSI; o neuroticismo adolescente media a relación entre a amabilidade dos pais e as NSSI así como entre a autocrítica dos pais e as NSSI. Igualmente atoparon que a escrupulosidade dos adolescentes media a relación inversa entre escrupulosidade dos pais e as NSSI. Por outra banda, non se atoparon diferencias significativas

para os seguintes rasgos de personalidade nos pais: *neuroticismo, extraversión, apertura á experiencia, dependencia ou ruminación*.

3.4.3. Crianza

A *crianza severa/estrita* foi avaliada como factor de risco en diferentes traballos. Liu et al. (2021) atoparon que a crianza severa se asociaba significativamente coas NSSI tanto nese momento coma posteriormente. Tamén encontraron que dita asociación era mediada parcialmente polos síntomas de depresión dos adolescentes. Esta mediación era, a súa vez, moderada polo polimorfismo COMT Val158Met.

Keenan et al. (2014) observaron que a crianza severa aumentaba o risco posterior de NSSI aínda que non de xeito significativo. Así mesmo, Tang et al. (2018) encontraron que o estilo de crianza estrito (en comparación co permisivo) aumentaba o risco das NSSI. Estes mesmo autores atoparon que o *estilo de crianza democrático* (en comparación co permisivo) aumentaba o risco de NSSI (cunha frecuencia baixa: menos de cinco veces ao ano).

Victor et al. (2019) tamén atoparon que o *castigo severo* actuaba como factor de risco para a posterior aparición das NSSI. Non obstante, Shao et al. (2021) que avaliaron unicamente castigo, concluíron que non existían diferenzas significativas. Estes tamén achacaron que non existían diferenzas significativas en presión de estudo.

Na mesma liña diferentes autores estudaron o *control parental* como factor de risco para as NSSI. É así como (Liang et al., 2022; Maršanic et al., 2014) atoparon que o control parental aumentaba o risco das NSSI. Cabe destacar que Maršanic et al. (2014) puntualizaban que atopaban dita relación co control paterno (pero non co materno). Non obstante, Victor et al. (2019) atopou a relación oposta, que o inicio posterior de NSSI se asociaba con baixo control parental. Esta última relación só resultaba significativa cando se avaliaba unicamente este factor, mais non resultou significativa ao se avaliar xunto a outros.

Huang et al. (2022) concluíron que as NSSI correlacionaban co *control psicolóxico* dos pais. Así mesmo, a satisfacción das necesidades psicolóxica mediaba negativamente dita relación. Esta mediación foi moderada positivamente pola busca de sensacións.

Finalmente cabe comentar que Victor et al. (2019) concluíu que a *disciplina non violenta* non se asociaba co inicio posterior de NSSI. Así mesmo, Maršanic et al. (2014) acharon que o menor *coidado tanto materno como paterno* aumentaba o risco de NSSI.

3.4.4. Relación pais-fillos

A asociación entre a relación entre pais e fillos e as conductas autolesivas foi analizada en xeral por Huang et al. (2022) e Liang et al. (2022). Estes observaron que as NSSI correlacionan negativamente coa relación pai-adolescente. Así mesmo, noutros traballos estudáronse aspectos específicos de dita relación (estrés, conflito ou tensión en dita relación, conexión, calidade do vínculo, cohesión e adaptabilidade familiar ou apoio familiar)

Observouse que tanto a *tensión familiar* (Smith et al., 2020) como o *conflito familiar* (Liang et al., 2022) correlacionaba coa presenza de NSSI. Miller et al. (2021) acharon que o *estrés na relación pais-fillos* posterior correlacionou con NSSI ao inicio, non obstante, dito estrés non aumentaba o risco de NSSI nin no presente nin no futuro.

A menor *conexión cos pais* aumentaba o risco de que os adolescentes informarán de NSSI segundo Taliaferro et al. (2012), que avaliaron dita influencia por separado en homes e mulleres. Estes tamén observaron que nos homes, a conexión cos pais diferenciaba aos adolescentes con solo NSSI dos que ademais diso se intentaron suicidar. A estes resultados tamén chegaron Taliaferro et al. (2019) ao analizar a mostra total formada por estudantes transxénero ou non conformes co xénero.

Victor et al. (2019) observaron que o inicio posterior de NSSI asociouse positivamente á mala *calidade do vínculo* cos pais nunha análise univariada. Sen embargo, non resultou significativa a relación cando a calidade dos vínculos se avaliou cando se avaliaron xunto a outros factores.

Shao et al. (2021) atoparon que os pacientes con NSSI tiñan puntuación significativamente máis baixas de *cohesión e adaptabilidade familiar*. Porén ditas puntuación deixaron de ser significativas ao axustar por idade e xénero, é dicir, non son factores independentes. Por outra banda Liang et al. (2014) observaron que os grupos que presentaban so NSSI tiñan taxas máis elevadas de cohesión e adaptabilidade familiar en comparación cos grupos de NSSI e intento de suicidio (SA, a partir de agora, polas súas siglas en inglés *Suicide Attempt*).

Diferentes estudos (Shao et al., 2021; Smith et al., 2020; Wolff et al., 2013) observaron os riscos do baixo *apoio familiar*. Neste sentido Shao et al. (2021) atoparon que os adolescentes con NSSI tiñan puntuacións significativamente máis baixas de apoio familiar, aínda que ditas puntuación deixaron de ser significativas ao axustar por idade e xénero. Smith et al. (2020) acharon que a presenza de NSSI ao longo da vida correlacionou co baixo apoio familiar, así mesmo este tamén resultou significativo ao realizar unha regresión. Wolff et al. (2013) a maiores observaron que aqueles que ademais de NSSI tiveran SA contaban con menor apoio familiar percibido que aqueles que só presentaban SA ou só tiñan NSSI.

3.4.5. Eventos vitais familiares negativos

Os eventos familiares negativos, como factores de risco, para as conductas autolesivas foron analizados por Keenan et al. (2014). Estes observaron que unicamente os niveis iniciais dos mesmos eran predictores das NSSI posteriores. Os cambios ao longo do tempo de NSSI ou eventos vitais negativos non se asociaron co NSSI posterior.

Keenan et al. (2014), Shao et al. (2021); Taliaferro et al. (2019); Taliaferro et al. (2012); Tang et al. (2018) e Wan et al. (2015) estudaron eventos vitais familiares negativos específicos, tal sería o caso de abusos, negligencias, maltrato, ser testemuña de violencia familiar ou fuxir da casa.

En canto ao *abuso* Shao et al. (2021) observaron que os pacientes con NSSI tiñan puntuacións máis altas de abuso físico, sexual e emocional. Non obstante unicamente eran diferencias significativas as de abuso emocional. Cabe tamén comentar que se analizou abuso exercido por adultos que podían ou non ser familiares. Wan et al. (2015) concretaron especificamente quen eran os perpetradores nos diferentes tipos de abusos. Deste xeito observaron que aumentaba o risco de NSSI entre mulleres e homes vítimas de abuso físico, emocional e infantil tanto se era perpetuado unicamente polos pais como cando o perpetuaban tanto pais coma outras persoas. No abuso sexual, so aumentaba o risco de NSSI cando era perpetuado por pais e outras persoas en homes.

No que respecta á *neglixencia e maltrato* Shao et al. (2021) atoparon puntuacións máis altas en negligencia física e emocional entre os adolescentes con NSSI. Aínda así, so resultaron significativas ditas diferencias cando se trataba de negligencia emocional. Tang et al. (2018)

atoparon unha asociación significativa das NSSI (tanto cunha frecuencia maior como menor de 5 veces ao ano) e ser vítima de negligencia así como maltrato.

Taliaferro et al. (2019) avaliaron a influencia de ser *testemuña de violencia familiar* así como de fuxir da casa. Deste modo atoparon que a primeira, non diferenciaba entre adolescentes que se autolesionaban dos que non. Tampouco diferenciaba aqueles que con autolesións e intentos de suicidio dos que non se autolesionaban ou dos que soamente presentaban autolesión. Por outra banda, atoparon que *fuxir da casa* aumentaba o risco de autolesión xunto co conducta suicida, en comparación con non autolesionarse, mais non diferenciaba entre aqueles que se autolesionaban dos que non. Taliaferro et al. (2012) atoparon unha asociación significativa diferente, isto é, fuga da casa diferenciaba ao adolescentes con solo NSSI dos que ademais diso se intentaron suicidar.

3.4.6. Outras variables

A relación entre as NSSI e o *apego* foi estudada por Cassels et al. (2019). Estes non atoparon efecto directo do apego ansioso ou evitativo nas NSSI. Sen embargo acharon que ambos tipo de apego se asociaban indirectamente coas NSSI a través dos problemas de comportamento.

Tanto Maršanic et al. (2014) coma Tang et al. (2021) avaliaron o papel do *funcionamento familiar* nas NSSI. Así, Maršanic et al. (2014) observaron que despois de axustar por outras variables, o funcionamento familiar deficiente aumentaba o risco de NSSI. Pola súa parte, Tang et al. (2021) observaron un nivel de funcionamento familiar máis desfavorable entre os adolescentes que participaron en NSSI. Ao analizar cada factor por separado o funcionamento familiar actuou como factor de risco para NSSI, non obstante, non se atopou que o funcionamento familiar fose un factor de risco na análise de regresión loxística directa.

4. Discusión

O presente traballo realizouse co obxectivo de responder ás seguintes preguntas: existen factores familiares que aumentan o risco de conductas autolesivas non suicidas en adolescentes? E de ser así, cales son eses factores? Intentarase responder a ambas preguntas neste apartado, a través dos principais resultado atopados. Nesta discusión tamén se intentarán relacionar os resultados atopados co tipo de estudo e mostra empregada para acadalos. De igual modo, complementarase dita información coa comparación da mesma coa obtida noutros traballos. Incluíranse tamén observacións extraídas desta revisión, destacando as fortalezas da mesma. Finalmente, recolleranse as principais limitacións atopadas neste traballo, e levaranse a cabo propostas de investigación de cara ao futuro, en base ao observado nesta revisión.

En primeiro lugar, parece quedar claro que si existen factores familiares que aumenten o risco de conductas autolesivas non suicidas en adolescentes tal e como se observa no elevado número de artigos que atoparon que dita relación era significativa. Si ben é certo, parece máis complexo responder á segunda pregunta pois existe unha variedade de factores avaliados e resultados atopados. Si ben é certo, semella que algúns tipos de predictores se describen repetidamente como significativos ao longo dos estudos, o que parece ser un achado importante. Estes serán descritos a continuación.

Tras analizar os resultados obtidos parece que **as prácticas e estilos de crianza** poden aumentar o risco das NSSI. Así, na avaliación dos estilos de crianza atopouse relación tanto lonxitudinal como transversal entre as NSSI e a crianza severa/estrita (Liu et al., 2021, Tang

et al., 2018) ao avaliarse en mostras comunitarias; así como entre as NSSI e o control parental avaliado en mostras clínicas e comunitarias por Liang et al. (2022), Maršanic et al. (2014) e Victor et al. (2019). Igualmente, a avaliación en mostras comunitarias do control psicolóxico (Huang et al. 2022) e do castigo severo (Victor et al., 2019) permitiu asociar o primeiro transversalmente e o segundo lonxitudinalmente ás NSSI. Estas son características do chamado estilo autoritario descrito por Baumrind (1966). Igualmente, nun estudo transversal en mostra clínica (Maršanic et al., 2014), o menor coidado tanto materno como paterno actuaba como factor de risco para as NSSI. Isto parece ir en liña con traballos previos. Metanálises anteriores xa destacaran a asociación entre o estilo de crianza, en xeral, ou aspectos concretos como o control psicolóxico e o control severo con problemas externalizantes, internalizantes, ansiedade depresión e ideacións suicida (Clayborne et al., 2021; Gorostiaga et al., 2019; Pinguart, 2017).

Non obstante, resultou sorprendente observar que Tang et al. (2018) atoparon que o estilo de crianza democrático (en comparación co permisivo) nunha mostra comunitaria, aumentaba transversalmente o risco de NSSI cunha frecuencia baixa (menos de 5 veces ao ano). Destácase este resultado como sorprendente posto que a literatura sempre relacionou o estudo democrático con mellores resultados (Baumrind, 1966; Zhou, 2022).

A avaliación das prácticas de crianza tamén parece descartar a influencia doutras variables deste tipo, pois non se atopou relación entre estas e as NSSI. Tal é o caso da disciplina non violenta (Victor et al., 2019) e o castigo (Saho et al., 2021).

De igual modo, pódese concluír que a presenza de **eventos vitais familiares negativos** aumenta o risco de conductas autolesivas posteriores. Concretamente o maltrato (Tang et al., 2018); a negligencia en xeral (Tang et al., 2018) e especificamente de tipo emocional (Shao et al., 2021); o abuso emocional (Shao et al., 2021) ou tanto emocional como físico ou infantil (Wan et al., 2015) e fuxir da casa (Taliaferro et al., 2019) aumentan o risco das NSSI. Descartouse, a súa vez, que ser testemuña de violencia familiar diferenciase entre persoas que informaban de NSSI de aquelas que non. A influencia de ditos eventos, en conxunto, avaliouse lonxitudinalmente por Keenan et al. (2014) nunha mostra comunitaria de mulleres. Mais a influencia de eventos concretos foi avaliada transversalmente en mostras tanto clínicas coma comunitarias.

A negligencia emocional, que actúa como factor de risco, refírese á negación das necesidades emocionais por parte dos pais ou outras persoas durante un período prolongado (Shao et al., 2021). O abuso de tipo emocional, alude a privar dun entorno de apoio, insultando, botándoo da casa, etc. O abuso físico, fai referencia ao uso de forza física que dana a saúde, a supervivencia, o desenvolvemento ou a dignidade. O abuso infantil, a súa vez, refírese a calquera tipo de abuso na infancia. Semella importante resaltar o abuso como factor de risco das conductas autolesivas dado que as *Odd Ratio* (OR, a partir de agora) atopadas son as máis elevadas para un único factor pois van dende 2.71 (abuso emocional perpetuado unicamente polos pais en rapazas) ata 4.95 (abuso infantil perpetuado tanto por pais como por outras persoas en rapaces) (Wan et al., 2015).

Isto corrobora as observacións que, na literatura previa, se teñen ofrecido no estudo de casos particulares, e que ofrecen unha visión máis cualitativa dos procesos implicados nas NSSI. Así, recolléronse as seguintes declaracións entorno ao abuso sexual “Despois diso, corteime por primeira vez. Podemos incluso esperar isto doutras persoas, pero dos nosos seres queridos esperamos protección” (Moraes et al., 2020, p. 5). Outra adolescente comentaba “Fun violada durante tres anos e nunca puiden dicir nada. A miña maior dor é non poder falar, pero teño un diario: a pluma é a folla, a miña pel é o papel” (Moraes et al., 2020, p. 5). A literatura recolle tamén outros eventos vitais familiares negativos, tal é o caso da perda de seres queridos “Comezou despois da morte da miña nai, eu era moi nova aínda a necesitaba. Empecei a sentirme só ou abandonado, realmente non podo dicir o que sentín, só sei que foi malo ” (Moraes et al., 2020, p. 5).

De novo estes resultados non resultan sorprendentes, pois anteriores traballos xa confirmaran que o abuso físico, emocional e a negligencia estaban relacionados con consecuencias na saúde mental (trastornos depresivos, consumo de drogas, intentos de suicidio, entre outros) e incluso física (Norman et al., 2012). Así mesmo, estes achados permiten confirmar o que anteriormente atoparan outras revisión citadas na introdución sobre factores de risco de NSSI, que destacaban as experiencias infantís adversas (entre elas abuso e negligencia) (Duarte et al., 2020; Brown e Plener, 2017; Wang et al., 2022).

As **relacións entre pais e fillos** parecen en xeral gardar relación coas conductas autolesivas sen intención suicidas en adolescentes tal e como se observou en dous artigos transversais en

mostras comunitarias (Huang et al. 2022; Liang et al., 2022). Neste último, conclúíuse que este era o principal predictor das NSSI en adolescentes, con maior influencia que problemas emocionais ou comportamentais.

A maior parte dos traballos estudaron aspectos concretos de dita relación. De forma lonxitudinal atopouse influencia nas NSSI da tensión (avaliada en minorías de xénero por Smith et al., 2020), estrés (avaliada nunha mostra clínica de mulleres por Miller et al., 2021) e calidade do vínculo (avaliada nunha mostra comunitaria de mulleres por Victor et al., 2019). Por outra banda, transversalmente as NSSI relacionáronse en mostras comunitarias co conflito familiar (Liang et al., 2022) e en mostras tanto especiais como comunitarias coa conexión (Taliaferro et al., 2019; Taliaferro et al., 2012), cohesión e adaptabilidade (Liang et al., 2014; Shao et al., 2021); e tanto lonxitudinal como transversalmente (aínda que so en mostras especiais) co apoio familiar (Shao et al., 2021; Smith et al., 2020; Wolff et al., 2013). Non obstante, nalgúns casos (calidade do vínculo, cohesión e adaptabilidade) parece que a relación entre NSSI e ditos factores non é independente, senón que só resulta significativa cando se avalía xunto a outros factores.

Unha vez máis, podemos cotexar estes resultados coa análise cualitativa de Moraes et al. (2020) que destacaba a influencia do conflito familiar “A última vez que me cortei estaba molesto por algunhas cousas que pasaran na casa, algunhas pelexas entre os meus pais” (Moraes et al., 2020, p. 4); e o apoio familiar “Unha cousa que diferencia ás persoas que se autolesionan é que aínda que todos pasamos por problemas, nos non temos o apoio da familiar cando pasamos por estes” (Moraes et al., 2020, p. 4); “Díxenlle a miña nai que necesitaba axuda, que se non tiña axuda morría, a ela non lle importou, dicía que era unha cousa de adolescentes” (Moraes et al., 2020, p. 4).

Ademais, estes achados permiten corroborar o mencionado noutras revisións e metanálises recentes que recolleron a asociación entre as NSSI e a relación pai fillo (Cipriano et al., 2017; Wang et al. 2022) ou os conflitos familiares (Duarte et al., 2020). De igual modo, estes resultados parecen ir en liña con traballos anteriores que xa mencionaban as consecuencias de diferentes aspectos da relación pais fillos tales como a calidez ou o conflito na saúde mental dos fillos (Hui Yap et al., 2014; Hipwell et al. 2008);

A influencia de diferentes **variables sociodemográficas** parece non quedar clara. Por unha banda, semella que se poida descartar a influencia transversal dos ingresos familiares avaliados en mostras comunitarias e clínicas (Liang et al., 2014; Liang et al., 2022; Plener et al., 2015; Shao et al., 2021; Tang et al., 2018) e a idade dos pais no nacemento (avaliado en mostras comunitarias por Liang et al., 2022). Ademais, lonxitudinalmente nunha mostra comunitaria non se atopou influencia da pobreza (Victor et al., 2019). Isto permite así superar unha das limitación atopadas na revisión de Duarte et al. (2020), pois estes destacaban a pouca atención á pobreza. Descártase tamén deste xeito a hipótese que estes mesmos autores propoñían e que consideraba que esta podía aumentar o risco de desenvolver NSSI.

Non obstante, algúns artigos (con mostras e deseños de diferentes tipos) atoparon resultados contraditorios no que respecta ao nivel educativo dos pais (Liang et al., 2014; Liang et al., 2022; Tang et al., 2018), formar parte dunha familia monoparental (Liang et al., 2014; Victor et al., 2019), ser fillo único (Liang et al., 2014; Tang et al., 2018), e pertencer a unha minoría étnica (Plener et al., 2015; Tang et al., 2018; Victor et al., 2019; Wolf et al., 2013). A necesidade de investigar esta última variable tamén fora destacada por Duarte et al. (2020).

Algúns destes resultados parecen distanciarse do que anteriores revisións observaban no que respecta á relación entre o status socioeconómico e a psicopatoloxía infanto-xuvenil. Así, parece que esta última se asociaba cun baixo nivel socioeconómico, cos baixos ingresos familiares, coa pobreza, e coa baixa educación dos pais (Peverill et al., 2021). Así mesmo, tamén se ten relacionado a psicopatoloxía nos fillos coa idade dos pais (D'Onofrio et al., 2014).

O único traballo que avaliou o divorcio familiar, concluíu que este podía actuar como factor de risco. Esta conclusión pode compararse tamén con estudos cualitativos que recollían a influencia do divorcio “O meu pai e a miña nai separáronse cando eu tiña catro anos, estrañábo moito, creo que me estorbaba demasiado, sentíame abandonado, dividido, triste” (Moraes et al., 2020, p. 4). Así mesmo, os efectos do divorcio dos pais na saúde mental dos fillos xa foran descritos con anterioridade na metanálise levada a cabo por Auersperg et al. (2019).

No que respecta á **psicopatoloxía dos pais** descartouse a influencia tanto lonxitudinal como transversal da depresión, ansiedade ou trastornos alimentarios (Gromatsky et al., 2017; Gromatsky et al., 2020) ao ser avaliados ditos factores en mostras comunitarias. Aínda así, atopouse tamén en mostra comunitaria, a influencia transversal dos síntomas de TDAH

(Gromatsky et al., 2017). No que respecta ao consumo de sustancias atopáronse resultados contraditorios. O único estudo lonxitudinal que avaliou dita influencia foi o de Gromatsky et al. (2020). Este fixo nunha mostra comunitaria e puido concluír que o consumo de sustancias dos pais ao inicio predixo a aparición de NSSI. Por outra banda, en estudos transversais, atoparon que se descartaba a influencia nun estudo con mostra especial (Taliaferro et al., 2019) e atopouse unha influencia moi concreta noutro traballo en mostra comunitaria (Gromatsky et al., 2017).

A influencia do consumo de sustancias polos pais nas autolesións pode tamén compararse cun estudo descritivo: “Enfádome cando hai unha pelexa na casa, entón córtome. Empeceime a cortar de tanto pelexar (...). Vía a meu pai drogarse, a miña nai pelexar, romper cousas (...), púxenme triste, sentín unha dor enorme (...) síntome impotente por elo” (Moraes et al., 2020, p. 4).

Anteriores traballos sinalaron como a saúde mental dos pais influía na dos fillos (Christensen et al., 2017) poñendo énfase na depresión dos pais (Beardslee et al., 1998), os trastornos de conducta alimentaria (Behar e Arancibia, 2014) e o consumo de sustancias (Solis et al., 2012) como factores de risco para psicopatoloxía infantil. Non obstante, ao centrar a atención nas NSSI parece só estar influíndo, en certa medida, o consumo de sustancias. Ademais, outras investigacións que buscaban indagar acerca dos efectos da psicopatoloxía dos pais, atoparon efectos dos trastornos mentais graves (Vivanco e Grandón, 2016). Dita influencia non se analizou nos artigos revisados para as NSSI.

A **personalidade dos pais** avaliada unicamente nun artigo transversal en mostra comunitaria (Gromatsky et al., 2017) atopou puntuacións máis altas de autocrítica e baixas de amabilidade e responsabilidade en pais de nenas con NSSI.

No que respecta ao **apego**, un artigo lonxitudinal en mostra comunitaria (Cassels et al., 2019) descartou o efecto directo, pero si atopou efecto indirecto do apego ansioso e evitativo. Parece tamén sorprendente observar que so se atopou un artigo que valorase a influencia do apego, cando este é un dos factores familiares cunha tradición máis ampla no estudo das dinámicas familiares e psicopatoloxía, presente dende a publicación de *Attachment and Loss* por Bowlby (1969).

Finalmente, dous artigos que avaliaron a influencia transversal do **funcionamento familiar**, un en mostra clínica (Maršanic et al., 2014) e outro en mostra comunitaria (Tang et al., 2021), observaron que cando este era máis desfavorable asociábase ás NSSI. Con funcionamento familiar Maršanic et al. (2014) refírese a seis dimensións: resolución de problemas, comunicacións, roles, capacidade de resposta afectiva, participación afectiva e control do comportamento. Pola súa parte Tang et al. (2021) refírense a cohesión familiar, resolución de conflitos, responsabilidade, independencia, comunicación, resposta afectiva, conflito familiar e implicación emocional.

O atopado neste traballo pode por tanto, explicarse empregando a **hipótese do iceberg**, utilizada en anteriores traballos para explicar os intentos de suicidio (González González et al., 2021). Segundo esta consideraríamos as autolesións a punta do iceberg do sufrimento dos adolescentes. Anteriores traballos demostraran que ese sufrimento se relacionaba cunha ampla heteroxeneidade de problemas psicolóxicos, tal e como se comentou anteriormente e recolle a revisión levada a cabo por Cipriano et al. (2017) así como outros traballos (Hintikka et al., 2009; Nock et al., 2006; Wilkinson et al., 2018). Esta revisión, supón un paso máis para entender este sufrimento engadindo aspectos de índole familiar, o funcionamento familiar, en xeral, as prácticas de crianza, a relación pais-fillos, e os eventos vitais familiares negativos onde destaca o abuso.

Nalgúns traballos intentouse observar se a magnitude e significatividade dos factores de risco podía cambiar en diferentes condicións, e estar **mediado ou moderado por variables doutro tipo**. É así como se atopou a influencia de diferentes mediadores: problemas de comportamento, síntomas de depresión dos adolescentes, personalidade dos adolescentes (responsabilidade, autocrítica, neuroticismo e escrupulosidade) ou satisfacción das necesidades psicolóxicas (Cassels et al., 2019; Gromatsky et al., 2017; Huang et al., 2022; Liu et al., 2021). Así mesmo, a frecuencia na que se presentaran as autolesións tamén parece mediar as asociacións (Tang et al., 2018). Algunhas destas mediacións tamén eran moderadas polo polimorfismo xenético COMT Val158Met e a busca de sensacións (Huang et al., 2022).

Varios artigos (Maršanic et al., 2014; Shao et al., 2021; Tang et al., 2018; Victor et al., 2019) atoparon maior relación, ou incluso so atoparon relación significativa, entre as NSSI e os factores familiares se estes últimos se avaliaban xunto a factores doutro tipo. Isto é, os factores de risco familiares **interrelacionan con outros**. Proba dilo é tamén o estudo de caso de Moraes

et al. (2020), no cal á hora de avaliar características persoais relacionadas coas NSSI aparecen nos relatos dos adolescentes os seus familiares “Quería que a miña familia falase comigo” ou “Son homosexual, sufro moito porque a miña familia non o acepta, comecei a cortarme por iso” (Moraes et al., 2020, p. 4).

Así mesmo, a interrelación entre factores non só se limita a factores familiares con factores doutros tipos, senón que tamén parece que os **factores familiares se interrelacionan entre si**, e débense ter en conta en conxunto. É por elo que, as taxas mais elevadas se atoparon ao estudar o funcionamento familiar en xeral, tendo en conta diferentes dimensións do mesmo (Maršanic et al., 2014; Tang et al., 2021). Así mesmo, pódese hipotetizar que algunhas das asociacións entre NSSI e factores familiares sexan mediadas por outros factores familiares. É o caso por exemplo, do divorcio dos pais e as NSSI (Yu et al., 2022) que podería estar mediado polo conflito (factor que a súa vez, se relaciona coas NSSI), tal e como atoparon outros traballos que analizaron a influencia do divorcio noutras variables diferentes ás NSSI (Amato e Keith, 1991). O mesmo podería tamén aplicarse á personalidade dos pais (Gromatsky et al., 2017), que podería estar influíndo nas NSSI, a través dos estilos de crianza (Prinz et al., 2009).

Á súa vez, a familia non só actúa como factor de risco. Parece relevante por tanto, despois de analizar os aspectos negativos da familia, destacar que tal e como apuntan algúns dos artigos revisados (Taliaferro et al., 2019 por exemplo) así como outros non incluídos nesta revisión (Kellerman et al., 2022) algunhas variables familiares tamén pode actuar como **factores protectores** para as NSSI. Esta parece unha visión, incluso máis importante que a dos factores de risco. Así mesmo, con algúns factores as asociacións non resultaron significativas ou tiñan unha magnitude baixa, por elo, resulta relevante destacar o concepto de **resiliencia**, isto é, certos individuos manteñen a súa competencia, a pesar da exposición a factores de risco (Tiet et al., 1998).

A **relación entre ás NSSI e os intentos de suicidio** xa fora mencionada anteriormente (Guan et al., 2012; Hamza et al., 2012; Klonsky et al., 2013; Nock et al., 2006). É así como varios traballos dos revisados (Liang et al., 2014; Taliaferro et al., 2012; Wolf et al., 2014) avaliaron a diferente influencia dos factores familiares en función de se as NSSI se producían xunto a SA. Isto permitiu observar que nalgúns casos, SA e NSSI compartían factores de risco familiares.

Tamén cabe comentar, como algunhas das relacións observadas neste traballo, entre as NSSI e factores familiares so resultaban significativas se estes últimos **se avaliaban nun dos proxenitores**. Concretamente, Maršanic et al. (2014), observaron que so resultaba significativo o control paterno (pero non o materno). A súa vez, Gromatsky et al. (2017) observaron que os pais (pero non as nais) de nenas que informaban de NSSI presentaban taxas máis altas de trastorno por consumo de alcohol. Esta diferenza entre pais/nais xa fora atopada en anteriores revisións citadas (Cipriano et al., 2017). Naquel momento ao referirse ao rexeitamento, so atoparon relación significativa co materno. Algo semellante atopouse de forma descritiva onde tamén se recollía o rexeitamento materno como factor de risco “Miña nai dixo que lle arruinei a vida, que non debín nacer, que debía morrer no parto, deume tristeza e corteime, sentínme como vasoira” (Moraes et al., 2020, p. 4).

Así mesmo, parece que existe unha representación maior de certos **países** nos estudos que conforman esta revisión. Tal e como se recolleu no apartado anterior China e Estados Unidos son, notoriamente, os países que levaron a cabo un maior número de estudos nos que se avaliaron as variables familiares que podían actuar como factores de risco para as NSSI en adolescentes nos últimos dez anos. Para explicar isto podemos atopar varias respostas. China e Estados Unidos, son o segundo e terceiro país máis poboado mundo. Quizás isto se poida tamén deber a que en países Europeos e Australia tamén se emprega con frecuencia o termo *deliberate self-harm*, para referirse ás autolesións sen ter en conta intencionalidade suicida (Muehlenkamp et al., 2012). A todo isto engádeselle que a porcentaxe de adolescentes que se autolesionan en China, parece ser maior que noutros países occidentais (Huang et al., 2022), feito que xustificaría unha maior investigación neste país. Ademais, este achado parece ir en liña con traballos anteriores que xa atoparan unha elevada prevalencia de investigación en NSSI nestes países. É o caso da revisión levada a cabo por Swanell et al. (2014) onde a metade de estudos foran levados a cabo en Estados Unidos.

Cabe comentar algunhas **fortalezas deste traballo**. Esta revisión, tal e como se comentou no apartado anterior, conformábase artigos con mostras amplas, así mesmo, en maior medida son mostras extraídas de poboación xeral. Todo isto permite que os resultados obtidos sexan máis facilmente xeneralizables. Resulta isto especialmente relevante pois Duarte et al. (2020) destacaban como problema a falta de estudos con datos procedentes de poboación adolescente escolarizada. Esta revisión, adicionalmente, permitiu avaliar cualitativamente o que xa

coñecemos de forma descritiva (Moraes et al., 2020). Igualmente comprobou o que propoñían revisións anteriores, aplicando ademais as súas recomendacións (Arbuthnott e Lewis, 2015; Cipriano et al., 2017; Duarte et al., 2020; Fox et al., 2015; Plener et al., 2015; Wang et al., 2022 e Xiao et al., 2022).

Así mesmo, algúns artigos utilizaron mostras de poboacións especiais, como son mostras de mulleres ou mostras clínicas que tal e como se mencionou anteriormente teñen taxas de prevalencia de NSSI maiores (Brown e Plener 2017; Cipriano et al., 2017; Hintikka et al., 2009; Wilkinson et al., 2018; Nock et al., 2006; Plener et al., 2015). Isto, a súa vez, tamén posibilita coñecer os aspectos analizados en aqueles grupos con menor representación na poboación xeral pero que sen embargo presentan as taxas de NSSI máis elevadas permitindo a análise de aspectos relacionados coas mesmas. Ademais, aínda levando a cabo unha atención aos grupos con especial risco de NSSI, na maioría dos casos as mostras parecen estar equiparadas por xénero, descartándose un sesgo neste aspecto. Analogamente, tamén se tivo en conta o estudo da influencia das variables familiares nas NSSI, nun período temporal de especial risco para estas conductas (Tang et al., 2021), isto é a pandemia da COVID-19, tal e como se recolleu con anterioridade (Zetterqvist et al., 2021).

Alén de todo isto, e para finalizar este apartado de cara a unha intervención, parece destacable e esperanzador que os resultados atopados destacaron como factores de risco familiares, variables modificables nunha intervención familiar (isto é, prácticas de crianza, relación pais fillos e influencia de eventos vitais negativos). Así mesmo, descartaron outras variables nas que sería máis complexo intervir, sobre todo a nivel psicolóxico, como é o caso das variables sociodemográficas.

Limitacións e directrices futuras

Tal e como se comentou anteriormente, a presente revisión confórmana unha minoría de estudos **lonxitudinais**. Isto supón unha limitación pois este tipo de traballos son os únicos que nos permiten avaliar a relación entre os predictores e as NSSI. É por elo, que ao longo da discusión se decidiu relacionar os resultados atopados co tipo de estudo empregado. Isto, a súa vez permite coñecer cales son os factores que necesitan ser estudados en traballos lonxitudinais. Concretamente das prácticas de crianza debería avaliarse en estudos lonxitudinais: control psicolóxico e coidado; dos eventos familiares vitais negativos: maltrato, negligencia e abuso;

da relación pais-fillos: conexión, cohesión, adaptabilidade; das variables sociodemográficas: idade dos pais ao nacemento; nivel educativo dos pais; ser fillo único; pertencer a unha minoría étnica; e da psicopatoloxía e personalidade dos pais: síntomas de TDAH, e a personalidade, en xeral.

Así mesmo, tal e como se comentou anteriormente a utilización de **mostras** comunitarias parece unha fortaleza dos artigos revisados. Non obstante, anteriormente tamén se relacionaron os resultados co tipo de mostra empregada pois existen variables que unicamente se avaliaron nun tipo de mostra, o cal podería ser unha limitación, pois cada tipo de mostras apórtanos uns beneficios. Sería útil avaliar as diferentes variables tanto en mostras clínicas/especiais coma comunitarias. As variables que non foron investigadas en mostras comunitarias son o coidado, o apoio, e a tensión e estrés na relación pais-fillos. Por outra banda, parece que se deberían avaliar en mostras clínicas variables correspondentes ás a crianza severa estrita, o control psicolóxico, o castigo severo, a calidade do vínculo na relación pais fillos; a idade do pais, a monoparentalidade e a psicopatoloxía e personalidade dos pais.

Así mesmo, esta revisión evidencia a necesidade de seguir investigando na **influencia de certas variables familiares**. Nalgúns casos isto débese a que non quedou clara a súa influencia, tal sería o caso da influencia de algunhas variables sociodemográficas (nivel educativo dos pais, familia monoparental, ser fillo único, pertencer a unha minoría étnica) ou a psicopatoloxía dos pais. Noutros casos, esta necesidade de investigación fundaméntase en que os resultados atopados parecen ir en contra do atopado en anteriores traballos. Concretamente, coa influencia que ditas variables podían ter na saúde mental. Este sería o caso do estilo de crianza democrática, os ingresos familiares, a idade dos pais, e de novo, a psicopatoloxía dos proxenitores.

Así mesmo, neste traballo atopouse un **sesgo** en relacións **ao país no que se levaron a cabo as investigacións**. Revisións futuras observar se esta limitación se supera ao empregar o termo *deliberate self-harm* (sen ter en conta se existe ou non ideación suicida, aspecto que deberían filtrar a posteriori). Isto permitirá saber se é necesaria máis investigación noutros países, ou se o sesgo se debe a filtrar por lingua ou a non ter empregado este termo. De ser esta última a razón, evidenciaríase a necesidade de unificar a linguaxe científica empregada para as autolesións non suicidas. Así mesmo, xa na introdución se observaba que existía pouca investigación que abordase a prevalencia das NSSI en España. Ademais, a existente incluso

informaba dunha prevalencia maior a internacional (Calvete et al. 2015). Ao estudar as variables familiares que poden actuar como factores de risco para as NSSI non se atopou ningún artigo levado a cabo no noso país, supoñendo esta outra limitación do presente traballo. É por todo elo que se debería promover a investigación futura neste campo en España.

A estas limitacións engádeselle que aínda que nesta revisión se buscaba pescudar se existía influencia de factores familiares nas NSSI, existen poucos traballos cuxo **obxectivo principal** sexa coñecer isto. É por elo que para esta revisión se empregaron artigos con obxectivos moi variados, co menoscabo que isto implica.

Unha importante limitación atopada no presente traballo é a heteroxeneidade e dificultade á hora de **avaliar** tanto as NSSI como os factores de familiares, pois esta pode traer certa confusión nos resultados. No que respecta ás NSSI, é unha problemática xa comentada con anterioridade. Muehlenkamp et al. (2012) e Swanell et al. (2014) acharon nas revisións realizadas que a forma na que se medía a autolesión tiña un impacto significativo nas taxas de NSSI, tal e como se anticipara na introdución deste traballo. A isto úneselle que estamos ante un comportamento normalmente secreto e oculto (Santos, 2011), tal e como se comentou con anterioridade. Adicionalmente, a excepción dun par de artigos que diferenciaron entre frecuencias de NSSI, os restantes so cualificaron ás NSSI como presentes ou ausentes. Isto resulta de novo un erro, posto que un dos traballos revisados que diferenciou frecuencias de NSSI (Tang et al., 2018) así como outras investigacións anteriores que avaliaron NSSI en función da gravidade (Lloyd-Richardson et al., 2007) suxiren que pode haber diferencias na asociación de factores de risco das autolesións en función de frecuencia e gravidade.

No relativo á **avaliación de factores familiares**, obsérvase unha variedade de constructos utilizados así como de métodos de avaliación empregados. Isto é unha problemática xa comentada en literatura anterior (Gorostiaga et al., 2019) sendo dita heteroxeneidade, unha limitación intrínseca ao estudo de familia. Bótase así en falta un modelo organizador de dita avaliación. En relación a investigacións futuras, ademais do xa comentado, deberanse unificar os método de avaliación das NSSI e os factores familiares, pois isto garantiría a coherencia na investigación e permitiría unha mellor comparación entre estudos.

Así mesmo, aspectos comentados anteriormente na discusión deste traballo xa foron perfilando cales poderían ser outras directrices futuras. Neste sentido, deberíase **comprobar**

cuantitativamente algún dos aspectos atopados cualitativamente, isto é, a influencia da perda de seres queridos e o rexeitamento materno.

Ademais, a discusión deste traballo evidenciou a necesidade de que traballos futuros continúen coa investigación da **interacción entre factores familiares e outros**, e como inflúen mediadores e moderadores. Isto, tamén axudará a esclarecer que hipótese ou hipóteses poden explicar as relacións atopadas.

Algúns artigos, como é o caso de Miller et al. (2021) tamén parecen estar abrindo outro campo de investigación na relación entre as conductas autolesivas non suicidas e os factores familiares, isto é, como **as NSSI adolescentes poden influír na familia**.

Igualmente, o comentado neste traballo con respecto á **relación entre as NSSI e os intentos de suicidio** fai que se expoña unha pregunta de cara á investigación futura, esta é, as NSSI son realmente factores de risco das SA? tal e como se comentaba na introdución do traballo (Guan et al., 2012; Hamza et al., 2012; Klonsky et al., 2013; Nock et al., 2006); ou esta superposición atopada na literatura débese a que NSSI e SA comparten os mesmos factores de risco?

Finalmente, aínda que este artigo supón unha visión negativa do que acontece nas familias, e de como isto inflúe nos adolescentes, existe bibliografía (Kellerman et al., 2022; Taliaferro et al., 2019) que recolle tal e como se comentou anteriormente que a familia tamén pode actuar como factor protector. É por elo, que desde este traballo se promove a investigación das variables familiares que poden actuar como factor de protección tanto para as NSSI como para outras problemáticas. Así mesmo, tamén parece que algúns adolescentes son **resilientes**. Por elo, estudar os predictores da resiliencia deberá ser tamén un foco da investigación futura.

5. Proposta intervención

5.1. Xustificación

Parece que ao longo deste traballo se puido observar que existen factores familiares relacionados coas conductas autolesivas non suicidas en adolescentes. Entre os factores familiares atopados e identificados como de risco, recóllense como principais o funcionamento familiar en xeral, e máis especificamente, os eventos vitais familiares negativos (fuxir da casa, maltrato, negligencia emocional abuso físico e emocional), as prácticas de crianza (crianza severa, estrita, control parental, control psicolóxico, castigo severo e menor coidado), e a relación pais-fillos (tensión, estrés, calidade do vínculo, conexión, cohesión e adaptabilidade e apoio familiar). Cunha **intervención familiar**, poderanse reducir ditos factores de risco, e por tanto, diminuír os efectos negativos dos mesmos, evitar que sucedan novos e modificar as narrativas existentes relacionadas cos mesmos.

A intervención, en liña co obtido neste traballo, seguirá a metáfora do iceberg. Isto é, pártese de que os síntomas, neste caso, as autolesións, son a punta do iceberg do sufrimento do adolescente. Tal e como se comentou anteriormente, o sufrimento relacionado coas autolesións pode estar relacionado con múltiples factores (Brown e Plener, 2017; Hawton et al., 2012). Sen embargo o presente traballo centrouse na parte do sufrimento relacionada coa familia, é por elo, que a proposta de intervención que aquí se presenta para reducir as autolesións, basearase nunha intervención familiar. Con isto tamén se intentarán evitar os efectos iatroxénicos, que en ocasións, pode ter unha intervención psicolóxica, e que neste caso podería ter unha excesiva atención ás conductas autolesivas.

Dita decisión tamén se fundamenta na investigación de Cottrell et al. (2018) que constitúe o maior estudo de avaliación da efectividade clínica da terapia familiar nas conductas autolesivas. Nela obtivéronse probas que demostran a eficacia da intervención familiar non só na mellora do funcionamento familiar, senón que tamén na redución de autolesións cando os cuidadores informaron dun funcionamento familiar deficiente, información que xustifica a estrutura da intervención utilizada. Dita investigación baseárase nunha versión modificada do *Leeds Systemic Family Therapy Manual* (Pote et al., 2008) e será, por tanto esta, a empregada no presente traballo.

As autolesións son comportamentos secretos e ocultos (Santos, 2011) tal e como se comentou no propio traballo, polo que parece difícil lograr que os adolescentes queiran responder a unha avaliación acerca das autolesións, o fagan de forma sincera, e queiran, ademais, participar nun programa no que se interveña nas mesmas. Ademais, as familias poden mostrar resistencias para participar. Por todo elo, o **primeiro achegamento** aos adolescentes e as familias realizarano os **orientadores** dos centros educativos, persoas xa coñecidas para ambos, próximas e que xeralmente lles suscitan confianza. As autolesións, en ocasións, son algo moi alarmante e perigoso así é que para reducir o risco das mesmas, os orientadores, previo á intervención familiar tamén ensinaron conductas de seguridade e conductas alternativas.

Tanto neste primeiro achegamento ás familias como na intervención familiar participarán, nun principio, unicamente o adolescente e os seus proxenitores ou cuidadores principais. Dita decisión xustifícase en que, ditas figuras familiares foron as que recibiron maior atención nos artigos revisados. Porén, esta decisión está aberta a modificacións, isto é, podería acudir algún outro membro da familia se este está directamente relacionado coas problemáticas que levan ao adolescente a terapia familiar, ou mesmo este último desexa invitalo.

Tal e como temos visto, os factores familiares non son os únicos que inflúen nas autolesións, isto é, identificáronse factores xenéticos, biolóxicos, fisiolóxicos, sociais, e culturais entre outros (Brown e Plener, 2017; Hawton et al., 2012). É por elo, que nalgún caso podemos atopar que esta intervención familiar non resulta suficiente, ou incluso non resulta pertinente para reducir as conductas autolesivas. Así, aínda que non sexa o foco do traballo recoméndase que, nestes casos se poderían **derivar** aos adolescentes a outro tipo de intervencións. Aínda que non exista a día de hoxe un tratamento ben establecido para as autolesións (Mollà et al., 2015), a

Terapia Dialéctica do Comportamento (DBT, polas súas siglas en inglés, *Dialectal Behavior Therapy*), concretamente a versión modificada para adolescentes de Miller et al (2007) é a que conta con maior apoio empírico para a diminución das autolesións non suicidas (Guerra-Báez et al., 2019; Mollà et al., 2015; Ougrin et al., 2015). Así mesmo, algúns traballos (Mollà et al., 2015) tamén observaron que un tratamento probablemente eficaz é a Terapia Baseada na Mentalización (MBT, polas súas siglas en inglés, *Mental Based Therapy*) desenvolta por Bateman e Fonagy (2013).

De igual modo, tal e como se ten visto anteriormente neste traballo os factores de risco familiares non só derivan en autolesións, senón que tamén se relacionan con moitas outras problemáticas (Behar e Arancibia, 2014; Auersperg et al., 2019; Calyborne et al., 2021; Hipwell et al. 2008; Norman et al., 2012, entre outros) ademais de ser, por si mesmos un problema. Indirectamente, a intervención familiar que se levará a cabo para reducir as autolesións, tamén poderá ter efectos beneficiosos nestas outras problemáticas. Ademais, aínda que non sexa o foco deste traballo, crese tamén que a identificación de factores de risco familiares non podería pasar desapercibida ante un profesional, e debería levar á **derivación** a un servizo de intervención familiar.

5.2. Acceso e características do programa

5.2.1. Cribado e acceso ao programa

Citación nos servizos de orientación

O cribado e acceso ao programa levarano a cabo os servizos de orientación dos centros educativos seguindo o diagrama da Figura 2. Derivarán os casos, segundo sexa oportuno, a intervención familiar ou a outros servizos.

Utilizarse un instrumento de *screening* nos centros educativos que permita identificar a adolescentes con alto risco de autolesións. Isto é, o Cuestionario de risco de autolesións para adolescentes escolarizados (CRA, deseñado e validado por Herrera López et al., 2021). Aqueles que mostren risco serán citados posteriormente nos servizos de orientación. En ditas citas empregarase como instrumento da avaliación a entrevista, deixando claro aspectos relacionados coa confidencialidade. Tras dita entrevista pediráselle aos adolescentes que

respondan ao *Deliberate Self-Harm Questionnaire* (DSH) na súa versión validada ao español (García-Mijares et al., 2015) para estandarizar a avaliación, e poder comprobar posteriormente a efectividade da intervención. Utilizarase para a avaliación das autolesións tanto a entrevista como un cuestionario, pois crese que crear un clima de confianza facilitará falar das autolesións, así mesmo, algúns adolescentes poderán poñer no papel o que non son capaces de dicir de palabra. Sería máis eficaz para identificar a aqueles adolescentes con autolesións prescindir do instrumento de *screening* e utilizar unha entrevista e un cuestionario; máis esta opción non resulta eficiente dado o elevado número de alumnos escolarizados.

Esta mesma reunión empregarase para realizar unha avaliación do funcionamento familiar. De novo, ter creado un ambiente de confianza facilitará obter unha avaliación fiable do mesmo. En dita avaliación empregarase tanto a entrevista como a Escala de Afecto para fillos (EA-H) (Fuentes et al., 1999), a Escala de Normas e Esixencias para fillos (ENE-H) (Fuente et al., 1999) e o Cuestionario de Trauma Forma Abreviada (CTQ-SF; validado ao español por Hernández et al., 2012).

De atoparse factores de risco familiares na avaliación cos fillos citaranse aos pais nos servizos de orientación. En dita cita levarase a cabo unha entrevista semiestructurada e pediráselle aos pais que cumprimenten tamén a Escala de Afecto (EA) (Fuentes et al., 1999) e a Escala de Normas e Esixencias (ENE) (Fuente et al., 1999), non obstante neste caso empregarase a versión para a pais, é dicir a EA-P e a ENE-P.

A avaliación tanto neste momento inicial, como en posteriores será descrita no apartado 5.4 e esquematizada na Táboa 3.

Citación en terapia familiar

Unha vez completada a avaliación, no caso de que se cumpran os criterios de inclusión no programa, recollidos na Táboa 1, poderán xunto ao orientador escoller unha cita dispoñible. Este tamén lles ofrecerá un teléfono e correo electrónico co que poñerse en contacto se teñen calquera dúbida. Esta cita será para acudir coa súa familia, concretamente cos seus proxenitores ou cuidadores principais, tal e como se xustificou anteriormente. Se tivesen algún problema con isto, será o orientador o que intente mediar para que acuda a familia a terapia e incentive a súa participación poñendo énfase nos beneficios que esta podería ter para todos eles.

Decidiuse que fose o orientador por ser tradicionalmente unha figura que media entre os adolescentes e as súas familias. Este será o que lles explicará tanto á familia como ao adolescente inicialmente como funciona o programa no que van a participar e pedirán o seu consentimento informado para participar no mesmo. Tamén resolverá as dúbidas, que nun primeiro momento poderán xurdir tanto na familia como no adolescente.

Débese ter en conta que en casos de abuso, maltrato ou negligencia tampouco se citarán, nun principio, ás persoas que levaron a cabo ditos actos nin a aquelas que permitiron que se perpetuasen. Tamén cabe destacar que se o adolescente ou a familia rexeita a intervención familiar non se lle obrigará, realizarase dende o centro educativo un seguimento das autolesións, propondránse outras alternativas e terase sempre aberta a porta á intervención familiar.

Táboa 1

Criterios de inclusión e exclusión na intervención.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
-Os equipos de orientación e dirección dos centros educativos aceptan participar.	-Adolescentes que xa estean acudindo a outro tipo de terapia ou intervención psicolóxica, para non interferir na mesma.
-Adolescentes de entre 12-18 anos.	-Atoparse en grave risco de suicidio.
-Presentar autolesións non suicidas no último ano.	-Presentar discapacidade moderada ou grave.
-Presentar algún factor de risco familiar.	
-Aceptar voluntariamente asistir á intervención eles e as súas familias.	
-Consentimento informado de pais e alumnos.	

5.2.2. Espazo de traballo

Os adolescentes incluídos no programa citaranse nas bibliotecas dos concellos (ou algún outro centro aportado polos concellos que resulte acolledor). Este será o espazo destinado para as

sesións. Escóllese este por ser un lugar de fácil acceso para os adolescentes por proximidade aos seus fogares, así como por ser un sitio alleo a súa vida diaria.

5.2.3. Terapeutas

As intervencións serán levadas a cabo por terapeutas e orientadores previamente formados. No caso da intervención familiar serán Terapeutas Familiares os que leven a cabo a intervención. Estes traballarán en equipos de mínimo 2 persoas. Antes da posta en marcha do programa, realizaríase unha capacitación grupal na que participarán tanto os terapeutas familiares como os orientadores. Haberá tamén capacitacións cada tres meses. En ditas capacitacións presentarase o programa (funcionamento, obxectivos, fundamentos teóricos...), presentaranse casos prácticos e compartiranse dúbidas e inquietudes.

5.3. Contido e estrutura

5.3.1. Obxectivos

A presente intervención pretende acadar os seguintes obxectivos xerais:

- Reducir o perigo das conductas autolesivas non suicidas en adolescentes.
- Reducir as conductas autolesivas non suicidas en adolescentes.
- Reducir os factores de risco familiares.

Como obxectivos específicos inclúese:

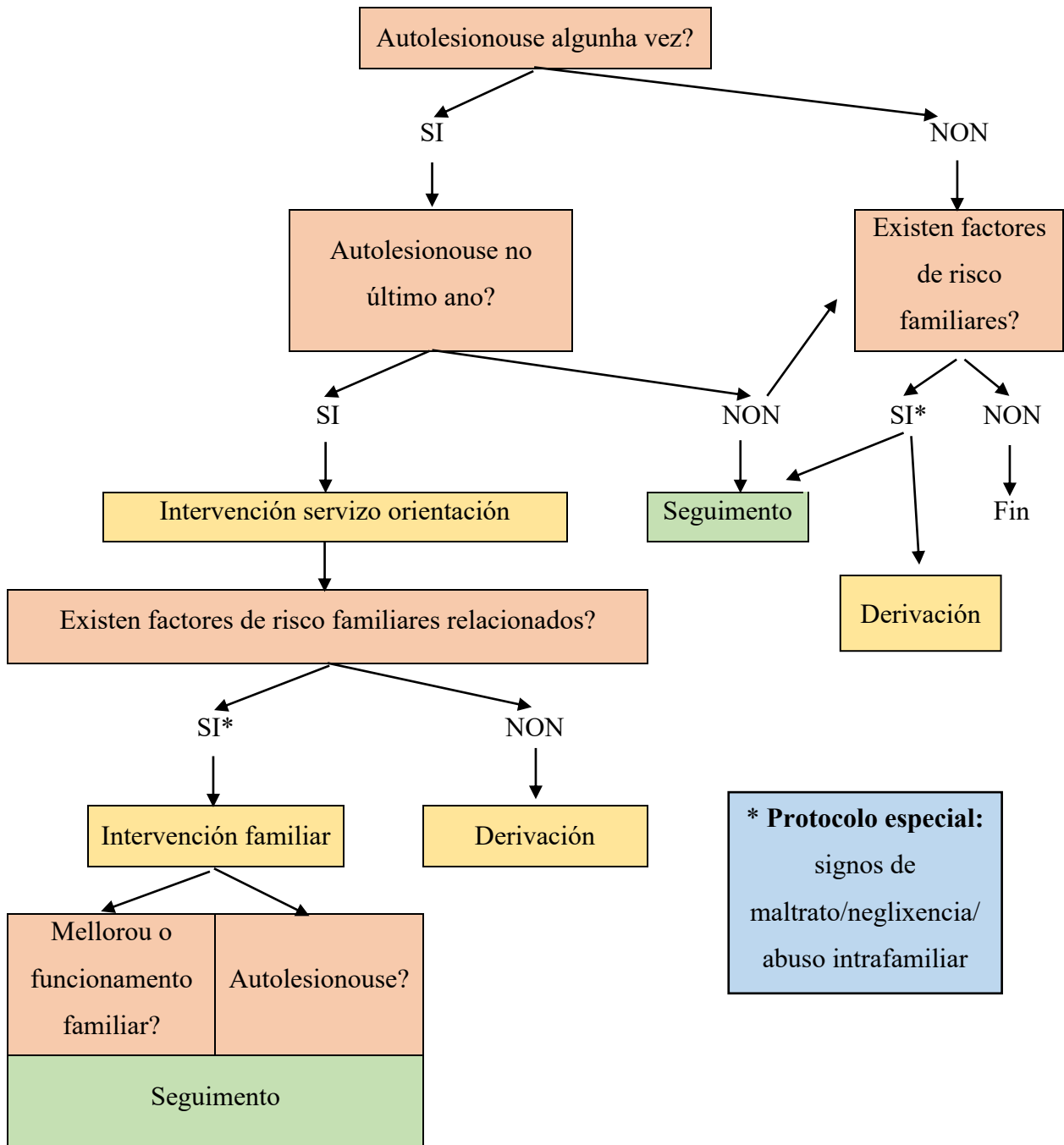
- Lograr alianza terapéutica.
- Identificar aos adolescentes que presentan conductas autolesivas non suicidas.
- Identificar aos adolescentes que presenten factores de risco familiares.
- Modificar as narrativas existentes relacionadas cos factores de risco familiares.

5.3.2. Estrutura

Este programa estruturarase seguindo o diagrama recollido na Figura 2. Cada un dos puntos da mesma desenvolverase nos seguintes apartados.

Figura 2

Diagrama que estrutura o programa.



5.3.3. Recomendacións xerais

Tanto na intervención pola parte do servizo de orientación como na intervención familiar daráselle moita importancia aos seguintes puntos, guiados por Mosquera (2008).

- Lograr unha **alianza terapéutica**.
- Transmitir **esperanza e comprensión** aos adolescentes. Aínda que se sabe que é necesario en todos os casos, resulta especialmente relevante cando estamos ante unha persoa que se avergonza de si mesma e das súas conductas.
- Que o adolescente saiba que pode mostrarse tal e como é, **sen ser xulgado**.
- Terapeutas e orientadores deberán transmitir que verdadeiramente **lles importa** o que senten.
- **Evitar reaccións de alarma excesivas**. Débese manter a calma e centrarse en solucións, independentemente da gravidade da conducta ou da lesión. Algunhas autolesións poden impactar, polo que é importante anticipar que o adolescente se poderá sentirse mal se percibe xestos de desaprobación, desgusto ou asco.
- Recordar que as autolesións poden ser a **única maneira que estes adolescentes coñecen** para facer fronte a dor.

Polo tanto, en todo momento haberá que ter moi presente, como ingredientes fundamentais a comprensión, información, interese, tacto, calma, paciencia e respecto.

5.3.4. Primeiro achegamento polo servizo de orientación

Este primeiro achegamento polo servizo de orientación irá guiado polos seguintes puntos:

- **Expresión emocional**

Os orientadores serán os que fagan o primeiro acercamento ás autolesións dos adolescentes. Durante este crearán un clima de confianza no que os adolescentes se poidan expresar. No primeiro achegamento intentarán identificar se os adolescentes recorreron as autolesións, así como identificar e poñer en palabras os conflitos subxacentes, o cal por si mesmo xa resultará terapéutico.

- **Tratar medicamente as feridas**

Non se lles pedirá que eliminen as autolesións, non obstante si se buscará reducir a gravidade e perigo das mesmas. Por elo entre paciente e orientador, deseñárase un plan de como tratar medicamente as feridas. Dito plan dependerá do tipo de conducta utilizada así como da gravidade da mesma. Así, por exemplo, se estamos ante conductas graves (hemorraxia exuberante ou prolongada; ferida profunda; queimaduras segundo/terceiro grado; fracturas; signo de infección....) o plan incluírá acudir ao hospital. Se ditas conductas son moderadas ou leves daránselle algunhas indicacións de primeiros auxilios (como desinfectar unha ferida; como coidar unha queimadura; tomar auga para rexenerar sangue perdida...). De igual modo, se presenta conductas nas que empregue obxectos para ferirse tales como coitelas este plan incluírá a desinfección dos mesmos. Igualmente, atendendo as feridas estarase xa rompendo o bucle de autolesión no que o adolescente se atopa. Transformárase así autolesión por autocoidado.

- **Propoñer conductas alternativas**

Propoñeranse conductas alternativas que poderán ser utilizadas polos adolescentes cando teñan un impulso de autolesión. Cando o impulso de autolesionarse sexa leve ditas condutas poderían ser pasear, chamar a alguén, escoitar música e bailar, facer exercicio físico ou buscar sensacións sensoriais agradables, entre outras. Non obstante, se o impulso é elevado, as conductas alternativas poderían ser pintar cun bolígrafo vermello a pel en lugar de cortala; morder alimentos cun sabor forte como xenxibre, limón ou guindilla; coller un xeo coas mans; facer un molde de plastilina e rompelo; lavarse a cara con auga moi fría; depilarse con cera; poñer cremas de frío ou calor ou dar palmadas ata ter as mans vermellas. Ditas conductas producen unha sensación semellante as autolesións, porén son menos perigosas e non producen resultados que perduran. En todas estas decisión, terase moi en conta as ideas e preferencias que poidan ter os adolescentes. Con todo elo ensínase que existe unha alternativa ás autolesións. Ademais, débesele recordar aos adolescentes que cada impulso que superen, axudaralles a que o seguinte sexa menos probablemente e teñan maior capacidade para facerlles fronte.

- **Recursos**

Os orientadores dos centros educativos tamén contarán con unha serie de recursos que poderán ofrecer aos adolescentes (Anexo 2). Ditos recursos tamén poderán ser ofrecidos a familiares, se así o solicitan.

- **Crear un kit de emerxencia**

Toda esta información podería ser gardada nun kit de emerxencia que podería adquirir a forma que o adolescente desexe. Isto é tanto unha nota do móbil como unha caixa física

5.3.5. Intervención familiar

A intervención familiar guíase seguindo o xa mencionado manual de Pote et al. (2008). Ademais a continuación presentase unha intervención familiar a grandes rasgos posto que se ve convinte que os terapeutas encargados do respectivo caso sexan quen leven estas indicacións xerais á práctica. Si ben é certo, para ilustralo un pouco máis, nalgúns casos ademais das explicacións propóñense exemplos de preguntas e intervencións terapéuticas que se poderían utilizar nunha familia na que se identificou castigo severo e control parental como factores de risco.

A intervención familiar resúmese e estruturase en tres fases: sesións iniciais, intermedias e finais, en cada unha dela deberanse tocar unha serie de puntos. Todo elo aparece recollido a modo esquemático na Táboa 2, servindo dita táboa como guía. Non obstante, cada punto desenvolverase nos subapartados seguintes.

Táboa 2

Estrutura intervención familiar

Sesións iniciais	
Establecer os límites e a estrutura da terapia coa familia.	Nº de sesións: 2 aprox.
Construír o vínculo e lograr e involucrar á familia.	Duración: 1h.
Recoller e profundar na información.	
Establecer as metas e obxectivos da terapia.	
Sesións intermedias	
Desenvolver a relación terapéutica.	Nº de sesións: 6 aprox.
Seguir recollendo información.	Duración: 1h.
Identificar e explorar as crenzas.	
Facer o cambio a nivel das conductas e crenzas.	
Regreso ás metas e obxectivos da terapia.	
Sesións finais	
Recoller información e enfocar a discusión.	Nº de sesións: 2 aprox.
Seguir traballando cara o cambio a nivel de conductas e crenzas.	Duración: 1h.
Entender as conductas e crenzas. que levan a desenvolver dificultades.	
Decisión de peche.	
Revisión do proceso de terapia xunto á familia.	

Sesión iniciais

- **Establecer os límites e a estrutura da terapia coa familia.**

Ao inicio, o terapeuta presentarase a el e ao equipo, explicarase a confidencialidade, a estrutura das sesións e a estrutura da terapia. Aínda que sexan aspectos sobre os que a familia xa terá certa información aportada pola orientadora resulta moi importante volver a explicalos na primeira sesión. Tras isto deixarase un tempo para preguntas da familia.

- **Construír o vínculo e involucrar á familia**

O terapeuta creará un ambiente cálido e empático que posibilite incrementar a confianza e construír a relación terapéutica. O terapeuta deberá ademais escoitar a todos os membros da familia e optar por unha perspectiva neutral.

- **Recoller e profundar na información**

A información recollida será acerca do contexto da terapia (se veñen só porque lles mandaron na escola, se veñen porque consideran que necesitan axuda, experiencias previas da terapia, preocupacións...), relacións, roles, historia e pautas da familia. Así como as dificultades ou temáticas actuais. Neste sentido, aínda que as familias veñan derivadas por terse identificado factores de risco por parte de profesionais, resulta moi relevante escoitar e acoller a información que a familia introduza sobre as súas dificultades. Ante estas dificultades deberase preguntar polas solucións e logros conseguidos, isto é, as accións que a familia realizou para intentar solucionar as dificultades, e a avaliación da efectividade das mesmas. Toda esta información deberá ser recollida de forma circular. A modo de exemplo estas serían algunhas das preguntas que se poderían utilizar: *que cree vostede que o seu fillo sinte cando lle berra? Como cree que reacciona cando lle impón de castigo non saír en todo o ano? Por que cres ti que chega teu pai a impoñerche dito castigo?*

- **Establecer as metas e obxectivos da terapia.**

Responderase as seguintes preguntas: que espera obter a familia da sesión? Cales son os distintos puntos de vista? Estableceranse os obxectivos dunha maneira que expresen a posibilidade de cambio. Así mesmo, deberase lograr que os obxectivos establecidos sexan aceptados por todos os membros da familia e teñan en conta os déficits no funcionamento familiar atopados na avaliación. Isto podería ser, *lograr que non sexan necesarios castigos tan severos.*

Sesións intermedias

- **Desenvolver a relación terapéutica**

Ademais do xa mencionado o terapeuta deberá crear e ofrecer alternativas acerca do proceso de terapia e resolver problemas no sistema familia-terapeuta-equipo no momento en que aparezan.

- **Seguir recollendo información**

De novo buscarase ampliar a información acerca dos problemas ou dificultades actuais poñendo énfase nas consecuencias e efectos dos comportamentos, localizando as pautas de comportamento e dando retroalimentación á familia. Así mesmo, volverase a recoller información acerca da familia e as interaccións así como as solucións e éxitos. Por exemplo, *que consecuencias teñen estes castigos? Conseguen mellorar o comportamento do seu fillo?*

- **Identificar e explorar as crenzas**

Isto é, indagar acerca dos pensamentos, crenzas, mitos e actitudes da familia que inflúen nos dilemas ou dificultades. Por exemplo, *de onde cree vostede que saen as ideas e valores sobre como criar ao seu fillo? Cando empezou a utilizar estes métodos?*

- **Facer o cambio a nivel das conductas e crenzas**

Para elo poderanse empregar diferentes técnicas tales como confrontar, prover de distancia, externalización, reencadre, licitar solucións, ilusión de alternativas, amplificar o cambio, aumentar a sensación de habilidade e control sobre a súa situación, pensamento e conductas, ou introducir ideas do terapeuta ou do equipo. Todas elas serán descritas na táboa do Anexo 3. Estas serán as técnicas principais que nos permitirán reducir e incluso eliminar os factores de risco, así como modificar as narrativas existentes nas familias.

- **Regreso ás metas e obxectivos da terapia.**

Isto é, deberíase volver tratar as metas da terapia para determinar se estas xa se lograron, se cambiaron ou mesmo para definilas máis claramente se ao inicio non foron claras. A modo de exemplo: *agora que lograstes realizar cambios e conseguir os logros que inicialmente vos propuxestes, credes que hai algo máis que debemos discutir aquí?*

Sesións finais

- **Recoller información e enfocar a discusión.**

Poñendo o foco na discusión dos temas que trouxeron á familia a terapia, deberase continuar indagando acerca dos temas e dificultades actuais, os cambios producidos nos mesmos, e as solucións e logros, poñendo énfase nestes últimos, sobre todo se a familia non os ve.

- **Seguir traballando cara o cambio a nivel de conductas e crenzas,**

De novo, utilizando as técnicas recollidas na táboa do Anexo 3.

- **Entender as conductas e crenzas que levan a desenvolver dificultades.**

Prestarase atención ás pautas familiares de comportamento, motivacións detrás de prexuízos, comportamentos e sentimentos; e entendemento das reaccións dos membros da familia ante as conductas doutros.

- **Tomar a decisión de peche**

Esta deberá ser colaborativa. Para elo deberase estar alerta ante os seguintes sinais: retroalimentación positiva por parte da familia e o adolescente, retroalimentación negativa sobre a terapia ou notar cambios.

- **Revisión do proceso de terapia xunto á familia**

Isto refírese a: que gañaron, que perderon, posibles malentendidos, fundamentos dos procedementos e conductas usadas polo terapeuta, como previr posibles dificultades ou que facer se aparece outra dificultade. Buscarase con isto poder empoderar á familiar ante un posible contacto cun servizo terapéutico futuro ou ante a aparición doutras dificultades.

5.3.6. Protocolo especial

Esta proposta tamén conta cun protocolo especial para os casos nos que a avaliación dos factores de risco familiares detecte a presenza de signos de maltrato, negligencia, ou abuso intrafamiliar. Se neses supostos, o adolescente sigue vivindo na familia na que se produciron ou están producindo ditas conductas, os orientadores deberán alertar aos servizos sociais como

medida de protección do menor. Non obstante, antes diso, o orientador deberalle expresar a súa preocupación aos adolescentes, escoitar o seu punto de vista, e informalos da medida que van a levar a cabo así como das consecuencias da mesma.

5.3.7. Derivación

Aínda que estamos ante unha intervención familiar en casos de autolesións, como profesionais non podemos deixar pasar que un adolescente se autolesione aínda que non existan factores de risco familiares, ou mesmo, que aínda que non se autolesione, se detecten factores de risco familiares. En ambas situacións sería convinte derivar a outros servizos.

No primeiro suposto, estes servizos de derivación aconsellase que sexan unha Terapia Dialéctico Condutual (DBT) ou unha Terapia Baseada na Mentalización (MBT), por ser, tal e como se comentou anteriormente, as que contan con maior soporte científico.

Por outra banda, se nos atopamos con factores de risco familiares pero non autolesións, a derivación debería ser a un servizo de intervención familiar.

5.3.8. Seguimentos

Nesta intervención existen varios tipos de seguimentos. Os instrumentos empregados para cada un deles serán descritos no seguinte apartado así como na Táboa 3.

-Seguimento en casos de autolesión algunha vez na vida, pero non no último ano

Nestes casos volverase a avaliar a presenza de autolesións 1 vez ao ano durante 2 anos. Se neses seguimentos non se detectan autolesións, rematará o protocolo. De atoparse presenza de autolesións no último ano seguirase o protocolo descrito anteriormente na Figura 2

Non se realiza especificación neste seguimento acerca da existencia ou non de factores de risco familiares, pois se existisen, o seguimento dos mesmos confiaríase nos profesionais aos que se derivou o seu tratamento.

-Seguimento en casos de factores de risco familiares pero non autolesións

Nestes casos, dende o centro educativo debería avaliarse se os factores de risco familiares desencadean en autolesión 1 vez ao ano durante 2 anos. De novo, se neses seguimentos non se detectan autolesións rematará o protocolo, e confiarase o seguimento dos factores de risco familiares aos organismos aos que se derivou o caso. De atoparse presenza de autolesións no último ano seguirase o protocolo descrito anteriormente na Figura 2

-Seguimento despois dunha intervención

Avaliaranse aos 3, 6, 12, e 24 meses tanto a presenza de autolesións como o funcionamento familiar. De atoparse que os adolescentes recorreron ás autolesións ou existe un funcionamento familiar inadecuado volveráse a iniciar o protocolo de intervención.

5.4. Avaliación

5.4.1. Avaliación das autolesións

A avaliación das autolesións permitirá responder ás preguntas acerca de se o adolescente se autolesionou recollidas na Figura 2 ao inicio do programa. Así mesmo, esta avaliación será utilizada nos seguimentos tras unha intervención para coñecer a efectividade do mesmo. De igual modo, avaliaranse as autolesións nos seguimentos en casos de risco, isto é, casos de autolesións algunha vez na vida pero non no último ano, ou presenza de factores de risco familiares pero non autolesións. A continuación descríbense os métodos utilizados para a avaliación das autolesións. A súa utilización poderá ser guiada polo cronograma da Táboa 3.

Á hora de avaliar as autolesións, ademais dos problemas xa comentos na discusión encontrámonos coa falta de métodos de avaliación de autolesión en poboación hispanofalante tal e como observaron García-Faura et al. (2021). Como método de *screening* utilízase o **Cuestionario de risco para autolesións (CRA)** este foi deseñado e validado en español nunha mostra de adolescentes escolarizados por Herrera-López et al. (2021), atopando adecuadas propiedades psicométricas. Serve para detectar o risco de autolesións a través dunha estrutura multifactorial de sete dimensións (regulación afectiva; disociación; conducta suicida alternativa; influencia interpersonal; límites persoais; castigo e busca de sensacións).

O *Deliberate Self-Harm Questionnaire (DSH)* será utilizado para avaliar as autolesións dado que conta con versión validada ao español (García-Mijares et al., 2015) e foi o utilizado en varios dos estudos revisados (Liang et al., 2022; Liang et al., 2014; Liu et al., 2021; Maršanic et al., 2014). Parece especialmente importante á hora de utilizar este cuestionario fixarse no ítem 6, pois esta fai referencia á razón da última autolesión, sendo a primeira resposta posible problemas familiares.

Na primeira avaliación utilizarase o cuestionario completo. Non obstante nos seguimentos recorrerase a unha versión modificada do mesmo. Despois dunha intervención, os tres primeiros ítems en lugar de preguntar por se determinadas conductas aconteceron “algunha vez” preguntarán por se aconteceron “dende que finalizou a intervención”. Nos seguimentos en casos de risco preguntarán polo “último ano”.

Ademais, ao inicio do programa, previo á utilización de ningún cuestionario, así como nos seguimentos en casos de risco, recorrerase á **entrevista**. Dita entrevista será semiestructurada e poderase guiar polo seguintes puntos, propostos por Mosquera (2008):

- Se o adolescente empregou nalgunha ocasión as autolesións
- Diferenciar entre autolesión e intento de suicidio.
- Cando, como, onde, por que, con que e para que se autolesiona agora e cando empezou.
- Como é o patrón das autolesións: organizado, desorganizado, premeditado, impulsivo...
- Obxectos empregados: como os consegue, se os desinfecta, onde os garda, motivos polos que os seleccionou...
- Gravidade das autolesións e tratamento médico das mesmas.
- Características do contexto: lugar público/privado; acompañado/solo...
- Desencadeantes e motivos
- Como conviven coas autolesións: ocúltanas, ensínanas, alardean...

5.4.2. Avaliación familiar

Tal e como acontecía coas autolesións, a avaliación familiar permitirá responder ás preguntas, recollidas na Figura 2, acerca dos factores de risco familiares e o funcionamento neste aspecto.

Terá especial relevancia avaliar os factores familiares que aumentan o risco das NSSI segundo o atopado nesta revisión, isto é, prácticas de crianza, eventos vitais familiares negativos e relación pais-fillos, principalmente. Así mesmo, para saber cando avaliar e con que instrumentos, servirá de guía a Táboa 3.

De novo, ao avaliar factores familiares, vólvense a repetir as limitacións recollidas na discusión. A estas tamén se lles engade a falta de instrumentos validados en español. Empregarase a **Escala de Afecto (EA)** (Fuentes et al., 1999) e a **Escala de Normas e Esixencias (ENE)** (Fuente et al., 1999). A primeira, de 20 items, compóñena dous factores: afecto e comunicación e crítica e rexeitamento dos pais cara os fillos. A ENE, de 28 items, consta de tres factores, que constitúen tres formas que teñen os pais de establecer e esixir o cumprimento de normas: indutiva, rixida, e indulxente. Ambas escalas presentan dúas versións, unha para ser contestada polos fillos (EA-H e ENE-H) e outra polos pais (EA-P e ENE-P). Esta escalas foron escollidas por utilizar o español como lingua, as súas propiedades psicométricas (Bersabé et al., 2001) e a súa aplicabilidade en adolescentes. Ademais, esta escala permite avaliar variables relacionadas coas prácticas de crianza e a relación pais-fillos, así como o funcionamento familiar, factores de risco segundo o atopado anteriormente. De igual modo permitirá coñecer a perspectiva de diferentes membros da familia dado que probablemente non sexa a mesma para todos, e comparar os resultados tanto ao inicio como despois da intervención.

Alén, utilizarase o **Cuestionario de Trauma Forma Abreviada (CTQ-SF; *Childhood Trauma Questionnaire-Short Form*)** empregándose a versión validada ao español por Hernández et al. (2012). Este xa foi tamén un dos instrumentos empregados nun dos artigos revisados (Shao et al., 2021). É un cuestionario de 28 items estandarizado para autoavaliación retrospectiva en adolescentes e adultos de cinco tipos de maltrato: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, abuso, negligencia emocional e negligencia física. Ademais escolleuse pola súa simpleza e brevidade que permite reducir a invasividade. Este cuestionario, avaliará os restantes factores de risco familiares detectados, isto é, eventos vitais familiares negativos tales como maltrato, negligencia emocional, abuso físico e emocional.

A avaliación dos factores de risco familiares complementarase coa utilización da **entrevista**. Dita entrevista será de novo semiestructurada. Nela darase especial importancia a indagar

acerca de aqueles factores que non quedan perfectamente descritos a través do cuestionario mais que foron identificados como de risco na presente revisión. Poderase indagar acerca dos:

- Membros da familia nuclear e extensa.
- Relación cos membros da familia: comunicación, conexión, tensión, conflito, apoio...
- Prácticas de crianza do presente e pasado: castigo, control...
- Satisfacción con ditas relacións e prácticas de crianza.
- Presencia de eventos vitais familiares negativos: tales como falecementos, divorcios traslados, ser vítima de maltrato, negligencia ou abuso...
- Características de ditos eventos familiares negativos: cando aconteceron, quenes participaron, que efecto e impacto tiveron, cal teñen na actualidade...
- Tamén se poderá preguntar por psicopatoloxía e personalidade dos proxenitores poñendo énfase nos rasgos de personalidade: autocrítica, amabilidade e responsabilidade, así como no consumo de sustancias polos pais e os síntomas de TDAH.

Táboa 3*Cronograma de avaliación*

Momento temporal	Avaliación das NSSI	Avaliación dos factores familiares
<i>Screening</i>	CRA	
		Entrevista
Reunión dos adolescentes con orientadores	Entrevista DSH	EA-H ENE-H CTQ-SF
		Entrevista
Reunión dos familiares cos orientadores		EA-P ENE-P
		Entrevista
		EA-H
Finalización da intervención	DSH modificada	ENE-H EA-P ENE-P
		Entrevista
		EA-H
Seguimento despois dunha intervención (3, 6, 12 e 24 meses).	DSH modificada	ENE-H EA-P ENE-P
		Entrevista
Seguimento en casos de autolesión algunha vez na vida pero non no último (1 vez ao ano durante 2 anos)	DSH Entrevista	
Seguimento en casos de factores de risco familiares pero non autolesións (1 vez ao ano durante 2 anos)	DSH Entrevista	

6. Conclusións

Finalmente, guiado polos obxectivos propostos, iso é, indagar se na bibliografía dos últimos 10 anos se describen factores familiares que aumenten o risco de conductas autolesivas non suicidas en adolescentes, e de ser así, coñecer cales son eses factores, pódese concluír o seguinte.

1. Recóllense probas da existencia de factores familiares que actúan como factores de risco de conductas autolesivas non suicidas en adolescentes.
2. Os factores familiares cos que, en maior medida, parecen relacionarse as NSSI, aumentando o seu risco, foron o funcionamento familiar, en xeral, e particularmente as prácticas de crianza, a presenza de eventos vitais familiares negativos e a relación pais-fillos.
3. Como prácticas de crianza semellan salientar a crianza severa, estrita, o control parental, o control psicolóxico, o castigo severo e o menor coidado materno.
4. En eventos vitais familiares negativos englobase unha visión xeral dos mesmo, así como fuxir da casa, maltrato, negligencia emocional, abuso físico e emocional. Sendo o abuso o factor independente atopado nesta revisión que máis aumenta o risco das NSSI.
5. A relación pais-fillos comprende unha visión xeral da mesma, e aspectos concretos tales como a tensión, estrés, calidade do vínculo, conexión, cohesión e adaptabilidade e apoio familiar.

6. As variables que, en menor medida, parecen relacionarse coas NSSI foron as sociodemográficas, e a psicopatoloxía e personalidade dos pais. Si ben é certo algunhas destas variables dos pais parecen ter relacións coas NSSI. É o caso do divorcio, síntomas de TDAH, consumo de sustancias, autocrítica, amabilidade, ou responsabilidade.
7. Este traballo tamén permite observar que os factores familiares poden estar mediados ou moderados por outros, que deberán ser foco de investigacións futuras. Ademais, observouse como diferentes factores de risco poden interrelacionar entre si e con outros.
8. Atopáronse como principais limitacións o baixo número de estudos lonxitudinais e a heteroxeneidade e dificultade na avaliación tanto das NSSI como dos factores familiares.
9. A partir da revisión realizada, faise unha proposta de intervención familiar dirixida a aqueles adolescentes que presentaron, no último ano, conductas autolesivas non suicidas relacionadas con factores de risco familiares.

7. Referencias bibliográficas²

- Amato, P. R. & Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110(1), 26-46. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.26>
- Arbuthnott, A. E. & Lewis, S. P. (2015). Parents of youth who self-injure: a review of the literature and implications for mental health professionals. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0066-3>
- Auersperg, F., Vlasak, T., Ponocny, I. & Barth, A. (2019). Long-term effects of parental divorce on mental health – A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 119, 107-115. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.09.011>
- Bandura, A., & Walters, R.H. (1963). *Social learning and personality development*. Holt Rinehart and Winston.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595-613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887–907. <https://doi.org/10.2307/1126611>

² As referencias marcadas cun asterisco (*) indican os 22 estudos que se inclúen na revisión sistemática.

- Beardseele, W. R., Versage, E. M. & Gladstone, T. R. (1998). Children of Affectively Ill Parents: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1134-1141. <https://doi.org/10.1097/00004583-199811000-00012>
- Behar A, R., & Arancibia M, M. (2014). Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os). *Revista chilena de pediatría*, 85(6), 731-739. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062014000600012>
- Bersabé, R. M., Fuentes, M. J., & Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema* 13(4), 678-684.
- Bowlby J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Bowlby J. (1973). *Attachment and Loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger*. Basic Books.
- Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss: Sadness and Depression*. Basic Books.
- Brown, R. C. & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3). <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L. & Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, 27(3), 223-228. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.262>
- *Cassels, M., Baetens, I., Wilkinson, P., Hoppenbrouwers, K., Wiersema, J. R., Van Leeuwen, K., & Kiekens, G. (2019). Attachment and non-suicidal self-injury among young adolescents: The indirect role of behavioral problems. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 23(4), 688-696. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1494651>
- Christensen, D., Fahey, M. T., Giallo, R., & Hancock, K. J. (2017). Longitudinal trajectories of mental health in Australian children aged 4-5 to 14-15 years. *PLOS ONE*, 12(11), e0187974. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187974>
- Cipriano, A., Cella, S. & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
- Clayborne, Z. M., Kingsbury, M., Sampasa-Kinyaga, H., Sikora, L., Lalande, K. M. & Colman, I. (2021). Parenting practices in childhood and depression, anxiety, and internalizing symptoms in adolescence: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(4), 619-638. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01956-z>

- Cottrell, D. J., Wright-Hughes, A., Collinson, M., Boston, P., Eisler, I., Fortune, S., Graham, E. H., Green, J., House, A. O., Kerfoot, M., Owens, D. W., Saloniki, E. C., Simic, M., Tubeuf, S., & Farrin, A. J. (2018). A pragmatic randomised controlled trial and economic evaluation of family therapy versus treatment as usual for young people seen after second or subsequent episodes of self-harm: the Self-Harm Intervention – Family Therapy (SHIFT) trial. *Health Technology Assessment*, 22(12), 1-222. <https://doi.org/10.3310/hta22120>
- D'Onofrio, B. M., Rickert, M. E., Frans, E., Kuja-Halkola, R., Almqvist, C., Sjölander, A., Larsson, H. & Lichtenstein, P. (2014). Paternal Age at Childbearing and Offspring Psychiatric and Academic Morbidity. *JAMA Psychiatry*, 71(4), 432-438. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4525>
- Díaz de Neira, M., García-Nieto, R., de León-Martínez, V., Pérez Fominaya, M., Baca-García, E., & Carballo, J. J. (2015). Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(3), 137-145. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.09.003>
- Duarte, K. G., Vera Noriega, J. N. & Fregoso Borrego, D. (2020). Factores contextuales relacionados a las conductas de autolesión no suicidas: una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 31(1), 51-59. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2675>
- Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H. & Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 42, 156-167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.002>
- Fuentes, M. J., Motrico, E., y Bersabé, R. M. (1999). Escala de Afecto (EA) y Escala de Normas y Exigencias (ENE): Versión hijos y versión padres. Universidad de Málaga.
- García-Faura, J., Calvete, E., & Orue, I. (2021). Autolesion no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante [Non-suicidal self-injury: conceptualization and clinical evaluation in a Spanish-speaking population]. *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, 42(3), 207–214.
- García-Mijares, J. F., Alejo-Galarza, G. D. J., Mayorga-Colunga, S. R., Guerrero-Herrera, L. F., & Ramírez-García, J. L. (2015). Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes. *Salud Mental*, 38(4), 287-292.

- González González, M., García-Haro, J. M., García-Pascual, H., Sánchez Pérez, M. T., Barrio-Martínez, S. y Voces Oviedo, Jairo (2021). Hacia un enfoque contextual-existencial del suicidio: recomendaciones para la prevención. *Clínica Contemporánea*, 12(1), Artículo e1. <https://doi.org/10.5093/cc2021a3>
- Gorostiaga, A., Aliri, J., Balluerka, N. & Lameirinhas, J. (2019). Parenting Styles and Internalizing Symptoms in Adolescence: A Systematic Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17), 3192. <https://doi.org/10.3390/ijerph16173192>
- *Gromatsky, M. A., He, S., Perlman, G., Klein, D. N., Kotov, R., & Waszczuk, M. A. (2020). Prospective prediction of first onset of nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(9), 1049-1057. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.08.006>
- *Gromatsky, M. A., Waszczuk, M. A., Perlman, G., Salis, K. L., Klein, D. N., & Kotov, R. (2017). The role of parental psychopathology and personality in adolescent non-suicidal self-injury. *Journal of Psychiatric Research*, 85, 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.013>
- Guan, K., Fox, K. R. & Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 842-849. <https://doi.org/10.1037/a0029429>
- Guerra-Báez, S. P., Calderón-Uribe, M., Medina-Galindo, E. D., León-Durán, L. M., Olaya-Riascos, D. C., Puentes-Ramírez, C. A. (2019). Efecto de un programa de intervención grupal con dbt para conductas autolesivas sin intencionalidad suicida. *Revista argentina de clínica psicológica*, 28(4), 439-451.
- Hamza, C. A., Stewart, S. L. & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 482-495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Harris, I. M., Beese, S. & Moore, D. (2019). Predicting repeated self-harm or suicide in adolescents and young adults using risk assessment scales/tools: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1007-7>
- Hawton, K., Saunders, K. E. & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60322-5)

- Hernandez, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., Labad, A., Valero, J., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2012). Initial Validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short Form. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1498-1518. <https://doi.org/10.1177/0886260512468240>
- Herrera López, M., Rosero Martínez, K., Benavides Arcos, K., & Figueroa Peña, M. F. (2022). Diseño y validación del cuestionario de riesgo de autolesión (CRA), en una muestra de adolescentes escolarizados colombianos. *Revista Boletín Redipe*, 10(13), 253-271. <https://doi.org/10.36260/rbr.v10i13.1743>
- Hintikka, J., Tolmunen, T., Rissanen, M. L., Honkalampi, K., Kylmä, J. & Laukkanen, E. (2009). Mental Disorders in Self-Cutting Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(5), 464-467. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.10.003>
- Hipwell, A., Keenan, K., Kasza, K., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Bean, T. (2008). Reciprocal Influences Between Girls' Conduct Problems and Depression, and Parental Punishment and Warmth: A Six year Prospective Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 663-677. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9206-4>
- *Huang, J., Zhang, D., Chen, Y., Yu, C., Zhen, S., & Zhang, W. (2022). Parental psychological control, psychological need satisfaction, and non-suicidal self-injury among chinese adolescents: The moderating effect of sensation seeking. *Children and Youth Services Review*, 136, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106417>
- Hui Yap, M. B., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 156, 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007>
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F. & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 265-272. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>
- *Keenan, K., Hipwell, A. E., Stepp, S. D., & Wroblewski, K. (2014). Testing an equifinality model of nonsuicidal self-injury among early adolescent girls. *Development and Psychopathology*, 26(3), 851-862. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000431>
- Kellerman, J. K., Millner, A. J., Joyce, V. W., Nash, C. C., Buonopane, R., Nock, M. K., & Kleiman, E. M. (2022). Social support and nonsuicidal self-injury among adolescent

- psychiatric inpatients. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50, 1351-1361. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00931-3>
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981-1986. <https://doi.org/10.1017/s0033291710002497>
- Klonsky, E. D., May, A. M. & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 231-237. <https://doi.org/10.1037/a0030278>
- *Liang, S., Yan, J., Zhang, T., Zhu, C., Situ, M., Du, N., Fu, X., & Huang, Y. (2014). Differences between non-suicidal self injury and suicide attempt in chinese adolescents. *Asian Journal of Psychiatry*, 8, 76-83. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.11.015>
- *Liang, K., Zhao, L., Lei, Y., Zou, K., Ji, S., Wang, R., & Huang, X. (2022). Nonsuicidal self-injury behaviour in a city of china and its association with family environment, media use and psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 115, 152311. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152311>
- *Liu, J., Liu, X., Wang, H., & Gao, Y. (2021). Harsh parenting and non-suicidal self-injury in adolescence: The mediating effect of depressive symptoms and the moderating effect of the COMT Val158Met polymorphism. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00423-0>
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L. & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183-1192. <https://doi.org/10.1017/s003329170700027x>
- Mardomingo, M. J., Sánchez Mascaraque, P., Parra, E., Espinosa, A., & Loro, M. (2005). Trastornos psiquiátricos de los padres y psicopatología en los hijos. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 22(4), 136-142.
- *Maršanić, V. B., Margetić, B. A., Bulić, S. O., Đuretić, I., Kniewald, H., Jukić, T., & Paradžik, L. (2015). Non-suicidal self-injury among psychiatric outpatient adolescent offspring of croatian posttraumatic stress disorder male war veterans: Prevalence and psychosocial correlates. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(3), 265-274. <https://doi.org/10.1177/0020764014541248>

- *Miller, A. B., Linthicum, K. P., Helms, S. W., Giletta, M., Rudolph, K. D., Hastings, P. D., Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2018). Reciprocal associations between adolescent girls' chronic interpersonal stress and nonsuicidal self-injury: A multi-wave prospective investigation. *Journal of Adolescent Health, 63*(6), 694-700. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.06.033>
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- Mollà, L., Batlle Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., Pérez, V., & Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 1*(1). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408>
- Moraes, D. X., Moreira, R. D. S., Sousa, J. M., Vale, R. R. M. D., Pinho, E. S., Dias, P. C. D. S. & Caixeta, C. C. (2020). "The pen is the blade, my skin the paper": risk factors for self-injury in adolescents. *Revista Brasileira de Enfermagem, 73*(suppl 1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0578>
- Mosquera, D. (2008). *La Autolesion: El lenguaje del dolor*. Ediciones Pleyades.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L. & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(1). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Nock, M. K., Prinstein, M. J. & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(4), 816-827. <https://doi.org/10.1037/a0016948>
- Nock, M.K. (2009). *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*. American Psychological Association.
- Nock, M.K., Joinerjr, T., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E. & Prinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*(1), 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A

- Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Observatorio del Suicidio en España 2021. (2022). *Suicidios España 2021*. Fundación española para la prevención del suicidio. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021/>
- Oliva Delgado, A., Parra Jiménez, Á., Sánchez Queija, I., & López Gaviño, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, 23(1), 49-56.
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107.
- Peeverill, M., Dirks, M. A., Narvaja, T., Herts, K. L., Comer, J. S. & McLaughlin, K. A. (2021). Socioeconomic status and child psychopathology in the United States: A meta-analysis of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 83, 101933. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101933>
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873-932. <https://doi.org/10.1037/dev0000295>
- *Plener, P. L., Munz, L. M., Allroggen, M., Kapusta, N. D., Fegert, J. M., & Groschwitz, R. C. (2015). Immigration as risk factor for non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents in Germany. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 34-4. eCollection 2015. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0065-4>
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M. & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
- Pote, H., Stratton, P., Cottrell, D., Boston, P., Shapiro, D., & Hanks, H. (2000). *Leeds Systemic Family Therapy Manual*. LFTRC
- Prinz, P., Stams, G. J. J. M., Deković, M., Reijntjes, A. H. A., & Belsky, J. (2009). The relations between parents' Big Five personality factors and parenting: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(2), 351-362. <https://doi.org/10.1037/a0015823>

- Santos, D. (2011). *Autolesión: Qué es y cómo ayudar*. Edición de Autor
- *Shao, C., Wang, X., Ma, Q., Zhao, Y., & Yun, X. (2021). Analysis of risk factors of non-suicidal self-harm behavior in adolescents with depression. *Annals of Palliative Medicine*, 10(9), 9607-9613. <https://doi.org/10.21037/apm-21-1951>
- *Smith, D. M., Wang, S. B., Carter, M. L., Fox, K. R., & Hooley, J. M. (2020). Longitudinal predictors of self-injurious thoughts and behaviors in sexual and gender minority adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(1), 114-121. <https://doi.org/10.1037/abn0000483>
- Sociedad Internacional de Autolesión (2022, 2 de febrero). *Recursos de ayuda*. <https://www.autolesion.com/category/herramientas-autolesion/>
- Solis, J. M., Shadur, J. M., Burns, A. R., & Hussong, A. M. (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Current drug abuse reviews*, 5(2), 135–147. <https://doi.org/10.2174/1874473711205020135>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P. & St John, N. J. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273-303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- *Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Eisenberg, M. E. (2019). Risk and protective factors for self-harm in a population-based sample of transgender youth. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 23(2), 203-221. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639>
- *Taliaferro, L. A., Muehlenkamp, J. J., Borowsky, I. W., McMorris, B. J., & Kugler, K. C. (2012). Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: A population-based sample. *Academic Pediatrics*, 12(3), 205-213. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.01.008>
- *Tang, J., Li, G., Chen, B., Huang, Z., Zhang, Y., Chang, H., Wu, C., Ma, X., Wang, X., & Yu, Y. (2018). Prevalence of and risk factors for non-suicidal self-injury in rural china: Results from a nationwide survey in china. *Journal of Affective Disorders*, 226, 188-195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.051>
- *Tang, W. C., Lin, M. P., You, J., Wu, J. Y., & Chen, K. C. (2021). Prevalence and psychosocial risk factors of nonsuicidal self-injury among adolescents during the

- COVID-19 outbreak. *Current Psychology*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01931-0>
- Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U. & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 227, 759-769. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073>
- Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P. S. & Goodman, S. (1998). Adverse Life Events and Resilience. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1191-1200. <https://doi.org/10.1097/00004583-199811000-00020>
- *Victor, S. E., Hipwell, A. E., Stepp, S. D., & Scott, L. N. (2019). Parent and peer relationships as longitudinal predictors of adolescent non-suicidal self-injury onset. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13 (1). <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0261-0>
- Vivanco B, G. & Grandón F, P. (2016). Experiencias de haber crecido con un padre/madre con trastorno mental severo (TMS). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(3), 176-186. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272016000300002>
- *Wan, Y., Chen, J., Sun, Y., & Tao, F. (2015). Impact of childhood abuse on the risk of non-suicidal self-injury in mainland chinese adolescents. *PloS One*, 10(6), e0131239. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131239>
- Wang, C., Zhang, P. & Zhang, N. (2020). Adolescent mental health in China requires more attention. *The Lancet Public Health*, 5(12), e637. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30094-3](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30094-3)
- Wang, Y. J., Li, X., Ng, C. H., Xu, D. W., Hu, S. & Yuan, T. F. (2022). Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 46, 101350. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101350>
- Wilkinson, P. O., Qiu, T., Neufeld, S., Jones, P. B. & Goodyer, I. M. (2018). Sporadic and recurrent non-suicidal self-injury before age 14 and incident onset of psychiatric disorders by 17 years: prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 212(4), 222-226. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.45>
- *Wolff, J., Frazier, E. A., Esposito-Smythers, C., Burke, T., Sloan, E., & Spirito, A. (2013). Cognitive and social factors associated with NSSI and suicide attempts in

- psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 1005-1013. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9743-y>
- Xiao, Q., Song, X., Huang, L., Hou, D. & Huang, X. (2022). Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.912441>
- *Yu, L., Zhao, J., Zhao, T., Xiao, Y., Ou, Q., He, L., Luo, J., Zhong, Y., Cen, Y., Luo, W., Yang, J., Deng, Y., Zhang J., & Luo, J. (2022). Multicenter analysis on the non-suicidal self-injury behaviors and related influencing factors-A case study of left-behind children in northeastern sichuan. *Journal of Affective Disorders*, 320, 161–168. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.081>
- *You, J., Jiang, Y., Zhang, M., Du, C., Lin, M., & Leung, F. (2016). Perceived parental control, self-criticism, and nonsuicidal self-injury among adolescents: Testing the reciprocal relationships by a three-wave cross-lag model. *Archives of Suicide Research*, 21(3), 379-391. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1199989>
- Zetterqvist, M., Jonsson, L. S., Landberg, S. & Svedin, C. G. (2021). A potential increase in adolescent nonsuicidal self-injury during covid-19: A comparison of data from three different time points during, 2011 – 2021. *Psychiatry Research*, 305, 114208. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114208>
- Zhou, S. (2022). Effects of Different Parenting Styles on Mental Health and Academic Outcomes for Adolescents from Different Cultural Backgrounds. *BCP Social Sciences & Humanities*, 20, 158-164. <https://doi.org/10.54691/bcpssh.v20i.2184>

Índice de táboas

Táboa 1. <i>Criterios de inclusión e exclusión na intervención.....</i>	49
Táboa 2. <i>Estrutura intervención familiar.....</i>	55
Táboa 3. <i>Cronograma de avaliación.....</i>	64

Índice de figuras

Figura 1. <i>Modelo PRISMA sobre o proceso de selección de estudos.....</i>	17
Figura 2. <i>Diagrama que estrutura o programa</i>	51

Anexos

Anexos 1.

Principais características dos artigos seleccionados.

Autores e deseño	Participantes	Obxectivos	Avaliación NSSI	Avaliación factores relacionados	Principais resultados
Cassels et al. (2019) Estudo lonxitudinal 1 ano 2 avaliacións.	N=559 Mulleres=58.9% Idade=13 anos (ao inicio). Mostra comunitaria. País=Holanda	Comprobar se o apego inseguro actúa como factor de risco para as NSSI en adolescentes, a través de problemaste, emocionais e de comportamento.	Pregunta: “Dende a anterior avaliación fixécheste dano intencionadamen te, por exemplo, cortarte, queimarte e/ou rabuñarte, sen querer suicidarte?”	Apego: ECR-RC. Problemas emocionais/de comportamento: SDQ.	-Non se atopou efecto directo do apego ansioso ou evitativo nas NSSI. -O apego ansioso ($\beta = 0.28, p = .031$) e evitativo ($\beta = 0.13, p = .045$) asóciáanse indirectamente coas NSSI a través dos problemas de comportamento.
Gromatsky et al. (2020) Estudo lonxitudinal 3 anos 3 avaliacións.	N=462 Mulleres=10%. Idade=13-15 anos (ao inicio). Mostra comunitaria sen NSSI ao inicio. País=Estados Unidos.	Examinar prospectivamente factores de risco para a primeira aparición das NSSI.	Items 1-7 sección comportamentos do ISAS adaptado a entrevista.	Psicopatoloxía dos pais: SCID e FHS modificado.	-O consumo de sustancias dos pais ao inicio predixo a aparición das NSSI ($\beta = 0.82, p =$.04). -Non se atopou relación entre a aparición das NSSI e a depresión, ansiedade ou trastornos alimentarios dos pais.

Nota. ECR-RC: *Experiences in Close Relationships–Revised Child*; SDQ: *Strengths and Difficulties Questionnaire*; ISAS: *Inventory of Statements About Self-Injury*; SCID: *Structured Interview for the DSM-IV*; FHS: *Family History Screen*.

Anexo 1 (continuación)

Autores e diseño	Participantes	Obxectivos	Avaliación NSSI	Avaliación factores relacionados	Principais resultados
Huang et al. (2022)	N=1006 Mulleres=51,79% Idade=12-15 anos. Mostra comunitaria escolar. País=China.	Investigar o mecanismo explicativo da asociación entre o control psicolóxico dos pais e as NSSI ao probar o efecto mediador da satisfacción de necesidade psicolóxicas e o efecto moderador da busca de sensacións.	Versión china de 7 ítems do NSSIS.	Relación pais- adolescentes: versión china do CPRS Control psicolóxico- dos pais: versión china de PPCS Satisfacción de necesidades psicolóxicas: PNSQ Busca de sensacións: versión china do IBS	-As NSSI correlacionan positivamente co control psicolóxico dos pais ($r = 0.22, p < .01$) e negativamente coa relación pai-adolescente ($r = 0.15, p < .01$). -A satisfacción das necesidades psicolóxica mediaba negativamente a relación entre o control psicolóxico dos pais e as NSSI. -O efecto indirecto do control psicolóxico dos pais nas NSSI a través da satisfacción de necesidades foi moderada positivamente pola busca de sensacións.
Keenan et al. (2014)	N=2450 Mulleres= 100% Idades=8-12 anos; 13-14 anos. Mostra comunitaria. País: Estados Unidos.	Probar se os precursores do desenvolvemento (avaliados entre os 8 e 12 anos) das NSSI distinguen nenas con e sen autolesións (avaliadas aos 13 e 14 anos).	Pregunta: "No último ano, fixéche dano a pai/fillo. propósito, cortarte ou queimarte por exemplo, aínda que non tiveses intención de morrer?"	Crianza severa: CTS versión Eventos familiares negativos: DLC	-Os niveis iniciais de eventos vitais negativos (OR = 1.04, $p = .002$) predicían as NSSI posteriores. - A crianza severa (OR = 1.08, $p = .40$) aumentaba o risco das NSSI posterior, aínda que non de forma estatisticamente significativa. -Os cambios ao longo do tempo en ambas variables non se asociaron significativamente cas NSSI posteriores.

Nota: NSSIS: *Non-Suicidal Self-Injury Scale*; CPRS: *Child Parent Relationship Scale*; PPCS: *Parental Psychological Control Scale*; PNSQ: *Psychological Need Satisfaction Questionnaire*; IBS: *Impulsive Behavior Scale*; CTS: *Conflict Tactics Scale*; DLC: *Difficult Life Circumstances*; OR = *Odd Ratio*, a partir de agora.

Anexo 1 (continuación)

Autores e diseño	Participantes	Obxectivos	Avaliación NSSI	Avaliación factores relacionados	Principais resultados
Liang et al. (2022)	N=4202 Mulleres=49,19% Idade= 12 a 15 anos. Mostra comunitaria escolar. País=China.	Comprobar se existen diferencias nos factores de risco das NSSI entre adolescentes.	Versión china do DSHI	Variables sociodemográficas: Entrevista. Conflicto familiar e control dos pais: CFAI	-Atopouse unha asociación significativa ($p < .001$) entre as relacións cos cuidadores (OR = 1.36), o conflito familiar (OR = 1.23), o control parental (OR = 1.18), e as NSSI. -A relación cos cuidadores foi o principal predictor en adolescentes (maior influencia que problemas emocionais ou de comportamento). -Non se atoparon diferencias significativas en ingresos familiares, idade dos pais no nacemento do fillo ou nivel educativo dos pais.
Liang et al. (2014)	N=2131 Mulleres=49,1% Idade= 12-15 anos. Mostra comunitaria escolar. País=China.	Explorar diferencias nos factores psicolóxicos e sociais entre as NSSI e os SA.	Versión china do DSHI	Variables sociodemográficas: Entrevista . Estrés da vida: ASLEC Funcionamento familiar: FACES II-CV	-Os adolescentes con familias monoparentais tiñan máis probabilidade de informar das NSSI ($\chi^2 = 6.41, p < .05$). -Non se atoparon diferencias significativas no que respecta ao nivel educativo dos pais, os ingresos familiares, e ser un fillo único. -Os grupos que presentaban so NSSI tiñan taxas máis elevadas de cohesión familiar e adaptabilidade familiar en comparación cos grupos de NSSI e SA ($t = -7.54, d = 0,66; t = -4.36, d = 0.42$; respectivamente) ou solo SA ($t = 10.59, d = 0.9; t = 7.86, d = 0.79$; respectivamente).

Nota: DSHI: *Deliberate Self-Harm Inventory*; CFAI: *Chinese Family Assessment Instrument*; ASLEC: *Adolescent Self-rating Life Events Checklist*; FACES II-CV: *Chinese Version of Family Cohesion and Adaptability Evaluation Scale*.

Anexo 1 (continuación)

Autores e diseño	Participantes	Obxectivos	Avaliación NSSI	Avaliación factores relacionados	Principais resultados
Liu et al. (2021)	N=373 Mulleres=54,2% Idade=12-18 anos.	Examinar o papel dos síntomas depresivos e o polimorfismo COMT Val158Met na relación entre a crianza severa e as NSSI.	Versión curta e modificado do DSHI.	Crianza severa: versión china do CTSPC. Síntomas depresivos: CES-DC. Xenotipado.	-A crianza severa en T1 asociouse positivamente coas NSSI en T1 ($\beta = 0.31, p < .001$) e T3 ($\beta = 0.24, p < .001$). -Os síntomas de depresión mediaron parcialmente dita asociación. -O polimorfismo COMT Val158Met moderou relación entre crianza severa e as NSSI; e o vínculo entre crianza severa e depresión no modelo de mediación desta na relación entre crianza severa e as NSSI.
Estudo lonxitudinal 2 anos 3 avaliaciós.	Mostra comunitaria escolar. País=China.				
Maršanic et al. (2014)	N=478 Mulleres=48.3% Idade=12-18 anos.	Determinar os correlatos psicosociais das NSSI.	DSHI	Variables sociodemográficas: Cuestionario. Funcionamento familiar: FAD Crianza: PBI	-Despois de axustar por outras variables as NSSI asociáronse con: • funcionamento familiar deficiente (OR = 6.54, $p = .002$). • menor coidado materno (OR = 0.47, $p < .001$) e paterno (OR = 0.82, $p < .001$). • maior control paterno (OR = 1.84, $p < .001$). -O control materno resultou significativo antes de axustar por outras variables. -Non se atopou asociación entre as NSSI e o status socioeconómico.
Estudo transversal.	Mostra clínica (pacientes psiquiátricos fillos de homes veteranos con TEPT). País=Croacia.				

Nota: DSHI: *Deliberate Self-Harm Inventory*; CTSPC: *Conflict Tactics Scale for Parent and Child*; CES-DC: *Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children*; T1: liña base, primeira avaliación; T3: terceira avaliación; FAD: *Family Assessment Device*; PBI: *Parent Behavior Inventory*

Anexo 1 (continuación)

Autores e diseño	Participantes	Obxectivos	Avaliación NSSI	Avaliación factores relacionados	Principais resultados
Miller et al. (2021)	N=220 Mulleres=100% Idade=12-16 anos.	Examinar as asociacións recíprocas entre o	SITBI	Estrés na relación pais-fillos: YLSI	-O estrés na relación pais-fillos posterior correlacionou coas NSSI ao inicio ($\chi^2 = 1.16$, $p < .01$). -O estrés na relación pais-fillos non aumentou o risco das NSSI no presente nin no futuro.
Estudo lonxitudinal 18 meses 3 avaliacións.	Mostra clínica (mínimo 1 problema de saúde mental nos 2 anos anteriores). País=Estados Unidos	estrés interpersonal crónico e NSSI, e o papel moderador do desenvolvemento púbere.			
Plener et al. (2015)	N=452 Mulleres=46,2 Idade=14-17 anos.	Explorar especificamente o status migratorio como factor de risco tanto para as NSSI como para os SA.	Versión alemán do SHBQ	Variables sociodemográficas: Entrevista.	-Os ingresos familiares non se asociaron coas NSSI. -Os adolescentes con polo menos un proxenitor emigrado tiñan un maior risco de NSSI (OR = 2.46). -Os adolescentes nados noutro país tiñan un maior risco de NSSI (OR = 3.36).
Estudo transversal.	Mostra comunitaria escolar. País=Alemaña.				

Nota: SITBI: *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview*; YLSI: *Youth Life Stress Interview*; SHBQ: *Self Harm Behavior Questionnaire*.

Anexo 1 (continuación)

Autores e diseño	Participantes	Obxectivos	Avaliación NSSI	Avaliación factores relacionados	Principais resultados
Shao et al. (2021) Estudo transversal.	N=153 (dos cales 65 presentaban NSSI). Mulleres=65,36% Idade=12-18 anos. Mostra clínica (con depresión). País=China.	Explorar os factores de risco para as NSSI.	Cumprir criterios do DSM-5 para NSSI.	Eventos de vida estresantes ASLEC Funcionamento familiar: FACES II-CV Abuso e neglixencia infantil* : versión curta do CTQ *execido por adultos (poden ser ou non familiares). Apoio social percibido: MSPSS	-Non houbo diferenzas significativas en ingreso familiar anual, presión de estudo ou castigo. -Adolescentes con NSSI tiñan puntuacións significativamente máis baixas de: <ul style="list-style-type: none"> • cohesión familiar ($t = 3.31, p = .001$). • adaptabilidade familiar ($t = 2.56; p = .01$). • apoio familiar ($t = -6.79, p < .001$). Ditas puntuación deixaron de ser significativas ao axustar por idade e xénero. Non son factores independentes. -Os adolescentes con NSSI tiñan puntuacións significativamente máis altas (tanto antes como despois de axustar por idade e xénero) de: <ul style="list-style-type: none"> • abuso emocional ($t = -7.84, p < .001; b = 1.31, p = 0.04$). • neglixencia emocional ($t = -4.47, p < .001; b = 0.29, p = .03$). -Atopáronse puntuacións máis baixas de abuso físico e sexual, e máis altas de neglixencia física, pero as diferenzas non eran significativas.

Nota: ASLEC: *Adolescent Self-rating Life Events Checklist*; FACES II-CV: *Chinese Version of Family Cohesion and Adaptability Evaluation Scale*; CTQ: *Childhood Trauma Questionnaire*; MSPSS: *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*.

Anexo 1 (continuación)

Autores e diseño	Participantes	Obxectivos	Avaliación NSSI	Avaliación factores relacionados	Principais resultados
Smith et al. (2020)	N=252 Idade=14-15 anos. Mostra grupo especial: minorías de xénero ou orientación sexual. 6 meses 2 avaliacións.	Explorar se diferentes variables (entre elas a tensión e o apoio familiar) están relacionadas coas NSSI.	SITBI	Tensión e apoio familiar: FSS	-A presenza de NSSI ao longo da vida correlacionou coa tensión familiar ($\beta = 0.16, p < .05$) e co apoio familiar ($\beta = -0.15, p < .05$). -A tensión familiar tamén resultou significativa ao realizar unha regresión <i>lasso</i> (0.2). -O apoio familiar tamén resultou significativo ao realizar unha regresión <i>lasso</i> (-0.48) e <i>elastic</i> (-0.2).
Taliaferro et al. (2019)	N=1635 Idades=14-17 anos. Mostra grupo especial: estudantes transxénero ou non conformes co xénero. País=Estados Unidos.	Estudar que factores diferencian adolescentes transxénero ou non conformes con xénero: -sen NSSI -con NSSI -con NSSI+SA	Pregunta: Durante os últimos 12 meses, cantas vezes fixeches algo para ferirte ou lesionarte a propósito sen querer morrer, como cortarte, queimarte ou lastimarte?	SA: Entrevista Consumo familiar de substancias: Entrevista Testemuña de violencia familiar: Entrevista Conexión cos pais: Entrevista Fuxir da casa: Entrevista	-Non se atopou que o consumo familiar de substancias ou ser testemuña de violencia familiar diferenciase entre grupos (solo NSSI frente a sen NSSI; NSSI+SA fronte a sen NSSI; e NNSI+SA fronte a NSSI soamente). -A conexión cos pais actuou como factor protector NSSI+SA fronte a sen NSSI (OR=0,18; $p \leq .001$) -Fuxir da casa aumentaba o risco de NSSI+SA frente a sen NSSI (OR=1,89; $p < 0,0166$)

Nota: SITBI: *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview*; FSS: *Family Support and Strain*; Entrevista: Algunha vez intentaches suicidarte? Vives con alguén que bebe demasiado alcohol, usa drogas ilegais ou abusa dos medicamentos? Algunha vez algunhas persoas da túa familia, abofeteáronse, golpeáronse, ou déronse puñetazos? Podes falar con teu pai/nai sobre os problemas? canto se preocupan por ti? Durante os últimos 12 meses, con que frecuencia te escapachases da casa?

Anexo 1 (continuación)

Autores e diseño	Participantes	Obxectivos	Avaliación NSSI	Avaliación factores relacionados	Principais resultados
Taliaferro et al. (2012) Estudo transversal.	N=61330 Mulleres=47,2% Idades=14-18 anos. Mostra comunitaria escolar. País=Estados Unidos. Estudo transversal.	Estudar que factores diferencian adolescentes -sen NSSI -con NSSI -con NSSI e SA	Pregunta: “Algunha vez te fixeches dano a propósito (cortes, queimaduras, moratóns)?”	SA: Entrevista. Consumo familiar de substancias: Entrevista. Testemuña de violencia familiar: Entrevista. Conexión cos pais: Entrevista. Fuxir da casa: Entrevista.	-Menor conexión cos pais, fugas da casa distinguiron aos adolescente que informaron de NSSI de aqueles que non, tanto nos homes (OR = 0.87; $p < .0033$) (OR= 1,12; $p < .0033$) como nas mulleres (OR= 0.85; $p < .0001$) (OR=1,13; $p < .0001$). -Fuga da casa diferenciou aos adolescentes con solo NSSI dos que ademais diso se intentaron suicidar tanto en homes (OR = 1,40; $p < .0001$) como en mulleres (OR=1,26 ; $p < .0001$). -Nos homes a conexión cos pais tamén diferenciou a ambos grupos (OR = 0.78; $p < .003$).

Nota: Entrevista: Algunha vez intentaches suicidarte? O consumo de alcohol ou drogas por parte dun membro da familia causou repetidamente problemas familiares, de saúde, laborais ou legais? Algunha vez alguén da túa familia golpeou a outro membro con tanta forza ou frecuencia como para a outra persoa ter marcas ou terlle medo? Podes falar con teu pai/nai sobre os problemas? canto se preocupan por ti? Durante os últimos 12 meses, con que frecuencia te escapácheste da casa?

Anexo 1 (continuación)

Autores e diseño	Participantes	Obxectivos	Avaliación NSSI	Avaliación factores relacionados	Principais resultados
Tang et al. (2018) Estudo transversal.	N=15.623 Mulleres=48,52% Idade=12-18 anos. Mostra comunitaria. País=China.	Explorar os factores de risco de NSSI.	Versión chinesa do CH-FASM. Consideran NSSI (se se presentou máis de 5 veces no último ano) e preNSSI (entre 1 e 4).	Neglixencia ou maltrato: CTSPC Outra variables familiares (estrutura familiar, educación dos pais, fillo único, estilo de crianza e ingreso familiar percibido): Entrevista.	-Despois de controlar por factores sociodemográficos, económicos e psicolóxicos ($p < .05$). • NSSI asociouse a pertencer a minoría étnica (OR = 0.64) e ser fillo único (OR= 0.83). • PreNSSI asociouse co estilo de crianza estrito (en comparación co permisivo) (OR = 0.85). • Ambas (NSSI e preNSSI) asociáronse con: educación do pai (instituto fronte universidade) (OR= 0.62; OR = 0.74, respectivamente); neglixencia (OR = 1.54; OR = 1.61, respectivamente) e maltrato (OR = 1,99; OR = 1.62, respectivamente). -Controlando so factores sociodemográficos e económicos atopáronse asociacións de • NSSI con estilo de crianza estrito e democrático (ambos en comparación de permisivo). • preNSSI con ser fillo único e estilo de crianza democrático (en comparación de permisivo). -Non se atopou ningunha influencia do nivel educativo da nai nin dos ingresos familiares percibidos.

Nota: CH-FASM: *Functional Assessment of Self-Mutilation*; CTSPC: *Conflict Tactics Scale for Parent and Child*.

Anexo 1 (continuación)

Autores e diseño	Participantes	Obxectivos	Avaliación NSSI	Avaliación factores relacionados	Principais resultados
Tang et al. (2021)	N=1060 Mulleres=85,34% Idade=12-18 anos.	Investigar factores de risco psicosis para autolesión durante a COVID-19.	Pregunta: "No último ano, algunha vez levaches a cabo algún dos seguintes comportamentos sen intención suicida?"	Funcionamento familiar: BFFQ	-Atopouse peor funcionamento familiar entre os adolescentes que participaron en NSSI ($t = -6.94, p < .001$). -Non se atopou que o funcionamento familiar fose un factor de risco na análise de regresión loxística directa. -Ao analizar cada factor por separado, funcionamento familiar era factor de risco para NSSI (coef. <i>Wald.</i> = 44.25, $p < .001$).
Victor et al. (2019)	N=2127 Mulleres=100% Idade=12-17 anos.	Investigar o efecto das características da relación cos pais na aparición de NSSI.	Pregunta: "No último ano, intentaches facerte dano, como queimarte ou cortarte aínda que non estiveses intentando matarte?"	Variáveis sociodemográficas: Entrevista. Crianza: CTS Apego: IPPA-R	-A raza minoritaria tiña menos probabilidade de inicio de NSSI (OR = 0.59, $p = .01$). -Non se atoparon relacións significativas entre a pobreza do fogar, a monoparentalidade ou a disciplina non violenta e o inicio de NSSI. -O inicio posterior de NSSI asociouse: • positivamente con: castigo severo (OR = 1.10, $p = .008$), mala calidade do vínculo cos pais (OR = 1.07, $p = .002$) e baixo control parental (OR = 1.15, $p = 0,03$). • negativamente coa crianza positiva (OR = 0.94, $p = .01$). -Os anteriores predictores foron significativos nunha análise univariada. Sen embargo, ningún resultou significativo cando se avaliaron conxuntamente. Polo tanto ningún constructo mostrou relacións únicas.

Nota: BFFQ: *Conflict Tactics Scale for Parent and Child*; CTS: *Conflict Tactics Scale*; IPPA-R: *Revised Inventory of Parent and Peer Attachment*.

Anexo 1 (continuación)

Autores e diseño	Participantes	Obxectivos	Avaliación NSSI	Avaliación factores relacionados	Principais resultados
Wan et al. (2015) Estudo transversal.	N=14221 Mulleres=52,8% Idade=12-18 anos. Mostra comunitaria escolar. País= China.	Identificar relación entre formas específicas de abuso infantil e NSSI.	Pregunta: “Durante o último ano, fixécheste dano a ti mesmo de maneira deliberada pero sen a intención de quitarse a vida?”	Abuso: versión modificada do CPCTS; a ferramenta ACE para o control e prevención de enfermidades.	-Aumenta o risco de NSSI en vítima de abuso <ul style="list-style-type: none"> • físico perpetuado unicamente polos pais en rapaces (OR = 2.75, $p < .01$) e rapazas (OR = 2.92, $p < .01$), así como cando o perpetuaron pais e outras persoas (OR= 4.26, $p < .01$; OR = 3.70, $p < .01$, respectivamente). • emocional perpetuado so por pais en rapaces (OR = 3.22, $p < .01$) e rapazas (OR = 2.71, $p < .01$), ou perpetuado por pais e outras persoas (OR= 4, $p < .01$; OR = 3.62, $p < .01$, respectivamente). • sexual so cando foi perpetuado por pais e outras persoas en rapaces (OR = 4.71, $p < .01$) • infantil perpetuado unicamente polos pais en rapaces (OR = 2.97, $p < .01$) e rapazas (OR = 3.10, $p < .01$), así como cando o perpetuaron tanto pais como outras persoas (OR = 4.95, $p < .01$; OR = 4.51, $p < .01$).

Nota: CPCTS: *Child-Parent Conflict Tactics Scale*.

Anexo 1 (continuación)

Autores e diseño	Participantes	Obxectivos	Avaliación NSSI	Avaliación factores relacionados	Principais resultados
Wolff et al. (2013) Estudo transversal.	N=185 Mulleres=78,1% Idade=13-18 anos. Mostra clínica (hospitalización psiquiátrica). País=Estados Unidos.	Examinar diferencias en apoio social percibido entre persoas que participan en NSSI solo, en SA solo, ou en ambos.	KSADS-PL	Apoio social percibido: SOCSS	-Os adolescentes con NSSI e SA tiñan menor apoio familiar percibido que grupos de so NSSI ($d = .673$, $p < .001$) ou SA ($d = .535$, $p = .005$). -So se atoparon diferenzas significativas en apoio social percibido de tipo familiar. -Non se atoparon diferenzas significativas entre aqueles con solo NSSI ou solo SA. -Non se atoparon diferenzas significativas entre grupo por raza e etnia.
You et al. (2016) Estudo lonxitudinal 18 meses 3 avaliacións.	N=3.600 Mulleres=56,6% Idade=12-18 anos. Mostra comunitaria escolar. País=China.	Explorar a relación entre o control parental e as NSSI; e examinar o papel mediador da autocrítica nesta relación.	Pregunta: "Nos últimos 12/6 meses, realizaches as seguintes condutas para danarte deliberadamente pero sen intención suicida?"	Control parental percibido: PBI Autocrítica: DEQ	-Os adolescentes con condutas autolesivas contaban con puntuacións significativamente ($p < .001$) máis altas en control parental percibido, tanto no presente como no pasado. -No modelo <i>cross-lagged</i> , o <i>path</i> entre control parental percibido e NSSI só resultou significativo cando o primeiro se avaliou en T1 e o segundo en T2 ($\beta = .08$, $p < .001$). -Non se atopou que a autocrítica mediase entre o control parental percibido e posterior NSSI. -Non se atopou que o control parental percibido mediase entre a autocrítica e posterior NSSI.

Nota: KSADS-PL: *Kiddie Scheduled for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children, Present and Lifetime Version*; SOCSS: *The Survey of Children's Social Support*; PBI: *Parent Behavior Inventory*; DEQ: *Depressive Experiences Questionnaire*; T1: liña base, primeira avaliación; T2: segunda avaliación.

Anexo 1 (continuación)

Autores e diseño	Participantes	Obxectivos	Avaliación NSSI	Avaliación factores relacionados	Principais resultados
Yu et al. (2022)	N=3596 Mulleres=47,89% Idade=12-18 anos.	Investigar os factores sociodemográficos que inflúen na incidencias das NSSI.	Versión china do OSII	Variables sociodemográficas: Entrevista.	-O divorcio dos pais actuou como factor de risco para as NSSI en adolescente abandonados (OR = 1.742, $p = .001$). -Ser fillo único aumentaba o risco de NSSI aínda que a diferenza non foi estatisticamente significativa.

Nota: OSII: *Ottawa Self-Injury Inventory*.

Anexo 2

Recursos para los adolescentes y sus familias

Tipo de recurso	Recursos
Películas	<p>Hardwicke, C. (Directora). (2003). <i>A los trece</i> [Película]. Fox Searchlight Pictures.</p> <p>Bailey, N. (Directora). (2000). <i>Secretos inconfesables</i> [Película]. Coproducción Canadá-Estados Unidos, Lifetime, Carlton America, Lancaster Gate, Longbow Productions.</p> <p>Boden A. y Fleck, R. (Directores). (2010). Una historia casi divertida. [Película]. Focus Features, Wayfare Entertainment, Misher Films, Journeyman Pictures, Gowanus Projections.</p>
Libros de ficción	<p>Tomé, A (2014). <i>Corazón de Mariposa</i>. Plataforma.</p> <p>Suenobu, K. (2009). <i>Life</i>. Norma Editorial.</p> <p>Saadoun, Z. (2012). <i>Cien Cicatrices</i>. Penguin Random House.</p>
Libros de información	<p>Mosquera, D. (2008). <i>La Autolesión: El lenguaje del dolor</i>. Ediciones Pleyades.</p> <p>Santos, D. (2011). <i>Autolesión: Qué es y cómo ayudar</i>. Edición de Autor.</p>
Música	<p>El canto del loco (2008). Un millón de cicatrices [Canción]. En <i>Personas</i>. Sony Music Entertainment España.</p> <p>Garbage (2005). Bleed Like Me [Canción]. En <i>Bleed Like Me</i>. Infectious Music.</p> <p>Linkin Park (2000). Crawling [Canción]. En <i>Hybrid Theory (Bonus Edition)</i>. Warner Records Inc.</p> <p>The Dresden Dolls (2004). Bad Habit [Canción]. En <i>The Dresden Dolls</i>. The All Blacks B.V</p>
Asociaciones	Sociedad Internacional de Autolesión

Nota: Adaptado de Sociedad Internacional de Autolesión.

Anexo 3

Técnicas para lograr o cambio a nivel de conductas e crenzas

Técnica	Explicación
Confrontar	Guiar á familia para cuestionar as ideas e patróns existentes, poderíase preguntar <i>cre vostede que esta forma de castigar aos seus fillos resulta efectiva? resultáballe efectiva a súa nai cando a utilizaba?</i>
Prover de distancia entre a familia e o problema	Liberar á familia das presión das dificultades. Pódense empregar preguntas circulares, perspectivas alternativa, preguntas dun futuro. Exemplo: <i>se nos reunisemos con un grupo de pais que cren vostedes que opinarían? dentro de quince anos que pensará acerca de empregar estes castigos?</i>
Externalización	Outorgarlle ao problema unha realidade externa e obxectiva fora da persoa, útil para mobilizar os recursos da familia cara a busca dunha solución e novas maneiras de pensamento que lles permitan afrontar mellor as súas dificultades. Isto é <i>podemos poñerlle un nome a estes castigos? Cando (nome escollido) anda cerca que efecto ten? E que pasa cando (nome escollido) non está?</i>
Reencadre	Reetiquetar de forma positiva as ideas e descrición empregadas, por exemplo <i>se vostede non controla certos comportamentos do seu fillo que cree que pasará? Pensa que quizás sexa o seu fillo o que aprenda enfrontándose as consecuencias dos seus actos?</i>
Licitar solucións.	As ideas xeradas por eles mesmos son usualmente as máis útiles. Se non aparecen espontaneamente, poderíanse usar preguntas circulares orientadas ao futuro, ou mesmo os terapeutas poderían suxerir algunha que fora flexible. Por exemplo, <i>parece importante para vostede que o seu fillo non realice determinadas conductas, máis á vez, os métodos utilizados para controlalas non lograron este obxectivo, que ideas se lle ocorren para poder mellorar a situación? Ou dirixirnos tamén ao fillo que ideas se che ocorren a ti? Ou a ambos poderíades pensar algún método que vos satisfaga a ambos?</i>

Nota: Adaptada de Pote et al. (2008).

Anexo 3 (continuación)

Técnica	Explicación
Ilusión de alternativas	Isto é, facer crer que só existen dúas opcións. Por exemplo, <i>o meu compañeiro cre que primeiro vostede como pai deixará de ser tan controlador, e poñer tantos castigo e iso permitirá que volvedes a facer cousas agradables xuntos, non obstante, eu creo que será ao revés, isto é, que volveredes a facer estas cousas agradables por iniciativa súa, e iso permitirá que a vostede lle resulte máis fácil reducir ese control e castigos. Na próxima sesión veremos cal dos dous tiña razón.</i>
Amplificar cambio	Se a familia presenta algún progreso, aínda que considere que este é mínimo ou negue a magnitude do esforzo, o terapeuta deberá centrarse en enfocar as descrición das accións realizadas coa finalidade de que a familia vexa que iniciou o cambio. Isto é, <i>entón estanne comentado que o outro día cando saíu o seu fillo vostede non se enfadou, nin lle berrou ou castigou? Como reaccionou o seu fillo ante isto? Como puido vostede darse conta de que iso máis tarde influíu no seu comportamento e actitude cara vostede? Como te sentiches ti, como fillo, vendo isto? Como poderíades facer para poder repetir isto na próxima semana?</i>
Aumentar sensación de habilidade e control	Promover ditas sensacións sobre a súa situación, pensamentos e conductas. Poderíamola exemplificar nas seguintes intervencións do terapeuta: <i>podería predicir a reacción do seu fillo? Como podería lograr a reacción que desexa? Poderías predicir a reacción do teu pai? Como poderías ti conseguir que teu pai reaccionase dunha forma satisfactoria para ti?</i>
Introducir ideas do terapeuta ou do equipo.	Isto servirá para normalizar as dificultades, mobilizar á familia cara novas ideas, conectar as ideas da familia, entre outras. Tal e como pode ser devolver o seguinte: <i>estivemos revisando as notas que temos das entrevistas anteriores e cremos que ambos estades facendo grandes esforzos para cambiar a situación, ao equipo danos a sensación de que a ningún dos dous lle gusta a situación na que vos atopades, cremos que, tal e como acontece en moitas familias, vos metestes nun bucle que ambos retroalimentastes.</i>

Nota: Adaptada de Pote et al. (2008).

