

# ■ Intervenciones cognitivo-conductuales para reducir conductas autolesivas en niños y jóvenes con TEA: Una revisión sistemática

Elena Fernández-Menéndez, José A. Piqueras, & Victoria Soto-Sanz.

*Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche, España*

*Centro de Psicología Aplicada. Universidad Miguel Hernández de Elche, España*

## Resumen

Las conductas autolesivas en niños y jóvenes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) entrañan riesgos para su integridad física, afectan a su calidad de vida, la de sus familias y dificultan su integración en el ámbito escolar y social, integración ya de por sí limitada por las características propias de este tipo de trastornos. Aunque hay pocos estudios sobre autolesiones en esta población, en general se ha visto que, a mayor afectación y menor nivel cognitivo, las conductas autolesivas son más frecuentes que en casos más leves. El objetivo de este trabajo fue revisar la eficacia de las intervenciones de tipo cognitivo-conductual para la reducción de conductas autolesivas en niños y jóvenes con TEA. Para ello se realizaron búsquedas en PsycINFO, Scopus y Google Scholar. La revisión incluyó estudios en lengua inglesa o española sobre intervenciones de tipo cognitivo-conductual para reducir conductas autolesivas en niños y jóvenes con TEA; con muestras formadas por personas TEA entre 1 y 30 años que presentaban conductas autolesivas; y realizados entre 1970 y 2022. De los 228 estudios identificados, solo 7 cumplieron los criterios de inclusión. Los estudios incluidos en la presente revisión incluyeron participantes entre los 3 y los 26 años diagnosticados con TEA y fueron publicados entre 1974 y 2015, evidenciando la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales. Aunque dichos estudios muestran resultados positivos tras las intervenciones, su número es escaso, por lo que es necesario seguir investigando sobre la eficacia de las intervenciones de carácter cognitivo-conductual para reducir conductas autolesivas en niños y jóvenes con TEA.

*Palabras clave:* TEA; jóvenes; niños; autolesión; intervención: cognitivo-conductual, revisión.

## Abstract

*Cognitive-behavioural interventions to decrease self-injurious behaviours in children and young people with ASD: A Systematic Review.* Self-injurious behaviours in children and young people with Autism Spectrum Disorder (ASD) imply risks to their physical integrity and affect their quality of life and that of their families. In addition, they hinder their integration into the school and social environments, this being limited by the characteristics of this type of disorder. Although there is little information about self-harm in this population, in general it has been seen that the greater the affectation and the lower the cognitive level, the more prevalent self-injurious behaviours are. The aim of this study was to review the efficacy of cognitive-behavioural interventions for the reduction of self-injurious behaviors in children and youth with ASD. For it, we searched PsycINFO, Scopus and Google Scholar. The review included studies in English or Spanish languages on cognitive-behavioral interventions to reduce self-injurious behaviors in children and youth with ASD; with samples consisting of individuals with ASD between 1 and 30 years of age presenting self-injurious behaviors; and conducted between 1970 and 2022. Of the 228 studies identified, only 7 met the inclusion criteria. The included studies included participants between the ages of 3 and 26 years diagnosed with ASD and were published between 1974 and 2015, evidencing the efficacy of cognitive-behavioural interventions. Although these studies show positive post-intervention results, they are scarce in number. Further research is therefore needed on the effectiveness of behavioural and cognitive interventions to reduce self-injurious behaviours in children and young people with ASD.

*Keywords:* autism; young people; children; self-injury; cognitive; behavioural.

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son trastornos del neurodesarrollo cuyas características principales son: déficit en la interacción, en la comunicación y presentación de patrones de

conducta repetitiva y actividades e intereses restringidos (Martos-Pérez & Paula, 2011) que deben ser observables desde la infancia y alterar el funcionamiento cotidiano (Wing & Gould, 1979).

## Correspondencia:

Victoria Soto-Sanz

Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche  
Avda. de la Universidad, s/n. Edf. Altamira. 03202 Elche, Alicante, España

E.mail: v.soto@umh.es

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la American Psychiatric Association (APA), en su 5ª edición (2013), los Trastornos del Espectro Autista se caracterizan por déficits en la interacción y la comunicación social y patrones repetitivos y restringidos de intereses, actividades y comportamientos en, por lo menos, dos de los siguientes aspectos: a) habla, uso de objetos, movimientos; b) rigidez, inflexibilidad, rituales; c) hiper o hipo sensibilidad sensorial, siendo la introducción de este último punto una novedad respecto a versiones anteriores. Además, se establecen tres grados en función de la severidad de los síntomas.

En cuanto a la prevalencia de los TEA, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) recogidos en el año 2022, se sitúa en el 1.94 por cada cien habitantes para ambos sexos siendo la tasa por cada cien habitantes en varones de 3.66 y 0.75 en mujeres.

Puesto que no existen pruebas biomédicas que permitan diagnosticar los TEA, éste se lleva a cabo mediante un proceso de evaluación psicológica clínica que permite establecer si se cumplen los criterios diagnósticos a través de instrumentos como, por ejemplo, el Checklist for Autism in Toddlers (CHAT; Baron-Cohen et al., 1992), el Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT; Robins et al., 2001), la entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada (ADI-R) (Rutter et al., 2011) y pruebas neuropsicológicas como el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST) (Heaton, 1981) el Test de la Figura de Rey (Rey, 1941) y el Test Stroop de nombres y colores (Stroop, 1935).

Los tratamientos recomendados son la intervención conductual de desarrollo y naturalista (naturalistic developmental behavioral interventions) y la intervención en atención conjunta, que cuentan con un grado de recomendación A, al ser los que muestran mayor apoyo empírico. Los formatos de intervención que han mostrado un grado de recomendación B, son la intervención conductual intensiva temprana, el entrenamiento en habilidades sociales, la musicoterapia, la intervención en actividad física y las diferentes formas de intervención temprana basadas en las familias, en lenguaje hablado, en comunicación social y en el modelo Denver (Fonseca-Pedrero et al., 2021).

En ocasiones, los TEA presentan comorbilidades con otros trastornos, como es el caso del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), en cuyo caso, los síntomas de ambos trastornos al coexistir son más graves que cuando se presentan por separado (Hervás, 2016). También es común la comorbilidad de los TEA con trastornos de conducta, y a partir de la adolescencia, con trastornos de depresión y ansiedad (Hervás, 2016). Otro trastorno que se presenta con frecuencia en comorbilidad con los TEA es el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), lo cual llega a dificultar a veces su diagnóstico diferencial (Paula, 2013).

Aunque no constituye una característica que forme parte de los criterios diagnósticos de los TEA (Devine, 2014), algunas personas presentan comportamientos autolesivos que implican dificultades añadidas a los déficits típicos de estos trastornos en el ámbito familiar, escolar y social (Emerson, 2001). Las autolesiones, entendidas como la producción a uno mismo de daño físico, en ocasiones de forma continuada y repetitiva, suponen un riesgo para la salud de la persona además de restricciones respecto de la interacción social y reper-

cusiones negativas en el rendimiento académico (Paula, 2018). Las autolesiones más comunes entre la población con TEA son golpearse la cabeza, la cara o la mandíbula, morderse, pellizcarse, rascarse la piel y arrancarse el pelo o vello (Paula, 2018). En los casos más extremos, los comportamientos autolesivos pueden llevar a la muerte (Nottestad & Linaker, 2001; Totsika et al., 2008). Además, este tipo de conductas tienden a cronificarse, por lo que es fundamental intervenir cuanto antes, ya que autolesiones que en edades tempranas son de carácter leve pueden convertirse en un grave problema a medida que la persona con TEA se hace adulta (Paula, 2018).

Los déficits en la capacidad para comunicarse, autorregularse y para inhibir respuestas ante situaciones indeseadas que presentan las personas con TEA parecen ser un factor a tener en cuenta al estudiar las conductas autolesivas (Paula, 2018). Además, en estudios previos se ha detectado que hay correlación entre las autolesiones y el comportamiento repetitivo y estereotipado típico de las personas con este tipo de trastornos y que, además, el cociente intelectual (CI) es un predictor importante en cuanto a la aparición, frecuencia y severidad, es decir, que cuanto más bajo es el CI de las personas con TEA, mayor es el riesgo de que aparezcan conductas autolesivas y que estas sean más graves y frecuentes (McTieran et al., 2011).

En cuanto a la prevalencia de la autolesión en niños y adolescentes con TEA, aunque no se puede determinar con exactitud (Paula, 2018), según el estudio de Griffin (1987) se estima que un 2.6% de los niños con TEA presentan conductas autolesivas, mientras que otros estudios (Richler et al., 2007), sitúan el porcentaje entre el 30% y el 40%. En el caso de personas con TEA y discapacidad intelectual, estudios sitúan el porcentaje entre el 10% y el 15% (McTieran et al., 2011).

Para trabajar la reducción de comportamientos autolesivos en este tipo de población, en diferentes estudios se muestran resultados alentadores a través de técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva, la distracción y el entrenamiento en relajación (Hare, 1997) y apoyos visuales (Ames & Weiss, 2013). También se han utilizado técnicas conductuales como la extinción de conducta, el refuerzo diferencial de un comportamiento distinto (Azrin et al., 1988; Boesch et al., 2015), incompatible o alternativo al que queremos hacer desaparecer, la interrupción (Azrin et al., 1988), reconducción de la conducta y el bloqueo físico o verbal (Ahearn et al., 2007; Koegel et al., 1974; Liu-Gitz & Banda, 2010). Otras técnicas consisten en reducir la naturaleza aversiva de la situación que causa la autolesión y la demora paulatina del refuerzo (Boesch et al., 2015). Finalmente, también se trabaja en reducir este tipo de comportamiento a través del castigo positivo, es decir, retirando una consecuencia positiva cada vez que se produce una autolesión (Boyd et al., 2011).

Por tanto, las técnicas empleadas son muy diferentes y así se refleja en la literatura. Sin embargo, se trata de una problemática frente a la que hay que actuar para evitar los problemas tan graves como el fallecimiento. De modo que, debido a que no se ha encontrado en la literatura ninguna revisión donde se estudien este tipo de intervenciones en esta población en concreto, el objetivo de este trabajo es revisar las investigaciones cuyos resultados muestran la eficacia de las intervenciones de tipo cognitivo-conductual para la reducción de conductas autolesivas en niños y jóvenes con TEA.

**Método**

**Fuentes de información y búsquedas**

Para realizar la presente revisión sistemática se siguió la guía PRISMA en base a las recomendaciones para la elaboración y presentación de resultados en revisiones sistemáticas.

En base a ello, en marzo de 2022 se realizó una búsqueda bibliográfica a través de las siguientes bases de datos y fuentes documentales: PsycINFO, Scopus y Google Scholar. Los términos de búsqueda utilizados para la selección de dichos artículos fueron los siguientes: “Autis\* AND/OR ASD\* AND/OR Asperger\* AND/OR “cognitive-behavioral therap\*” AND/OR “Behavioral therap\*” AND/OR “cognitive therap\*” AND/OR Psychotherapy AND/OR “non-pharmacological intervention\* AND/OR “self harm\*” AND/OR “self injury\* AND/OR suicid\*”.

**Selección de los estudios**

Los criterios de inclusión de los artículos científicos fueron los siguientes: a) estudios sobre intervenciones cognitivas y/o conductuales dirigidos a intervención de las conductas autolesivas en niños y jóvenes con TEA; b) personas con TEA de entre 1 y 30 años de edad; c) dirigidos a personas con TEA que presentaran conductas autolesivas; d) estudios escritos en lengua inglesa o española; e) estudios publicados entre 1970 y 2022.

Los criterios de exclusión de los artículos fueron los siguientes: a) estudios sobre intervenciones no cognitivas ni conductuales; b) estudios realizados con personas sin TEA o con otro tipo de discapacidad; c) estudios realizados con personas con TEA mayores de 30 años; d) estudios realizados antes de 1970; e) estudios realizados en idiomas distintos al inglés o español.

**Procedimiento**

Tras la búsqueda en las bases de datos citadas anteriormente con los términos de búsqueda y criterios de inclusión especificados, se hizo un primer cribado con la lectura de los títulos y resúmenes y, posteriormente, se realizó un segundo cribado con la lectura al completo de los artículos.

Finalmente, tras esta última fase de lectura completa, se incluyeron 7 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión de esta revisión sistemática, por lo que fueron incluidos en la misma (véase Figura 1).

Figura 1. Versión modificada de diagrama PRISMA con los estudios incluidos en la revisión sistemática

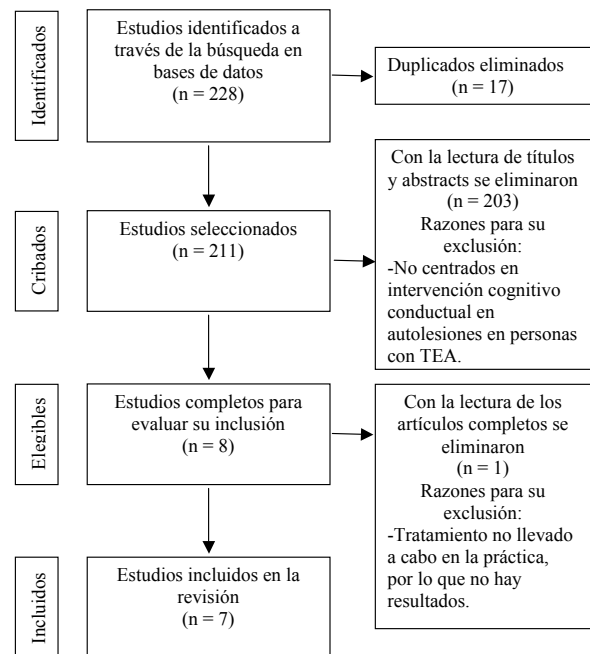


Tabla 1. Intervenciones de tipo cognitivo conductual para la reducción de conductas autolesivas en niños y jóvenes con TEA

Autor, año y país	Diseño de estudio	N	Edad años	Sexo	Diagnóstico	Intervención	Nº de sesiones.	Instrumentos de evaluación	Resultados
Boesch et al. (2015). EE.UU.	Estudio de caso	1	14	Varón	TEA severo	Behavioral training package: Entrenamiento en comunicación funcional y sistema de refuerzos. Extinción de conducta. Bloqueo físico.	22 Fase A: 3 sesiones de 1 a 3 minutos de duración. Fase B1: 6 sesiones de 1 min. Fase B2: 4 de 1.5 min. Fase B3: 4 sesiones de 2 min. Fase B4: 3 sesiones de 2 min.	Observación y registro por dos observadores simultánea e independiente. Sesiones grabadas en vídeo. Reloj para controlar el tiempo.	Fase A: 49% de media de intervalos de conductas autolesivas por sesión. Fase B1: 64% de media de intervalos de conductas autolesivas por sesión. 0% en la sesión 11. Fase B2: 33% de intervalos de conductas autolesivas por sesión. Fase B3: 4% de media de intervalos de conducta autolesiva por sesión. Fase B4: 21% de media de intervalos de conducta autolesiva. 0% en sesiones 21 y 22.

Autor, año y país	Diseño de estudio	N	Edad años	Sexo	Diagnóstico	Intervención	Nº de sesiones.	Instrumentos de evaluación	Resultados
Ames & Weiss (2013). Canadá	Estudio de caso	15	9 8-Dec	Varón	TEA y ansiedad	Cognitive behavioural therapy (CBT) with modifications:  Reconocimiento de pensamientos y emociones con apoyo visual, disminución del uso de lenguaje verbal, juegos de rol; desarrollo e implementación de planes de con historias sociales utilizando sus intereses especiales; técnicas de relajación e inclusión de los padres en terapia.	Individual:11 Grupal: 12  Individual: una sesión semanal de 60 a 70 minutos de duración.  Grupal: una sesión semanal de 90 minutos de duración.	Child Behaviour Check List (CBCL): evaluación de problemas, exteriorizados e interiorizados.  CBCL DSM-Oriented Scaled: evaluación de ansiedad y TDA/H.  CBCL Syndrome Scales: evaluación de ansiedad, depresión, atención, conductas antisociales, agresividad.  Screen for Child Anxiety and Related Emotional Disorders (SCARED): evaluación de ansiedad social, generalizada.	Mejoras cualitativas del comportamiento agresivo en las sesiones, pero no reflejado en datos estadísticos.  Sin evidencia de mejoras a nivel cuantitativo.
Liu-Gitz. & Banda (2010). EE.UU.	Estudio de caso	1	10	Varón	TEA	Response Interruption and redirection/ response blocking. (RIRD Method): interrumpir la conducta indeseada y redirigirla nombrando al niño. Cuestiones fáciles relacionadas con intereses.	21  Fase I (5 sesiones): no intervención.  Fase II (5 sesiones): intervención.  Fase III (3 sesiones): no intervención.  Fase IV (8 sesiones): intervención	Observación y registro por parte de observador y co-observador de modo independiente.	Reducción de conductas estereotipadas y autolesivas. En la primera aplicación, reducción de un 41% a un 10% de intervalos de tiempo de conductas indeseadas.  En la segunda aplicación, reducción a un 9% de intervalos de tiempo de conductas indeseadas.
Ahearn et al. (2007). EE.UU.	Estudio de caso	4	3-Nov	2 varones 2 mujeres	TEA	Response Interruption and redirection/ response blocking. (RIRD Method): interrumpir la conducta indeseada y redirigirla nombrando al niño. Cuestiones fáciles relacionadas con intereses.	24,32,32,38  Fase I: no intervención.  Fase II: intervención.  Fase III: no intervención.  Fase IV: intervención	Observación y registro por parte de profesores previamente entrenados.  Grabación en video.	Niño 1: reducción de conductas indeseadas en intervalos de tiempo de entre un 33% y un 44% a entre un 4% y un 1%.  Niña 2: reducción de conductas indeseadas en intervalos de tiempo de entre un 25% y un 77% a entre un 3% y un 13%.  Niño 3: reducción de conducta indeseadas en intervalos de tiempo de entre un 54% y un 78% a entre un 16% y un 24%.  Niño 4: no hay datos.

Autor, año y país	Diseño de estudio	N	Edad años	Sexo	Diagnóstico	Intervención	Nº de sesiones.	Instrumentos de evaluación	Resultados
Hare (1997). Reino Unido.	Estudio de caso	1	26	Varón	Síndrome de Asperger	Reestructuración cognitiva a partir de autorregistros para posterior reflexión y evaluación. Relajación y distracción en momentos de enfado y frustración, largos paseos, evitación de lugares relacionados con pensamientos y emociones negativas	10 1 sesión semanal de entre 30 y 60 minutos de duración + 2 sesiones de seguimiento. Revisión a los 6 y 8 meses.	Beck Depression Inventory (BDI). Diario y autorregistro semanal/quincenal con comentarios.	Durante el tratamiento y fase de post tratamiento no presentó conductas autolesivas. 3 meses después del fin de tratamiento: amenaza con hacerse cortes en los brazos.
Azrin et al. (1988). EE.UU.	Estudio de caso	1	13	Mujer	TEA	Baseline Instructional Prompting. Social Extinction. Differential Reinforcement Absence Self Injury (DRO) Differential Reinforcement Incompatible Behavior (DRI). Interruption Procedure (Int). DRI+Int. DRI+Int. during generalization. Subject 's safety.	16	Observación y registro por 1 o 2 observadores independientes.	DRI+Int. es la intervención más efectiva respecto de la reducción de conductas autolesivas (96%)
Koegel et al. (1974). EE.UU.	Estudio de caso	2	6 8	Varón Mujer	TEA	Response Interruption Redirection. Response blocking.  Bloqueo físico o verbal de conductas inapropiadas.	39 y 192 Durante 4 o 5 días por semana se realizaron entre 2 y 6 sesiones diarias de 5 minutos de duración.	Observación y registro por 1 o 2 observadores independientes.	Reducción de conductas autolesivas. Sujeto 1: Baseline 1 (8 sesiones): 100% conductas autolesivas y autoestimulatorias. Fase de supresión (18 sesiones): reducción a un 10% de conductas inapropiadas. Baseline 2: finaliza con 100% conductas inapropiadas. Sujeto 2: Baseline 1 (44 sesiones): 100% conductas inapropiadas. Fase de supresión (50 sesiones): reducción a un 13%. Baseline 2: finaliza con 100% conductas inapropiadas.

## Resultados

En la Tabla 1 se sintetizan los principales resultados de los estudios seleccionados. En primer lugar, todos los artículos incluidos están escritos en lengua inglesa publicados entre el año 1974 y 2015 con población de entre 3 a 26 años de edad diagnosticada con TEA. En cada artículo este diagnóstico se realizó siguiendo las distintas acepciones que a lo largo de los años ha ido recibiendo el término "autismo", ya sea en función de los criterios diagnósticos o de la terminología vigente en cada momento.

En relación con el diseño, se trata de estudios de caso único donde se exponen los casos de las intervenciones realizadas con niños, adolescentes y jóvenes con TEA con diferentes niveles de gravedad, desde autismo severo (Boesch et al., 2015) hasta el término ya desaparecido Síndrome de Asperger (Hare, 1997) que presentaban conductas autolesivas de distinta magnitud y características. El 57.14% de los estudios fue realizado con una sola muestra, mientras que en el 42.86% la muestra fue superior a 1.

En cuanto a la edad, el 57.14% tenían menos de 13 años de edad y el 42.86% más de 13 años. A su vez, del total de la muestra incluida, el 64.28% eran varones y el 35.74% mujeres.

En relación con el diagnóstico, aunque todos los estudios incluyen población con TEA, en un estudio se incluye una intervención con un adolescente diagnosticado de ansiedad (Ames & Weiss, 2013).

En cuanto al tipo de intervención llevada a cabo en dichos estudios, todas fueron de tipo cognitivo y conductual. La media de sesiones realizadas en las investigaciones fue de 40, aunque esta cifra está inflada debido a las 192 sesiones que se realizaron en una de las investigaciones (Koegel et al., 1974). El estudio donde se realizó un número más reducido de sesiones, 10, fue el llevado a cabo en el trabajo de Hare (1997). La duración de las sesiones también varía entre estudios, la mínima de 1 minuto (Boesch et al., 2015) y la máxima de 90 minutos (Ames & Weiss, 2013).

En el 28.5% de los estudios hallados se emplearon técnicas cognitivas (Ames & Weiss, 2013; Hare, 1997). En la investigación realizada por Ames (2013) se expone una intervención con un niño de 9 años con TEA y ansiedad y con un grupo de 5 niños entre 8 y 12 años con TEA mediante Terapia Cognitivo Conductual (Cognitive Behavioural Therapy, CBT) a través de 12 sesiones supervisadas por un psicólogo clínico, actuando como coterapeutas estudiantes de doctorado. En las cuatro primeras se trabajó el reconocimiento de pensamientos y emociones utilizando apoyo visual y juegos de rol. En las tres sesiones posteriores, se implementaron programas de afrontamiento con historias sociales según los intereses particulares de los participantes. En las cinco últimas sesiones se instruyó a los niños en técnicas de relajación. Como instrumentos de evaluación se utilizaron el Child Behaviour Check List (CBCL) y el Screen for Child Anxiety and Related Emotional Disorders (SCARED) antes y después del tratamiento. Los resultados mostraron mejorías cualitativas respecto de las conductas agresivas, pero no se presentaron datos estadísticos. Cuantitativamente no se pudieron evidenciar resultados positivos.

Por su parte, Hare (1997) realizó un estudio con un varón de 26 años con Síndrome de Asperger durante 10 sesiones llevadas a cabo por un terapeuta y un cuidador como coterapeuta

en las que se trabajó la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en técnicas de relajación y distracción. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el Beck Depresión Inventory (BDI) (Beck et al., 1961) y el autorregistro. El participante no presentó conductas autolesivas durante la intervención ni durante la fase inmediatamente posterior, aunque 3 meses después de finalizar el tratamiento amenazó con autolesionarse mediante cortes en los brazos.

En el 71.4% de los estudios hallados (Ahearn et al., 2007; Azrin et al., 1988; Boesch et al., 2015; Koegel et al., 1974; Liu-Gitz & Banda, 2010) la intervención llevada a cabo fue conductual. En el más reciente (Boesch et al., 2015), se emplearon técnicas conductuales en el entorno escolar con un chico de 14 años con TEA severo por parte de un profesional experimentado y un estudiante de doctorado como coterapeuta durante un total de 22 sesiones, como el uso de refuerzo negativo (pesas de muñeca) cuando no presentaba conductas autolesivas, incrementando de manera progresiva el tiempo empleado en las tareas asignadas y reduciendo paulatinamente el peso de la muñequera hasta llegar a sustituirla por una banda. En casos de intento de autolesión grave se usaron como técnicas la extinción conductual y el bloqueo físico. Como instrumentos de evaluación utilizaron la observación y registro simultáneo e independiente por parte de dos observadores, siendo las sesiones grabadas en vídeo. Los resultados mostraron que las conductas autolesivas se redujeron notablemente a lo largo de las cinco fases de la intervención (fase A, fase B1, fase B2, fase B3 y fase B4) con dos repuntes en la fase B1 y al principio de la fase B4. No obstante, las principales limitaciones de este estudio son relevantes puesto que no hubo réplica de la intervención en otros sujetos ni se midió el mantenimiento de los efectos tras la misma.

Otro estudio en el que se emplearon técnicas conductuales fue el realizado en Ahearn et al. (2007). En este trabajo se detalla una investigación con cuatro niños, dos varones y dos mujeres diagnosticados con TEA entre 3 y 11 años. Se intervino durante un número de sesiones diferente con cada niño (entre 24 y 38) a través del método *Response Interruption and Redirection/Response Bocking* (RIRD Method; Ahearn et al., 2007) basado en la interrupción y bloqueo de conductas indeseadas y su redirección hacia comportamientos adecuados. Las sesiones fueron grabadas y como instrumentos de evaluación se utilizaron la observación y registro en el entorno escolar por parte de docentes instruidos. Se logró reducir el número de conductas autolesivas, pero los autores consideraron algunas limitaciones destacando la dificultad de tener los recursos empleados dentro del contexto de la investigación que en su trabajo se expone, y que los datos no fueron recogidos siguiendo un procedimiento único.

El método RIRD (Ahearn et al., 2007) fue utilizado también en el estudio llevado a cabo por Liu-Gitz & Banda (2010) con un niño con TEA de 10 años durante 21 sesiones. Esta investigación se presentó como una extensión de la realizada por Ahearn et al. en 2007 y también se desarrolló dentro del entorno escolar por parte de docentes instruidos. Como instrumentos de evaluación se utilizaron la observación y registro por dos observadores de modo independiente. Los resultados evidenciaron la reducción de comportamientos indeseados, por lo cual el RIRD (Ahearn et al., 2007) fue considerado por los investigadores un método apto para ser utilizado en contextos educativos.

En 1988, Azrin et al. llevaron a cabo un estudio con una adolescente de 13 años con TEA comparando varios tipos de intervención conductual, como la extinción de conducta, el bloqueo e interrupción de conductas, el refuerzo ante la ausencia de comportamientos indeseados y la sustitución por conductas incompatibles con estos. La combinación del refuerzo diferencial de comportamientos incompatibles y la interrupción de conductas autolesivas resultó ser lo más efectivo, logrando a lo largo del tratamiento reducir la frecuencia de los comportamientos indeseados en un 96%. En este estudio se expone que esta reducción es debido a que este tipo de intervención eliminaba o revertía las causas que llevaban a la persona con TEA a autolesionarse. Los instrumentos de evaluación utilizados en esta investigación fueron la observación por parte de un observador y un coobservador y el registro de las conductas objeto de estudio.

Por último, el artículo más antiguo hallado data de 1974 y fue realizado por Koegel et al. En este caso se llevó a cabo una intervención de tipo conductual, por parte de dos investigadores y al menos un observador, basada en la interrupción, bloqueo y redirección de conductas indeseadas con un niño de 6 años y una niña de 8. Los resultados mostraron una reducción de comportamientos indeseados en un porcentaje importante tal y como se puede observar en la Tabla 1.

## Discusión

Esta revisión sistemática tuvo como objetivo principal actualizar la información sobre la eficacia de las intervenciones de tipo cognitivo y conductual en la reducción de conductas autolesivas en niños y jóvenes diagnosticados con TEA. Los resultados de los siete estudios muestran que a través de las intervenciones de tipo cognitivo y conductual se pueden reducir las diferentes conductas autolesivas presentadas por los niños, adolescentes y jóvenes con TEA. Los principales resultados encontrados en los estudios donde se llevó a cabo una intervención de tipo cognitivo usando técnicas como el reconocimiento de pensamientos y emociones utilizando apoyo visual, los juegos de rol y las historias sociales (Ames & Weiss, 2013), así como la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en técnicas de relajación y distracción (Hare, 1997), reflejaron mejoras cualitativas (Ames & Weiss, 2013) y la desaparición de conductas autolesivas durante la intervención y la fase inmediatamente posterior (Hare, 1997). En estos casos, los resultados positivos no se reflejaron con datos cuantitativos (Ames & Weiss, 2013; Hare, 1997).

En los estudios en que se realizó una intervención conductual (Ahearn et al., 2007; Azrin et al., 1998; Boesch et al., 2015; Koegel et al., 1974; Liu-Gitz & Banda, 2010) utilizando técnicas como reforzadores, extinción de conducta, interrupción y bloqueo físico, los datos estadísticos presentados muestran una reducción de las conductas autolesivas.

Hasta nuestro conocimiento, es la primera revisión sistemática donde se estudia la eficacia de intervención cognitivo-conductual en niños, adolescentes y jóvenes con TEA que presentan comportamientos autolesivos. Sin embargo, este estudio presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, aunque se incluyeron trabajos publicados en cualquier fecha, el número de estudios hallados en la revisión fue escaso. Esto indica la necesidad de publicar estudios donde se analice la efi-

ca de intervenciones cognitivo-conductuales para la reducción de conductas autolesivas en población infantojuvenil con TEA. Además, en los estudios de caso incluidos no se establece control experimental.

Por otro lado, a través de los estudios publicados se detecta la necesidad de cubrir ciertas limitaciones en la investigación de esta problemática. En concreto, la dificultad para llevar algunos métodos a la práctica fuera del contexto de la investigación (Ahearn et al., 2007), la falta de réplica de intervenciones en otros sujetos y la ausencia de medidas acerca del mantenimiento de los resultados positivos alcanzados (Boesch et al., 2015). Además, en los dos estudios en los que se llevaron a cabo intervenciones de tipo cognitivo (Ames & Weiss, 2013; Hare, 1997) no se presentaron datos estadísticos para avalar las mejorías alcanzadas. También supone una limitación que las muestras de los diferentes estudios sean de distinto sexo, edad y nivel de afectación, lo cual unido al escaso número de estudios hallados muestra la necesidad de continuar investigando; en futuras investigaciones sería conveniente intervenir utilizando metodologías variadas y fácilmente replicables con niños y jóvenes de ambos sexos, distinta edad y nivel de afectación para poder realizar comparaciones, por ejemplo utilizando los mismos procedimientos de recopilación de datos en cada fase de los estudios (Ahearn et al., 2007), o en su caso acortando los períodos de toma de datos para lograr más precisión en los resultados (Liu-Gitz & Banda, 2010), así como presentar datos estadísticos que avalen los resultados alcanzados tras las intervenciones y medir el mantenimiento en el tiempo de dichos resultados.

No obstante, el hallazgo de resultados positivos en los estudios objeto de la presente revisión es esperanzador de cara a la implantación de este tipo de programas de intervención cognitivo y conductual en los diferentes contextos en los que se desarrolla la vida de las personas con TEA, con vistas a que la reducción de conductas autolesivas sea beneficiosa no solo para la integridad física de los niños y jóvenes con TEA sino también para mejorar su calidad de vida en general y su integración en todos los ámbitos, tanto familiar como escolar y social.

Figura 1. Versión modificada de diagrama PRISMA con los estudios incluidos en la revisión sistemática.

## Conflicto de intereses

Los autores no presentan ningún conflicto de interés

## Referencias

- \*Ahearn, W. H., Clark, K. M., MacDonald, R. P., & Chung, B. I. (2007). Assessing and treating vocal stereotypy in children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(2), 263-275. <https://doi.org/10.1901/jaba.2007.30-06>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a Edición). Editorial Médica Panamericana.
- \*Ames, M., & Weiss, J. (2013). Cognitive Behaviour Therapy for a Child with Autism Spectrum Disorder and Verbal Impairment: A Case Study. *Journal on Developmental Disabilities*, 19(1), 61-69. [https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/bitstream/handle/10315/27192/41015\\_JoDD\\_19-1\\_61-69\\_Ames\\_and\\_Weiss%20\(1\).pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/bitstream/handle/10315/27192/41015_JoDD_19-1_61-69_Ames_and_Weiss%20(1).pdf?isAllowed=y&sequence=1)

- \*Azrin, N. H., Besalel, V. A., Jamner, J. P., & Caputo, J. N. (1988). Comparative study of behavioral methods of treating self-injury. *Behavioral Residential Treatment*, 3 (2) 119-152. <https://doi.org/10.1002/bin.2360030204>
- Baron-Cohen, S., Allen, J., & Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months?: The needle, the haystack, and the CHAT. *The British Journal of Psychiatry*, 161(6), 839-843. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.6.839>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- \*Boesch, M. C., Taber-Doughty, T., Wendt, O., & Smalts, S. S. (2015). Using a Behavioral Approach to Decrease Self-Injurious Behavior in an Adolescent With Severe Autism: A Data-Based Case Study. *Education and Treatment of Children*, 38(3), 305-328. <https://doi.org/10.1353/etc.2015.0012>
- Boyd, B. A., McDonough, S. G., & Bodfish, J. W. (2011). Evidence-Based Behavioral Interventions for Repetitive Behaviors in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(6) 1236-1248. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1284-z>
- Devine, D. P. (2014). Self-injurious behaviour in autistic children: a neurodevelopmental theory of social and environmental isolation. *Psychopharmacology*, 231(6), 979-997. <https://doi.org/10.1007/s00213-013-3279-2>
- Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour: analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities*. Cambridge University Press.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E. R., Muñiz, J., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Baños, R., Cano-Vindel, A., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., González-Menéndez, A., Valero, A. V., Priede, A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J.A., Gómez, L. E., ... & Montoya-Castilla, I. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para la Infancia y Adolescencia: Estado de la Cuestión. *Psicothema*, 33(3), 386-398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.56>
- Griffin, J. C., Ricketts, R. W., Williams, D. E., Locke, B. J., Altmeyer, B. K., & Stark, M. T. (1987). A Community survey of self-injurious behavior among developmentally disabled children and adolescents. *Hospital & Community Psychiatry*, 38(9), 959-963. <https://doi.org/10.1176/ps.38.9.959>
- \*Hare, D. J. (1997). The Use of Cognitive-Behavioural Therapy with People with Asperger Syndrome: A Case Study. *Autism*, 1(2), 215-225. <https://doi.org/10.1177/1362361397012007>
- Heaton, R. K. (1981). *Wisconsin Card Sorting Test Manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.
- Hervás, A. (2016). Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los Trastornos del Espectro Autista. *Revista de Neurología*, 62(Supl 1), S9-14. <https://doi.org/10.33588/rn.62S01.2016068>
- Instituto Nacional de Estadística (2022). *Discapacidad. Cifras relativas*. <https://www.ine.es/>
- \*Koegel, R. L., Firestone, P. B., Kramme, K. W., & Dunlap, G. (1974). Increasing spontaneous play by suppressing self-stimulation in autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7, 521-528. <https://doi.org/10.1901/jaba.1974.7-521>
- \*Liu-Gitz, L., & Banda, D. R. (2010). A replication of the rid strategy to decrease vocal stereotypy in a student with autism. *Behavioral Interventions*, 25, 77-87. <https://doi.org/10.1002/bin.297>
- Martos-Pérez, J., & Paula, I. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 52(1), 5147-5153. <https://doi.org/10.33588/rn.52S01.2010816>
- McTiernan, A., Leader, G., Healy, O., & Mannion, A. (2011). Analysis of risk factors and early predictors of challenging behavior for children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 1215-1222. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.01.009>
- Nottestad, J. A., & Linaker, O. M. (2001). Self injurious behaviour before and after deinstitutionalization. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(2), 121-129. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00332.x>
- Paula, I. (2013). Diagnóstico diferencial entre el trastorno obsesivo compulsivo y los patrones de comportamiento, actividades e intereses restringidos y repetitivos en los trastornos del espectro autista. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(4), 178-186. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2012.07.006>
- Paula, I. (2018). *La Autolesión en el Autismo. ¿Búsqueda o liberación del dolor?* Alianza Editorial.
- Rey, A. (1941). L'examen psychologique dans les cas d'encephalopathie traumatique. *Archives de Psychologie*, 28, 286-340.
- Richler, J., Bishop, S. L., Kleinke, J. R., & Lord, C. (2007). Restricted and repetitive behaviors in young children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(1), 73-85. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0332-6>
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 131-144. <https://doi.org/10.1023/a:1010738829569>
- Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2011). *ADI-R. Autism Diagnostic Interview - Revised*. Western Psychological Services. <https://web.teaediciones.com/Ejemplos/ADI-R-Extracto-Manual.pdf>
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-62. [https://pure.mpg.de/rest/items/item\\_2389918/component/file\\_2389917/content](https://pure.mpg.de/rest/items/item_2389918/component/file_2389917/content)
- Totsika, V., Toogood, S., Hastings, R. P., & Lewis, S. (2008). Persistence of challenging behaviours in adults with intellectual disability over a period of 11 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(5), 446-457. <https://doi.org/10.1177/1362361306062013>
- Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29. <https://doi.org/10.1007/BF01531288>