

Diferencias en la autolesión en adolescentes y adultos jóvenes con trastorno del espectro autista: un enfoque de género

Berta Massaguer-Bardají, Antoni Grau-Touriño, Tary Gómez-Hinojosa

Introducción. Las autolesiones en niños y jóvenes con trastorno del espectro autista (TEA) representan riesgos para su bienestar físico, impactan negativamente en su calidad de vida y la de sus familias, y presentan desafíos para su integración en entornos escolares y sociales. El propósito de este estudio fue investigar posibles diferencias por sexos entre adolescentes y jóvenes adultos con autismo que ingresaron en la unidad de neurodesarrollo de ITA Argentona debido a autolesiones no suicidas.

Pacientes y métodos. Muestra de 50 pacientes con TEA, cuyas edades oscilaron entre los 14 y los 27 años, y que fueron atendidos en la unidad de neurodesarrollo de ITA Argentona. La metodología adoptada consistió en un estudio trasversal correlacional de tipo no causal, para el cual se administraron la escala de observación para el diagnóstico del autismo, segunda edición, y la *Autism Diagnostic Interview-Revised*, así como el inventario de declaraciones sobre autolesión.

Resultados. Los resultados obtenidos revelaron correlaciones significativas y positivas entre el sexo y ciertos tipos de autolesiones (quemarse, tirarse del pelo o grabarse letras) y las motivaciones o funciones que las personas refieren para llevar a cabo autolesiones no suicidas.

Conclusiones. Aunque se concluye que no existe una probabilidad sustancialmente mayor de que un sexo en particular respalde autolesiones no suicidas, se pudieron identificar diferencias significativas en cuanto a los tipos específicos de autolesiones y las motivaciones o funciones asociadas a estas conductas autolesivas no suicidas.

Palabras clave. ADI-R. ADOS-2. Autismo. Autolesiones. ISAS. Sexo.

Introducción

El fenómeno de la autolesión hace referencia a la ocurrencia de lesiones físicas autoinfligidas de manera deliberada, excluyendo cualquier intención suicida [1-3]. Este comportamiento ha sido documentado en adolescentes diagnosticados con trastorno del espectro autista (TEA) [4,5]. Investigaciones previas han abordado tanto la prevalencia de la autolesión en individuos con TEA como los diversos factores de riesgo asociados a esta conducta [4-11].

Este tipo de autolesiones conlleva la acción directa y premeditada de causar daño a la superficie corporal sin la intención de provocar la muerte, excluyendo los comportamientos autolesivos accidentales o indirectos, así como las prácticas socialmente aceptadas, como la realización de tatuajes [3]. Según la Asociación Americana de Psiquiatría [12], el trastorno de autolesión no suicida se define por la realización de conductas autolesivas con la expectativa de aliviar un estado emocional o cognitivo negativo, resolver conflictos interpersonales o inducir una sensación de bienestar. Asimismo, se destacan las

autolesiones intencionadas vinculadas a dificultades interpersonales, episodios de ansiedad o pensamientos autolesivos. Este comportamiento no cuenta con aceptación social y va más allá de acciones simples, como arrancarse una costra o morderse las uñas [12].

Actualmente, existen estudios que señalan que las personas diagnosticadas con TEA presentan un mayor riesgo de participar en conductas autodestructivas en comparación con individuos neurotípicos [13,14], y que la prevalencia de diagnósticos de TEA es más alta en hombres que en mujeres [15].

Por otra parte, el TEA representa un conjunto diverso y altamente heredable de condiciones del neurodesarrollo que perduran a lo largo de la vida. Los afectados se caracterizan por enfrentar dificultades en la comunicación, en las interacciones sociales, y en la exhibición de patrones de comportamiento e intereses repetitivos y restringidos [12]. La presentación del TEA exhibe una notable variabilidad, la cual está influenciada por una serie de factores, entre los que se incluyen la gravedad de los síntomas centrales y secundarios, y el nivel de funcionamiento intelectual y adaptativo [16].

Clariane Spain. Madrid (B. Massaguer-Bardají, A. Grau-Touriño). ITA Especialistas en Salud Mental. (B. Massaguer-Bardají, A. Grau-Touriño). Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona, España (B. Massaguer-Bardají, T. Gómez-Hinojosa).

Correspondencia:

Dra. Berta Massaguer-Bardají. ITA Avenir. C/ Avenir, 14. E-08006 Barcelona.

E-mail:

bmassaguer@itasaludmental.com

Aceptado tras revisión externa:

31.05.24.

Conflicto de intereses:

No declarado.

Cómo citar este artículo:

Massaguer-Bardají B, Grau-Touriño A, Gómez-Hinojosa T. Diferencias en la autolesión en adolescentes y adultos jóvenes con trastorno del espectro autista: un enfoque de género. *Rev Neurol* 2024; 79: 35-40. doi: 10.33588/rn.7902.2024047.

© 2024 Revista de Neurología



El curso de vida de aproximadamente la mitad de las personas afectadas por TEA se caracteriza por resultados negativos [17]. Esto se refleja en tasas inferiores de éxito educativo y laboral [18], y un aumento en la prevalencia de problemas de salud tanto físicos como mentales [19-21], incluyendo depresión y ansiedad [22]. A pesar del aumento constante en los diagnósticos de autismo [23,24], aún persiste una comprensión limitada sobre esta condición [4].

Se ha sugerido la hipótesis de que el autismo puede constituir un factor de riesgo para la manifestación de conductas autolesivas. Esta afirmación se basa en la exposición frecuente de las personas con este trastorno a problemas conductuales, aislamiento social, depresión, entre otros factores, que a menudo están asociados con la autolesión [1,25-27].

Blanchard et al [28] han revelado que las personas diagnosticadas con TEA tienen una probabilidad tres veces mayor de manifestar conductas autolesivas en comparación con individuos neurotípicos. Sin embargo, a pesar de la existencia de factores de riesgo bien identificados, las causas subyacentes aún no están completamente dilucidadas. Esta falta de claridad se atribuye, en parte, a la limitación en la cantidad de estudios disponibles sobre el tema y a la presencia de resultados contradictorios [4].

Un estudio realizado en Finlandia subraya que el principal factor de riesgo de autolesión en individuos con TEA está relacionado con la presencia de condiciones psiquiátricas comórbidas [27], aunque otros estudios sugieren que también podrían influir el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, la depresión y la ansiedad [10,29]. Además, se ha observado que las autolesiones lo suficientemente graves como para requerir atención médica son igualmente frecuentes en jóvenes autistas que en los diagnosticados con depresión o trastorno por déficit de atención/hiperactividad [4].

Maddox et al [14] evidenciaron que el 50% de su muestra exhibió historiales de autolesiones no suicidas. Además, observaron que, entre los participantes diagnosticados con TEA, las mujeres mostraron una propensión notablemente mayor a manifestar conductas de autolesión no suicidas en comparación con los hombres. Los autores destacan que las características de autolesión observadas en personas con TEA son similares a las presentes en individuos sin el trastorno.

Ante la escasez de investigaciones disponibles sobre las autolesiones no suicidas en individuos con TEA, particularmente en el grupo de adolescentes, y aún menos que analicen posibles disparidades por sexos en este contexto, se llevó a cabo un estudio

transversal correlacional de naturaleza no causal. El objetivo primordial de esta investigación fue explorar si existen diferencias significativas por sexos entre adolescentes diagnosticados con autismo que han sido admitidos en la unidad de neurodesarrollo del ITA Argentina debido a la manifestación de autolesiones no suicidas.

Pacientes y métodos

Los participantes fueron seleccionados de manera conveniente de la unidad de neurodesarrollo del ITA Argentina. Los criterios de inclusión estipulados fueron los siguientes: a) sujetos con edades entre los 14 y 27 años; b) que tuvieran un diagnóstico confirmado de TEA, el cual se determinó mediante la aplicación de pruebas estandarizadas, como la escala de observación para el diagnóstico del autismo (ADOS) y la *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) [30]; y c) que contaran con el consentimiento parental. Al mismo tiempo, la participación en el estudio fue completamente voluntaria.

El tamaño de la muestra consistió en 50 pacientes con TEA, de los cuales el 56% eran de sexo masculino y el 44% de sexo femenino, con edades comprendidas entre los 14 y los 27 años. Del total de participantes, el 70% presentaba algún grado de discapacidad, con puntuaciones que oscilaban entre el 33 y el 71. Además, se observó que el 44% de los participantes había experimentado autolesiones en algún momento, mientras que un porcentaje igual había intentado suicidarse.

En cuanto a los aspectos éticos, se garantizó el respeto por la autonomía de los participantes, se aseguró la confidencialidad y anonimato de la información recopilada, asignando un número correlativo a cada uno de los participantes, y se solicitó la cumplimentación del consentimiento informado de participación a los padres y tutores legales. Además, se obtuvo la aprobación del comité de ética correspondiente antes de llevar a cabo el estudio. Todos los procedimientos de investigación se llevaron a cabo de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki [31].

Se emplearon tres instrumentos: a) ADOS, segunda edición [32]: evalúa aspectos como la comunicación social, la interacción y las habilidades de juego [33,34]; b) ADI-R [30]: entrevista semiestructurada que se administra a padres o cuidadores y evalúa diversos dominios relacionados con el desarrollo social, comunicativo y comportamental [35-37]; y c) inventario de declaraciones sobre autolesión (ISAS) [38,39]: evalúa las motivaciones para la

autolesión y consta de 39 ítems que abarcan comportamientos y funciones relacionadas [38,39].

Durante el período de estudio, un investigador contactó con las familias de los posibles participantes de acuerdo con la base de datos disponible en el centro, explicando el procedimiento que se iba a seguir y el tratamiento de datos, al mismo tiempo que se les solicitó que completaran el formulario de consentimiento. La administración de los instrumentos tuvo lugar en las instalaciones del centro, y se llevó a cabo de manera individual y personalizada.

Para describir las puntuaciones obtenidas en los distintos instrumentos se emplearon tanto porcentajes como medidas de tendencia central, como medias. Además, se realizaron análisis correlacionales para examinar la relación entre el sexo y las variables de interés, incluyendo características relevantes para el diagnóstico del autismo, así como las conductas de autolesión y las causas subyacentes a éstas. Todas ellas con el *software* SPSS versión 22.0 (IBM, Armonk, NY, EE. UU.)

Resultados

Según los resultados de la ADOS [32], el 98% de los participantes exhibió síntomas característicos del TEA, con una puntuación umbral igual o mayor a 9. En el dominio de la comunicación, el 70% obtuvo una puntuación igual o superior al punto de corte, establecido en 7. En cuanto a la interacción social y recíproca, utilizando un punto de corte de 6 para el autismo, se observó que el 44% de los participantes mostró síntomas correspondientes al TEA. Respecto a la combinación de comunicación e interacción social, la mayoría obtuvo una puntuación entre 7 y 8. En lo que respecta a los comportamientos estereotipados e intereses restringidos, el 26% demostró evidencia significativa de este tipo de conductas, lo que sugiere la presencia de sintomatología del TEA de manera significativa en el grupo estudiado.

Por otro lado, los resultados obtenidos mediante la ADI-R [30] revelaron una puntuación promedio en el total de la escala de 26,6, lo que indica la presencia de características y síntomas significativos para el diagnóstico de TEA.

Según los resultados del ISAS [38,39], se observa una media general de 9,62, lo que sugiere que los participantes presentan conductas de autolesión. Las puntuaciones medias obtenidas revelan un mayor uso de la autolesión para la autorregulación emocional (2,74), la manifestación de angustia (1,74), la búsqueda de sensaciones/fortalezas (1,62) y la evitación del suicidio (1,36).

Tabla I. Correlaciones por sexos y total de las escalas.

		Total ISAS	Total ADI-R	Total ADOS
Sexo	Correlación de Pearson	0,157	-0,338 ^a	-0,23
	Sig. (bilateral)	0,275	0,016	0,107
	N	50	50	50
Total ISAS	Correlación de Pearson		-0,026	0,025
	Sig. (bilateral)		0,859	0,863
	N		50	50
Total ADI-R	Correlación de Pearson			0,613 ^b
	Sig. (bilateral)			0
	N			50

ADI-R: *Autism Diagnostic Interview-Revised*; ADOS: escala de observación para el diagnóstico del autismo; ISAS: inventario de declaraciones sobre autolesión; N: muestra. ^a La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral); ^b La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto al análisis correlacional entre el sexo y el total de las escalas estudiadas, se encontró una correlación negativa significativa con el total de la ADI-R (-0,338). Esto indica que los hombres presentan un mayor número de características significativas para el diagnóstico de autismo en comparación con las mujeres, especialmente en lo que respecta a patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados (-0,379), y, en menor medida, en las alteraciones cualitativas de la comunicación (Tabla I).

Respecto a las variables de autolesión, no se encontraron correlaciones evidentes entre el sexo y las diversas funciones de la autolesión. Sin embargo, se identificaron correlaciones positivas y significativas entre el sexo y ciertos tipos específicos de autolesiones, como quemarse (0,37), escribirse letras (0,39) y tirarse del pelo (0,41). Estos hallazgos indican que las mujeres autistas tienden a utilizar con mayor frecuencia la autolesión a través de quemarse, escribirse letras y tirarse del pelo (Tabla II).

Además, se identifica una correlación positiva entre el sexo y la incidencia de la primera autolesión de los pacientes, así como con las autolesiones recientes, lo que sugiere que las mujeres con TEA que han sido admitidas recientemente por autolesiones en la unidad de estudio son más frecuentes. Se ha observado una correlación positiva y significativa entre el sexo y la tendencia a estar solo al autolesionarse, lo que indica que las mujeres tienen

Tabla II. Correlaciones por sexos y variables de autolesión.

		Quemarse	Letras	Tirarse del pelo
Sexo	Correlación de Pearson	0,37 ^a	0,39 ^a	0,41 ^a
	Sig. (bilateral)	0,008	0,005	0,003
	N	50	50	50
Quemarse	Correlación de Pearson		0,472 ^a	0,028
	Sig. (bilateral)		0,001	0,848
	N		50	50
Letras	Correlación de Pearson			0,349 ^b
	Sig. (bilateral)			0,013
	N			50

N: muestra. ^a La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral); ^b La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Tabla III. Resultados de las correlaciones por sexos y autolesiones.

	Sexo		
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Cuando me autolesiono, yo estoy poniendo distancia entre los demás y yo	0,395 ^a	0,005	50
Cuando me autolesiono, yo estoy estableciendo una barrera entre yo y los demás	0,381 ^a	0,006	50
Cuando me autolesiono, yo estoy reduciendo la ansiedad, la frustración, la rabia u otra emoción incontrolable	0,365 ^a	0,009	50
Cuando me autolesiono, yo estoy creando un signo de amistad con amigos o personas amadas	0,599 ^a	0	50
Cuando me autolesiono, yo estoy creando vínculos con mis amigos	0,498 ^a	0	50
Cuando me autolesiono, yo estoy tratando de lastimar a una persona cercana a mí	0,424 ^a	0,002	50

^a La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

una mayor propensión que los hombres a autolesionarse cuando se encuentran solas.

En relación con las causas subyacentes de la autolesión, se han identificado correlaciones positivas

y significativas entre el sexo y diversos motivos para llevar a cabo dichas conductas. Éstas incluyen autolesionarse con el propósito de distanciarse de los demás (0,395), establecer barreras con los demás (0,381), reducir la ansiedad, la frustración, la rabia u otras emociones incontrolables (0,365), expresar afecto hacia amigos o seres queridos (0,599), establecer vínculos con los amigos (0,498) y tratar de lastimar a personas cercanas (0,424). Estos resultados sugieren que las mujeres tienen una mayor propensión a autolesionarse con el fin de distanciarse de los demás, establecer relaciones de amistad y expresar emociones negativas de manera incontrolable (Tabla III).

Se detectaron correlaciones positivas, aunque menos marcadas en significación estadística, entre el sexo y la tendencia a buscar aceptación por parte de otros (0,288), así como a buscar ayuda o cuidado de terceros (0,36). Estos hallazgos indican que las conductas de autolesión motivadas por el deseo de ser aceptado o de atraer la atención de terceros son más prevalentes entre las mujeres.

Discusión

Ghaziuddin et al [13] y Maddox et al [14] han subrayado la importancia crítica de abordar las conductas de autolesión en niños y jóvenes con TEA, ya que éstas representan riesgos significativos para su bienestar físico y emocional. Estas conductas impactan negativamente en la calidad de vida tanto del individuo afectado como de sus familias, al tiempo que complican su integración en entornos escolares y sociales, resultados en la misma línea que los de Blanchard et al [28].

Stewart et al [11] han argumentado que las dificultades asociadas con la autolesión en sujetos con TEA añaden una capa adicional de complejidad a la manifestación del trastorno. Estas dificultades se suman a las características propias del TEA, que se caracterizan por una variabilidad significativa en su presentación. Ésta está influenciada por múltiples factores, incluida la gravedad de los síntomas centrales y secundarios del TEA, como las dificultades en la comunicación, las habilidades sociales y los patrones de comportamiento repetitivos y restringidos. El nivel de capacidad intelectual y el funcionamiento adaptativo también desempeñan un papel importante en la expresión y la gravedad del TEA, como lo describe detalladamente Fleta [2] en su investigación.

Al examinar los síntomas del TEA desde una perspectiva de género, se ha revelado que, según lo destacado por autores como Loomes et al [15] y

Steenfeldt et al [40], los hombres muestran un mayor número de características significativas para el diagnóstico de autismo. Específicamente, se observa una predominancia en patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados, así como en alteraciones cualitativas en la comunicación.

Contrariamente a los resultados encontrados por Maddox et al [14] y Akram et al [41], quienes determinaron que las mujeres tenían significativamente más probabilidades de manifestar autolesiones no suicidas en comparación con los hombres, nuestros hallazgos no muestran una mayor prevalencia de un sexo sobre otro en la presentación de este tipo de autolesiones. Estos resultados están en consonancia con otros estudios, como el de Duerden et al [42], que tampoco encontraron diferencias significativas en relación con el género.

Sin embargo, se han observado diferencias significativas en cuanto a las motivaciones o funciones que las personas mencionan como razones para realizar autolesiones no suicidas, lo que coincide con las investigaciones realizadas por Chaplin et al [7] y Edelson [8].

También se ha observado una mayor probabilidad por parte de las adolescentes con TEA de autolesionarse con el propósito de distanciarse o establecer barreras con los demás, así como para reducir la ansiedad, la frustración, la rabia u otras emociones incontrolables. Además, también se han identificado motivaciones para crear vínculos con amigos y seres queridos, así como para lastimarlos.

Por otro lado, en lo que respecta al tipo específico de autolesiones, se encontró que las mujeres son más propensas a quemarse, tallarse letras en partes del cuerpo y tirarse del pelo. Estos resultados están en línea con los hallazgos de Maddox et al [14] y Akram et al [41].

Conclusiones

Las conclusiones del estudio resaltan la relevancia de comprender las diferencias de género en la autolesión entre adolescentes con TEA. Estos hallazgos subrayan la importancia de tener en cuenta estas disparidades al desarrollar intervenciones y estrategias de apoyo para esta población.

En términos de aplicaciones prácticas, los hallazgos de este estudio podrían informar el desarrollo de programas de intervención y apoyo adaptados a las necesidades específicas por sexos de los adolescentes con TEA que se enfrentan a la autolesión. Por ejemplo, se podrían diseñar programas de habilidades de afrontamiento que aborden las preo-

cupaciones específicas relacionadas con la autolesión para cada sexo. Además, estos resultados podrían ser útiles para los profesionales de la salud mental y los educadores que trabajan con adolescentes con TEA, brindándoles una mayor comprensión de cómo abordar de manera más efectiva la autolesión en esta población.

Bibliografía

1. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6: 339-63.
2. Fleta-Zaragoza J. Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria* 2017; 47: 37-45.
3. Ferreiro D, López K, Núñez V, González N, Boix AI, Ferreiro D, et al. Autolesiones no suicidas: abordaje integral desde el primer nivel de salud y sector educativo. *Archivos de Pediatría del Uruguay* 2023; 94: e404.
4. Stark I, Rai D, Lundberg M, Culpin I, Nordström SI, Ohliss A, et al. Autism and self-harm: A population-based and discordant sibling study of young individuals. *Acta Psychiatr Scand* 2022; 146: 468-77.
5. Moseley RL, Gregory NJ, Smith P, Allison C, Baron-Cohen S. Links between self-injury and suicidality in autism. *Mol Autism* 2020; 11: 1-14.
6. Licence L, Oliver C, Moss J, Richards C. Prevalence and risk-markers of self-harm in autistic children and adults. *J Autism Dev Disord* 2020; 50: 3561-74.
7. Chaplin E, McCarthy J, Underwood L, Forrester A, Hayward H, Sabet J, et al. Characteristics of prisoners with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2017; 61: 1185-95.
8. Edelson SM. Comparison of autistic individuals who engage in self-injurious behavior, aggression, and both behaviors. *Pediatr Rep* 2021; 13: 558-65.
9. O'Halloran L, Coey P, Wilson C. Suicidality in autistic youth: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2022; 93: 102144.
10. Lai MC, Saunders NR, Huang A, Artani A, Wilton AS, Zaheer J, et al. Self-harm events and suicide deaths among autistic individuals in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open* 2023; 6: 1-15.
11. Stewart GR, Corbett A, Ballard C, Creese B, Aarsland D, Hampshire A, et al. Self-harm and suicidality experiences of middle-age and older adults with vs. without high autistic traits. *J Autism Dev Disord* 2023; 53: 3034-46.
12. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
13. Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Greden J. Depression in persons with autism: implications for research and clinical care. *J Autism Dev Disord* 2002; 32: 299-306.
14. Maddox B, Trubanova A, White S, Cicchetti D. Autism spectrum disorder: an examination of the association with self-injurious behavior in adolescence. *J Autism Dev Disord* 2019; 49: 244-59.
15. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56: 466-74.
16. Ronald A, Hoekstra RA. Autism spectrum disorders and autistic traits: a decade of new twin studies. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2011; 156: 255-74.
17. Mason D, Capp SJ, Stewart GR, Kempton MJ, Glaser K, Howlin P, et al. A Meta-analysis of outcome studies of autistic adults: quantifying effect size, quality, and meta-regression. *J Autism Dev Disord* 2021; 51: 3165-79.
18. Steinhausen HC, Mohr Jensen C, Lauritsen MB. A systematic review and meta-analysis of the long-term overall outcome of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand* 2016; 133: 445-52.

19. Croen LA, Zerbo O, Qian Y, Massolo ML, Rich S, Sidney S, et al. The health status of adults on the autism spectrum. *Autism* 2015; 19: 814-23.
20. Lever AG, Geurts HM. Psychiatric co-occurring symptoms and disorders in young, middle-aged, and older adults with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2016; 46: 1916-30.
21. Stewart GR, Corbett A, Ballard C, Creese B, Aarsland D, Hampshire A, et al. The mental and physical health profiles of older adults who endorse elevated autistic traits. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2021; 76: 1726-37.
22. Strang JF, Kenworthy L, Daniolos P, Case L, Wills MC, Martin A, et al. Depression and anxiety symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorders without intellectual disability. *Res Autism Spectr Disord* 2012; 6: 406-12.
23. Idring S, Lundberg M, Sturm H, Dalman C, Gumpert C, Rai D, et al. Changes in prevalence of autism spectrum disorders in 2001-2011: findings from the Stockholm youth cohort. *J Autism Dev Disord* 2015; 45: 1766-73.
24. Williams JG, Higgins JPT, Brayne CEG. Systematic review of prevalence studies of autism spectrum disorders. *Arch Dis Child* 2006; 91: 8-15.
25. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012; 379: 2373-82.
26. Chen MH, Pan TL, Lan WH, Hsu JW, Huang KL, Su TP, et al. Risk of suicide attempts among adolescents and young adults with autism spectrum disorder: a nationwide longitudinal follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2017; 78: 1-17.
27. Jokiranta-Olkoniemi E, Gyllenberg D, Sucksdorff D, Suominen A, Kronström K, Chudal R, et al. Risk for premature mortality and intentional self-harm in autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2021; 51: 3098-108.
28. Blanchard A, Chihuri S, DiGuseppi CG, Li G. Risk of self-harm in children and adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2021; 4: 1-12.
29. Allely CS. The association of ADHD symptoms to self-harm behaviours: a systematic PRISMA review. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 133.
30. Rutter M, Le Couteur A, Lord C. *The Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)*. Los Angeles, CA.: Western Psychological Services; 2003.
31. Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki*. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Tokio; 1975. URL: <https://lospacientes.webcindario.com/declaraciondehelsinki.pdf>. Fecha última consulta: 15.01.2024.
32. Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S, Gotham K, Bishop SL, et al. *ADOS-2. Escala de observación para el diagnóstico del autismo-2*. Madrid: TEA Ediciones; 2015.
33. Gotham K, Pickles A, Lord C. Standardizing ADOS scores for a measure of severity in autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2009; 39: 693-705.
34. Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S. *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part II): Toddler Module*. Torrance, CA: Western Psychological Services; 2016.
35. Randall M, Egberts KJ, Samtani A, Scholten RJ, Hooft L, Livingstone N, et al. Diagnostic tests for autism spectrum disorder (ASD) in preschool children. *Cochrane Database of Syst Rev* 2018; 7: CD009044.
36. Vanegas SB, Magaña S, Morales M, McNamara E. Clinical validity of the ADI-R in a US-based Latino population. *J Autism Dev Disord* 2016; 46: 1623-35.
37. Lefort-Besnard J, Vogeley K, Schilbach L, Varoquaux G, Thirion B, Dumas G, et al. Patterns of autism symptoms: hidden structure in the ADOS and ADI-R instruments. *Transl Psychiatry* 2020; 10: 1-12.
38. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess* 2009; 31: 215-9.
39. Castro-Silva E, Benjet C, Juárez-García F, Jurado-Cárdenas S, Lucio-Gómez-Maqueo ME, Valencia-Cruz A. Adaptación y propiedades psicométricas del Inventory of Statements About Self-injury en estudiantes mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica* 2016; 6: 2544-51.
40. Steinfeldt-Kristensen C, Jones CA, Richards C. The prevalence of self-injurious behaviour in autism: a meta-analytic study. *J Autism Dev Disord* 2020; 50: 3857-73.
41. Akram B, Batool M, Rafi Z, Akram A. Prevalence and predictors of non-suicidal self-injury among children with autism spectrum disorder. *Pak J Med Sci* 2017; 33: 1225-9.
42. Duerden EG, Oatley HK, Mak-Fan KM, McGrath PA, Taylor MJ, Szatmari P, et al. Risk factors associated with self-injurious behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2012; 42: 2460-70.

Differences in self-harm among adolescents and young adults with autism spectrum disorder: a gender-based approach

Introduction. Self-harm in children and young people with autism spectrum disorder (ASD) poses risks to their physical well-being, negatively impacts their quality of life and that of their families, and presents challenges to their integration into school and social environments. This study aimed to investigate possible differences in terms of gender between adolescents and young adults with autism admitted to the neurodevelopmental unit of ITA Argentona due to non-suicidal self-harming behaviour.

Patients and methods. A sample of 50 patients with ASD, whose ages ranged from 14 to 27 years, who were treated in the ITA Argentona neurodevelopmental unit. The methodology adopted consisted of a non-causal correlational cross-sectional study, for which the Autism Diagnostic Observation Schedule, second edition, and the Autism Diagnostic Interview-Revised were administered, as well as the Inventory of Statements About Self-injury.

Results. The results obtained revealed significant and positive correlations between sex and certain types of self-harm (burning, pulling hair and carving) and the motivations or functions that the participants report for engaging in non-suicidal self-harm.

Conclusions. Although the study concluded that there is no substantially greater likelihood of one sex in particular engaging non-suicidal self-harm, significant differences were identified in terms of the specific types of self-harm, and the motivations or functions associated with these non-suicidal self-harming behaviours.

Key words. ADI-R. ADOS-2. Autism. ISAS. Self-harm. Sex.