



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

**El Apoyo Conductual Positivo en la
intervención clínica del Trastorno del
Espectro Autista**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Esther Almagro Huertas
Modalidad:	Revisión Sistemática
Director/a:	Verónica Martínez Barnes
Fecha:	01/07/2026

Resumen

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se caracteriza por una alta frecuencia de conductas desafiantes que impactan de forma significativa en la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias. El Apoyo Conductual Positivo (ACP) constituye uno de los marcos de intervención más utilizados para abordar esta problemática, al integrar el análisis funcional del comportamiento con objetivos orientados a la mejora de la calidad de vida. Sin embargo, la base científica disponible presenta limitaciones metodológicas que dificultan la generalización de sus resultados. El objetivo principal de esta revisión sistemática fue examinar la evidencia empírica sobre la eficacia del ACP en la reducción de conductas desafiantes en personas con TEA, considerando las condiciones de implementación, los perfiles de población y la calidad metodológica de los estudios localizados. Se siguieron las directrices PRISMA 2020 y se realizaron búsquedas en Scopus, PubMed y ERIC, restringidas a publicaciones en español e inglés entre 2014 y 2026. Tras la aplicación de criterios de inclusión y exclusión predefinidos, se seleccionaron 9 estudios para la síntesis narrativa. Los resultados mostraron efectos favorables del ACP sobre las conductas desafiantes en la mayoría de los estudios, especialmente cuando la intervención partía de una evaluación funcional previa y contaba con supervisión sistemática de los implementadores; el único ensayo clínico aleatorizado incluido no encontró diferencias significativas respecto al tratamiento habitual. La evidencia sobre conductas sociales positivas y habilidades adaptativas fue escasa y de carácter secundario. Se concluye que el ACP muestra efectos favorables sobre las conductas desafiantes en personas con TEA cuando se implementa con fidelidad y formación supervisada, aunque la heterogeneidad metodológica y la escasez de ensayos controlados obligan a interpretar los resultados con cautela y señalan la necesidad de investigaciones con diseños más robustos.

Palabras clave: Apoyo Conductual Positivo, Trastorno del Espectro Autista, conductas desafiantes, evaluación funcional del comportamiento, revisión sistemática.

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is characterized by a high frequency of challenging behaviors that significantly impact the quality of life of affected individuals and their families. Positive Behavioral Support (PBS) is one of the most widely used intervention frameworks for addressing this issue, integrating functional behavioral assessment with quality-of-life goals. However, the available scientific evidence presents methodological limitations that hinder the generalization of findings. The primary aim of this systematic review was to examine the empirical evidence on the effectiveness of PBS in reducing challenging behaviors in individuals with ASD, considering implementation conditions, population profiles, and the methodological quality of the included studies. PRISMA 2020 guidelines were followed, and searches were conducted in Scopus, PubMed, and ERIC, restricted to publications in Spanish and English between 2014 and 2026. After applying predefined inclusion and exclusion criteria, 9 studies were selected for narrative synthesis. Results showed favorable effects of PBS on challenging behaviors in the majority of studies, particularly when the intervention was preceded by a functional behavioral assessment and included systematic supervision of implementers; the only randomized controlled trial included found no statistically significant differences compared to treatment as usual. Evidence regarding positive social behaviors and adaptive skills was limited and secondary in nature. It is concluded that PBS shows favorable effects on challenging behaviors in individuals with ASD when implemented with fidelity and supervised training, although methodological heterogeneity and the scarcity of controlled trials require that findings be interpreted with caution, highlighting the need for research with more robust designs.

Keywords: Positive Behavioral Support, Autism Spectrum Disorder, challenging behaviors, functional behavioral assessment, systematic review.

Índice de contenidos

1. Marco teórico.....	6
1.1. El Trastorno del Espectro Autista	6
1.2. El Apoyo Conductual Positivo	7
1.2.1. Definición, origen y principios fundamentales.....	7
1.2.2. Estructura del ACP: el sistema de apoyo por niveles	8
1.2.3. La evaluación funcional del comportamiento como base de la intervención ...	9
1.3. Aplicación del ACP en personas con Trastorno del Espectro Autista	10
2. Justificación	12
3. Objetivos.....	13
3.1. Objetivo General.....	13
3.2. Objetivos específicos	14
4. Pregunta de investigación	14
5. Metodología	15
5.1. Diseño del estudio	15
5.2. Estrategia de búsqueda	15
5.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	16
5.4. Proceso de selección y evaluación de calidad metodológica.....	16
5.5. Análisis de información.....	17
6. Resultados	17
6.1. Selección de estudios.....	17
6.2. Características de los estudios incluidos	20
6.2.1. Población y contexto	20

6.2.2.	Tipos de intervención ACP empleados	21
6.2.3.	Diseño metodológico y calidad de los estudios.....	22
6.3.	Efectos del ACP sobre las conductas desafiantes	22
6.4.	Efectos sobre conductas sociales positivas y habilidades adaptativas	24
6.5.	Calidad metodológica de los estudios	25
7.	Limitaciones y conclusiones	26
7.1.	Discusión	28
7.2.	Implicaciones clínicas y líneas de investigación futuras	29
	Referencias Bibliográficas.....	30
	Anexo A Tabla 1	36
	Anexo B Tabla 2	39

1. MARCO TEÓRICO

1.1. El Trastorno del Espectro Autista

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo que se define por dificultades sostenidas en la comunicación y la interacción social, junto con la presencia de patrones de conducta repetidos y restringidos. No constituye una categoría uniforme, sino un espectro amplio en el que las manifestaciones clínicas varían considerablemente de una persona a otra, al igual que las necesidades de apoyo que cada individuo requiere a lo largo de su vida (American Psychiatric Association, 2014).

El sistema diagnóstico de referencia en la actualidad es el DSM-5, que estructura la sintomatología en torno a dos áreas centrales: las dificultades en la comunicación e interacción social en distintos contextos, y la presencia de comportamientos, intereses o actividades con un carácter restringido y repetitivo. Este sistema incorpora además diferentes niveles de severidad según el grado de apoyo que necesita la persona (American Psychiatric Association, 2014). En los ámbitos educativos y sanitarios, el proceso diagnóstico habitualmente implica evaluaciones de carácter multidisciplinar que tienen en cuenta el funcionamiento global del individuo; en algunos contextos también se recurre a la CIE-11 como sistema de clasificación complementario (Shaw et al., 2025).

Respecto a la prevalencia, los datos más recientes sitúan la tasa en aproximadamente 1 de cada 31 niños de 8 años en Estados Unidos, con una mayor estimación global en torno al 0,6% de la población. Se observa una mayor frecuencia en varones con una razón aproximadamente de 3,4:1 en relación con las mujeres (Salari et al., 2022). El incremento en las cifras de prevalencia registrado en las últimas décadas no refleja necesariamente un aumento real del trastorno, sino que se explica principalmente por los avances en la detección temprana, cambios en los criterios diagnósticos y una mayor sensibilización social hacia el TEA (Salari et al., 2022).

Una característica clínica de especial relevancia para este trabajo es la alta frecuencia de conductas desafiantes en personas con TEA. Se ha estimado que hasta el 94% de los niños con este diagnóstico pueden presentar al menos una conducta de este tipo (Volkmar et al., 2014).

Las formas más habituales incluyen la agresión física, las autolesiones y las conductas disruptivas que interfieren con el aprendizaje y la participación en actividades de la vida cotidiana. Según el relato de los cuidadores, la agresividad puede aparecer en el 68% de los casos dirigida hacia quienes cuidan del niño y en el 49% hacia otras personas (Kanne & Mazurek, 2011), mientras que las conductas autolesivas presentan una prevalencia media cercana al 27,7% (Soke et al., 2016).

Estas conductas impactan de forma directa en la calidad de vida de la persona con TEA, en la dinámica familiar y en el acceso a recursos y servicios especializados (Davis & Rispoli, 2018). En el contexto familiar, dicho impacto está mediado principalmente por síntomas depresivos en los cuidadores (Jellett et al., 2015), y se intensifica cuando las conductas desafiantes se combinan con condiciones comórbidas o con alteraciones del sueño (Petrrou et al., 2018). Esta problemática justifica la necesidad de intervenciones eficaces, contextualizadas y sostenibles, como el Apoyo Conductual Positivo, cuyo análisis constituye uno de los ejes centrales de la presente revisión.

1.2. El Apoyo Conductual Positivo

1.2.1. Definición, origen y principios fundamentales

El Apoyo Conductual Positivo (ACP) es una disciplina aplicada que se vale de métodos de carácter educativo y rediseño de los entornos para reducir las conductas desafiantes y mejorar la calidad de vida de las personas (Dunlap et al., 2009). Representa un marco de intervención amplio que integra tres dimensiones: los fundamentos científicos del comportamiento, los valores centrados en la persona y la transformación de los sistemas sociales y educativos en los que esta se desenvuelve (Anderson & Freeman, 2000).

Uno de los pilares del ACP es el reconocimiento de que toda conducta tiene una función y comunica algo. Desde esta óptica, los comportamientos desafiantes no se conciben simplemente como un problema a eliminar, sino como expresiones de necesidades no cubiertas o como una respuesta a dificultades de adaptación al entorno. Por este motivo, el ACP no orienta sus esfuerzos a suprimir la conducta, sino a comprender qué la genera y a intervenir sobre las condiciones del contexto que la sostienen (Carr et al., 2002; Dunlap et al., 2009).

El origen del ACP se sitúa en la década de 1980, cuando la insatisfacción con el uso de procedimientos conductuales punitivos y coercitivos en el ámbito de las discapacidades del desarrollo dio lugar a la búsqueda de alternativas más respetuosas y eficaces (Beamish & Bryer, 2019). Su consolidación como enfoque fue posible gracias a la confluencia de tres dimensiones: el Análisis Conductual Aplicado (ABA), que proporcionó el sustento empírico y metodológico; el movimiento por normalización y la inclusión, que reivindicaba la integración comunitaria y los derechos de las personas; y los enfoques centrados en la persona, que situaban la autodeterminación y el bienestar como meta de cualquier intervención (Carr et al., 2002). Entre sus impulsores iniciales destacan Edward Carr, Glen Dunlap, Robert Horner y Wayne Sailor, quienes contribuyeron a replantear el rol del especialista conductual: ya no como agente de control sino como facilitador de un entorno positivo que fomente la participación y la competencia personal (Dunlap et al., 2009).

La finalidad última del ACP es crear contextos que hagan posible una vida con sentido, promoviendo la autodeterminación, la inclusión social y el bienestar emocional. Esta orientación lo convierte en un marco especialmente adecuado para intervenir con personas con TEA, cuyas conductas desafiantes suelen estar vinculadas a problemáticas en la comunicación, en el procesamiento sensorial, en la interacción social o en la adaptación a los entornos.

1.2.2. Estructura del ACP: el sistema de apoyo por niveles

Una de las aportaciones más significativas del ACP en los contextos educativos y clínicos es su organización en un sistema escalonado de intervenciones, conocido como Positive Behavioral Interventions and Supports (PBIS). Este modelo estructura los apoyos en función de la intensidad de las necesidades de cada persona, siguiendo una lógica preventiva y progresiva (Sugai & Horner, 2009).

El Nivel 1 o nivel universal se dirige a toda la población de un entorno determinado. Su propósito es generar un clima predecible, positivo y coherente a través del establecimiento de expectativas conductuales claras, el uso del refuerzo positivo y la consolidación de rutinas estructuradas. Se estima que este tipo de intervenciones resulta suficiente para cubrir las necesidades del 80% de los individuos (Sugai & Horner, 2002).

El Nivel 2 o nivel secundario está pensado para quienes no responden de manera adecuada a las intervenciones universales y presentan conductas de riesgo moderado. Las actuaciones en este nivel tienen un carácter más estructurado e individualizado, aunque puedan aplicarse en pequeños grupos. Un ejemplo extendido es la práctica de programas *Check-In/Check Out* (CICO), que ofrece supervisión adicional, retroalimentación frecuente y un contacto sistemático con un adulto de referencia (Sugai & Horner, 2002).

El Nivel 3 o nivel terciario se reserva para personas con conductas desafiantes graves, de alta frecuencia o con un impacto significativo en su funcionamiento diario, quienes precisan planes de apoyo intensivos e individualizados. Estos planes se construyen a partir de una evaluación funcional del comportamiento e incluyen estrategias específicas de prevención, enseñanza de conductas alternativas y manejo de consecuencias. Es en este nivel donde el ACP alcanza su mayor especificidad clínica y donde se concentra su eficacia en personas con TEA (Carr et al., 2002; Dunlap et al., 2009).

Cabe señalar que este modelo escalonado no supone una progresión lineal de un nivel a otro, sino que los tres operan de forma simultánea. Se complementan dentro de un mismo sistema de apoyo; su implementación en contextos educativos, residenciales y familiares está ampliamente documentada, si bien su adaptación a las particularidades del TEA ha exigido modificaciones específicas, tratadas en el siguiente apartado.

1.2.3. La evaluación funcional del comportamiento como base de la intervención

El elemento metodológico central del ACP, en particular en un nivel terciario, es la evaluación funcional del comportamiento (EFB). Su punto de partida es el principio de que toda conducta desafiante cumple una función concreta, es decir, genera una consecuencia que la mantiene activa. Identificar esta función es condición imprescindible para diseñar una intervención verdaderamente eficaz (O'Neill et al., 2014).

La EFB puede llevarse a cabo mediante tres tipos de procedimientos complementarios. Los métodos indirectos incluyen entrevistas a cuidadores, profesionales o al propio individuo, así como cuestionarios estandarizados como el Functional Analysis Interview (FAI) o el Questions About Behavioral Function (QABF). Los métodos descriptivos u observacionales consisten en el registro sistemático de la conducta en un entorno natural, identificando los antecedentes y

consecuencias asociados a una conducta mediante el análisis ABC. Por último, el análisis funcional experimental es el procedimiento con mayor rigor metodológico; en él se manipulan de forma controlada las condiciones ambientales para confirmar la función que cumple la conducta (Iwata et al., 1994).

La literatura identifica cuatro funciones predominantes: obtener atención social, acceder a objetos o actividades deseadas, escapar de situaciones demandantes o evitarlas y obtener estimulación sensorial de carácter automático. Conocer esta función permite diseñar intervenciones que actúan sobre las causas del comportamiento, en lugar de centrarse exclusivamente en sus consecuencias. Una de las estrategias más empleadas con este fin es el Entrenamiento en Comunicación Funcional (FCT), que consiste en enseñar a la persona a expresar la misma necesidad que daba lugar a la conducta desafiante, pero a través de un medio de comunicación socialmente adecuado (Carr & Durand, 1985).

1.3. Aplicación del ACP en personas con Trastorno del Espectro Autista

El Apoyo Conductual Positivo se ha extendido de forma notable en el trabajo con personas con TEA, hasta convertirse en uno de los marcos de intervención más utilizados para abordar la conducta desafiante en este colectivo. La alta prevalencia de este tipo de conducta en el espectro ha impulsado el desarrollo de intervenciones específicas basadas en los principios de ACP, adaptadas a las características comunicativas, sensoriales y contextuales que definen al TEA.

La base de evidencia disponible sobre la eficacia del ACP en personas con TEA se apoya fundamentalmente en diseños de caso único y en revisiones de literatura, más que en ensayos clínicos aleatorizados de gran alcance. Una revisión de referencia en este campo analizó estudios publicados entre 1985 y 1996 y concluyó que el ACP resultaba efectivo en personas con discapacidades del desarrollo y autismo (Marquis et al., 2000, como se citó en Johnston et al., 2006). En una línea complementaria, se revisaron 107 artículos y se observó que el ACP lograba reducir la conducta problemática en aproximadamente la mitad o dos tercios de los casos analizados (Carr et al., 1999), con tasas de éxito que casi se duplicaban cuando la intervención había estado precedida de una evaluación funcional previa (Johnston et al., 2006).

Estudios posteriores han continuado matizando estos hallazgos. Wong et al., (2018) revisaron nueve investigaciones sobre intervenciones basadas en ACP con niños con TEA. Todas emplearon diseños de caso único, y siete de ellas fueron valoradas como metodológicamente rigurosas, mostrando efectos positivos tanto en la sustitución de conductas problemáticas por comportamientos socialmente adecuados como en la generalización y el mantenimiento de los resultados. En otra revisión se identificaron 30 estudios, de los cuales 28 informaban reducciones significativas en conductas desafiantes y aumentos en conductas alternativas dentro de entornos de educación especial (Beqiraj et al., 2022). Por su parte, LaVigna y Willis (2012), tras revisar 12 estudios con un total de 423 participantes, concluyeron que el ACP mostraba eficacia para la reducción de conductas graves y de alta frecuencia, destacando además su versatilidad en contextos diversos.

Sin embargo, la evidencia disponible presenta limitaciones relevantes que condicionan la lectura de estos resultados. La mayoría de los estudios se basan en diseño de caso único o comparaciones pre-post sin grupo control, lo que restringe la posibilidad de establecer relaciones causales sólidas y de generalizar los hallazgos. Los ensayos clínicos aleatorizados son escasos, y los existentes ofrecen resultados menos concluyentes: un ensayo multicéntrico por conglomerados centrado en la formación de profesionales en ACP para adultos con TEA y discapacidad intelectual no encontró diferencias estadísticamente significativas en comparación con el tratamiento habitual (Strydom et al., 2020). A esto se añade una elevada heterogeneidad entre estudios en cuanto a la población participante, el tipo de intervención empleada, el contexto de aplicación y las variables evaluadas, lo que dificulta tanto la comparación entre trabajos como la elaboración de conclusiones generalizables (Bottema-Beutel et al., 2023).

Estas limitaciones no cuestionan el valor del ACP como marco de intervención, pero sí subrayan la importancia de analizar la evidencia disponible con rigor crítico y desde una perspectiva actualizada. Es precisamente esta necesidad la que da sentido a la presente revisión sistemática, orientada a integrar y valorar la evidencia empírica sobre la eficacia del ACP en personas con TEA, con especial atención a su efecto sobre las conductas desafiantes.

2. Justificación

Las conductas desafiantes en el Trastorno del Espectro Autista representan uno de los problemas clínicos con mayor impacto en esta población. Su frecuencia, la medida en que interfieren con el aprendizaje y la participación en la vida diaria, y las consecuencias que generan sobre el bienestar familiar y la capacidad de respuesta de los servicios, explican la demanda continua de intervenciones que sean eficaces y aplicables a contextos reales (Davis & Rispoli, 2018; Matson & Nebel-Schwalm, 2007). En este marco, el Apoyo Conductual Positivo se ha ido consolidando como uno de los enfoques de intervención más empleados, dado que parte de un análisis funcional de la conducta y orienta sus objetivos hacia la mejora de la calidad de vida de la persona con TEA.

A pesar de su uso extendido en ámbitos clínicos, educativos, familiares y residenciales, la base científica disponible sobre el ACP presenta limitaciones metodológicas notables que afectan a la solidez de las conclusiones que puedan extraerse. Gran parte de los estudios se basan en diseños de caso único o en diseños pre-post sin grupo de comparación, con muestras pequeñas y períodos de seguimiento reducidos. El único ensayo clínico aleatorizado no halló diferencias estadísticamente significativas entre el ACP y el tratamiento habitual en adultos con TEA y discapacidad intelectual (Strydom A. et al., 2020), lo que plantea interrogantes sobre la eficacia del modelo cuando su aplicación no recae en profesionales del ACP, sino por profesionales con un perfil generalista dentro de los servicios comunitarios. A esto se añade una notable variabilidad en cuanto al tipo de intervención, que va desde el PBIS escolar por niveles, hasta el PBS familiar individualizado, el programa PTR-YC (*Prevent-Teach-Reinforce for Young Children*) o la autogestión conductual, la edad de los participantes, el contexto en que se implementan y las variables que se evalúan, lo que complica tanto la comparación entre estudios como la elaboración de conclusiones sólidas (Beqiraj et al., 2022; Bottema-Beutel et al., 2023).

Por otro lado, la evidencia recogida en esta revisión se centra de forma predominante en la reducción de conductas desafiantes como principal variable de resultado. Algunos estudios incorporaron también dimensiones más amplias del funcionamiento conductual, evaluando como variable secundaria el desarrollo de conductas positivas, entendiendo estas como

repertorios adaptativos conductuales que facilitan la participación en el entorno (Rivard et al., 2021). Esta perspectiva conecta con la lógica central del ACP, que no se limita a reducir conductas problemáticas, sino que busca construir competencias funcionales alternativas, que permitan a la persona desenvolverse con mayor éxito en sus contextos cotidianos (Carr M.E., 2016). Aunque estas dimensiones no constituyen el eje central de la mayoría de los trabajos, se contemplan como parte de la literatura revisada, en la que la variable conductas problemáticas es evaluada con mayor consistencia en las intervenciones ACP dirigidas a personas con TEA.

En este contexto, la realización de una revisión sistemática actualizada se justifica por tres razones que se complementan entre sí. La primera es la necesidad de sintetizar de manera rigurosa y crítica la evidencia empírica disponible sobre la eficacia del ACP en la reducción de conductas desafiantes en personas con TEA, superando las limitaciones de revisiones previas con un alcance más restringido o una cobertura temporal menos amplia. La segunda se relaciona con la importancia de evaluar la calidad metodológica de estos estudios incluidos, con el fin de obtener una valoración honesta del nivel de certeza que la evidencia actual permite sostener. La tercera responde a la relevancia clínica de identificar en qué condiciones el ACP muestra mejores resultados, según el perfil del participante, su contexto de aplicación y el modelo de intervención utilizado, con el fin de orientar la práctica del psicólogo en entornos de atención a las personas con TEA.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Esta revisión sistemática tiene como propósito principal examinar la evidencia científica existente acerca de la eficacia del Apoyo Conductual Positivo (ACP) en la reducción de conductas desafiantes en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Para ello, se contempla también la valoración de la calidad metodológica de los estudios localizados, así como el análisis de las condiciones de implementación que pueden incidir en los resultados obtenidos.

3.2. Objetivos específicos

OE1: Analizar el impacto del Apoyo Conductual Positivo sobre las conductas desafiantes en personas con TEA, considerando los distintos enfoques de intervención, las características de las poblaciones atendidas y los contextos en los que se ha llevado a cabo la aplicación, según lo recogido en la literatura científica.

OE2: Determinar si los estudios seleccionados aportan evidencia sobre la aparición de conductas sociales positivas o el desarrollo de habilidades adaptativas como resultado de las intervenciones, identificando en qué circunstancias se produce este efecto y con qué alcance dentro del marco del ACP.

OE3: Valorar el rigor metodológico de los estudios incluidos en la revisión e identificar las principales carencias de la evidencia disponible, con el objetivo de establecer en qué condiciones los hallazgos resultan más fiables y qué cuestiones quedan aún por resolver en este campo de investigación.

4. Pregunta de investigación

A partir de los objetivos planteados, la pregunta de investigación que guía la presente revisión sistemática es la siguiente: ¿qué evidencia científica existe sobre la eficacia del Apoyo Conductual Positivo en la reducción de conductas desafiantes en personas con Trastorno del Espectro Autista, y en qué condiciones de implementación y con qué perfiles de población muestran los estudios resultados más consistentes?

Pregunta PICO

La pregunta de investigación se estructura siguiendo el formato PICO, ampliamente utilizado en revisiones sistemáticas para definir con precisión la población, la intervención, la comparación y los resultados de interés (Page et al., 2021):

Población (P): personas con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, independientemente de la edad, el nivel de funcionamiento o el contexto de atención.

Intervención (I): programas y estrategias basadas en Apoyo Conductual Positivo, en cualquiera de sus modalidades (PBIS escolar, PBS familiar, PTR, autogestión conductual u otros modelos dentro del marco del ACP).

Comparación (C): ausencia de intervención, línea base, tratamiento habitual u otras intervenciones conductuales o educativas.

Resultados (O): reducción de conductas desafiantes como variables principales; conductas sociales positivas o habilidades adaptativas como variable secundaria cuando los estudios las recojan.

5. Metodología

5.1. Diseño del estudio

El presente trabajo se plantea como una revisión sistemática de la literatura científica existente acerca de la eficacia del Apoyo Conductual Positivo (ACP) en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este tipo de diseño resulta adecuado para localizar, seleccionar, analizar y sintetizar investigaciones previas centradas en la aplicación del ACP frente a conductas desafiantes. Al tratarse de una revisión basada en fuentes ya publicadas, no se ha producido ninguna intervención directa con participantes, ni recogida de datos propios. Todo el proceso se ha desarrollado conforme a las directrices metodológicas y de reporte establecidas en la declaración PRISMA 2020, lo que permite asegurar la transparencia, el rigor y la posibilidad de replicar el procedimiento seguido (Page et al., 2021). Dado que los estudios incluidos presentan diferencias notables en cuanto al diseño empleado, las características de la muestra y las variables consideradas, los resultados se exponen a través de una síntesis narrativa en torno a los objetivos específicos del trabajo.

5.2. Estrategia de búsqueda

La búsqueda de información se llevó a cabo en tres bases de datos elegidas por su complementariedad: Scopus, de carácter multidisciplinar; PubMed, especializada en ciencias biomédicas y clínicas; y ERIC, orientada al ámbito educativo. La utilización de estas tres fuentes de forma conjunta amplió la búsqueda y redujo la posibilidad de pasar por alto estudios

relevantes. La estrategia se articuló en torno a tres ejes temáticos, la población objeto de estudio (TEA), el tipo de intervención (ACP) y los resultados esperados (conductas desafiantes). Los términos de búsqueda se combinaron mediante los operadores booleanos AND y OR, tanto en español como en inglés, y la sintaxis se adaptó a las particularidades de cada base de datos. En relación con la población, se emplearon los términos *Autism Spectrum Disorder* y *autism*; para la intervención, *Positive Behavioral Support* y *Positive Behaviour Support*; y para los resultados, *challenging behavior*, *problem behavior* y *social skills*. La búsqueda quedó acotada a publicaciones en español o inglés aparecidas entre 2014 y 2026.

5.3. Criterios de inclusión y exclusión

Con el fin de garantizar la pertinencia de los estudios seleccionados, se definieron a priori los criterios de inclusión y exclusión. Para ser incorporados a la revisión, los trabajos debían cumplir las siguientes condiciones: (a) contar con participantes que tuvieran el diagnóstico de TEA, con independencia de su edad o nivel de funcionamiento; (b) evaluar intervenciones en las que el ACP constituyera el componente principal; (c) incluir medidas relacionadas con conductas desafiantes y/o con conductas sociales positivas o adaptativas; (d) utilizar diseños empíricos de carácter cuantitativo, ya fueran experimentales, cuasi experimentales, pre-experimentales o de caso único; (e) haber sido publicados entre 2014 y 2026; y (f) estar redactados en inglés o español.

Fueron excluidos aquellos estudios que: (a) no contaran con personas con diagnóstico TEA como población principal; (b) tuvieran un carácter exclusivamente teórico, como revisiones narrativas, editoriales o propuestas sin datos empíricos; (c) no estuvieran disponibles a texto completo; o (d) emplearan diseños puramente cualitativos o correlacionales sin componente de intervención.

5.4. Proceso de selección y evaluación de calidad metodológica

La selección de los estudios se desarrolló en dos fases, de acuerdo con las recomendaciones PRISMA 2020. En la primera fase se revisaron los títulos y resúmenes de los registros obtenidos, descartando aquellos que de forma evidente no se ajustaban a los criterios establecidos. En la segunda fase, los estudios que superaron ese primer filtro fueron

recuperados y examinados mediante lectura completa del texto, con el fin de verificar que cumplieran todos los criterios de elegibilidad. Los trabajos a los que no fue posible acceder por falta de disponibilidad del texto completo quedaron registrados como no recuperados.

La calidad metodológica de cada estudio incluido se valoró de manera descriptiva, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: el tipo de diseño utilizado, el tamaño de la muestra, la presencia o ausencia de grupo control o línea base, el uso de instrumentos estandarizados para medir los resultados, la claridad con que se describió el protocolo de intervención y la existencia de seguimiento tras la intervención. A partir de estos elementos, cada estudio fue caracterizado en función de su nivel de evidencia. No se aplicó una herramienta de evaluación estandarizada única, decisión justificada por la notable heterogeneidad en los diseños de los estudios analizados.

5.5. Análisis de información

Una vez identificados los nueve estudios incluidos en la revisión, se procedió a la extracción de datos mediante una hoja de registro Microsoft Excel quedando organizada la información en dos tablas, que se encuentran en el Anexo A y Anexo B.

En la Tabla 1 se sintetizan las características generales de los estudios: tamaño muestral, rango de edad, diagnóstico de los participantes (dejando aquellos que tuvieran población TEA como la única o mayoritaria), modalidad de intervención basada en ACP, diseño metodológico y contexto de aplicación.

En la Tabla 2 se recogen los datos relativos a la intervención propiamente dicha: tipo o modalidad de ACP empleada, duración de la intervención, conductas evaluadas, resultados principales obtenidos y limitaciones señaladas por los autores.

6. Resultados

6.1. Selección de estudios

El proceso de identificación y selección de estudios queda recogido en un diagrama de flujo elaborado conforme a las directrices PRISMA 2020 (Page et al., 2021). La búsqueda inicial en

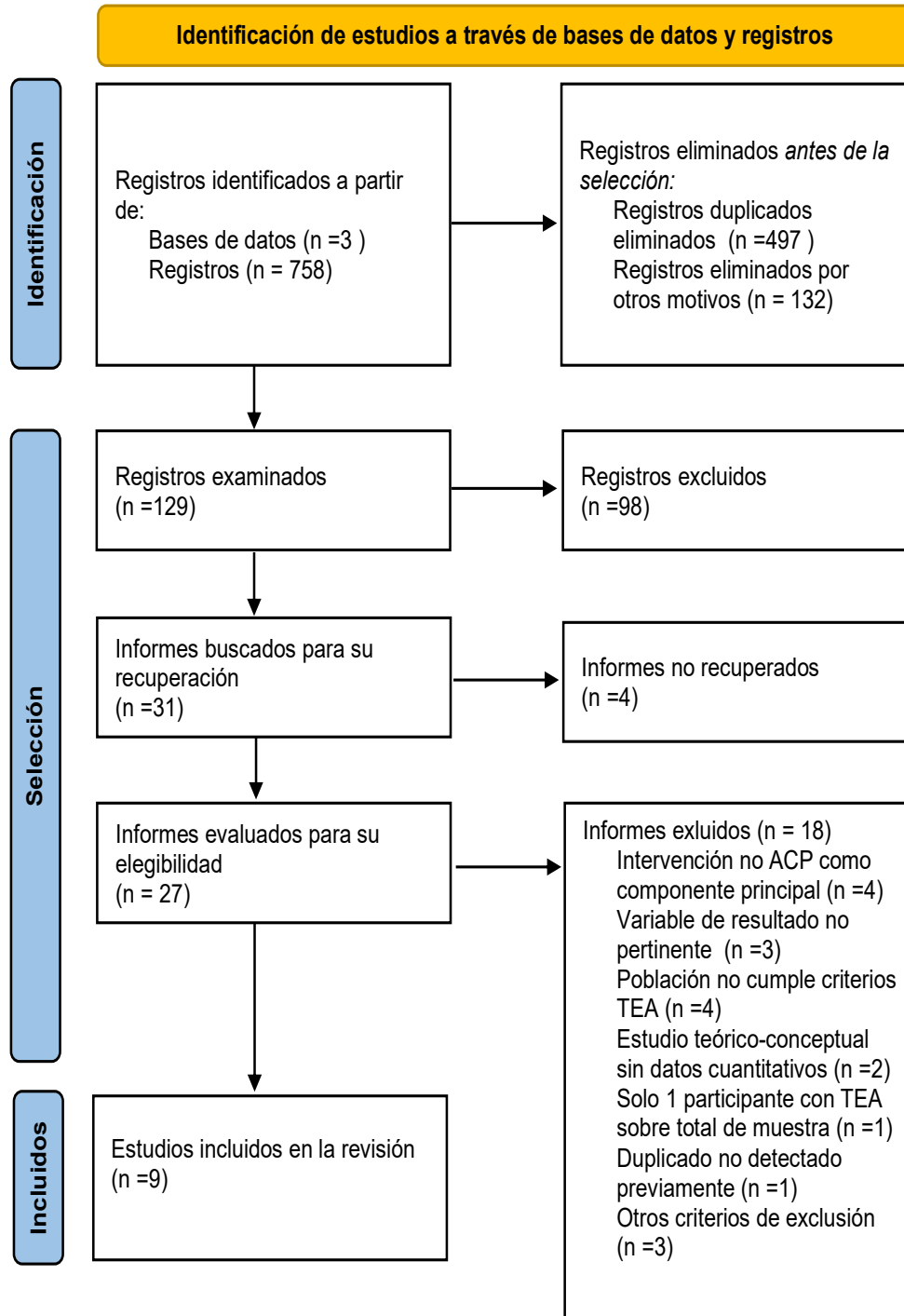
las tres bases de datos consultadas arrojó un total de 758 registros: 334 procedentes de Scopus, 301 de ERIC y 123 de PubMed.

Con anterioridad al cribado, se descartaron 629 de estos registros. De ellos, 497 correspondían a duplicados identificados con el gestor bibliográfico Zotero, mientras que los 132 restantes fueron eliminados por razones previas al cribado, como título claramente irrelevante, idioma no admitido o publicación fuera del rango temporal establecido. El resultado fue un conjunto de 129 registros únicos sobre los que se llevó a cabo el cribado.

Durante la revisión de títulos y resúmenes se excluyeron 98 registros por no cumplir los criterios de inclusión. Los motivos más frecuentes fueron que la población principal no estaba compuesta por personas con TEA, que intervenciones descritas no se basaban en el Apoyo Conductual Positivo, o que se trataba de trabajos teóricos sin componente empírico. Los 31 registros que superaron esta fase fueron sometidos a lectura a texto completo; sin embargo, 4 de ellos no pudieron recuperarse por restricciones de acceso, por lo que la evaluación detallada se realizó sobre 27 estudios.

De esta última revisión derivaron 18 exclusiones, cuyas razones se distribuyen del siguiente modo: en 4 casos la intervención no tenía el ACP como componente central; en 3, las variables de resultado no eran pertinentes para los objetivos de la revisión; en 4, la muestra no cumplía los criterios diagnósticos de TEA; en 2, el estudio era de naturaleza teórico-conceptual y carecía de datos cuantitativos de eficacia; en otro, únicamente 1 participante del total de la muestra contaba con diagnóstico confirmado de TEA; en 1 más se detectó un duplicado que había pasado inadvertido en fases anteriores; y los 3 restantes fueron excluidos por otros criterios. En total, 9 estudios cumplieron los requisitos establecidos y fueron incluidos en la síntesis narrativa de esta revisión.

Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de artículos.



6.2. Características de los estudios incluidos

Los nueve estudios que conforman la presente revisión muestran diferencias notables en cuanto a la edad de los participantes y sus perfiles clínicos, los contextos en los que se aplicaron las intervenciones y los diseños metodológicos empleados. En cambio, todos se enmarcan dentro del mismo paradigma de intervención, el ACP y sus diferentes modalidades. Esto permite que la revisión explore cómo el enfoque se adapta a diferentes poblaciones y entornos.

6.2.1. Población y contexto

En lo que respecta a la edad, los estudios cubren un espectro amplio que va desde la etapa preescolar hasta la adultez. Cuatro de ellos se centraron en niños de dos a cinco años en contextos de atención temprana o en el domicilio familiar: Akemoğlu y Hinton (2025), Hampton et al. (2022), Rivard et al. (2021) y Johnson et al. (2025) en aulas de atención temprana. Otros tres incluyeron niños en edad escolar de entre siete y trece años en entornos educativos: Alwahbi (2024), Carpenter et al. (2023) y Walker y Snell (2017). Los dos estudios restantes trabajaron con participantes de mayor edad: Smith et al. (2016) con tres varones de 9, 14 y 28 años residentes en centros comunitarios, y Strydom et al. (2020) con adultos mayores de 18 años atendidos en servicios comunitarios con discapacidad intelectual en Inglaterra.

Respecto al perfil clínico, la mayor parte de los participantes presentaban TEA acompañado de algún tipo de discapacidad intelectual. Los perfiles de mayor severidad se encuentran en Smith et al. (2016), con participantes con diagnóstico TEA y discapacidad intelectual severa, y Strydom et al. (2020) cuya muestra estaba formada íntegramente por adultos con TEA, discapacidad intelectual y conductas desafiantes. También en los estudios realizados por Johnson (2025) y Alwahbi (2024) el perfil de los participantes es de TEA con discapacidad intelectual asociada, mientras que en el estudio de Rivard (2021) en la muestra algunos de los participantes presentan discapacidad intelectual y TEA y el resto solo TEA. En el resto de los estudios, Akemoğlu y Hinton (2025) y Hampton et al. (2022) se trabajó con niños con diagnóstico TEA sin otro diagnóstico asociado y con una afectación más leve. Los estudios de Carpenter et al. (2023) y Walker y Snell (2017) incluyeron participantes con perfiles de

funcionamiento variado, desde TEA con discapacidad intelectual hasta necesidades extensas de apoyo.

En cuanto al contexto de implementación, tres estudios se llevaron a cabo en un entorno familiar, siendo los padres o madres, guiados bajo pautas de paraprofesionales formados específicamente para ello y quienes fueron los principales agentes de intervención Akemoğlu y Hinton (2025), Hampton et al. (2022) y Rivard et al. (2021). Cuatro de los restantes estudios, se desarrollaron en centros educativos, ya fueran aulas ordinarias, específicas o en formato virtual: Alwahbi (2024), Carpenter et al. (2023), Johnson et al. (2025) y Walker y Snell (2017). Smith et al. (2016) y Strydom et al. (2020) situaron sus intervenciones, respectivamente, en residencias comunitarias y en servicios especializados de atención a personas con discapacidad.

6.2.2. Tipos de intervención ACP empleados

Los estudios analizados recurrieron a distintos modelos de intervención dentro del marco metodológico del ACP. Tres de ellos aplicaron un plan de ACP individualizado, sustentado en una evaluación funcional de la conducta previa: Akemoğlu y Hinton (2025), Smith et al. (2016) y Walker y Snell (2017). En todos estos casos, determinar cuál era la función de la conducta desafiante fue el primer paso para diseñar el plan de apoyo. Uno de los estudios implementó el programa PTR-YC (*Prevent-Teach-Reinforce for Young Children*): Rivard et al. (2021) a través de profesionales de la atención temprana que orientaban a las familias en el hogar. Hampton et al. (2022) utilizaron el programa RUBI (*Research Units in Behavioral Intervention*) mediante el cual las madres que recibieron entrenamiento directo en el domicilio. Otros dos estudios utilizaron el modelo PBIS (*Positive Behavioral Interventions and Supports*): Alwahbi (2024) en su versión de PBIS virtual, Johnson et al. (2025) mediante componentes del Modelo Pirámide adaptados para TEA en aulas de preescolar. Carpenter et al. (2023) evaluaron el programa *Check-In/Check-out* como apoyo de Nivel 2 dentro del marco SWPBIS tanto en su formato estándar, como individualizado para cada participante (*School-Wide PBIS*). Por último, Strydom et al. (2020), examinaron la efectividad del ACP implementado mediante formación de profesionales generalistas en servicios comunitarios, en este caso, sin una evaluación funcional individualizada previa.

6.2.3. Diseño metodológico y calidad de los estudios

El diseño de caso único con línea base múltiple aparece en seis de los nueve trabajos: Akemoğlu y Hinton (2025), Alwahbi (2024), Carpenter et al. (2023), Hampton et al. (2022), Johnson et al. (2025) y Walker y Snell (2017) así como en Akemoğlu y Hinton (2025) en su variante de sonda múltiple no recurrente. Smith et al. (2016) complementaron este diseño con una fase de análisis funcional experimental de tipo ABAB, con el fin de identificar las condiciones en que surgía la conducta problemática antes de iniciar la intervención. Rivard et al. (2021) optaron por un diseño pre-post de grupo único sin condición de comparación, lo que restringe la posibilidad de establecer inferencias causales. El trabajo de Strydom et al. (2020) es el único ensayo clínico aleatorizado por conglomerados incluido en la revisión, lo que le confiere el mayor nivel de evidencia desde el punto de diseño.

Las limitaciones más repetidas a lo largo de los estudios son el escaso número de participantes, algunos de ellos con tan solo tres participantes o díadas de cinco en los estudios de caso único. La falta de grupo de control en la mayoría de los diseños, junto con la imposibilidad de aplicar un cegamiento dado el carácter de las intervenciones conductuales y la brevedad o inexistencia de seguimiento posteriores. En el estudio de Carpenter (2023) se añaden dificultades en la verificación de la fidelidad del componente familiar y la pérdida de datos ocasionada por problemas técnicos durante la fase de implementación mixta. Estas características no anulan los resultados obtenidos, aunque sí obligan a interpretarlos con precaución y limitan la posibilidad de generalizar conclusiones a otros contextos o poblaciones.

6.3. Efectos del ACP sobre las conductas desafiantes

La reducción de conductas desafiantes es la variable de resultado central en prácticamente todos los estudios incluidos. De forma general, la mayoría de los trabajos reporta efectos favorables, aunque con diferencias relevantes según el diseño utilizado, las características de los participantes y el modelo de intervención concreto.

Los resultados más sólidos provienen de los estudios de caso único que incorporaron evaluación funcional de conducta previa. Smith et al. (2016) trabajaron con tres varones con TEA y discapacidad intelectual severa, en quienes la conducta problemática se producía casi

de forma exclusiva cuando coincidían situaciones de fatiga y exigencia. Tras una intervención multicomponente que combinaba actividad física, relajación, refuerzo intenso y entrenamiento en comunicación funcional, los 3 participantes completaron el cien por cien de pasos de la tarea sin que se registrara ninguna conducta problemática, frente al porcentaje de pasos completados de entre 0% y el 23% durante la línea base. Walker y Snell (2017) documentaron que una vez formados los paraprofesionales en intervenciones basadas en la función de la conducta, a través de talleres y sesiones semanales de coaching, la conducta apropiada de los alumnos aumentó considerablemente, de rango del 24%-49% al 82%-94%, mientras que las conductas desafiantes se reducían de forma paralela, yendo de rangos del 52%-74% al 7%-27%, con una fidelidad de implementación media del 93%.

En el ámbito de las intervenciones familiares, Akemoğlu y Hinton (2025) demostraron que incorporar coaching individualizado a la formación parental mediante vídeos generó incrementos inmediatos y mantenidos en la fidelidad de implementación de los tres progenitores, que alcanzaron o superaron el 80%, junto con reducciones apreciables en las conductas desafiantes de sus hijos. La formación sin coaching resultó insuficiente por sí sola para producir cambios. Hampton et al. (2022) hallaron que dos de los tres niños participantes presentaron mejoras clínicamente relevantes en conductas disruptivas tras el programa RUBI implementado por sus madres, aunque la variabilidad entre fases fue considerable y la cuarta fase del programa resultó especialmente difícil de ejecutar con la fidelidad necesaria.

En el contexto escolar, Alwahbi (2024) observó que la aplicación de un modelo de ACP en formato virtual produjo una reducción prácticamente inmediata y total de las conductas interferentes en las tres aulas participantes, con una media de cero incidencias durante la fase de intervención y un índice NAP del 100%, indicativo de la ausencia de solapamiento con los datos de línea base. Al mismo tiempo, las conductas deseadas aumentaron de manera consistente. Johnson et al. (2025) registraron mejoras conductuales concretas, especialmente en lavado de manos ($Tau-U = 0,93$; $p < 0,001$), en aulas de preescolar que implementaron el Modelo Pirámide adaptado a TEA, aunque los efectos sobre habilidades interpersonales, como el respeto de los turnos, no alcanzaron significación, y los datos de incidentes y visitas a enfermería no respaldaron la hipótesis de mejora en seguridad escolar.

Rivard et al. (2021) encontraron reducciones de conductas desafiantes con tamaños del efecto de pequeños a moderados ($d = -0,60$, para conductas desafiantes en total) tras doce semanas del programa PTR-YC en servicios de intervención temprana, si bien la ausencia de un grupo de comparación impide establecer relaciones causales. Las conductas estereotipadas y agresivas experimentaron una reducción pronunciada.

Los resultados de Carpenter et al. (2023) resultaron, en cambio, no concluyentes: la versión estándar del programa CICO no produjo cambios apreciables en ninguno de los cuatro participantes, y la versión adaptada solo mostró cierta mejoría en dos de ellos en un número reducido de sesiones. No se pudo establecer una relación funcional entre la intervención y las variables dependientes. Este hallazgo pone de manifiesto que no todos los formatos del ACP generan los mismos resultados en alumnos con necesidades de apoyo extensas.

El estudio de Strydom et al. (2020), el de mayor rigor metodológico de la revisión, no encontró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que recibió la formación en ACP y el grupo que mantuvo su tratamiento habitual en las medidas evaluadas a los doce meses (diferencia media = $-2,10$; IC 95%: $-11,3$ a $7,13$; $p = 0,655$). Ambos grupos mostraron una leve mejoría a lo largo del tiempo, pero sin que se detectaran diferencias notables entre ellos. Estos resultados sugieren que la formación de profesionales a nivel general en ACP puede no ser suficiente para generar cambios clínicos significativos en adultos con TEA y discapacidad intelectual, especialmente cuando la fidelidad al tratamiento es reducida.

6.4. Efectos sobre conductas sociales positivas y habilidades adaptativas

La evidencia disponible sobre conductas sociales positivas o habilidades adaptativas como variable de resultado es notablemente más escasa que la relativa a las conductas desafiantes. En la mayor parte de los estudios, esta dimensión aparece como efecto secundario o como objetivo complementario, sin constituir el foco principal de la investigación.

El trabajo que aborda esta variable de forma más sistemática y explícita es el de Rivard et al. (2021): las conductas sociales positivas evaluadas mediante el NCBRF aumentaron con un tamaño del efecto moderado ($d = 0,64$) tras las doce semanas del programa PTR-YC, siendo uno de los pocos estudios que incorporó esta dimensión como variable dependiente secundaria mediante instrumentos estandarizados. Asimismo, se observó una reducción leve

del estrés parental ($d = -0,41$), lo que apunta a que los efectos del programa trascendieron el comportamiento del niño y tuvieron cierto impacto en el funcionamiento familiar en sentido amplio.

Hampton et al. (2022) aportaron un dato de interés en este ámbito: los autores señalaron que el uso materno de estrategias de comunicación social disminuyó más de lo esperado durante la intervención orientada a las conductas disruptivas, lo que plantea dudas sobre la compatibilidad de ambos objetivos cuando se abordan de forma secuencial. Johnson et al. (2025) midieron habilidades conductuales adaptativas específicas de aula, lavado de manos, recogida de materiales o respeto de turnos, donde obtuvieron resultados dispares: las destrezas más rutinarias y concretas mejoraron, mientras que las de naturaleza interpersonal permanecieron sin cambios apreciables.

El resto de los estudios no midió conductas sociales ni habilidades adaptativas de manera directa. La tendencia a concentrar la evidencia en la reducción de conductas desafiantes dejando en un segundo plano otras variables igualmente relevantes para la calidad de vida de las personas con TEA representa una laguna en la literatura revisada y una limitación que varios de los autores reconocen en sus trabajos.

6.5. Calidad metodológica de los estudios

La valoración de la calidad metodológica del conjunto de estudios incluidos refleja un panorama con limitaciones relevantes, aunque también con fortalezas que merece la pena reconocer en función del tipo de diseño empleado.

El único trabajo con diseño de ensayo clínico aleatorizado por conglomerados y grupo control es el de Strydom et al. (2020) que representa el nivel de evidencia estadística más elevado de la revisión. No obstante, sus resultados son negativos, y el propio estudio presenta condicionante que complican su interpretación: la fidelidad al tratamiento fue reducida, aproximadamente un tercio de los participantes recibió la información completa, y los autores advierten de una posible contaminación entre condiciones, dado que el tratamiento habitual en los servicios de discapacidad intelectual en Inglaterra ya incorpora algunos elementos del enfoque ACP.

Los seis estudios de caso único con línea base múltiple presentan una validez interna aceptable dentro de los estándares de este tipo de diseño, especialmente cuando incluyen replicación entre sujetos o contextos y una línea base estable previa la intervención. Con todo, su validez interna es limitada, tanto por el reducido número de pacientes (tres en la mayoría de los casos) como por la especificidad de los contextos de implantación, lo que dificulta extrapolar los hallazgos a otras situaciones. Smith et al. (2016) fortalece la validez interna de sus conclusiones al combinar el diseño de línea base múltiple con una fase de análisis funcional experimental de tipo ABAB, lo que permite identificar con mayor precisión la función de la conducta problemática antes de intervenir. Rivard et al. (2021), con su diseño pre-post del grupo único, aporta información sobre la magnitud del efecto, pero no permite extraer conclusiones de carácter causal.

De manera transversal, las principales limitaciones identificadas en los estudios son: la ausencia de cegamiento en la evaluación de resultados, los periodos de seguimiento muy breves o inexistentes en algunos de los estudios, la dependencia de registros observacionales sin que en todos los casos se reporte adecuadamente el índice de acuerdo entre observadores, y la variabilidad en la definición de conducta desafiante entre estudios, lo que dificulta la comparación directa de los resultados. Estas limitaciones no invalidan los hallazgos obtenidos, pero sí obligan a interpretarlos con precaución y ponen de manifiesto la necesidad de avanzar hacia investigaciones con diseños más robustos, muestras más amplias y seguimientos de mayor duración.

7. Limitaciones y conclusiones

El objetivo general de esta revisión sistemática era examinar la evidencia científica disponible acerca de la eficacia del Apoyo Conductual Positivo en la reducción de conductas desafiantes en personas con Trastorno del Espectro Autista, considerando tanto la calidad metodológica de los estudios seleccionados como las condiciones de implementación que pueden influir en sus resultados.

Respecto al primer objetivo específico, los datos obtenidos indican que el ACP genera efectos favorables sobre las conductas desafiantes en la mayor parte de los estudios analizados, sobre

todo cuando la intervención parte de una evaluación funcional previa del comportamiento y se ajusta a las características propias del participante y al contexto en el que se aplica. Esta tendencia coincide con lo señalado en revisiones previas, donde se observó que incluir una evaluación funcional antes de la intervención llegaba a duplicar los índices de éxito del ACP (Carr et al., 1999). Los estudios que arrojan resultados más sólidos son, precisamente, aquellos que integran el análisis funcional, la enseñanza de conductas alternativas y la modificación de las condiciones ambientales (Akemoğlu Y. & Hinton V., 2025; Smith C.E. et al., 2016; Walker & Snell, 2017).

Con todo, los resultados no presentan una dirección uniforme. Carpenter et al. (2023) encontraron que el programa CICO —un apoyo de nivel 2 dentro del marco PBIS— no generó resultados concluyentes en alumnos con TEA que tenían necesidades de apoyo elevadas, lo que apunta a que las intervenciones de carácter universal o de nivel 2 pueden resultar insuficientes para perfiles con mayor complejidad conductual, que precisan apoyos más intensivos e individualizados. De especial relevancia resulta el hecho de que el único ensayo clínico aleatorizado incluido en esta revisión —Strydom et al. (2020)— no detectara diferencias estadísticamente significativas entre el PBS y el tratamiento habitual en adultos con TEA y discapacidad intelectual. Este hallazgo pone en cuestión la eficacia del modelo cuando su implementación recae en profesionales generalistas que no cuentan con apoyo especializado continuo, y es coherente con la idea de que la fidelidad de implementación constituye un factor determinante para que el ACP funcione, tal y como se aprecia también en el contraste de resultados observado con y sin coaching individualizado en el trabajo de Akemoğlu y Hinton (2025).

La diversidad de contextos, modelos de intervención y perfiles poblacionales presentes en los estudios dificulta extraer conclusiones generalizables sobre el ACP como marco único de actuación. Sin embargo, los resultados permiten identificar condiciones que se asocian de manera consistente a mejores desenlaces: llevar a cabo una evaluación funcional previa, garantizar la formación y supervisión sistemática de quienes aplican la intervención —sean profesionales, familias o auxiliares educativos— y adaptar el modelo a las características concretas del participante y su entorno.

En cuanto al segundo objetivo específico, la evidencia disponible sobre conductas sociales positivas y habilidades adaptativas es escasa y, en su mayor parte, de carácter indirecto. Solo Rivard et al. (2021) midió esta variable de forma explícita como objetivo secundario, obteniendo un tamaño del efecto moderado. Por su parte, Carr (2016) identificó mejoras en habilidades sociales como efecto colateral en la mayoría de los estudios incluidos en su metaanálisis. Esta escasez refleja el estado actual de la investigación sobre ACP en TEA, ámbito en el que la reducción de conductas desafiantes continúa siendo la variable de resultado más frecuentemente utilizada.

7.1. Discusión

Esta revisión presenta diversas limitaciones que conviene considerar al valorar sus resultados. La búsqueda se circunscribió a tres bases de datos y a publicaciones en español o inglés, lo que puede haber dejado fuera estudios relevantes disponibles en otros idiomas o indexados en otras fuentes. Además, todo el proceso de búsqueda, cribado y extracción de datos fue realizado por una única revisora, sin contraste con un segundo evaluador, lo que puede afectar a la fiabilidad inter-juez del procedimiento. A esto se añade que los duplicados no se registraron de manera sistemática durante la fase de búsqueda, lo que supone una limitación en el plano procedimental.

Más allá del proceso seguido, la literatura revisada presenta limitaciones estructurales de peso: predominio de diseños de caso único con muestras pequeñas, ausencia de grupo control en la mayoría de los estudios, gran variabilidad en cuanto a población, tipo de intervención y variables medidas, y períodos de seguimiento breves que impiden evaluar si los efectos se mantienen a largo plazo. El único ensayo clínico aleatorizado disponible ofrece resultados negativos, lo que añade incertidumbre sobre la robustez de las conclusiones que pueden derivarse del conjunto de la evidencia.

Por otro lado, la evaluación de la calidad metodológica se realizó de forma descriptiva, sin emplear ninguna herramienta estandarizada, lo que limita la posibilidad de comparar objetivamente el nivel de evidencia entre estudios con diseños diferentes. Finalmente, dos estudios no pudieron ser evaluados por falta de acceso al texto completo, lo que podría haber supuesto la exclusión de información relevante.

7.2. Implicaciones clínicas y líneas de investigación futuras

Los resultados de esta revisión tienen implicaciones prácticas para los ámbitos clínico y educativo. La evidencia obtenida respalda la utilización del ACP como marco de intervención con personas con TEA que presentan conductas desafiantes, especialmente cuando se parte de una evaluación funcional previa, se adapta al perfil de cada persona y se acompaña de formación y supervisión continuada de quienes lo aplican. Esta última condición cobra especial relevancia en el contexto familiar, donde los estudios de Akemoğlu y Hinton (2025) y Hampton et al. (2022) evidencian que el coaching individualizado es un componente clave para lograr una fidelidad de implementación adecuada y producir cambios conductuales duraderos.

Asimismo, los datos apuntan a la necesidad de ajustar la intensidad de la intervención al perfil del participante, de modo que no se apliquen intervenciones universales o de nivel 2 en personas con necesidades de apoyo elevadas sin complementarlas con apoyos individualizados de nivel 3.

En relación con las futuras líneas de investigación, se necesitan ensayos clínicos aleatorizados con muestras más amplias y seguimientos más prolongados que permitan valorar la estabilidad de los efectos del ACP a lo largo del tiempo. Sería igualmente valioso diseñar estudios que midan de manera específica y sistemática el impacto del ACP sobre las habilidades sociales y adaptativas, utilizando instrumentos estandarizados como variable principal. El análisis de los factores que modulan la eficacia del ACP, entre ellos la edad, el nivel de funcionamiento, el contexto de implementación y el modelo utilizado, representa también una prioridad para avanzar hacia una práctica más ajustada y fundamentada en la evidencia.

Referencias Bibliográficas

- Akemoğlu, Y., & Hinton, V. (2025). Early Interventionist-Guided and Parent-Implemented Behavior Support To Reduce Challenging Behaviors of Autistic Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-025-07136-9>
- American Psychiatric Association (Ed.). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Anderson, C. M., & Freeman, K. A. (2000). Positive behavior support: Expanding the application of applied behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 23(1), 85-94. <https://doi.org/10.1007/BF03392001>
- Beamish, W., & Bryer, F. (2019). Emergence of Behavioural Support in the USA. En F. Bryer & W. Beamish (Eds.), *Behavioural Support for Students with Special Educational Needs: Trends Across the Asia-Pacific Region* (pp. 27-47). Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-981-13-7177-6_2
- Beqiraj, L., Denne, L. D., Hastings, R. P., & Paris, A. (2022). Positive behavioural support for children and young people with developmental disabilities in special education settings: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 35(3), 719-735. <https://doi.org/10.1111/jar.12989>
- Bottema-Beutel, K., Sandbank, M., & Woynaroski, T. (2023). Overview of Issues in Autism Intervention Research: Research Design and Reporting. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 8(6), 1238-1247. https://doi.org/10.1044/2023_PERSP-23-00104

- Carr, E., Dunlap, G., Horner, R., Koegel, R., Turnbull, A., Sailor, W., Anderson, J., Albin, R., Koegel, L., & Fox, L. (2002). Positive Behavior Support: Evolution of an Applied Science. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4(1), 4-16. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/109830070200400102>
- Carr, E. G., & Durand, V. M. (1985). Reducing Behavior Problems Through Functional Communication Training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18(2), 111-126. <https://doi.org/10.1901/jaba.1985.18-111>
- Carr, E. G., Horner, R. H., Turnbull, A. P., Marquis, J. G., McLaughlin, D. M., McAtee, M. L., Smith, C. E., Ryan, K. A., Ruef, M. B., Doolabh, A., & Braddock, D. (1999). *Positive Behavior Support for People with Developmental Disabilities: A Research Synthesis*. American Association on Mental Retardation, 444 North Capitol St. <https://eric.ed.gov/?id=ED439580>
- Carr, M. E. (2016). Self-management of Challenging Behaviours Associated with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Australian Psychologist*, 51(4), 316-333. <https://doi.org/10.1111/ap.12227>
- Davis, T. N., & Rispoli, M. (2018). Introduction to the Special Issue: Interventions to Reduce Challenging Behavior Among Individuals With Autism Spectrum Disorder. *Behavior Modification*, 42(3), 307-313. <https://doi.org/10.1177/0145445518763851>
- Dunlap, G., Sailor, W., Horner, R. H., & Sugai, G. (2009). Overview and History of Positive Behavior Support. En W. Sailor, G. Dunlap, G. Sugai, & R. Horner (Eds.), *Handbook of Positive Behavior Support* (pp. 3-16). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09632-2_1

- Iwata, B. A., Pace, G. M., Dorsey, M. F., Zarcone, J. R., Vollmer, T. R., Smith, R. G., Rodgers, T. A., Lerman, D. C., Shore, B. A., Mazaleski, J. L., Goh, H.-L., Cowdery, G. E., Kalsher, M. J., McCosh, K. C., & Willis, K. D. (1994). The Functions of Self-Injurious Behavior: An Experimental-Epidemiological Analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 215-240. <https://doi.org/10.1901/jaba.1994.27-215>
- Jellet, R., Wood, C. E., Giallo, R., & Seymour, M. (2015). Family functioning and behaviour problems in children with Autism Spectrum Disorders: The mediating role of parent mental health. *Clinical Psychologist*, 19(1), 39-48. <https://doi.org/10.1111/cp.12047>
- Johnston, J. M., Foxx, R. M., Jacobson, J. W., Green, G., & Mulick, J. A. (2006). Positive Behavior Support and Applied Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*, 29(1), 51-74. <https://doi.org/10.1007/BF03392117>
- Kanne, S. M., & Mazurek, M. O. (2011). Aggression in Children and Adolescents with ASD: Prevalence and Risk Factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(7), 926-937. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1118-4>
- LaVigna, G. W., & Willis, T. J. (2012). The efficacy of positive behavioural support with the most challenging behaviour: The evidence and its implications. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37(3), 185-195. <https://doi.org/10.3109/13668250.2012.696597>
- Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M. (2007). Assessing challenging behaviors in children with autism spectrum disorders: A review. *Research in Developmental Disabilities*, 28(6), 567-579. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2006.08.001>

- O'Neill, R. E., Horner, R. H., Albin, R. W., Storey, K., & Sprague, J. R. (2014). *Functional Assessment and Program Development for Problem Behavior: A Practical Handbook*. Wadsworth.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Petrou, A. M., Soul, A., Koshy, B., McConachie, H., & Parr, J. R. (2018). The impact on the family of the co-existing conditions of children with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 11(5), 776-787. <https://doi.org/10.1002/aur.1932>
- Rivard, M., Mello, C., Mestari, Z., Terroux, A., Morin, D., Forget, J., Lefebvre, C., & Argumedes, M. (2021). Using Prevent Teach Reinforce for Young Children to Manage Challenging Behaviors in Public Specialized Early Intervention Services for Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(11), 3970-3988. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04856-y>
- Salari, N., Rasoulpoor, S., Rasoulpoor, S., Shohaimi, S., Jafarpour, S., Abdoli, N., Khaledi-Paveh, B., & Mohammadi, M. (2022). The global prevalence of autism spectrum disorder: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 48(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01310-w>
- Shaw, K. A., Williams, S., Patrick, M. E., Valencia-Prado, M., Durkin, M. S., Howerton, E. M., Ladd-Acosta, C. M., Pas, E. T., Bakian, A. V., Bartholomew, P., Nieves-Muñoz, N.,

- Sidwell, K., Alford, A., Bilder, D. A., DiRienzo, M., Fitzgerald, R. T., Furnier, S. M., Hudson, A. E., Pokoski, O. M., ... Maenner, M. J. (2025). *Prevalence and Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 and 8 Years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 Sites, United States, 2022*. 74(2).
- Smith, C. E., Carr, E. G., & Moskowitz, L. J. (2016). Fatigue as a biological setting event for severe problem behavior in autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 131-144. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.12.003>
- Soke, G. N., Rosenberg, S. A., Hamman, R. F., Fingerlin, T., Robinson, C., Carpenter, L., Giarelli, E., Lee, L.-C., Wiggins, L. D., Durkin, M. S., & DiGuseppi, C. (2016). Brief Report: Prevalence of Self-injurious Behaviors among Children with Autism Spectrum Disorder—A Population-Based Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(11), 3607-3614. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2879-1>
- Strydom A., Bosco A., Vickerstaff V., Hunter R., Hassiotis A., Poppe M., Ratti V., Hall I., Crabtree J., Omar R.Z., Biswas A., Blickwedel J., Cooper V., & Crawford M. (2020). Clinical and cost effectiveness of staff training in the delivery of Positive Behaviour Support (PBS) for adults with intellectual disabilities, autism spectrum disorder and challenging behaviour-randomised trial. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02577-1>
- Sugai, G., & Horner, R. (2002). The Evolution of Discipline Practices: School-Wide Positive Behavior Supports. *Child & Family Behavior Therapy*, 24(1-2), 23-50. https://doi.org/10.1300/J019v24n01_03

- Sugai, G., & Horner, R. H. (2009). Responsiveness-to-Intervention and School-Wide Positive Behavior Supports: Integration of Multi-Tiered System Approaches. *Exceptionality*, 17(4), 223-237. <https://doi.org/10.1080/09362830903235375>
- Volkmar, F. R., Paul, R., Rogers, S. J., Pelphrey, K. A., & Radley, K. C. (2014, abril). *Interventions for Challenging Behaviors*. <https://doi.org/10.1002/9781118911389.hautc33>
- Walker, V. L., & Snell, M. E. (2017). Teaching Paraprofessionals to Implement Function-Based Interventions. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 32(2), 114-123.
- Wong, W. K., Li, P. Y., Ji, M. X., & Lo, S. K. (2018). Positive Behaviour Support To Manage Challenging Behaviour Of Children On Autism Spectrum. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences, Education Environment for the Information Age*. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2018.09.02.103>

Anexo A Tabla 1

<i>Año y autor/es</i>	<i>N (edad)</i>	<i>Población</i>	<i>Terapia (modalidad ACP)</i>	<i>Diseño</i>	<i>Contexto</i>
Rivard et al., 2021	35 (≈4 años)	TEA solo o TEA + DI	ACP — PTR-YC (<i>Prevent-Teach-Reinforce for Young Children</i>)	Prueba de concepto pre-post, un solo grupo	Educadores EIBI en domicilios familiares, entrenando y supervisando a padres
Strydom et al., 2020	113 (≥18 años)	TEA + discapacidad intelectual + conducta desafiante	ACP — formación de profesionales sanitarios	ECA multicéntrico por conglomerados	Profesionales (psicólogos, psiquiatras, TO, logopedas) en servicios comunitarios de DI en Inglaterra
Alwahbi, 2024	9 (8-13 años)	TEA + discapacidad intelectual leve	ACP — escolar virtual (school-wide PBS)	Caso único, línea base múltiple entre aulas	Maestros especializados en TEA en aulas virtuales (Microsoft Teams) con alumnos varones con TEA

<i>Año y autor/es</i>	<i>N (edad)</i>	<i>Población</i>	<i>Terapia (modalidad ACP)</i>	<i>Diseño</i>	<i>Contexto</i>
Walker y Snell, 2017	3 (7-11 años)	TEA + discapacidad intelectual	ACP —basado en función (FBI)	Caso único, línea base múltiple entre sujetos	Paraprofesionales entrenados en aula ordinaria/especial con alumnos TEA + DI
Akemoğlu & Hinton, 2025	3 díadas padre-hijo (35–55 meses)	TEA	ACP —familiar con coaching EISP	Caso único, sonda múltiple no concurrente	Profesionales de atención temprana (EISPs) en hogar familiar con niños TEA y sus padres
Carpenter et al., 2023	4 (8–11 años)	TEA + necesidades extensas de apoyo	ACP — SWPBIS/CICO Tier 2	Caso único línea base múltiple entre participantes (A-B-A-B-C)	Profesores/paraprofesionales en aulas de educación especial con niños TEA

<i>Año y autor/es</i>	<i>N (edad)</i>	<i>Población</i>	<i>Terapia (modalidad ACP)</i>	<i>Diseño</i>	<i>Contexto</i>
Hampton et al., 2022	3 (33–40 meses)	TEA sin diagnóstico asociado	ACP — RUBI (mediado por padres)	Caso único, línea de base múltiple	Madres en el hogar familiar con niños TEA, guiadas por logopedas investigadoras
Johnson et al., 2025	29 (2,5–5 años)	TEA + otras discapacidades del desarrollo	ACP — Modelo Pirámide (Tier 1 modificado)	Caso único, línea base múltiple (A-B)	Maestros en aula específica de preescolar con niños TEA
Smith et al., 2016	3 (9, 14 y 28 años)	TEA + discapacidad intelectual severa-profunda	ACP — multicomponente	Caso único, línea base múltiple + ABAB	Personal de residencia comunitaria con adultos y menores TEA, en entorno residencial

Anexo B Tabla 2

<i>Año y autor/es</i>	<i>Tipo de ACP</i>	<i>Duración</i>	<i>Conductas evaluadas</i>	<i>Resultados</i>	<i>Limitaciones</i>
Rivard et al., 2021	PTR-YC (ACP individualizado)	12 semanas	Conductas desafiantes (BPI-01): autolesiones, agresiones, estereotipias; conducta social positiva (NCBRF); estrés parental (PSI-4)	Reducción moderada de conductas desafiantes totales ($d = -0.60$) y aumento de conducta social positiva ($d = 0.64$). Descenso leve del estrés parental total ($d = -0.41$); 75% de familias alcanzó $\geq 80\%$ de fidelidad de implementación.	Sin grupo control (diseño pre-post); todos los datos proceden de autoinforme parental, lo que introduce riesgo de sesgo por expectativas.

<i>Año y autor/es</i>	<i>Tipo de ACP</i>	<i>Duración</i>	<i>Conductas evaluadas</i>	<i>Resultados</i>	<i>Limitaciones</i>
Strydom et al., 2020	ACP por equipos sanitarios especializados	12 meses (formación de 6 días en 15 semanas)	Conductas desafiantes globales (ABC-CT); irritabilidad, letargia, estereotipias, hiperactividad, lenguaje inapropiado	Sin reducción significativa de conductas desafiantes (diferencia media = -2,10; IC 95%: -11,3 a 7,13; p = 0,655). Ambos grupos mejoraron ligeramente a lo largo de 12 meses, sin diferencias en ninguna medida secundaria.	Baja fidelidad al tratamiento (~1/3 recibió todos los elementos); posible dilución del efecto por similitud entre ACP y TAU.
Alwahbi, 2024	PBIS escolar virtual (<i>school-wide PBS</i>)	1 semestre (16 sesiones de observación)	Conductas interferentes (hablar sin permiso, ausencia, no entregar tareas, tardanza) y conductas deseadas	Reducción inmediata a mediana = 0 en conductas interferentes en las 3 aulas (NAP = 100; 0% solapamiento con línea base). Conductas	Sin evaluación de mantenimiento post-intervención; fidelidad del refuerzo basada en autoevaluación docente,

<i>Año y autor/es</i>	<i>Tipo de ACP</i>	<i>Duración</i>	<i>Conductas evaluadas</i>	<i>Resultados</i>	<i>Limitaciones</i>
			(participación, asistencia, puntualidad, tareas a tiempo); registro de frecuencias	deseadas aumentaron de mediana 1-2 (línea base) a mediana 8-9 (intervención).	con riesgo de sobreestimación.
Walker y Snell, 2017	ACP— intervención basada en función (FBI)	3-8 semanas	Conducta apropiada, autolesiones, agresiones, no participación, conducta fuera de asiento, gritos (registro de intervalos)	La conducta apropiada aumentó entre el 24-49% (línea base) hasta el 82-94% (intervención) en los 3 sujetos. La conducta desafiante se redujo entre el 56-74% (línea base) hasta el 7-27% (intervención), con	Muestra muy pequeña (n=3); sin medidas de mantenimiento ni generalización; profesores de aula no involucrados en la intervención.

<i>Año y autor/es</i>	<i>Tipo de ACP</i>	<i>Duración</i>	<i>Conductas evaluadas</i>	<i>Resultados</i>	<i>Limitaciones</i>
				fidelidad de implementación media del 93%.	
Akemoğlu & Hinton, 2025	ACP familiar con coaching individualizado	10–12 semanas (6 ses. entrenamiento + 4–6 ses. coaching)	Conductas desafiantes (rabieta, agresión, incumplimiento); fidelidad de implementación parental (checklist BSP)	CD reducidas del >60% al <20% de intervalos en el caso más severo; otro participante alcanzó <10% en la 2.ª sesión de coaching. Fidelidad parental ≥80% solo tras incorporar coaching; el entrenamiento con vídeo solo fue insuficiente.	Muestra pequeña (n=3 díadas); sin grupo control; posible sesgo por doble rol de los EISPs como implementadores y recogedores de datos.

<i>Año y autor/es</i>	<i>Tipo de ACP</i>	<i>Duración</i>	<i>Conductas evaluadas</i>	<i>Resultados</i>	<i>Limitaciones</i>
Carpenter et al., 2023	CICO tradicional y CICO adaptado (SWPBIS Nivel 2)	NE (hasta ~90 sesiones por participante)	Conductas desafiantes (registro de intervalos parciales) + adherencia a expectativas escolares (informe de puntos DPR)	CICO tradicional: sin cambio funcional en ningún participante. CICO adaptado: reducción de conductas desafiantes de 37,8% a 8,9% en un participante; mejora con estabilidad en otro en las últimas 6 sesiones; cambios mínimos en los dos restantes.	Muestra muy pequeña (n=4); fidelidad del componente familiar no verificable por ausencia de DPRs firmados devueltos.
Hampton et al., 2022	ACP familiar — RUBI (Prevención, Refuerzo,	12 semanas (13–14 horas)	Conductas disruptivas: agresión, escapadas, rabietas, incumplimiento	Reducción $\geq 25\%$ en ABC Irritabilidad (Addie) y en severidad media HSQ (Addie	Muestra pequeña (n=3) de familias con alto nivel educativo y

<i>Año y autor/es</i>	<i>Tipo de ACP</i>	<i>Duración</i>	<i>Conductas evaluadas</i>	<i>Resultados</i>	<i>Limitaciones</i>
	Respuesta, Enseñanza)		(ABC, HSQ-ASD, DB-DOS, DB-PCX)	y Charlie). Las madres alcanzaron fidelidad de implementación PBS comparable a estudios previos, pero el uso de estrategias de comunicación social cayó por debajo de lo esperable por el paso del tiempo.	socioeconómico; sin grupo control ni generalización a perfiles socioeconómicos diversos.
Johnson et al., 2025	ACP / Modelo Pirámide Nivel 1	13 semanas (8 línea base + 5 intervención)	Lavado de manos, recogida, turnos, seguridad en aula, seguridad fuera del aula (DBR); incidentes	Lavado de manos: Tau-U = 0,93 ($p < 0,001$) en grupo intervención vs. 0,57 ($p = 0,033$) en control — efecto muy efectivo vs.	Muestra pequeña ($n = 29$, 7 aulas); recogida de datos en verano con asistencia baja e irregular; solo 3 de 5

<i>Año y autor/es</i>	<i>Tipo de ACP</i>	<i>Duración</i>	<i>Conductas evaluadas</i>	<i>Resultados</i>	<i>Limitaciones</i>
			conductuales y visitas a enfermería	cuestionable. Turnos: sin cambio observable ($Tau-U = -0,01$); incidentes conductuales y visitas a enfermería no disminuyeron en el grupo intervención.	habilidades pudieron analizarse por insuficiencia de datos.
Smith et al., 2016	ACP multicomponente (FCT + actividad física + relajación + refuerzo denso)	1–4 meses (intervención); evaluación funcional previa 3–4 meses	Agresiones, autolesiones, rabietas; % pasos de tarea completados y latencia hasta conducta problema	100% de sesiones completadas sin conducta problema en intervención (vs. 0% en línea base en 2 de los 3 participantes; 23% en el tercero). Eliminación total de agresiones, autolesiones y	Muestra muy pequeña ($n=3$); sin seguimiento a largo plazo ni datos de generalización o validez social.

<i>Año y autor/es</i>	<i>Tipo de ACP</i>	<i>Duración</i>	<i>Conductas evaluadas</i>	<i>Resultados</i>	<i>Limitaciones</i>
				rabieta en todos los participantes.	