



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2023-2024



Trabajo Fin de Máster

Intervención psicológica en un adolescente con Trastorno del Espectro Autista y Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Estudio de caso.

Autora: Patricia Fernández Cabeza

Tutora: Estefanía Estévez López

Código de la Oficina de Investigación Responsable: 240324061502

Convocatoria: Junio

Resumen

Este estudio se centra en un caso particular de un adolescente de 13 años diagnosticado con trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno del espectro autista. La sintomatología obsesivo-compulsiva se evaluó mediante las escalas CY-BOCS-SR y SCAS. La sintomatología del trastorno del espectro autista se evaluó con el ADOS-2 y el ADI-R. El adolescente mostraba principalmente compulsiones de comprobación y lavado, dedicando aproximadamente 2 horas diarias a estas actividades. El plan de tratamiento consistió en una intervención cognitivo-conductual que combinaba técnicas de exposición con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva y entrenamiento en autoinstrucciones junto con ejercicios de respiración y relajación muscular. El objetivo era reducir o eliminar la frecuencia y duración de las obsesiones y compulsiones, así como abordar las distorsiones cognitivas relacionadas con el miedo hacia la seguridad de su familia así como de contaminación. Este tratamiento se llevó a cabo durante unas 23 sesiones semanales de 45 minutos cada una. Las primeras cinco sesiones se destinaron a la evaluación, la sexta a la devolución de informe y psicoeducación inicial a la familia, mientras que la intervención se realizó a partir de la séptima sesión, la cual aún sigue en curso. Tras la evaluación e intervención, las obsesiones y compulsiones del paciente se redujeron considerablemente, se observó una mejora significativa en la sintomatología ansiosa, así como mejora de las funciones ejecutivas. Estos resultados fueron respaldados por un post-test realizado para verificar los avances alcanzados.

Abstract

This study focuses on a particular case of a 13-year-old adolescent diagnosed with obsessive-compulsive disorder and autism spectrum disorder. Obsessive-compulsive

symptomatology was assessed using the CY-BOCS-SR and SCAS scales. Symptomatology of autistic spectrum disorder was assessed with the ADOS-2 and the ADI-R. The adolescent showed mainly checking and washing compulsions, spending approximately 2 hours per day on these activities. The treatment plan consisted of a cognitive-behavioural intervention combining exposure techniques with response prevention, cognitive restructuring and self-instruction training along with breathing and muscle relaxation exercises. The aim was to reduce or eliminate the frequency and duration of obsessions and compulsions, as well as to address cognitive distortions related to fear of her family's safety and of contamination. This treatment took place over 23 weekly sessions of 45 minutes each. The first five sessions were devoted to assessment, the sixth to debriefing and initial psychoeducation of the family, while the intervention took place from the seventh session onwards, which is still ongoing. After the assessment and intervention, the patient's obsessions and compulsions were considerably reduced, a significant improvement in anxious symptomatology was observed, as well as an improvement in executive functions. These results were supported by a post-test carried out to verify the progress achieved.

Introducción

El propósito principal de este estudio es examinar detalladamente un caso único de un paciente adolescente de 13 años, C. M. T., que presenta un doble diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC).

El Trastorno del Espectro Autista (en adelante TEA) es un conjunto de trastornos del neurodesarrollo que se caracterizan por déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social, junto con patrones de comportamiento, intereses o actividades

restringidos y repetitivos (American Psychiatric Association, 2013). Actualmente, la prevalencia del TEA es de 1 entre 36, una tendencia creciente con respecto a estimaciones anteriores (Sesay, 2024).

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo, complejo y heterogéneo, influenciado por una combinación de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales (Geschwind & State, 2015). Estudios genéticos han identificado una serie de variantes genéticas asociadas con el TEA, aunque no existe un único gen responsable, sino una interacción de múltiples genes y factores ambientales (Gaugler et al., 2014). Las investigaciones neurobiológicas sugieren que el TEA está asociado con alteraciones en la conectividad neuronal, la estructura y función cerebral, incluyendo áreas como la corteza prefrontal, la amígdala y el sistema de espejo (Ecker et al., 2017).

La presentación clínica del TEA varía ampliamente, desde formas leves hasta graves (Lord et al., 2018). Los déficits en la comunicación social suelen incluir dificultades para establecer y mantener relaciones sociales, dificultades en la reciprocidad social y en la comprensión de las señales sociales (Baio et al., 2018).

Los patrones de comportamiento repetitivos e intereses restringidos pueden manifestarse en estereotipias motoras o verbales, insistencia en la uniformidad o rutinas, y un enfoque intenso en intereses específicos (Matson & Goldin, 2013). Algunas personas con TEA también pueden presentar sensibilidades sensoriales atípicas, reacciones inusuales a estímulos sensoriales como la luz, el sonido o el tacto. Es importante realizar una evaluación diferencial para descartar o confirmar otras condiciones que puedan presentar sintomatología similar al TEA.

Por otro lado, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (en adelante TOC), es un trastorno mental caracterizado por la presencia de obsesiones y/o compulsiones que causan malestar significativo y afectan el funcionamiento diario de la persona. Según Ruscio et al. (2010), el TOC se encuentra entre los trastornos psiquiátricos más incapacitantes. La prevalencia de TOC es similar en ambos sexos, con una prevalencia de 1,1%. Se trata también de un trastorno más frecuente en las edades medias siendo más diagnosticado en hombres hasta los 35 años, edad a partir de la que pasa a ser ligeramente más prevalente en mujeres (Ministerio de Sanidad, 2021).

Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos no deseados, intrusivos y recurrentes, que generan ansiedad o malestar, mientras que las compulsiones son comportamientos repetitivos o actos mentales que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a las obsesiones, con el fin de reducir la ansiedad o prevenir algún evento temido (American Psychiatric Association, 2013).

El TOC puede manifestarse en una variedad de formas, como obsesiones de contaminación, preocupaciones por el orden o simetría, obsesiones relacionadas con la religión o la moral, entre otras (Ruscio et al., 2010). Las compulsiones pueden incluir rituales de lavado, verificación, conteo, entre otros comportamientos repetitivos.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) son afecciones psicológicas complejas que pueden afectar significativamente la vida diaria de los pacientes. La prevalencia de estos trastornos ha aumentado en los últimos años, lo que destaca la necesidad urgente de comprender mejor cómo estos trastornos interactúan y se manifiestan en las personas que los padecen.

Las características centrales del TEA, como las dificultades en la comunicación social, la rigidez cognitiva y los patrones repetitivos de comportamiento, se superponen con los síntomas obsesivos y compulsivos del TOC, lo que puede dificultar la diferenciación clínica (González, 2017).

Tanto el trastorno del espectro autista (TEA) como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) comparten la característica común de la compulsividad. Se han identificado disfunciones similares en los circuitos cerebrales asociados con estas conductas, especialmente en los sistemas de recompensa y toma de decisiones, que se encuentran en áreas como el córtex orbitofrontal, el núcleo accumbens, el córtex cingulado anterior (CCA) y el caudado. Se ha observado un aumento en los niveles de glutamato en el CCA en pacientes con ambos trastornos, lo que sugiere una correlación con el grado de compulsividad (Ortiz et al., 2019).

Por un lado, en relación a la conducta repetitiva, en el TEA es invariable, consistente, descontextualizada y no hay malestar, mientras que en el TOC la conducta es útil, varía en el tiempo espacio y contexto, y su función es reducir la angustia. En cuanto al inicio y curso de las conductas compulsivas, en el TEA se origina desde la infancia y en el TOC pueden aparecer desde la preadolescencia en adelante. En el TEA, las conductas de compulsión forman parte de una rutina mientras que en el TOC conllevan simetría, orden, organización y conteo. Además, es más propio del TEA coleccionar en relación a un interés en específico, frente al TOC, en el cual se asocia más a la acumulación. Con respecto a la manera de vivirlo, en el TEA se vive de una manera satisfactoria y reforzante, mientras que en el TOC las compulsiones se viven de manera no satisfactoria, intrusiva e incluso con cierta resistencia. La función en el TEA conlleva más un disfrute, distracción o distrés, al contrario que en el

TOC, cuya función es la de reducir la incomodidad de la obsesión. Las compulsiones en el TEA se relacionan más con la organización e incluso involucrando a otros, y en el TOC están más relacionadas con limpiar y comprobar. En el TEA existe una menor interferencia así como un menor tiempo dedicado a las mismas, mientras que en el TOC todo lo contrario (Ortiz et al., 2019).

La coexistencia de ambos trastornos plantea desafíos de diagnóstico y tratamiento únicos. Comprender cómo estas condiciones se superponen y difieren es fundamental para proporcionar intervenciones efectivas y personalizadas para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, y esto supone un gran desafío.

Las terapias cognitivo-conductuales, adaptadas para abordar las necesidades específicas de los pacientes con TEA, como la Terapia de Exposición y Prevención de Respuesta (ERP) modificada, han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TOC en niños y adolescentes con TEA (Hernández, 2016).

En cuanto al impacto en el funcionamiento diario, ambos trastornos pueden tener un impacto significativo en diferentes aspectos del funcionamiento diario, como las relaciones sociales, el rendimiento académico, la autonomía y la calidad de vida en general. Al analizar casos específicos, podemos explorar en detalle cómo estas situaciones afectan a individuos específicos y cómo se pueden satisfacer sus necesidades específicas.

Al estudiar casos individuales, se pueden identificar patrones y tendencias que pueden no ser evidentes en estudios más amplios. Esto podría conducir a nuevas ideas y enfoques en la investigación y la práctica clínica que podrían mejorar la atención y el tratamiento de las personas con trastorno del espectro autista y trastorno obsesivo-compulsivo en todo el mundo.

La investigación en esta área beneficia no solo a los profesionales de la salud mental, sino también a las familias e individuos afectados por el trastorno del espectro autista y el trastorno obsesivo-compulsivo. Al comprender mejor estas afecciones y cómo afectan a las personas, se pueden desarrollar recursos y apoyo más eficaces para permitir que las personas con trastorno del espectro autista y trastorno obsesivo-compulsivo vivan una vida más plena y satisfactoria.

El objetivo principal de este trabajo es analizar de manera exhaustiva y multidimensional el caso de un adolescente diagnosticado con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y Trastorno del Espectro Autista (TEA), para comprender en profundidad la complejidad de la interacción entre ambos trastornos. Este estudio se justifica por la escasez de investigación que aborde de manera específica la coexistencia de TOC y TEA en la adolescencia, así como por la necesidad imperante de mejorar la detección, evaluación y tratamiento de estos casos complejos.

Método

El adolescente de 13 años, C. M. T., acude a la clínica con sus padres por recomendación del colegio, los cuales manifiestan una elevada preocupación por el malestar de su hijo, el cual manifiesta desánimo, dificultad para las relaciones sociales, baja concentración y peor rendimiento en los estudios así como pensamientos obsesivos y rumiativos, con conductas compulsivas que, al parecer, le están generando malestar clínicamente significativo en las áreas personal, familiar y escolar. C.M.T. estudia 1º de la E.S.O. en un Instituto Público de la provincia de Alicante.

Los hitos del desarrollo fueron alcanzados dentro de los límites esperados, pero con dificultades en la comunicación social desde temprana edad así como en las primeras sonrisas. Sin antecedentes médicos significativos.

C. reporta pensamientos persistentes y no deseados relacionados con la contaminación y el daño y/o enfermedad de sus seres queridos, los cuales le generan una ansiedad significativa. Realiza rituales de lavado de manos excesivos y chequeo constante de puertas y ventanas para asegurarse de que están cerradas.

Con respecto a la interacción social, muestra dificultad para iniciar y mantener conversaciones. Prefiere realizar actividades a solas, presenta intereses diferentes a otros iguales (ejemplo) y tiene pocos amigos, aunque manifiesta querer tener más. En cuanto a la comunicación, C. presenta un habla monótona, con pocos cambios en la prosodia, bajo volumen y en ocasiones habla lenta.

Muestra una adherencia inflexible a rutinas específicas (ej. ir al instituto por el mismo camino, poner en la mesa) y se frustra fácilmente cuando estas se interrumpen. Necesita tener cosas en las manos para que le aporten calma y parece necesitar realizar estereotipos orales (ej. carraspeo y sonido particular). Tiene intereses específicos y de elevada intensidad (ej. planetas y universo, modelos de coches).

En el ámbito escolar, comienza este mismo año 1º de E.S.O. Las principales dificultades se observan en la interacción con compañeros y la adaptación a cambios en el entorno escolar. Necesita supervisión para realizar actividades cotidianas como el aseo personal debido a sus rituales compulsivos. Se observa un estado emocional ansioso, así como irritabilidad y frustración.

Evaluación inicial

La recogida de información, la evaluación neuropsicológica y la aplicación del tratamiento se realizó en el Centro de Desarrollo Ludocrea de Alicante. Se obtuvieron los datos del paciente mediante el consentimiento informado familiar.

Instrumentos:

- Inventario de Exploración Clínica (Caballo y Salazar, 2005).

Para evaluar sintomatología propia del TOC:

- Child Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS): recopila información sobre la gravedad de la obsesión, incluyendo el tiempo dedicado a la obsesión principal, su impacto en la vida cotidiana, el malestar asociado, la resistencia experimentada y el nivel de control sobre la obsesión. Del mismo modo, se evalúa la gravedad de la compulsión, considerando aspectos como el tiempo dedicado, la interferencia en la vida diaria, el malestar generado, la resistencia experimentada y el nivel de control sobre la compulsión principal. Finalmente, se determina una puntuación total que refleja la gravedad global del trastorno (Godoy, 2011).
- El Inventario de Obsesiones de Leyton Versión para niños Auto-Aplicada (LOI-CV-SF): Esta escala evalúa temores, pensamientos y comportamientos del niño para valorar la presencia de síntomas obsesivos-compulsivos así como su interferencia en la vida diaria. Consta de 20 ítems y se divide en dos partes. Por un lado, de respuesta dicotómica (sí/no) para valorar síntomas obsesivos-compulsivos. La otra parte, se valora la interferencia de los síntomas en caso de estar presentes 0 (no interferencia) a 3 (mucho interferencia) (Sánchez-Meca, 2016).

Se realizó una valoración específica de TEA, la cual conllevó la aplicación de las siguientes pruebas:

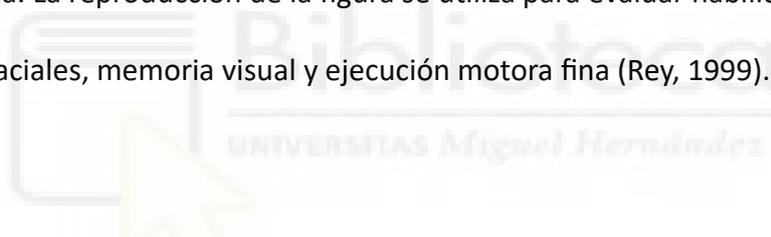
- Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2). Escala de observación estandarizada y semiestructurada de aplicación individual para el diagnóstico del autismo. Se plantean situaciones sociales planificadas (“presiones”) diseñadas para provocar determinados comportamientos en un contexto estandarizado. Se aplica desde los 12 meses hasta adultos. Consta de 5 módulos diferentes. En esta ocasión hemos aplicado el Módulo 3: Niños y adolescentes menores de 16 años que tienen un lenguaje fluido.
- Entrevista para el Diagnóstico del Autismo – Revisada (ADI-R). Es una entrevista que permite obtener información completa para poder concluir el diagnóstico o no de TEA. Es aplicado por el entrevistador a un informador (padres o cuidador) a partir de los 2 años de edad. Se exploran las áreas de lenguaje/comunicación, interacciones sociales recíprocas y conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados).

Con respecto a la capacidad cognitiva, atención y funciones ejecutivas se aplicaron las siguientes pruebas:

- Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V (WISC-V). La escala de inteligencia de Wechsler para niños-V (WISC-V) es un instrumento clínico de aplicación individual que evalúa la inteligencia en niños de 6 años y 0 meses a 16 años y 11 meses. Consta de un total de 15 pruebas que se organizan en tres niveles de interpretación: CI total, los índices primarios (Comprensión verbal, Visoespacial, Razonamiento fluido, Memoria de trabajo y Velocidad de Procesamiento) y los índices secundarios

(Razonamiento cuantitativo, Memoria de trabajo auditiva, No verbal, Capacidad general y Competencia cognitiva) (COP España, 2016).

- Batería Neuropsicológica infantil (NEPSY-II). Esta batería permite realizar una evaluación cognitiva específica y a medida del niño/adolescente a partir del análisis de 6 dominios cognitivos: atención y función ejecutiva, lenguaje, memoria y aprendizaje, sensoriomotor, percepción social y procesamiento visoespacial (COP España, 2016).
- Test de la Figura Compleja de Rey. Esta prueba neuropsicológica consiste en pedirle al individuo que reproduzca una figura geométrica compleja que previamente ha sido mostrada durante un corto periodo de tiempo con el fin de conocer su actividad perceptiva. La reproducción de la figura se utiliza para evaluar habilidades visoespaciales, memoria visual y ejecución motora fina (Rey, 1999).



Con respecto al área socioemocional, se aplicaron los siguientes cuestionarios:

- Entrevista de Estrategias de Interacción con los Compañeros (CEIC-A). Consiste en cuatro historias que se presentan al niño y permiten evaluar su competencia social. Tratan aspectos como: iniciar una relación, recuperar un objeto, convencer para un juego y convencer para conseguir un objeto propiedad del otro niño. Se le pide al niño que sugiera dos estrategias para alcanzar los objetivos descritos en cada historia (Díaz-Aguado, 1995).
- Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). es un instrumento de autoinforme de 44 ítems aplicado a niños con el objetivo de detectar síntomas de ansiedad en niños de población general. Mide ansiedad de separación, trastorno obsesivo-

compulsivo, pánico, agorafobia, fobia social, ansiedad generalizada y miedo al daño físico. Se califica en una escala de 4 opciones que fluctúan entre 0 para nunca y 3 para siempre (Hernández-Guzmán et al., 2010).

- Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA): autoinforme, escuela y familia. Es un instrumento dirigido a la detección de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta desde los 3 hasta los 18 años. Evalúa: problemas interiorizados como depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, obsesión-compulsión y sintomatología postraumática; problemas exteriorizados como hiperactividad e impulsividad, problemas de atención, agresividad, conducta desafiante, problemas de control de la ira, conducta antisocial; y otros problemas específicos: retraso en el desarrollo, problemas de la conducta alimentaria, problemas de aprendizaje, esquizotipia o consumo de sustancias. También permite detectar áreas de vulnerabilidad así como presencia de recursos psicológicos.

Por último, para obtener información de posibles alteraciones sensoriales (muy relacionadas con el TEA), se aplicó:

- Perfil Sensorial-2 (adolescentes y adultos). El perfil sensorial adolescente / adulto es una medida que ayuda a establecer distintos patrones de procesamiento sensorial y sus efectos sobre el rendimiento funcional, proporcionando una mayor comprensión sobre por qué las personas se involucran en conductas particulares y por qué prefieren ciertos entornos y experiencias.

Los resultados de los tests se resumen a continuación:

Tabla 1*Resumen de la evaluación psicológica*

Prueba	Qué evalúa	Resultados
Inventario de Exploración Clínica	Exploración inicial de la situación actual del paciente.	Alteraciones clínicas significativas. Obsesiones: daño o enfermedad de sus padres, contaminación. Compulsiones: conductas de comprobación (abrir y cerrar ventanas), conductas de lavado (manos y brazos).
WISC-V	Valoración de la inteligencia y aptitudes intelectuales.	ICV: 116 (medio-alto), IVE: 105 (medio), IRF: 109 (medio), IMT: 94 (medio), IVP: 92 (medio), CI TOT: 105 (medio).
NEPSY-II	Atención y función ejecutiva, lenguaje, memoria y aprendizaje, sensoriomotor, percepción social y procesamiento visoespacial.	Atención auditiva: PE = 4 (medio-bajo). Flexibilidad cognitiva: PE = 3 (bajo). Memoria de trabajo: PE = 4 (medio-bajo). Inhibición: PE = 3 (bajo).
Figura Compleja de Rey	Habilidad visoconstructiva, memoria visual, planificación, organización, resolución de problemas y habilidades motoras.	Habilidad visoconstructiva y memoria visual preservadas.
ADOS-2	Escala de observación estandarizada para detectar Trastorno del Espectro Autista.	Afectación Social (AS) = 5. Comportamientos restringidos y repetitivos (CRR) = 2. Total global = 7 → Espectro Autista
ADI-R	Entrevista clínica semiestructurada para detectar Trastorno del Espectro Autista.	Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca = 10. Alteraciones cualitativas de la comunicación = 8. Patrones de conducta restringidos, repetitivos o estereotipados = 5. Alteraciones en el

		desarrollo evidentes a los 36 meses o antes = 1.
CEIC-A	Habilidades sociales.	Dificultades en competencia social. Estrategias básicas o ausencia de estrategias.
Perfil Sensorial-2	Alteraciones de procesamiento sensorial.	Dificultades de procesamiento sensorial. Perfil sensitivo y espectador.
SENA.	Aspectos emocionales y conductuales.	Ansiedad T=70, Obsesión-compulsión T=79, Problemas de atención T=63, Conducta antisocial T=68, T=64, Integración y competencia social T=75.
SCAS	Trastornos de ansiedad en la infancia.	Trastorno obsesivo-compulsivo: PD=10, significativo. Miedo al daño físico: PD = 10, significativo. Ansiedad generalizada: PD=13, significativo.
CY-BOCS-SR	Sintomatología obsesivo-compulsiva.	PD = 23 (moderado), significativo.

Nota. Esta tabla muestra las pruebas aplicadas, que evalúan así como los resultados obtenidos por el paciente.

En primer lugar, se dio prioridad a la intervención en la sintomatología propia del TOC, y, posteriormente, una vez reducidas las obsesiones y compulsiones, nos centramos en profundidad en la sintomatología propia del TEA. Atendiendo a las particularidades individuales del paciente y respaldado por la evidencia de la literatura científica sobre la efectividad de los tratamientos (García Andrés et al.,2007), la opción de tratamiento de preferencia para los síntomas del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) fue una intervención

cognitivo-conductual que combinaba técnicas de exposición con prevención de respuesta y reestructuración cognitiva (RC).

Tabla 2

Análisis funcional del caso

Antecedentes	Organismo	Respuesta Problema	Consecuentes	Consecuencias
Remotos	Esquemas mentales rígidos Dificultades de interacción social Alteraciones sensoriales Alteración en el estado de ánimo	Cognitivo (Obsesiones): -Rumiar -Repasar	Refuerzo negativo Refuerzo de obsesiones y compulsiones	Ansiedad Pérdida de refuerzos sociales Problemas con iguales Problemas familiares Menor rendimiento académico Bajo estado de ánimo Menor autonomía
Actuales Sobrecarga sensorial Dificultades sociales	Ansiedad estado elevada	Fisiológica Tensión muscular Bruxismo Taquicardia Presión en el pecho	Aislamiento	
Internos Pensamientos de tipo obsesivo relacionados con daño y/o enfermedad a su familia y contaminación propia.		Conductual (compulsiones) Comprobar Lavarse Preguntar		
Externos				

Experiencias
sociales
negativas
Requerimientos
académicos
superiores a
sus
capacidades

Nota. Esta tabla muestra la información obtenida tras realizar el análisis funcional del caso.

A continuación, describiré la intervención realizada con C., basada en el programa de intervención establecido tras la evaluación inicial. Esta intervención es necesariamente global y multidisciplinar tanto en los ámbitos individual como familiar.

Como **objetivos generales** se establecieron la psicoeducación, el entrenamiento en el manejo de la ansiedad, la exposición gradual con prevención de respuesta, entrenamiento de las funciones ejecutivas y entrenamiento en habilidades sociales.

- Psicoeducación: Proporcionar información detallada acerca de las características propias del TOC y del TEA para aumentar su comprensión acerca de las causas y mantenimiento, así como de favorecer un mejor manejo de aspectos emocionales y conductuales relacionados con el tratamiento.
- Entrenamiento en manejo de la ansiedad: Dotar de estrategias y habilidades específicas para reducir la sintomatología ansiosa y mejorar su capacidad de afrontamiento.
- Reestructuración cognitiva: Modificar los patrones de pensamiento disfuncionales sustituyéndolos por pensamientos más realistas y adaptativos.

- Exposición gradual con prevención de respuesta: Exponer al niño a la situación que le lleva a realizar la compulsión sin realizar la conducta de neutralización y permanezca en esa situación hasta que desaparezca la ansiedad
- Entrenamiento de las funciones ejecutivas: entrenar funciones ejecutivas específicas para mejorar el funcionamiento diario en diversos aspectos de la vida cotidiana.
- Entrenamiento en habilidades sociales: Mejorar las habilidades sociales para propiciar interacciones de calidad, promoviendo relaciones interpersonales saludables y una mejor adaptación social.
- Fomentar una adecuada autoestima y autoconcepto: Aumentar la percepción positiva de sí mismo, promoviendo una valoración realista y equilibrada de sus habilidades y dificultades.



Como objetivos específicos se plantearon los siguientes, los cuales han sido trabajados durante todas las sesiones de manera estructurada y temporalizada.

- Psicoeducación
 - Explicación de las principales características del TOC y del TEA.
 - Pronóstico y evolución.
 - Estrategias de afrontamiento efectivas tanto a C. como a su familia
 - Fomento de actitud positiva, tolerancia y comprensión ante el diagnóstico.
 - Resolución de dudas.
- Entrenamiento en manejo de la ansiedad
 - Identificación de sintomatología ansiosa. Análisis funcional.
 - Psicoeducación de la ansiedad.

- Técnicas de respiración y relajación.
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
- Manejo del estrés.
- Reestructuración cognitiva
 - Identificar pensamientos intrusivos.
 - Reconocer pensamientos irracionales.
 - Debatir pensamientos irracionales.
 - Establecer pensamientos alternativos racionales.
 - Valorar coste y beneficio de la no realización de las compulsiones.
- Exposición gradual con prevención de respuesta
 - Psicoeducación acerca de esta técnica (C. y padres)
 - Compromiso de realización de las instrucciones y beneficios de la misma
 - Lista de objetos/situaciones problemáticas clasificadas de menor a mayor grado de malestar.
- Entrenamiento de las funciones ejecutivas
 - Atención selectiva, atención dividida, flexibilidad cognitiva, inhibición y memoria de trabajo principalmente.
- Entrenamiento en habilidades sociales
 - Desarrollar habilidades de saludo y despedida.
 - Fomentar la reciprocidad en las interacciones.
 - Entrenamiento en técnicas de asertividad.
 - Aumento de variedad de temas de conversación.
 - Educación en aspectos verbales y no verbales de la comunicación.
 - Identificación, gestión y expresión emocional.

- Comprensión de normas sociales.
- Establecimiento de límites.

Fomentar una adecuada autoestima y autoconcepto

- Identificar y comprender habilidades y puntos fuertes.
- Identificar y comprender las propias limitaciones.
- Reflexión sobre situaciones ya afrontadas de manera exitosa.

A continuación, se describe la estructura y el funcionamiento de las sesiones:

En las sesiones comprendidas entre la 1 y la 5 se realizó la evaluación neuropsicológica, mediante la aplicación de las pruebas así como sesión de devolución de informe, realizando el inicio de la psicoeducación con C. y sus padres. Se consideró fundamental forjar una relación terapéutica sólida con C., garantizando la percepción de aceptación por parte de la terapeuta, lo que además impulsaría su motivación para participar y comprometerse con el tratamiento.

En la sesión 6 se continuó la psicoeducación y entrenamiento a los padres.

Entre las sesiones 7 y 15 realizamos la reestructuración cognitiva, la exposición con prevención de respuesta así como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, técnicas de relajación y respiración. Para asegurar la comprensión de las consignas, se utilizaron en todo momento apoyos visuales como pictogramas y dibujos.

Se realizó reestructuración cognitiva, realizando debates para evaluar la relevancia de sus pensamientos y hacer estimaciones precisas sobre la probabilidad y la gravedad de las consecuencias de no lavarse las manos y no verificar las puertas y ventanas, e examinaron

evidencias a favor y en contra de los pensamientos intrusivos, se realizaron cuestionamientos socráticos y se fomentó un diálogo positivo consigo mismo.

Se realizó un entrenamiento en autoinstrucciones cuyo objetivo fue enseñar a C. a usar un diálogo interno positivo y estructurado para manejar sus obsesiones y compulsiones, fomentando el autocontrol y su capacidad de respuesta. Algunas de las autoinstrucciones practicadas fueron: “he podido manejarlo antes y ahora también podré hacerlo”, “tengo herramientas para superar esta situación”, “en cuanto baje mi ansiedad no necesitaré realizar la compulsión”, “este pensamiento obsesivo no es real, sé que no hay peligro”. Se utilizó apoyo visual mediante un esquema con estas frases y dibujos clave como recordatorio.

Se eligió la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson, dado que presenta gran eficacia para reducir los niveles de ansiedad, también en población adolescente (García Palacios, Botella Arbona, & Baños Rivera, 2007).

En cuanto a técnica de respiración, se trabajó mediante la respiración 4-7-8, mediante la cual el paciente inhala por la nariz durante 4 segundos, retiene la respiración durante 7 segundos y exhala por la boca durante 8 segundos, reduciendo la ansiedad y aumentando el estado de calma (Ramos, 2018).

El entrenamiento en el hogar se realizó durante 1 hora diaria, calificando el grado de malestar entre 0-10 con un apoyo visual diseñado por el propio C. con ayuda de la terapeuta.

Durante toda la intervención se realizaron reforzamientos positivos como elogios verbales, establecimiento de recompensas tangibles y refuerzo social siempre que pueda darse la situación (familiares, amigos).

En las sesiones 16 a 23 se realizó entrenamiento de la atención, de las funciones ejecutivas y de las habilidades sociales, con enfoque especial a la autoestima. A continuación, procedo a describir una sesión estándar a modo de ejemplo, para mostrar de manera más clarificadora la estructura aplicada en cada una de ellas para trabajar estos objetivos. Cada sesión de intervención con C. tiene una duración de 45 minutos, la cual se divide de la siguiente manera:

- De 16h a 16.05h aproximadamente, recibo a C., hablamos de cómo ha ido la última semana, repasamos lo abordado en la sesión anterior y refuerzo positivamente para fomentar una adecuada autoestima.
- De 16.05h a 16.30h aproximadamente realizamos la primera actividad, enfocada a entrenar la atención, la flexibilidad cognitiva, la memoria de trabajo y la impulsividad. Se utilizaron actividades tipo go-nogo, juegos como el Dobble, Jenga, puzles, Rush Hour, UNO, Jungle Speed, Piktureka, Fantasma Blitz, como, además, actividades personalizadas (apéndice 1).
- De 16.30h a 16.40h aproximadamente, entrenamos las habilidades sociales. Se utilizaron historias sociales personalizadas (apéndice 2), juegos cooperativos como Los tres cerditos (Goula), La polilla tramposa o escape rooms.
- De 16.40h a 16.45h actividad libre a elección de C. para reforzar el trabajo realizado en la sesión.

Durante toda la evaluación, se ha dado feedback semanal a los padres tras cada sesión, con el objetivo de informar acerca de los progresos y obtener información sobre la aplicación de las pautas y seguimiento en el hogar.

Resultados

El adolescente mostró una reducción significativa en la frecuencia e intensidad de las compulsiones, tanto en los rituales de lavado como con respecto a las comprobaciones relacionadas con el miedo y/o daño a su familia, que se evaluaron a través de la Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones para Niños (CY-BOCS-SR). Previo a la intervención, C. puntuaba 23, indicando síntomas moderados. Posterior a la intervención, la puntuación descendió a 7, reflejando una mejoría considerable de la sintomatología.

En cuanto a los síntomas del TEA, se observó un incremento en las habilidades de comunicación social (tras reevaluación de las habilidades sociales) y una mayor flexibilidad en las rutinas diarias, así como mejora del funcionamiento ejecutivo general (tras reevaluación de las FE). Este progreso sugiere que la combinación de técnicas específicas para el TOC y adaptaciones para el TEA pueden beneficiar a sintomatología de ambos diagnósticos.

Los resultados del estudio no solo confirman la viabilidad de las técnicas utilizadas, sino que también destacan la importancia de una intervención temprana y continua. La mejora en las habilidades sociales y la capacidad para manejar cambios en la rutina diaria son indicativos de una mayor independencia y calidad de vida, aspectos cruciales para el desarrollo a largo plazo del adolescente. Además, la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos contribuye significativamente a disminuir el malestar y la ansiedad, mejorando el bienestar general del paciente.

Tabla 3

Resultados post-test

Prueba	Qué evalúa	Resultados
NEPSY-II	Atención y función ejecutiva, lenguaje, memoria y aprendizaje, sensoriomotor, percepción social y procesamiento visoespacial.	Atención auditiva: PE = 10 (medio). Flexibilidad cognitiva: PE = 7 (medio-bajo). Memoria de trabajo: PE = 9 (medio). Inhibición: PE = 6 (medio-bajo).
CEIC-A	Habilidades sociales.	Mejora de la competencia social. Estrategias básicas sólidas y con aumento de complejidad de las mismas.
SENA.	Aspectos emocionales y conductuales.	Ansiedad T=40, Obsesión-compulsión T=41, Problemas de atención T=48, Conducta antisocial T=53, Integración y competencia social T=60.
SCAS	Trastornos de ansiedad en la infancia.	Trastorno obsesivo-compulsivo: PD=4, no significativo. Miedo al daño físico: PD = 3, no significativo. Ansiedad generalizada: PD=4, no significativo.
CY-BOCS-SR	Sintomatología obsesivo-compulsiva.	PD = 8 (leve), no significativo.

Nota. Reevaluación tras el tratamiento.

Discusión

El presente estudio de caso ha abordado la intervención psicológica en un adolescente de 13 años con diagnóstico dual de Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). A lo largo de la intervención, se han aplicado técnicas cognitivo-conductuales adaptadas a las necesidades específicas del paciente, combinando estrategias clásicas del tratamiento del TOC con enfoques estructurados y predecibles que son eficaces para individuos con TEA. Los resultados indican una mejora significativa en la

reducción de las compulsiones y obsesiones, así como un avance en las habilidades sociales y una mejor adaptación a cambios en la rutina, lo cual sugiere que la intervención ha sido efectiva.

La literatura actual respalda la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento del TOC, incluso en individuos con TEA (Martin, et al., 2020). En este estudio, la aplicación de técnicas como la exposición con prevención de respuesta (ERP) y la reestructuración cognitiva mostró resultados positivos, en línea con las investigaciones previas que destacan la adaptabilidad de estas técnicas a poblaciones con necesidades especiales (Sánchez Meca, Rosa Alcázar & Olivares Rodríguez, 1999).

Una de las consideraciones más importantes al trabajar con individuos que presentan ambos trastornos es la necesidad de un enfoque personalizado. La exposición con prevención de respuesta, una técnica central en el tratamiento del TOC, se ha adaptado para acomodar la preferencia del paciente por la predictibilidad y la estructura. Por ejemplo, se utilizaron horarios visuales y gráficos que detallaban cada paso de las tareas de exposición, ayudando al adolescente a anticipar y comprender mejor lo que iba a ocurrir, lo que redujo su ansiedad y aumentó su cooperación con el tratamiento.

Además, la integración de estrategias visuales y la estructuración del entorno, ha sido crucial para facilitar la comprensión y la adherencia al tratamiento. En este sentido, las intervenciones basadas en el uso de ayudas visuales no solo ayudaron a reducir las conductas compulsivas, sino que también mejoraron la capacidad del adolescente para seguir instrucciones complejas y participar en actividades diarias con menos resistencia.

Este estudio destaca la importancia de personalizar las intervenciones psicológicas para adolescentes con diagnósticos duales de TEA y TOC. Los resultados obtenidos sugieren,

por un lado, que la personalización de las técnicas de ERP, incorporando apoyos visuales y una mayor estructuración, es fundamental para esta población. Las adaptaciones incluyen el uso de gráficos, horarios visuales y sesiones más cortas y predecibles. La implementación de horarios visuales y gráficos facilitó que el adolescente comprendiera y anticipara los pasos de la exposición, lo que a su vez redujo la ansiedad asociada a la incertidumbre. Estos apoyos visuales no solo ayudaron en el contexto terapéutico, sino que también fueron útiles en el entorno escolar y en casa, promoviendo una mayor consistencia en las rutinas y las expectativas.

Por otro lado, la colaboración con la familia así como con otros profesionales (terapeuta ocupacional, profesorado), ha sido clave para generalizar las habilidades aprendidas en el contexto terapéutico a la vida diaria del adolescente. Esto refuerza la idea de que las intervenciones más efectivas son aquellas que son holísticas y coordinadas. La colaboración con el equipo escolar permitió que las estrategias utilizadas en la terapia se implementaran también en el entorno educativo. Esto no solo mejoró la adaptación del adolescente a la escuela, sino que también proporcionó un entorno coherente y predecible, esencial para su estabilidad emocional y académica. Además, el trabajo con terapeutas ocupacionales ayudó a abordar las dificultades sensoriales y motoras, contribuyendo a una mayor independencia en actividades de la vida diaria.

La plena participación de la familia en el proceso terapéutico ha demostrado ser esencial. Proporcionar a los padres estrategias para manejar los síntomas en el hogar y educarlos sobre las características del TEA y TOC ha facilitado una mayor coherencia y eficacia en el tratamiento. Los padres participaron activamente en las sesiones de formación y apoyo, aprendiendo cómo utilizar técnicas de manejo del comportamiento y estrategias de

comunicación efectiva. Esta participación no solo fortaleció las habilidades del adolescente, sino que también mejoró la dinámica familiar y redujo el estrés parental. La educación y el empoderamiento de la familia son componentes esenciales para el éxito a largo plazo del tratamiento.

La experiencia obtenida de este caso proporciona varias conclusiones útiles para futuras intervenciones. Cada caso de TEA y TOC presenta un conjunto único de desafíos. Las intervenciones deben ser individualizadas, considerando tanto los intereses del paciente como sus fortalezas y debilidades específicas. La individualización del tratamiento permite una mayor efectividad y adherencia al mismo. En este caso, se adaptaron las técnicas tradicionales del TOC para hacerlas más accesibles y comprensibles para el adolescente con TEA. Por ejemplo, la exposición se diseñó para ser gradual y predecible, lo que redujo la resistencia y aumentó la participación activa del paciente.

Además, los profesionales que participen en la intervención deben ser flexibles y pacientes, ajustando las estrategias según la respuesta del paciente y avanzando a un ritmo adecuado para su capacidad de adaptación. La flexibilidad en el enfoque terapéutico es crucial, ya que permite a los terapeutas responder de manera efectiva a las necesidades cambiantes del paciente. En este caso, se realizaron ajustes continuos en el plan de tratamiento en función del progreso y las dificultades observadas, lo que resultó en una intervención más eficaz y centrada en el paciente.

El seguimiento continuo de los progresos y la disposición para ajustar el plan de tratamiento según sea necesario es fundamental. Las evaluaciones permiten medir la eficacia de las intervenciones y realizar cambios oportunos. El uso de evaluaciones periódicas, como la CY-BOCS-SR y SCAS, permitió un seguimiento detallado del progreso del

adolescente. Este enfoque basado en datos garantizó que la intervención se mantuviera relevante y efectiva, permitiendo ajustes basados en evidencia y necesidades emergentes.

Cabe destacar la necesidad de formación continua de los terapeutas en técnicas específicas para TEA y TOC, así como en estrategias de adaptación. Además, aumentar la sensibilización sobre estos trastornos en contextos educativos puede facilitar un entorno más inclusivo y comprensivo para los adolescentes afectados. La formación profesional y la sensibilización son componentes cruciales para mejorar la calidad de las intervenciones. En este caso, los terapeutas se beneficiaron de formación continua y recursos específicos, lo que aumentó su competencia y confianza en el manejo de casos complejos. Además, la sensibilización en el entorno educativo ayudó a crear un ambiente de apoyo y comprensión, esencial para el éxito del tratamiento.

Es probable que el TOC no se detecte correctamente en jóvenes con un diagnóstico de TEA en la práctica clínica habitual, dado que los síntomas del TOC pueden llegar a pasar desapercibidos bajo síntomas propios del TEA, como estereotipias o comportamientos repetitivos y absorbentes (Martin, et al., 2020).

Por otro lado, existe una considerable cantidad de literatura disponible sobre el TOC en población adulta, sin embargo, no existen suficientes estudios en lo que respecta a la infancia y la adolescencia. En muchos casos, la atención se centra en la adaptación de criterios diagnósticos existentes en lugar de realizar investigaciones más profundas y específicas sobre este trastorno en esta etapa.

Este estudio de caso proporciona una base para futuras investigaciones y prácticas clínicas en el tratamiento de adolescentes con diagnóstico comórbido de TEA y TOC. Los hallazgos destacan la necesidad de enfoques personalizados y coordinados que combinen

técnicas cognitivo-conductuales con adaptaciones específicas para el TEA. Además, se destaca la importancia de la intervención temprana, el apoyo familiar y la colaboración multidisciplinaria para maximizar los resultados positivos.

En conclusión, la intervención psicológica en este adolescente con TEA y TOC ha demostrado ser efectiva, destacando la importancia de un enfoque adaptado y completo. Estos hallazgos contribuyen a la literatura existente y proporcionan una base sólida para el desarrollo de futuras estrategias de intervención, subrayando la necesidad de personalización, coordinación multidisciplinaria y apoyo continuo tanto para el paciente como para su familia. La integración de estos elementos no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que también sienta las bases para un desarrollo positivo a largo plazo.

Bibliografía



Alfaro-Sandoval, D. S., Vergara-Drago, C. L., Cortes-Jofre, M., & Ortiz-Muñoz, L. E. (2023).

Terapia cognitivo conductual para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en personas con trastorno del espectro autista (TEA).

<https://doi.org/10.31219/osf.io/8xuzj>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bados, A. (2017). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. Facultat de Psicologia, Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia, Universitat de Barcelona. Recuperado de <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115726/1/TOC.pdf>

- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., ... & Dowling, N. F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*, 67(6), 1-23.
- Consejo General de Psicología de España. (2016). *Evaluación de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-V (WISC-V)*. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2016/WISC-V.pdf>
- Consejo General de Psicología de España. (2016). *Evaluación de la NEPSY-II*. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2016/NEPSYII.pdf>
- De la Iglesia Gutiérrez, M., & Olivar Parra, J.-S. (2012). Revisión de estudios e investigaciones relacionadas con la comorbilidad diagnóstica de los Trastornos del Espectro del Autismo de Alto Funcionamiento (TEA-AF) y los trastornos de ansiedad. *Anales de Psicología* 28(3), 823–833. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.124881>
- Díaz-Aguado, M. J. (Dir.). (1995). *Niños con dificultades socioemocionales. Instrumentos de evaluación*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Sistema de Atención Social a la Infancia, SASI.
- Ecker, C., Bookheimer, S. Y., & Murphy, D. G. M. (2017). Neuroimaging in autism—from basic science to translational research. *Nature Reviews Neurology*, 13(12), 700-712.
- García Marco, E., Hernández Expósito, S., Cairós González, M., & Rodríguez Hernández, P. J. (2011). *Trastorno obsesivo compulsivo en la infancia. Una revisión de la literatura*. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 28(4), 16–26. Recuperado a partir de <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/210>

García Palacios, A., Botella Arbona, C., & Baños Rivera, R. M. (2007). "Eficacia de la relajación muscular progresiva en adolescentes con ansiedad". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(3), 241-250

Gaugler, T., Klei, L., Sanders, S. J., Bodea, C. A., Goldberg, A. P., Lee, A. B., ... & Abrahams, B. S. (2014). Most genetic risk for autism resides with common variation. *Nature Genetics*, 46(8), 881-885.

Gavino, A. (2008). *El trastorno obsesivo-compulsivo: Manual práctico de tratamientos psicológicos*. Editorial: Ediciones Pirámide.

Geschwind, D. H., & State, M. W. (2015). Gene hunting in autism spectrum disorder: on the path to precision medicine. *The Lancet Neurology*, 14(11), 1109-1120.

Godoy, A., Gavino, A., Valderrama, L., Quintero, C., Cobos, M. P., Casado, Y., Sosa, M. D., & Capafons, J. I. (2011). Estructura factorial y fiabilidad de la adaptación española de la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown para niños y adolescentes en su versión de autoinforme (CY-BOCS-SR). *Psicothema*, 23(2), 330-335.

González, A. (2017). Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno del Espectro Autista: ¿coincidencia o comorbilidad?. *Revista de Neurología*, 65(5), 219-225.

Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S. H., González Montesinos, M. J., Martínez-Guerrero, J. I., Aguilar Villalobos, J., & Gallegos Guajardo, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24.

- Hernández, E. (2016). Terapia de Exposición y Prevención de Respuesta en niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista y Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 89-104.
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508-520.
- Martin, A. F., Jassi, A., Cullen, A. E., et al. (2020). *Trastorno obsesivo-compulsivo concurrente y trastorno del espectro autista en jóvenes: prevalencia, características clínicas y resultados*. *Psiquiatría infantil y adolescente europea*, 29, 1603-1611.
<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01478-8>
- Martínez-González, A. E., Piqueras Rodríguez, J. A. & Pineda-Sánchez, D. (2016). Similitudes y diferencias en la sintomatología obsesivo-compulsiva y autista: aportaciones desde la neurociencia. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17(5): 70-82.
- Matson, J. L., & Goldin, R. L. (2013). Comorbidity and autism: trends, topics and future directions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(10).
- Ortiz, A. E., Espelt, C., Rosa, M., Puig, O., Lázaro, L., & Calvo, R. (2019). Identificando compulsiones en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 36(4), 24-40.
- Ramos, L. (2018). "Efectos de la respiración controlada en la ansiedad: Un estudio de caso". *Psicología y Salud*, 24(2), 89-97.
- Rey, A. (1999). *Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas*. Publicaciones de Psicología Aplicada, Serie Menor No. 93. (7ª ed.). Madrid, España: TEA Ediciones S.A.

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63.

Sánchez-Meca, J., Alacid-de-Pascual, I., López-Pina, J. A., & de la Cruz Sánchez-Jiménez, J. (2016). Meta-análisis de generalización de la fiabilidad del inventario de obsesiones de Leyton versión para niños auto-aplicada. *Revista Española de Salud Pública*, 90 (25 de noviembre), e1-e14.

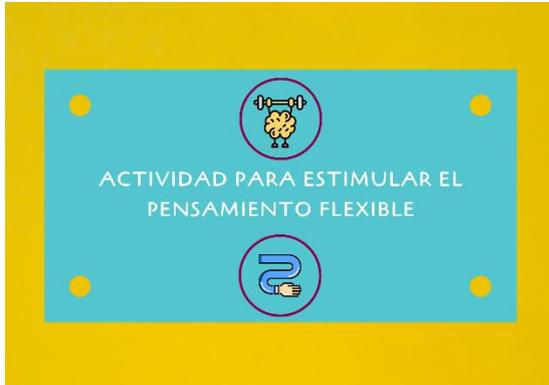
Sánchez Meca, J., Rosa Alcázar, A. I., & Olivares Rodríguez, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: Meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11(3), 641-654.

Sesay, M. M., McCracken, C. E., Stewart, C., Simon, G., Penfold, R., Ahmedani, B., Rossom, R. C., Lu, C. Y., Beck, A., Coleman, K. J., Daida, Y., Lynch, F. L., Zeber, J., Copeland, L., & Owen-Smith, A. (2024). Short report: Transition to International Classification of Diseases, 10th Revision and the prevalence of autism in a cohort of healthcare systems. *Autism*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/13623613231220687>

Subdirección General de Información Sanitaria. *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2*. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021.

APÉNDICES

Apéndice 1. Actividades para estimular el pensamiento flexible y la comprensión de frases hechas.



ACTIVIDAD PARA ESTIMULAR EL PENSAMIENTO FLEXIBLE

SITUACIÓN

Estoy llegando a la parada y el autobús se va en mi cara sin que me dé tiempo a subirme.

¿CÓMO ACTÚA UNA PERSONA CON PENSAMIENTO FLEXIBLE?

¿CÓMO ACTÚA UNA PERSONA CON PENSAMIENTO RÍGIDO?

SITUACIÓN

Empiezo el examen de dibujo y resulta que se me ha olvidado el compás en casa.

¿CÓMO ACTÚA UNA PERSONA CON PENSAMIENTO FLEXIBLE?

¿CÓMO ACTÚA UNA PERSONA CON PENSAMIENTO RÍGIDO?

SITUACIÓN

Acabo de quedar el último en un juego con mis amigos en el patio.

¿CÓMO ACTÚA UNA PERSONA CON PENSAMIENTO FLEXIBLE?

¿CÓMO ACTÚA UNA PERSONA CON PENSAMIENTO RÍGIDO?

FRASES HECHAS
¿LITERAL O FIGURADO?

SENTIDO LITERAL

- Es el significado real de la palabra, tal y como aparece en el diccionario.
- Expresa exactamente lo que se está queriendo decir.

SENTIDO FIGURADO

- Ideas que adquieren un nuevo significado distinto del original jugando con el significado de las palabras.
- Relaciona palabras con ideas que no están relacionadas de habitual.
- Se utiliza una palabra o frase con un significado nuevo.
- Su objetivo es destacar una idea exagerándola o adornándola.

¿QUÉ SIGNIFICA...?

"Tener algo en la punta de la lengua"

Sentido literal:

Sentido figurado:

APÉNDICE 2

Apéndice 2. Historias sociales.

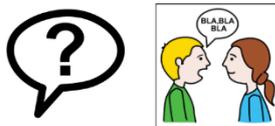
	¿Es una historia real o inventada?	
	¿Es la primera vez que la cuento o no?	
	Debo evitar inventarme historias todos los días. Si no sé que contar, puedo preguntar a mis compañeros sobre algo que les interese.	
	Me esfuerzo en intentar observar si les está interesando mi historia o si les apetece hablar en ese momento.	
	Si algún compañero quiere hablarme de algo que le interesa, escucharé con atención igual que ellos hacen conmigo.	

Historia Social 2.

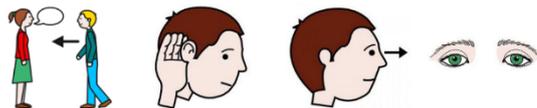
Cuando me encuentre con un amigo/a o conocido/a le saludaré mirándole a los ojos y sonriendo.



Puedo interesarme por como está mi amigo/a o conocido/a preguntándole: ¿Cómo estás? o ¿Qué tal?



Escucho su respuesta mirándole a los ojos mostrando interés.



Si me preguntan como estoy, contestaré de manera breve y resumida. Si después surge, podré contar más detalles si me apetece.

