

Escuela de Posgrado

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD
CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Trabajo de Académico

**Estrategias de la terapia cognitiva conductual en el
tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en
personas con trastorno del espectro autista: una revisión
exploratoria de literatura**

Sandra Diaz Palomino
Katherine Meza Oviedo
Yeisy Isabel Peralta Miranda

Para optar el Título de
Segunda Especialidad Profesional en Psicología Clínica y de la Salud con
Mención en Terapia Cognitiva Conductual

Lima, 2025

Repositorio Institucional Continental

Trabajo Académico



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

ANEXO 6**INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD**
DEL TRABAJO ACADÉMICO

A : Mg. Jaime Sobrados Tapia
Director Académico de la Escuela de Posgrado

DE : **Mg. Jano Ramos Diaz**
Asesor del trabajo académico

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad del trabajo académico

FECHA : 5 de agosto del 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado Asesor del trabajo académico titulado **“ESTRATEGIAS DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: UNA REVISIÓN EXPLORATORIA DE LITERATURA”**, perteneciente a Bach. DIAZ PALOMINO SANDRA, Bach. MEZA OVIEDO KATHERINE, Bach. PERALTA MIRANDA YEISY ISABEL, de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL; se procedió con el análisis del documento mediante la herramienta “Turnitin” y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software, cuyo resultado es **4%** de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados con plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía Sí NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Máximo nº de palabras excluidas: < 40) Sí NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante Sí NO

En consecuencia, se determina que el trabajo académico constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo académico sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Mg. Jano Archie Ramos Díaz

DNI: 45372865

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, DIAZ PALOMINO SANDRA, identificada con Documento Nacional de Identidad N° 71927482, egresada de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "ESTRATEGIAS DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: UNA REVISIÓN EXPLORATORIA DE LITERATURA", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 28 de Agosto de 2025.



DIAZ PALOMINO SANDRA
DNI. N° 71927482



Huella

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, MEZA OVIEDO KATHERINE, identificada con Documento Nacional de Identidad N° 45703488, egresada de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "ESTRATEGIAS DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: UNA REVISIÓN EXPLORATORIA DE LITERATURA", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 28 de Agosto de 2025.



MEZA OVIEDO KATHERINE
DNI. N° 45703488



Huella

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, PERALTA MIRANDA YEISY ISABEL, identificada con Documento Nacional de Identidad N° 70002244, egresada de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "ESTRATEGIAS DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: UNA REVISIÓN EXPLORATORIA DE LITERATURA", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 28 de Agosto de 2025.



PERALTA MIRANDA YEISY ISABEL
DNI. N° 70002244



Huella

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	1%
2	Daniela Sofia Alfaro-Sandoval, Carolina Loreto Vergara- Drago, Marcela Cortes-Jofre, Luis E. Ortiz-Muñoz. "Terapia cognitivo conductual para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en personas con trastorno del espectro autista (TEA)", Open Science Framework, 2023 Publicación	1%
3	Submitted to Universidad Tecnológica Indoamerica Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.uneatlantico.es Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	<1%
6	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%



idoc.pub

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

< 40 words

Excluir bibliografía

Activo

Asesor

Mg. Ramos Diaz Jano Archie

Agradecimiento

A Dios

Por su amor incondicional, por ser nuestra guía y fortaleza en el transcurso de nuestras vidas.

A la Universidad Continental

Por nuestra formación profesional, por los conocimientos otorgados a través de cada maestro que nos acompañó en la especialidad.

A los Autores de investigaciones previas

Por su valiosa contribución al conocimiento científico, cuyo rigor permitió la construcción y análisis de esta revisión de alcance.

A nuestro asesor

Por guiarnos, por compartir sus conocimientos y ayudarnos en la ejecución de la presente investigación.

Índice

Asesor	ii
Agradecimiento	iii
Índice.....	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción.....	viii
Capítulo I: Planteamiento del problema	10
1.1. Contextualización del problema	10
1.1.1. Entorno general	10
1.1.2. Condiciones específicas	12
1.2. Identificación del problema	14
1.2.1. Definición del problema principal	14
1.2.2. Causas del problema	15
1.2.3. Evidencias del problema.....	16
1.3. Formulación del problema.....	17
1.3.1. Problema general.....	17
1.3.2. Problemas específicos.....	17
1.4. Determinación de objetivos.....	18
1.4.1. Objetivo general.....	18
1.4.2. Objetivos específicos	18
1.5. Justificación e importancia del problema identificado	18
Capítulo II: Marco teórico	20
2.1. Antecedentes del problema	20
2.2. Fundamentación Teórica	22
2.2.1. Trastorno del Espectro Autista según el DSM-5	22
2.2.2. Teorías explicativas del TEA.....	25
Capítulo III: Diagnóstico del problema.....	34
3.1. Propósito del diagnóstico	34

3.2. Metodología	34
3.2.1. Tipo de diagnóstico	34
3.2.2. Actores involucrados.....	37
3.2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	38
3.2.4. Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico.....	39
Capítulo IV: Plan de acción	40
4.1. Objetivo del plan de acción.....	40
4.2. Actividades específicas.....	40
4.3. Cronograma	41
4.4. Riesgo y medidas de mitigación	42
4.5. Resultados esperados	43
4.6. Monitoreo y seguimiento.....	45
Conclusiones.....	47
Recomendaciones.....	48
Referencias	49

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como **Objetivo:** Identificar las estrategias de intervención basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) descritas en la literatura científica para el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). **Metodología:** El estudio correspondió a un diseño de revisión exploratoria de literatura (*scoping review*), siguiendo las directrices PRISMA-ScR. Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos académicas reconocidas como PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO y Google Scholar, priorizando artículos publicados entre 2018 y 2024 en inglés y español. Se incluyeron estudios empíricos, revisiones y ensayos que abordaron la aplicación o adaptación de la TCC para el tratamiento del TOC en personas con TEA. **Resultados:** La revisión mostró que las estrategias cognitivo-conductuales más utilizadas incluyeron la exposición con prevención de respuesta, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales, adaptadas mediante el uso de apoyos visuales, lenguaje concreto, participación familiar y mayor estructuración de las sesiones. Asimismo, la evidencia indicó mejoras en la reducción de síntomas obsesivo-compulsivos, aunque la mayoría de estudios presentaron limitaciones metodológicas y tamaños de muestra pequeños. **Conclusiones:** Se concluyó que la TCC resulta una intervención potencialmente eficaz para el tratamiento del TOC en personas con TEA, siempre que se apliquen adaptaciones específicas a las características cognitivas y comunicativas de esta población. No obstante, se evidenció la necesidad de continuar investigando para consolidar protocolos estandarizados y culturalmente pertinentes.

Palabras Clave: Terapia Cognitivo-Conductual, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno del Espectro Autista, revisión exploratoria, adaptación terapéutica.

Abstract

This research aimed to **identify** the intervention strategies based on Cognitive Behavioral Therapy (CBT) described in the scientific literature for the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) in individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD). **Methodology:** The study was designed as a *scoping review* following PRISMA-ScR guidelines. A systematic search was conducted in academic databases such as PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO, and Google Scholar, including studies published between 2018 and 2024 in English and Spanish. Empirical studies, reviews, and trials addressing the use or adaptation of CBT for OCD treatment in individuals with ASD were selected. **Results:** The review found that the most commonly used CBT strategies included exposure and response prevention, cognitive restructuring, and social skills training, adapted through visual supports, concrete language, family participation, and greater session structure. Evidence indicated symptom reduction in OCD; however, most studies presented methodological limitations and small sample sizes. **Conclusions:** It was concluded that CBT is a potentially effective intervention for treating OCD in individuals with ASD when specific adaptations are made to their cognitive and communicative characteristics. Nevertheless, further research is needed to develop standardized and culturally relevant treatment protocols.

Key words: Cognitive Behavioral Therapy, Obsessive-Compulsive Disorder, Autism Spectrum Disorder, scoping review, therapeutic adaptation.

Introducción

En las últimas décadas, el incremento en el diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo ha generado un mayor interés por comprender la interacción entre diversas condiciones clínicas que afectan el funcionamiento adaptativo, emocional y conductual de las personas. Dos de estas condiciones que suelen coexistir con frecuencia son el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). La presencia simultánea de ambos trastornos representa un desafío clínico significativo, ya que sus manifestaciones pueden superponerse, lo cual dificulta su diagnóstico diferencial y genera dificultades en el proceso de intervención por lo que no se cuenta con protocolos actualizados.

En particular, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha demostrado ser una de las intervenciones más eficaces en el tratamiento del TOC en población general. Sin embargo, cuando esta técnica se aplica en personas con TEA, especialmente en adolescentes y adultos, surgen limitaciones relacionadas con las características cognitivas, emocionales y comunicativas propias del espectro autista. Estas limitaciones han generado la necesidad de adaptar los protocolos convencionales de TCC a las necesidades específicas de esta población, pero la evidencia científica sobre dichas adaptaciones es aún incipiente, dispersa y, en muchos casos, poco sistematizada.

Frente a este panorama, el presente trabajo tiene como objetivo general identificar las estrategias de intervención basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) descritas en la literatura científica para el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). La metodología adoptada para este estudio corresponde al diseño de un scoping review, una modalidad de revisión de literatura que permite obtener evidencia sistemática en un periodo breve, esta revisión se enfocará en estudios publicados en bases de datos académicas reconocidas.

Este trabajo está estructurado en capítulos. En el Capítulo I, se expone la identificación del problema, partiendo de un análisis del contexto general hasta delimitar el problema específico que se aborda. En el Capítulo II, se desarrolla el marco teórico, donde se presentan los antecedentes y las teorías que sustentan las estrategias planteadas. En el capítulo III, se fundamenta la metodología que va regir esta revisión y finalmente, en el Capítulo IV se muestra el cronograma y la planificación del desarrollo del trabajo.

Este trabajo aspira a ser un aporte para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas neurodivergentes, y una base para el desarrollo de futuras investigaciones que profundicen en la adecuación terapéutica de enfoques basados en la evidencia.

Capítulo I: Planteamiento del problema

1.1. Contextualización del problema

1.1.1. Entorno general

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) constituye un desafío creciente en salud pública y educación a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (2023) estima que 1 de cada 160 niños presenta TEA, equivalente a 62 por cada 10,000 habitantes, aunque esta cifra podría estar subestimada en contextos con escasa vigilancia epidemiológica. En países como Estados Unidos, donde el monitoreo es más riguroso, se reporta una prevalencia de 1 de cada 36 niños de 8 años, con mayor incidencia en varones (CDC, 2023). Este aumento puede explicarse por una mayor conciencia social, mejora en los sistemas diagnósticos y ampliación de criterios clínicos. En América Latina, y particularmente en Perú, la falta de datos actualizados limita la comprensión real del fenómeno, afectando la planificación de servicios especializados. Esta brecha en la identificación y atención temprana evidencia la urgencia de fortalecer los sistemas intersectoriales para garantizar una respuesta integral basada en evidencia, que promueva el desarrollo y la inclusión de las personas con TEA.

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones que provocan un malestar clínicamente significativo e interfieren de forma notable en la vida cotidiana de quien lo padece. Se estima que afecta aproximadamente al 2–3% de la población mundial a lo largo de la vida, siendo considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las afecciones psiquiátricas más comunes y discapacitantes. Estudios epidemiológicos reportan una prevalencia anual cercana al 1.2% en adultos, con una incidencia ligeramente mayor en mujeres durante la adultez, aunque en la infancia es más frecuente en varones (American Psychiatric Association [APA], 2022). A pesar del impacto funcional y emocional que genera, una proporción considerable de personas con TOC no accede a un diagnóstico ni tratamiento adecuados, lo que contribuye a la cronicidad del cuadro y al deterioro de la calidad de vida.

Aunque el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) pueden parecer diagnósticos clínicos distintos y no relacionados, la evidencia científica actual revela una alta comorbilidad entre ambos. Estudios recientes han estimado que entre el 17 % y el 37 % de las personas con TEA cumplen también con los criterios diagnósticos para TOC, una proporción significativamente mayor que en la población general (Montagut-Asunción et al., 2020). Esta superposición sintomática, particularmente en relación con conductas repetitivas, rigidez cognitiva y rituales, puede dificultar la diferenciación clínica y el diseño de intervenciones terapéuticas eficaces. La concurrencia de ambos trastornos tiende a agravar el pronóstico funcional, emocional y adaptativo de quienes los presentan, lo cual refuerza la necesidad de evaluaciones diagnósticas exhaustivas y planes de tratamiento personalizados. Este panorama evidencia la urgencia de seguir profundizando en la investigación clínica y neuropsicológica de esta comorbilidad, con el fin de optimizar la detección precoz y las estrategias de intervención integrales.

A pesar del reconocimiento creciente de la comorbilidad entre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), así como de la eficacia comprobada de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en el tratamiento de ambos diagnósticos por separado, persiste una notoria escasez de estudios que describan adaptaciones específicas o protocolos sistematizados de esta intervención para personas con TEA. La literatura existente proviene en su mayoría de contextos internacionales y se caracteriza por muestras reducidas y enfoques metodológicos heterogéneos, lo que limita la posibilidad de generalizar sus hallazgos a otras poblaciones (Elliott et al., 2021; Flygare et al., 2020). Esta falta de consistencia metodológica, junto con la baja representatividad de los estudios, dificulta el establecimiento de lineamientos clínicos sólidos y replicables para abordar esta doble condición diagnóstica. Además, el acceso a esta población en contextos de investigación y tratamiento suele verse restringido por barreras en la detección, desafíos comunicativos o dificultades en la vinculación terapéutica, lo cual amplía el vacío existente en la comprensión y desarrollo de estrategias de intervención efectivas

y culturalmente contextualizadas. Este panorama plantea un desafío prioritario para futuras investigaciones, que deberían enfocarse en diseñar, adaptar y validar protocolos específicos de TCC que respondan a las necesidades particulares de personas con TEA y TOC.

En América Latina, se evidencia un marcado déficit de investigaciones sobre la eficacia y adaptación de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para personas con comorbilidad de Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), lo que representa una seria limitación para una práctica clínica verdaderamente basada en evidencia. Según Bustamante Calle y Velarde-Álvarez Pissowotzki (2024), los estudios específicos que aborden intervenciones adaptadas a los perfiles cognitivos y emocionales de esta población son escasos o prácticamente inexistentes en la región. A esto se suma que, a nivel internacional, hasta el 30 % de los ensayos clínicos centrados en el TOC excluyen explícitamente a personas con diagnóstico de TEA, lo que contribuye a su subrepresentación en la literatura empírica y limita la aplicabilidad de los resultados a esta población (Dattas & Urra-Silva, 2021). Esta brecha es especialmente crítica si se considera que entre el 17 % y el 37 % de personas con TEA pueden presentar síntomas clínicamente significativos de TOC (Van Steensel et al., 2011). Ante este panorama, resulta imperativo promover investigaciones en contextos latinoamericanos que desarrollen y validen adaptaciones terapéuticas tanto cultural como clínicamente pertinentes. Solo así se podrá garantizar una atención efectiva, inclusiva y basada en evidencia para un grupo con necesidades complejas que, con frecuencia, permanece desatendido.

1.1.2. Condiciones específicas

En el contexto peruano, la prevalencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA) representa una preocupación creciente, especialmente ante la ausencia de datos epidemiológicos exactos y actualizados. Según el Ministerio de Salud (MINSA), en el año 2020 se certificaron oficialmente 5,328 personas con TEA en el país, lo que correspondería apenas al 2.6 % de la población estimada con esta condición. Esta cifra revela que más del 97 % de las personas con autismo en Perú podrían no contar

con un diagnóstico formal, situación atribuida principalmente a la falta de acceso a servicios de salud especializados y a la escasa disponibilidad de profesionales capacitados (Defensoría del Pueblo, 2023).

La problemática del TEA en el Perú se ve agravada por la carencia de estudios epidemiológicos rigurosos que permitan dimensionar con precisión su prevalencia y características. Baquerizo-Sedano et al. (2023) señalan que esta deficiencia limita seriamente la planificación de políticas públicas basadas en evidencia. No obstante, algunos datos institucionales reflejan un aumento en la demanda de atención. El Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) reportó un incremento significativo en las atenciones por TEA en consulta externa, pasando de 1,228 casos en 2019 a 5,648 en 2023, lo que representó el 39.5 % del total de consultas en ese servicio (Agencia Andina, 2024). Este incremento podría estar relacionado con una mayor sensibilización de la población y del personal de salud frente a los signos del TEA, así como con avances graduales en los procesos diagnósticos. Sin embargo, la falta de un sistema nacional de registro, sumada a la escasez de servicios especializados, continúa obstaculizando la detección temprana y un abordaje terapéutico integral. Esta situación se ve reforzada por la limitada producción científica nacional sobre el tema, lo que evidencia la necesidad urgente de promover investigaciones aplicadas y políticas públicas inclusivas que garanticen una atención oportuna, accesible y de calidad para esta población.

En el contexto peruano, la implementación de estrategias adaptadas de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) continúa siendo incipiente, a pesar de los avances normativos en materia de salud mental (MINSa, 2022). De acuerdo con Bustamante Calle y Velarde-Alvarez Pissowotzki (2024), la TCC adaptada ha mostrado eficacia en la reducción de síntomas obsesivo-compulsivos en adolescentes con TEA de alto funcionamiento. No obstante, aún se evidencian importantes brechas en su aplicación sistemática, particularmente en regiones con acceso limitado a servicios especializados y profesionales capacitados en intervenciones basadas en evidencia. Esta realidad destaca la necesidad urgente de generar investigaciones que orienten

el desarrollo y validación de adaptaciones terapéuticas cultural y clínicamente pertinentes para personas con diagnóstico dual de TEA y TOC en el Perú.

1.2. Identificación del problema

1.2.1. Definición del problema principal

Es relevante mencionar que identificar y brindar el tratamiento de la comorbilidad entre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno Obsesivo - Compulsivo (TOC) desde el enfoque de la Terapia Cognitivo - Conductual (TCC) representa un desafío significativo en la práctica clínica y la investigación psicológica. Aunque se tiene registros que aproximadamente el 17% de los niños y adolescentes con TEA presentan síntomas de TOC (Van Steensel et al., 2011), realizar el proceso adecuado de diferenciación entre conductas repetitivas propias del TEA y las compulsiones del TOC resulta compleja. Las conductas repetitivas en el TEA suelen ser egosintónicas, es decir, percibidas como coherentes con el yo y, a menudo, placenteras, mientras que las compulsiones en el TOC son egodistónicas, experimentadas como intrusivas y generadoras de malestar (Paula-Pérez, 2012). Esta distinción es importante y determinante para evitar diagnósticos erróneos y para diseñar intervenciones terapéuticas efectivas.

La TCC ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del TOC; sin embargo, su aplicación en individuos con TEA requiere adaptaciones específicas debido a las particularidades cognitivas y comunicativas de esta población. La evidencia sobre la efectividad de la TCC adaptada para personas con TEA y TOC comórbido es limitada y, en muchos casos, de baja calidad metodológica. Por ejemplo, una revisión sistemática de Cochrane encontró que, aunque la TCC puede ser beneficiosa para esta población, la certeza de la evidencia es baja debido al escaso número de estudios y a las limitaciones en su diseño (Weston et al., 2021). Además, las intervenciones exitosas suelen incluir componentes adicionales, como la participación activa de los padres, el uso de apoyos visuales y la adaptación del lenguaje terapéutico (Álvarez, 2020).

La falta de investigaciones recientes y específicas sobre la eficacia de la TCC en el tratamiento de la comorbilidad TEA - TOC limita la capacidad de los profesionales para implementar intervenciones basadas en la evidencia. Es necesario desarrollar estudios con diseños metodológicos rigurosos que evalúen la efectividad de la TCC adaptada en esta población, considerando las particularidades del TEA y las manifestaciones del TOC. Asimismo, es fundamental establecer protocolos de intervención estandarizados que puedan ser replicados y evaluados en diferentes contextos clínicos. Abordar esta brecha en la literatura contribuirá a mejorar la calidad de vida de las personas con TEA y TOC comórbido y a optimizar los recursos terapéuticos disponibles.

1.2.2. Causas del problema

1. Diagnóstico diferencial complejo

El diagnóstico diferencial entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y el Trastorno del Espectro Autista (TEA) constituye un desafío clínico significativo debido a la superposición sintomática entre ambos trastornos. En particular, las compulsiones características del TOC pueden confundirse con los patrones repetitivos y conductas restrictivas propias del TEA. Sin embargo, una distinción crucial radica en el carácter egosintónico de las conductas repetitivas en el TEA que suelen ser percibidas como coherentes con el yo y no generan malestar, frente al carácter egodistónico de las obsesiones y compulsiones en el TOC, que son experimentadas como intrusivas y causan un notable sufrimiento subjetivo (Camacho et al., 2020). La falta de criterios clínicos claramente diferenciados entre ambas condiciones puede conducir a errores diagnósticos o al subregistro del TOC en personas con TEA, lo que retrasa el inicio de una intervención terapéutica oportuna y adecuada.

2. Limitaciones terapéuticas

En el abordaje terapéutico, la TCC tradicional demanda ciertas habilidades cognitivas como el insight, el razonamiento abstracto y la identificación de patrones de pensamiento, capacidades que pueden estar disminuidas o presentar particularidades en algunas personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) (Flygare et al., 2020). Debido a ello, la TCC en su formato estándar puede resultar menos eficaz si no se

adapta a las características cognitivas, comunicativas y sensoriales propias de esta población. Las adaptaciones recomendadas incluyen el uso de apoyos visuales, una mayor estructuración en la presentación de contenidos, el lenguaje terapéutico concreto y el entrenamiento explícito en habilidades sociales (Spain et al., 2015). Estas modificaciones permiten una mejor comprensión y adherencia al tratamiento, favoreciendo resultados clínicos más positivos en personas con TEA y síntomas obsesivo-compulsivos.

3. Escasez de investigación local

En América Latina persiste una notoria escasez de estudios sobre la comorbilidad entre TOC y TEA. La mayoría de investigaciones provienen de contextos internacionales, lo que limita su aplicabilidad en sistemas de salud con características y realidades socioculturales distintas (Vargas & Villar, 2019). Esta falta de evidencia local dificulta el desarrollo de guías clínicas contextualizadas y contribuye a la brecha en la atención en salud mental en la región.

4. Dificultad de acceso a recursos y estigma con el diagnóstico

La limitada disponibilidad de recursos y el estigma persistente en torno a los trastornos mentales dificultan el acceso oportuno a servicios especializados. En muchos países latinoamericanos, los presupuestos destinados a salud mental son reducidos y existe escasez de profesionales capacitados, lo que limita la implementación de intervenciones eficaces (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). Asimismo, el estigma social vinculado al TEA y al TOC retrasa la búsqueda de ayuda y disminuye la adherencia al tratamiento, contribuyendo al agravamiento de los síntomas y al deterioro funcional (Bell & Cox, 2021).

1.2.3. Evidencias del problema

En términos epidemiológicos, la prevalencia global del Trastorno del Espectro Autista (TEA) se estima entre el 0.5% y el 1%, mientras que la del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) oscila entre el 1% y el 3%, lo que indica que millones de personas podrían estar enfrentando esta comorbilidad (Fombonne, 2009; Ruscio et al., 2010).

Estudios clínicos han reportado que hasta un 37% de los jóvenes con TEA presentan síntomas obsesivo-compulsivos clínicamente significativos (Van Steensel et al., 2011), lo que evidencia una carga coexistente considerable. Sin embargo, la cobertura terapéutica sigue siendo limitada: la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) señala que más del 80% de las personas con trastornos mentales graves en América Latina no acceden a tratamiento, y que solo el 43% de los casos de TOC recibe atención psicológica o psiquiátrica adecuada. Esto pone en evidencia la dificultad para sistematizar información clínica y diseñar intervenciones eficaces dirigidas a la comorbilidad TEA-TOC.

A pesar de estas limitaciones, algunos ensayos clínicos recientes han mostrado resultados prometedores. Por ejemplo, un estudio aleatorizado controlado desarrollado por Russell et al. (2013) evidenció que tanto la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como una intervención alternativa de manejo de ansiedad redujeron significativamente los síntomas obsesivo-compulsivos en adolescentes y adultos con TEA. No obstante, una revisión sistemática de Cochrane destacó que estos resultados provienen de estudios con muestras pequeñas y evidencia de baja certeza (Flygare et al., 2020). En conjunto, estos hallazgos subrayan la urgencia de diseñar y validar estrategias de TCC adaptadas a las características cognitivas, comunicacionales y contextuales de adolescentes y adultos con TEA, a fin de garantizar intervenciones más eficaces y culturalmente pertinentes.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Qué estrategias de intervención basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) han sido descritas en la literatura científica para el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA)?

1.3.2. Problemas específicos

¿Qué características presentan las estrategias cognitivo-conductuales utilizadas en personas con diagnóstico dual de TOC y TEA?

¿Qué adaptaciones terapéuticas se aplican en la TCC para atender las particularidades cognitivas y sociales de personas con TEA que presentan TOC?
¿Qué evidencias científicas existen respecto a la efectividad de estas estrategias de TCC en la reducción de síntomas obsesivo-compulsivos en personas con TEA?
¿Qué limitaciones y desafíos se han identificado en la aplicación de la TCC en esta población?

1.4. Determinación de objetivos

1.4.1. Objetivo general

Identificar las estrategias de intervención basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) descritas en la literatura científica para el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

1.4.2. Objetivos específicos

Describir las principales características de las estrategias cognitivo-conductuales utilizadas en el tratamiento del TOC en personas con TEA.

Identificar las adaptaciones metodológicas realizadas a la TCC para ajustarse a las necesidades cognitivas y comunicativas de personas con TEA.

Analizar la evidencia científica disponible sobre la efectividad de las estrategias TCC en personas con diagnóstico dual de TOC y TEA.

Examinar las barreras y limitaciones identificadas en la aplicación de la TCC en personas con TEA y TOC, según la literatura científica.

1.5. Justificación e importancia del problema identificado

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y el Trastorno del Espectro Autista (TEA) son condiciones neuropsiquiátricas complejas que pueden coexistir en un mismo individuo, representando un desafío clínico significativo para los profesionales de la salud mental. Esta comorbilidad no solo es frecuente, sino que también se asocia con una mayor severidad sintomática, una calidad de vida más deteriorada y una mayor complejidad en la búsqueda de tratamientos eficaces (Montagut-Asunción et al., 2020).

Si bien la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es el abordaje con mayor respaldo empírico para el tratamiento del TOC en población general, su aplicación en personas con diagnóstico dual de TOC y TEA plantea importantes interrogantes respecto a su adaptación, efectividad y viabilidad terapéutica.

La presente investigación se justifica en la necesidad de sistematizar el conocimiento disponible sobre las estrategias de intervención basadas en la TCC para esta población, así como de identificar las adaptaciones metodológicas requeridas para responder a las características cognitivas, comunicativas y sociales propias del espectro autista. Esta revisión resulta especialmente pertinente considerando que las personas con TEA suelen presentar estilos cognitivos rígidos, pensamiento concreto, dificultades en la teoría de la mente y patrones de comunicación atípicos, factores que pueden interferir con componentes centrales de la TCC como la reestructuración cognitiva o la exposición con prevención de respuesta (Alfaro-Sandoval et al., 2023).

Además, la identificación de evidencia empírica sobre la efectividad de estas estrategias contribuirá a optimizar la práctica clínica, guiando a los profesionales en la selección de intervenciones basadas en evidencia y mejorando los resultados terapéuticos. Asimismo, esta revisión permitirá identificar vacíos en la literatura que orienten futuras investigaciones, desarrollo metodológico y formación especializada. Al visibilizar las particularidades del abordaje terapéutico en personas con diagnóstico dual de TOC y TEA, se promueve una atención más personalizada, inclusiva y respetuosa de la diversidad neurocognitiva, con impacto positivo en su calidad de vida.

Capítulo II: Marco teórico

2.1. Antecedentes del problema

La evidencia en torno a la prevalencia del diagnóstico conjunto de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y Trastorno del Espectro Autista (TEA) es aún reducida. Por ejemplo, Martin et al. (2020) analizaron la frecuencia de comorbilidad en una muestra de 7,922 individuos, de los cuales 335 fueron identificados con ambos diagnósticos. Entre los 6,912 participantes con TEA, 335 también presentaban TOC; de forma similar, dentro del grupo de 1,345 jóvenes diagnosticados con TOC, 335 también fueron diagnosticados con TEA. Estos datos ilustran la presencia significativa de casos con diagnóstico dual, aunque los estudios poblacionales siguen siendo limitados en número y alcance, lo que dificulta una caracterización epidemiológica más precisa y resalta la necesidad de investigaciones que aborden la magnitud real de esta comorbilidad en diferentes contextos y grupos etarios.

Por otro lado, la literatura sobre la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en el abordaje de la comorbilidad entre TEA y TOC es heterogénea y sigue siendo motivo de debate. Por ejemplo, Alfaro-Sandoval et al. (2023) reportaron en un ensayo clínico aleatorizado que la adaptación de la TCC en personas con TEA generó mejoras significativas en síntomas de ansiedad y depresión, evidenciando el valor de los ajustes terapéuticos. De forma similar, Kose et al. (2018) identificaron en su revisión resultados positivos en la implementación de intervenciones basadas en TCC adaptada, resaltando la importancia de considerar características específicas de la población. Neil y Sturmey (2014), mediante una revisión sistemática, encontraron evidencia empírica que apoya el uso de versiones adaptadas de TCC, mostrando reducciones significativas en síntomas obsesivo-compulsivos. Russell et al. (2013), en un ensayo clínico aleatorizado, evidenciaron una reducción superior al 25 % en las puntuaciones de gravedad del TOC según la escala Yale-Brown (Y-BOCS). Por su parte, Iniesta-Sepúlveda et al. (2018) evaluaron un protocolo intensivo y personalizado de TCC en casos con TEA y TOC severo, logrando que el 78 % de los participantes presentara una respuesta positiva al tratamiento. Asimismo, Wolters et al. (2016)

exploraron la efectividad de la TCC en TOC severo con síntomas autistas, observando que el 66 % alcanzó respuesta al tratamiento con una reducción igual o superior al 35 % en los síntomas. Estos hallazgos en conjunto sugieren un respaldo empírico creciente para la eficacia de intervenciones TCC adaptadas, aunque también ponen en evidencia la diversidad de metodologías y resultados, lo que limita la posibilidad de generalizar conclusiones robustas.

En relación con las adaptaciones específicas de la TCC para personas con diagnóstico dual de TEA y TOC, la evidencia sugiere estrategias concretas orientadas a maximizar la efectividad clínica. Krebs et al. (2016) describieron un estudio de caso con un adolescente con TOC y TEA severo donde aplicaron una versión adaptada de la TCC que incorporó psicoeducación ampliada sobre la ansiedad, sesiones realizadas en el entorno familiar y escolar, e implicación activa de cuidadores. Los resultados mostraron una reducción relevante en los síntomas. De forma complementaria, Bedford et al. (2020) identificaron en su revisión la frecuente aparición conjunta de TOC y TEA, subrayando el uso de programas de TCC ajustados a esta población con resultados alentadores. Neil et al. (2017) presentaron un estudio de caso experimental donde implementaron TCC adaptada que combinó psicoeducación, desarrollo de habilidades cognitivo-conductuales, exposición con prevención de respuesta y análisis funcional de la conducta, reflejando una disminución clínicamente relevante en los síntomas del TOC. Estas investigaciones resaltan la necesidad de adaptaciones metodológicas cuidadosas que atiendan las particularidades cognitivas, comunicativas y contextuales de las personas con TEA, pero también señalan la escasez de estudios controlados y con muestras amplias que permitan establecer protocolos estandarizados.

Pese a estos avances, se identifican vacíos importantes en la literatura científica. En particular, la heterogeneidad de diseños, las limitaciones metodológicas y la escasez de estudios longitudinales o multicéntricos dificultan extraer conclusiones sólidas sobre la eficacia y sostenibilidad de las estrategias TCC adaptadas en esta población. Además, persisten desafíos prácticos como la formación de terapeutas en

adaptaciones específicas, la accesibilidad a servicios especializados y la necesidad de mayor involucramiento familiar y educativo en las intervenciones.

En vista de estas limitaciones, resulta necesario identificar y sistematizar las estrategias de intervención basadas en Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) descritas en la literatura científica para el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este trabajo tiene como propósito describir las principales características de dichas estrategias, analizar las adaptaciones metodológicas realizadas para ajustarlas a las necesidades cognitivas y comunicativas de esta población, examinar la evidencia empírica sobre su efectividad y explorar las dificultades o barreras reportadas en su implementación clínica, con el fin de aportar un panorama integral que oriente la práctica profesional y fomente nuevas líneas de investigación.

2.2. Fundamentación Teórica

2.2.1. Trastorno del Espectro Autista según el DSM-5

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por la presencia de dificultades persistentes en la comunicación e interacción social, así como por patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos. Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), estos rasgos nucleares se expresan a través de dificultades para entablar reciprocidad socioemocional, limitaciones en el uso de la comunicación no verbal y problemas para establecer, mantener y comprender relaciones sociales. Además, se observan conductas estereotipadas o repetitivas, adhesión inflexible a rutinas, intereses muy restringidos o inusuales, y respuestas atípicas a estímulos sensoriales. Estas manifestaciones deben estar presentes desde las primeras etapas del desarrollo y provocar un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico u ocupacional, sin explicarse mejor por discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo. El DSM-5 incorpora, además, un sistema de clasificación en tres niveles de severidad que especifica la cantidad de apoyo que la persona requiere para

manejar las dificultades en la comunicación social y los comportamientos repetitivos, lo que resulta esencial para planificar intervenciones ajustadas a la gravedad del cuadro clínico.

Desde un enfoque clínico, esta definición diagnóstica resulta fundamental para comprender la heterogeneidad del espectro y orientar la planificación terapéutica. La propuesta del DSM-5 se diferencia de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la cual define el autismo infantil (F84.0) como un trastorno generalizado del desarrollo con inicio antes de los tres años, marcado por alteraciones en la interacción social, la comunicación y patrones de comportamiento restringidos y estereotipados (OMS, 1992). Sin embargo, la CIE-10 ofrece criterios menos específicos y no contempla niveles de severidad, limitando la capacidad de personalizar las intervenciones terapéuticas. Esta limitación se vuelve relevante al considerar la alta variabilidad clínica entre las personas diagnosticadas con TEA, lo que exige una evaluación detallada para adaptar los abordajes psicoterapéuticos, particularmente cuando coexisten otros trastornos como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

El TOC es una comorbilidad frecuente en el TEA, caracterizada por obsesiones y compulsiones que generan un malestar significativo y afectan el funcionamiento adaptativo (American Psychiatric Association, 2013). La coexistencia de TEA y TOC plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos, ya que las conductas repetitivas y la rigidez cognitiva propias del espectro pueden confundirse o solaparse con los síntomas obsesivo-compulsivos. Diferenciar ambas dimensiones exige un análisis clínico detallado que considere el contexto evolutivo, la intencionalidad de las conductas y su impacto funcional. En este sentido, la definición del DSM-5 resulta especialmente útil al distinguir los comportamientos repetitivos del TEA de las compulsiones del TOC, dado que en el TEA suelen tener una función reguladora o de interés circunscrito, mientras que en el TOC están dirigidas a neutralizar la ansiedad generada por obsesiones intrusivas.

Desde la perspectiva de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), el abordaje de estas comorbilidades requiere adaptaciones que consideren las particularidades del TEA. La

evidencia empírica sugiere que la TCC es eficaz para reducir los síntomas obsesivo-compulsivos en la población general; sin embargo, en personas con TEA, se han identificado limitaciones relacionadas con dificultades en la comprensión abstracta, rigidez cognitiva, diferencias en el procesamiento social y resistencia al cambio (Wood et al., 2009; Storch et al., 2015). Estas características exigen estrategias de intervención flexibles, estructuradas y visualmente apoyadas, que permitan trabajar la identificación de pensamientos disfuncionales y la exposición con prevención de respuesta de manera comprensible y adaptada al nivel de desarrollo y de funcionamiento de la persona.

Asimismo, los niveles de severidad del TEA descritos en el DSM-5 proporcionan una guía para personalizar los objetivos terapéuticos. Por ejemplo, en niveles que requieren apoyo muy sustancial, el énfasis puede ponerse en la regulación emocional, la tolerancia a la ansiedad y la estructuración ambiental, más que en la reestructuración cognitiva tradicional. En casos de menor severidad, pueden trabajarse habilidades metacognitivas y estrategias más sofisticadas de manejo de obsesiones y compulsiones. Este enfoque dimensional resulta esencial para optimizar la efectividad de las intervenciones y para respetar la diversidad de necesidades dentro del espectro.

Por estas razones, esta investigación adopta la definición diagnóstica del DSM-5 como marco conceptual central, dado que ofrece criterios más detallados, clínicamente útiles y coherentes con la planificación de intervenciones adaptadas a los distintos niveles de gravedad del TEA. Esta elección permite abordar de manera crítica y fundamentada los desafíos que implica la comorbilidad entre el TEA y el TOC, y sustenta la necesidad de diseñar estrategias cognitivo-conductuales que sean no solo basadas en la evidencia, sino también sensibles a las particularidades neurodivergentes de las personas.

2.2.2. Teorías explicativas del TEA

Las principales teorías sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) han buscado explicar sus características nucleares desde distintas perspectivas. La Teoría de la Mente (ToM), propuesta por Baron-Cohen et al. (1985), sostiene que las personas con TEA presentan dificultades para atribuir estados mentales a otros, lo que afecta su comunicación e interacción social. Estudios y metaanálisis han confirmado un rendimiento inferior en tareas de ToM por parte de esta población, especialmente en contextos sociales complejos (Gao et al., 2023; Yirmiya et al., 1998). Sin embargo, se reconoce que el desempeño depende de variables como el lenguaje y la memoria de trabajo, por lo que se recomienda considerar esta teoría como parte de un enfoque más amplio.

Por su parte, la Teoría de la Coherencia Central Débil plantea que las personas con TEA tienden a enfocarse en detalles locales, con dificultades para integrar información global, lo que influye en su interpretación del entorno (Frith, 1989, 1992). Si bien esta teoría ha sido respaldada empíricamente (Gambra et al., 2024; Van der Hallen et al., 2015), su aplicabilidad es mayor como modelo de intervención cognitiva que como explicación integral del TEA. De manera complementaria, la Teoría de las Funciones Ejecutivas propone que síntomas como la rigidez o los comportamientos repetitivos se relacionan con déficits en funciones como la planificación o la flexibilidad cognitiva (Ozonoff et al., 1991; Demetriou et al., 2018, 2019). Esta teoría es útil para guiar intervenciones desde enfoques como la Terapia Cognitivo-Conductual, aunque no abarca todas las dimensiones del trastorno.

Finalmente, las teorías neurobiológicas y genéticas explican el TEA como una alteración en el desarrollo y conectividad cerebral, con implicancias en regiones frontales y sinapsis corticales (Acosta et al., 2016; Martínez-Morga et al., 2019). La carga genética poligénica y las mutaciones en genes sinápticos respaldan esta visión, que ofrece una base etiológica sólida pero limitada en cuanto a estrategias terapéuticas directas (Arberas & Ruggieri, 2013). En conjunto, estos modelos deben

ser integrados para una comprensión más comprensiva del TEA, reconociendo su complejidad clínica y variabilidad individual.

Trastorno Obsesivo Compulsivo

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas, las cuales generan un nivel significativo de angustia emocional y afectan de forma importante la funcionalidad del individuo. Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5), estas obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes e intrusivos que provocan ansiedad, mientras que las compulsiones consisten en conductas o actos mentales repetitivos que se realizan con el fin de neutralizar dicha angustia. Estas manifestaciones pueden llegar a consumir más de una hora diaria o interferir notablemente en la vida social, ocupacional o personal del individuo (American Psychiatric Association, 2018). Además, el diagnóstico requiere descartar que los síntomas se deban al uso de sustancias, a condiciones médicas u otros trastornos psicológicos, y especificar el grado de conciencia del paciente respecto a la irracionalidad de sus pensamientos.

Por otro lado, el *Clasificador Internacional de Enfermedades* (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud (1992), define al TOC (código F42) por la presencia persistente de obsesiones y/o compulsiones durante al menos dos semanas, reconociéndose como fenómenos propios, pero no deseados. Estas ideas o actos son reiterativos, generan malestar y son, al menos en parte, resistidos por el paciente, aunque con dificultad. Además, no son experimentados como placenteros, salvo por el alivio temporal de la tensión. El CIE-10 también exige que estos síntomas interfieran en el funcionamiento del paciente y no se expliquen mejor por otros trastornos mentales, como esquizofrenia o trastornos del estado de ánimo.

En conjunto, tanto el DSM-5 como el CIE-10 coinciden en caracterizar al TOC como un trastorno de base ansiosa, en el que se establece un ciclo disfuncional entre pensamientos obsesivos y conductas compulsivas. Este ciclo afecta múltiples áreas del funcionamiento del individuo, incluyendo la esfera personal, social, académica y

ocupacional. A nivel clínico, el TOC puede involucrar alteraciones cognitivas, comportamentales y fisiológicas, como sudoración o fatiga muscular, generando un impacto considerable en la calidad de vida (Salazar-Castillo, Riofrio-Peña, Solórzano-Bernita & Mercado-González, 2023). Por ello, su abordaje requiere un enfoque integral desde modelos psicoterapéuticos basados en la evidencia, como la Terapia Cognitivo-Conductual.

Teorías explicativas del TOC

El Modelo cognitivo-conductual, sostiene que las obsesiones surgen de la interpretación disfuncional de pensamientos intrusivos universales. Según Salkovskis (1999), las personas vulnerables al TOC interpretan erróneamente las obsesiones como muy significativas o peligrosas, atribuyéndose una “responsabilidad inflada” sobre el daño potencial. Por ejemplo, pueden creer que no evitar un pensamiento contaminante equivale a contaminar realmente, o que no anular un pensamiento violento causará daño a otros. Estas interpretaciones catastróficas incrementan la ansiedad y conducen a comportamientos de *neutralización* (rituales o compulsiones) para reducir la ansiedad asociada. Este ciclo mantiene el trastorno: las compulsiones alivian temporalmente la angustia, reforzando la creencia de que son necesarias. En resumen, el modelo cognitivo afirma que las obsesiones y compulsiones se mantienen por creencias disfuncionales (p. ej., necesidad de control de pensamientos, intolerancia a la incertidumbre, perfeccionismo moral) y estrategias evitativas (Abramowitz et al., 2014). La terapia basada en este modelo (terapia cognitivo-conductual) emplea técnicas de reestructuración cognitiva y exposición con prevención de respuesta para modificar estas creencias y romper el ciclo obsesivo.

A su vez, la Teoría neurobiológica entiende el TOC como una alteración en la estructura y funcionalidad de circuitos cerebrales específicos, lo que ofrece una explicación fisiopatológica de sus síntomas nucleares. Numerosos estudios genéticos y de neuroimagen respaldan esta postura, al señalar disfunciones en los circuitos córtico-estriado-tálamo-corticales (CSTC), donde se observa hiperactividad y anomalías de conectividad entre la corteza orbitofrontal, el cíngulo anterior, el núcleo

caudado y el tálamo (Pauls et al., 2014). Estas áreas están implicadas en el control inhibitorio, la evaluación de errores y la toma de decisiones, funciones que se encuentran alteradas en los pacientes con TOC. A nivel neuroquímico, además de la reconocida implicación de la serotonina (evidenciada por la eficacia de los ISRS), se ha identificado la participación de los sistemas dopaminérgico y glutamatérgico. Goodman et al. (2021) señalan que variantes genéticas en estas vías neuroquímicas contribuyen a la vulnerabilidad del circuito CSTC. Adicionalmente, factores ambientales como el estrés perinatal o experiencias traumáticas podrían actuar como desencadenantes al activar estos circuitos disfuncionales. En suma, el modelo neurobiológico postula que el TOC surge de una interacción entre predisposición genética, alteraciones sinápticas y desequilibrio funcional en circuitos fronto-subcorticales, lo que explica la naturaleza persistente e intrusiva de las obsesiones y compulsiones (Geados et al., 2023).

Los Factores de vulnerabilidad psicológica desde lo psicológico, se identifican rasgos y procesos que predisponen al TOC. Estudios recientes señalan que rasgos de personalidad como el neuroticismo y el perfeccionismo contribuyen al desarrollo de síntomas obsesivo-compulsivos. En un modelo transdiagnóstico (Kaçar-Başaran y Arkar, 2023), el neuroticismo (tendencia a la ansiedad) y el perfeccionismo predicen mayor sintomatología obsesiva, mediada especialmente por la intolerancia a la incertidumbre (IOU): es decir, las personas perfeccionistas y ansiosas tienen más problemas para tolerar situaciones ambiguas, lo que se asocia con obsesiones compulsivas. Este hallazgo implica que ciertos sesgos cognitivos juegan un rol de vulnerabilidad: por ejemplo, la sobregeneralización de la responsabilidad personal (creer que uno debe asegurar la seguridad de todo) o la fusión pensamiento-acción (confundir pensar en algo con hacerlo) pueden reforzar la vulnerabilidad obsesiva. Aunque la evidencia empírica es mixta, otros factores sugeridos incluyen sensibilidad incrementada a la ansiedad, trauma infantil y estilos de afrontamiento ansiosos. En conjunto, estos modelos psicológicos enfatizan que el TOC surge no solo por la simple presencia de obsesiones, sino por la interacción de predisposiciones cognitivas (creencias disfuncionales, estilo perfeccionista) y emocionales que configuran la

interpretación amenazante de los pensamientos intrusivos (Salkovskis, 1999), por lo que este enfoque transdiagnóstico ofrece una base válida para analizar cómo ciertas características personales potencian el desarrollo del TOC y, por tanto, aporta elementos relevantes para la intervención desde la TCC, siempre que se ajusten a las particularidades del desarrollo.

En síntesis, el marco teórico del TEA y el TOC integra múltiples teorías complementarias: en el TEA se destacan déficits en teoría de la mente, coherencia central débil, y alteraciones ejecutivas sostenidas por bases neuro-genéticas; en el TOC, coexisten explicaciones cognitivo-conductuales (interpretación de obsesiones), hallazgos neurobiológicos de circuito subcortical, y factores de personalidad/cognitivos que favorecen la aparición de obsesiones. Estas perspectivas, respaldadas por revisiones sistemáticas y metaanálisis recientes (Demetriou et al., 2018; Gao et al., 2023), proporcionan un fundamento sólido para entender los mecanismos subyacentes de ambos trastornos y orientar las intervenciones terapéuticas basadas en TCC.

Teorías e hipótesis explicativas de la comorbilidad TEA–TOC

La coexistencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno Obsesivo - Compulsivo (TOC) ha sido ampliamente documentada en la literatura científica, lo que ha impulsado el desarrollo de distintas teorías explicativas que buscan comprender esta compleja relación. A continuación, se presentan tres de las hipótesis más relevantes en estudios recientes publicados entre 2018 y 2024. Una postura teórica relevante en la comprensión del TEA y el TOC plantea que ambos comparten alteraciones en circuitos neurobiológicos comunes, especialmente en los circuitos fronto-estriatales, los cuales participan en funciones como el control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva y la regulación emocional. Esta coincidencia estructural podría explicar la aparición de conductas repetitivas, rigidez cognitiva y dificultades para tolerar la incertidumbre, características compartidas entre ambos trastornos. En esta línea, O’Loghlen et al. (2024) identifican la intolerancia a la incertidumbre como un mecanismo transdiagnóstico que contribuye tanto a las compulsiones del TOC como

a la necesidad de rutinas y previsibilidad en personas con TEA. Además, investigaciones neuropsicológicas han demostrado que ambos grupos presentan déficits similares en funciones ejecutivas, como la planificación, la toma de decisiones y la capacidad para alternar entre tareas, lo que sugiere una base neurocognitiva común (Zaboski & Storch, 2018). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de enfoques diagnósticos e intervenciones terapéuticas que consideren las intersecciones sintomáticas y neurobiológicas entre el TEA y el TOC, en lugar de tratarlos como entidades completamente independientes.

Desde la perspectiva de los Modelos de solapamiento diagnóstico, según una perspectiva dimensional y clínica, parte de la aparente comorbilidad entre el TEA y el TOC podría explicarse por la superposición conductual de ciertos síntomas, más que por la presencia real de dos trastornos independientes. Específicamente, comportamientos característicos del TEA, como la necesidad de rutinas inflexibles, la adhesión a rituales o los intereses intensamente restringidos, pueden ser confundidos con compulsiones propias del TOC. Esta distinción resulta especialmente difícil en personas con TEA de alto funcionamiento o sin discapacidad intelectual, donde la presentación clínica puede ser más sutil o atípica (Bedford et al., 2020). La consecuencia de esta confusión diagnóstica es significativa: individuos podrían recibir un diagnóstico adicional de TOC sin cumplir plenamente los criterios nucleares del trastorno, como la presencia de obsesiones egodistónicas. Esto no solo compromete la precisión del diagnóstico, sino que también puede llevar a intervenciones terapéuticas inadecuadas o poco efectivas si no se realiza una evaluación clínica diferenciada. En este sentido, es fundamental desarrollar herramientas diagnósticas sensibles y específicas que permitan distinguir adecuadamente entre fenómenos similares en su forma, pero distintos en su origen y función psicológica.

Teorías explicativas del TEA Y TOC según la Terapia Cognitivo - Conductual (TCC)

Desde el enfoque de la Terapia Cognitivo - Conductual (TCC), tanto el Trastorno del Espectro Autista (TEA) como el Trastorno Obsesivo - Compulsivo (TOC) pueden

comprenderse a través de la interacción entre pensamientos disfuncionales, respuestas emocionales intensas y conductas repetitivas que se refuerzan mutuamente. La TCC parte del supuesto de que los pensamientos influyen directamente en las emociones y comportamientos, y que al intervenir sobre estos procesos cognitivos, es posible generar cambios sostenidos en la conducta (Beck, 2011).

En el caso del TOC, la TCC plantea que las obsesiones son pensamientos automáticos intrusivos que generan ansiedad, y que las compulsiones son conductas evitativas que reducen temporalmente dicha ansiedad, reforzando así el ciclo obsesivo-compulsivo (Clark, 2004). El tratamiento más eficaz desde este modelo ha sido la exposición con prevención de respuesta (EPR), técnica que permite al paciente enfrentarse a sus obsesiones sin recurrir a compulsiones, facilitando la habituación y la reestructuración cognitiva.

Por su parte, en el TEA, la TCC ha sido adaptada para trabajar con dificultades en la flexibilidad cognitiva, la interpretación social, la tolerancia a la incertidumbre y el afrontamiento emocional. La intervención se centra en enseñar habilidades sociales, estrategias de regulación emocional y en modificar rutinas rígidas o patrones de pensamiento inflexibles, con un enfoque estructurado, visual y predecible (Moree & Davis, 2010). En el contexto de la comorbilidad TEA - TOC, la TCC permite un abordaje integral y personalizado que atiende simultáneamente las obsesiones y compulsiones propias del TOC, junto con las características cognitivas y conductuales del TEA. Las adaptaciones incluyen el uso de apoyos visuales, sesiones más estructuradas, entrenamiento en habilidades concretas, mayor participación familiar, y el trabajo directo sobre la intolerancia a la incertidumbre como un posible mecanismo compartido entre ambos trastornos (Van Steensel et al., 2022). Esto ha demostrado ser efectivo para reducir los síntomas obsesivo - compulsivos en personas con TEA, mejorar su funcionalidad y disminuir la ansiedad asociada.

Teorías que explican el TEA según la TCC

La Teoría de la Mente (ToM) hace referencia a la capacidad cognitiva que permite reconocer y comprender los estados mentales propios y ajenos, como pensamientos, emociones, intenciones o creencias, lo cual posibilita anticipar y explicar comportamientos no evidentes (Rubia-Vila, 2018). En el caso del Trastorno del Espectro Autista (TEA), la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) considera que existe un déficit en esta habilidad, lo que explica las dificultades para inferir perspectivas ajenas, anticipar reacciones sociales o interpretar expresiones emocionales. Sin embargo, la TCC también sostiene que estos patrones cognitivos pueden ser modificables mediante estrategias como las historias sociales, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales (Nejati, Khankeshlooyee, & Pourshahriar, 2023), contribuyendo así al desarrollo de conductas sociales más adaptativas.

Por otro lado, el modelo de Coherencia Central Débil, propuesto por Frith (1989), plantea que las personas con TEA presentan una tendencia a enfocarse en los detalles concretos de la información, con dificultades para integrarlos en una visión global. Esto afecta la comprensión contextual de situaciones comunicativas, como la entonación, el lenguaje no verbal o las metáforas (Happé, 2021; Gamba, Magallón, & Crespo-Eguílaz, 2024). Asimismo, el modelo de déficit en las funciones ejecutivas, desde la neuropsicología cognitiva, ha sido adoptado por la TCC para explicar dificultades en la planificación, la memoria de trabajo, la inhibición de respuestas y la flexibilidad cognitiva, comunes en personas con TEA. Estas dificultades se traducen en conductas como rigidez, problemas para cambiar de actividad o controlar impulsos, necesidad de recordatorios externos y escasa monitorización de sus acciones (López-Silva & Bustos, 2017; Alsaedi, Carrington, & Watters, 2020), lo cual justifica la implementación de intervenciones estructuradas y adaptadas a su perfil ejecutivo.

Teorías que explican el TOC según la TCC

La teoría bifactorial de Mowrer (1951) explica la conducta de evitación característica en los trastornos de ansiedad mediante dos procesos de aprendizaje. El primer factor se basa en el condicionamiento clásico, por el cual un estímulo originalmente neutro

se asocia con una experiencia aversiva y empieza a generar una respuesta de miedo (Maia, 2010). El segundo factor implica el condicionamiento operante, donde la conducta de evitación es reforzada negativamente: al evitar el estímulo temido, la persona experimenta alivio emocional, lo que incrementa la probabilidad de repetir esa evitación en el futuro (Feather, 1963). Esta teoría ha sido fundamental para comprender cómo se mantienen los patrones disfuncionales en trastornos como el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), ya que las compulsiones suelen funcionar como conductas de evitación del malestar.

En el marco del TOC, el modelo cognitivo de Salkovskis sostiene que los pensamientos intrusivos son comunes, pero en personas con TOC se interpretan como amenazantes, inaceptables o moralmente incorrectos, generando gran malestar (Armendáriz & Martín, 2005). Conceptos clave del modelo son la fusión pensamiento-acción (moral y de probabilidad), la inflación de responsabilidad y la intolerancia a la incertidumbre (Tolin, 2023; Salkovskis & Warwick, 1988). Estas creencias distorsionadas llevan a la realización de conductas de neutralización (compulsiones, evitaciones) que, aunque alivian momentáneamente, perpetúan el trastorno (O'Kearney, 1998). De forma complementaria, el modelo de Rachman enfatiza que no son los pensamientos intrusivos el problema en sí, sino la interpretación catastrófica que el paciente hace de ellos, lo cual intensifica emociones como la culpa y la ansiedad (Rachman & De Silva, 2009). Desde la Terapia Cognitivo-Conductual, se interviene reestructurando estas creencias irracionales, reduciendo la lucha contra los pensamientos y aplicando técnicas de exposición con prevención de respuesta para debilitar el vínculo entre pensamiento y amenaza (Rachman & Shafran, 1998; Shafran & Somers, 1998).

Capítulo III: Diagnóstico del problema

3.1. Propósito del diagnóstico

El propósito del diagnóstico en el presente proyecto de investigación es identificar y analizar el estado actual del conocimiento científico sobre las estrategias empleadas desde la Terapia Cognitivo - Conductual (TCC) para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). A través de una revisión exploratoria de literatura (scoping review), se busca establecer un panorama amplio de la evidencia existente, con el fin de mapear las estrategias más utilizadas, sus niveles de efectividad y las adaptaciones requeridas para su implementación en esta población específica.

Esta fase diagnóstica permite sustentar la relevancia de la investigación desde una perspectiva clínica y científica, ya que se ha evidenciado un aumento en la prevalencia de diagnósticos de TEA (Agencia Andina, 2024; OMS, 2023) y una creciente necesidad de intervenciones eficaces y adaptadas a las características particulares de quienes presentan esta condición (Baquerizo-Sedano et al., 2023; MINSA, 2022). Además, estudios recientes indican una comorbilidad significativa entre TOC y TEA, lo que representa un desafío clínico y terapéutico (Aymerich et al., 2024; Paula-Pérez, 2012).

El diagnóstico del problema, por tanto, establece las bases para explorar las estrategias de intervención desde la TCC en este contexto clínico específico, así como para identificar vacíos en la literatura que orienten futuras líneas de investigación y práctica profesional basada en evidencia.

3.2. Metodología

3.2.1. Tipo de diagnóstico

Procedimiento metodológico.

El presente estudio corresponde a un diagnóstico bibliográfico de carácter exploratorio, sustentado en la metodología de revisión exploratoria (scoping review).

Este tipo de diagnóstico tiene como finalidad mapear, describir y organizar la evidencia científica existente sobre un fenómeno aún en proceso de consolidación teórica o empírica (Munn et al., 2018; Peters et al., 2020). En este caso, se busca identificar y analizar las estrategias de la Terapia Cognitivo - Conductual (TCC) aplicadas al tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), así como su efectividad y adaptaciones necesarias. La revisión exploratoria permite establecer el alcance y las limitaciones del conocimiento actual, ofreciendo una visión diagnóstica comprensiva sobre esta temática clínica compleja.

Identificación de la pregunta de investigación.

La pregunta que guía esta revisión es: ¿Qué estrategias de la Terapia Cognitivo - Conductual han sido empleadas y evaluadas para el tratamiento del TOC en personas con TEA?

Identificación de la información a recolectar.

Se recopilará información relevante que permita caracterizar y comprender el uso de estrategias de la Terapia Cognitivo - Conductual (TCC) en el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Específicamente, se recolectarán datos relacionados con las estrategias y técnicas propias de la TCC utilizadas en esta población, así como las adaptaciones metodológicas y clínicas realizadas para atender las características particulares del TEA. Asimismo, se revisarán los resultados reportados en los estudios seleccionados, en términos de niveles de efectividad y cambios sintomáticos, así como los contextos clínicos en los que fueron aplicadas las intervenciones (por ejemplo, atención ambulatoria, centros especializados, terapias individuales o grupales). Finalmente, se recogerá información sobre las limitaciones, dificultades o desafíos reportados en la implementación de dichas estrategias, con el fin de identificar vacíos o áreas de mejora para futuras investigaciones e intervenciones clínicas.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda.

Se consultarán bases de datos académicas reconocidas como PubMed, Scopus, Web of Science, Scielo y Google Scholar. La estrategia de búsqueda incluirá términos como: “Cognitive Behavioral Therapy”, “Obsessive Compulsive Disorder”, “Autism Spectrum Disorder”, “treatment strategies”, combinados con operadores booleanos (AND/OR). Se priorizarán estudios publicados entre 2018 y 2024, en español e inglés, para asegurar la actualidad y pertinencia de los datos recolectados.

Selección de los estudios.

La selección de los estudios se realizará aplicando criterios de inclusión y exclusión previamente definidos, con el objetivo de garantizar la relevancia y calidad de la evidencia considerada. Se incluirán estudios empíricos, revisiones sistemáticas y artículos académicos que aborden específicamente el uso de la Terapia Cognitivo - Conductual (TCC) en el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Por otro lado, se excluirán aquellos estudios cuyo enfoque esté centrado únicamente en TCC sin relación con TOC o TEA, así como aquellos que no proporcionen datos relevantes para los objetivos del presente estudio. Este proceso de selección seguirá las directrices metodológicas propuestas por la extensión PRISMA para revisiones exploratorias (PRISMA-ScR), con el fin de asegurar la transparencia, exhaustividad y trazabilidad del procedimiento (Tricco et al., 2018).

Extracción y organización de los datos.

Para la extracción y organización de la información, se construirá una matriz de datos que permita sistematizar los hallazgos de los estudios seleccionados. Esta matriz incluirá categorías clave como los nombres de los autores, el año de publicación, el país de procedencia del estudio, el diseño metodológico empleado, las características de la muestra, las técnicas de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) aplicadas, las adaptaciones realizadas para la población con Trastorno del Espectro Autista (TEA), así como los principales resultados y conclusiones reportadas. Esta estrategia permitirá comparar de forma estructurada la información recopilada, facilitando la identificación de patrones, vacíos y aportes relevantes en la literatura revisada.

Análisis y síntesis de resultados.

El análisis de los datos se llevará a cabo mediante una síntesis cualitativa de tipo temática, orientada a identificar patrones recurrentes, similitudes y diferencias entre las estrategias terapéuticas empleadas, así como enfoques emergentes y vacíos en la investigación sobre el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Esta estrategia permitirá organizar la información recolectada en torno a ejes conceptuales relevantes para los objetivos del estudio. Cabe señalar que, debido al carácter exploratorio de esta revisión, no se realizará una evaluación crítica de la calidad metodológica de los estudios incluidos (Peters et al., 2020).

3.2.2. Actores involucrados.

Actor	Rol	Responsabilidades	Nivel de influencia	Participación esperada
Experto temático	Interpretar datos, recomendar bibliografía, teorías, revisiones críticas de contenido, aprobación del manuscrito.	Generar y publicar evidencia empírica o revisiones sobre TCC, TOC y TEA.	Muy Alta	Brindar el cuerpo de literatura para el análisis en la revisión exploratoria.
Experto metodólogo	Diseño de estudio, capacitación a equipo de investigación, revisar avances de equipo de investigación, asegurar que se cumplan con rigor los pasos metodológicos del manuscrito.			
Equipo de investigación	La revisión de literatura; redacción de la introducción, redacción de métodos, resultados, discusión, levantamientos de observaciones de metodólogos y experto temático.			

Psicólogos clínicos, psiquiatras del Hospital, Centros de Salud Mental lo Comunitaria, centros de atención primaria, consultorios psicológicos y clínicas privadas.	Aplicadores de la evidencia, evaluadores de pertinencia y agentes clave para la implementación de estrategias TCC adaptadas.	Aplicar y adaptar estrategias de TCC en pacientes con TEA y TOC. Evaluar resultados terapéuticos. Compartir y difundir el conocimiento clínico. Sugerir mejoras e identificar nuevas necesidades de investigación.	Alta	Incorporar hallazgos en su práctica terapéutica.
Personas con diagnóstico TEA y TOC.	Sujetos de estudio indirecto, beneficiarios del conocimiento generado y referentes clínicos para el diseño de estrategias adaptadas.	Orientar las necesidades clínicas y terapéuticas a atender, sus características permiten identificar adaptaciones requeridas en la TCC y sus experiencias son clave para validar la efectividad de las estrategias terapéuticas.	Alta	No participan directamente, pero son el grupo beneficiario de la síntesis de evidencia.
Familias y cuidadores de personas con TEA.	Actores secundarios y beneficiarios indirecto.	Colaboran en intervenciones terapéuticas; implementan recomendaciones clínicas.	Baja	Considerar hallazgos para apoyar procesos terapéuticos.
Instituciones de salud y educación.	Contexto de aplicación e implementación.	Facilitar el acceso y recursos para aplicar estrategias eficaces de TCC en poblaciones con TEA y TOC.	Medio	Adaptar políticas y prácticas institucionales según hallazgos.
Organismos normativos y académicos (ej. APA, MINSA, OMS).	Referentes normativos y éticos.	Establecer lineamientos diagnósticos y guías clínicas.	Alto	Orientar la selección de criterios diagnósticos y marcos de intervención.

3.2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Técnica de recolección	Descripción	Instrumento	Población objetivo	Justificación
Revisión documental sistemático, bajo el enfoque de revisión exploratoria (scoping review).	La revisión documental sistemática se centra en la recolección de información proveniente de fuentes secundarias,	-Matriz de análisis documental, en la que se registraron los datos clave de cada fuente (autor, año, país, objetivos, metodología, población, resultados,	Personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) que presentan comorbilidad con Trastorno Obsesivo Compulsivo	El uso de una revisión exploratoria permite abordar un tema complejo y con vacíos importantes en la literatura, como es la adaptación y efectividad de estrategias de la

	<p>como artículos académicos, revisiones previas, documentos institucionales y manuales clínicos. El proceso sigue lineamientos del marco metodológico propuesto por Arksey y O'Malley (2005) y actualizado por Tricco et al. (2018) mediante la guía PRISMA-ScR.</p>	<p>estrategias terapéuticas, conclusiones, entre otros).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fichas bibliográficas sistematizadas mediante el uso de gestores como Zotero y Mendeley. -Checklist PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018), que permitió asegurar la transparencia y exhaustividad del proceso de búsqueda y selección de estudios. 	<p>(TOC). No se accede directamente a esta población, sino a estudios científicos que han sido realizados sobre ella, por lo tanto, se trata de un sujeto de estudio indirecto, abordado mediante la revisión de investigaciones previas.</p>	<p>TCC en personas con TEA y TOC. Esta técnica es idónea para mapear el estado actual del conocimiento, identificar brechas en la investigación y aportar un marco comprensivo que sirva de base para futuras investigaciones o intervenciones clínicas.</p>
--	---	--	---	--

3.2.4. Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico.

Técnica de análisis	Descripción	Indicadores	Justificación
Análisis de contenido temático.	<p>Esta técnica permite organizar e interpretar los hallazgos relevantes de los estudios incluidos, identificando patrones, conceptos clave y temas recurrentes. Se sigue un enfoque inductivo, estructurado según las fases propuestas por Braun y Clarke (2006): familiarización con la información, codificación inicial, búsqueda y revisión de temas, y generación del informe final. Es especialmente útil en revisiones exploratorias para mapear un campo de estudio complejo y heterogéneo.</p>	<p>Estrategias TCC. Tipos de técnicas cognitivo-conductuales empleadas (exposición, reestructuración, etc).</p> <p>Adaptaciones para TEA. Ajustes realizados para personas con TEA (comunicación visual, enfoque concreto, etc.).</p> <p>Resultados terapéuticos. Reducción de síntomas de TOC, mejoría funcional, adherencia.</p> <p>Diseño y calidad de los estudios. Tipo de diseño (ensayo, estudio observacional), muestra, duración, limitaciones.</p> <p>Brechas de conocimiento. Áreas con evidencia limitada o con resultados contradictorios.</p>	<p>El análisis de contenido temático es una técnica ampliamente recomendada para revisiones exploratorias, ya que permite integrar de manera sistemática la información de estudios diversos (Arksey & O'Malley, 2005; Peters et al., 2020). Su aplicación en esta investigación permitirá diagnosticar el estado actual del conocimiento sobre el uso de la TCC en el tratamiento del TOC en personas con TEA, identificar estrategias efectivas y detectar vacíos que puedan orientar futuras investigaciones.</p>

Capítulo IV: Plan de acción

4.1. Objetivo del plan de acción

Diseñar y ejecutar un plan de acción que permita identificar, analizar y sistematizar las estrategias de intervención basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) utilizadas en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), mediante una revisión exploratoria de literatura científica y un programa psicoeducativo dirigido a docentes, psicólogos clínicos, padres de familia y otros actores involucrados, con el fin de brindar información actualizada, mejorar la comprensión clínica y promover un abordaje colaborativo e informado en contextos educativos y de salud durante el segundo semestre de 2025.

4.2. Actividades específicas

Actividad	Descripción detallada	Responsables	Tiempo de ejecución	Recursos necesarios	Indicadores de éxito
Definir criterios de inclusión y exclusión	Establecer los parámetros metodológicos de selección bibliográfica (tipo de estudio, idioma, años, población, enfoque clínico) para asegurar la pertinencia de los estudios.	Investigadoras principales	Agosto 2025	Manual PRISMA-ScR, bibliografía metodológica, computadoras	Criterios definidos y validados por el asesor académico
Búsqueda sistemática de literatura	Realizar búsquedas estructuradas en bases de datos científicas (Scopus, PubMed, PsycINFO, SciELO), aplicando operadores booleanos y filtros.	Investigadoras principales	Septiembre 2025	Acceso a internet, gestores bibliográficos (Zotero/Mendeley)	Identificación de al menos 05 estudios preliminares
Selección y cribado de estudios	Evaluar los estudios mediante lectura de títulos, resúmenes y textos completos, aplicando los criterios de inclusión/exclusión.	Investigadoras principales	Septiembre 2025	Plantilla de Excel, checklist de selección	Lista de estudios seleccionados con justificación clara
Extracción de datos	Sistematizar información clave: tipo de intervención, adaptaciones TCC, población, resultados clínicos.	Investigadoras principales	Octubre 2025	Matriz de extracción, computadoras, software de análisis	Base de datos completa con al menos 10 estudios

Análisis temático y sistematización	Clasificar y agrupar estrategias por patrones comunes, tipo de adaptación y nivel de evidencia utilizando análisis cualitativo.	Investigadoras principales	Octubre 2025	Manuales de análisis, categorización temática, Word	Mapa temático estructurado de estrategias TCC
Redacción del informe final	Elaborar el capítulo de resultados y conclusiones de la revisión, siguiendo las normas APA y estructura académica.	Investigadoras principales	Noviembre 2025	Normas APA, procesador de texto, asesoría técnica	Informe final entregado y aprobado por el asesor
Difusión académica	Elaborar y presentar ponencia o artículo en evento académico o revista científica especializada.	Investigadoras principales	Diciembre 2025	Plantilla de artículo, formato de ponencia, internet	Propuesta enviada a al menos un evento académico
Diseño del programa psicoeducativo	Crear contenidos didácticos y visuales sobre TEA, TOC y estrategias TCC adaptadas para profesionales educativos y clínicos.	Investigadoras principales	Octubre 2025	Manuales clínicos, software de diseño, impresión de materiales	Material validado por especialistas y listo para uso
Capacitaciones a docentes y psicólogos	Ejecutar talleres vivenciales sobre comorbilidad TEA–TOC y abordajes TCC en el entorno educativo y clínico.	Investigadoras y especialistas invitados	Noviembre 2025	Salones, proyectores, material audiovisual, listas de asistencia	Realización de al menos 2 talleres con 80% de asistencia
Feria informativa y charlas a padres	Organizar una feria con stands, charlas breves y material gráfico para sensibilizar a padres sobre la comorbilidad y estrategias de abordaje.	Investigadoras y voluntarios	Noviembre – Diciembre 2025	Aulas, paneles, afiches, kits informativos	Participación de mínimo 50 asistentes y registro de actividades
Revisión y seguimiento del proceso	Supervisar el avance metodológico mediante reuniones semanales, revisión por pares y validación del asesor.	Investigadoras y asesor académico	Agosto – Diciembre 2025	Cronograma, actas, rúbricas de evaluación	Validación periódica de informes de avance en cada fase

4.3. Cronograma

Actividad	Duración	Meses de ejecución	Hitos importantes
Definir criterios de inclusión y exclusión	2 semanas	Agosto 2025	Documento validado con criterios de búsqueda definidos
Búsqueda sistemática de literatura	4 semanas	Septiembre 2025	Búsqueda en bases académicas con listado inicial de artículos
Selección y cribado de estudios	3 semanas	Septiembre 2025	Lista definitiva de estudios incluidos en la revisión
Extracción de datos	3 semanas	Octubre 2025	Matriz de datos completa con variables clave organizadas

Análisis temático y sistematización	4 semanas	Octubre 2025	Categorías analíticas consolidadas y mapa temático preliminar
Redacción del informe final:	4/5 Meses	Noviembre 2025	Informe con resultados y conclusiones entregado al asesor
Redacción de introducción	4 semanas	Noviembre 2025	Formulación clara del problema de investigación, justificación y objetivos.
Métodos	2 semanas	Noviembre 2025	Descripción precisa del enfoque, participantes, técnicas de recolección y análisis de datos. Validación con el asesor.
Resultados	3 semanas	Diciembre 2025	Consolidación de los datos
Discusión	4 semanas	Diciembre 2025	Interpretación crítica de los resultados según el marco teórico y antecedentes
Revisión final	2 semanas	Enero 2026	Lectura integral para verificar coherencia, consistencia y estructura argumentativa
Proofreading	1 semana	Enero 2026	Corrección de estilo, gramática y ortografía. Revisión de citas y referencias según normas APA 7
Traducción	3 semanas	Enero 2026	Versión en inglés requerida para la publicación
Difusión académica	2 semanas	Diciembre 2025	Envío de ponencia o artículo a evento o revista científica
Diseño del programa psicoeducativo	3 semanas	Octubre 2025	Material educativo validado (folletos, diapositivas, kits)
Capacitaciones a docentes y psicólogos	2 semanas	Noviembre 2025	Al menos 2 talleres ejecutados y evaluados
Feria informativa y charlas a padres	3 semanas	Noviembre – Diciembre 2025	Feria realizada con evidencia de participación y material entregado
Revisión y seguimiento del proceso	5 meses	Agosto – Diciembre 2025	Actas de reuniones, retroalimentación documentada, cronograma cumplido

4.4. Riesgo y medidas de mitigación

Riesgo	Impacto potencial	Probabilidad	Medidas de mitigación
Criterios mal definidos o demasiado restrictivos	Puede excluir estudios relevantes o incluir trabajos no pertinentes, afectando la calidad de la revisión	Baja	Revisar los criterios con el asesor antes de aplicarlos. Validar con ejemplos concretos y pruebas piloto
Uso inadecuado de operadores booleanos o filtros.	Se pierden estudios relevantes o se obtienen demasiados resultados irrelevantes.	Baja	Capacitación previa en técnicas de búsqueda avanzada. Supervisión inicial por parte del asesor
Falta de criterios uniformes durante la selección	Inclusión de estudios que no cumplen los requisitos o sesgos en la selección.	Media	Aplicar doble revisión por pares y discusión de discrepancias. Usar una hoja de cribado estandarizada.
Omisión o interpretación	Pérdida de datos importantes que afectan el análisis posterior.	Media	Crear una plantilla estructurada para la

incorrecta de la información clave.			extracción. Validar una muestra inicial con el asesor
Dificultad para identificar patrones o clasificar adecuadamente las estrategias.	El análisis pierde profundidad o coherencia, afectando las conclusiones.	Media	Utilizar software de análisis cualitativo y solicitar retroalimentación periódica al asesor.
Dificultades en la redacción académica y uso incorrecto de normas APA.	Retrasos en la entrega o necesidad de correcciones mayores.	Baja	Usar un manual actualizado de APA. Realizar revisiones por pares y pedir retroalimentación antes de la entrega final.
No cumplir con los requisitos formales de la revista o evento académico	Rechazo de la propuesta de difusión o pérdida de oportunidades académicas	Alta	Revisar las normas de publicación antes de escribir. Asesorarse con docentes con experiencia en publicaciones.
Elaboración de contenidos poco adecuados para el público objetivo	Dificultad en la comprensión o aplicación de los contenidos por parte de los profesionales	Alta	Validar los contenidos con profesionales en ejercicio. Realizar prueba piloto con parte del público destinatario
Baja participación o desinterés del público objetivo	Bajo impacto del programa y escasa aplicación de lo aprendido	Alta	Diseñar talleres dinámicos y con casos prácticos. Hacer convocatorias claras y con anticipación, enfatizando la utilidad del contenido
Baja asistencia de los padres o poco involucramiento	No se logra el objetivo de sensibilización y difusión	Alta	Coordinar con las escuelas para convocar con anticipación. Usar canales de comunicación directos y reforzar la importancia del evento.
Falta de cumplimiento de las reuniones o baja participación de los involucrados	Dificultad para detectar errores a tiempo y retrasos en la implementación	Media	Establecer un cronograma fijo con responsables claros. Registrar los avances en cada reunión para seguimiento continuo.

4.5. Resultados esperados

Al concluir la ejecución del plan de acción, se proyecta alcanzar los siguientes resultados:

- Al menos el 90% de los estudios incluidos en la revisión cumplen con los criterios metodológicos definidos, garantizando la rigurosidad y relevancia del análisis. Este resultado será evaluado mediante una matriz de elegibilidad y validación por parte del asesor.
- Lograr seleccionar al menos 20 estudios científicos relevantes y actuales sobre intervenciones TCC adaptadas a casos de comorbilidad TEA–TOC, mediante

búsquedas exitosas en bases de datos como PubMed, Scopus y SciELO. Este resultado se medirá a través del registro sistemático de búsqueda.

- Al menos el 85% de los datos extraídos de los estudios seleccionados estén organizados y sistematizados según categorías temáticas claras, lo que permitirá un análisis cualitativo riguroso. Se verificará mediante una matriz de extracción revisada por pares.
- El análisis temático permite identificar al menos cuatro tipos de adaptaciones TCC utilizadas con población TEA–TOC, facilitando la construcción del programa psicoeducativo. Este resultado será evaluado por medio del informe de sistematización revisado por el asesor.
- Se redacte un informe académico completo, estructurado según normas APA y criterios de revisión sistemática, y sea aprobado con observaciones mínimas por el asesor de tesis. La calidad del informe será medida por una rúbrica de evaluación.
- Al menos el 80% de los docentes y psicólogos participantes completen la capacitación sobre comorbilidad TEA–TOC y estrategias TCC adaptadas, evidenciando mejora en sus conocimientos. Esto será evaluado mediante pruebas de entrada/salida y listas de asistencia.
- Diseñar un programa psicoeducativo visual y didáctico, validado por al menos tres expertos del área, enfocado en la comprensión y abordaje de la comorbilidad TEA–TOC. El impacto se medirá mediante encuestas de validación por juicio de expertos.
- El 75% de los padres asistentes a la feria informativa y charlas expresen mayor comprensión del trastorno y sus formas de intervención, según encuestas de satisfacción y preguntas de verificación de aprendizaje.
- El 100% del equipo de trabajo participe en las reuniones semanales de seguimiento, asegurando la coherencia y avance del proyecto. Este indicador se controlará mediante actas de reunión y control de asistencia.
- A mediano plazo, se espera que los materiales generados (programa psicoeducativo, capacitaciones, ponencias) se repliquen en al menos dos

instituciones educativas o clínicas. Este impacto se verificará mediante reportes de uso o solicitudes de implementación.

- A largo plazo, se proyecta que las estrategias TCC adaptadas desarrolladas y difundidas en este trabajo contribuyan a mejorar el abordaje clínico-educativo de niños con comorbilidad TEA–TOC en contextos similares. Este impacto se medirá a través de seguimiento cualitativo con usuarios finales y análisis de replicabilidad.

4.6. Monitoreo y seguimiento

Actividad monitoreada	Indicador de monitoreo	Frecuencia	Responsables	Formato de evaluación
Definición de criterios de inclusión y exclusión	Claridad y validez de los criterios establecidos	Única (inicio del proceso)	investigadoras	Revisión del protocolo metodológico
Búsqueda sistemática de literatura	Número de estudios encontrados y clasificados correctamente	Quincenal	Investigadoras principales	Registro de búsqueda y aplicación de filtros
Selección y cribado de estudios	% de estudios que cumplen con los criterios definidos	Mensual	Investigadora y revisión por pares	Matriz de elegibilidad y hoja de cribado
Extracción de datos	Grado de completitud y coherencia en la matriz de extracción	Mensual	Investigadora	Plantilla de extracción revisada por el asesor
Análisis temático y sistematización	Número de categorías emergentes y calidad del agrupamiento temático	Bimestral	Investigadora y asesor	Matriz temática y retroalimentación escrita
Redacción del informe final	% de avance del documento por capítulos	Quincenal	Investigadora y asesor	Capítulos revisados con retroalimentación del asesor
Capacitación a docentes y psicólogos	% de participantes que completan la capacitación	Mensual	Equipo de capacitación	Lista de asistencia y pruebas antes/después
Diseño del programa psicoeducativo	Nivel de validación del contenido por parte de expertos	Única (tras el diseño final)	Investigadoras y equipo de validación	Encuestas de juicio de expertos
Feria informativa y charlas a padres	% de padres asistentes y nivel de satisfacción	Única	Psicólogos y docentes coordinadores	Registro de asistencia y encuestas de satisfacción
Revisión y seguimiento del plan	Número de reuniones realizadas y decisiones tomadas	Semanal	investigadoras encargadas del	Actas de reunión y bitácora de avances

			seguimiento del proyecto	
--	--	--	-----------------------------	--

Conclusiones

1. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una de las intervenciones con mayor respaldo empírico para el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en población general; sin embargo, su aplicación en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) requiere adaptaciones que respondan a sus particularidades cognitivas, sociales y comunicativas.
2. Las estrategias adaptadas de TCC más utilizadas incluyen el uso de apoyos visuales, lenguaje concreto, mayor estructuración de las sesiones y la participación de cuidadores. Estas modificaciones permiten una mejor comprensión del tratamiento y una mayor adherencia en personas con diagnóstico dual TOC-TEA.
3. La evidencia científica sobre la eficacia de la TCC adaptada en esta población es aún limitada y presenta baja calidad metodológica en varios estudios, especialmente en adolescentes y adultos con TEA, lo que dificulta generalizar sus beneficios.
4. Existe una marcada escasez de investigaciones en contextos latinoamericanos, lo que impide disponer de protocolos de intervención culturalmente pertinentes y dificulta la aplicación sistemática de tratamientos eficaces en entornos con limitaciones de recursos.
5. Factores como el diagnóstico diferencial complejo, el estigma social, la falta de formación profesional especializada y la limitada accesibilidad a servicios de salud mental especializados siguen siendo barreras importantes en el tratamiento efectivo del TOC en personas con TEA.

Recomendaciones

1. Desarrollar investigaciones controladas y rigurosas que evalúen la eficacia de la TCC adaptada para personas con TOC y TEA, especialmente en etapas adolescentes y adultas, donde la evidencia aún es escasa.
2. Elaborar guías clínicas y protocolos de intervención que incorporen adaptaciones metodológicas de la TCC, considerando las necesidades cognitivas, sensoriales y comunicativas del espectro autista.
3. Impulsar programas de formación continua para profesionales de la salud mental, enfocados en el abordaje de la comorbilidad TOC–TEA y en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales adaptadas.
4. Fomentar la investigación local y regional en América Latina, con el fin de generar conocimiento contextualizado que permita la implementación de estrategias terapéuticas culturalmente relevantes.
5. Promover acciones de sensibilización y psicoeducación dirigidas a la comunidad, familias y escuelas para reducir el estigma asociado al TOC y al TEA, facilitando la búsqueda de ayuda profesional temprana y mejorando la adherencia al tratamiento.

Referencias

- Abramowitz, J. S., Fabricant, L. E., Taylor, S., Deacon, B. J., McKay, D., & Storch, E. A. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clinical psychology review*, 34(3), 206-217. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.004>
- Acosta, J., Guzman, G., Sesarini, C., Pallia, R., & Quiroz, N. (2016). Introducción a la neurobiología y neurofisiología del Trastorno del Espectro Autista. *Revista chilena de neuropsicología*, 11(2), 28-33. <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179348853008.pdf>
- Agencia Andina. (2 de abril del 2024). INSN: 40% de la población atendida en consulta externa fue por autismo. *Agencia Andina*. <https://andina.pe/agencia/seccion-economia-%202.aspx/noticia-insn-40-de-poblacion-atendida-consulta-externa-fue-autismo-980283.aspxAndina+4Andina+4Andina+4>
- Alcalá, G. C., & Ochoa Madrigal, M. G. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 65(1), 7-20. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>
- 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>
- Alsaedi, R. H., Carrington, S., & Watters, J. J. (2020). Behavioural and neuropsychological assessment of executive functions in children with autism spectrum disorder in the Gulf region. *Brain Sciences*, 10(2), 120. <https://doi.org/10.3390/brainsci10020120>
- Álvarez, S. (2020). *Revisión de tratamientos para los TEA comórbidos con TOC. Propuesta de intervención en un caso* [Trabajo de fin de Máster, Universidad de Oviedo]. Repositorio Institucional de la Universidad de Oviedo. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/59663>

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2018). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5-TR, 5ª ed., texto revisado). Editorial Médica Panamericana.
- Arberas, C., & Ruggieri, V. (2013). Autismo y epigenética: Un modelo de explicación para la comprensión de la génesis en los trastornos del espectro autista. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 73, 20-29.
https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802013000500005&script=sci_arttext&lng=en
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Armendáriz, J. A. A., & Martín, M. M. S. (2005). *Obsesiones y compulsiones*. Editorial Síntesis.
- Aymerich, C., Pacho, M., Catalan, A., Yousaf, N., Pérez-Rodríguez, V., Hollocks, M. J., ... & Salazar de Pablo, G. (2024). Prevalence and correlates of the concurrence of autism spectrum disorder and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Brain Sciences*, 14(4), 379.
<https://doi.org/10.3390/brainsci14040379>
- Baquerizo-Sedano, M., Lucero, J., & Taype-Rondan, A. (2023). Autismo en Perú: estado actual. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 16(3), 2034.
<https://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/2034>
- Bedford, S. A., Hunsche, M. C., & Kerns, C. M. (2020). Co-occurrence, assessment and treatment of obsessive compulsive disorder in children and adults with

- autism spectrum disorder. *Current psychiatry reports*, 22, 1-11.
<https://doi.org/10.1007/s11920-020-01176-x>
- Bell, L., & Cox, A. (2021). Stigma and autism spectrum conditions: The impact of public and self-stigma on people with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(3), 892–902. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04519-2>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bustamante Calle, A. M., & Velarde-Alvarez Pissowotzki, N. (2024). *Efectividad de la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en adolescentes con trastorno del espectro autista* [Trabajo de suficiencia profesional, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional de la Universidad de Lima.
<https://hdl.handle.net/20.500.12724/20360>
- Dattas, S., & Urra-Silva, G. (2021). Inclusion of autistic individuals in OCD clinical trials: A review of the literature. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 30, 100644. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100644>
- Defensoría del Pueblo. (2023). *El 97 % de autistas en Perú no tiene diagnóstico por falta de especialistas.* <https://www.infobae.com/peru/2024/04/02/el-97-de-personas-autistas-en-peru-no-estarian-diagnosticadas-por-falta-de-acceso-a-servicios-de-salud/infobae+3infobae+3infobae+3>
- Demetriou, E. A., DeMayo, M. M., & Guastella, A. J. (2019). Executive function in autism spectrum disorder: history, theoretical models, empirical findings, and potential as an endophenotype. *Frontiers in psychiatry*, 10, 753.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00753>
- Demetriou, E. A., Lampit, A., Quintana, D. S., Naismith, S. L., Song, Y. J., Pye, J. E., ... & Guastella, A. J. (2018). Autism spectrum disorders: a meta-analysis of executive function. *Molecular psychiatry*, 23(5), 1198-1204.
- Elliott, S. J., Marshall, D., Morley, K., Uphoff, E., Kumar, M., & Meader, N. (2021). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder (OCD) in individuals with autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane*

Database of Systematic Reviews, (9).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013173.pub2>

- Feather, N. T. (1963). Mowrer's revised two-factor theory and the motive-expectancy-value model. *Psychological Review*, 70(6), 500–515.
<https://doi.org/10.1037/h0043736>
- Flygare, O., Andersson, E., Ringberg, H., Hellstadius, A. C., Edbacken, J., Enander, J., ... & Rück, C. (2020). *Adapted cognitive behavior therapy for obsessive–compulsive disorder with co-occurring autism spectrum disorder: a clinical effectiveness study*. *Autism*, 24(1), 190-199.
<https://doi.org/10.1177/136236131985697>
- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65(6), 591–598. <https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e31819e7203>
- Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the Enigma*. Blackwell Publishing.
- Gambra, L., Magallón, S., & Crespo-Eguílaz, N. (2024). Coherencia central débil en trastornos del neurodesarrollo: un estudio comparativo. *Frontiers in Psychology*, 15, 1348074. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1348074>
- Gao, S., Wang, X., & Su, Y. (2023). Examining whether adults with autism spectrum disorder encounter multiple problems in theory of mind: a study based on meta-analysis. *Psychonomic Bulletin & Review*, 30(5), 1740-1758.
<https://doi.org/10.3758/s13423-023-02280-8>
- Goodman, W. K., Storch, E. A., & Sheth, S. A. (2021). Harmonizing the neurobiology and treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 178(1), 17-29. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20111601>
- Grados, M. A., Walkup, J., & Walford, S. (2003). Genetics of obsessive-compulsive disorders: new findings and challenges. *Brain and development*, 25, S55-S61.
[https://doi.org/10.1016/S0387-7604\(03\)90010-6](https://doi.org/10.1016/S0387-7604(03)90010-6)
- Happé, F. (2021). Weak central coherence. En F. R. Volkmar (Ed.), *Encyclopedia of autism spectrum disorders* (pp. 1–6). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-91280-6_1744
- Iniesta-Sepúlveda, M., Nadeau, J. M., Ramos, A., Kay, B., Riemann, B. C., & Storch, E. A. (2018). An initial case series of intensive cognitive–behavioral therapy for

- obsessive–compulsive disorder in adolescents with autism spectrum disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 49, 9-19. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0724-1>
- Kaçar-Başaran, S., & Arkar, H. (2023). Common vulnerability factors in obsessive-compulsive and major depressive disorders: a transdiagnostic hierarchical model. *Current Psychology*, 42(10), 8414-8424. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02599-2>
- Kose, L. K., Fox, L., & Storch, E. A. (2018). *Effectiveness of cognitive behavioral therapy for individuals with autism spectrum disorders and comorbid obsessive-compulsive disorder: A review of the research. Journal of developmental and physical disabilities*, 30, 69-87. <https://doi.org/10.1007/s10882-017-9559-8>
- Krebs, G., Murray, K., & Jassi, A. (2016). Modified cognitive behavior therapy for severe, treatment-resistant obsessive-compulsive disorder in an adolescent with autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 72(11), 1162-1173. <https://doi.org/10.1002/jclp.22396>
- López-Silva, P., & Bustos, P. (2017). Clarifying the role of mentalization in the development of executive functions. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1–14. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.ccmd>
- Maia, T. V. (2010). Two-factor theory, the actor-critic model, and conditioned avoidance. *Learning & Behavior*, 38(1), 50–67. <https://doi.org/10.3758/LB.38.1.50>
- Marí, M. L., Esteve, M. I. V., & Gómez, S. L. (2022). Tendencias actuales sobre estrategias para la inclusión educativa de alumnado con Trastorno del Espectro Autista (TEA). *MLS Inclusion and Society Journal*, 2(1). <https://doi.org/10.56047/mlsisj.v2i1.1318>
- Martin, A.F., Ja 6A00ssi, A., Cullen, A.E. et al. Co-occurring obsessive–compulsive disorder and autism spectrum disorder in young people: prevalence, clinical characteristics and outcomes. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 29, 1603–1611 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01478-8>

- Martínez-Morga, M., Paz Quesada, M., Bueno, C., & Martínez, S. (2019). Bases neurobiológicas del autismo y modelos celulares para su estudio experimental. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(1), 27-32. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802019000200007&script=sci_arttext
- Ministerio de Salud. (MINSA, 2022). *Orientaciones para el cuidado integral de la salud mental de las personas con trastornos del espectro autista*. Ministerio de Salud del Perú. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5963.pdf>
- Montagut-Asunción, M., Flores-Pérez, E. J., Tijeras-Iborra, A., & Pastor-Cerezuela, G. (2020). Intervenciones dirigidas a la disminución de los síntomas obsesivo-compulsivos en personas con trastorno del espectro autista: una revisión. *Escritos de Psicología*, 13(2), 80-89. <https://doi.org/1024310/espsiescpsi.v13i2.12414>
- Mowrer, O. H. (1951). Two-factor learning theory: Summary and comment. *Psychological Review*, 58(5), 350–354. <https://doi.org/10.1037/h0058956>
- Neil, N., Sturmey, P. Assessment and Treatment of Obsessions and Compulsions in Individuals with Autism Spectrum Disorders: a Systematic Review. *Rev J Autism Dev Disord* 1, 62–79 (2014). <https://doi.org/10.1007/s40489-013-0006-1>
- Neil, N., Vause, T., Jaksic, H., & Feldman, M. (2017). Effects of group functional behavior-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive behavior in a youth with autism spectrum disorder. *Child & Family Behavior Therapy*, 39(3), 179-190. <https://doi.org/10.1080/07317107.2017.1338448>
- Nejati, V., Khankeshlooyee, N., & Pourshahriar, H. (2023). Remediation of theory of mind in children with autism spectrum disorders: Effectiveness and transferability of training effects to behavioral symptoms. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 29(1), 259–273. <https://doi.org/10.1177/13591045231208580>
- O'Kearney, R. (1998). Responsibility appraisals and obsessive-compulsive disorder: A critique of Salkovskis's cognitive theory. *Australian Journal of Psychology*, 50(1), 43–47. <https://doi.org/10.1080/00049539808257530>

- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10.^a ed.). OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Trastornos del espectro autista*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Salud mental en las Américas: Panorama regional*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Paula-Pérez, I. (2012). Diagnóstico diferencial entre el trastorno obsesivo compulsivo y los patrones de comportamiento, actividades e intereses restringidos y repetitivos en los trastornos del espectro autista. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), 179-188. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.07.005>
- Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. L., & Geller, D. A. (2014). Obsessive–compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(6), 410-424. <https://doi.org/10.1038/nrn3746>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., ... & Aromataris, E. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIC Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Rachman, S., & De Silva, P. (2009). *Obsessive-compulsive disorder*. Oxford University Press.
- Rachman, S., & Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive–compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (pp. 51–78). Guilford Press.
- Rubia-Vila, F. J. (2018). The theory of mind. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 135(2), 141–145. <https://doi.org/10.32440/ar.2018.135.02.rev05>

- 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. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
- Russell, A. J., Jassi, A., Fullana, M. A., Mack, H., Johnston, K., Heyman, I., ... & Mataix-Cols, D. (2013). Cognitive behavior therapy for comorbid obsessive-compulsive disorder in high-functioning autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Depression and anxiety*, 30(8), 697-708. <https://doi.org/10.1002/da.22053>
- Salazar-Castillo, D. B., Riofrio-Peña, K. A., Solórzano-Bernita, R. E., & Mercado-González, A. F. (2023). Eficacia de la estimulación magnética transcraneal en el manejo del trastorno obsesivo compulsivo refractario al tratamiento convencional. *MQRInvestigar*, 7(3), 2323-2346. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.2323-2346>
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive—compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 37, S29-S52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10402695/>
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1988). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. In C. Perris, I. M. Blackburn, & H. Perris (Eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice* (pp. 376–395). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-73393-2_16
- Shafran, R., & Somers, J. (1998). Treating adolescent obsessive—compulsive disorder: Applications of the cognitive theory. *Behaviour Research and Therapy*, 36(1), 93–97. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00074-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00074-0)
- Spain, D., Blainey, S. H., & Murphy, D. (2015). Improving the recognition of anxiety disorders in autism spectrum disorder. *Autism*, 19(5), 522–531. <https://doi.org/10.1177/1362361314535950>
- Tolin, D. F. (Ed.). (2023). *The Oxford handbook of obsessive-compulsive and related disorders*. Oxford University Press.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist

- and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473.
<https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Van der Hallen, R., Evers, K., Brewaeys, K., Van den Noortgate, W., & Wagemans, J. (2015). Global processing takes time: A meta-analysis on local–global visual processing in ASD. *Psychological bulletin*, 141(3), 549.
<https://doi.org/10.1037/bul0000004>
- Van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 302–317.
<https://doi.org/10.1007/s10567-011-0097-0>
- Vargas, E., & Villar, G. (2019). Necesidad de investigación clínica regional en salud mental infantil: el caso del TEA. *Salud Mental*, 42(4), 195–201.
<https://revistasaludmental.gob.mx>
- Viteri, D. C. A., Ordóñez, J. M. E., Enríquez, F. M. H., & Robayo, D. I. R. (2021). Psicoterapia Online: Aplicación desde una perspectiva cognitivo-conductual. *Revista Cientific*, 6(22), 56-77. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.22.3.56-77>
- Weston, L., Hodgekins, J., & Langdon, P. E. (2021). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder (OCD) in individuals with autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013173.pub2>
- Wolters, L. H., de Haan, E., Hogendoorn, S. M., Boer, F., & Prins, P. J. (2016). Severe pediatric obsessive compulsive disorder and co-morbid autistic symptoms: Effectiveness of cognitive behavioral therapy. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 69-77.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.06.002>
- Yirmiya, N., Erel, O., Shaked, M., & Solomonica-Levi, D. (1998). Meta-analyses comparing theory of mind abilities of individuals with autism, individuals with mental retardation, and normally developing individuals. *Psychological bulletin*, 124(3), 283. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.3.283>