

Comorbilidad entre el Trastorno del Espectro Autista y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo en Adultos: Análisis de un Caso Clínico con Diagnóstico Tardío

Comorbidity between Autism Spectrum Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder in Adults: Analysis of a Late-Diagnosed Case Study

Antonia Pilar Pacheco-Unguetti, Miguel Ángel Muñoz
Universidad de Granada, España

Resumen: La comorbilidad entre el trastorno del espectro autista (TEA) y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) presenta una elevada prevalencia, con una tasa del 10 al 35% según diferentes estudios. Las múltiples manifestaciones clínicas comunes entre ambos trastornos plantean desafíos significativos tanto para el diagnóstico diferencial como para la planificación de intervenciones terapéuticas adecuadas. Se presenta el caso de un joven de 21 años que solicita tratamiento psicológico para un TOC crónico, resistente a tratamiento farmacológico y a diversas intervenciones psicoterapéuticas previas. Durante la evaluación se detecta sintomatología característica del TEA, diagnóstico posteriormente confirmado por otros profesionales. Se analiza el proceso de evaluación, los objetivos terapéuticos y los motivos de la interrupción del tratamiento. Finalmente, se examinan los desafíos de manejar esta

Antonia Pilar Pacheco-Unguetti  [0000-0003-2614-2499](https://orcid.org/0000-0003-2614-2499) es doctora internacional en Psicología Experimental y Neurociencias del Comportamiento por la Universidad de Granada. Cuenta con amplia experiencia profesional en los ámbitos clínico y jurídico. Actualmente es profesora del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada, y miembro del Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC) de la misma Universidad.

Miguel Ángel Muñoz  [0000-0002-8361-7297](https://orcid.org/0000-0002-8361-7297) es Doctor por la Universidad de Granada. Docente en la Universidad de Granada desde el año 2011, actualmente es Profesor Titular en esta Universidad, compaginando labores docentes y de investigación. Ha participado como investigador colaborador en cinco proyectos de investigación y ha sido investigador principal de cuatro proyectos de investigación. Es actualmente miembro del grupo de investigación de Psicofisiología Humana y de la Salud (HUM-388).

Para citar este artículo: Pacheco-Unguetti, A.P. y Muñoz, M. A. (2025). Comorbilidad entre el Trastorno del Espectro Autista y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo en Adultos: Análisis de un Caso Clínico con Diagnóstico Tardío. *Clínica Contemporánea*, 16(3), Artículo e22. <https://doi.org/10.5093/cc2025a20>

La correspondencia de este artículo debe ser enviada a Antonia Pilar Pacheco-Unguetti al email: tpacheco@ugr.es



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

comorbilidad y se subraya la necesidad de adaptar las intervenciones, así como de promover la investigación y la sensibilización profesional.

Palabras clave: trastorno del espectro autista, trastorno obsesivo-compulsivo, comorbilidad, diagnóstico diferencial, diagnóstico tardío, conductas repetitivas, estudio de caso

Abstract: Comorbidity between autism spectrum disorder (ASD) and obsessive-compulsive disorder (OCD) has a high prevalence, with rates ranging from 10 to 35% according to different studies. The multiple shared clinical manifestations between both disorders present significant challenges for both differential diagnosis and the planning of appropriate therapeutic interventions. This article presents the case of a 21-year-old man seeking psychological treatment for chronic OCD, resistant to pharmacological treatment and various previous psychotherapeutic interventions. During the evaluation, symptoms characteristic of ASD were detected, a diagnosis later confirmed by other professionals. The evaluation process, therapeutic goals, and reasons for treatment interruption are analyzed. Finally, the challenges of managing this comorbidity are examined, and the need to adapt interventions, as well as to promote research and professional awareness, is emphasized.

Keywords: autism spectrum disorder, obsessive-compulsive disorder, comorbidity, differential diagnosis, late diagnosis, repetitive behaviors, case study

La conceptualización del autismo ha evolucionado significativamente desde las primeras descripciones de Kanner (1943) y Asperger (1944), hasta la perspectiva contemporánea que lo concibe como un síndrome de gran complejidad clínica (Rosen et al., 2021). En este sentido, la adopción del concepto de “espectro” resulta fundamental para reconocer la heterogeneidad de sus manifestaciones, la cual tiene su origen en las marcadas diferencias intraindividuales a nivel cognitivo y en las diversas implicaciones multidimensionales que estas conllevan.

En la última revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR; APA, 2022), el Trastorno del Espectro Autista (TEA) se incluye dentro de los trastornos del neurodesarrollo, y su sintomatología se agrupa en dos categorías principales: 1) déficits en la comunicación e interacción social; y 2) patrones restringidos y repetitivos de conducta, intereses o actividades. Este enfoque del DSM-5-TR supone algunos cambios significativos respecto a clasificaciones anteriores que han generado cierta controversia en el ámbito clínico (Rosen et al., 2021). Principalmente, porque al establecer criterios más específicos y restrictivos podría reducirse la sensibilidad diagnóstica, excluyendo a personas con presentaciones atípicas que no se ajustan al perfil definido en el manual (Romero et al., 2016; Turygin, et al., 2013). Este reto que plantea la aplicación de criterios tan específicos se magnifica en la práctica clínica, donde las presentaciones atípicas suelen solaparse con otras condiciones, dificultando el diagnóstico diferencial (Hus y Segal, 2021; Petrolli y Vicente, 2022).

La ausencia de comorbilidad es la excepción en el TEA. Aunque las cifras de prevalencia varían considerablemente entre estudios, se ha señalado que más del 70% de los individuos con diagnóstico de TEA presentan al menos una comorbilidad, incluyendo todo tipo de condiciones médicas (Khachadourian et al., 2023). Si nos centramos exclusivamente en trastornos psiquiátricos, se estima que un 95% de los jóvenes con TEA presentan tres o más trastornos concomitantes (Joshi et al., 2010). Entre estos, los más frecuentes son el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los trastornos de ansiedad, los trastornos disruptivos, del control

de impulsos y de la conducta, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y los trastornos depresivos (Barlattani et al., 2023; Lai et al., 2019). La elevada concurrencia de estos trastornos supone un gran obstáculo para la detección, ya que la superposición de síntomas puede enmascarar el cuadro completo, dificultando tanto el diagnóstico diferencial como la planificación de las intervenciones eficaces (Hus y Segal, 2021).

Una de las comorbilidades más frecuentes y, a la vez, más complejas desde el punto de vista diagnóstico, es la que existe entre el TEA y el TOC, con una prevalencia que se sitúa entre el 10 y el 35% según el tipo de estudio (Aymerich et al., 2024; Ferrara et al., 2025; Jassi et al., 2023; Martín et al., 2020; Van Steensel et al., 2011; Vannucchi et al., 2013). Aunque en los dos casos se observan conductas repetitivas, la distinción fundamental desde el punto de vista clínico reside en la experiencia interna que las impulsa y la función que cumplen. En el TOC, el estado interno es de ansiedad y angustia provocado por obsesiones egodistónicas, y la compulsión es un acto instrumental para neutralizar ese malestar o prevenir un suceso temido.

En el TEA, la motivación suele ser egosintónica y el ritual es un acto buscado activamente para obtener placer, orden o predictibilidad. Esta diferencia funcional también aparece en el contenido: las obsesiones en el TOC suelen girar en torno a temas como la contaminación, la limpieza, el orden o las supersticiones, mientras que los intereses intensos del TEA se centran en dominios cognitivos de interés para la persona (Griffiths et al., 2017; Paula-Pérez, 2013).

La dificultad para diferenciar entre trastornos es uno de los muchos factores que contribuyen a los retrasos en el diagnóstico. Este hecho tiene implicaciones significativas, ya que históricamente gran parte de la investigación sobre autismo se ha centrado en los beneficios de la detección e intervención tempranas, dejando en un segundo plano las consecuencias que enfrentan quienes reciben un diagnóstico tardío (Kiehl et al., 2024; Russell et al., 2025). Estos casos se asocian a un largo historial de valoraciones clínicas parciales que conducen a tratamientos ineficaces, una mayor vulnerabilidad psiquiátrica y un profundo desgaste derivado del uso continuado de estrategias de enmascaramiento como mecanismo de adaptación social (de Broize et al., 2022; Lupindo et al., 2023; Nayyar et al., 2025).

Aunque las manifestaciones clínicas del TEA aparecen antes de los 3 años, la variabilidad es tal que su identificación temprana resulta sumamente difícil. Comprender y explicar la conexión clave entre obsesiones y compulsiones requiere conocimientos y habilidades que se adquieren por el niño más tarde. Esto, sumado al desarrollo de estrategias compensatorias y al hecho de que los síntomas centrales relacionados con la interacción social suelen volverse más evidentes conforme aumentan las demandas sociales, a menudo dilata el proceso de diagnóstico o impide una correcta identificación en la infancia. Otro factor que también podría estar contribuyendo es la acomodación familiar a los rituales, un fenómeno frecuente que se ha asociado en la literatura a una mayor gravedad del TOC y a peores resultados en el tratamiento (Lebowitz et al., 2012).

En la práctica clínica, un diagnóstico dual de TEA y TOC a menudo se traduce en un mayor deterioro funcional y una respuesta menos favorable a las intervenciones, tanto psicoterapéuticas como farmacológicas (Ferrara et al., 2025; Jassi et al., 2023; Parenteau et al., 2021). Esta falta de respuesta obliga a revisar los abordajes convencionales, ya que la dificultad no reside en la “suma” de dos trastornos por separado, sino en su compleja interacción, un aspecto a menudo ignorado en la práctica clínica actual (Petrolini y Vicente, 2022). El presente artículo expone un caso clínico con diagnóstico tardío de TEA y TOC, con el objetivo de ilustrar tanto las dificultades en su identificación como las consecuencias de un abordaje terapéutico no integrado.

Caso clínico

Identificación del paciente

Se presenta el caso de Asier (nombre ficticio), un chico de 21 años de edad, soltero, de nacionalidad española. Reside en el domicilio familiar con sus padres y su hermana de 18 años. En el momento de la consulta, se encuentra cursando el segundo año de un grado universitario.

Análisis del motivo de consulta

Asier acude a consulta acompañado por su madre, quien asume un papel dominante en la interacción durante toda la sesión. La madre señala que el motivo principal de solicitar tratamiento son las compulsiones de diferente modalidad y naturaleza que realiza su hijo, las cuales enlentecen e interrumpen cualquier actividad por simple que ésta sea. Dichas conductas interfieren significativamente en la dinámica familiar y generan una marcada dependencia de ella para los desplazamientos y las actividades de la vida diaria. Por su parte, Asier manifiesta expresamente su deseo de no cambiar hábitos o estilos de relación, y solicita ayuda exclusivamente para reducir los rituales relacionados con el estudio para mejorar su rendimiento académico. Ambos coinciden en que el tratamiento farmacológico actual para el TOC no está resultando efectivo y sería conveniente combinarlo con otra alternativa terapéutica.

Historia del problema

De pequeño, Asier no presentó alteraciones en el desarrollo motor ni del lenguaje, pero sí una regresión en el control de esfínteres coincidiendo con el nacimiento de su hermana. En la infancia le diagnosticaron una hipoacusia unilateral que ha derivado en la pérdida total de audición, motivo por el que tiene reconocido un grado de discapacidad del 33% desde hace tres años.

En cuanto a su desarrollo social, este ha estado marcado por dificultades persistentes desde la infancia. Asier no recuerda haber tenido amigos, y los intentos de sus padres por integrarlo para jugar en el parque o en deportes de equipo resultaban infructuosos. Según su madre: *“Siempre ha sido distinto, como si le diera miedo la gente. Lo hemos apuntado a todo tipo de deportes y actividades, pero él prefiere estar solo con sus libros”*. Estas dificultades se manifestaban también en la comunicación no verbal (evitación del contacto visual en las interacciones sociales, disminución de la expresión facial o incongruente con sus emociones), pero la familia siempre encontró en los problemas de audición y en los intereses en temas extremadamente restringidos (lectura, documentales y visitas a museos) el motivo de su tendencia a aislarse. Dicha tendencia lo hizo vulnerable al acoso escolar que sufrió en silencio durante años.

Este patrón se mantiene en la actualidad, con un círculo social muy reducido que se limita a su familia y a un “estudiante colaborador” (figura de apoyo asignada por la universidad), con quien ha realizado alguna actividad lúdica puntual. Su enfoque para las interacciones es altamente estructurado y cognitivo, no intuitivo. Como estrategia compensatoria, elabora y repasa listas mentales con temas de conversación o datos de interacciones previas para tener un guion del que partir. Incluso durante viajes familiares, su objetivo principal no es la convivencia, sino visitar los museos de la ciudad a ser posible en solitario. Además, sus conversaciones tienden a girar exclusivamente en torno a sus temas de interés.

Asier sitúa el inicio de sus rituales al finalizar 6º de Primaria, cuando cambió de colegio tras sufrir acoso escolar durante dos años. Comenzó haciendo algunos rituales durante el trayecto al nuevo colegio con la finalidad de “tener suerte” y, gradualmente, fue sumando más y ampliándolos a otros entornos. Muchos de esos rituales se han mantenido presentes hasta la actualidad y otros se han ido modificando con el tiempo y entrelazando entre sí. Asier no recuerda periodos de mejoría o libres de compulsiones desde esa época.

Actualmente, estima que dedica aproximadamente 8 horas al día a realizar rituales y en todos los contextos sin excepción. Sus obsesiones se centran principalmente en el desempeño académico y social: miedo a suspender y no poder acabar la carrera, y temor a bloquearse en una situación social y que no le den otra oportunidad. Para neutralizar ese tipo de pensamientos recurrentes predominan los rituales de comprobación, orden y supersticiosos. Así, por ejemplo, lee dos veces las tres primeras palabras de cada frase y, en la tercera ocasión, la lee completa para asegurarse de comprenderla. En otros casos, asiente tres veces con la cabeza para memorizar cada frase del material que estudia. En contextos sociales, repatea cuatro veces antes de responder a una pregunta para garantizar que su aportación será interesante, o repasa mentalmente la lista de los temas de interés que ha elaborado para cada persona antes de iniciar

una conversación. Además, cuenta los pasos al caminar por la calle procurando que el tercero coincida con la entrada principal de edificios o tiendas durante los desplazamientos entre su casa y la universidad para “tener suerte”.

El historial terapéutico/psiquiátrico de Asier de los últimos cuatro años es extenso, involucra a múltiples profesionales y pone de manifiesto la naturaleza resistente de su cuadro clínico. En el ámbito psicológico, ha recibido tratamiento de forma intermitente en dos centros privados y en una asociación especializada en TOC. Asier refiere haber abandonado esas intervenciones a las pocas sesiones porque el enfoque terapéutico se centraba exclusivamente en la reducción de los rituales, objetivo que le generaba resistencia y malestar. De forma paralela, dos psiquiatras le han prescrito diversos fármacos con el objetivo de reducir la sintomatología obsesivo-compulsiva. La pauta ha incluido sertralina, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) de primera línea, y clomipramina, un antidepresivo tricíclico. La respuesta clínica a ambos fue escasa y, además, abandonó los tratamientos por iniciativa propia durante los períodos de alta carga académica debido a la intolerancia a los efectos secundarios (p.ej. somnolencia, fatiga) que le impedían estudiar. En el momento de solicitar asistencia psicológica se encontraba en tratamiento farmacológico con fluoxetina, otro ISRS de primera línea prescrito en un nuevo intento por controlar los síntomas, aunque el último informe de su psiquiatra advierte de un pronóstico desfavorable.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos

Procedimiento de evaluación

Tras realizar una primera entrevista con Asier y su madre, la primera autora de este trabajo (APP-U) procedió a iniciar la fase de evaluación psicológica. Esta incluyó:

- 1) Entrevista individual con Asier.
- 2) Administración de pruebas psicométricas, orientadas a medir sintomatología relacionada con el motivo de consulta: obsesiones-compulsiones, ansiedad, preocupaciones, impulsividad, atención y autoestima.
- 3) Revisión de la documentación aportada por la madre:
 - Certificado del grado de discapacidad del 33%, emitido por el Centro de Valoración y Orientación (CVO), con base en el diagnóstico de hipoacusia unilateral y TOC.
 - Informe de valoración psicológica con diagnóstico de TOC para el CVO.
 - Informes de seguimiento psiquiátrico correspondientes a los últimos cuatro años de varios profesionales.
 - Informe anual de apoyos/adaptaciones de la universidad, donde se le reconoce la condición de estudiante con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE), las adaptaciones curriculares pertinentes y se le asigna un estudiante colaborador como figura de apoyo para apoyo académico y facilitar la comunicación con el profesorado.

A raíz de estas primeras actuaciones y de la sospecha clínica de un posible TEA, se procedió a una segunda fase de evaluación más específica. Esta se desarrolló en dos vías paralelas. Por un lado, se derivó a Asier a un neuropsicólogo para una valoración externa. El informe de este profesional confirmó el diagnóstico de TEA basándose en una completa evaluación que incluyó varias entrevistas, la cuantificación de rasgos autistas mediante una escala de cribado y una batería de pruebas para explorar dominios clave como las funciones ejecutivas y la cognición social (teoría de la mente y procesamiento emocional). Por otro lado, se amplió la evaluación psicológica propia con las siguientes acciones:

- Entrevista individual con la madre de Asier, orientada a recopilar información sobre la historia evolutiva, antecedentes familiares y posibles indicadores asociados al TEA (se emplearon algunas secciones de la Entrevista Diagnóstica de Autismo Revisada, ADI-R; Rutter et al., 2003; versión española de Nanclares-Nogués et al., 2006).

- Entrevistas a Asier y administración de pruebas psicométricas para evaluar habilidades sociales, asertividad, miedo a la evaluación negativa, personalidad e inteligencia, debido a la sospecha de un cociente intelectual elevado.

En total, el proceso de evaluación completo se desarrolló a lo largo de siete sesiones de aproximadamente una hora de duración, sin contar la sesión final para la devolución de los resultados.

Instrumentos de evaluación

- *Inventario de Obsesiones-Compulsiones de Maudsley, MOCI* (Hodgson y Rachman, 1977): cuestionario de 30 preguntas tipo verdadero/falso que evalúa la presencia de cuatro tipos de obsesiones (comprobación, limpieza, enlentecimiento y duda) y ofrece una puntuación global.
- *Cuestionario de Ansiedad Rasgo, STAI-R* (Spielberger et al., 1970; versión española de TEA, 1982): autoinforme que evalúa mediante 20 preguntas la ansiedad como rasgo latente de personalidad, y su manifestación general y permanente a lo largo del tiempo y las situaciones.
- *Inventario de Preocupación de Pensilvania, PSWQ* (Meyer et al., 1990; adaptación española de Nuevo et al., 2002): evalúa la tendencia general a preocuparse, también llamada preocupación-rasgo, mediante 16 preguntas y en una escala de intervalo.
- *Test de Impulsividad de Barrat, BIS-11* (Patton et al., 1995; versión española de Oquendo et al., 2001): consta de 30 ítems autoevaluados, ofrece una puntuación global y puntuación en las subescalas de falta de planificación, impulsividad motora e impulsividad cognitiva.
- *Test de atención d2* (Brickenkamp, 2002; versión española de Seisdedos, 2012): test de tiempo limitado que mide la velocidad de procesamiento, la capacidad para seguir instrucciones y la bondad de la ejecución en una tarea de discriminación entre estímulos visuales equivalentes.
- *Escala de Autoestima de Rosenberg, EAR* (1965; versión española de Martín-Albo et al., 2007): evaluación global de la autoestima en población clínica adulta. Consta de 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de uno mismo.
- *Escala de Habilidades Sociales, EHS* (Gismero, 2000): evalúa conducta asertiva y habilidades sociales mediante 33 ítems y 6 factores: 1) autoexpresión en situaciones sociales, 2) defensa de los propios derechos como consumidor, 3) expresión de enfado o disconformidad, 4) decir no y cortar interacciones, 5) hacer peticiones, y 6) iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.
- *Inventario de Asertividad de Rathus, RAS* (Rathus, 1973; versión española de León y Vargas, 2009): mide la capacidad de una persona de expresarse de forma asertiva en situaciones sociales. Consta de 30 ítems que describen diferentes comportamientos y actitudes (p. ej. expresar desacuerdos, manejar críticas, etc.).
- *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, FNE* (Watson y Friend, 1969): consta de 30 ítems y evalúa el grado de aprensión cuando se prevé una evaluación negativa por los demás.
- *Inventario de Evaluación de Personalidad PAI* (Morey, 1991, 2007; versión española de Ortiz-Tallo et al., 2011): instrumento que ofrece una evaluación comprehensiva de la psicopatología en adultos. Contiene 344 ítems que permiten obtener puntuaciones en 22 escalas: 4 escalas de validez (inconsistencia, infrecuencia, impresión negativa e impresión positiva), 11 escalas clínicas (quejas somáticas, ansiedad, trastornos relacionados con la ansiedad, depresión, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos límites, rasgos antisociales, problemas con el alcohol y problemas con las drogas), 5 escalas de consideraciones para el tratamiento (agresión, ideaciones suicidas, estrés, falta de apoyo social y rechazo al tratamiento), y 2 escalas de relaciones interpersonales (dominancia y afabilidad).
- *Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos, WAIS-III* (Wechsler, 1999; adaptación al español por TEA Ediciones, 1999): escala de medida de inteligencia global formada por 14 subpruebas organizadas en dos escalas, una escala verbal (vocabulario, semejanzas, aritmética, retención de dígitos, información, comprensión, letras y números) y una escala manipulativa (figuras incompletas, diseño con cubos, ordenamiento de dibujos, rompecabezas, dígitos y símbolos, matrices, búsqueda de símbolos).
- *Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne, M-C SDS* (Crowne y Marlowe, 1960; versión

española de Ávila-Espada y Rodríguez, 1989): consta de 33 ítems y evalúa la deseabilidad social entendida como estilo tendencia a responder de forma socialmente deseable.

Resultados de las pruebas psicométricas

- *Inventario de Obsesiones-Compulsiones de Maudsley, MOCI*: Asier puntúa casi el máximo en las subescalas que miden compulsiones de comprobación 8/9 y duda 6/7, y el máximo en la de repetición 7/7. Sin embargo, no realiza apenas compulsiones relacionadas con la limpieza 3/11.
- *Cuestionario de Ansiedad Rasgo, STAI-R*: La puntuación de Asier en este test lo sitúa en un centil 90. Su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a responder a ellas de manera consecuente es superior a la del 90% de su población de referencia.
- *Inventario de preocupación de Pensilvania, PSWQ*: El rango de puntuaciones del PSWQ va de 16 a 80 y la puntuación de Asier es 66. Considerando que el punto de corte para la detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada es 56, Asier muestra una tendencia a preocuparse muy alta.
- *Escala de impulsividad de Barratt, BIS-11*: Asier obtuvo una puntuación total de 72 sobre 120. Puesto que la prueba no tiene un punto de corte definido, se ha tomado como referencia la muestra española (Salinas, Aguilar-Luzón y Fabregat, 2018), en la que dicha puntuación lo sitúa en el centil 75. Este resultado indica un nivel de impulsividad general superior al del 75% de la población de referencia. El desglose por dimensiones muestra una puntuación de 20 sobre 44 en impulsividad motora y de 20 sobre 44 en falta de planificación. Sin embargo, su mayor dificultad se manifiesta en la subescala de impulsividad cognitiva, donde obtiene la puntuación máxima posible (32 sobre 32), lo que es coherente con los problemas de concentración y la toma de decisiones rápidas observados en otras pruebas.
- *Test de atención d2*: En los índices de este test que miden aciertos, concentración y variación en la forma de trabajo, Asier tiene una puntuación centil entre 1 y 10. Sin embargo, sus errores de comisión y de omisión son 0 (lo que corresponde en ambos casos a un centil de 99).
De forma similar a lo que ocurre en las pruebas de inteligencia que requieren velocidad, Asier se asegura de no cometer errores, aunque sea a costa de una pobre ejecución.
- *Escala de Autoestima de Rosenberg, EAR*: Asier tiene una puntuación de 22 en esta escala. Valores inferiores a 25 se consideran “baja autoestima”.
- *Escala de Habilidades Sociales, EHS*: El perfil de Asier es el de una persona que se comporta o tiende a comportarse de manera poco asertiva de forma generalizada. Su puntuación global se sitúa en el centil 10, un resultado muy bajo que se refleja en todas las subescalas, no superando el centil 35 en ninguna. Esto se manifiesta en dificultades para defender sus derechos como consumidor (centil 5), la expresión de enfado o disconformidad (centil 15) y la iniciación de interacciones positivas con el sexo opuesto (centil 15). También muestra grandes limitaciones para hacer peticiones (centil 20) y decir “no” o cortar interacciones (centil 25). En conjunto, Asier muestra un estilo de comunicación pasivo en el que antepone los derechos de los demás a los suyos propios para evitar el conflicto.
- *Inventario de Asertividad de Rathus, RAS*: Las puntuaciones en esta escala tienen un rango de -90 a +90, considerándose puntuaciones óptimas aquellas comprendidas entre + 35 y +45. Asier muestra una puntuación de -14, lo que indica dificultades para expresar pensamientos o creencias de manera efectiva, así como sentimientos positivos/negativos. Además, encuentra relativa dificultad en hacer y rechazar demandas de otros, tiende a evitar discusiones y a menospreciarse por no herir los sentimientos de los demás.
- *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, FNE*: El rango de puntuaciones en esta escala es de 0 a 30, considerándose altos valores superiores a 21. Asier obtuvo 24, indicando la presencia de miedo ante la posibilidad de ser juzgado negativamente por otras personas.
- *Inventario de Evaluación de Personalidad PAI*: Dentro de las escalas clínicas, Asier presenta puntuaciones “Altas” en Depresión y Esquizofrenia (indiferencia social y alteración del pensamiento, principalmente), y puntuaciones “Medio-Altas” en Quejas somáticas (Hipocondría), Ansiedad, Trastornos relacionados con la Ansiedad (Estrés postraumático y Obsesivo-compulsivo), Manía (Nivel de actividad) y Rasgos

antisociales (Egocentrismo y Búsqueda de sensaciones). En las escalas relacionadas con el tratamiento, presenta una puntuación “Baja” en Rechazo al tratamiento y “Alta” en Ideaciones suicidas. En las escalas de relación personal muestra una puntuación “Baja” en Dominancia y “Medio-Baja” en Afabilidad. No presenta puntuaciones significativas en el resto de medidas.

- *Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos, WAIS-III*: En la Tabla 1 aparecen las puntuaciones de Asier en la escala de inteligencia. Dichos valores indican que, en relación con su grupo de referencia, Asier presenta un funcionamiento intelectual en el grado “inteligencia media” (su CI total oscila entre 94 y 108). Sin embargo, existe una gran diferencia entre los componentes verbales y manipulativos (119 y 80 respectivamente) de su CI total que provocan que este no pueda ser interpretado como una representación exacta de su rendimiento. Según esos índices, Asier tendría una capacidad de comprensión y expresión verbal superior a la del 90% de su población de referencia (CI verbal = centil 90), y una capacidad de razonamiento fluido, procesamiento espacial e integración visomotora inferior a la del 91% (CI manipulativo = centil 9). Estos datos hacen que resulte más significativo examinar los índices por separado que su CI total.

Tabla 1. Puntuaciones de Asier en los diferentes índices del WAIS-III y en la escala total, los centiles correspondientes y el intervalo de puntuaciones con un 90% de confianza

CI/ÍNDICE	CI-V	CI-M	CI-T	CV	OP	MT	VP
Puntuaciones CI/Índice	119	80	101	126	90	120	58
Centiles	90	9	53	96	25	91	0,3
Intervalos de confianza 90%	115-123	75-85	94-108	123-129	86-94	117-123	55-61

Nota. CI-V = Cociente Intelectual Verbal; CI-M = Cociente Intelectual Manipulativo; CI-T = Cociente Intelectual Total; CV = Comprensión Verbal; OP = Organización Perceptual; MT = Memoria de Trabajo; CP = Velocidad de Procesamiento

Si atendemos a las puntuaciones de estos, se aprecia fácilmente que no hay una falta de capacidad de razonamiento verbal (centil 96) o de memoria de trabajo (centil 91), sino que sus dificultades se dan exclusivamente en la rapidez y eficacia con la que se procesa la información (centil 0,3) y en organización perceptiva, capacidad para manipular y trabajar con materiales y estímulos visuales (centil 25). Asier se resiste a trabajar con rapidez por miedo a cometer errores, lo que sumado a la necesidad de realizar rituales motores y mentales mientras ejecuta las tareas, le lleva a enfrentarse a ellas de forma lenta y excesivamente perfeccionista. De hecho, comete cero errores en las tareas en las que tiene peor ejecución (búsqueda de símbolos y clave de números). Son estas limitaciones, y no la falta de capacidad, las que han influido en el deterioro significativo de sus puntuaciones y repercutido en el CI total.

- *Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne, M-C SDS*: La puntuación directa de Asier es de 15 y se corresponde con un percentil 35 en el baremo de adultos de la población general española (Gutiérrez y cols. 2016). Sus respuestas no muestran tendencia a presentarse de forma favorable, como se espera socialmente, ni negando características negativas de sí mismo.

Formulación del caso

Del análisis de las entrevistas y de los resultados extraídos de las pruebas e informes complementarios, y desde el marco teórico cognitivo-conductual, se pueden extraer varias conclusiones que permiten explicar el caso de Asier.

- 1) **Sintomatología psicopatológica:** Es fundamental señalar que Asier acudió a consulta con un diagnóstico de TOC ya consolidado, confirmado previamente por varios psicólogos y psiquiatras, y reconocido oficialmente para la valoración de su discapacidad. La evaluación actual confirma dicho diagnóstico, ya que el cuadro clínico cumple con los criterios del DSM-5-TR. El contenido de las obsesiones está relacionado con el miedo a no saber enfrentarse a situaciones sociales y la preocupación constante por los detalles y rendimientos académicos. Los rituales empleados para neutralizar esos pensamientos son motores y mentales. Esta sintomatología obsesivo-compulsiva resulta especialmente incapacitante, ya que se presenta de forma constante, se intensifica en periodos académicos y aumenta sus niveles de ansiedad, interfiriendo en su rendimiento cognitivo. Además, Asier presenta niveles significativamente elevados de actividad motora, quejas somáticas, sintomatología postraumática derivada del acoso escolar sufrido en la infancia y depresión con ideación suicida. Dicha sintomatología tiene un impacto negativo en su funcionamiento cognitivo y profundas implicaciones en las relaciones interpersonales, la salud y su calidad de vida en general.
- 2) **Comorbilidad con TEA:** El neuropsicólogo, tras evaluar las funciones ejecutivas y la cognición social, confirma la sospecha inicial y concluye que *“Asier presenta sintomatología compatible con un Trastorno del Espectro Autista de Nivel 1 (anteriormente conocido como Síndrome de Asperger), con comorbilidad con un Trastorno Obsesivo-Compulsivo”*. Dadas las abundantes manifestaciones de síntomas similares al TOC, el diagnóstico diferencial se ha realizado de forma cuidadosa, analizando la finalidad de las conductas repetitivas, los déficits en comunicación e interacción social, y la presencia de sintomatología desde el periodo de desarrollo temprano.
- 3) **Funcionamiento cognitivo:** Asier obtuvo resultados promedio en el funcionamiento intelectual general, aunque presentó una variabilidad significativa en su perfil cognitivo que hacen relevante la interpretación de los componentes de las escalas en lugar del CI total. En términos generales, manifiesta mejor su inteligencia a través de la comprensión y expresión verbal que en tareas que exigen su rapidez de proceso visual y velocidad motora. Esto puede explicarse en parte por su exagerada necesidad de perfeccionismo y los rituales asociados al TOC (relectura, comprobación de la ausencia de errores, rituales motores al escribir respuestas, etc.), que le llevan a enfrentarse a las tareas de forma lenta y poco eficiente. A pesar del alto funcionamiento cognitivo (puntuaciones entre los centiles 90 y 96 en varios índices), este se ve debilitado sustancialmente por su sintomatología clínica. Relacionado con esto, cabe señalar que sus puntuaciones en impulsividad cognitiva son altas (BIS-11) y presenta problemas de concentración, atención y en la toma de decisiones. Este bajo rendimiento, manifestado por ejemplo en su desempeño en el test d2, puede explicarse por la forma extremadamente estricta con que aborda las tareas que requieren velocidad de procesamiento priorizando la exactitud a la rapidez.
- 4) **Limitaciones funcionales:** La sintomatología descrita, junto a las dificultades de planificación y organización de recursos, genera en Asier importantes limitaciones en los ámbitos personal, familiar y social, incluyendo una notable falta de autonomía que obliga a su supervisión constante. En lo que respecta a su funcionamiento social, Asier presenta un estilo interpersonal o de comunicación pasivo, con incomodidad social, escasa habilidad para interpretar las claves sociales que facilitan la comprensión de las relaciones interpersonales y dificultades para expresar pensamientos, creencias o necesidades de manera efectiva. Desde su infancia, ha mantenido una marcada pauta de evitación de situaciones sociales, lo que ha derivado en un aislamiento progresivo y en la percepción actual de una red de apoyo social limitada. En concreto, solo se relaciona con su familia directa y con el estudiante colaborador asignado por la universidad.

En definitiva, la evolución psico-biográfica de Asier indica que desde la primera infancia mostraba una marcada falta de interés por las interacciones sociales, intereses muy limitados y patrones rígidos de comportamientos y adherencia a rutinas. Estos signos fueron inicialmente atribuidos por su entorno a las dificultades asociadas a la hipoacusia que padece, sin considerar la posibilidad de un trastorno del desarrollo. La sintomatología relativa al TOC comenzó a manifestarse tras el acoso escolar y el cambio de colegio, evolucionando de forma progresiva y comórbida con el TEA. Los síntomas de ambos trastornos se han ido entremezclando a lo largo del tiempo, dificultando la identificación y provocando que los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos se hayan centrado exclusivamente en las conductas ritualizadas características del TOC. La falta de un diagnóstico adecuado provocó que tanto Asier como su entorno desarrollaran estrategias compensatorias que han contribuido de manera decisiva al mantenimiento y la cronificación de los síntomas. Estas incluyen desde las estrategias cognitivas del propio Asier (como la elaboración de guiones mentales para socializar), hasta la acomodación familiar a sus rituales e intereses restringidos (colocar los objetos de una manera específica para él, planificar el ocio según sus intereses, etc.).

Objetivos y curso de la intervención

Objetivos de intervención

El objetivo general es mejorar el funcionamiento global de Asier, proporcionándole estrategias efectivas para gestionar las demandas del entorno, reducir la frecuencia de los rituales obsesivo-compulsivos y fomentar su adaptación social, emocional y autonomía, considerando sus particularidades asociadas al TEA.

Los objetivos específicos de la intervención son los siguientes:

- Psicoeducación sobre la comorbilidad TEA-TOC y entrenamiento familiar en estrategias para manejar las conductas ritualizadas y favorecer la adaptación al entorno.
- Implementar técnicas de regulación emocional para reducir la ansiedad en situaciones percibidas como amenazantes, especialmente en el contexto académico.
- Reducción de la frecuencia e intensidad de los rituales obsesivo-compulsivos desde un enfoque centrado en la tolerancia a la incertidumbre y flexibilidad.
- Entrenamiento de las capacidades propias de la función ejecutiva (anticipación, planificación, flexibilidad cognitiva, autorregulación, etc.), con objeto de reducir la rigidez conductual y mejorar su capacidad de adaptación a los cambios.
- Entrenamiento de las habilidades pragmáticas y conversacionales, así como aspectos relacionados con el lenguaje no verbal (contacto ocular, lenguaje gestual, orientación corporal, etc.).
- Promoción de la autonomía personal y gestión eficiente del tiempo, favoreciendo la independencia en actividades cotidianas.

Selección de la intervención

El tratamiento elegido para Asier es de tipo cognitivo-conductual, dada la evidencia científica que avala su eficacia para el tratamiento de personas con comorbilidad TEA-TOC (Kose et al., 2018; Öst et al., 2016; Paula-Pérez, 2013; Van Steensel et al., 2011). De todos modos, la intervención cognitivo-conductual se diseña con adaptaciones para las características específicas de Asier y atendiendo a sus requerimientos y prioridades de la primera consulta. En la fase inicial, se acuerda implementar una modalidad terapéutica presencial con periodicidad semanal, incluyendo la psicoeducación y entrenamiento en técnicas específicas a su madre. Este enfoque se plantea en combinación con el tratamiento farmacológico que prescriba su psiquiatra tras ser informado del nuevo diagnóstico.

Aplicación de la intervención

Tras la confirmación diagnóstica por parte del neuropsicólogo, este profesional realizó una sesión de devolución con la familia para explicarles el informe y las implicaciones del diagnóstico de TEA. Sin embargo, los padres mostraron una notable reticencia a aceptar esta nueva información, prefiriendo abordar sus dudas y malestar con la terapeuta principal (APP-U), debido a la alianza terapéutica ya establecida. Por este motivo, la intervención se inició con una fase de psicoeducación a la madre de Asier, quien se encargaría de transmitir la información al resto de la familia. El objetivo era que tuviera un entendimiento más profundo de la comorbilidad TEA-TOC, reformulando conductas que hasta entonces se habían malinterpretado, por ejemplo, su tendencia a aislarse se explicó como una manifestación de sus intereses absorbentes, y se diferenció entre los rituales egosintónicos del TEA (que le aportan orden) y las compulsiones egodistónicas del TOC (que buscan reducir el malestar). Paralelamente, se realizaron otras actuaciones clave: se recomendó una futura valoración específica para altas capacidades intelectuales, se envió un informe al psiquiatra solicitando la revisión de la medicación y otro informe al coordinador de NEAE de su centro académico solicitando el cumplimiento de las adaptaciones curriculares en todas las asignaturas.

Estas actuaciones iniciales resultaron eficaces, generando un clima familiar de mayor comprensión y apoyo en casa, y una mejoría en el estado de ánimo de Asier, especialmente al garantizarle el formato oral de los exámenes (los rituales de lectura y de comprobación le impedían demostrar sus conocimientos en el tiempo establecido para el tipo test).

A pesar del comienzo positivo, la intervención con Asier no llegó a consolidarse. El proceso, que también comenzó con una sesión de psicoeducación sobre su propio perfil diagnóstico, siguió un patrón de interrupciones recurrentes. Tras 2-3 sesiones de tratamiento al inicio de cada cuatrimestre, la madre de Asier comunicaba que habían consensuado interrumpir el tratamiento hasta la finalización del periodo de exámenes. La razón principal era que necesitaba dedicar el tiempo de desplazamiento y de la consulta al estudio, y anticipaba que la intervención le demandaría cambios en sus hábitos y/o rutinas que no deseaba implementar en periodos clave del curso. Su visión instrumental del proceso de tratamiento se hizo evidente en una de sus reincorporaciones, que fue exclusivamente para solicitar una actualización de un informe que necesitaba para renovar la discapacidad por TOC en el Centro Base.

Esta interrupción recurrente, tanto de la psicoterapia como del tratamiento farmacológico, impidió la consecución de avances significativos en la mejora de los síntomas como presumiblemente había ocurrido con otros profesionales. En total, se realizaron siete sesiones de intervención con él (incluyendo la de devolución de resultados, la de psicoeducación y las de tratamiento intermitente). El proceso nunca superó esta fase inicial, por lo que no fue posible realizar una evaluación post-intervención para medir posibles cambios.

Discusión

La presentación comórbida TEA y TOC representa un escenario clínico de gran complejidad, donde la superposición de síntomas como la rigidez cognitiva, la inflexibilidad o las conductas repetitivas no solo conduce a un diagnóstico impreciso, sino también a un abordaje terapéutico ineficaz (Parenteau et al., 2021; Paula-Pérez, 2013). El caso de Asier constituye un ejemplo práctico de las consecuencias de esta complejidad diagnóstica. A sus 21 años, ya acumulaba numerosas intervenciones dirigidas exclusivamente a su sintomatología de TOC, un enfoque sistemáticamente insatisfactorio a nivel personal, social y académico al ignorar el TEA subyacente.

Esta falta de éxito de las intervenciones previas en centros privados y una asociación especializada en TOC podría explicarse por un enfoque que malinterpretó la naturaleza de los síntomas al ignorar el TEA. En dichos contextos, el objetivo se centró en eliminar los rituales mediante técnicas estándar como la exposición con prevención de respuesta (EPR). Este abordaje a menudo resulta ineficaz porque busca extinguir la ansiedad del TOC sin considerar que muchos rituales son un mecanismo de auto-regulación en el TEA, cuya función es egosintónica y está orientada a obtener placer o predictibilidad, a diferencia de la compulsión egodistónica del TOC que busca reducir el malestar. La intervención recomendada en estos casos de comorbilidad suele

ser multimodal, integrando estrategias adaptadas que respeten la función reguladora de los rituales propios del TEA, evitando la extinción indiscriminada de todas las conductas repetitivas, y combinando EPR con un entrenamiento en habilidades sociales y el uso funcional de los intereses restringidos, entre otros objetivos (Paula-Pérez, 2013).

A este error en el enfoque terapéutico se sumaron otros factores que contribuyeron a enmascarar el diagnóstico durante años. Por un lado, la alta capacidad intelectual de Asier y sus intereses por la lectura o los documentales fueron interpretados por su entorno como signos de un niño inteligente que prefería la soledad, y no como intereses restringidos característicos del autismo. De hecho, el perfil de fortalezas y debilidades que se observó en la evaluación cognitiva fue tan relevante que una de las recomendaciones clínicas que se le dieron a la familia fue la de realizar en el futuro una valoración específica para altas capacidades intelectuales. Esta capacidad compensatoria a nivel intelectual y el “camuflaje” de las dificultades sociales son factores comunes en los casos de diagnóstico tardío en la edad adulta (Russell et al., 2024). Por otro lado, sus dificultades de socialización desde niño fueron principalmente atribuidas a la hipoacusia, considerándose una reacción normal a las barreras de comunicación. Esta combinación de factores, junto con la acomodación familiar respecto a los rituales, enmascaró la existencia de la sintomatología durante años, cronificándola hasta limitar significativamente su capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria de manera autónoma.

De la misma forma, los diferentes tratamientos farmacológicos tampoco consideraron el TEA subyacente. Aunque la literatura recoge que las comorbilidades psiquiátricas pueden generar resistencia a los tratamientos farmacológicos (Ferrara et al., 2025), la falta de respuesta positiva a la medicación no fue una señal de alerta para los distintos psiquiatras sobre un diagnóstico incompleto, sino otro factor que prologó el malestar de Asier, el proceso de cronificación y generó más sensación de frustración en la familia.

Aunque no se ha logrado implementar una intervención integral para ayudar a Asier, el proceso diagnóstico en sí mismo supuso un avance clínico significativo. La intervención inicial, centrada en la psicoeducación, logró que la familia comprendiera la comorbilidad y las manifestaciones de ambos trastornos. Esto cambió la dinámica familiar, pasando de responsabilizar a Asier por su incapacidad para controlar los rituales a entender la función autorreguladora que cumplían muchos de ellos. Esto facilitó la creación de un entorno más comprensivo y ajustó las expectativas de cambio a sus necesidades y capacidades reales, enfoque que prioriza la psicoeducación y adaptación del entorno sobre la simple extinción de síntomas (Paula-Pérez, 2013).

Sin embargo, a pesar de estos beneficios iniciales, el estado crónico y la compleja interacción de síntomas demostraron ser barreras insalvables para una terapia continuada, resultando en un pronóstico clínico desfavorable. La resistencia por parte de Asier era doble. Por un lado, un rechazo explícito a repetir experiencias terapéuticas previas centradas exclusivamente en la extinción de rituales. Por otro, la gestión inflexible del tiempo, ya que consideraba que las 8 horas diarias dedicadas a rituales sumadas a las horas de clase, reducían tanto su jornada de estudio que no podía comprometerse con la terapia hasta los periodos vacacionales.

Finalmente, es necesario señalar las limitaciones de este estudio inherentes a un caso clínico. A nivel metodológico, la valoración neuropsicológica externa no incluyó de la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo, segunda edición (ADOS-2; Lord et al., 2015), instrumento de referencia para este ámbito. De la misma forma, la valoración cognitiva se realizó con una versión de la escala WAIS que, aunque fue útil para identificar el perfil del paciente y recomendar una valoración externa, está desactualizada. A pesar de estas ausencias, el diagnóstico no se apoyó en una única medida, sino en la convergencia de datos de múltiples fuentes y una extensa evaluación psicométrica y neuropsicológica.

En general, el caso de Asier ilustra las graves consecuencias de un diagnóstico tardío y la complejidad de la comorbilidad TEA-TOC, señalando la necesidad de mayor sensibilización profesional en este ámbito. Además, refuerza la “conceptualización del caso” como una competencia clínica clave, ya que permite evaluar la práctica clínica y ayuda a adaptar y a optimizar las herramientas disponibles para perfeccionar las intervenciones (Gilboa-Schechtman, 2024). La evidencia científica debe ser la base fundamental para la formación de los profesionales de la salud, pero es importante destacar que teoría, investigación y práctica clínica se complementan mutuamente favoreciendo el progreso de nuestra disciplina.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text revision; DSM-5-TR). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Asperger, H. (1944). Die autistischen Psychopathen im Kindesalter. *Archiv für psychiatrie und nervenkrankheiten*, 117(1), 76-136.
- Ávila-Espada, A. y Rodríguez, M. C. (1989). Evaluación de la deseabilidad social y correlatos defensivos emocionales. Adaptación castellana de la Escala de Crowne y Marlowe. En A. Echevarría y D. Páez (Eds.), *Emociones: perspectivas psicosociales* (pp. 505-514). Fundamentos.
- Aymerich, C., Pachó, M., Catalan, A., Yousaf, N., Pérez-Rodríguez, V., Hollocks, M. J., Parellada, M., Krebs, G., Clark, B. y 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), Artículo e379. <https://doi.org/10.3390/brainsci14040379>
- Barlattani, T., D'Amelio, C., Cavatassi, A., De Luca, D., Di Stefano, R., Di Berardo, A., Mantenuto, S., Minutillo, F., Leonardi, V., Renzi, G., Russo, A., Rossi, A. y Pacitti, F. (2023). Autism spectrum disorders and psychiatric comorbidities: a narrative review. *Journal of Psychopathology*, 29(1-2), 3-24. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-N281>
- Brickenkamp, R. (2002). *D2, Test de Atención*. TEA Ediciones.
- Crowne, D. P. y Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354. <https://doi.org/10.1037/h0047358>
- de Broize, M., Evans, K., Whitehouse, A. J., Wray, J., Eapen, V. y Urbanowicz, A. (2022). Exploring the experience of seeking an autism diagnosis as an adult. *Autism in Adulthood*, 4(2), 130-140. <https://doi.org/10.1089/aut.2021.0028>
- Ferrara, F., Vaira, F., D'Agostino, L., Ottaviano, M. y Marini, S. (2025). Psychiatric symptoms and comorbidities in autism spectrum disorder: A narrative review. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 25(1), 1108-1116. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2025.25.1.0167>
- Gilboa-Schechtman, E. (2024). Case conceptualization in clinical practice and training. *Clinical Psychology in Europe*, 6, Article e12103. <https://doi.org/10.32872/cpe.12103>
- Gismero, E. (2000). *EHS, Escala de Habilidades Sociales*. TEA Ediciones.
- Griffiths, D. L., Farrell, L. J., Waters, A. M. y White, S. W. (2017). Clinical correlates of obsessive-compulsive disorder and comorbid autism spectrum disorder in youth. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 14, 90-98. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.06.006>
- Gutiérrez, S., Sanz, J., Espinosa, R., Gesteira, C. y García-Vera, M. P. (2016). La Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne: baremos para la población general española y desarrollo de una versión breve. *Anales de Psicología*, 32(1), 206-217. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.185471>
- Hodgson, R. J. y Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 389-395. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0)
- Hus, Y. y Segal, O. (2021). Challenges Surrounding the Diagnosis of Autism in Children. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 3509-3529. <https://doi.org/10.2147/NDT.S282569>
- Jassi, A. D., Vidal-Ribas, P., Krebs, G., Mataix-Cols, D. y Monzani, B. (2023). Examining clinical correlates, treatment outcomes and mediators in young people with comorbid obsessive-compulsive disorder and autism spectrum disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(7), 1201-1210. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01921-4>
- Joshi, G., Petty, C., Wozniak, J., Henin, A., Fried, R., Galdo, M., Kotarski, M., Walls, S. y Biederman, J. (2010). The heavy burden of psychiatric comorbidity in youth with autism spectrum disorders: a large comparative study of a psychiatrically referred population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1361-1370. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0996-9>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2(3), 217-250.

- Khachadourian, V., Mahjani, B., Sandin, S., Kolevzon, A., Buxbaum, J. D., Reichenberg, A. y Janecka, M. (2023). Comorbidities in autism spectrum disorder and their etiologies. *Translational Psychiatry*, 13(1), Artículo e71. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02374-w>
- Kiehl, I., Pease, R. y Hackmann, C. (2024). The adult experience of being diagnosed with autism spectrum disorder: A qualitative meta-synthesis. *Autism*, 28(5), 1060-1074. <https://doi.org/10.1177/13623613231220419>
- Kose, L. K., Fox, L. y 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>
- Lai, M. C., Kasse, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., Szatmari, P. y Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819-829. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J. y Bloch, M. H. (2012). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(2), 229–238. <https://doi.org/10.1586/ern.11.200>
- León, M. y Vargas, T. (2009). Validación y estandarización de la escala de asertividad de Rathus (R.A.S.) en una muestra de adultos costarricense. *Revista Costarricense de Psicología*, 28(41-42), 187-205.
- Lord, C., Luyster, R. J., Gotham, K. y Guthrie, W. (2015). *ADOS-2. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2. Manual*. Western Psychological Services.
- Lundström, S., Reichenberg, A., Melke, J., Råstam, M., Kerekes, N., Lichtenstein, P., Gillberg, H. y Anckarsäter, H. (2015). Autism spectrum disorders and coexisting disorders in a nationwide Swedish twin study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(6), 702-710. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12329>
- Lupindo, B.M., Maw, A. y Shabalala, N. (2023). Late diagnosis of autism: exploring experiences of males diagnosed with autism in adulthood. *Current Psychology*, 42, 24181–24197. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03514-z>
- Martin, A. F., Jassi, A., Cullen, A. E., Broadbent, M., Downs, J. y Krebs, G. (2020). Co-occurring obsessive-compulsive disorder and autism spectrum disorder in young people: prevalence, clinical characteristics and outcomes. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(11), 1603-1611. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01478-8>
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006727>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory: Professional Manual*. Personality Assessment Resources.
- Morey, L. C. (2007). *Personality Assessment Inventory: Professional manual* (2nd ed.). Psychological Assessment Resources.
- Nanclares-Nogués, V., Cordero, A. y Santamaría, P- (2006). *ADI-R. Entrevista para el diagnóstico del Autismo – Revisada*. TEA Ediciones.
- Nayyar, J. M., Stapleton, A. V., Guerin, S. y O'Connor, C. (2025). Exploring Lived Experiences of Receiving a Diagnosis of Autism in Adulthood: A Systematic Review. *Autism in Adulthood: Challenges and Management*, 7(1), 1–12. <https://doi.org/10.1089/aut.2023.0152>
- Nuevo Benítez, R., Montorio Cerrato, I. y Ruiz Díaz, M. Á. (2002). Aplicabilidad del inventario de preocupación de Pensilvania (PSQW) a población de edad avanzada. *Ansiedad y Estrés*, 8(2-3), 157-172.
- Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M. y Montalvan, V. (2001). Spanish adaptation of the Barratt impulsiveness scale (BIS-11). *The European Journal of Psychiatry*, 15(3), 147-155.

- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2011). *Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. TEA Ediciones.
- Öst, L. G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B. y Kvale, G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 58-69. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.08.003>
- Parenteau, C. I., Tsipan, R. M. y Hendren, R. L. (2021). Integrating treatment for autism: Psychiatric comorbidities and comprehensive treatment. *Autism and Developmental Disorders*, 19(1), 44-52. <https://doi.org/10.17759/autdd.2021190105>
- Patton, J. H., Stanford, M. S. y Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
- Paula-Pérez, I. (2013). Diagnóstico diferencial entre el trastorno obsesivo compulsivo y los patrones de comportamiento, actividades e intereses restringidos y repetitivos en los trastornos del espectro autista. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(4), 178-186. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.07.005>
- Petrolini, V. y Vicente, A. (2022). The challenges raised by comorbidity in psychiatric research: The case of autism. *Philosophical Psychology*, 35(8), 1234-1263. <https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2052829>
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398-406. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0)
- Romero, M., Aguilar, J. M., Del-Rey-Mejías, Á., Mayoral, F., Rapado, M., Peciña, M., Barbancho, M. A., Ruiz-Veguilla, M. y Lara, J. P. (2016). Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorder: A comparative study between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnosis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 266-275. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.03.00>
- Rosen, N.E., Lord, C. y Volkmar, F.R. (2021). The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 4253-4270. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1>
- Rosenberg, M. (1965). The measurement of self-esteem. En *Society and the adolescent self-image* (pp.16-36). Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400876136-003>
- Russell, A. S., McFayden, T. C., McAllister, M., Liles, K., Bittner, S., Strang, J. F. y Harrop, C. (2025). Who, when, where, and why: A systematic review of “late diagnosis” in autism. *Autism Research*, 18(1), 22-36. <https://doi.org/10.1002/aur.3278>
- Rutter, M., Le Couteur, A. y Lord, C. (2003b). ADI-R. Autism Diagnostic Interview Revised. Manual. Western Psychological Services.
- Salinas, J. M., Aguilar-Luzón, M. C. y Fabregat, M. (2018). *Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11)*. Universidad de Granada, 16:84648. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18575.84648>
- Seisdedos, N. (2012). *Adaptación española D2, test de atención de Brickenkamp* (4ª Edición revisada). TEA Ediciones.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press. (Versión española de TEA, S.A., 1982).
- Turygin, N., Matson, J. L., Beighley, J. y Adams, H. (2013). The effect of DSM-5 criteria on the developmental quotient in toddlers diagnosed with autism spectrum disorder. *Developmental Neuropsychology*, 16(1), 38-43. <https://doi.org/10.3109/17518423.2012.712065>
- Van Steensel, F. J., Bögels, S. M. y Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 302-317. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0097-0>
- Vannucchi, G., Masi, G., Toni, C., Dell’Osso, L., Marazziti, D. y Perugi, G. (2014). Clinical features, developmental course, and psychiatric comorbidity of adult autism spectrum disorders. *CNS Spectrums*, 19(2), 157-164. <https://doi.org/10.1017/S1092852913000941>

- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448-457. <https://doi.org/10.1037/h0027806>
- Wechsler, D. (1999). *WAIS-III: Wechsler Adult Intelligence Scale. Administration and Scoring Manual*. Psychological Corporation.

Artículo recibido: 07/02/2025

Artículo aceptado: 07/07/2025