

**EFFECTOS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN POBLACIÓN CON
AUTISMO: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

EFFECTS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN THE POPULATION WITH
AUTISM: A SYSTEMATIC REVIEW

**Yasneidy Herrera-Mora ¹, Aybi Yaneth Herrera-Mora ², Lleidy Mildré Gutiérrez-
Marín³.**

1. **Yasneidy Herrera-Mora.** Terapeuta Ocupacional. Especialista en Seguridad y salud Trabajo. Especialista Universitario en Terapia de la Mano Neurológica. Magister en Administración de Organizaciones. Doctorado en Salud, Discapacidad, Dependencia y Bienestar - Universidad de Salamanca, Salamanca, España. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5487-3665>. Correo: fundiversidad11@gmail.com
2. **Aybi Yaneth Herrera-Mora.** Psicóloga. Educadora Especial. Magister en Psicología, ABA. IPS Fundación Diversidad. Medellín, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4532-9681>. Correo: coord.operativadiversidad11@gmail.com
3. **Lleidy Mildré Gutiérrez-Marín.** Educadora Especial, Magister en Psicopedagogía, ABA. IPS Fundación Diversidad. Medellín, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4509-3557>. Correo: profesionalaba.diversidad11@gmail.com.

Autor de correspondencia: Yasneidy Herrera Mora. Doctorado en Salud, Discapacidad, Dependencia y Bienestar. Universidad de Salamanca, Salamanca, España. Correo: fundiversidad11@gmail.com

RESUMEN

Introducción. La terapia cognitivo conductual ha sido una de las formas estructuras que se ha implementado en la intervención de la población con Trastorno del Espectro Autista. **Objetivo.** Describir los efectos de la terapia cognitivo-conductual en población con autismo a partir de una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. **Métodos.** La búsqueda avanzada incluyó estudios publicados en los últimos 10 años (2013-2023) e incluidos en las bases de datos Medline (PubMed), Clinicals Trials, Science Direct y en el buscador de Google Scholar, según las recomendaciones del *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* del Grupo Cochrane y los *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*. **Resultados.** Este estudio de revisión sistemática incluyó 14 ensayos clínicos que cumplieron con los criterios de selección con alta calidad metodológica y bajo riesgo de sesgo. Se incluyeron 13 ensayos clínicos aleatorizados publicados entre el año 2013 y 2023. Un total de 713 participantes entre los 5 a 53 años fueron incluidos en esta revisión sistemática; una mayor relación de participantes corresponde a edades tempranas entre los 5 y 11 años de edad. Las intervenciones realizadas en el grupo control están relacionadas con Atención Habitual estándar o ninguna. **Conclusión.** Partiendo de los resultados arrojados, la TCC para ser efectiva en los participantes, debe implantarse en esencia, con la conceptualización cognitiva de las psicopatologías, logrando una incidencia en la transformación o cambio conductual.

INTRODUCCIÓN

El Trastornos del Espectro Autista (TEA) se refiere a diferentes alteraciones que generan dificultades en la interacción social y la comunicación, al igual que puede presentar patrones no típicos de actividad y comportamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe aproximadamente una persona con autismo por cada 100 (OMS,2023), y desde *National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Centers for Disease Control and Prevention*, se registra que 1 de cada 36 niños ha sido diagnosticado con autismo, acorde con las estimaciones de la Red de Monitoreo de Discapacidades del Desarrollo y Autismo (CDC, 2023).

Las características de diagnóstico históricamente asociadas al TEA están relacionadas con interacciones sociales deterioradas, déficits de comunicación verbal y no verbal, y patrones de comportamiento restringidos y repetitivos. Sin embargo, las personas con TEA tienden a diferir entre sí, por lo que hay características más frecuentes que otras; este diagnóstico puede coexistir con otros trastornos como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), siendo común en un 28%, así como otras afecciones que incluyen depresión, trastorno bipolar, trastornos comportamentales como la irritabilidad, trastornos fisiológicos como los gastrointestinales, y trastornos genéticos, que también pueden ser frecuentes como el X Frágil (Lordan, et al. 2021).

Tratamientos implementados para intervenir esta población con TEA, implican tratamientos farmacológicos y tratamientos no farmacológicos (Intervenciones educativas y conductuales; intervenciones de desarrollo, intervenciones para la comunicación, asistencia educativa, integración sensorial, entre otras (Aishworiya, et al. 2022; Subramanyam, et al. 2019; Turner, et al. 2020).

La terapia cognitiva conductual es una forma de terapia estructurada, didáctica y orientada a objetivos que intervienen e identifican la relación entre la cognición, la emoción y el

comportamiento, con el objetivo de modificar patrones de comportamiento y pensamiento a fin de beneficiar su calidad de vida. Se utiliza para ayudar a una amplia gama de problemas, y se aplican protocolos de tratamiento adecuados según el diagnóstico y los problemas que enfrenta el paciente (Fordham, et al. 2021; Chand, et al. 2023; Nakao, et al. 2021).

Teniendo en cuenta lo anterior, este artículo pretende describir los efectos de la terapia cognitivo-conductual en población con autismo a partir de una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados publicados en revistas científicas indexadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Revisión sistemática de la literatura que siguió las recomendaciones del *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* del Grupo Cochrane (Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, s.f) y los *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA) (Page, et al. 2021).

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron estudios de investigación que evaluaron los efectos de la Terapia Cognitivo-Conductual en población con TEA. Dentro de los criterios, se describen:

Criterios de inclusión:

Como parte de los criterios de selección, se siguió la estructura PICO: (P) *Population*: sujetos con TEA por DSM-IV o DSM-V. (I) *Intervention*: Terapia Cognitivo-Conductual. (C) *Comparison*: ninguno, y/o control. (O) *Outcomes*: medidas, efectos o resultados generales.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron aquellos estudios publicados previo al año 2013, estudios en animales o población con otros diagnósticos diferentes a Trastornos del Espectro Autista. Al igual, se excluyeron estudios no concluyentes, estudios parciales, estudios preliminares, estudios publicados en bases de datos no indexadas, estudios *pre-prints*, estudios no concluyentes, estudios sin declaración de comité de ética o conflicto de intereses, u otros estudios que las conclusiones no permitiesen generar resultados para esta investigación. No se incluyeron estudios publicados en idiomas distintos del inglés o español.

Métodos para la búsqueda

La búsqueda avanzada incluyó estudios publicados en los últimos 10 años (2013-2023) e incluidos en las bases de datos Medline (PubMed), Clinicals Trials, Science Direct y en el buscador de Google Scholar. La estrategia se conformó por medio de términos controlados MeSH, DeCS; la estrategia de búsqueda fue la siguiente: ("cognitive behavioral therapy"[MeSH Terms] OR ("cognitive"[All Fields] AND "behavioral"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "cognitive behavioral therapy"[All Fields]) AND ("autistic disorder"[MeSH Terms] OR ("autistic"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "autistic disorder"[All Fields] OR "autism"[All Fields])

Selección, extracción y análisis

Inicialmente se realizó la búsqueda avanzada aplicando filtros en las diferentes bases de datos electrónicas, donde se determinó la búsqueda por tipo de estudio (ensayos clínicos y ensayos clínicos aleatorizados), año de publicación (2013-2023), y tipo de población (seres humanos). Posteriormente, se realizó el filtro por lectura de título, donde estos debían contener los descriptores

de la estrategia de búsqueda y estar relacionados con el objetivo de la investigación. A partir de esto, se realizó la lectura del resumen de los estudios seleccionados hasta aquí, y se excluyeron aquellos estudios donde el objetivo, la metodología, o los resultados no permitían cumplir con el objetivo de esta revisión sistemática, al igual que los estudios donde las consideraciones finales no fuesen concluyentes fueron excluidos. Finalmente, se realizó lectura de texto completo, y se excluyeron aquellos estudios que no declaraban aceptación por comité ético de investigación, conflicto de intereses u otro criterio de no elegibilidad. La tamización y manejo de documentos fueron llevados a cabo de manera independiente por dos revisores y por medio del procesador de referencias Zotero®.

Evaluación de la calidad

La calidad metodológica se realizó mediante los 11 criterios de la Escala PEDro (PEDro, 2016) para la evaluación de la calidad metodológica: (i) criterios de selección específicos, (ii) sujetos asignados al azar a los grupos, (iii) asignación oculta, (iv) grupos de selección similares a los indicadores de pronóstico; (v) si los sujetos, (vi) terapeutas y (vii) evaluadores que participaron en el estudio fueron cegados, (viii) así como un resultado favorable según el pronóstico en más del 85% de los sujetos, (ix) donde tales resultados tenían que ser de cada uno de ellos o bien del grupo al que se les había asignado en su defecto; (x) datos analizados por “intención a tratar” y (xi) resultados con comparación estadística, medidas puntuales y de variabilidad.

RESULTADOS

Resultados de la búsqueda

Se identificaron inicialmente 977 títulos, tras la eliminación de duplicados (n = 955), se excluyeron 821 estudios tras revisión de año de publicación: (n = 29), estudios en animales (n = 29) y otros tipos de estudios (n = 814). A partir de esto, se sometieron 134 estudios a revisión de título, donde se excluyeron 109 títulos, lo que dejó 25 estudios para revisión a texto completo. Finalmente, tras análisis de texto completo, se excluyeron 11 estudios no concluyentes o con resultados parciales (n = 11), lo que determinó un total de 14 ensayos clínicos o ensayos clínicos aleatorizados incluidos en esta revisión sistemática (15-27) (**Figura 1**).

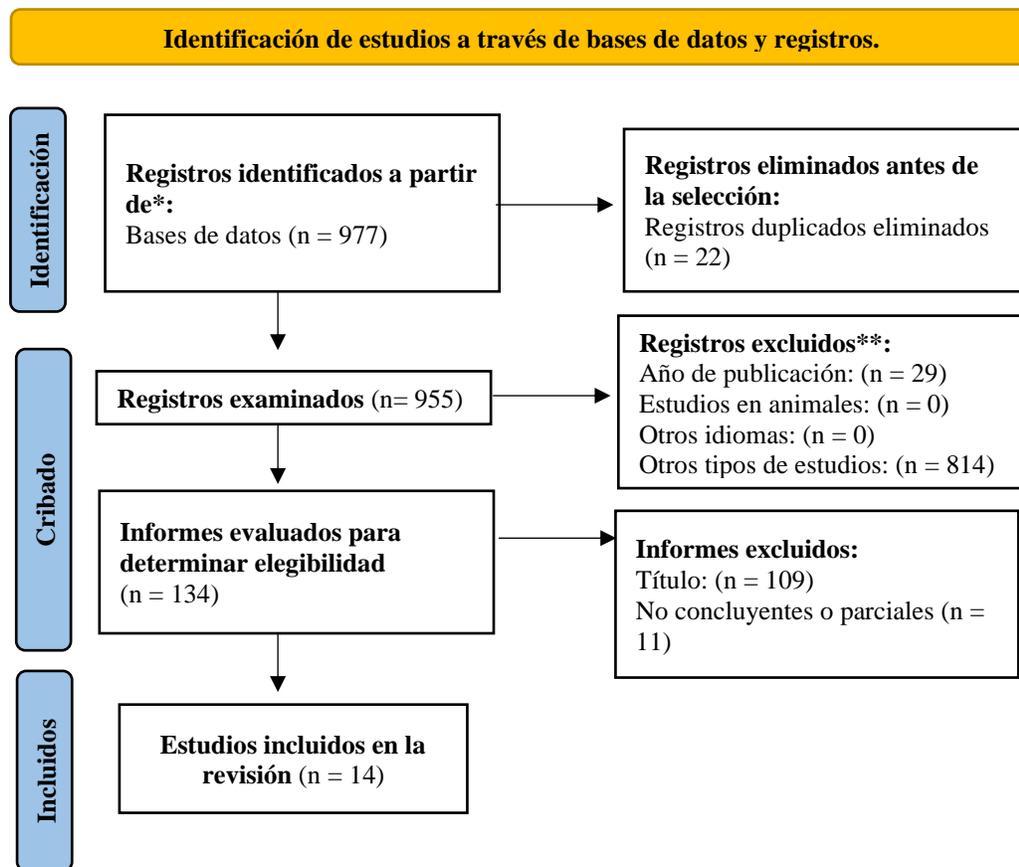


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA, selección e inclusión de estudios.

Resultados de la calidad de los estudios

Dentro de los resultados de la evaluación, se obtuvo una media ponderada de 9.08/11. Por regla, valores en la escala superiores a 5/11 se catalogan como estudios de alta calidad metodológica y bajo riesgo de sesgo; ahora bien, bajo esa premisa, el total de los estudios incluidos en la presente investigación es de una alta calidad metodológica; la evaluación específica de la calidad metodológica se registra en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Escala de PEDro para la evaluación de la calidad metodológica													
Referencia	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P1 0	P1 1	Tota l	
Russell AJ, et al., 2013	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	10
Locke J, et al., 2014	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	9
Wood JJ, et al., 2014	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	9
Hesselmark E, et al., 2014	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	9
Wood JJ, et al., 2015	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	9
Storch EA, et al., 2015	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	9
Murphy SM, et al., 2017	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	10
Iniesta-Sepúlveda M, et al., 2018	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	8
Papadopoulos N, et al., 201	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	9
Vause T, et al., 2020	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	9
Wood JJ, et al., 2021	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	8
Kuroda M, et al., 2022	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	9
Kilburn TR, et al., 2023	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	10

PEDro (*Physiotherapy Evidence Database*): + Sí; - No.

Resultados generales

Se incluyeron 13 ensayos clínicos aleatorizados publicados entre el año 2013 y 2023 (7,7% 2013; 23,1% 2014; 15,4% 2015; 15,4% 2017; 7,7% 2019; 7,7% 2020; 7,7% 2021; 7,7% 2022; 7,7% 2023) en idioma inglés. Estos estudios fueron desarrollados en los países EE. UU (46,2%), Londres, (7,7%), Suecia (7,7%), España (7,7%), Australia (7,7%), Canadá (7,7%), Japón (7,7%) y Dinamarca (7,7%).

Un total de 713 participantes entre los 5 a 53 años fueron incluidos en esta revisión sistemática; una mayor relación de participantes corresponde a edades tempranas entre los 5 y 11 años de edad. Las intervenciones realizadas en el grupo control están relacionadas con Atención Habitual estándar o ninguna.

Efectos de la Terapia Cognitivo-Conductual en TEA

Un estudio desarrollado por Russell AJ, et al., (2013) con 46 adolescentes y adultos (edad media 26,9 años) con TEA fueron asignados al azar a la TCC para el TOC o grupo control con Atención Habitual (AH) para la ansiedad, donde se observó de manera significativa la reducción de los síntomas de las conductas obsesivas en la medida que fueran leve, debido que la correlación de estos diagnósticos se torna más fuerte la sintomatología, y aún más si no se tiene una ocupación laboral, incrementando los rituales.

Locke J, et al., (2014) realizaron un estudio con 192 niños (5 a 8 años) con TEA en el entorno escolar, quienes fueron asignados aleatoriamente a un Programa (STAR) que combina tres enfoques cognitivo-conductual basados en los principios de ABA: DTT, PRT y rutinas funcionales en un plan de estudios integral para niños con TEA. Estudio que aplicó tres enfoques en la intervención de los sujetos, con sesiones estructuradas anudado a un plan por cada uno, dando como resultado mayor

incremento en el dominio cognitivo frente al social, si bien el que una persona avance en el dominio cognitivo en cuanto al desarrollo de habilidades tiene implicaciones en el dominio social.

Wood JJ, et al., (2014) desarrollaron otro estudio con 13 niños con TEA (7-11 años) que fueron asignados aleatoriamente a 32 sesiones de TCC o AH durante 16 semanas. Referente a este estudio, se observan avances notables en cuanto a la comunicación social en el entorno escolar, donde se trabajaron aspectos relevantes como la regulación emocional, haciendo uso de TCC y sus estrategias, que en equipo con padres y profesores, lograron incrementar los niveles de motivación lo cual se evidenció en el campo donde interactuaban con otros pares.

Hesselmark E, et al., (2014) tomaron 68 pacientes entre 6 a 8 pacientes (19-53 años) para la intervención de 36 sesiones semanales de 3h dirigidas por dos terapeutas en grupos. Frente a los hallazgos en la intervención al grupo de adultos TEA, con el método de TCC y la actividad recreativa, se observa grandes beneficios en los métodos utilizados en cuanto a la calidad de vida de los paciente aunque siguieron persistiendo a nivel de la estructura psíquica. Lo cual, beneficia en intervención lograr la combinación de dichos métodos, desarrollando estrategias de manejo emocional en cuanto a la búsqueda de un tercero cuando haya una crisis.

Wood JJ, et al., (2015) asignaron 33 adolescentes (de 11 a 15 años) aleatoriamente a 16 sesiones de TCC o a un período de lista de espera equivalente. Los efectos de dicha intervención demuestran un impacto intermedio frente a la reducción de la ansiedad en los participantes, demostrado en los reportes médicos y resultados acertados a la respuesta al tratamiento con TCC y participación en el contexto de participación.

Storch EA, et al., (2015) plantearon una investigación con 31 niños (11-16 años) con TEA y ansiedad clínicamente significativa, quienes fueron asignados al azar para recibir 16 sesiones

semanales de TCC o una duración equivalente de AH. Demostró en este estudio la eficacia y superioridad del tratamiento en adolescentes, con el abordaje de la ansiedad, partiendo de la implementación de estrategias conductuales y cognitivas, impactando en el funcionamiento social, lo cual, se plantea como estrategia prometedora en la intervención.

Murphy SM, et al., (2017) tomaron 36 participantes de 12 a 18 con TEA y ansiedad. Una intervención de TCC, la Intervención Multimodal de Ansiedad y Habilidades Sociales para adolescentes con TEA versus el asesoramiento ofrecido por el NHS en el Reino Unido. Se indica que la comparación entre intervenciones no presentó un impacto superior una de la otra en la intervención de la ansiedad por separación, aspecto que debe abordarse de manera cuidadosa por los criterios clínicos. Cabe señalar, que hay pocos estudios como éste y que un factor que incide en los resultados obtenidos está relacionado con las medidas de ansiedad y habilidades sociales que se tomaron, ya que solo 9 de 36 (25%) de la muestra cumplían los criterios clínicos para este tipo de ansiedad.

Iniesta-Sepúlveda M, et al., (2018), asignaron 9 adolescentes (de 11 a 17 años) para completar un régimen intensivo de TCC (rango de 24 a 80 sesiones diarias) que incorporaba exposición con prevención de respuesta. Los resultados arrojados por esta intervención, muestran eficacia de la TCC cuando se presenta de manera intensiva y personalizada con adolescentes con TEA y TOC comórbido con síntomas graves, mostrando mejorías en los criterios del TOC calificado por médicos.

Papadopoulos N, et al., (2019) asignaron 61 niños con TDAH-TEA (5-13 años) que participaron en el estudio Sleeping Sound With TDAH. En la comorbilidad de estos dos diagnósticos, prima la calidad de vida para el sujeto y la salud mental de la familia, es ahí, que se vio pertinente que al

hablar de estos diagnósticos en este estudio confluiera la intervención conductual del sueño de intervención corta, donde se observó mejoras pequeñas en los diferentes dominios como también en el dominio psicosocial, bajos en los síntomas de TDAH y el comportamiento, pero aún en el regular sus períodos de sueño.

Vause T, et al., (2020) incluyeron 37 niños (7-13 años) en una investigación, donde fueron asignados al azar a una terapia cognitiva conductual basada en el comportamiento funcional (Fb-CBT) de 9 semanas o al tratamiento habitual. Arrojando como resultados impacto la disminución en el comportamiento de los participantes con TEA de alto funcionamiento en los comportamientos obsesivo-compulsivos.

Wood JJ, et al., (2021) asignaron 107 niños con TEA (6 a 13 años) aleatoriamente a una condición de tratamiento (TCC o AH) ambos tratamientos proporcionaron 32 sesiones de terapia. Se hizo uso de dos programas de intervención, priorizando la comunicación social y la reducción de comportamientos restringidos y repetitivos que, de manera directa influye en la desregulación de emociones. Lo anterior, teniendo en cuenta el perfil clínico del niño, dando como resultado avances con los dos programas y satisfacción por parte de los padres, pero a nivel cuantitativo mayor significación en cuanto al tratamiento por TCC.

Kuroda M, et al., (2022) tomaron 31 participantes los cuales fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención y 29 al grupo control en lista de espera. El grupo de intervención se sometió a un programa de 8 semanas de sesiones de terapia cognitivo-conductual. En este estudio, se llega a la conclusión sobre las diferencias significativas en cuanto a avances entre los grupos durante el período de intervención y posterior a la misma, con mayor impacto en el grupo que recibe la TCC

en la medida que hubo apertura de los participantes en la descripción de sentimientos y en cuanto a su autorregulación frente a conductas maladaptativas.

Kilburn TR, et al., (2023) utilizaron 49 niños de 8 a 14 años para participar en un estudio controlado en lista de espera en un hospital psiquiátrico infantil general. En dicho estudio, muestran los avances en cuanto al manejo de los niveles de ansiedad, en la medida que los padres manifestaron mejoras positivas en la interferencia de la ansiedad en actividades de la vida diaria, a nivel del tratamiento grupal.

La **Tabla 2.** Ensayos Clínicos y Ensayos Clínicos Aleatorizados de intervención del enfoque ABA.

Autor	n	Grupos	Procedimiento	Resultado
Russell AJ, et al., 2013	46	GI: TCC GC: AH	Adolescentes y adultos (edad media 26,9 años) con TEA fueron asignados al azar a la TCC para el TOC o grupo control con AH para la ansiedad. La duración de los tratamientos fue similar (media de 17,4 sesiones de TCC; 14,4 sesiones de mañana), la Escala de gravedad obsesiva compulsiva de Yale-Brown (YBOCS) fue usada como medida de resultado primaria.	Ambos tratamientos produjeron una reducción significativa en los síntomas del TOC, el tamaño del efecto fue mayor en la TCC (1,01) frente al grupo control (0,6). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos al final del tratamiento, aunque hubo más respondedores en el grupo de TCC (45% vs 20% respectivamente).
Locke J, et al., 2014	192	GI: TCC	Niños (5 a 8 años) con TEA en el entorno escolar fueron asignados aleatoriamente a un Programa (STAR) que combina tres enfoques cognitivo-conductual basados en los principios de ABA: DTT, PRT y rutinas funcionales en un plan de estudios integral para niños con TEA. A lo largo del día, el personal del salón facilitó sesiones de DTT y PRT, así como rutinas funcionales con sus estudiantes durante 1 año escolar. Se utilizaron como medidas el ADOS, DAS-II, ABAS-II, e Inventario de Conducta de Trastorno Generalizado del Desarrollo.	El cambio medio en las puntuaciones de capacidad cognitiva global en la DAS fue modesto (M = 5,56, SD = 11,51); sin embargo, las puntuaciones medias de cambio de cada una de las medidas de funcionamiento social fueron insignificantes.
Wood JJ, et al., 2014	13	GI: TCC GC: AH	Trece niños con TEA (7-11 años) fueron asignados aleatoriamente a 32 sesiones de TCC o AH durante 16 semanas. Las sesiones duraron 90 min (alrededor de 30 min con el niño y 60 min con los padres/familia), implementando una versión del programa de TCC modificado por los autores del estudio para uso con niños con TEA. Se utilizaron como medidas el ADOS, ADI-R, y la Prueba breve de inteligencia de Kaufman, segunda edición.	La TCC superó a AH en el postratamiento en la frecuencia de autoaislamiento, la proporción de tiempo pasado con los compañeros, la frecuencia de interacción positiva o apropiada con los compañeros, y la frecuencia de respuestas positivas o apropiadas de los compañeros al niño objetivo (rango de tamaño del efecto d 1,34 -1,62).
Hesselmark E, et al., 2014	68	GI: TCC GC: AR	Ambas intervenciones comprendieron 36 sesiones semanales de 3 h dirigidas por dos terapeutas en grupos de 6 a 8 pacientes (19-53 años). Un total de 68 pacientes psiquiátricos con trastornos del espectro autista participaron en el estudio. Las medidas de resultado fueron el Inventario de Calidad de Vida, la Escala de Sentido de Coherencia, la Escala de Autoestima de Rosenberg y un análisis exploratorio sobre medidas de salud psiquiátrica.	Los participantes en ambas condiciones de tratamiento informaron una mayor calidad de vida después del tratamiento (d = 0,39, p< 0,001), sin diferencia entre intervenciones. La tasa de abandono fue más baja con la terapia cognitiva conductual que con la actividad recreativa, y los participantes en la terapia cognitiva conductual se calificaron a sí mismos como más mejorados en general, así como más mejorados con respecto a la expresión de necesidades y la comprensión de las dificultades.
Wood JJ, et al., 2015	33	GI: TCC GC: AH	Treinta y tres adolescentes (de 11 a 15 años) fueron asignados aleatoriamente a 16 sesiones de TCC o a un período de lista de espera equivalente. El modelo TCC enfatizó la exposición, el desafío de las creencias irracionales y los apoyos conductuales	En los análisis de intención de tratar, el grupo de TCC superó al grupo en lista de espera en las calificaciones de la gravedad de la ansiedad de los evaluadores independientes en la Escala de calificación de ansiedad pediátrica (PARS) y el 79 % del grupo de TCC cumplió con los criterios de

			proporcionados por los cuidadores, así como numerosos elementos de tratamiento específicos del TEA. Evaluadores independientes, padres y adolescentes calificaron la gravedad de los síntomas al inicio y después del tratamiento/después de la lista de espera.	la escala de Impresiones clínicas globales-mejora para un tratamiento positivo respuesta en el postratamiento, en comparación con sólo el 28,6% del grupo en lista de espera.
Storch EA, et al., 2015	31	GI: TCC GC: AH	Treinta y un niños (11-16 años) con TEA y ansiedad clínicamente significativa fueron asignados al azar para recibir 16 sesiones semanales de TCC o una duración equivalente de AH. Los participantes fueron evaluados por evaluadores cegados en la selección, después del tratamiento y al mes de seguimiento.	Los jóvenes asignados al azar a la TCC demostraron una mejoría superior en los resultados primarios en relación con los que recibieron TAU. Once de los 16 adolescentes asignados al azar a la TCC respondieron al tratamiento, frente a 4/15 en la condición AH. Con respecto a los resultados categóricos después del tratamiento, el 68,8 % de los del grupo de TCC respondieron al tratamiento, en comparación con el 26,7 % de los del grupo de AH (p = 0,03).
Murphy SM, et al., 2017	36	GI: TCC GC: A-NHS	Treinta y seis participantes de 12 a 18 con TEA y ansiedad. Una intervención de TCC, la Intervención Multimodal de Ansiedad y Habilidades Sociales para adolescentes con TEA versus el asesoramiento ofrecido por el NHS en el Reino Unido. Las evaluaciones se realizaron al inicio del estudio, dentro de las 4 semanas posteriores a la finalización del tratamiento y a las 12 semanas de seguimiento. Se utilizaron como medidas el ADIS-C/P, ADI-R, ADOS, CASI-anx, SRS, PCTPRS, y TPOCS-A.	En la subescala de TCC del PCTPRS, la puntuación media para las sesiones de TCC fue de 25,88 (DE 11,98) y para las sesiones de asesoramiento fue de 9,62 (DE 8,50), una diferencia muy significativa (p < 0,0001). Diferencias por tratamiento (TCC versus asesoramiento) para la intervención inmediata posterior: las CSR no fueron significativas.
Iniesta-Sepúlveda M, et al., 2018	9	GI: TCC GC: AH	Nueve adolescentes (de 11 a 17 años) completaron un régimen intensivo de TCC (rango de 24 a 80 sesiones diarias) que incorporaba exposición con prevención de respuesta. Se utilizaron como medidas la CY-BOCS, CIS-C/P, PQ-LES-Q, SCARED, PROMIS™, y CGI-S.	Siete de nueve participantes (78 %) respondieron al tratamiento y los efectos del tratamiento fueron grandes (d = 1,35-2. 58) se obtuvieron en los resultados primarios (p. ej., gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos). Los participantes mostraron mejoras en las medidas de TOC calificadas por médicos con tamaños de efecto grandes (d = 1,35-2,58).
Papadopoulos N, et al., 2019	61	GI: TCC GC: AH	Sesenta y un niños con TDAH-TEA (5-13 años) que participaron en el estudio Sleeping Sound With TDAH. La submuestra estaba compuesta por 28 niños asignados al azar al grupo de intervención del sueño, mientras que 33 fueron asignados al azar a la atención clínica habitual. La intervención consistió en dos consultas clínicas y una llamada telefónica de seguimiento sobre higiene del sueño y estrategias conductuales estandarizadas.	Los niños con TDAH-TEA que recibieron la intervención tuvieron grandes mejoras en los problemas del sueño y mejoras moderadas en el funcionamiento del comportamiento infantil 3 y 6 meses después de la aleatorización.
Vause T, et al., 2020	37	GI: TCC GC: AH	Treinta y siete niños (7 a 13 años) fueron asignados al azar a una terapia cognitiva conductual basada en el comportamiento funcional (Fb-CBT) de 9 semanas o al tratamiento habitual. Evaluadores independientes administraron medidas antes y después del tratamiento ya los 6 meses.	Dos medidas de resultado primarias indicaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, con grandes tamaños del efecto corregidos (g de Hedge = 1,00 y 1,15, respectivamente).

Wood JJ, et al., 2021	107	GI: TCC GC: AH	Ciento siete niños con TEA (6 a 13 años) fueron asignados aleatoriamente a una condición de tratamiento (TCC o AH). Ambos tratamientos proporcionaron 32 sesiones de terapia. La condición de TCC utilizó un diseño modular, combinando elementos de tratamiento específicos basados en evidencia con las necesidades clínicas de cada niño (p. ej., síntomas de comunicación social).	La TCC superó a la AH en la medida de resultado primaria ($p < 0,001$; $d = 0,50$; IC del 95 % [0,06, 0,93]) y la medida de resultado secundaria ($p = 0,003$; $d = 0,87$; IC del 95 % [.45, 1.27]).
Kuroda M, et al., 2022	31	GI: TCC GC: AH	Treinta y un participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención y 29 al grupo de control en lista de espera. El grupo de intervención se sometió a un programa de 8 semanas de sesiones de terapia cognitivo-conductual.	En comparación con el grupo de la lista de espera, el grupo de terapia cognitivo-conductual exhibió mejoras significativamente mayores en la puntuación de la intervención antes y después de la intervención (semanas 0 a 8) en la escala de actitud del cuestionario de conocimiento y actitud del trastorno del espectro autista ($t = 2,21$, $p = 0,03$, $d = 0,59$) y la dificultad para describir los sentimientos de la escala de alexitimia de Toronto de 20 ítems ($t = -2,07$, $p = 0,04$, $d = -0,57$).
Kilburn TR, et al., 2023	49	GI: TCC GC: AH	Cuarenta y nueve niños de 8 a 14 años participaron en un estudio controlado en lista de espera en un hospital psiquiátrico infantil general.	Después del tratamiento, el 30% de los niños estaban libres de sus diagnósticos de ansiedad primarios y el 5% estaban libres de todos los diagnósticos de ansiedad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las dos condiciones del ensayo en los resultados primarios. Sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los resultados secundarios que indican respuestas al tratamiento clínicamente significativas.
GC: grupo control; GI: grupo intervención; AH: Atención Habitual; N/E: no especificado; ABA: Análisis Aplicado a la Conducta; DTT: Entrenamiento de Prueba Discreta; PVT: entrenamiento de Respuesta Fundamental; TCC: Terapia Cognitivo-Conductual; AR: actividades recreativas; NHS: servicio nacional de salud; A-NHS: asesoramiento por el servicio nacional de salud.				

DISCUSIÓN

Este estudio de revisión sistemática incluyó catorce ensayos clínicos que cumplieron con los criterios de selección con alta calidad metodológica y bajo riesgo de sesgo. Diferentes estudios de revisión se han desarrollado entorno a la implementación de la TCC en la intervención con niños, adolescentes y adultos con TEA que tienen asociados otros diagnósticos como: TOC, ansiedad, TDAH, y problemáticas conductuales involucradas en el establecimiento de rutinas y habilidades sociales; partiendo de dicha revisión, se identifica que si bien se ha identificado impacto en algunos dominios de intervención más que otros, en todos los casos se evidencian cambios a nivel cognitivo, social, emocional y comportamental de los participantes. Beck (2000), plantea que la terapia cognitiva conductual, permite identificar y relacionar funcionalmente los datos personales, junto con sus creencias centrales sobre sí, de las demás personas y su entorno, las cuales están relacionadas con la normas, actitudes y suposiciones, estrategias defensivas o de afrontamiento y el estado de los niveles de respuesta, lo cual siendo producto de manipulación (de variables) se traduce el cambios conductuales, de emoción y cognición, evidenciado esto en los resultados de los ensayos revisados.

Los resultados de los Ensayos Clínicos Aleatorizados tomados en esta revisión, corroboran las teóricas que sustentan las bases filosóficas de la TCC, las cuales se derivan del oriente y occidente (Gilbert, 2010; Robertson, 2010). Lo cual es simplificado en la frase que plantea Shiddhartha Gautama (563-483 a.c) uno de los representantes de dicha corriente, “Somos lo que pensamos, Todo lo que somos surge con nuestros pensamientos. Con nuestros pensamientos creamos el mundo”. La TCC para ser efectiva en los participantes, debe implantarse en esencia, con la conceptualización cognitiva de las psicopatologías y de las creencias, logrando una incidencia en la transformación o cambio conductual.

Limitaciones del estudio

La escasa evidencia existente de ensayos clínicos aleatorizados controlados, con un nivel de rigurosidad alto sobre la Terapia Cognitiva Conductual con la población con autismo, siendo una de las principales limitaciones de esta revisión sistemática. Otras de las limitaciones están relacionadas con la escasa producción de literatura científica actualizada que aborde los efectos de la Terapia Cognitiva Conductual en diferentes esferas o dimensiones corporales en población con Autismo.

CONCLUSIONES

La TCC ha sido una terapia psicológica que ha mostrado validez y aprobación en el abordaje de diferentes diagnósticos a nivel de Trastornos de Salud Mental, siendo importante que los profesionales del área de la salud involucrados en el seguimiento y control de los pacientes, comprendan que, de implementarse esta terapia junto con la terapia farmacológica, los resultados serían más efectivos.

Los pacientes con trastornos psiquiátricos deben ser remitidos a profesionales expertos de salud mental que puedan educar al paciente sobre las opciones de tratamiento, siendo importante que los médicos de atención primaria desarrollen relaciones de colaboración con terapeutas conductuales monitorizando el progreso de la terapia cognitivo-conductual una vez se implementan dichos procedimientos.

Partiendo de los resultados arrojados, la TCC para ser efectiva en los participantes, debe implantarse en esencia, con la conceptualización cognitiva de las psicopatologías, logrando una incidencia en la transformación o cambio conductual.

REFERENCIAS

1. Autismo [Internet]. [citado 7 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
2. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. 2023 [citado 7 de julio de 2023]. Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder | CDC. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
3. Hodges H, Fealko C, Soares N. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Transl Pediatr.* 2020 Feb;9(1):S55-S65. doi: 10.21037/tp.2019.09.09.
4. Mughal S, Faizy RM, Saadabadi A. Trastorno del espectro autista. [Actualizado el 19 de julio de 2022]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de StatPearls; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525976/>
5. Lordan R, Storni C, De Benedictis CA. Trastornos del espectro autista: diagnóstico y tratamiento. En: Grabrucker AM, editor. Trastornos del espectro autista [Internet]. Brisbane (AU): Publicaciones de Exon; 20 de agosto de 2021. Capítulo 2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573609/> doi: 10.36255/exonpublications.autismspectrumdisorders.2021.diagnosis
6. Aishworiya R, Valica T, Hagerman R, Restrepo B. An Update on Psychopharmacological Treatment of Autism Spectrum Disorder. *Neurotherapeutics.* 2022 Jan;19(1):248-262. doi: 10.1007/s13311-022-01183-1. Epub 2022 Jan 14. PMID: 35029811; PMCID: PMC9130393.
7. Subramanyam AA, Mukherjee A, Dave M, Chavda K. Clinical Practice Guidelines for Autism Spectrum Disorders. *Indian J Psychiatry.* 2019 Jan;61(Suppl 2):254-269. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_542_18. PMID: 30745701; PMCID: PMC6345133.

8. Turner M. The role of drugs in the treatment of autism. *Aust Prescr.* 2020 Dec;43(6):185-190. doi: 10.18773/austprescr.2020.054. Epub 2020 Dec 1. PMID: 33363299; PMCID: PMC7738698.
9. Fordham B, Sugavanam T, Edwards K, Hemming K, Howick J, Copsey B, Lee H, Kaidesoja M, Kirtley S, Hopewell S, das Nair R, Howard R, Stallard P, Hamer-Hunt J, Cooper Z, Lamb SE. Cognitive-behavioural therapy for a variety of conditions: an overview of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Health Technol Assess.* 2021 Feb;25(9):1-378. doi: 10.3310/hta25090. PMID: 33629950; PMCID: PMC7957459.
10. Chand SP, Kuckel DP, Huecker MR. Cognitive Behavior Therapy. [Updated 2023 May 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/>
11. Nakao M, Shiotsuki K, Sugaya N. Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *Biopsychosoc Med.* 2021 Oct 3;15(1):16. doi: 10.1186/s13030-021-00219-w. PMID: 34602086; PMCID: PMC8489050.
12. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. (s. f.). Recuperado 17 de agosto de 2023, de <https://training.cochrane.org/handbook/current>
13. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
14. Escala PEDro—PEDro. (2016, agosto 17). <https://pedro.org.au/spanish/resources/pedro-scale/>

15. Russell AJ, Jassi A, Fullana MA, Mack H, Johnston K, Heyman I, et al. Cognitive behavior therapy for comorbid obsessive-compulsive disorder in high-functioning autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Depress Anxiety*. agosto de 2013;30(8):697-708.
16. Locke J, Rotheram-Fuller E, Xie M, Harker C, Mandell D. Correlation of cognitive and social outcomes among children with autism spectrum disorder in a randomized trial of behavioral intervention. *Autism*. mayo de 2014;18(4):370-5.
17. Wood JJ, Fujii C, Renno P, Van Dyke M. Impact of cognitive behavioral therapy on observed autism symptom severity during school recess: a preliminary randomized, controlled trial. *J Autism Dev Disord*. septiembre de 2014;44(9):2264-76.
18. Hesselmark E, Plenty S, Bejerot S. Group cognitive behavioural therapy and group recreational activity for adults with autism spectrum disorders: a preliminary randomized controlled trial. *Autism*. agosto de 2014;18(6):672-83.
19. Wood JJ, Ehrenreich-May J, Alessandri M, Fujii C, Renno P, Laugeson E, et al. Cognitive behavioral therapy for early adolescents with autism spectrum disorders and clinical anxiety: a randomized, controlled trial. *Behav Ther*. enero de 2015;46(1):7-19.
20. Storch EA, Lewin AB, Collier AB, Arnold E, De Nadai AS, Dane BF, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for adolescents with autism spectrum disorders and comorbid anxiety. *Depress Anxiety*. marzo de 2015;32(3):174-81.
21. Murphy SM, Chowdhury U, White SW, Reynolds L, Donald L, Gahan H, et al. Cognitive Behaviour Therapy Versus a Counselling Intervention for Anxiety in Young People with High-Functioning Autism Spectrum Disorders: A Pilot Randomised Controlled Trial. *J Autism Dev Disord*. noviembre de 2017;47(11):3446-57.

22. Iniesta-Sepúlveda M, Nadeau JM, Ramos A, Kay B, Riemann BC, Storch EA. An Initial Case Series of Intensive Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder in Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev.* febrero de 2018;49(1):9-19.
23. Papadopoulos N, Sciberras E, Hiscock H, Mulraney M, McGillivray J, Rinehart N. The Efficacy of a Brief Behavioral Sleep Intervention in School-Aged Children With ADHD and Comorbid Autism Spectrum Disorder. *J Atten Disord.* febrero de 2019;23(4):341-50.
24. Vause T, Jaksic H, Neil N, Frijters JC, Jackiewicz G, Feldman M. Functional Behavior-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive Compulsive Behavior in Children with Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial. *J Autism Dev Disord.* julio de 2020;50(7):2375-88.
25. Wood JJ, Sze Wood K, Chuen Cho A, Rosenau KA, Cornejo Guevara M, Galán C, et al. Modular cognitive behavioral therapy for autism-related symptoms in children: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* febrero de 2021;89(2):110-25.
26. Kuroda M, Kawakubo Y, Kamio Y, Yamasue H, Kono T, Nonaka M, et al. Preliminary efficacy of cognitive-behavioral therapy on emotion regulation in adults with autism spectrum disorder: A pilot randomized waitlist-controlled study. *PLoS One.* 2022;17(11):e0277398.
27. Kilburn TR, Sørensen MJ, Thastum M, Rapee RM, Rask CU, Arendt KB, et al. Group Based Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorder: A Randomised Controlled Trial in a General Child Psychiatric Hospital Setting. *J Autism Dev Disord.* febrero de 2023;53(2):525-38.

Beck file:///C:/Users/profe/Downloads/Dialnet-TerapiaCognitiva-6642554.pdf
28. Gilbert, P. (2010). *The Compassionate mind.* Londres: Constable.