



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
**Terapia cognitivo-conductual en un adulto
con TEA: efectos sobre el neuroticismo**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Joana Maria Calafat Estelrich
Modalidad:	Caso clínico
Director/a:	Paula García Álvarez
Fecha:	21-01-2026

Resumen

El presente trabajo describe el proceso de evaluación e intervención psicológica en una mujer adulta con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, centrado en el manejo de la ira y la regulación emocional mediante un programa de terapia cognitivo-conductual adaptada. Se administró el Inventario de Personalidad NEO PI-R en formato pre y post intervención para analizar los cambios en los rasgos de personalidad, especialmente en el neuroticismo y su faceta de hostilidad. Tras la intervención, se observó un descenso moderado en ambos indicadores, acompañado de una mejoría en la autorregulación emocional y en la capacidad para modular la respuesta ante la frustración. Aunque los rasgos de neuroticismo se mantienen en valores elevados, los resultados sugieren la eficacia de la intervención cognitivo-conductual para reducir la reactividad emocional y mejorar el funcionamiento adaptativo en personas adultas con TEA.

Palabras clave: autismo, neuroticismo, hostilidad, regulación emocional, terapia cognitivo-conductual

Abstract

This study describes the psychological assessment and intervention process for an adult woman diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD), focusing on anger management and emotional regulation through an adapted cognitive-behavioral therapy program. The NEO PI-R Personality Inventory was administered pre- and post-intervention to analyze changes in personality traits, particularly neuroticism and its hostility component. Following the intervention, a moderate decrease was observed in both indicators, accompanied by improvements in emotional self-regulation and the ability to modulate frustration response. Although neuroticism remains at high levels, the results suggest the effectiveness of cognitive-behavioral intervention in reducing emotional reactivity and improving adaptive functioning in adults with ASD.

Keywords: autism, neuroticism, hostility, emotional regulation, cognitive-behavioral therapy

Índice de contenidos

1. Marco teórico	7
1.1. La personalidad y su estudio en psicología	7
1.2. El neuroticismo y su implicación en la salud mental	8
1.2.1. El neuroticismo en población con TEA	9
1.3. Terapia cognitivo-conductual (TCC) en adultos con TEA.....	11
1.3.1. Fundamentos teóricos de la TCC	11
1.3.2. Adaptaciones de la TCC en adultos con TEA.....	13
1.3.3. Influencia de la TCC sobre el neuroticismo en adultos con TEA.....	15
1.3.4. Influencia de la TCC en manejo de la ira	16
2. Justificación.....	17
3. Objetivos.....	19
3.1. Objetivo general.....	19
3.2. Objetivos secundarios	19
4. Hipótesis	20
4.1. Hipótesis principal.....	20
4.2. Hipótesis secundarias.....	20
5. Descripción del caso	21
5.1. Datos sociodemográficos	21
5.2. Motivo de consulta.....	21
5.3. Historia clínica relevante	22
5.4. Diagnóstico.....	23
6. Evaluación	24
7. Intervención psicológica	26
7.1. Diseño del plan de tratamiento.....	26

7.2.	Procedimiento y desarrollo	28
8.	Resultados.....	37
8.1.	Cambios globales en los dominios de personalidad.....	39
8.2.	Síntesis general.....	40
9.	Discusión y conclusiones.....	41
9.1.	Limitaciones	42
9.2.	Prospectiva.....	43
	Referencias bibliográficas	45
Anexo A.	Registro emocional.....	51
Anexo B.	Documentación Comisión TFT.....	52

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Comparativa de puntuaciones pre y post intervención en el Inventario de Personalidad NEO PI-R</i>	37
---	----

1. Marco teórico

1.1. La personalidad y su estudio en psicología

El estudio de la personalidad constituye un eje fundamental dentro de la psicología, dado que permite comprender los patrones relativamente estables de pensamiento, emoción y conducta que caracterizan a cada individuo (John et al., 2008). Desde una perspectiva actual, la personalidad se concibe como un sistema complejo y dinámico en el que convergen predisposiciones biológicas, procesos cognitivos y experiencias vitales, modulando la forma en que la persona interpreta, organiza y responde a su entorno (McCrae & Costa, 2008).

A lo largo del desarrollo de la disciplina, múltiples modelos han tratado de describir la estructura de la personalidad. Entre ellos, el Modelo de los Cinco Grandes (Big Five) es el que ha recibido mayor apoyo empírico por su robustez teórica y consistencia transcultural (John & Srivastava, 1999). Este modelo plantea cinco dimensiones amplias que representan los rasgos básicos de la personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Afabilidad y Responsabilidad. Cada dimensión está compuesta por seis facetas específicas, lo que permite un análisis más detallado del perfil individual (Costa & McCrae, 1992).

El Neuroticismo (N) alude a la tendencia a experimentar afecto negativo, preocupación, baja tolerancia a la frustración y dificultades en la regulación emocional. Sus seis facetas — Ansiedad, Hostilidad, Depresión, Ansiedad social, Impulsividad y Vulnerabilidad— se relacionan directamente con la sensibilidad al estrés, el malestar emocional y el riesgo de desarrollar trastornos afectivos (Widiger & Oltmanns, 2017).

La Extraversión (E) engloba aspectos vinculados a la sociabilidad, el nivel de actividad y la búsqueda de estimulación. Sus facetas —Cordialidad, Gregarismo, Asertividad, Actividad, Búsqueda de emociones y Emociones positivas— reflejan distintos grados de apertura al contacto social, vitalidad y tendencia a experimentar emociones agradables (Lucas & Diener, 2001).

La Apertura a la Experiencia (O) se relaciona con la curiosidad intelectual, la imaginación, la sensibilidad estética y la disposición a explorar nuevas ideas o experiencias. Incluye las facetas de Fantasía, Estética, Sentimientos, Acciones, Ideas y Valores, y se ha asociado con la creatividad y el pensamiento flexible (DeYoung et al., 2012).

La Afabilidad (A) describe la orientación interpersonal y las disposiciones prosociales. Sus facetas —Confianza, Franqueza, Altruismo, Actitud conciliadora, Modestia y Sensibilidad— expresan la tendencia a cooperar, empatizar y evitar conductas conflictivas (Graziano & Tobin, 2009).

Por último, la Responsabilidad (C) se refiere al autocontrol, la organización y la orientación al logro. Sus facetas —Competencia, Orden, Sentido del deber, Necesidad de logro, Autodisciplina y Deliberación— se vinculan con la capacidad de planificación, la persistencia y la regulación conductual (Roberts et al., 2009).

El modelo de los Cinco Grandes ha demostrado una alta estabilidad a lo largo de la vida, así como una gran capacidad predictiva en áreas como la salud, el desempeño académico y laboral, y el bienestar psicológico (Ozer & Benet-Martínez, 2006). Dentro del ámbito clínico, los rasgos de personalidad, y particularmente el neuroticismo, han mostrado un papel relevante como factores de vulnerabilidad emocional y predictivos de sintomatología psicopatológica, lo que hace que su análisis y posible modificación mediante intervención psicológica constituya un aspecto clave en la práctica profesional (Widiger & Oltmanns, 2017).

1.2. El neuroticismo y su implicación en la salud mental

El neuroticismo es uno de los cinco grandes factores de la personalidad y se define como la tendencia a experimentar emociones negativas de forma frecuente e intensa (McCrae & Costa, 2008). Este rasgo implica una mayor sensibilidad ante el estrés y una respuesta emocional menos adaptativa ante las demandas del entorno (Widiger & Oltmanns, 2017).

Las personas con altos niveles de neuroticismo suelen percibir las situaciones como más amenazantes o difíciles de manejar, lo que puede aumentar su vulnerabilidad al malestar psicológico. La evidencia empírica muestra que el neuroticismo constituye uno de los principales predictores de problemas emocionales y de salud mental, como los trastornos de ansiedad, la depresión o los problemas psicosomáticos (Lahey, 2009). Este rasgo también se ha relacionado con dificultades en la regulación emocional y con una mayor probabilidad de desarrollar respuestas de estrés crónico o de mantener síntomas una vez instaurado un trastorno (Kotov et al., 2010).

Dentro de las seis facetas que componen este dominio, la hostilidad ocupa un lugar relevante y, a veces, poco comprendido. Aunque en el lenguaje cotidiano suele vincularse a conductas

agresivas o externas, en el marco del modelo de personalidad se conceptualiza como la tendencia a experimentar ira interna, irritabilidad, resentimiento y frustración, incluso en ausencia de una expresión manifiesta (Costa & McCrae, 1995). La hostilidad forma parte del neuroticismo porque constituye una modalidad específica de afecto negativo, caracterizada por la facilidad para activar emociones aversivas de tipo irritable o colérico ante situaciones percibidas como injustas, amenazantes o frustrantes. Lejos de equipararse a la agresión, se refiere a la vivencia interna de estas emociones, coherente con la concepción del neuroticismo como sensibilidad emocional aumentada (Suls & Bunde, 2005).

Aunque históricamente se consideró un rasgo estable, investigaciones recientes han demostrado que el neuroticismo puede modificarse parcialmente mediante intervenciones psicológicas. En particular, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha mostrado eficacia para reducir la intensidad de las emociones negativas y mejorar la regulación emocional, generando cambios medibles en esta dimensión de personalidad. Este hallazgo resulta especialmente relevante en contextos clínicos, donde el abordaje del neuroticismo puede contribuir no solo a reducir los síntomas, sino también a prevenir recaídas y favorecer un mejor ajuste psicológico a largo plazo (Barlow et al., 2014).

Comprender el papel del neuroticismo —y, en concreto, la hostilidad como faceta emocional interna— resulta especialmente pertinente en el estudio del Trastorno del Espectro Autista (TEA). Las personas adultas con TEA suelen presentar mayores dificultades de regulación emocional y mayor vulnerabilidad ante el estrés, lo que puede amplificar la expresión del neuroticismo y de algunas de sus facetas, como la ansiedad, la irritabilidad o la impulsividad. Esta interacción entre rasgos de personalidad y características del neurodesarrollo subraya la importancia de explorar cómo intervenciones específicas, como la TCC adaptada, pueden contribuir a modular la reactividad emocional y favorecer un funcionamiento más adaptativo en esta población (Uljarević et al., 2017).

1.2.1. El neuroticismo en población con TEA

El estudio de los rasgos de personalidad en adultos con Trastorno del Espectro Autista (TEA) ha adquirido un creciente interés en los últimos años, al ofrecer una comprensión más completa de las diferencias individuales en la regulación emocional, la adaptación social y el afrontamiento del estrés. Dentro del modelo de los cinco grandes factores de personalidad,

el neuroticismo destaca por su estrecha relación con la vulnerabilidad psicológica y la salud mental (Widiger & Oltmanns, 2017).

Diversas investigaciones han mostrado que las personas adultas con TEA presentan niveles significativamente más altos de neuroticismo en comparación con la población general (Lodi-Smith et al., 2019, Van Oosterhout et al., 2022). Este patrón se asocia con una hiperreactividad ante el estrés, dificultades en la regulación emocional y una tendencia a la rumiación cognitiva, factores que contribuyen a una mayor probabilidad de desarrollar ansiedad y depresión (White et al., 2009). En este sentido, el neuroticismo puede considerarse un marcador transdiagnóstico de vulnerabilidad emocional en el TEA, influyendo tanto en la manifestación clínica como en la respuesta al tratamiento (Schwartzman et al., 2016).

Las dificultades en regulación emocional son frecuentes en adultos con TEA y se manifiestan a través de respuestas afectivas intensas, escasa tolerancia a la incertidumbre y problemas para modular estados emocionales negativos. Estas dificultades pueden interactuar con niveles elevados de neuroticismo, generando un patrón de respuesta emocional caracterizado por mayor labilidad afectiva, preocupación excesiva y frustración frente a demandas ambientales (Mazefsky et al., 2013).

La rumiación —la tendencia a mantener pensamientos negativos repetitivos— aparece más frecuentemente en individuos con TEA, especialmente en aquellos con alto neuroticismo. Este estilo cognitivo incrementa la persistencia del malestar, intensifica la experiencia emocional negativa y puede contribuir al desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos. La combinación de rumiación y neuroticismo representa, por tanto, un mecanismo clave en la amplificación del sufrimiento emocional en el TEA (Crane et al., 2010).

La hiperreactividad fisiológica y emocional ante estímulos estresantes es otro elemento característico. Personas con TEA pueden mostrar respuestas exageradas ante cambios, exigencias sociales o sobrecarga sensorial, lo que provoca niveles elevados de tensión y agotamiento emocional (South & Rodgers, 2017). Cuando esta hiperreactividad interactúa con un neuroticismo alto, sus efectos se potencian, generando un círculo de vulnerabilidad en el que la percepción de amenaza y el malestar emocional se intensifican (Van Oosterhout et al., 2022).

Además, la interacción entre el neuroticismo y los síntomas del espectro autista parece moderar la respuesta emocional ante las demandas sociales y los contextos de estrés. Estudios recientes sugieren que un alto nivel de neuroticismo amplifica el impacto negativo de la sobrecarga sensorial o la incompreensión social, intensificando el malestar y la reactividad emocional (Van Oosterhout et al., 2022). Esta dinámica puede reforzar un ciclo de vulnerabilidad emocional, en el que las dificultades sociales propias del TEA y la sensibilidad afectiva del neuroticismo se retroalimentan, generando un mayor riesgo de aislamiento y deterioro psicológico (Schriber et al., 2014).

En el contexto del caso clínico que se aborda en este trabajo, el neuroticismo adquiere una relevancia particular. La paciente presenta puntuaciones elevadas en esta dimensión, reflejando una marcada sensibilidad emocional y una tendencia a la hostilidad (faceta del neuroticismo) y la frustración en situaciones de estrés. Este patrón no solo influye en su malestar psicológico, sino también en la forma en que se relaciona con los demás y afronta los desafíos cotidianos. Por ello, la evaluación del neuroticismo antes y después de la intervención cognitivo-conductual permitirá observar en qué medida los cambios emocionales y conductuales se traducen en una mejora en la estabilidad afectiva y en la adaptación general.

El abordaje de este rasgo desde una perspectiva terapéutica no implica modificar la personalidad en su conjunto, sino promover una mayor regulación emocional, reducir la reactividad negativa y potenciar estrategias de afrontamiento adaptativas.

1.3. Terapia cognitivo-conductual (TCC) en adultos con TEA

1.3.1. Fundamentos teóricos de la TCC

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) puede definirse como la aplicación clínica de los principios de la psicología científica, sustentada en procedimientos validados empíricamente. Sus orígenes se encuentran en la Terapia de Conducta (TC), surgida en los años cincuenta, basada en las teorías del aprendizaje desarrolladas por autores como Pavlov, Skinner y Bandura. Desde este enfoque, la conducta —adaptativa o desadaptativa— es producto del aprendizaje, por lo que puede modificarse mediante la aplicación sistemática de técnicas de condicionamiento (García et al., 2017).

A lo largo de las décadas, la TC evolucionó hacia un modelo más amplio que incorporó los procesos cognitivos como mediadores fundamentales de la conducta. Este cambio dio lugar a la actual TCC, que integra la idea de que los pensamientos, creencias y esquemas mentales influyen en las emociones y comportamientos del individuo. Así, la TCC amplió su base teórica incluyendo aportes de la psicología cognitiva, social y evolutiva, dando forma a un enfoque más comprensivo del funcionamiento humano (García et al., 2017).

El modelo cognitivo, propuesto originalmente por Beck, sostiene que las emociones y las conductas no dependen directamente de los eventos, sino de la interpretación que el individuo hace de ellos. Estas interpretaciones se basan en creencias nucleares, suposiciones y pensamientos automáticos que pueden ser adaptativos o distorsionados. Cuando estas cogniciones son rígidas, negativas o inexactas, contribuyen al malestar emocional y al mantenimiento de conductas disfuncionales (Beck, 2011).

Este principio es especialmente relevante en problemas caracterizados por elevada reactividad emocional, como el neuroticismo elevado o el TEA con dificultades en regulación emocional, donde las interpretaciones negativas del entorno pueden amplificar el malestar y aumentar la evitación.

En la actualidad, la TCC se caracteriza por su orientación práctica, estructurada y centrada en objetivos concretos. Su finalidad es identificar y modificar los patrones disfuncionales de pensamiento y comportamiento que mantienen el malestar psicológico, promoviendo al mismo tiempo estrategias de afrontamiento adaptativas. Este modelo ha demostrado una eficacia notable en el tratamiento de numerosos trastornos emocionales y conductuales, lo que la ha consolidado como una de las psicoterapias con mayor respaldo empírico (Hofmann et al., 2012). Entre sus técnicas más representativas destacan:

- *Reestructuración cognitiva*: Su objetivo es identificar, cuestionar y modificar los pensamientos distorsionados que alimentan las emociones negativas. Para ello, se emplean técnicas como el registro de pensamientos, el debate socrático o la búsqueda de evidencia (Beck, 2011; Hofmann et al., 2012).
- *Entrenamiento en habilidades y afrontamiento*: Incluye técnicas como el entrenamiento en resolución de problemas, habilidades sociales, tolerancia emocional, manejo de la ansiedad o planificación conductual. Estas intervenciones

permiten reforzar la autorregulación y mejorar el funcionamiento cotidiano (Hofmann et al., 2012).

- *Exposición*: La exposición es un componente central de la TCC. Se basa en la confrontación gradual y controlada con los estímulos temidos o evitados para reducir la ansiedad y promover el aprendizaje correctivo (Craske et al., 2014). En adultos con TEA, la exposición es especialmente útil para afrontar situaciones sociales, sensoriales o cotidianas que generan estrés, favoreciendo un incremento de la tolerancia emocional y una reducción de la hiperreactividad (Spain et al., 2017).
- *Técnicas conductuales*: se basan en la modificación directa de los patrones de comportamiento que mantienen el malestar psicológico. Entre ellas se incluyen la activación conductual, el establecimiento de rutinas, la programación de actividades reforzantes, el uso de refuerzo diferencial o el entrenamiento en habilidades específicas. Estas técnicas se fundamentan en los principios del aprendizaje y buscan generar cambios observables que, a su vez, favorecen modificaciones cognitivas y emocionales (Hofmann et al., 2012).

En el trabajo clínico con personas con TEA, estos procedimientos se adaptan frecuentemente mediante apoyos visuales, ejemplos concretos o la descomposición de los procesos abstractos en pasos secuenciales (Weston et al., 2016).

Además, la TCC posee un marcado componente educativo, ya que busca que el paciente comprenda la relación entre pensamiento, emoción y conducta, y adquiera habilidades de autorregulación que le permitan mantener los cambios a largo plazo. Su carácter autoevaluativo —basado en la observación continua de los resultados y la validación empírica de las técnicas utilizadas— refuerza su condición de intervención científica y adaptable a diferentes poblaciones y contextos clínicos (García et al., 2017)

1.3.2. Adaptaciones de la TCC en adultos con TEA

La aplicación de la TCC en personas con TEA requiere una serie de adaptaciones para ajustarse a sus características cognitivas, comunicativas y emocionales. En este contexto, la intervención tiende a enfatizar los componentes conductuales por encima de los puramente cognitivos, utilizando reglas explícitas, un lenguaje claro y apoyos visuales que faciliten la comprensión y el aprendizaje (Riches et al., 2023).

Las personas adultas con TEA suelen presentar dificultades en la comunicación social, en la flexibilidad cognitiva y en la regulación emocional. Por ello, la TCC debe adaptarse no solo en su contenido, sino también en su formato y ritmo de aplicación, con el fin de aumentar su accesibilidad y eficacia terapéutica (Spain et al., 2023).

Entre las modificaciones más frecuentes destacan: el uso de un mayor número de sesiones con un ritmo más pausado, la incorporación de materiales visuales y ejemplos concretos, la inclusión de los intereses específicos del paciente dentro de la terapia, y el trabajo explícito en habilidades sociales, reconocimiento emocional y resolución de problemas. En algunos casos, la participación de familiares o cuidadores como co-terapeutas también ha mostrado beneficios al favorecer la generalización de los aprendizajes (Spain et al., 2023).

La evidencia empírica sobre la eficacia de la TCC en adultos con TEA ha aumentado en los últimos años, aunque continúa siendo más limitada que en población infantil y adolescente. Diversos metaanálisis y revisiones sistemáticas han mostrado que la TCC adaptada puede reducir de forma significativa los síntomas de ansiedad, depresión e irritabilidad en personas con TEA, especialmente cuando se introducen modificaciones que faciliten la comprensión y la regulación emocional (Weston et al., 2016; Spain et al., 2023).

Estudios recientes confirman esta tendencia. En general, las intervenciones centradas en la regulación emocional, el trabajo con situaciones sociales y el entrenamiento cognitivo-conductual presentan una disminución gradual del malestar y un aumento de las habilidades de afrontamiento. También se ha observado que los beneficios son mayores cuando la intervención incorpora apoyos visuales, una estructura clara y un ritmo ajustado a las necesidades del paciente (Kerns et al., 2020).

No obstante, la evidencia sigue siendo heterogénea, con un número reducido de ensayos controlados aleatorizados y variabilidad en los protocolos aplicados (Linden et al., 2023).

Los resultados indican efectos positivos de magnitud pequeña a moderada en la reducción de síntomas emocionales, pero sugieren la necesidad de estudios más robustos que analicen los mecanismos de cambio y la estabilidad de los efectos a largo plazo. Investigaciones recientes han comenzado a explorar modalidades innovadoras, como la TCC en formato grupal o en línea, mostrando resultados prometedores en términos de eficacia y accesibilidad (Westerberg et al., 2023)

En este sentido, la necesidad de optimizar la TCC para personas con TEA sigue siendo un campo de desarrollo prioritario dentro de la psicología clínica contemporánea (Riches et al., 2023; Spain et al., 2023).

1.3.3. Influencia de la TCC sobre el neuroticismo en adultos con TEA

El neuroticismo se ha mostrado relativamente estable a lo largo del tiempo. Sin embargo, investigaciones recientes han evidenciado que ciertos tratamientos psicológicos, en particular la terapia cognitivo-conductual (TCC), pueden producir cambios significativos en la expresión de este rasgo, especialmente cuando el foco terapéutico se orienta hacia la regulación emocional y el afrontamiento adaptativo (Barlow et al., 2017; Roberts et al., 2017).

En el ámbito del TEA, la TCC ha demostrado ser una intervención eficaz para abordar dificultades emocionales y conductuales, entre ellas la ansiedad, la depresión o la irritabilidad (Spain et al., 2017). Estas intervenciones suelen incluir componentes de psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición gradual y entrenamiento en habilidades emocionales, adaptados a las características cognitivas y comunicativas de las personas con TEA (Weston et al., 2016). Dichos componentes actúan indirectamente sobre el neuroticismo, al promover una mayor regulación emocional y reducir la hiperreactividad afectiva que caracteriza este rasgo.

Desde una perspectiva empírica, diversos estudios han encontrado que la TCC puede generar reducciones estables en el neuroticismo tras la intervención. Kennair et al. (2021), por ejemplo, observaron que pacientes con trastornos emocionales tratados con TCC mostraron descensos significativos en las puntuaciones de neuroticismo del NEO PI-R, acompañados de mejoras en ansiedad y depresión. De forma similar, Sauer-Zavala et al. (2021) demostraron que el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales —una variante de la TCC centrada en la regulación emocional— logró disminuir los niveles de neuroticismo y aumentar la estabilidad afectiva a lo largo del tratamiento.

En el caso de las personas adultas con TEA, este tipo de intervención cobra especial relevancia, ya que los altos niveles de neuroticismo suelen exacerbar las dificultades sociales y emocionales propias del trastorno (Schriber et al., 2014; Schwartzman et al., 2016). Intervenir sobre los mecanismos cognitivos y emocionales asociados —como la tendencia a la preocupación excesiva, la interpretación negativa de las experiencias sociales o la escasa

tolerancia a la frustración— puede contribuir a modular la expresión conductual del neuroticismo, mejorando la adaptación y el bienestar psicológico (Barlow et al., 2017; Spain et al., 2017).

1.3.4. Influencia de la TCC en manejo de la ira

El manejo de la ira desde la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se basa en la idea de que las respuestas de enojo se mantienen por patrones de pensamiento rígidos, una elevada activación fisiológica y conductas desadaptativas asociadas. Desde este enfoque, la intervención se dirige a identificar los desencadenantes, modificar las interpretaciones que intensifican la emoción y entrenar estrategias alternativas de afrontamiento (Beck, 2011).

Los programas de TCC para la ira suelen incluir psicoeducación emocional, reconocimiento de señales fisiológicas, reestructuración cognitiva de pensamientos hostiles o dicotómicos, y técnicas conductuales como solución de problemas o habilidades de comunicación (Malti et al., 2011). Este modelo resulta especialmente relevante en personas con TEA, quienes frecuentemente presentan dificultades en flexibilidad cognitiva y regulación emocional, factores asociados a mayores niveles de irritabilidad (Mazefsky et al., 2013).

En el caso clínico que se analiza en este TFM, la aplicación de una intervención cognitivo-conductual centrada en el manejo de la ira y la regulación emocional permitirá evaluar si los cambios observados tras la terapia se reflejan en una reducción de las puntuaciones de neuroticismo, especialmente en su faceta de hostilidad. De confirmarse, esto respaldaría la hipótesis de que la TCC puede actuar como un agente modulador de ciertos rasgos de personalidad, aportando evidencia valiosa para la práctica clínica en población adulta con TEA.

2. Justificación

El presente trabajo se justifica por la necesidad de profundizar en la comprensión y abordaje de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual sobre el neuroticismo en personas adultas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), un ámbito poco explorado en la investigación clínica actual y especialmente escaso en la literatura española. Aunque los rasgos de personalidad han sido tradicionalmente secundarios en el estudio del TEA, su influencia sobre el funcionamiento emocional y social resulta decisiva para el bienestar psicológico y la respuesta terapéutica. En este contexto, el análisis del neuroticismo cobra una especial relevancia clínica y sanitaria (Schriber et al., 2014).

Desde el punto de vista de la psicología sanitaria, el caso clínico abordado resulta particularmente relevante, ya que representa una realidad frecuente en la práctica del Psicólogo General Sanitario (PGS): adultos con diagnóstico de TEA que presentan un funcionamiento cognitivo conservado, pero con un marcado perfil de vulnerabilidad emocional, ansiedad elevada y dificultades para la autorregulación afectiva. En este tipo de casos, los altos niveles de neuroticismo actúan como un factor de riesgo que amplifica los problemas de adaptación, la sensibilidad interpersonal y la reactividad emocional ante situaciones sociales o de frustración (South et al., 2007; Hollocks et al., 2019). Este patrón de desregulación contribuye a un incremento del malestar psicológico y, en ausencia de intervención, puede cronificar la sintomatología ansiosa o depresiva, repercutiendo de manera significativa en la calidad de vida y en la participación social del individuo (Mazefsky et al., 2013).

La relevancia del estudio radica también en que la literatura actual señala una asociación consistente entre el neuroticismo y la desregulación emocional en el TEA (Mazefsky et al., 2013; Conner et al., 2019). Las personas con altos niveles de este rasgo tienden a experimentar emociones intensas y prolongadas, con escasa capacidad para modularlas, lo que se traduce en conductas desadaptativas, evitación o irritabilidad. En el caso de las personas con TEA, las limitaciones en la flexibilidad cognitiva, la empatía y la comprensión emocional agravan esta dificultad, dando lugar a un círculo vicioso entre vulnerabilidad afectiva y rigidez conductual. Desde esta perspectiva, intervenir sobre el neuroticismo no solo tiene un valor descriptivo,

sino que se convierte en un objetivo clínico prioritario para mejorar la autorregulación emocional y la adaptación psicosocial (South et al., 2007).

La Terapia Cognitivo-Conductual constituye uno de los enfoques con mayor respaldo empírico para el tratamiento de los trastornos emocionales en el TEA (Spain et al., 2023; Weston et al., 2016). Su aplicación permite modificar patrones cognitivos disfuncionales y promover estrategias de afrontamiento más adaptativas, incidiendo directamente sobre los mecanismos psicológicos implicados en el neuroticismo (Barlow et al., 2017; Kennair et al., 2021).

A pesar de los resultados prometedores de estudios internacionales, existe una clara carencia de investigación en población adulta española con TEA, especialmente centrada en la evaluación de los efectos de la TCC sobre los rasgos de personalidad y no solo sobre la sintomatología clínica. Este vacío científico justifica la pertinencia del presente trabajo y su contribución a la práctica basada en la evidencia dentro del ámbito sanitario nacional (García-Villamizar & Hughes, 2017).

Además, el estudio aporta relevancia aplicada al vincular la evaluación de la personalidad con la intervención psicológica. En la práctica del PGS, comprender cómo los rasgos de personalidad, y en particular el neuroticismo, modulan la respuesta emocional, permite ajustar los objetivos terapéuticos y personalizar las estrategias de intervención (John & Srivastava, 1999; Kennair et al., 2021). Desde un punto de vista formativo y profesional, este tipo de trabajos favorece la integración del conocimiento teórico con la práctica clínica, aportando evidencia útil para la psicología sanitaria contemporánea, centrada en la comprensión holística del paciente y la optimización de los procesos de cambio terapéutico.

En conclusión, el presente TFM se justifica por su relevancia científica, sanitaria y social. En primer lugar, amplía el conocimiento sobre la interacción entre personalidad, regulación emocional y respuesta terapéutica en el TEA adulto. En segundo lugar, proporciona evidencia sobre la eficacia y aplicabilidad de la TCC en el contexto español, contribuyendo a la consolidación de prácticas clínicas adaptadas y culturalmente sensibles. Finalmente, su orientación hacia la práctica profesional del psicólogo general sanitario refuerza la importancia de una atención psicológica personalizada, empíricamente fundamentada y centrada en el bienestar emocional de las personas con TEA.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Evaluar los efectos de una intervención cognitivo-conductual centrada en el manejo de la ira sobre los niveles de neuroticismo, y específicamente en su faceta de hostilidad como rasgo de personalidad, medidos mediante el NEO PI-R, en un adulto con Trastorno del Espectro Autista.

3.2. Objetivos secundarios

1. Analizar los cambios en la puntuación global de neuroticismo tras la intervención.
2. Examinar las variaciones en la faceta de hostilidad como rasgo estable de personalidad, diferenciándola de la expresión clínica y conductual de la ira.
3. Evaluar la mejora en la autorregulación emocional, incluyendo la estabilidad afectiva, irritabilidad y reactividad emocional.
4. Documentar el proceso de intervención cognitivo-conductual adaptada para un adulto con TEA, describiendo sus fases y técnicas principales.
5. Contribuir a la literatura clínica sobre la aplicabilidad y eficacia de la terapia cognitivo-conductual en población adulta con TEA, especialmente en relación con la regulación emocional y los rasgos de personalidad.

4. Hipótesis

El presente estudio plantea un conjunto de hipótesis derivadas de los objetivos propuestos, orientadas a explorar los posibles efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de Neuroticismo en un adulto con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

4.1. Hipótesis principal

Se espera que la aplicación de una intervención cognitivo-conductual centrada en el manejo de la ira produzca una disminución en los niveles de Neuroticismo, medidos a través del inventario de personalidad NEO PI-R, en comparación con las puntuaciones obtenidas en la evaluación preintervención.

4.2. Hipótesis secundarias

1. Se prevé una reducción significativa en la faceta de Hostilidad, considerada una de las dimensiones específicas del Neuroticismo, tras la aplicación de la intervención.
2. Se anticipa una mejoría en la autorregulación emocional, reflejada en una mayor estabilidad afectiva y una disminución de la tendencia a la irritabilidad y la reactividad emocional.
3. Se espera que la intervención cognitivo-conductual adaptada a las características del TEA adulto sea viable y efectiva para favorecer la regulación emocional, sin alterar de forma sustancial otros rasgos de personalidad.
4. Se plantea que los resultados del caso puedan contribuir a generar evidencia preliminar sobre la relación entre la modulación emocional y la variación de los rasgos de personalidad en población adulta con TEA, ofreciendo una base para futuras investigaciones en el ámbito de la psicología clínica y sanitaria.

5. Descripción del caso

5.1. Datos sociodemográficos

La participante, identificada con el nombre ficticio de Laura con el fin de preservar su anonimato, es una mujer de 29 años, de nacionalidad cubana y residente en España desde hace varios años. El traslado se produjo con el objetivo de continuar su formación académica y ampliar sus oportunidades profesionales. En el momento de la evaluación, cursa un grado universitario y compatibiliza su actividad académica con un empleo a tiempo parcial en el sector de la hostelería.

Procede de un entorno familiar estable y de nivel sociocultural medio. No se registran antecedentes médicos relevantes ni consumo de sustancias. Su estilo de vida se caracteriza por una elevada dedicación al estudio y al trabajo, con escaso tiempo disponible para el ocio y las relaciones sociales.

5.2. Motivo de consulta

Laura acude a consulta psicológica por iniciativa propia con el objetivo de mejorar la gestión emocional, especialmente en relación con la ira, la frustración y la dificultad para el autocontrol, aspectos que identifica como generadores de malestar y conflictos en los ámbitos personal, académico y laboral. Refiere una elevada reactividad emocional ante situaciones de frustración y dificultades para recuperar el equilibrio emocional una vez activada. Asimismo, manifiesta sensación de bloqueo, autocrítica elevada y dificultades para afrontar la presión académica.

La demanda se enmarca en la presencia de un doble diagnóstico previo: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), diagnosticado durante la adolescencia en su país de origen, y Trastorno del Espectro Autista (TEA), identificado posteriormente en la edad adulta tras una evaluación psicológica realizada en un centro privado en España. La documentación diagnóstica correspondiente fue aportada en la primera sesión. En consecuencia, la intervención se orienta a la regulación emocional asociada a ambos cuadros clínicos, desde un enfoque cognitivo-conductual.

5.3. Historia clínica relevante

No se registran antecedentes neurológicos ni trastornos psiquiátricos graves. El estado de salud general es adecuado y no presenta enfermedades crónicas relevantes.

Desde el punto de vista evolutivo, el desarrollo motor y del lenguaje se describe como normativo. No obstante, desde la infancia se identificaron dificultades en la interacción social y en la adaptación a cambios de rutina. En el ámbito académico, se objetivaron dificultades de aprendizaje durante la educación primaria y secundaria, especialmente en lectura, comprensión y ortografía. A pesar de ello, en etapas posteriores mostró un mayor interés y rendimiento en áreas relacionadas con las matemáticas, lo que permitió su acceso a estudios universitarios en este ámbito. Tras su traslado a España, y ante la no convalidación de los estudios previos, inició el actual grado universitario.

En relación con los hábitos de vida, refiere un patrón de sueño regular, aunque con elevada sensibilidad a estímulos ambientales, como el ruido y la luz. Presenta también un patrón alimentario restrictivo, con marcada selectividad asociada a determinadas texturas. Estas variables fueron evaluadas exclusivamente en la entrevista clínica inicial, sin realizar una valoración específica al finalizar la intervención.

En el ámbito social, la paciente se define como una persona reservada, con escasa iniciativa para establecer relaciones interpersonales y dificultades para iniciar y mantener conversaciones, especialmente con personas desconocidas. Mantiene vínculos sociales limitados y tiende a preferir actividades individuales y entornos tranquilos, evitando contextos con alta estimulación sensorial.

Desde el punto de vista emocional, se describe como una persona autoexigente y con elevada reactividad emocional, especialmente ante situaciones de frustración. Reconoce dificultades en el control de impulsos y la presencia de sentimientos de culpa posteriores a episodios de desregulación emocional. Este patrón ha estado presente desde la infancia y se ha mantenido en la adultez.

En cuanto a intereses y ocio, muestra una tendencia a focalizarse intensamente en determinadas actividades estructuradas, que pueden mantenerse durante periodos prolongados. Asimismo, refiere preferencias por rutinas estables y malestar ante cambios

inesperados o entornos altamente estimulantes, aspectos congruentes con características asociadas al TEA.

5.4. Diagnóstico

La paciente presenta un diagnóstico previo de TDAH tipo combinado, por el que recibió seguimiento médico durante la adolescencia. En la actualidad utiliza metilfenidato de forma puntual, principalmente en situaciones académicas que requieren un elevado nivel de concentración.

Tras su traslado a España y ante la persistencia de dificultades atencionales, emocionales y sociales, se llevó a cabo una evaluación psicológica completa en un centro privado, que incluyó la administración de la Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo (ADOS-2, Módulo 4). Los resultados mostraron un perfil compatible con dificultades en la reciprocidad social, la expresión emocional espontánea y la flexibilidad conductual, con lenguaje estructuralmente adecuado y sin alteraciones significativas en el contenido del discurso.

Asimismo, se identificaron patrones de rigidez conductual, presencia de rituales y particularidades sensoriales, con coexistencia de hiper- e hiposensibilidades, especialmente en relación con estímulos auditivos, táctiles y alimentarios. La integración de la información procedente de la entrevista clínica, la observación y los instrumentos estandarizados condujo al diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista de nivel 1, sin discapacidad intelectual ni alteraciones significativas del lenguaje, que se añade al diagnóstico previo de TDAH.

En el momento actual, la paciente se encuentra en tratamiento psicológico desde un enfoque cognitivo-conductual, centrado en la regulación emocional y el manejo de la ira. La administración del NEO PI-R forma parte del proceso de evaluación previo a la intervención, con el objetivo de analizar posibles cambios en los rasgos de personalidad, especialmente en el dominio de Neuroticismo y su faceta de Hostilidad, tras el desarrollo del trabajo terapéutico.

6. Evaluación

En el presente estudio se evaluaron tres variables principales: Neuroticismo, Hostilidad (como una de sus facetas) y Regulación emocional/Inestabilidad afectiva. La variable independiente fue la intervención psicológica centrada en la regulación emocional y el manejo de la ira y la regulación emocional, mientras que las variables dependientes fueron las puntuaciones de Neuroticismo, Hostilidad y el indicador indirecto de Regulación emocional.

El Neuroticismo se define como la tendencia estable a experimentar emociones negativas, tales como ansiedad, tristeza, irritabilidad o vulnerabilidad al estrés. Este rasgo de personalidad refleja el grado en que una persona responde emocionalmente ante situaciones percibidas como amenazantes o frustrantes. Ha mostrado una relación consistente con mayores niveles de malestar psicológico y desregulación emocional (Lahey, 2009; Ormel et al., 2013). En el caso clínico, esta variable se consideró fundamental por su influencia en la estabilidad emocional y en la predisposición a respuestas desadaptativas ante estímulos internos o externos.

Dentro del dominio del Neuroticismo, se analizó de forma específica la faceta de Hostilidad, entendida como la propensión a experimentar sentimientos de irritación, enfado o frustración, así como a reaccionar de manera impaciente o agresiva ante las contrariedades. Esta dimensión se diferencia del manejo clínico de la ira, ya que hace referencia a un rasgo de personalidad más que a una emoción puntual, por lo que se evalúa como una característica relativamente estable a lo largo del tiempo (Costa & McCrae, 1992).

Por último, la Regulación emocional o Inestabilidad afectiva se definió como la capacidad para modular y controlar las propias emociones, adaptando su expresión a las demandas del contexto. En este estudio se entiende como una variable transversal, relacionada tanto con el Neuroticismo global como con las dificultades específicas derivadas del TEA, en particular la tendencia a la reactividad emocional y la escasa tolerancia a la frustración (Mazefsky et al., 2013).

Para la medición del Neuroticismo y la faceta de Hostilidad se empleó el Inventario de Personalidad NEO PI-R (Costa y McCrae, 1999), uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de los cinco grandes factores de la personalidad. Este autoinforme consta de 240

ítems, puntuados en una escala Likert de cinco puntos (de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”).

El factor Neuroticismo del NEO PI-R se compone de seis facetas: Ansiedad, Hostilidad, Depresión, Autoconciencia, Impulsividad y Vulnerabilidad. En este estudio se analizaron especialmente las puntuaciones globales de Neuroticismo y la faceta de Hostilidad, al ser las más relevantes para los objetivos de la intervención.

Dado que no se administró un instrumento específico de regulación emocional, su evaluación se realizó de forma indirecta, siguiendo un procedimiento fundamentado en tres indicadores complementarios:

- Cambios pre y postintervención en Neuroticismo y Hostilidad, considerando que una disminución en estas puntuaciones constituye un indicador psicométrico válido de mejora en la capacidad de autorregulación emocional, al tratarse de dimensiones empíricamente vinculadas a la desregulación afectiva.
- Observación clínica sistemática durante las sesiones, registrando conductas relacionadas con la reactividad emocional, tales como explosividad, irritabilidad, tiempo de recuperación tras momentos de frustración, estrategias empleadas para calmarse y nivel de ajuste emocional ante situaciones desbordantes. Se utilizaron criterios conductuales estandarizados basados en frecuencia, intensidad y duración.
- Convergencia entre los cambios clínicos y psicométricos, considerando una mejora en la regulación emocional únicamente cuando ambos indicadores resultaron coherentes entre sí.

La adaptación española del NEO PI-R ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, con coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0,80 para las escalas principales y una estructura factorial coherente con la versión original. Asimismo, presenta evidencia de validez convergente y discriminante en población española, lo que respalda su utilidad tanto en contextos clínicos como de investigación (Cordero, Pamos & Seisdedos, 2008).

7. Intervención psicológica

7.1. Diseño del plan de tratamiento

El tratamiento se desarrolló en el contexto de una intervención individual cognitivo-conductual, adaptada a las características del funcionamiento psicológico de Laura, una persona adulta con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) y TDAH, con especial atención a las dificultades de regulación emocional, la impulsividad y la expresión inadecuada de la ira.

El objetivo general de la intervención fue reducir la inestabilidad afectiva y la hostilidad asociadas al rasgo de Neuroticismo, favoreciendo una mayor autorregulación emocional y una expresión adaptativa de la ira.

El plan terapéutico se llevó a cabo durante 13 sesiones individuales, con una periodicidad semanal y una duración aproximada de 60 minutos por sesión. Se realizaron además dos sesiones de seguimiento (al mes y a los tres meses de la finalización) con el fin de evaluar la estabilidad de los cambios y la generalización de las habilidades adquiridas.

El enfoque seguido se basó en los principios de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), integrando componentes de psicoeducación emocional, reestructuración cognitiva, entrenamiento en regulación emocional y resolución de problemas, adaptados a las necesidades de la paciente.

La intervención se estructuró en cuatro fases progresivas, adaptadas al perfil cognitivo y comunicativo de Laura, siguiendo las recomendaciones para la TCC en adultos con TEA propuestas por Spain et al. (2015) y Riches et al. (2023). Se emplearon apoyos visuales, esquemas psicoeducativos, ejercicios guiados y modelado de conductas, procurando mantener un ritmo flexible que facilitara la comprensión y el aprendizaje.

Fase 1. Evaluación inicial y establecimiento de objetivos terapéuticos (sesiones 1-3).

En esta primera etapa se revisó la historia clínica y los motivos de consulta, identificando las principales situaciones que generaban irritabilidad y descontrol emocional. Se aplicó el NEO PI-R para establecer la línea base de personalidad y se realizó una entrevista clínica.

Asimismo, se llevó a cabo una psicoeducación inicial sobre el TEA y la relación entre el neuroticismo, la regulación emocional y la reactividad afectiva. Junto con la paciente se

definieron objetivos terapéuticos concretos, acordando la metodología de trabajo y las normas básicas del proceso terapéutico (confidencialidad, compromiso, autorregistros).

Fase 2. Entrenamiento en reconocimiento y comprensión emocional (sesiones 4-5).

El trabajo inicial se centró en diferenciar entre ira, hostilidad y agresividad, y en comprender el papel de las emociones como señales adaptativas. Se utilizó material visual y ejemplos cotidianos para explicar el modelo cognitivo de la emoción, destacando la influencia de los pensamientos en la intensidad emocional. La paciente realizó ejercicios de identificación de pensamientos automáticos ante situaciones conflictivas, y registros diarios en los que debía puntuar la intensidad de la ira y las circunstancias asociadas.

También se trabajó el concepto de activación fisiológica y su relación con la interpretación cognitiva, ayudando a la paciente a detectar los primeros signos de tensión emocional y a interrumpir la escalada hacia conductas impulsivas.

Fase 3. Reestructuración cognitiva y entrenamiento en autocontrol (sesiones 6-10).

Una vez consolidado el reconocimiento emocional, se abordaron los patrones de pensamiento disfuncionales que mantenían la irritabilidad y la hostilidad, tales como la sobregeneralización o la interpretación negativa de las intenciones de los demás (por ejemplo, “si me contradicen, me faltan al respeto” o “no tolero que las cosas salgan mal”). Se utilizaron técnicas de debate socrático, búsqueda de evidencias y reformulación de pensamientos disfuncionales. En sesiones guiadas, la paciente aprendió a identificar distorsiones como la sobregeneralización y la personalización, sustituyéndolas por interpretaciones más flexibles.

En paralelo, se introdujeron técnicas conductuales de regulación emocional, como la respiración diafragmática, el tiempo fuera conductual y la relajación muscular progresiva, con el fin de reducir la activación fisiológica durante los momentos de enfado.

Fase 4. Consolidación, prevención de recaídas y generalización (sesiones 11-13).

La última fase se centró en consolidar los aprendizajes adquiridos y fomentar su aplicación en contextos reales.

Asimismo, se elaboró un plan de mantenimiento y prevención de recaídas, donde la paciente identificó señales de alerta (por ejemplo, pensamientos de injusticia o tensión corporal) y estrategias de afrontamiento útiles (salir del contexto, practicar respiración, aplicar

autodiálogo). Asimismo, se trabajó el refuerzo positivo del autocontrol, promoviendo la autovaloración de los logros alcanzados y el mantenimiento de hábitos emocionales saludables.

7.2. Procedimiento y desarrollo

La elección de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se fundamentó en la evidencia empírica que respalda su eficacia para mejorar la regulación emocional y reducir la impulsividad en adultos con TEA (Weston et al., 2016; Spain et al., 2017; Kennair et al., 2021). Además, se ha demostrado que este enfoque puede generar cambios estables en rasgos de personalidad, incluyendo el Neuroticismo, cuando se trabaja de manera focalizada sobre la emoción y el afrontamiento (Sauer-Zavala et al., 2021).

La intervención se desarrolló en un contexto de consulta individual, garantizando un ambiente predecible, estructurado y con escasos estímulos distractores. Se empleó una secuencia flexible, adaptando la duración de las fases al ritmo de progreso de la paciente.

La adherencia al tratamiento fue alta: la paciente acudió a todas las sesiones programadas y completó los registros y tareas entre sesiones de manera consistente. Refirió una percepción positiva del proceso terapéutico, destacando la utilidad práctica de las estrategias aprendidas.

FASE 1 - Sesión 1: Entrevista inicial y análisis funcional del problema

Duración	60 minutos
Objetivo	Aumentar la conciencia sobre las emociones, los desencadenantes y las respuestas.
Desarrollo	Se inició con la presentación del encuadre terapéutico y la creación del vínculo clínico. Se exploraron los antecedentes del diagnóstico doble

	<p>(TDAH y TEA) y el motivo de consulta: la dificultad para gestionar la ira y la sensación de falta de control en determinadas situaciones familiares.</p> <p>Se realizó un análisis funcional inicial de los episodios de ira, identificando antecedentes, pensamientos automáticos y consecuencias.</p> <p>La paciente manifestó que sus reacciones se daban principalmente “cuando sentía que no la entendían o la interrumpían”.</p>
Tarea para casa	Registro de episodios de enfado durante la semana (situación – pensamiento – emoción – conducta – consecuencia). (Anexo A)

FASE 1 - Sesión 2: Aplicación de la prueba NEO PI-R

Duración	60 minutos
Objetivo	<p>Conocer su perfil de personalidad para comprender mejor cómo influyen sus rasgos estables en la gestión emocional. Y más concretamente, evaluar el neuroticismo y su faceta de hostilidad para identificar el grado de vulnerabilidad emocional, irritabilidad y tendencia a la frustración, orientando la intervención hacia estrategias de regulación emocional y manejo de la ira.</p>
Desarrollo	<p>Se inició con la explicación del objetivo de evaluación y se resolvieron las dudas de la paciente.</p> <p>Seguidamente, la paciente completó el cuestionario en formato papel, en un ambiente tranquilo y sin interrupciones, y la psicóloga supervisó y aclaró solo cuestiones de comprensión (no de contenido).</p> <p>Finalmente, se revisó que lo había respondido todo, se le agradeció la colaboración y se acordó la próxima sesión.</p>

FASE 1 - Sesión 3: Devolución de resultados y formulación de objetivos

Duración	60 minutos
Objetivo	Conocer los resultados de la prueba y establecer los objetivos terapéuticos.
Desarrollo	<p>Se revisaron los resultados del NEO PI-R, que reflejaban puntuaciones altas en Neuroticismo (percentil > 75) y muy altas en la faceta de Hostilidad.</p> <p>Se explicó la relación entre este rasgo, la hiperreactividad emocional y las dificultades de regulación afectiva en el TEA.</p> <p>En conjunto con la paciente, se formularon los objetivos terapéuticos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Aprender a identificar las señales físicas y cognitivas previas a los estallidos de ira.2. Aplicar estrategias de regulación emocional antes de la pérdida de control.3. Sustituir pensamientos interpretativos hostiles por valoraciones más ajustadas.
Tarea para casa	Ficha de autoconocimiento emocional, en la que la paciente debía anotar qué sentía, dónde lo sentía en el cuerpo y qué lo provocaba.

FASE 2 - Sesión 4: Comprender la relación pensamiento-emoción-conducta

Duración	60 minutos
Objetivo	Reconocer cómo las interpretaciones influyen en las emociones.
Desarrollo	<p>Se trabajó un ejemplo del registro emocional que había hecho la semana anterior para ayudarla a reformular su interpretación.</p> <p>-Ejemplo trabajado:</p> <p>Situación: la compañera cambió de sitio los vasos limpios.</p> <p>Pensamiento: lo hace para fastidiarme.</p> <p>Emoción: enfado (8/10).</p> <p>Conducta: dejé de hablarle el resto del día.</p> <p>-Reformulación: Quizás lo hizo para ahorrar tiempo porque está más cerca de las mesas o no sabía que me molestaría.</p> <p>-Resultado: me sigue molestando, pero no tanto (4/10).</p>
Observaciones	La paciente comentó que no le salía de entrada reformular el pensamiento, pero que cuando lo hacía, notaba que no le duraba tanto el enfado.

FASE 2 - Sesión 5: Psicoeducación sobre neuroticismo y regulación emocional

Duración	60 minutos
Objetivo	Comprender el rasgo de neuroticismo y su relación con el control emocional.
Desarrollo	Explicar de forma clara y comprensible qué mide el neuroticismo y cuáles son sus facetas.

	<p>Relacionar los resultados con situaciones reales de su vida (por ejemplo, cómo reacciona ante la frustración o el estrés).</p> <p>Explorar qué factores pueden aumentar o reducir su reactividad emocional (rutinas, entorno, demandas sensoriales, impulsividad del TDAH).</p> <p>Además, se trabajó la identificación de señales tempranas de activación. Las respuestas de la paciente fueron:</p> <ul style="list-style-type: none">- Señales físicas: "se me acelera el pulso y siento calor en la cara".- Señales cognitivas: "Empiezo a pensar que todo está mal hecho o que los demás no me entienden".- Señales fisiológicas: "Me tensó y me cuesta escuchar".
Observaciones	<p>La paciente hizo la reflexión siguiente: "Antes no me daba cuenta de cuándo empezaba a enfadarme y ahora puedo detectarlo un poco antes".</p>

FASE 3 - Sesión 6: Detección de pensamientos automáticos.

Duración	60 minutos
Objetivo	Identificar pensamientos repetitivos asociados a irritación o frustración.
Desarrollo	<p>Se registraron los pensamientos frecuentes en situaciones cotidianas de la paciente, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">- "La gente debería hacer las cosas como se les dice".- "Si no sigo las reglas, todo saldrá mal".- "Cuando me critican, es porque me tienen manía".

Observaciones	La paciente identificó los pensamientos automáticos con ayuda de ejemplos concretos, aunque inicialmente los percibía como hechos y no como interpretaciones.
---------------	---

FASE 3 - Sesión 7: Reestructuración cognitiva guiada

Duración	60 minutos
Objetivo	Aprender a sustituir los pensamientos disfuncionales por otros más adaptativos.
Desarrollo	Se trabajó en sesión el siguiente ejemplo: <ul style="list-style-type: none">- Pensamiento original: Mi compañera no me respeta.- Evidencia a favor: No me avisó del cambio.- Pensamiento alternativo: Quizás fue una decisión práctica, no personal.- Valoración emocional: El enfado bajó de 8 a 4.
Observaciones	La paciente hizo la reflexión siguiente: "Cuando pienso en las pruebas, me siento más tranquila, aunque al principio me cuesta creerlo."

FASE 3 - Sesión 8: Distorsiones cognitivas comunes

Duración	60 minutos
Objetivo	Reconocer patrones de pensamiento distorsionado.
Desarrollo	Se plantearon la identificación de las distorsiones cognitivas más frecuentes: - Pensamiento polarizado: "Si no sale perfecto, es un desastre". - Personalización: "Si alguien está serio, seguro que hice algo mal". - Sobregeneralización: "Siempre tengo que hacerlo todo sola".
Observaciones	La paciente hizo la reflexión siguiente: "Me doy cuenta de que esas frases me salen solas, pero no siempre son verdad".

FASE 3 - Sesión 9: Escala personal de intensidad emocional.

Duración	60 minutos
Objetivo	Reconocer la escala emocional y detectar los primeros niveles de activación.
Desarrollo	Se registraron los diferentes niveles de activación de la paciente: - Nivel 3: "Siento incomodidad, pero puedo controlarlo". - Nivel 5: "Empiezo a pensar rápido y hablar más fuerte". - Nivel 7: "No escucho a los demás". - Nivel 9: "Grito o me voy de golpe".
Observaciones	Al terminar la sesión, la paciente manifestó lo siguiente: "Esta sesión me ha ayudado a darme cuenta que el nivel 5 ya es una señal de alerta, aunque antes pensaba que era normal".

FASE 3 - Sesión 10: Herramientas para el control de la ira

Duración	55 minutos
Objetivo	Crear un repertorio personal de estrategias de autorregulación.
Desarrollo	<p>Se enseñaron diferentes maneras de autocontrolarse ante situaciones estresantes donde la paciente se sobreactivaba. Los recursos seleccionados fueron:</p> <ul style="list-style-type: none">- Respirar hondo 3 veces antes de responder.- Salir del lugar durante 5 minutos si estaba muy alterada.- Escribir lo que le molesta antes de decirlo en voz alta.- Poner música para bajar tensión.
Observaciones	En sesiones posteriores, la paciente comentó que había probado la opción de escribir antes de hablar y le había ayudado a no decir cosas de las que luego se pudiera arrepentir.

FASE 4 - Sesión 11: Plan personalizado de regulación emocional y ensayo conductual

Duración	60 minutos
Objetivo	Consolidar estrategias y crear un plan de acción, para después aplicar las estrategias en situaciones reales.
Desarrollo	<p>Se la ayudo a recopilar la información de las sesiones anteriores para después poderlas poner en práctica en situaciones reales.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Señales tempranas: tensión en el pecho, hablar rápido.2. Estrategias útiles: respirar, escribir, salir del lugar.3. Frases de ayuda: "Puedo calmarme antes de contestar."

	4. Apoyos externos: pareja y terapeuta.
--	---

FASE 4 - Sesión 12: Aplicación de la prueba NEO PI-R

Duración	60 minutos
Objetivo	Aplicar la prueba NEO PI-R post intervención para evaluar los cambios en el neuroticismo y en su faceta de hostilidad.
Desarrollo	Se inició la sesión con la explicación del porqué de la aplicación de la prueba otra vez y se aplicó.

FASE 4 - Sesión 13: Devolución de resultados y evaluación final

Duración	60 minutos
Objetivo	Revisar los resultados de la prueba, ver los avances y su percepción de cambio.
Desarrollo	<p>Se analizaron los resultados de la prueba, siendo las puntuaciones del neuroticismo y de su faceta hostilidad más altas de lo esperado después de la intervención hecha (percentil > 65). Aun así, los resultados fueron ligeramente más bajos que al inicio de la intervención.</p> <p>Se reforzaron las estrategias adquiridas y se acordó un seguimiento mensual hasta percepción de mayor control por parte de la paciente.</p>
Observaciones	La paciente expresó sentirse más capaz de controlar su enfado, con mayor comprensión sobre sus reacciones.

8. Resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos tras la intervención cognitivo-conductual centrada en la regulación emocional y el manejo de la ira en Laura. Los resultados se organizan en función de los objetivos planteados, comparando las puntuaciones pre y post intervención del Inventario de Personalidad NEO PI-R, utilizado como principal instrumento de evaluación de los rasgos de personalidad.

Tabla 1. Comparativa de puntuaciones pre y post intervención en el Inventario de Personalidad NEO PI-R

Dominios y facetas	Preintervención (T)	Postintervención (T)
NEUROTICISMO (N)	78	65
N1. Ansiedad	72	66
N2. Hostilidad	75	69
N3. Depresión	70	64
N4. Ansiedad social	68	63
N5. Impulsividad	74	67
N6. Vulnerabilidad	66	63
EXTRAVERSIÓN (E)	49	52
E1. Cordialidad	47	51
E2. Gregarismo	44	47
E3. Asertividad	50	54

E4. Actividad	46	51
E5. Búsqueda de emociones	40	42
E6. Emociones positivas	46	53
APERTURA A LA EXPERIENCIA (O)	55	57
O1. Fantasía	54	55
O2. Estética	56	57
O3. Sentimientos	53	56
O4. Acciones	50	54
O5. Ideas	58	59
O6. Valores	57	58
AFABILIDAD (A)	60	64
A1. Confianza	59	63
A2. Franqueza	58	61
A3. Altruismo	64	67
A4. Actitud conciliadora	61	66
A5. Modestia	57	58
A6. Sensibilidad	60	64
RESPONSABILIDAD (C)	63	67
C1. Competencia	64	67

C2. Orden	68	70
C3. Sentido del deber	62	65
C4. Necesidad de logro	63	66
C5. Autodisciplina	61	66
C6. Deliberación	60	64

8.1. Cambios globales en los dominios de personalidad

Tal y como se muestra en la Tabla 1, el descenso más marcado se observa en el Neuroticismo, el dominio inicialmente más elevado. La puntuación desciende de 78 a 65, lo que supone una aproximación tras la intervención al rango medio-alto de la población normativa. Aunque continúa por encima de la media, este resultado indica una reducción clínicamente relevante de la vulnerabilidad emocional característica de personas con perfiles elevados en este rasgo. En población con Trastorno del Espectro Autista, un valor alrededor de $T = 65$ suele situarse aproximadamente en un percentil 85-90, lo que implica que la paciente continúa presentando mayor inestabilidad emocional que la mayoría de adultos con TEA, pero con una intensidad menor respecto a la evaluación inicial. Esto resulta clínicamente relevante, ya que incluso reducciones moderadas en este rango suelen asociarse con mejoras funcionales en la gestión del estrés y la impulsividad afectiva.

En relación con el objetivo 2, la faceta de Hostilidad —variable clave dentro del dominio del Neuroticismo y directamente vinculada al manejo de la ira— muestra un descenso de $T = 75$ a $T = 69$. Aunque continúa dentro del rango alto, la reducción sugiere una disminución en la tendencia estable a experimentar irritación, resentimiento o respuestas de enfado ante la frustración. Este cambio también es coherente con el objetivo 1, ya que la intervención se orientó específicamente a entrenar estrategias para modificar patrones cognitivos y conductuales asociados a la reactividad hostil.

Los cambios en Neuroticismo y Hostilidad coinciden, además, con una mejora observable en la autorregulación emocional (objetivo 3). Aunque no se utilizó un instrumento específico para evaluar esta variable de forma directa, se registró una evolución positiva mediante tres fuentes complementarias: (1) los cambios en las puntuaciones del NEO PI-R, particularmente en Hostilidad, Ansiedad e Impulsividad; (2) la observación clínica sistemática durante las sesiones, donde se identificó una menor reactividad afectiva ante situaciones conflictivas; y (3) los autorregistros y verbalizaciones de la propia paciente, quien manifestó sentirse “más tranquila”, “menos saturada por los enfados” y “capaz de pensar antes de reaccionar”. Estos indicadores permiten sostener que se produjo una mejora moderada en la estabilidad afectiva y la capacidad de modular las emociones negativas.

8.2. Síntesis general

En términos generales, aunque la intervención no modifica la estructura profunda de la personalidad —algo esperable dada la estabilidad de los rasgos— sí consigue un cambio clínicamente relevante en la forma en que la paciente experimenta y maneja la ira (Costa y McCrae, 1992; Ormel et al., 2013). Esto es coherente con el objetivo 4, ya que la TCC adaptada al TEA se centró en técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, identificación temprana de señales fisiológicas de activación y uso de protocolos de afrontamiento gradual ante situaciones de frustración. La mejora observada en la interacción social, reflejada en ligeros incrementos en afabilidad y extraversión, puede interpretarse como un efecto indirecto de la reducción del malestar emocional y la mayor capacidad para anticipar y regular respuestas impulsivas.

Finalmente, los resultados del caso contribuyen al objetivo 5, respaldando la evidencia disponible sobre la utilidad de la TCC en adultos con TEA cuando se adapta a sus necesidades específicas. Aunque el Neuroticismo y la Hostilidad permanecen en rangos elevados —algo característico en individuos con TEA que presentan desregulación emocional y baja tolerancia a la incertidumbre— el descenso registrado, junto con los cambios conductuales observados, sugiere que la intervención resulta útil para reducir parcialmente la carga emocional negativa y mejorar el manejo de la ira en un contexto clínico real (Cai et al., 2018).

En conjunto, los resultados respaldan la utilidad de la intervención en términos de reducción parcial de la sintomatología emocional, si bien ponen de manifiesto la persistencia de rasgos estables que requieren un trabajo terapéutico prolongado y la posible necesidad de intervenciones complementarias centradas en la regulación emocional y la tolerancia a la frustración.

9. Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos permiten reflexionar sobre el impacto de una intervención cognitivo-conductual centrada en el manejo de la ira en una persona adulta con TEA, integrando los hallazgos con el marco teórico expuesto al inicio del trabajo. El descenso observado en el Neuroticismo, y especialmente en su faceta de Hostilidad, adquiere relevancia clínica al tratarse de un rasgo de personalidad que tradicionalmente se ha considerado relativamente estable a lo largo del tiempo (Costa & McCrae, 1992; Ormel et al., 2013). En este sentido, los cambios identificados apoyan la idea de que, si bien la estructura general de la personalidad permanece, determinados componentes emocionales pueden ser modulados mediante intervenciones psicológicas específicas.

La reducción de la Hostilidad sugiere una mejora en la forma en que la participante interpreta y responde a situaciones percibidas como frustrantes o injustas. Desde el modelo cognitivo-conductual, este cambio puede explicarse por el trabajo sistemático sobre pensamientos automáticos rígidos, la identificación de desencadenantes emocionales y el entrenamiento en estrategias alternativas de afrontamiento. Tal como señalan Spain et al. (2023) y Riches et al. (2023), la TCC adaptada al TEA resulta especialmente eficaz cuando se centra en procesos observables y entrenables, como la regulación emocional y el control de la reactividad, más que en la modificación directa de rasgos profundos.

En el contexto del TEA, estos resultados deben interpretarse considerando la mayor sensibilidad emocional, la baja tolerancia a la incertidumbre y la tendencia a la hiperreactividad ante el estrés que caracteriza a esta población (Mazefsky et al., 2013; Cai et al., 2018). Que el Neuroticismo postintervención se sitúe en torno al percentil 65 indica que el rasgo continúa siendo elevado, pero dentro de un rango compatible con perfiles adultos

autistas, lo que refuerza la idea de que la intervención no persigue la normalización del perfil de personalidad, sino la reducción de su impacto funcional negativo.

La convergencia entre las medidas objetivas (NEO PI-R), la observación clínica y la experiencia subjetiva de la participante refuerza la validez de la interpretación. La disminución de la reactividad emocional y la mayor capacidad para frenar respuestas impulsivas ante la frustración son coherentes con los principios de la TCC, que postulan que el entrenamiento en autorregulación, la reestructuración cognitiva y la exposición gradual a situaciones emocionalmente activadoras pueden generar cambios significativos en el funcionamiento emocional, incluso en personas con rasgos estables de vulnerabilidad (Weston et al., 2016).

Conclusiones

El presente Trabajo Fin de Máster pone de manifiesto que una intervención cognitivo-conductual adaptada puede constituir una herramienta útil para mejorar la regulación emocional en adultos con TEA, especialmente cuando el foco terapéutico se sitúa en procesos específicos como la ira, la frustración y la reactividad emocional. Más allá de los cambios cuantitativos observados, el trabajo destaca la posibilidad de intervenir de manera eficaz sobre la expresión funcional de rasgos de personalidad asociados al malestar psicológico.

Asimismo, este estudio subraya la importancia de considerar el neuroticismo y sus facetas, como la hostilidad, no solo como indicadores de vulnerabilidad, sino también como objetivos terapéuticos relevantes en la práctica clínica con población autista adulta. La intervención no modifica los rasgos nucleares del TEA ni la personalidad en su conjunto, pero sí contribuye a que la persona disponga de mayores recursos para gestionar sus emociones y afrontar las demandas del entorno de forma más adaptativa.

En conjunto, este trabajo refuerza la relevancia de la TCC como enfoque válido y flexible en el abordaje de la salud mental en adultos con TEA, y aporta evidencia clínica sobre la utilidad de intervenciones estructuradas y personalizadas para reducir el impacto del malestar emocional en el funcionamiento cotidiano y el bienestar psicológico.

9.1. Limitaciones

El presente estudio presenta varias limitaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, se trata de un estudio de caso único, lo que restringe la validez externa y dificulta la generalización de los hallazgos a otros adultos con

TEA, dado que las particularidades individuales —tanto de personalidad como de funcionamiento emocional— pueden influir de manera relevante en la respuesta a la intervención.

Asimismo, una de las principales limitaciones encontradas durante la elaboración del trabajo ha sido la escasez de estudios específicos que analicen cambios en rasgos de personalidad, y en concreto en el neuroticismo y la hostilidad, tras intervenciones cognitivo-conductuales en adultos con TEA. Aunque existe literatura creciente sobre la eficacia de la TCC en ansiedad o depresión en esta población, son muy reducidos los trabajos que examinan la modificación de rasgos estables de personalidad, lo que dificulta la comparación directa de los resultados obtenidos.

Otra limitación se relaciona con el uso de un único instrumento de evaluación para las variables principales. Aunque el NEO PI-R es una herramienta sólida y ampliamente validada, la regulación emocional se evaluó de forma indirecta mediante observación clínica y cambios en las puntuaciones del neuroticismo y la hostilidad, lo que puede limitar la precisión en la medición de este constructo.

Por último, cabe señalar que los hábitos de vida—como sueño, alimentación u organización cotidiana—solo fueron evaluados en la entrevista inicial y no reevaluados al final del proceso, lo que impide conocer su posible influencia en la evolución emocional durante la intervención.

9.2. Prospectiva

A partir de los resultados obtenidos, se identifican varias líneas de trabajo que podrían desarrollarse en investigaciones futuras. En primer lugar, la intervención realizada sugiere que la TCC adaptada para adultos con TEA puede ejercer un impacto positivo en la regulación emocional y en ciertos rasgos de personalidad, lo que abre la posibilidad de diseñar estudios más amplios que analicen de manera sistemática la evolución del neuroticismo y, en particular, de la faceta de hostilidad tras intervenciones estructuradas. Este tipo de investigaciones permitiría profundizar en la relación entre los rasgos de personalidad y la respuesta terapéutica en población adulta con TEA.

Asimismo, la creciente atención que está recibiendo la salud mental en personas adultas con TEA constituye una oportunidad relevante para desarrollar nuevas líneas de estudio. En la

actualidad, existe un mayor interés por comprender cómo la interacción entre características del neurodesarrollo y factores emocionales influye en el bienestar psicológico. En este contexto, futuros trabajos podrían explorar modelos de intervención centrados específicamente en la gestión de la ira y la estabilidad afectiva, integrando técnicas cognitivo-conductuales con enfoques más recientes sobre regulación emocional en TEA.

Por último, sería pertinente continuar avanzando en la adaptación y refinamiento de protocolos de TCC para esta población, evaluando qué componentes resultan más eficaces y cómo se pueden optimizar para maximizar la generalización de habilidades a la vida cotidiana. Este campo constituye un ámbito de desarrollo aún emergente dentro de la práctica clínica especializada, con un amplio potencial para mejorar la comprensión y el abordaje terapéutico del funcionamiento emocional en adultos con TEA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., & Carl, J. R. (2014). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481–496. <https://doi.org/10.1177/1745691614544528>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared with Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press. <https://img3.reoveme.com/m/be38edbbfc79330a.pdf>
- Cai, R. Y., Richdale, A. L., Dissanayake, C., & Uljarević, M. (2018). Inter-relationship between emotion regulation, intolerance of uncertainty, anxiety, and depression in youth with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(1), 316–325. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3318-7>
- Conner, C. M., White, S. W., Beck, K. B., Golt, J., Smith, I. C., & Mazefsky, C. A. (2019). Improving emotion regulation ability in autism: The Emotional Awareness and Skills Enhancement (EASE) program. *Autism : the international journal of research and practice*, 23(5), 1273–1287. <https://doi.org/10.1177/1362361318810709>
- Cordero, A., Pamos, A., & Seisdedos, N. (2008). NEO PI-R: Inventario de personalidad NEO revisado. Manual técnico y de interpretación. Madrid: TEA Ediciones
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual. Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (2008). Adaptación española del NEO PI-R. Madrid: TEA Ediciones.
- Crane, L., Goddard, L., & Pring, L. (2010). Brief Report: Self-defining and everyday autobiographical memories in adults with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(3), 383–391. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0875-4>

- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- DeYoung, C. G., Grazioplene, R., & Peterson, J. B. (2012). From madness to genius: The Openness/Intellect trait domain as a paradoxical simplex. *Journal of Research in Personality*, 46(1), 63–78.
- García, J., Labrador, F. J., & Crespo, M. (2017). Manual de Técnicas de Modificación de Conducta (3.ª ed.). Pirámide. https://conductitlan.org.mx/06_psicologiaclinica/PISCOLOGIA%20CLINICA/RECURSOS/Tecnicas-de-modificacion-de-conducta.pdf
- García-Villamizar, D., & Hughes, C. (2007). Supported employment improves cognitive performance in adults with Autism. *Journal of intellectual disability research : JIDR*, 51(Pt 2), 142–150. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00854.x>
- Graziano, W. G., & Tobin, R. M. (2009). Agreeableness. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of Individual Differences in Social Behavior* (pp. 46–61). Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(4), 559–572. doi:10.1017/S0033291718002283
- John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big-Five trait taxonomy. *Handbook of personality: Theory and research* (3ª ed., 114–158). Guilford Press. https://www2.psych.ubc.ca/~dpaulhus/TEACH/567_2019/week.2/reading/B5.review.2008.1.pdf
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of personality: Theory and research* (2ª ed., 102–138). Guilford Press. https://jenni.uchicago.edu/econ-psych-traits/John_Srivastava_1995_big5.pdf

- Kennair, L. E. O., Solem, S., Hagen, R., Havnen, A., Nysaeter, T. E., & Hjemdal, O. (2021). Change in personality traits and facets (Revised NEO Personality Inventory) following metacognitive therapy or cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Results from a randomized controlled trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(4), 872–881. <https://doi.org/10.1002/cpp.2541>
- Kerns, C. M., Roux, A. M., Connell, J. E., & Shattuck, P. T. (2020). Adapting cognitive-behavioral techniques to address anxiety and depression in cognitively able emerging adults on the autism spectrum. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(3), 405–419
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768–821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>
- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241–256. <https://doi.org/10.1037/a0015309>
- Linden, A., Best, L., Elise, F., Roberts, D., Branagan, A., Tay, Y. B. E., Crane, L., Cusack, J., Davidson, B., Davidson, I., Hearst, C., Mandy, W., Rai, D., Smith, E., & Gurusamy, K. (2023). Benefits and harms of interventions to improve anxiety, depression, and other mental health outcomes for autistic people: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Autism*, 27(1), 7–30. <https://doi.org/10.1177/13623613221117931>
- Lodi-Smith, J., Rodgers, J. D., Cunningham, S. A., Lopata, C., & Thomeer, M. L. (2019). Meta-analysis of Big Five personality traits in autism spectrum disorder. *Autism*, 23(3), 556–565. <https://doi.org/10.1177/1362361318766571>
- Lucas, R. E., & Diener, E. (2001). Understanding extraverts' enjoyment of social situations: The importance of pleasantness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 343–356. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.2.343>
- Malti, T., Ribeaud, D., & Eisner, M. P. (2011). The Effectiveness of Two Universal Preventive Interventions in Reducing Children's Externalizing Behavior: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(5), 677–692. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.597084>

- Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L., & White, S. W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(7), 679–688. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.006>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2008). The Five-Factor Theory of Personality. *Handbook of personality: Theory and research* (2^a ed., 159–181). *Guilford Press*. https://www.researchgate.net/profile/Paul-Costa/publication/284978581_A_five-factor_theory_of_personality/links/5a159be94585153b546c8f72/A-five-factor-theory-of-personality.pdf
- Ormel, J., Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H., Bos, E. H., Hankin, B., ... & Oldehinkel, A. J. (2013). Neuroticism and common mental disorders: Meaning and utility of a complex relationship. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 686–697. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.003>
- Ozer, D. J., & Benet-Martínez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401–421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190127>
- Riches, S., Hammond, N., Bianco, M., Fialho, C., & Acland, J. (2023). Adapting cognitive behaviour therapy for adults with autism: a lived experience-led consultation with specialist psychological therapists. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 16 <https://doi.org/10.1017/S1754470X23000053>
- Roberts, B. W., Jackson, J. J., Fayard, J. V., Edmonds, G. W., & Meints, J. (2009). Conscientiousness. In M. Leary & R. Hoyle (Eds.), *Handbook of Individual Differences in Social Behavior* (pp. 369–381). *Guilford Press*.
- Roberts, B. W., Luo, J., Briley, D. A., Chow, P. I., Su, R., & Hill, P. L. (2017). A systematic review of personality trait change through intervention. *Psychological Bulletin*, 143(2), 117–141. <https://doi.org/10.1037/bul0000088>
- Sauer-Zavala, S., Cassiello-Robbins, C., Wilner, J. G., & Farchione, T. J. (2021). Changes in neuroticism following the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 142, 103870. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103870>

- Schriber, R. A., Robins, R. W., & Solomon, M. (2014). Personality and self-insight in individuals with autism spectrum disorder. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(1), 112–130. <https://doi.org/10.1037/a0034950>
- Schwartzman, B. C., Wood, J. J., & Kapp, S. K. (2016). Can the Five Factor Model of Personality Account for the Variability of Autism Symptom Expression? Multivariate Approaches to Behavioral Phenotyping in Adult Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(1), 253–272. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2571-x>
- South M and Rodgers J(2017) Sensory, Emotional andCognitive Contributions to Anxiety inAutism Spectrum Disorders.Front. Hum. Neurosci. 11:20. doi: 10.3389/fnhum.2017.00020
- South, M., Ozonoff, S., & McMahon, W. M. (2007). The relationship between executive functioning, central coherence, and repetitive behaviors in the high-functioning autism spectrum. *Autism: the international journal of research and practice*, 11(5), 437–451. <https://doi.org/10.1177/1362361307079606>
- Spain, D., Sin, J., Harwood, L., Mendez, M. A. and Happé, F. (2017) Cognitive behaviour therapy for social anxiety in autism spectrum disorder: a systematic review. *Advances in Autism*, 3 (1). pp. 34-46. ISSN 2056-3868 doi: 10.1108/AIA-07-2016-0020
- Spain, D., Milner, V., Mason, D., Iannelli, H., Attoe, C., Ampegama, R., Kenny, L., Saunders, A., Happé, F., & Marshall-Tate, K. (2023). Improving Cognitive Behaviour Therapy for Autistic Individuals: A Delphi Survey with Practitioners. *Journal of Rational - Emotive & Cognitive - Behavior Therapy*, 41(1), 45-63. <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00452-4>
- Suls, J., & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological bulletin*, 131(2), 260–300. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.260>
- Uljarević, M., Baranek, G., Vivanti, G., Hedley, D., Hudry, K., & Lane, A. (2017). Heterogeneity of sensory features in autism spectrum disorder: Challenges and perspectives for future research. *Autism research : official journal of the International Society for Autism Research*, 10(5), 703–710. <https://doi.org/10.1002/aur.1747>

- Van Oosterhout, J., van der Linden, K., Simons, C. J. P., van Amelsvoort, T., & Marcelis, M. (2022). Exploring the autism spectrum: Moderating effects of neuroticism on stress reactivity and on the association between social context and negative affect. *Development and psychopathology*, 34(4), 1366–1375. <https://doi.org/10.1017/S0954579420002278>
- Westerberg, B., Holländare, F., & Bejerot, S. (2023). An internet-based behavioral intervention for adults with autism spectrum disorder - A randomized controlled trial and feasibility study. *Internet interventions*, 34, 100672. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100672>
- Weston, L., Hodgekins, J., & Langdon, P. E. (2016). Effectiveness of cognitive behavioural therapy with people who have autistic spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 49, 41–54. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.001>
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 216–229
- Widiger, T. A., & Oltmanns, J. R. (2017). Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications. *World Psychiatry*, 16(2), 144–145. <https://doi.org/10.1002/wps.20411>

ANEXO A. REGISTRO EMOCIONAL

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN (0-10)	CONDUCTA	CONSECUENCIA
En el trabajo, una compañera cambió de sitio los vasos limpios sin avisar	Lo hace para fastidiarme, como si donde los colocaba yo no sirviera	Ira (8/10)	Dejé de hablarle el resto del día	Me sentí peor después, porque me dio ansiedad al volver a verla
Mi pareja me interrumpió mientras explicaba algo	Nunca me escucha, no le intereso	Tristeza, irritación (7/10)	Subí el tono de voz y me fui de la habitación	Me quedé dándole vueltas al tema todo el día
En el supermercado, alguien se me coló en la fila	La gente no tiene respeto	Enfado (7/10)	Le llamé la atención de forma brusca	Me sentí avergonzada después

ANEXO B. DOCUMENTACIÓN COMISIÓN TFT























